



Políticas de Salud Intercultural en Chile

Desde el PROMAP (1992) hasta la normativa vigente en la actualidad

Autor

Mario Poblete
Email: mpoblete@bcn.cl
Tel.: (56) 22 2270 1819

Eduardo Goldstein
Email: egoldstein@bcn.cl
Tel.: (56) 32 226 3906

Nº SUP: 119805

Disclaimer

Este documento es un análisis especializado realizado bajo los criterios de validez, confiabilidad, neutralidad y pertinencia que orientan el trabajo de Asesoría Técnica Parlamentaria para apoyar y fortalecer el debate político-legislativo. El tema y contenido del documento se encuentra sujeto a los criterios y plazos acordados previamente con el requirente. Para su elaboración se recurrió a información y datos obtenidos de fuentes públicas y se hicieron los esfuerzos necesarios para corroborar su validez a la fecha de elaboración.

Resumen

La política de salud para pueblos indígenas, en la vuelta a la democracia, se inaugura con el **PROMAP** o Programa Mapuche (1992), siendo el primero focalizado en dicho grupo poblacional en la Novena Región. Este programa crea cuestiones innovadoras para ese tiempo, como las 'oficinas Amuldungun' donde se formaliza el rol de 'facilitador cultural'. Con posterioridad surge el **PESPI** o Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (1996), que viene a ser un programa específicamente dirigido a abordar el tema de salud en los pueblos indígenas de Chile. Junto con dichos programas, surgen **experiencias locales de asistencia médica intercultural**, como fueron el Hospital Makewe y los centros de salud interculturales Boroa Filulawen y Mapuche Ñi Lawentuwün.

A comienzos de la década del 2000, surge el **Programa Orígenes**. Este, en su dimensión de salud, apunta a: desarrollar modelos interculturales de atención y gestión en salud; mejorar la calidad, sensibilidad y pertinencia cultural de servicios de salud en territorio indígena; fortalecer la medicina indígena; y mejorar el acceso y capacidad resolutoria de la red de servicios interculturales.

Otra normativa vigente a la fecha, como es la **Ley de Autoridad Sanitaria** (2004), indica que se deben formular políticas que incorporen el enfoque intercultural a los programas de salud. Consecuente con ello, la **Norma General Administrativa N°16** (Res. Ex. N° 261 de 2006), del MINSAL, desarrolla orientaciones para los servicios de salud en materia de pertinencia cultural e interculturalidad. Además, en 2012, la **Ley N° 20.584**, que regula los derechos y deberes de las personas en la atención de salud, en su Artículo N°7, señala las obligaciones de los prestadores de salud públicos donde existe alta concentración indígena. Estas obligaciones consisten, básicamente, en asegurar el derecho a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, la existencia de facilitadores interculturales y señalética en idioma español y en el del pueblo originario.

Sin embargo, surge una contradicción fundamental que no ha sido superada, que se basa en esta visión compartimentalizada —o aislada de otros aspectos de las sociedades indígenas— que tienen las políticas respecto de la salud indígena. Ya que, en general, la cosmovisión indígena comprende al mundo de manera unida e interrelacionada. La salud para el pueblo mapuche, por ejemplo, abarca no solo aspectos físicos, sino que también dimensiones interiores y personales, así como sociales. Es decir, su noción de salud va desde lo espiritual hasta cuestiones relacionadas con el equilibrio y la armonía de su propia organización social. Dicho esto, parece necesario avanzar en el diálogo, entre Estado y pueblos originarios, cuidando de no caer en reduccionismos folklóricos de lo indígena, ni en disociaciones de la salud como si esta fuera un dominio aislado en el mundo y en la cosmovisión indígena.

Introducción

Este informe describe la política intercultural en materia de salud en Chile, desde principios de la década de 1990 hasta años recientes. Para ello, se recogen algunas de las políticas más representativas a este respecto, considerando también la normativa vigente y rescatando algunas de las críticas que se le han formulado.

De esta manera, en el primer capítulo, se presentan las acciones de política estatal durante la década de 1990, entre las que se consideran: el PROMAP o Programa Mapuche; el PESPI o Programa Especial Salud y Pueblos Indígenas; así como algunos ejemplos de instituciones de salud interculturales. En el segundo capítulo, se describe el modelo de Salud Intercultural contenido en el Programa de Desarrollo Integral de Comunidades Indígenas o, simplemente, Programa Orígenes, específicamente en su primera fase. En el tercer capítulo, se describe brevemente el marco normativo vigente en materia de salud intercultural, junto con algunas acciones de política pública en los últimos años. Finalmente, se exponen algunas conclusiones al respecto.

Cabe agregar que, para la elaboración de este documento, se consultó bibliografía especializada en el tema, junto con información oficial disponible en el Ministerio de Salud, que puede ser revisada en el apartado Referencias.

Capítulo I. Inicios de la política de salud para pueblos indígenas en la década de 1990

Se ha sostenido que los años 90 ha sido una “(...) década ganada en cuanto a su reconocimiento y participación política en las reformas” (Bolados 2012: 135) para los pueblos indígenas. Sin embargo, existe otro enfoque que afirma que “(...) estos avances se han limitado a un reconocimiento formal y restringido de los derechos colectivos de estos pueblos (*ibíd.*). Esta última visión puede ser comprendido de mejor manera si se remite a la distinción de Will Kymlicka (2012) entre:

- un multiculturalismo de ‘símbolos culturales’ basado en una visión puramente folklórica de la diversidad cultural, y
- un multiculturalismo que promueve demandas más sustantivas, involucrándose en dimensiones tanto políticas como económicas de los pueblos indígenas.

Bajo esta clasificación, en Chile a nivel global aún estaríamos más ubicados en la primera variante del multiculturalismo. Más aún, en nuestro país es posible observar que, por sobre las demandas de los pueblos indígenas, están los proyectos de desarrollo económico, siendo el caso paradigmático la Central Hidroeléctrica en Ralco (Aylwin, 2007; BCN, 2019; Meza-Lopehandía, 2018), lo cual daría cuenta del lugar secundario que tendrían las políticas indígenas desde la vuelta a la democracia.

Así y todo, en el ámbito sectorial de salud, a partir de los años 90, comienzan a surgir programas de política pública orientadas hacia pueblos indígenas, con un enfoque intercultural. De aquí, cabe destacar como principales iniciativas, las que se indican a continuación:

1. Programa Mapuche (PROMAP)¹

1992 es el año en que surge el primer programa de salud intercultural. Se sostiene que este se basó y/o fue potenciado por:

- El compromiso de Patricio Aylwin, en 1989, con diversas organizaciones indígenas, en lo que se conoció como el ‘Pacto de Nueva Imperial’.
- La formación de la ‘Comisión Especial de Pueblos Indígenas’, creada en plena transición.
- La Organización Panamericana de la Salud, que buscó desarrollar iniciativas participativas en el contexto de la atención primaria.
- El Convenio N° 169 de la OIT, de 1989, que promueve la protección y fomento de los conocimientos medicinales de los pueblos indígenas

Es en este contexto que las experiencias locales en salud fueron consideradas en el ámbito político a nivel regional, específicamente el PROMAP (Programa Mapuche), que es el primer programa dirigido al pueblo Mapuche en la Región de la Araucanía. Sin embargo, cabe señalar que este programa no solo refleja la voluntad política gubernamental ya que el PROMAP surge desde “(...) inquietudes de profesionales de la salud y dirigentes mapuches anteriores a los años noventa [que] logran formalizarse dentro de las estructuras de la política en salud recién en los inicios de la década de los 90”² (Bolados, 2012: 138).

Ahora bien, el objetivo del PROMAP es “(...) mejorar la calidad de la atención de la población mapuche en los centros de salud, siendo sus ejes centrales la capacitación, la investigación, así como también el conocimiento comunitario y la docencia” (*ibíd.*). Mientras que, entre sus acciones, estuvo “(...) la creación de las oficinas Amuldungun (año 1993) donde se formalizó la figura del facilitador intercultural” (*ibíd.*).

La figura del facilitador fue una instancia mediadora para personas indígenas en el contexto de un sistema médico nacional, lo cual permitiría “(...) superar los problemas de comunicación de algunos pacientes indígenas, la mayoría mujeres mayores de edad con dificultad para expresarse en español” (*ibíd.*). No obstante ello, la experiencia indicó que “(...) el rol del facilitador fue rápidamente absorbido por la burocracia del sistema público de salud, quedando muchas veces limitado sólo a funciones administrativas” (*ibíd.*).

¹ Elaborado en base a Bolados (2012: 137-138).

² Cabe agregar que: “La mayoría de este grupo de profesionales encontró en el espacio de la salud un lugar propicio desde el cual generar transformaciones después de un largo período caracterizado por las prácticas represivas del régimen dictatorial” (Bolados, 2012: 138).

2. El Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas (Puerto Saavedra,1996) y PESPI³

En los años posteriores, durante la década de 1990, surgieron diversas iniciativas al alero del PROMAP, entre los que se encuentran:

- ‘Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud’. Realizado en 1996 en la ciudad de **Puerto Saavedra**, pudo reunir “(...) por primera vez [a] funcionarios de la salud, dirigentes indígenas, terapeutas tradicionales, investigadores y docentes universitarios, organismos no gubernamentales, iglesias, etc., a debatir” (*ibíd.*). Hasta ese momento, el reconocimiento de los sistemas médicos indígenas, de parte del sistema público y nacional de salud, no era considerado en las políticas públicas.

Sin embargo, a pesar de que podían surgir “(...) errores que traería convertir experiencias locales en modelos nacionales” (*ibíd.*), por parte de los impulsores de estas iniciativas, el éxito del PROMAP lo convirtió en una iniciativa paradigmática, tanto para el Estado de Chile como organismos internacionales.

- **PESPI** (Programa Especial Salud y Pueblos Indígenas). Este programa da cuenta de un segundo momento en las políticas de salud intercultural luego del fin de la dictadura, el cual, según Bolados, se caracterizó por “(...) la progresiva desvinculación de las demandas territoriales y medioambientales de la política de salud” (*ibíd.*). En otras palabras, la creciente despolitización de la salud indígena habría surgido a la par de este programa.

En esos años, existía un “(...) un contexto efervescente con las experiencias de salud desarrolladas en el sur y un apoyo internacional que promueve la implementación de políticas multi o intercultural” (*ibíd.*). Este programa fue inédito para el MINSAL, fundándose en el financiamiento y apoyo técnico de ONGs las que “(...) confluyeron con la resolución V de la Organización Panamericana de la Salud [Res.CD37.R5]⁴ que promueve la iniciativa ‘Salud y Pueblos Indígenas de las Américas’” (*ibíd.*).

El PESPI surge en 1996 desde el Departamento de Atención Primaria del MINSAL, en coordinación a diversos niveles administrativos sub-nacionales y con organizaciones indígenas. Actualmente, ha sido “(...) implementado en 22 Servicios de Salud a lo largo del país⁵, entre estos el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente que a su vez financia el proyecto de salud intercultural en el consultorio Santo Tomás de la Pintana” (Vásquez, 2009: 18).

³ Elaborado en base a Bolados (2012: 138).

⁴ OPS. Resolución CD37.R5, Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas Disponible en <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7015/15688.pdf> (Julio; 2019)

⁵ Entre los años 1980 y 2006, la red pública asistencial se compone de 28 servicios de salud distribuidos a lo largo el país.

3. Servicios de asistencia médica intercultural. Los casos de Makewe, Boroa Filulawen y Ñi Lawentuwün⁶

A nivel asistencial, existen también algunas experiencias de salud intercultural de nivel local, que fueron impulsadas con el concurso de actores de la sociedad civil organizada en la Región de la Araucanía⁷, y entre las que destacan las siguientes:

- **Hospital Makewe.** Ubicado en la comuna de Padre Las Casas, este hospital era de la Iglesia Anglicana, siendo entregado en comodato a la Asociación Mapuche Makewe Pelale en el año 1999. La novedad de este proyecto es que “(...) por primera vez se incorporaron formalmente las atenciones médicas tradicionales mapuches” (Bolados, 2012: 138). De modo que se convierte en el primer hospital intercultural chileno y administrado por una asociación indígena. Además, al alero del hospital, la Asociación intenta llevar adelante iniciativas para “(...) poner en marcha la primera universidad indígena y un sistema de pasantías de carácter internacional” (*ibíd.*).
- **Centro de salud intercultural Boroa Filulawen,** ubicado en el territorio de la comunidad-lof “Forrowe” en Nueva Imperial⁸. A cargo de la coordinadora de salud del mismo nombre, fue creado en 2003.
- **Centro de Salud Mapuche Ñi Lawentuwün.** A cargo de la Asociación Newentuleaniñ, fue creado en 2005, y opera dentro de lo que se denomina “Complejo de salud intercultural de Nueva Imperial”. Esto es en un recinto contiguo al Hospital de Nueva Imperial, que es un establecimiento público de salud de mediana complejidad⁹.

Hay que señalar de estas iniciativas que, a medida que comenzaron a recibir más recursos de parte del Estado, fueron perdiendo autonomía. Este proceso de ‘burocratización de salud intercultural’ se ve reflejado en: carencia de espacios de participación, falta de un lenguaje común, paternalismo institucional, relación asimétrica con la medicina alópata, entre otros (*ibíd.*). Esto provoca que, en palabras de Cuyul (2008: 2, citado en *ibíd.*): “(...) la medicina mapuche va poco a poco perdiendo autonomía (...), condicionándose peligrosa y progresivamente por la intervención estatal sin resolver el tema de fondo que es el territorio y las posibilidades de desenvolvimiento en el mismo”.

⁶ Elaborado en base a Bolados (2012: 138).

⁷ Todos ellos operan bajo la jurisdicción del Servicio de Salud Araucanía Sur.

⁸ Camino que une las comunas de Imperial con Teodoro Schmidt.

⁹ Disponible en <https://www.araucaniasur.cl/index.php/hospital-intercultural-de-nva-imperial/> (Julio; 2019)

Capítulo II. La salud intercultural en el contexto del Programa Orígenes a partir de los años 2000¹⁰

El Programa de Desarrollo Integral de Comunidades Indígenas, conocido como Orígenes, fue concebido como un programa de componentes múltiples financiado por el BID, comenzando a implementarse su primera fase en 2001. Orígenes no solo se focalizó en el desarrollo productivo o en la educación intercultural, sino que también en un modelo de salud intercultural que contribuya a (Boceara, 2007: 186):

- Fortalecer la medicina indígena.
- Sensibilizar a los funcionarios de la salud en aspectos de interculturalidad.
- Mejorar la atención en salud de los pueblos indígenas.

El Reglamento de Orígenes señala que el objetivo de la dimensión de salud es “(...) elevar la situación de la salud” de los pueblos indígenas, particularmente, que viven en zonas rurales, ya sean mapuche, aymara o atacameña, a través de la supresión de las “(...) barreras culturales y la ampliación del acceso físico a los servicios” (*ibíd.* 187).

Además, Orígenes, en su dimensión de salud intercultural, pretende ser una “(...) continuación de la política (...) llevada a cabo por el Estado chileno desde principios de la década de los 90 y consta de cuatro subcomponentes” (*ibíd.*), a saber:

1. Desarrollo de modelos interculturales de atención y gestión en salud.
2. Mejoramiento de la calidad, sensibilidad y pertinencia cultural de servicios de salud en territorio indígena.
3. Fortalecimiento de la medicina indígena.
4. Mejoramiento del acceso y capacidad resolutive de la red de servicios interculturales.

Ahora bien, en esta primera fase de Orígenes, que va desde el 2001 al 2005, se buscó **validar socioculturalmente un modelo de salud intercultural**. Sin embargo, surgen una serie de críticas, las que se enuncian a continuación.

1. **La salud está desconectada del resto de los problemas de los pueblos indígenas.** En este sentido, señala Boccara (2007: 188): “No está vinculada a la estructura social y económica en su conjunto ni tampoco a asuntos de índole política”. En consecuencia, se trata de una visión despolitizada de la salud y diferenciada respecto de otros ámbitos, como lo político o económico. En cambio, “(...) los comuneros indígenas conciben la salud como un hecho social global, relacionado a lo que llaman la “buena vida” (*küme mongen*), la autodeterminación y el autogobierno (*kisu ngünnewael*)” (*ibíd.*). En este sentido, lo que se observa es, pues, que en la creación de una política de salud intercultural se enfrentan dos cosmovisiones, una propiamente occidental, representada por el Estado de Chile, que observa a la sociedad como

¹⁰ Elaborado en base a Boccara (2007).

funcionalmente diferenciada (Luhmann y De Georgi, 1993) en diversos sistemas (educación, salud, economía, política, etc.), y otra propiamente indígena, que entiende al mundo como uno plenamente integrado, el cual responde más bien al concepto de ‘hecho social total’ (Mauss, 1985), en donde, por ejemplo, no existe un ámbito exclusivo de la salud, sino que la salud está en estrecha relación con los demás aspectos de la vida de una determinada comunidad.

- 2. Definición muy vaga de interculturalidad como comprensión mutua entre culturas diferentes.** Esto queda patente en los documentos oficiales del Estado de Chile. En efecto, “(...) la interculturalidad no aparece relacionada al problema de las relaciones de poder entre el Estado chileno y los pueblos indígenas” (Boceara, 2007: 188). En cambio, desde la visión de los pueblos indígenas, se postula entregar reconocimiento al indígena en tanto sujeto político y jurídico. En otras palabras, la política de salud intercultural aún se ubica en una posición más bien folclórica de la interculturalidad, sin llegar a considerar aspectos sustantivos de las culturas indígenas, tales como el reconocimiento de la autodeterminación o el autogobierno.

En el derecho consuetudinario del pueblo Mapuche, por ejemplo, existe la visión del *küme mogen* o ‘buena vida’, la cual es entendida, a la vez e indivisiblemente, en los sentidos de salud física y moral (Bustos, 2014). En este sentido, la salud indígena mapuche está profundamente vinculada a su propia organización social, de modo entender a la salud de forma disociada de la cosmovisión (aspectos simbólico-culturales) y de su tipo de sociedad.

- 3. La salud no aparece vinculada a los problemas económicos de los pueblos indígenas.** La documentación existente, de parte del Estado de Chile, señala el estado de pobreza en que se encuentran muchas poblaciones indígenas. No obstante, de lo que adolece es de una falta de referencia a las causas de la marginalidad de estas comunidades. Por el lado de la visión de las comunidades indígenas, las causas de su pauperización están relacionadas con “(...) la invasión de las plantaciones forestales, la contaminación, la usurpación de las tierras ancestrales, la opresión política y la discriminación social” (*ibíd.* 189). Sin embargo, estas ni otras versiones causales alternativas aparecen consideradas por parte del Estado, de modo que la ‘desigualdad frente a la enfermedad’ resulta invisibilizada. Por lo tanto, la pobreza indígena es entendida como algo dado, es decir, como un fenómeno de ‘generación espontánea’, sin causa conocida.

Capítulo III. Normativa vigente y política pública desde los años 2000 a la actualidad

El marco legal que aborda la relación entre el Estado y los pueblos indígenas es la Ley N° 19.253, denominada comúnmente como Ley Indígena. Normativa que aún está vigente en Chile. Sin embargo, en términos específicos de salud intercultural, a partir de la década del 2000, pueden reconocerse una serie de normativas que obligan a los servicios de salud a trabajar en conjunto con los pueblos originarios.

A comienzos del 2000, esto correspondió, básicamente, a la **Reforma de la Salud (2000-2005)**¹¹. La obligatoriedad, en este sentido, quedó establecida en la función N° 16 de la **Ley de Autoridad Sanitaria (Ley 19.937 del año 2004)**¹², que señala que, entre las funciones del Ministerio de Salud, está: “Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena”. (Artículo 4, función N° 16).

A su vez, esta función se regula posteriormente mediante la **Norma General Administrativa sobre Interculturalidad en los Servicios de Salud** (Norma General Administrativa N° 16, según Resolución Exenta N° 261 De 2006). En esta, se desarrollan directrices que constituyen orientaciones relativas a la implementación de la pertinencia cultural, interculturalidad y complementariedad en los Servicios de Salud. El marco legal de esta norma se fundamenta en los Reglamentos Orgánicos, tanto de la cartera sectorial, como de los Servicios descentralizados de Salud, que son:

- El **Decreto N° 135 de 2004**, del Ministerio de Salud, Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud. En su articulado, señala:

Artículo 21.- Es función del Ministerio de Salud formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud, permitiendo y favoreciendo la **colaboración y complementariedad entre la atención de salud que otorga el Sistema y la que provee la medicina indígena**, que permita a las personas, en aquellas comunas con alta concentración indígena, obtener resolución integral y oportuna de sus necesidades de salud en su contexto cultural (negritas añadidas).

- El **Decreto N° 140 de 2004**, del Ministerio de Salud, Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud. Así, en su artículo N°8 se indica que:

(...) que establece las facultades del Director del Servicio, indicando que “En aquellos Servicios de Salud con alta concentración indígena (...) deberá programar, ejecutar y evaluar en conjunto con los integrantes de la Red y con **participación de representantes de las comunidades indígenas**, estrategias, planes y actividades que incorporen en el modelo de atención y en los programas de salud, el enfoque intercultural en salud” (negritas añadidas).

¹¹ Al respecto, véase el texto de Paraje e Infante (2014).

¹² Artículo 4 de la Ley N° 19.937 que Modifica el D.L. 2763 de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana.

Por otro lado, tal como se señaló en el Capítulo 1, el **Convenio 169 de OIT** es una herramienta que también tiene injerencia en la salud intercultural de los pueblos indígenas en Chile. Esta entró en vigencia en el año 2009, estableciendo el derecho a consulta de los pueblos indígenas cada vez que se prevean medidas legislativas o administrativas susceptibles de afectarles directamente (artículo N° 6) y, en particular, en su artículo N° 25 que establece indicaciones en el campo de la salud (MINSAL/Banco Mundial, 2016).

En el año 2012, la **Ley N° 20.584**, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud, establece, en su artículo N° 7 que los prestadores institucionales públicos en los territorios de alta concentración de población indígena tienen la obligación de:

asegurar el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos originarios a **recibir una atención de salud con pertinencia cultural**, lo cual se expresará en la aplicación de un modelo de salud intercultural validado ante las comunidades indígenas, el cual deberá contener, a lo menos, el reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y las prácticas de los sistemas de sanación de los pueblos originarios; la existencia de facilitadores interculturales y señalización en idioma español y del pueblo originario que corresponda al territorio, y el derecho a recibir asistencia religiosa propia de su cultura (MINSAL/Banco Mundial, 2016, negritas añadidas).

Cabe agregar también que, entre los años 2015 y 2016 se realizó un proceso de **consulta ciudadana** sobre la propuesta de un 'reglamento sobre el derecho de las personas, pertenecientes a pueblos indígenas, a recibir una **atención de salud con pertinencia cultural**'¹³, el cual aún no se ha promulgado¹⁴.

Posteriormente, en el año 2017, se formuló un **Plan para Pueblos Indígenas en Chile**, por parte del Banco Mundial (MINSAL/Banco Mundial, 2017). Sin embargo, hasta fines del año 2018 no se habían producido mayores avances —más allá de la sola formulación—, dado que el financiamiento Banco Mundial estaba condicionado a un cofinanciamiento nacional, el cual no se ha expresado aún en la Ley de Presupuesto de la Nación.

Conclusión

No obstante, el surgimiento de consultas indígenas en el último tiempo, junto con los diversos avances en materia de experiencias de salud intercultural que buscan una mayor complementariedad, se observa que prevalece una situación intercultural insuficientemente resuelta entre las distintas cosmovisiones que representan el Estado y los pueblos indígenas. En efecto, el campo de la salud intercultural no escapa de la contradicción fundamental aún imperante en el espacio de las políticas públicas entre **una comprensión unitaria del mundo** —propia de los pueblos indígenas— **versus un visión de un mundo diferenciado** —propio del Estado nacional.

¹³ Al respecto véase Sitio Web del MINSAL: <https://www.minsal.cl/consulta-indigena-mapuche/>

¹⁴ En 2018, la Contraloría General de la República objetó la presentación del Reglamento que había efectuado el Ejecutivo. Al respecto véase el dictamen de la Contraloría acá: <https://www.contraloria.cl/pdfbuscador/dictamenes/006839N18/pdf>

En efecto, para el Estado chileno, siguiendo su herencia occidental e ilustrada, que estuvo a la base de su proceso de Independencia, los ámbitos sociales son concebidos de manera separada, de modo tal que cada ámbito o sistema posee lógicas diferentes entre sí. En cambio, los pueblos indígenas, que corresponden a culturas orales, son **sociedades donde el mundo y la organización de sus sociedades se conciben como ámbitos interrelacionados** o no diferenciados.

Esto último se condice, por ejemplo con el caso de **la salud en el pueblo mapuche**, donde esta abarca aspectos no solo físicos, sino que también sociales y de relación con los demás, buscando el equilibrio y la armonía entre sus miembros. En otras palabras, se vela por la salud de la comunidad, la cual está estrechamente relacionada con la salud de cada uno de sus miembros. Asimismo, son aspectos propios de la concepción de salud mapuche los dominios espirituales, de modo que el cuerpo está vinculado fuertemente con lo espiritual, así como con las emociones y pensamientos (Díaz, Pérez, González y Simón, 2004). Además, para el caso mapuche, cabría agregar que existe una visión crítica, de que **el Estado se vincula con los centros de salud desde una “(...) exclusiva relación de contraloría biomédica y financiera”**¹⁵, lo cual gatilla una tensión entre la terapéutica mapuche y la salud biomédica asistencial del MINSAL.¹⁶

En este sentido, lo que se observa en las políticas de salud intercultural del Estado de Chile es una **insuficiencia en incorporar otros aspectos, que superan la dimensión física del ser humano, y avanzan tanto a lo interior como a lo social, respetando la cosmovisión de la salud indígena**. Es decir, desde aquella ‘interioridad no biológica’ del ser humano¹⁷, hasta cuestiones propiamente sociales, como es la organización social indígena, en otras palabras: sus formas de gobierno y gestión de sus comunidades y entornos naturales.

En conclusión, se puede sostener que **se requieren nuevas formas de diálogo, entre el Estado y los pueblos originarios, que superen esta distancia cultural**, ya sea provocada por la compartimentalización de la salud intercultural, que es aislada de otros aspectos de la sociedad y cultura indígenas; así como la superación de una visión folklórica de la interculturalidad, es decir, aquella que no se inmiscuye en aspectos propios de la organización social, como la autodeterminación y el autogobierno de los pueblos indígenas.

¹⁵ Al respecto, véase sitio Web Mapuexpress: <http://www.mapuexpress.org/?p=189>.

¹⁶ En este sentido, Cuyul sostiene que la disyuntiva radica en: “(...) asumir una realidad de despojo y la necesidad de atención de salud mapuche centralizada en las ciudades, y ofrecidas a la sociedad chilena en general; o bien fortalecer la territorialidad mapuche propia y a sus sanadores en el contexto rural, sin el peligro de exponer a las y los machi a procesos insanos como lo es la burocratización mediante el trabajo de salud en serie”. Al respecto, véase sitio Web Mapuexpress: <http://www.mapuexpress.org/?p=189>.

¹⁷ No obstante, existen enfoques desde el Estado que consideran el aspecto de la ‘salud mental’ de los pueblos indígenas, al respecto véase MINSAL (2016).

Referencias

- AYLWIN, J. (2007). "Introducción", en N. Yáñez y J. Aylwin (coord.), *El Gobierno de Lagos, los pueblos indígenas y el "nuevo trato": las paradojas de la democracia chilena*. Santiago: Lom Ediciones.
- BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL DE CHILE (BCN). (2019). "Política Indígena en Chile Descripción general desde el término de la Dictadura cívico-militar hasta el Programa Orígenes". *Informe BCN*. Elaborado por Mario Poblete.
- BOCEARA, G. B. (2007). Etnogubernamentalidad: la formación del campo de la salud intercultural en Chile. *Chungará (Arica)*, 39(2), 185-207.
- BOLADOS García, P. (2012). Neoliberalismo multicultural en el Chile postdictadura: la política indígena en salud y sus efectos en comunidades mapuches y atacameñas. *Chungará (Arica)*, 44(1), 135-144.
- BUSTOS, J. A. (2014). *Los derechos humanos de los pueblos indígenas. El az mapu y el caso mapuche*. Temuco: Ediciones Universidad Católica de Temuco.
- DÍAZ, A., M. PÉREZ, C. GONZÁLEZ y J. SIMON (2004). Conceptos de enfermedad y sanación en la cosmovisión mapuche e impacto de la cultura occidental. *Ciencia y enfermería*, 10(1), 9-16.
- CUYUL, A. (2008). *La burocratización de la salud intercultural en Chile. Del Neoliberalismo al Autogobierno Mapuche en Salud*. Recuperado de http://www.mapuexpress.net/images/publications/13_5_2008_17_18_49_1.pdf
- KYMLICKA, W. (2012). *Multiculturalism: success, Failure, and the Future*. Washington, DC: Migration Policy Institute.
- LUHMANN, N., & DE GIORGI, R. (1993). *Teoría de la sociedad*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- MINSAL / BANCO MUNDIAL (2016). *Orientaciones Técnicas para la Atención de Salud Mental con Pueblos Indígenas: Hacia un enfoque intercultural*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/028.MINSAL-salud-mental-indigena-2016.pdf>
- MINSAL / BANCO MUNDIAL (2017). *Plan para Pueblos Indígenas*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/04/PPI- Chile_HESSP-7-de-abril-2017-MINSAL-OK.pdf
- MAUSS, M. (1985). *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. Novena edición. Paris : Quadrige.
- MEZA-LOPEHANDÍA, M. (2018). "Frustrated Multiculturalism. (Neo)Liberalism and the Mapuche People", en P. Marshall, *Citizenship and Disadvantaged Groups in Chile*, Lanham/Boulder/New York/Londres: Lexington Books.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1993). *Resolución CD37.R5, Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas*. Disponible en <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7015/15688.pdf>.
- PARAJE, G. y A. INFANTE (2014). *La Reforma AUGE 10 Años Después*. Documento de Trabajo del PNUD. Santiago de Chile: PNUD.

VÁSQUEZ, M. A. (2009). *Salud Intercultural y políticas públicas: La experiencia de la organización Taiñ Adkimn en la comuna de la Pintana*. Tesis presentada para obtener el grado de Magíster en Antropología y Desarrollo, Universidad de Chile.

Sitios Web

MINSAL, Consulta Indígena Pueblo Mapuche: <https://www.minsal.cl/consulta-indigena-mapuche/>

MAPUEXPRESS, De atender a entender: 8 años del Centro de Medicina Mapuche de Nueva Imperial (escrito por A. Cuyul): <https://www.araucaniasur.cl/index.php/hospital-intercultural-de-nva-imperial/>

Normativa nacional

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA (2008). Dictamen N° 6.839 de 2018. Disponible en: <https://www.contraloria.cl/pdfbuscador/dictamenes/006839N18/pdf>

MIDEPLAN (1993). Ley N° 19.253 que establece normas sobre protección, fomento y desarrollo de los indígenas, y crea la corporación nacional de desarrollo indígena. Disponible en: <https://www.leychile.cl/navegar?idNorma=30620>

MINSAL (2004). Decreto N° 136. Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud. Disponible en: <https://www.leychile.cl/navegar?idNorma=237230>

MINSAL (2004). Decreto N° 140. Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud. Disponible en: <https://www.leychile.cl/navegar?idNorma=237231>

MINSAL (2004). Ley N° 19.937 que modifica el D.L. N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. Disponible en: <https://www.leychile.cl/navegar?idNorma=221629>

MINSAL (2006). Norma General Administrativa N° 16. Interculturalidad en los Servicios de Salud. Resolución Exenta N° 261 de 2006. Disponible en: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Norma%2016%20Interculturalidad.pdf>

MINSAL (2012). Ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Disponible en: <https://www.leychile.cl/navegar?idNorma=1039348>

Disclaimer

Asesoría Técnica Parlamentaria, está enfocada en apoyar preferentemente el trabajo de las Comisiones Legislativas de ambas Cámaras, con especial atención al seguimiento de los proyectos de ley. Con lo cual se pretende contribuir a la certeza legislativa y a disminuir la brecha de disponibilidad de información y análisis entre Legislativo y Ejecutivo.



Creative Commons Atribución 3.0
(CC BY 3.0 CL)