


Spring 2013

La Percepción del Sistema de Salud intercultural y la Generación de una nueva Discriminación: Estudio de los Centros de Medicina Mapuche en Nueva Imperial y Puerto Saavedra con Población Adulta

Jannet Guadalupe Sánchez
SIT Study Abroad, jsanche2@wellesley.edu

Follow this and additional works at: http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection

 Part of the [Community Health and Preventive Medicine Commons](#), [Family, Life Course, and Society Commons](#), [Health Services Research Commons](#), [Inequality and Stratification Commons](#), and the [Public Health Education and Promotion Commons](#)

Recommended Citation

Sánchez, Jannet Guadalupe, "La Percepción del Sistema de Salud intercultural y la Generación de una nueva Discriminación: Estudio de los Centros de Medicina Mapuche en Nueva Imperial y Puerto Saavedra con Población Adulta" (2013). *Independent Study Project (ISP) Collection*. Paper 1613.

http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/1613

This Unpublished Paper is brought to you for free and open access by the SIT Study Abroad at SIT Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Independent Study Project (ISP) Collection by an authorized administrator of SIT Digital Collections. For more information, please contact digitalcollections@sit.edu.

La percepción del sistema de salud intercultural y la generación de una nueva discriminación:

Estudio de los centros de medicina mapuche en Nueva Imperial y Puerto Saavedra con población adulta

Jannet Guadalupe Sánchez

Primavera 2013

SIT Chile: Salud pública, medicina tradicional y el empoderamiento comunitario

Consejera: Jimena Pichinao Huenchuleo, Antropóloga

Directora Académica: Rossana Testa, Lic, MBA, MGP, PhD

Índice

Sección	Título	Pág.
1	Resumen	3
2	Reconocimientos y Agradecimientos	4
3	Introducción	5
4	Objetivos	7
4.1	Objetivo general	7
4.2	Objetivos específicos	7
5	Marco Teórico	8
5.1	Salud indígena	8
5.2	La raza y la etnia como determinantes sociales de la salud	10
5.3	Discriminación y exclusión del pueblo mapuche	11
5.4	Legislaciones en acción	13
6	Metodología	16
7	Resultados	19
7.1	Parte I	19
7.2	Parte II	30
8	Discusión	40
9	Conclusiones	45
10	Limitaciones	47
11	Recomendaciones	48
12	Referencias bibliográficas	49
13	Anexo	51
13.1	Copia de encuesta y entrevista	52
13.2	Transcripciones	58

Abstract (Resumen)

The main objective of this project was to investigate to what extent intercultural health experiences in the Araucanía region of southern Chile can help overcome situations of discrimination or how they may help generate new ones. This project surfaces from the known history of discrimination against the mapuche population that has resulted in poor health status and how the installation of intercultural health financed by the governments' own ministry of health tries to alleviate the problem. To achieve the main objective, both surveys and interviews were conducted at two intercultural health centers in order to determine actual and perceived health status, identify the existing relationship between discrimination and ethnicity as a determinant of health in the mapuche population, and to learn how discrimination is recognized and understood. Results demonstrated that the existence and satisfaction with intercultural health centers altered perceptions of health. Furthermore, results show that intercultural health centers prove to not only be beneficial to health, but can also be seen as a threat to the ever mitigating mapuche culture. In conclusion, intercultural health can be seen as an extension of government control over indigenous populations.

Key words: Intercultural health, Chile, Mapuche, discrimination

Reconocimientos y Agradecimientos

La realización de este proyecto no se pudiera dar a acabo sin la ayuda y apoyo de todos involucrados desde las primeras etapas. Mis más sinceros agradecimientos a mis familias anfitrionas, la familia Concha-Velásquez y la familia Carrillo-Barboza por darme la bienvenida en sus hogares y tratarme como una hija. También mil gracias a la Señora Rosa Barboza, mi mamá anfitriona, por darme grandes oportunidades de realizar mi proyecto. También agradezco mucho la ayuda que recibí de mi consejera, Jimena, quien aporto al desarrollo de mi proyecto por medio de revisiones y reflexiones. Por último, muchas gracias a los equipos de salud intercultural de los Hospitales en Nueva Imperial y Puerto Saavedra por abrirme las puertas de los centros de salud para poder llevar acabo mi proyecto. Y también un grande abrazo a Rossana Testa y Leo González por su apoyo incondicional académico

Introducción

Desde la llegada de los españoles a América Latina, las poblaciones indígenas han sido dominados, marginados, subordinados y desplazados. La discriminación histórica y sistemática se manifiesta en sus condiciones de vida, en el estado de salud y en la manifestación de diversas enfermedades. Así lo demuestran las altas tasas de enfermedades crónicas, morbilidad, y mortalidad.

La población mapuche del sur de Chile también ha sido víctima de siglos de discriminación y exclusión. A pesar de tener su propio sistema médico, este sistema se ve amenazado por las legislaciones y políticas indigenistas que no siempre favorecen la tradición y la cultura.

En las últimas décadas y en respuesta a las demandas étnicas, el Estado de Chile instala lo que se conoce como la salud intercultural que tiene entre sus propósitos, otorgar pertenencia cultural al sistema de salud oficial y además un fortalecimiento a la medicina indígena. Actualmente, existen pocos estudios que se enfocan en el impacto de la salud intercultural al estado de salud de las comunidades indígenas, pero los estudios anteriores si plantean puntos críticos del mismo sistema que pretende desarrollar y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mapuche por medio de los modelos interculturales.

Esta investigación surge de mi interés por aprender más acerca de las experiencias de salud intercultural en la región de Puerto Saavedra y Nueva Imperial. Mi investigación constituye de distintas partes que exploran en qué medida las experiencias de los centros de salud intercultural pueden estar ayudando a superar situaciones de discriminación de las poblaciones mapuche. Primero, se examina el tema de discriminación y la salud en poblaciones indígena mediante el marco teórico. Luego, los resultados trabajan para determinar el estado de salud real y percibida de los usuarios de servicios de salud intercultural. Siguiendo, la identificación de la relación entre la discriminación como un factor del estado de salud de la muestra de población de participantes mapuche a fin de establecer una imagen representativa de la población. Seguido por la comparación de las formas en que la discriminación es reconocida y comprendida por los usuarios y agentes de salud entrevistados. Y, por último, la identificación de los logros y aspectos críticos de las experiencias de salud intercultural de la región de la Araucanía en relación a la discriminación para llegar a debatir una conclusión de que el sistema dedicado a ayudar puede estar generando una nueva forma de discriminación, algo que Pierre Bourdieu

describe como la "domesticación de los dominados"¹.

1 Ver Boccara, Guillaume (2007), Etnogubernamentalidad, La formación del campo de la salud intercultural en Chile, Chungara: Revista de Antropología Chilena, Vol 39, N°2

Objetivos

Objetivo General:

Investigar en qué medida las experiencias de salud intercultural de Puerto Saavedra y Nueva Imperial contribuyen a superar situaciones de discriminación

Objetivos específicos:

- Determinar el estado de salud actual y percibida de la muestra de usuarios de servicios de salud intercultural.
- Identificar la relación entre discriminación por etnia como un factor del estado de salud en las poblaciones mapuche observada.
- Comparar la forma en que se reconoce y entiende la discriminación.
- Identificar logros y aspectos críticos de las experiencias de salud intercultural en la región de la Araucanía, en relación a la discriminación.

Marco Teórico

Para enfocar y orientar esta investigación, es importante ilustrar una completa, pero breve, imagen de cuatro temas importantes a escala nacional y mundial: la salud indígena, los determinantes sociales, la discriminación y la legislación contra la discriminación, con el fin de comprender mejor el estado actual del pueblo indígena mapuche en Chile. Las siguientes secciones tratan de demostrar la relación causal e interactiva de todos los temas con y entre sí mismos.

I. Salud Indígena

a. Salud indígena al nivel global

En América Latina existen más de 400 grupos indígenas con una población total entre 33 a 40 millones². En total forman solo 10% de la población en América Latina y siguen siendo las poblaciones más marginadas socialmente y culturalmente y con los peores indicadores de salud³. La persecución histórica y el desplazamiento conjunto la marginación y la discriminación social y cultural, deja a las personas indígenas en peor estado de salud que las comunidades no indígenas dentro de los mismos países. La Organización de Salud Panamericana muestra que existe grandes inequidades en resultados de salud para poblaciones indígena cuando comparada con la población mayor⁴.

b. El pueblo originario Mapuche del sur de Chile

Los mapuche viven en territorios que actualmente están siendo ocupados por los Estados de Chile y Argentina. El Instituto Nacional de Estadísticas de Chile enseña que los mapuche hacen 8% de la población total de Chile con 1.508.722 personas⁵. La población mapuche también sufre de inequidades de salud. Un estudio por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en la comunidad mapuche de Ercilla, una comuna en el norte de la Araucanía, encontró

2 Raul A Montenegro y Carolyn Stephens (2006), “Indigenous Health 2: Indigenous health in Latin America and the Caribbean.” publicado por *Lancet* pag. 1859

3 Carolyn Stephens et al (2006), “Indigenous Health 4: Disappearing, displaced, and undervalued: a call to action for indigenous health worldwide.” publicado por *Lancet* pag. 2019

4 Montenegro y Stephens (2006), *Op cit.*: 1863

5 Censo 2012 pregunto sobre pertenencia a un pueblo indígena según Ley N° 19.253 que establece “Censos de Población Nacional deberán determinar la población indígena existente en el país.”

evidencia concreta de las inequidades de salud⁶. En la comuna, el riesgo de morir para mapuche era 50% más alto que el resto de la población. Para ambos sexos, se encontró un riesgo de morir 50% más alto en hombres mapuche y 30% más alto para las mujeres que la de sus pares no mapuche. Y el riesgo de morir por cáncer era 90% más alto que la de sus pares no mapuche. Aunque los mapuche sufran de las mismas enfermedades que sus pares no indígena, las tasas de enfermedad siempre son más altas y más peligrosas en poblaciones indígena⁷.

c. El entendimiento de la enfermedad en pueblos indígenas

Para comunidades indígena, la salud no es solo la ausencia de enfermedad, si no un estado de equilibrio y bienestar físico, espiritual, psíquico, social, comunitario y de los ecosistemas⁸. Para el mapuche, el bienestar y la buena vida se reconoce como *küime mongen* (buena vida) o *kümelkalen* (bienestar) y el dolor como *kutran*⁹. La enfermedad significa la ruptura de este equilibrio y se manifiesta en múltiple formas que no solo afectan el comportamiento del individuo, pero también la familia y la comunidad. El estado de salud indígena también se daña cuando se deteriora la económica campesina y se pierde la tierra comunitaria. La pérdida de recursos naturales y territorios ancestrales debido a la reestructuración del gobierno forzó que la gente migre de los campos a las zonas urbanas.

d. El tema de territorio

Este fenómeno actualmente ocurre en Chile. Antes de la conquista española, los mapuche ocupaban 10.000.000 hectáreas de tierra en la zona sur de Chile. Reducciones del gobierno dejaron a los mapuche con solo 5% (500.000 hectáreas) de sus tierras originarias¹⁰. Las políticas gubernamentales han desplazado las poblaciones Mapuche de su territorio y han forzado que ellos se muevan de sus campos a zonas urbanas como Temuco y Santiago. Este fenómeno se reconoce como una estrategia de sobrevivencia. En Chile, mas de 70% de la población indígena vive en grandes

6 El documento *Desigualdades territoriales y exclusión social del pueblo mapuche en Chile: Situación en la comuna de Ercilla desde un enfoque de derechos* es un esfuerzo conjunto de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Alianza Territorial Mapuche (ATM) destinado a trazar un panorama socio demográfico. (2012)

7 Montenegro y Stephens (2006), *Op cit.*: 1859

8 Stephens et al, (2006), *Op cit.*: 2025

9 El sistema de salud mapuche abarca diversos planos del *mongen* (la forma de la vida mapuche). Para más información detallada del modelo y sistema médico mapuche ver Mg. Gonzalo Bustamante Rivera “Sistematización del conocimiento disponible sobre Salud Intercultural en Chile” Temuco, Julio 2010.

10 CEPAL (2012), *Op cit.*: 44

cuidades¹¹ donde encuentran estigma, segregación y discriminación por ser indígena lo que causa trastornos de personalidad e identidad cultural que se manifiesta en enfermedades físicas y mentales¹².

II. La raza y la etnia como determinantes sociales de la salud

a. Implicaciones de determinantes sociales

Un buen estado de salud no se puede lograr sin abordar los determinantes sociales de la salud. Los determinantes sociales son formas de organización social que generan exclusión y marginación. La raza y etnia, el género, y la clase económica de una persona actúa como gran determinantes sociales de la salud porque cada uno de estos factores determinan como uno se relaciona con el mundo de afuera; en el mundo que naces, vives, creces y trabajas. Los determinantes sociales se producen por diferencias en la distribución del dinero, el poder, y los recursos al nivel local y global¹³. Esto causa una gran diferencia en el tratamiento, acceso, y disponibilidad de servicios de salud y es responsable por las inequidades en salud que se ven dentro y entre países.

b. La creación de la discriminación

Las disparidades de salud surgen por diferencias en la calidad de atención médica, en el acceso a servicios de salud, y por diferencias de oportunidades, exposiciones y estresantes que resulta en un estado de salud subyacente¹⁴. Es importante notar que las diferencias presentadas no surgen solo por medio de comportamiento individual y predisposiciones genéticas, si no que existe un contexto legal, social, y cultural que estructura oportunidades y determina donde vives, que clase de educación obtienes, que tipo de trabajo tienes y cuanto dinero ganas. Se puede decir que los determinantes sociales son formados por sistemas de poder que incluye, pero no está limitado al capitalismo y el racismo. Estos sistemas crean los mecanismos básicos de la producción social de la enfermedad y produce la violencia estructural que forma el contexto social, económico, y cultural que crea la

11 El mismo fenómeno se puede notar en la Ciudad de México, Bogotá, y Lima donde el indígena-urbano existe en gran volúmenes. Ver Martín Hopenhayn y Alvaro Bello *Discriminación étnico-racial y xenofobia en América Latina y el Caribe* publicado por CEPAL División de Desarrollo Social. Santiago de Chile, Mayo 2001

12 Ver Andrea Aravena Reyes (2001), "Shadows in the big city" publicado por *The UNESCO Courier* pag. 19

13 Definición de "determinantes sociales de salud" publicado por World Health Organization Int. http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/index.html

14 Ver presentación por Camara Phyllis Jones (2012), *Achieving Health Equity: Framework and tools for quality* presentada en Mt Sinai Hospital, Toronto Canada

estratificación social y las diferencias en acceso de recursos y la distribución de poder. La violencia estructural crea la desigualdad e inequidad que se manifiesta en discriminación institucionalizada, explotación y exclusión social¹⁵.

El racismo es parte de la violencia estructural. Anne- Emanuelle Birn define el racismo como “la promulgación de las formas estructurales y sistemáticas de la opresión y la discriminación contra determinados grupos raciales por parte de personas y / o instituciones con las definiciones raciales propios derivados de los sistemas opresivos de relaciones raciales”¹⁶ La distinción biológica que crea la raza es asignada un valor social y ha sido causa de desigualdad, discriminación y dominación por siglos. La etnicidad es simplemente un factor del orden cultural¹⁷. El racismo injustamente otorga desventajas a algunos y aventaja a otros. Existen tres niveles del racismo: institucionalizado, mediado personalmente e internalizado¹⁸. El racismo internalizado es un fenómeno que ocurre cuando los individuos aceptan las limitaciones sociales que se les ha atribuido por su raza. El racismo institucionalizado acontece en acceso diferente a recursos y la distribución de poder. El tercer tipo de racismo es el mediado personalmente que se realizan en forma de prejuicios y discriminación donde individuos son tratados diferenciadamente simplemente por su pertenecía a un grupo demográfico. La discriminación crea la separación y la jerarquización y sirve como causa de desigualdad y dominación del “otro”¹⁹. La negación del otro actúa como raíz histórica de discriminación en América Latina y el Caribe. El colonialismo del siglo – es la fuente primordial que creo las ideas de diferencias raciales entre el conquistador y el conquistado. Se creó la superioridad de la raza europea y la inferioridad del indígena. La discriminación de las poblaciones indígena se realizo en términos de la dominación de los territorios, la apropiación de la riqueza natural, la hegemonía política, la evangelización, y el sometimiento por décadas de intervención, desestructuración y destrucción de la forma de vida, lengua y cultura²⁰. Los indígenas fueron desplazados y expulsados de sus tierras y forzados a emigrar.

III. Discriminación y exclusión de poblaciones mapuche

15 Ver CEPAL (2012) sección 3.2 “Los determinantes sociales y la situación de sobre mortalidad de la población mapuche de Ercilla”

16 Ver Anne-Emanuelle Birn et al (2009), *Textbook of International Health Ed.* pag. 332

17 En Chile se reconoce ocho etnias y los mapuche siendo uno de ellos. Cuando se habla del racismo en el contexto del mapuche, se entiende como opresión y discriminación de la étnia mapuche, no la raza mapuche. Se habla del racismo y discriminación racial porque es el termino definido por la Declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial. Ver Sección 4a de esta publicación para mas información.

18 Jones, Op cit.

19 Hopenhayn y Bello, Op cit.:

20 Hopenhayn y Bello, Op cit.:

a. Representación social

Como fue mencionado anteriormente en la primera sección, el gobierno ha desplazado a miles de poblaciones mapuche del sur de Chile. Las políticas gubernamentales intervienen y destruyen la forma de vida mapuche y campesina, la lengua mapudungun, y la cultura mapuche. Esto ha sido un gran ejemplo de la discriminación y la exclusión experimentada por los mapuche. La discriminación no acaba ahí, si no que la discriminación se escucha en la manera que la sociedad chilena representa al mapuche. La representación social negativa de los mapuche fue la ideología racista que apoyo la colonización de las poblaciones consideradas inferiores por los conquistadores españoles en los siglos 15°. Hoy en día, la representación social del mapuche (entre otros como los peruanos, bolivianos, Aymara, etc²¹) muestra cómo étnofobas²² y xenófobas la sociedad chilena es.

b. Prejuicios como causa de discriminación

Quilaleo, Saiz y Merino explican que los prejuicios son “generalizaciones erróneas e inflexibles” que se pueden sentir o expresarse hacia un individuo o un grupo²³. Cuando los prejuicios se expresan se crea la discriminación. Para el mapuche, los prejuicios que dicen que ellos son “flojos,” “borrachos²⁴,” “agresivos,” o “ladrones” les han afectado en el trabajo²⁵. Trabajadores mapuche son marginados porque los chilenos piensan que a los mapuche les falta habilidades y capacidades cognitivas y intelectuales y que solo sirven para trabajar la tierra. También los rasgos físicos y algunas veces el apellido de una persona mapuche sirven como forma de discriminación y entonces los mapuche se encuentran trabajando en lugares donde son ocultados de la sociedad.

Los mapuche reportan ser discriminados no solo en el trabajo, pero también por la justicia, la administración pública, y institutos educacionales se reporta en la publicación por Quilaleo et al. Se reporta ser discriminado por el hecho de simplemente ser mapuche. Aunque existe leyes contra la discriminación en Chile, los mapuche reportan que ni los carabineros saben la ley. En la escuela, se les

21 Observación de la autora

22 Antipatía u odio hacia una etnia

23 Tomando término de G.W. Allport ver *The nature of prejudice* (1954:10).

24 Hebríos

25 Daniel Quilaleo R, José Luis Saiz V, María Eugenia Merino D (2007), “Representación social Mapuche e imaginario social no Mapuche de la discriminación percibida” publicada por Atenea, núm. 496, pag 92

prohíbe portar su ropa tradicional y no se les enseña el mapudungun²⁶. Otros han ido tan lejos como cambiar sus nombres mapuche por uno hispano o anglosajona como en el caso de Pichilef Painepil quien se cambió su nombre a Escobar Leyton para evitar discriminación racial y encontrar trabajo²⁷. La discriminación se magnifica cuando se vive en grandes ciudades como la capital en Santiago. Reyes describe el fenómeno de la migración y dice que la discriminación y la hostilidad que muchos mapuche han experimentado ha causado que ellos, especialmente los jóvenes mapuche, renuncien su identidad indígena y rechazan su cultura y lengua²⁸. Por lo menos, en las últimas décadas, esto ha ido cambiando por el creciente auto identidad mapuche.

IV. Legislaciones en acción

Esta sección ofrece un breve resumen de algunos tipos de legislación importante, tanto nacional como internacional, que han surgido en los últimos años que se refieren a la salud de los pueblos originarios y/o a combatir la discriminación contra los pueblos originarios. Su efecto, ya sea positivo o negativo, en las poblaciones indígenas no será presentado porque el efecto varía de país en país. En lugar, nos centraremos en lo que cada tipo de legislación espera alcanzar o ha logrado para ayudar eliminar el racismo y la discriminación.

a. Tratados internacionales y declaraciones

Primero está el instrumento internacional más completo y más avanzado sobre los derechos de los pueblos originarios. La Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas es un documento que reconoce primariamente a las poblaciones indígenas debajo ley internacional²⁹. Artículo 23 dice que los pueblos indígenas tienen derecho a “participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud. . .que les conciernan y, en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones. Artículo 24 está hecha de dos partes que dicen que los pueblos indígenas tienen derecho a “sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud,” “acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud,” y a “disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental”. Aquí también se incluye que Los Estados

26 Reyes (2001) Op cit.: 20

27 Más sobre este fenómeno en Libio Pérez “Cambios indios de nombre en Chile” publicado por Reforma (Ciudad de México, 2002)

28 Reyes (2001) Op cit.: 19

29 Resolución aprobada por la Asamblea General 61/295 (2007)

“tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente que este derecho se haga plenamente efectivo.” Las Naciones Unidas también crearon la Declaración sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial que define la discriminación racial como “toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida privada”³⁰.

También existe el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) que fue ratificado por Chile en 2008 y entro en plena vigencia en 2009. La ratificación del Convenio tardo más de 15 años por los temas de la participación política y derechos a la tierra de los pueblos originarios. El Convenio determina que Los Estados deben “proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel de salud física y mental”³¹.

b. Leyes nacionales y regulaciones

En Chile, fue el Acuerdo de Nueva Imperial que en 1989 durante la candidatura de Patricio Aylwin incluyó el tema indígena en la agenda política nacional. El acuerdo fue apoyado y promovido por 28 organizaciones indígenas. El acuerdo comprometía el reconocimiento constitucional de los pueblos originarios, la creación de la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI), la creación de la Comisión Especial de Pueblos Indígenas y la ratificación del Convenio 169³².

Durante la presidencia de Aylwin se creó la Ley Indígena 19.253 en 1993 para establecer el deber del Estado y para regular la relación entre el Estado y los pueblos indígenas³³. Primariamente, la ley “establece normas sobre protección, fomento y desarrollo de los indígenas.” La ley reconoce la existencia de ocho etnias aceptando el pluralismo étnico en Chile³⁴. También la ley se hace cargo de establecer fondos de tierras y aguas indígenas, fondo de desarrollo para programas especiales,

30 Ver Artículo 1 de la declaración

31 La Conferencia Internacional del Trabajo de la OIT primero adoptó Convenio 107 sobre poblaciones indígenas y tribuales en países independientes. Después el convenio se reviso para formar Convenio 169 cual fue adoptado en 1989.

32 Ver Anita Perricone (2009-10) *The Mapuche people and human rights: Lights and shadows after the ratification by Chile of ILO Convention 169*. Università Degli Studi Di Trento. Pp 21

33 CEPAL (2012), Op cit.: 17

34 Pero no se reconoce la categoría “Pueblos” que era en el fondo, lo que demandaban las organizaciones mapuche

establecer normas sobre la cultura y la educación indígena. Críticos dicen que la ley no ha ayudado a las poblaciones originarias de Chile a obtener los derechos que ellos tienen debajo leyes internacionales ni socialmente, económicamente, y culturalmente³⁵

En 1992, se instalan las primeras acciones orientadas a la salud intercultural. La región de la Araucanía produce las primeras experiencias del Ministerio de Salud (MINSAL) en salud intercultural con el Programa Mapuche (PROMAP) que existe para “mejorar la calidad de la atención de la población mapuche” en la Red de Atención Primaria de Salud (APS)³⁶. En el año '96 surge el Programa Especial Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) creado para “lograr la equidad [por] reconocimiento y respeto de la diversidad cultural de los pueblos buscando el mejoramiento de la salud... de una manera integral y coordinada en el marco de la interculturalidad y el desarrollo humano”³⁷. Los programas surgen por demandas étnicas y el gobierno instala lo que es conocido como un nuevo modelo de salud “intercultural” de atención. En 1999, el Hospital Makewe en Padre Las Casas es reconocido como el primer hospital intercultural. En el fondo, los programas de salud intercultural intentan superar las limitaciones del sistema de salud oficial que tiene dificultades para resolver los problemas de la salud de las poblaciones culturalmente distintas. De este modo, deben abrirse a otras maneras, concepciones y reconocimientos que sistemas actuales de medicina son limitados y que existen otras formas de tratamiento.

35 Perricone (2009-10), Op cit.: Introducción pp 5-8

36 Ver Paola García Bolados (2012), *Neoliberalismo multicultural en el Chile pos dictadura: La política indígena en salud y sus efectos en comunidades Mapuches y Atacameñas*, Chungara, Revista de Antropología Chilena. Volumen 44, No 1 pp 138

37 Bolados (2012) Op cit.; 138

Metodología

El diseño de la investigación fue cualitativo y cuantitativo. Es un estudio transversal, retrospectiva, y exploratoria. Se usó Excel para ingresar data cuantitativa y hacer gráficos de las respuestas de las encuestas.

Muestra de Población:

La muestra de población incluyó usuarios y profesionales de las comunas atendidas por los módulos de medicina mapuche en el Hospital Intercultural de Nueva Imperial y Hospital Puerto Saavedra en la región de la Araucanía Sur de Chile donde el 53,4% y 64,3%, respectivamente, de las poblaciones se identifica como mapuche³⁸.

La muestra de población consistió de 20 adultos usuarios en total. Los usuarios estaban entre las edades de 21 años y 71 años de cuales 14 se auto-identificaron como mapuche. La investigación incluyó 10 mujeres y 10 hombres. A esta población se les aplicó solo la encuesta, en muy raros casos se les aplicó solo la primera pregunta de la parte entrevista.

También se incluyó los agentes de salud de ambos lugares en la muestra de población. La muestra de agentes de salud incluyó 1 *machi*, 2 *longkos*, 1 *kellu* (asistente de machi), 1 coordinador de medicina mapuche, 1 técnica paramédica, 1 ingeniera agrónoma, 1 administradora, 1 encargado personal y 1 recolector de hierba, a quienes se les aplicó solo la entrevista de 4 preguntas.

Materiales y procedimientos:

A los participantes se les dio una encuesta conteniendo 50 preguntas divididas en cinco secciones: información básica, origen étnico y lenguaje, salud, servicios de salud y discriminación. Los participantes tenían la opción de solo contestar las preguntas con las que se sentían cómodas. Tenían la posibilidad de abandonar la encuesta o la entrevista cuando era necesario. No había obligación de continuar la encuesta conforme con las regulaciones del Institutional Review Board (IRB) “Study with Human Subjects.”

La encuesta fue adaptada a partir de encuestas anteriores dadas para analizar la percepción de la

38 Ver Estadísticas Sociales de los Pueblos Indígenas, Censo 2002

salud, el estado de salud y comportamientos y conductas de salud. Tomando de la encuesta de Griffith et al³⁹ sobre comportamientos de salud. A los mapuche adultos se les preguntó sobre el consumo de comida rápida (o chatarra) (> 3 veces por semana), el tabaquismo (fumador o no fumador) y su uso (algunas veces o frecuentemente), el consumo de bebidas alcohólicas (bebedor o no bebedor) y su uso (algunas veces o frecuentemente). El peso y la altura fueron "percepción subjetiva" y fueron usados para calcular el índice de IMC. Dependiendo en la capas de IMC, se clasifico a los participantes como peso normal (N), sobrepeso (S), y obeso (OB). Estado de peso se basa en el IMC: peso normal ($N \geq 18,5$ y $<25,0$), sobrepeso ($S \geq 25,0$ y $<30,0$), y obeso ($OB \geq 30,0$). También se preguntó a los participantes sobre su género, su estado de salud actual (excelente, bien, más o menos, mal, terrible), si han sido diagnosticados con hipertensión y diabetes (si o no) y si han tenido dificultad comunicándose con las personas que los atienden (nunca, algunas veces, o siempre) basado en la encuesta de Keller⁴⁰. Los que contestaron excelente o bien fueron clasificados como saludable. Se agrego consultas sobre el diagnostico de colesterol, depresión y bronconeumonía para reflejar las enfermedades más prevalentes en todo Chile y específicamente la IX región de Chile⁴¹. Más preguntas fueron formadas con la ayuda de la encuesta conducida por Hausmann et al⁴² y ellas fueron sobre la edad, el nivel de educación (sin estudios, básica, media, técnico, o universitaria) y nivel de ingresos en forma discreta por medio de preguntar sobre la previsión de seguro médico FONASA / ISAPRE (A, B, C, D, o ISAPRE)⁴³.

Las otras preguntas fueron formadas usando la ficha de derechos y deberes creado por el Ministerio de Salud del gobierno de Chile⁴⁴. La ficha tiene ilustrado 15 derechos que los usuarios/as deben exigir en cada visita de atención médica y 5 deberes que deben cumplir los usuarios/as. De los 15 derechos se escogieron 11 derechos para formar preguntas sobre la habilidad de exigir estos derechos (muy difícil, difícil, neutral, fácil, muy fácil) en un centro de salud intercultural en comparación con su habilidad en un centro de salud no intercultural. El uso del término *habilidad* se uso para significar la habilidad física actual de exigir los derechos. Otras preguntas específicas en esta

39 Ver Brian N Griffith et al (2011) "Self-rated health in rural Appalachia: health perceptions are incongruent with health status and health behaviors" sobre la auto-evaluación de la salud de adultos viviendo en la Appalachia en relación con el estado de salud objetivo y comportamientos de salud actual.

40 Ver Sara C Keller et al (2010) "Perceived Discrimination and Use of Health Care Services in a North Carolina Population of Latino Immigrants" sobre la discriminación percibida basadas en la raza/etnia y estado de seguro médico.

41 Ver Situación de Salud <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/sdsalud1.htm>

42 Ver Hausmann et al (2010) "Perceived racial discrimination in health care and its association with patients' health care experience: Does the measure matter?" que examina tres diferentes medidas de discriminación percibidas en cuidado de salud.

43 Libre Elección, N°1, Enero 2013. fonasa.cl

44 Un extracto de la Ley N°20.584 de Derechos y Deberes de los Pacientes

encuesta fueron sobre la participación en programas de salud de Chile y su satisfacción en general con la atención de salud recibida en el centro de salud intercultural.

La última sección de preguntas en la encuesta (Sección E: Discriminación) fueron adaptadas de la encuesta del National Institute of Health (NIH) del año 2009⁴⁵. Las preguntas del NIH preguntan si el/la participante en los últimos 12 meses ha sido tratado/a con menos respeto o de manera injusta. La pregunta fue cambiada para reflejar la cultura donde las definiciones del “respeto” y la “injusticia” pueden ser diferentes e interpretadas y percibidas de una manera diferente. Entonces se pregunta si el/la participante ha sido tratado/a en una manera que lo/la haya sentido mal durante el tiempo que han estado recibiendo atención de salud en el centro de salud intercultural. Después se pregunta si piensa que el tratamiento fue debido a linaje⁴⁶ u origen nacional, género o sexo, color de su piel, edad, formar de hablar castellano, o otra razón.

La segunda parte (entrevista) solo se aplicó a los agentes de salud de ambos centros de medicina mapuche. Ellos fueron consultados sobre cuatro preguntas que pedía sus opiniones sobre la definición de discriminación, si piensa que el centro de salud ha ayudado a superar la discriminación, y cuáles han sido los aspectos positivos y negativos de obtener medicina mapuche en un espacio diferente de lo tradicional y los aspectos positivos y negativos de la salud intercultural a la salud de la población mapuche. Los participantes también tuvieron la opción de participar en la parte entrevista, pero los que participaron solo contestaron la primera pregunta sobre la definición de la discriminación.

45 Ver Salma Shariff-Marco et al (2009) “A mixed-methods approach to developing a self-reported racial/ethnic discrimination measure for use in multiethnic health surveys” que desarrolla y evalúa una medida de discriminación que es apropiada para uso en encuestas aplicadas en poblaciones diversas.

46 ascendencia

Resultados

Parte I: Encuesta

La muestra de población incluyó 20 personas. La muestra demográfica de la población esta presentada en Tabla 1 separado por resultados entre hombres y mujeres. La edad, peso y IMC de hombres cambia cuando se elimino los valores atípicos (Hombre de 21 años y otro hombre de 120 kg) y los resultados están presentados al lado en letra fuerte. Una porción grande de los participantes se consideraban saludable (70%). También hubo una grande proporción de participantes que fueron clasificados como sobrepeso o obesos basado en el resultado de IMC. Más mujeres son sobrepeso o obesas. Ningún participante fue considerado fumador o bebedor de bebidas alcohólicas. Hubo más mujeres que hombres que comen comida chatarra más de 3 veces por semana. La mitad de los participantes han sido diagnosticados con diabetes con la enfermedad más presente en mujeres que hombres. Mujeres también presentaron más seguido diagnósticos de alta colesterol y depresión que hombres. Ninguna persona ha sido diagnosticada con bronconeumonía.

Tabla 1 Demográfica de los Participantes (Hombres y mujeres)

	Hombres (n=10)	Mujeres (n=10)	Ambos (n=20)
Edad	49,4 // 51,4	51,2	49,8 // 51,3
Altura (m)	1,62	1,72	1,66
Peso (kg)	83,3 // 78,33	72	77,4
IMC	28,04 // 28,89	27,96	27,99 // 27,28
Enfermedad y Comportamientos	Numero (%)	Numero (%)	Numero (%)
Saludable	6 (30)	8 (40)	14 (70)
No saludable	4 (20)	2 (10)	6 (30)
Peso normal	4 (20)	2 (10)	6 (30)
Sobrepeso	2 (10)	6 (30)	8 (40)
Obeso	4 (20)	2 (10)	6 (30)
Fumador	0	0	0
No fumador	10 (50)	10 (50)	20 (100)
Consumidor de comida chatarra	1 (5)	2 (10)	3 (15)
No consumidor de comida chatarra	9 (45)	8 (40)	17 (85)
Consumidor de bebidas alcohólicas	0	0	0
No consumidor de bebidas alcohólicas	10 (50)	10 (50)	20 (100)
Diagnostico de diabetes	3 (15)	7 (35)	10 (50)
Diagnostico de	3 (15)	3 (15)	6 (30)

hipertensión			
Diagnostico de alta colesterol	4 (20)	5 (25)	9 (45)
Diagnostico de depresión	1 (5)	3 (15)	4 (20)
Diagnostico de bronconeumonía	0	0	0

La muestra demográfica de la población esta presentada en Tabla 2 separado por resultados entre mapuche y no mapuche. Como anterior mencionado, la edad, peso y IMC cambia cuando se elimino los valores atípicos (Hombres de 21 años y otro hombre de 120 kg) y los resultados están presentados al lado en letra fuerte. Más participantes mapuche se consideraron saludable que participantes no mapuche. Más participantes mapuche fueron clasificados como sobrepeso o obeso basado en el resultado de IMC. Ningún participante fue considerado fumador o bebedor de bebidas alcohólicas. Más participantes no mapuche comen comida chatarra más de 3 veces por semana que los participantes mapuche. La mitad de participantes mapuche han sido diagnosticados con diabetes, siendo la enfermedad más presente en la muestra mapuche. Participantes mapuche siempre presentaron tasas más altas en diagnósticos de hipertensión, alta colesterol y depresión que los participantes no mapuche. Ninguna persona ha sido diagnosticada con bronconeumonía.

Tabla 2 Demográfica de los Participantes (Mapuche y no mapuche)

	Mapuche (n=14)	No mapuche (n=6)	Ambos (n=20)
Edad	49,57// 51,77	50,33	49,8
Altura (m)	1,66	1,66	1,66
Peso (kg)	75,93	80,33// 72,4	77,4
IMC	27,53	29,09// 22,17	27,99
Enfermedad y Comportamientos	Numero (%)	Numero (%)	Numero (%)
Saludable	9 (45)	5 (25)	14 (70)
No saludable	5 (25)	1 (5)	6 (30)
Peso normal	3 (15)	3 (15)	6 (30)
Sobrepeso	7 (35)	1 (5)	8 (40)
Obeso	4 (20)	2 (10)	6 (30)
Fumador	0	0	0
No fumador	10 (50)	10 (50)	20 (100)
Consumidor de comida chatarra	1 (5)	2 (10)	3 (15)
No consumidor de comida chatarra	13 (65)	4 (20)	17 (85)
Consumidor de bebidas alcohólicas	0	0	0
No consumidor de bebidas alcohólicas	10 (50)	10 (50)	20 (100)

Diagnostico de diabetes	7 (35)	3 (15)	10 (50)
Diagnostico de hipertensión	4 (20)	2 (10)	6 (30)
Diagnostico de alta colesterol	6 (30)	3 (15)	9 (45)
Diagnostico de depresión	3 (15)	1 (5)	4 (20)
Diagnostico de bronconeumonía	0	0	0

El nivel de educación de hombres y mujeres está presentado en Tabla 3. El promedio de nivel de educación más alto de hombres y mujeres fue media completa. El promedio de nivel de educación más alto de hombres fue básica completa y de mujeres fue media completa. El nivel de educación de participantes mapuche y no mapuche está presentado en Tabla 4. El promedio de nivel de educación más alto de participantes mapuche y no mapuche fue media completa. El promedio de nivel de educación más alto de los participantes mapuche fue media completa y de los participantes no mapuche fue básica completa.

Tabla 3 Nivel de Educación (Hombres y mujeres)

	Hombres (n=10)	Mujeres (n=10)	Ambos (n=20)
Sin estudios	0	0	0
Básica incompleta	0	0	0
Básica completa	4 (20)	1 (5)	5 (25)
Media incompleta	1 (5)	2 (10)	3 (15)
Media completa	3 (15)	5 (25)	8 (40)
Técnico incompleta (1a 3 años)	1 (5)	1 (5)	2 (10)
Universitaria incompleta o técnica completa	1 (5)	0	1 (5)
Universitaria completa o más	0	1 (5)	1 (5)

Tabla 4 Nivel de Educación (Mapuche y no mapuche)

	Mapuche (n=14)	No mapuche (n=6)	Ambos (n=20)
Sin estudios	0	0	0
Básica incompleta	0	0	0
Básica completa	1 (5)	4 (20)	5 (25)
Media incompleta	3 (15)	0	3 (15)
Media completa	6 (30)	2 (10)	8 (40)
Técnico incompleta (1a 3 años)	2 (10)	0	2 (10)
Universitaria incompleta o técnica completa	1 (5)	0	1 (5)
Universitaria completa o más	1 (5)	0	1 (5)

La previsión de FONASA o ISAPRE de hombres y mujeres esta presentada en Tabla 5. El promedio de previsión de hombres fue FONASA B y de mujeres fue FONASA C. La previsión de FONASA o ISAPRE de los participantes mapuche y no mapuche esta presentada en Tabla 6. El promedio de previsión de los participantes mapuche fue FONASA C y de los participantes no mapuche fue FONASA A.

Tabla 5 Previsión de FONASA/ISAPRE (Hombres y mujeres)

	Hombre (n=10)	Mujeres (n=10)	Ambos (n=20)
FONASA A	3 (15)	3 (15)	6 (30)
FONASA B	4 (20)	1 (5)	5 (25)
FONASA C	2 (10)	4 (20)	6 (30)
FONASA D	0	1 (5)	1 (5)
ISAPRE	0	0	0
N/A (no sabia)	1 (5)	1 (5)	2 (10)

Tabla 6 Previsión de FONASA/ISAPRE (Mapuche y no mapuche)

	Mapuche (n=14)	No mapuche (n=6)	Ambos (n=20)
FONASA A	2 (10)	4 (20)	6 (30)
FONASA B	4 (20)	1 (5)	5 (25)
FONASA C	5 (25)	1 (5)	6 (30)
FONASA D	1 (5)	0	1 (5)
ISAPRE	0	0	0
N/A (no sabia)	2 (10)	0	2 (10)

El promedio de controles de salud asistidas por año en hombres y mujeres esta presentada en Fig 1. Se contaron los controles de salud asistido por año en centros de salud intercultural y centros de salud no intercultural. Mujeres presentaron una tasa más alta de controles de salud por año que hombres. El promedio de controles de salud asistida por año entre los participantes mapuche y no mapuche se presentan en Fig 2. Los participantes no mapuche tienen un promedio de controles de salud por año más alto que los participantes mapuche.

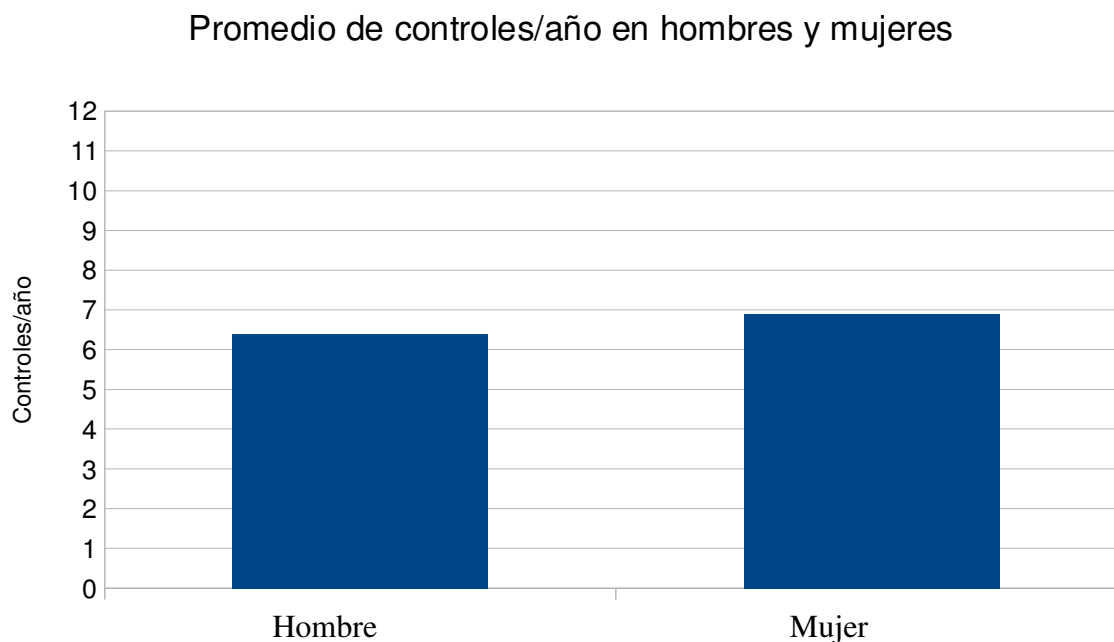


Fig 1. Promedio de controles de salud asistidas por año por sexo. Hombres tienen un promedio de 6,4 controles por año. Mujeres tienen un promedio de 6,7 controles por año. Ambos sexos tienen un promedio de 6,65 controles por año.

Promedio de controles/año de población mapuche y no mapuche

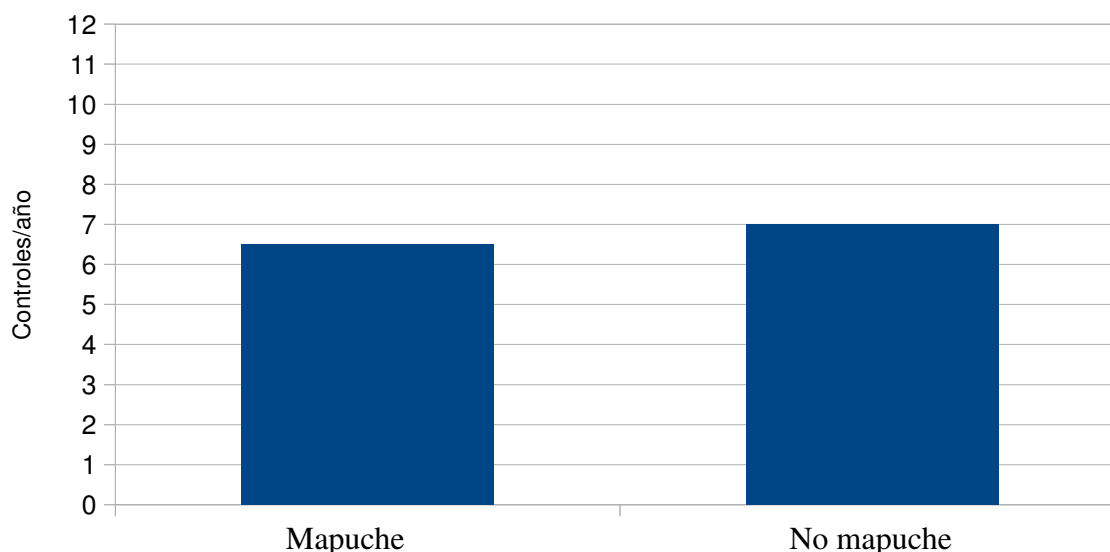


Fig 2. Promedio de controles de salud asistidas por año por población mapuche y no mapuche. Población mapuche tiene un promedio de 6,5 controles por año. La población no mapuche tiene un promedio de 7 controles por año. Ambas poblaciones tienen un promedio 6,65 controles por año.

En el año pasado (considerado como Abril 2012 a Abril 2013) 35% de los participantes necesitaron atención de salud, pero por cualquier razón no lo pudieron acceder (Tabla 7). Más hombres necesitaron atención de salud, pero no lo pudieron acceder (20%) y más participantes mapuche necesitaron atención y no la pudieron acceder que los participantes no mapuche (20%). Más mujeres (25%) y más participantes no mapuche (25%) usaron servicios de emergencia en el año pasado.

Tabla 7 Necesidad de atención y uso de servicio emergencia (comparación de hombres y mujeres y mapuche y no mapuche)

	Hombres (n=10)	Mujeres (n=10)	Ambos (n=20)
Necesitó atención de salud, pero no lo pudo acceder	4 (20)	3 (15)	7 (35)
Usó servicios de emergencia	2 (5)	5 (25)	7(35)
	Mapuche (n=14)	No mapuche (n=6)	Ambos (n=20)
Necesitó atención de salud, pero no lo pudo acceder	4 (20)	3 (15)	7 (35)
Usó servicios de emergencia	2 (10)	5 (25)	7(35)

Cuando se les pregunto a los participantes si conocían sus derechos y deberes como paciente, más mujeres (30%) contestaron que “si” los conocían (Tabla 8). Más participantes mapuche contestaron que “si” conocían sus derechos y deberes (35%). La mitad de la muestra de la población contestó que “si” conocían sus derechos y deberes. También se les pregunto sobre su habilidad de ejercer esos derechos en el centro de salud intercultural comparado con centros de salud no intercultural. La información y los derechos con descripción están presentados en Fig 3. La facilidad de ejercer esos derechos en el centro de salud intercultural recibió un promedio de 3,8 (entre neutral y fácil). Muy pocos participantes respondieron que su habilidad era “muy fácil,” pero si respondieron que era fácil.

Tabla 8 Conocimiento de Derechos y Deberes de los Pacientes (Ley N° 20.584)

	Hombres (n=10)	Mujeres (n=10)	Ambos (n=20)
Si	4 (20)	6 (30)	10 (50)
No	6 (30)	4 (20)	10 (50)
	Mapuche (n=14)	No mapuche (n=6)	Ambos (n=20)
Si	7 (35)	3 (15)	10 (50)
No	7 (35)	3 (15)	10 (50)

Comparación de habilidad de ejercer derechos

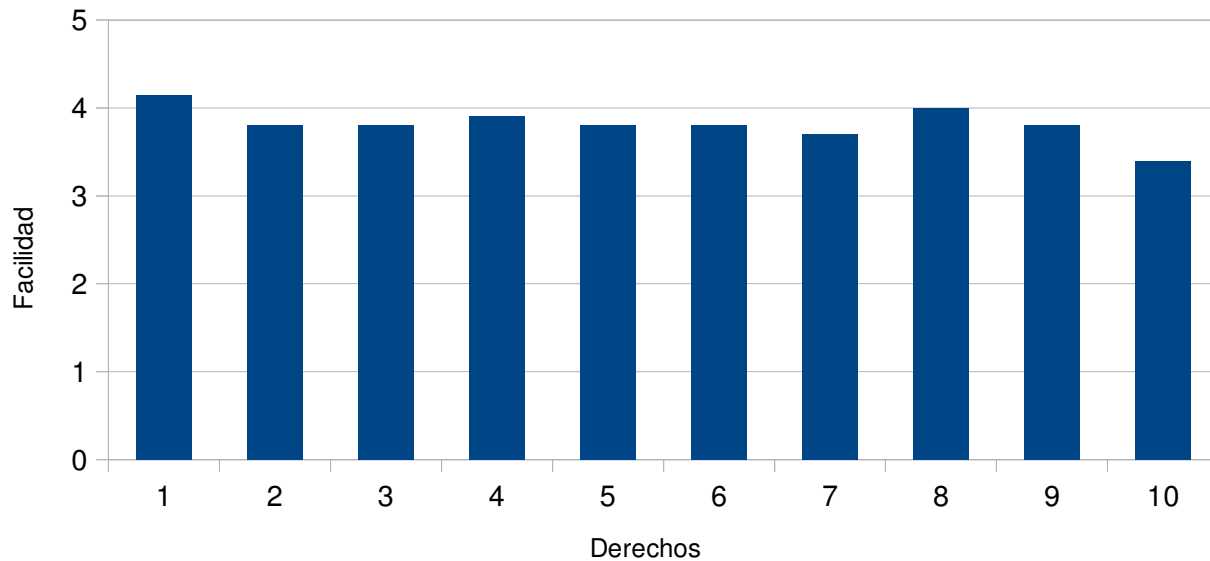


Fig 3. Comparación de habilidad de ejercer derechos del paciente como establecido en Ley N° 20.584 entre centro de salud intercultural y centros de salud no intercultural. Usuarios calificaron la facilidad de ejercer sus derechos en un escala de 1 al 5 donde el 1 era “muy difícil” y el 5 era “muy fácil.” 1. Habilidad de elegir servicios de medicina mapuche (4,15), 2. Habilidad de obtener información oportuna y comprensible de estado de salud (3,8), 3. Habilidad de recibir un trato digno, respetando su privacidad (3,8), 4. Recibir una atención de salud de calidad y segura, según protocolos establecidos (3,9), 5. Ser informado de los costos de su atención de salud (3,8), 6. Que su información médica no se entregue a personas no relacionadas con su atención (3,8), 7. Aceptar o rechazar cualquier tratamiento (3,7), 8. Recibir visitas, compañía y asistencia espiritual (4), 9. Consultar o reclamar respecto de la atención de salud recibida (3,8), 10. A ser incluido en estudios de investigación científica sólo si lo autoriza (3,4).

También se les pregunto a los participantes si anteriormente o presentemente han participado en 10 programas se enumeran a continuación (Tabla 9). Ningún participante ha participado en Programas de Salud Mental, PRAIS, Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/SIDA o Programa Nacional de Cáncer. Más participantes contestaron que nunca habían participado en ningún programa.

Tabla 9 Participación en Programas Nacionales de prevención y promoción de salud

	Hombres	Mujeres	Mapuche	No mapuche
Chile Crece Contigo	1	3	4	0
Prog de Mujer Embarazada	1	2	3	0
Prog de Planificación Familiar	1	1	1	1
Prog para Adolescentes y Jovenes	0	0	0	0
Prog Nacional de Inmunizaciones	2	2	2	2
Prog Nacional de Alimentación	1	3	3	1
Prog de Salud Mental	0	1	1	0
Programa de Reparación Integral de Salud y Derechos Humanos	0	0	0	0
Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/SIDA	0	0	0	0
Programa Nacional de Cáncer	0	0	0	0
Ninguno	6	3	6	3
Otro	0	1	1	0

Los participantes también presentaron un 100% de satisfacción con los servicios de salud intercultural en los centros de Puerto Saavedra y Nueva Imperial. Ningún participante respondió que no estaba satisfecho con los servicios. Los participantes mencionaron razones relacionadas a su estado de salud y el tratamiento como razones de satisfacción. Ellos dijeron que estaban satisfechos porque,

“Mi salud se recupero el 100%”

“Me han dado soluciones a mis enfermedades y me gusta esta medicina”

“Porque e logrado mejoría lenta”

“El tratamiento no es invasivo”

“La atención es buena”

“Confió en la machi que me atiende”

“La primera vez que vine me atendieron al tiro”

“Por el trato y exactitud de los diagnósticos”

“Me atienden bien. Hace años que he estado viniendo acá”

Todos los participantes solo tenían comentarios positivos sobre los servicios de atención de salud que ellos han recibido en el centro de medicina mapuche.

En total, hubo solo dos personas que menciono sido tratado en una manera que lo hizo sentir mal durante su visita de atención de salud intercultural. Esos participantes mencionaron que durante su tiempo de atención en ambos centros “raramente” y “a veces” fueron hechos sentidos mal. Los demás participantes respondieron que “nunca” fueron sido tratados de esa manera. Las dos personas que respondieron sido tratado mal no mencionaron por que razón cuando se les pregunto si creen que lo hayan tratado diferente debido a su linaje u origen nacional, género o sexo, el color de su piel, su edad, la forma de habla castellano, o alguna otra razón. Solo 1 persona que no menciono sido tratado de una manera que lo haya sentido mal respondió que si se ha sentido que la han tratado diferente por su edad, pero que es “nada estresante.”

Resultados

Parte 2: Entrevistas

La muestra de agentes de salud incluyó 1 *machi*, 2 *longkos*, 1 *kellu* (asistente de machi), 1 coordinador de medicina mapuche, 1 técnica paramédica, 1 ingeniera agrónoma, 1 administradora, 1 encargado personal y 1 recolector de hierbas de los centros de medicina mapuche en Puerto Saavedra y Nueva Imperial a quienes se les dio la oportunidad para expresar sus opiniones sobre la salud intercultural y la discriminación. A todas las personas entrevistadas se les pregunto primero que describieran que era la discriminación en su opinión. Las frases seleccionadas de la primera pregunta están presentadas en Tabla 10. Las definiciones de discriminación previstas por los participantes de la entrevista eran en suma muy similar. Los participantes describieron la discriminación como un acto de vulneración de derechos que todos humanos tienen por razones de raza, etnia, género, el color de la piel, o lenguaje. Cuales derechos fueron vulnerados cuando se producen actos de discriminación no se elaboran, simplemente que esos derechos fueron vulnerados. Otros participantes ven la discriminación como la falta de entendimiento, información o conocimiento sobre la persona o cosa que discriminan. Otros participantes respondieron a esta pregunta por simple diciendo que la discriminación no debe de existir. Mientras otros participantes no respondieron la pregunta y dijeron que la discriminación ya no se ve o que ya no existe.

Tabla 10 “¿Usted cómo define la discriminación?”

<p>“...cuando se vulneran los derechos de las personas por su credo, por su raza, por su color, por múltiples condiciones. Se vulneran la mayoría de los derechos que tienen las personas, derecho a una igualdad de trato, igualdad de condiciones. en el respeto,”</p> <p><i>Entrevista #1</i></p>	<p>“Le disminuyen la oportunidad de unos derechos, de opinión, de su propia cultura, de su sabiduría. No lo toman en cuenta,”</p> <p><i>Entrevista #2</i></p>
<p>“Hoy día el avance que hemos tenido en tema de la discriminación hemos sido ya más reconocidos. Hoy día ya se habla del pueblo mapuche. Se habla de la salud mapuche. Hoy día se habla de los territorios. Hoy día se habla de ir a discutir el tema en el congreso, de discutir una ley, no es cierto? Entonces hoy en día mi muy buena abuelita, mi papá, y mi <i>lamyen</i>⁴⁷ que anda en el pueblo, hoy día no lo ven como una persona</p>	<p>“El sentido de no tener oportunidad. de tener la capacidad en algún ámbito de la vida, pero no tener la oportunidad de mostrarlo,”</p> <p><i>Entrevista #4</i></p>

47 Hermana

<p>como, “mira como se viste, como habla.” No. Hoy día es como integral es como algo común dentro del grupo,”</p> <p><i>Entrevista #3</i></p>	
<p>“Hoy en día no es tan...no va tanto eso de a discriminación y ya no hay discriminación. Para mí, ya no lo hay,”</p> <p><i>Entrevista #5</i></p>	<p>“Ahora, en el día de hoy no hay tanta discriminación. Antes, si. Ahora estamos todos por iguales,”</p> <p><i>Entrevista #6</i></p>
<p>“...como falta de información de las personas que discriminan, falta de conocimiento – de que la humanidad, nosotros como seres humanos somos una sola y por lo tanto no debería haber discriminación,”</p> <p><i>Entrevista #7</i></p>	<p>“En primer lugar es un acto de desconocimiento...Es tener un concepto erróneo que en una manera afecta al ser humano,”</p> <p><i>Entrevista #8</i></p>
<p>“La discriminación es una parte importante de la sociedad. Hay discriminación por etnia, género, sexualidad. En la vida cotidiana hay discriminación en distintas formas, incluso por apariencia física.”</p> <p><i>Entrevista #10</i></p>	<p>“No tendría que haber discriminación, todos somos humanos,”</p> <p><i>Respuesta de encuesta</i></p>
<p>“Es algo malo. Pésimo. Pero ya estamos saliendo de esa discriminación por raza, lengua, etc.”</p> <p><i>Respuesta de encuesta</i></p>	

La segunda parte de la entrevista pidió la opinión de los participantes sobre si creían que el centro de salud ha ayudado a superar la discriminación y describir las formas. Todos los participantes respondieron positivamente al afirmar que el centro de medicina mapuche ha ayudado a superar la discriminación. Las formas en las que ha ayudado a superar la discriminación también fueron similares. Repetidamente, los participantes mencionaron que el centro de medicina mapuche ayuda a superar la discriminación, ya que funciona sin discriminación por la prestación de los mismos servicios médicos a todas las personas que lo buscan, independientemente de identificación (*mapuche, wingka* o gringo). Otros mencionan que el centro de salud ha ayudado, ya que permite a la población mapuche de demostrar que son un aporte a la sociedad al permitir que las personas que han discriminado al mapuche a ver y entender cómo funciona la medicina mapuche.

Tabla 11 “¿Usted cree que el centro de salud ayuda a superar la discriminación y de qué forma?”

<p>“Ha ayudado a minimizar esa discriminación hacia el pueblo mapuche y a mostrar la parte positiva que tiene el mapuche...”</p> <p>“...nosotros nos hemos preocupado de entregar nuestra medicina al resto de la comunidad,”</p> <p>“En ese sentido nosotros hemos negociado con el gobierno para obtener recursos para dar una atención gratuita,”</p> <p>“...se está mostrando que también somos un aporte a la sociedad mediante nuestro sistema de salud medico.</p> <p>“...acá se atiende sin discriminación a los mapuche, a los no mapuche y a todas las personas que quieran venir... Y en ese sentido se han tenido buenos resultados y la gente valora la atención que brindamos aca porque ven que se trata de da una atención de calidad y con un trato digno hacia el paciente y ven que no hacemos distinción de credo, de clase social o de raza,”</p> <p><i>Entrevista #1</i></p>	<p>“Yo creo que nuestro centro de salud mapuche o la experiencia que existe en la novena región... ha permitido... que el estado o el ministerio reconozca que existe también una salud adicional a lo que es el oficial, cuando hablo de oficial es de lo que está inserto en el sistema o lo que está reconocido al nivel del país, al nivel mundial...y eso ha generado un impacto de trabajo digamos que hemos dado un resultado favorable a nuestros usuarios, a nuestra población...Entonces eso también permite a crecer lo que estamos haciendo, lo que hemos siempre demandado de muchos años, por historia,”</p> <p><i>Entrevista #3</i></p>
<p>“Si. Este centro de medicina mapuche es una cosa que las personas lo va levantar porque les están dando la participación y ahí nosotros podemos desarrollar los conocimientos que</p>	<p>“Si. Ayuda a superar la discriminación en el sentido de poder facilitar y no impedir que las personas puedan hacer su libre práctica de medicina,”</p>

tenemos,” Entrevista #2	Entrevista #4
“Si en mucho ha ayudado porque...vienen mucha gente que no es mapuche, por ejemplo, que vienen a atenderse acá,” “...la atención es para todo igual. Acá no se atienden solo los mapuche por ser mapuche pero si no a todos por igual. Reciben la misma atención y todo,” Entrevista #5	“Si, ha ayudado a bastante personas...” “...nosotros en la parte de salud, medicina natural, es como más apoyado a las personas que como te dijera, necesita ayuda. Es apoyado por la medicina natural, mas con apoyo espiritual. Apoyo espiritual y medicina natural,” “Ahí no se discrimina a nadie. Si llega un wingka, un mapuche, un gringo, un peruano, no, todos por igual,” Entrevista #6
“Bueno, yo creo que en la forma que ha ayudado este centro en cuanto la discriminación porque nosotros estamos preocupados instruyendo a nuestra gente que trabajan acá que reciben y atienden a los usuarios que ellos no discriminen, que no se practique la discriminación porque en el pueblo mapuche nunca se practico la discriminación,” Entrevista #7	“De una forma si. Aquí se relaciona un poco más y le prestan más atención. La población mapuche se confía mas y hay más confianza en general,” Entrevista #8
“Si. Aquí se atiende a todos sea mapuche, wingka, o gringo,” Entrevista #9	“Si, obvio. Un 100%. La gente que no es mapuche ve cómo funciona la cultura y medicina mapuche. Los que antes no valoraban a los mapuche vienen acá y han visto como aportamos,” Entrevista #10

La tercera pregunta de la entrevista pidió la opinión de los participantes sobre los aspectos positivos y negativos de la obtención de la medicina mapuche en un espacio como un edificio en comparación con la forma más tradicional de obtención de la medicina mapuche como la ruka de la machi en su territorio. Los participantes conocen y entienden que el espacio donde se produce la salud es diferente y tienen comentarios positivos y negativos que decir al respecto (Cuadro 12).

En el lado más positivo, los participantes mencionaron en repetidas ocasiones que la práctica de la medicina mapuche en un centro de salud como el que actualmente residen en la medicina mapuche hace más accesible debido a su ubicación y más asequibles debido a su financiación por el Estado. También mencionan que se han adaptado al espacio que tienen para hacerlo más parecido a la manera tradicional en que la machi tiene acceso a la naturaleza. También mencionan que el espacio les ha permitido atender a más gente otra vez, independientemente de la identificación.

El principal aspecto negativo mencionado por los participantes es que el espacio que en la actualidad residen no les permite crecer en términos de espacio físico y de las personas que puedan servir todos los días. No creen que el espacio físico que tienen es suficiente para llevar a cabo la medicina mapuche, porque es lo que se refieren a como un "box," una oficina donde el profesional médico atiende a sus pacientes. Se menciona que la caja en un centro de salud ni siquiera fue construida para el propósito que se utiliza por el momento y por lo tanto afecta a la forma en que el medicamento se realiza.

Además, lo que primero se refieren como un aspecto positivo del centro de salud se menciona como un aspecto negativo. La financiación del Estado se refiere como un aspecto positivo y negativo que no sólo permite a los pacientes a acceder a la medicina mapuche gratuita, pero también pone límites a la cantidad de pacientes que puede servir cada día. Lo mismo ocurre con la ubicación del espacio. Se menciona como un aspecto positivo, ya que está cerca, pero también se refiere como aspecto negativo, ya que también puede ser lejos para algunas personas que puedan necesitarla.

Tabla 12 “¿En su opinión, cuáles han sido los aspectos positivos y negativos de obtener medicina mapuche en un espacio como este centro de salud?”

Positivo	Negativo
“...Adaptamos el espacio acá del centro de	“...algunas personas mapuche y no mapuche

<p>medicina para que la machi este como más en contacto con la naturaleza y pueda hacer un buen diagnostico...”</p> <p>“No es como un box de atención de un medico si no que tenemos a la machi. Esta su mesita donde colocamos el mantel, un <i>metawe</i>⁴⁸ con las hierbas medicinales, con el <i>foye</i>⁴⁹ que es el canelo, <i>triwe</i>⁵⁰ para que haga su <i>yayepün</i>⁵¹ –su oración –para que pueda hacer un buen diagnostico,”</p> <p>“... pudimos localizar nuestro centro donde hay una buena llegada de los vehículos y el ingreso es expedito...”</p> <p>“Por lo tanto es menos difícil perderse en llegar...”</p> <p>“Está más central.”</p> <p>“Por lo tanto la gente puede llegar con más facilidad,”</p> <p>Entrevista #1</p>	<p>dicen que no es acorde a la cultura porque las machis no están atendiendo en su rewe, no tienen la fuerza, no tienen el newen que tienen en su rewe,”</p> <p>Entrevista #1</p>
<p>“...se está haciendo adentro de la comuna,”</p> <p>“Para los pacientes le queda más central, le queda más cerca y más económico,”</p> <p>“...el remedio que reciben los pacientes va acompañado de más espiritualidad y es extraído directamente de la naturaleza,”</p> <p>“...se está reconociendo la medicina mapuche. Se está valorizando</p> <p>Entrevista #2</p>	<p>“Que no hay espacio adecuado... Falta de implementación de en cuanto infraestructura y mobiliarios seria,”</p> <p>Entrevista #2</p>
<p>“...los efectos positivos es que nuestra gente han creído, han tenido la confianza y han dado un resultado de éxito que muchas veces tuvimos mucho temor de partir haciendo en este centro.</p> <p>Entrevista #3</p>	<p>“... no nos permite crecer...”</p> <p>“... no tenemos el espacio suficiente para nuestra gente como una acogida amable...con pertenencias culturales o familiarizar nuestro centro de salud mapuche,”</p> <p>“...no hay ni espacio...”</p> <p>“ Nuestra comuna tiene de espacio de difícil</p>

48 Canterito

49 Canelo

50 Árbol de Laurel

51 Oración

	<p>acceso que muchas veces la gente para llegar a nuestro centro a las 8 de la mañana tienen que salir a las 5:30 de la mañana,”</p> <p>Entrevista #3</p>
<p>“tienen una posibilidad de ser accesible a todas las personas, sea wingka o sea mapuche...”</p> <p>“...tampoco hay discriminación,”</p> <p>Entrevista #4</p>	<p>“... un espacio reducido...”</p> <p>“...el difícil acceso... algunos pacientes se pierden en el sentido de que la lejanía y sobre todo en el invierno no pueden venir al hospital o al centro de salud mapuche,”</p> <p>“...el no poder pesquisar exactamente como están nuestros pacientes para ir a verlos...”</p> <p>“...a la machi le cuesta mucho encontrar [lawen]...”</p> <p>“La machi no puede dar licencia...”</p> <p>Entrevista #4</p>
<p>“... todas personas, sean mapuche o no mapuche, igual tienen la atención gratuita,”</p> <p>Entrevista #5</p>	<p>“no [corresponde] atender en un lugar cerrado sin que el box... este en frente de la salida del sol. Debería estar el box aquí con vista a la salida del sol,”</p> <p>“...esta casa no se hizo pensando en que se iba al final formar una atención médica mapuche...No era para atención de machi,”</p> <p>Entrevista #5</p>
<p>“...nosotros pedimos antes permiso y vamos al lugar donde están los problemas. Porque para dios no hay nada que no sea alcanzable. Todo se puede,”</p> <p>Entrevista #6</p>	<p>“En la ruka es como... es una ceremonia más completa,”</p> <p>“La energía cambia en el box porque es como todo encerrado,”</p> <p>Entrevista #6</p>
<p>“Ahora es un lugar más central porque existe locomoción,”</p> <p>“...la gente tiene acceso a la medicina con facilidad,”</p> <p>Entrevista #8</p>	<p>“ Lo ideal sería un espacio más natural...”</p> <p>Entrevista #8</p>

<p>“ Por lo tanto hay mucha gente que no pueden pagar su consulta particular y se están beneficiando acá porque la atención acá es gratuito,”</p> <p>“...la atención es igualitario tal como se atiende a los mapuche también se atiende de igual forma a los que no son mapuche,”</p> <p>“... aquí en este centro se ha eliminado la discriminación. Aquí no se practica la discriminación,”</p> <p>Entrevista #7</p>	<p>“El servicio de salud es el que coloca las reglas y limitaciones de atención, no es la organización que está a cargo de este centro. El gobierno no nos ha dado suficiente recursos para la atención aquí. Hay mucha demanda de machi y lawen. Nadie aporta con recursos económicos. No tenemos suficiente camionetas para ir a coleccionar las hierbas y vehículos para recoger y llevar las machi,”</p> <p>Entrevista #7</p>
<p>“Todo lo que hacemos aquí es positivo. Todos que vienen se atienden. Si no alcanzan atención ese día, se busca una solución,”</p> <p>Entrevista #9</p>	<p>Por lo malo, son los largos viajes que algunas gente no alcanzan hora. Tienen que hacer una gran esfuerzo para llegar acá,”</p> <p>Entrevista #10</p>
<p>“Por lo bueno, la gente puede optar por este servicio y es gratuito. No se paga la consulta ni el remedio,”</p> <p>Entrevista #10</p>	<p>“</p>

La última pregunta de la entrevista le preguntó a los participantes su opinión sobre cuáles son los aspectos positivos y negativos de tener una salud intercultural y cuál ha sido su efecto a la salud de la población mapuche (Tabla 13). Los participantes respondieron que el tener salud intercultural ha ayudado a los pacientes ya que les permite recibir ayuda de los dos tipos de medicina (mapuche y occidental) o que los pacientes utilizan la medicina mapuche, como último recurso, cuando los otros medicamentos no han funcionado. Los participantes también mencionaron que la salud de los pacientes haría mucho mejor si sus centros eran verdaderamente intercultural, lo que significa que ambos medicamentos trabajaron juntos, compartiendo y derivando pacientes cuando un medicamento falla y el otro tipo de medicamento puede funcionar. Salud intercultural es vista con aspectos positivos y negativos como se ve en la Tabla 13.

Tabla 13 “¿Cuales han sido los aspectos positivos y negativos de tener servicios de salud intercultural para la salud de la población mapuche?”

Positivo	Negativo
<p>“...ellos se han ido mejorando... Hemos aumentado la población que está en tratamiento de salir de los consumos de alcohol,”</p> <p>“Hemos tenido pacientes que están ya rehabilitados, casi el total,”</p> <p>Entrevista #3</p>	<p>“Lo negativo que muchas veces la seriedad de la gente de continuar con su tratamiento. Muchas veces la gente no, por dificultad de acceso, de dinero, de pasaje no pueden llegar a este centro a seguir llevando su tratamiento o como quisiera que se llevara y que se terminara el trabajo,”</p> <p>“...no todos alcanzan a atenderse... porque todos quisieran atenderse y por los cupos limitados que tiene nuestra atención eso como que va colocando...limite de atención es 20 cupos diarios...pacientes quedan sin atenderse...”</p> <p>Entrevista #3</p>
<p>“Yo creo que para que esto sea intercultural debiera trabajar las dos medicinas paralelas. Que fueran las dos medicinas trabajando coordinadamente. Si no tiene mejoría allá que tenga acá la mejoría. Que no haiga ninguna discriminación o un digamos, como se podría decir, que el paciente tenga la libertad de medicarse en donde le gusta. De allá derivan para acá y acá también derivan para allá. Aquí así estamos trabajando,”</p> <p>Entrevista #2</p>	<p>“...lo que brindamos acá es atención de salud mapuche no es intercultural. Intercultural le llamaría yo si tuviéramos ambas medicinas trabajando en el mismo espacio y no es así,”</p> <p>“...no se da mucho la derivación, la contra-derivación del otro sistema, eso es lo que nos está faltando ahora,”</p> <p>Entrevista #1</p>
<p>“...muchas personas vienen aquí cuando no han encontrado soluciones en otros lados,”</p>	<p>“...hay obstáculos y reglas impuestas por el Estado...”</p>

<p>Entrevista #8</p> <p>“...pacientes crónicos puedan ir ayudándose con una y otra medicina, la occidental y la mapuche,”</p> <p>Entrevista #5</p>	<p>Entrevista #8</p> <p>“...de la medicina occidental ellos también tienen que derivar cuando los pacientes no es para la medicina occidental deben enviarlo para la medicina mapuche... Se está practicando pero en menor cantidad...Debemos facilitar las dos medicinas para el bien de los pacientes,”</p> <p>Entrevista #7</p>
<p>“...cuando los enfermos no tienen o no marcan nada en exámenes, ellos lo derivan a machi. Y uno cuando tiene problemas con los enfermos, lo mismo...”</p> <p>“[cuando uno les dice que vayan a ver un medico] ellos lo hacen y efectivamente todo es positivo para ellos...”</p> <p>Entrevista #6</p>	<p>“Es positivo, pero los de a lado (la medicina occidental) tienen que reconocer la medicina mapuche. Las machis aquí no tienen dificultad en derivar para allá. Algunos doctores si derivan, los que se han dado cuenta que hay unas enfermedades que solo las machi lo reconocen y lo puede curar. Si ellos reconocieran, la gente no sufriria,”</p> <p>Entrevista #9</p>
<p>“No se ve la parte del otro hospital. Tienen diferente administración. Aquí solo vemos la parte mapuche, pero la gente tiene las dos medicinas a la mano. Pueden escoger lo más tradicional (el hospital) o el alternativo (la medicina mapuche). Para las comunas es un gran aporte. Es un beneficio para la población,”</p> <p>Entrevista #10</p>	

Discusión

Primero, es importante discutir los resultados de la primera parte de la investigación. Aunque la muestra incluyó 20 personas y no haya sido una muestra lo suficientemente grande para definitivamente demostrar y confirmar la inequidad y desigualdad de poblaciones indígenas en comparación con poblaciones no indígenas, los resultados si indican una cierta diferencia entre poblaciones indígenas y no indígenas. Los resultados no pretendan generalizar la experiencia o dar una conclusión, simplemente son resultados exploratorios.

Poblaciones indígenas viviendo en Latino América y el Caribe siguen siendo las poblaciones más marginadas en la región y con los peores indicadores sociales y de salud. Investigaciones previas de poblaciones indígenas comprueban que poblaciones indígenas sufren de desigualdad de ingresos. Las poblaciones indígenas viven en pobreza o tienen más probabilidad de ser pobre porque las poblaciones están ganando un promedio de 40% a 54% menos de lo que gana las poblaciones no indígenas⁵². Los resultados de esta investigación no se alinean con los estudios anteriores porque el promedio rango de ingresos de la muestra de la población mapuche es \$193.001 a \$281.780 según la clasificación de nivel de ingresos de los asegurados que caen bajo el tramo C⁵³.

Los niveles de ingreso afectan la habilidad de conseguir y financiar servicios de salud. Se puede decir que las personas que se encuentran en los estratos más altas de ingresos tienen la posibilidad de conseguir y obtener servicios de salud. Pero también es importante de tener en mente que la persecución histórica y el desplazamiento conjunto la marginación y la discriminación social y cultural, deja a las personas indígenas en peor estado de salud que las comunidades no indígenas dentro de los mismos países, independiente de nivel de ingresos. Entonces no es sorprendente que los resultados de la muestra de población mapuche cuando comparada con la muestra de población no indígena indica que ciertas enfermedades como diabetes, hipertensión, alta colesterol y depresión existen en más altas tasas en poblaciones mapuche que en poblaciones no mapuche demostrando una inequidad de salud y también una integración a la sociedad “mainstream⁵⁴.” Investigaciones previas concluyen que poblaciones indígenas que han ido integrándose a la sociedad “mainstream” son más vulnerables a enfermedades “modernas” como la obesidad, hipertensión y diabetes que resulta de aculturación y

52 Montenegro y Stephens (2006) *Op cit.*: 1862

53 Libre Elección, N°1, Enero 2013. fonasa.cl

54 Definida como la sociedad popular o la población mayor

cambios de dieta⁵⁵.

Los mismos participantes que han sido diagnosticados con enfermedades son los mismos participantes que contestaron sentirse saludable, a pesar de estar enfermo de algunas enfermedades crónicas. Existe una desconexión entre el estado de salud objetiva y la salud percibida. Con frecuencia, existe una correlación alta entre el auto evaluación de salud y la morbilidad⁵⁶ y uno no supone que alguien con malos indicadores de salud se reporte como saludable. Aquí es donde surge una pregunta muy importante: Cuales factores afectan la percepción de la salud? Aquí es donde nos podremos referirnos a las respuestas de la pregunta que se les hizo a los participantes de la encuesta, “está usted satisfecho/a con los servicios de salud intercultural?” Todos los participantes respondieron positivamente mencionando que su satisfacción tiene que ver con el hecho de que su salud a cambiado o en otras palabra, la manera de percibir su enfermedad ha cambiado. Para unos participantes su salud a mejorado y se han recuperado y esto afecta mucho la percepción de su estado de salud. Entonces aquí es donde necesitamos explorar más sobre los servicios de salud interculturales. Que pasa cuando existe servicios de atención de salud intercultural? Como ayudan a superar la discriminación que afecta la salud de las poblaciones indígenas y como ha cambiado la salud de estas poblaciones?

Estudios previamente hechos en Latino América sugiere que poblaciones indígenas tienen acceso inadecuado a servicios de salud “mainstream” y que los servicios que existen muchas veces son culturalmente inapropiados⁵⁷. Aunque poblaciones indígenas tengan su propia forma de medicina, muchas veces la medicina tiene una gran conexión a la naturaleza, pero la degradación del medio ambiente afecta la habilidad de conseguir plantas medicinales y la habilidad de seguir su medicina. En otros casos, comunidades indígenas se han organizado, demandado o desarrollado sus propios servicios de salud. En Chile, programas de salud surgen por demandas étnicas y el gobierno instala lo que es conocido como un nuevo modelo de salud “intercultural” de atención. La salud intercultural ofrece aspectos positivos y negativos para la población mapuche. Nos podemos referir a las respuestas de las encuestas y las entrevistas para poder observar este fenómeno más en detalle.

En comparación con los servicios de salud no intercultural, los usuarios encuentran que la habilidad de ejercer sus derechos como usuario del servicio de salud es más fácil dentro un centro de

55 Montenegro y Stephens (2006) *Op cit.*: 1864

56 Griffith et al (2011) *Op cit.*: 5

57 Montenegro y Stephens (2006) *Op cit.*: 1865

medicina intercultural. Muchos de los participantes contestaban que era fácil de ejercer sus derechos sobre adquisición de información o tratamiento. Entonces viendo solo la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud intercultural se puede reconocer los aspectos positivos. Con las entrevistas conocemos un poco más sobre los aspectos negativos de la salud intercultural.

La salud intercultural fue establecida por la Ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud⁵⁸. En el Artículo 7 de la Ley se expresa que, “En aquellos territorios con alta concentración de población indígena, los prestadores institucionales públicos deberán 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 validando ante las comunidades indígenas, el cual deberá contener, a lo menos, el reconocimiento, protección y fortalecimiento 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”⁵⁹.

Los participantes de la entrevista no observan un sistema de salud intercultural muy diferente a lo que ya se establece en el artículo. Unos participantes⁶⁰ opinan que el sistema presente en el centro de salud no es realmente intercultural porque muchas veces no se ve la contra-derivación de médico occidental a machi. Dicen que las machi no tienen ningún problema derivando al sistema occidental cuando se encuentran con una enfermedad que ellas piensan puede ser efectivamente tratado en el otro sistema, pero por una razón o otra, los médicos occidentales no derivan y solamente en casos muy raros o extremos. El artículo no habla de interacción, ni comunicación o diálogo entre ambos sistemas o agentes de salud intercultural (occidental y indígena) solo se habla de la interculturalidad en forma de “co-existencia” de ambos sistemas de salud. El sistema no es integral, ni complementario, pero los usuarios si tienen las dos medicinas a la mano, como un participante⁶¹ lo describe. Al mismo tiempo, la falta de contra derivación entre sistemas daña la salud de los pacientes. Los participantes describen que la falta de comunicación entre sistemas causa sufrimiento y muchas veces los pacientes llegan al centro de medicina mapuche cuando no han encontrado soluciones en otros lugares. La experiencia de

58 Ver Ley N° 20.584 publicado por Diario Oficial www.litoralpress.cl

59 Ver Artículo 2 de Ley N°20.584

60 Ver entrevistas #1, 2, 7, 9, 10

61 Ver entrevista #10

derivación del paciente hacia la medicina mapuche o tradicional no es la misma en todos los centros de salud intercultural. Por ejemplo, en el Hospital de Traiguén los doctores y las facilitadoras interculturales trabajan para derivar pacientes a la medicina mapuche para no solo entregar una buena atención a los usuarios, pero también valorizar la medicina mapuche⁶². En Ercilla, ningún paciente ha sido derivado por un médico occidental, sino por el facilitador intercultural, pero los médicos si admiten que existen ciertas enfermedades que las machis pueden curar⁶³.

Entonces podemos observar que el rechazo de derivación al otro sistema (en este caso, el sistema de medicina mapuche) viene desde los médicos profesionales occidentales por razones de desvalorización o deslegitimación de la medicina mapuche. Una forma de discriminación que resulta de años de procesos de dominación, marginación, subordinación y represión de las poblaciones mapuche y sus conocimientos. Los participantes describen este tipo de discriminación como una desigualdad de trato u ocasión cuando no lo toman en cuenta que surgen por falta de conocimiento y vulneran las oportunidades y derechos que les pertenecen a una población. Los participantes describen la discriminación directa y entienden que la discriminación directa no se ve mucho estos días porque en comparación con el sufrimiento de años anteriores, la experiencia hoy día es mucho más diferente. Por eso se puede entender porque unos participantes⁶⁴ dijeron que la discriminación está disminuyendo o ya no existe contra la población mapuche.

Los entrevistados reconocen solo un nivel de discriminación en sus definiciones, el más inmediato de relaciones cara a cara. La discriminación estructural o institucional, un nivel más profundo, no es reconocido, pero si es percibido. Lo que describen los participantes, aunque no percibidas como una forma de discriminación se puede decir que si es una otra forma de discriminación. No es discriminación directa, es discriminación del Estado, algo que se puede llamar discriminación institucional o sistemática que aunque sus proyectos de salud intercultural tengan un propósito de desarrollo y mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas, sirven para generar comportamiento que es aceptable por el Estado. El Estado financia la salud intercultural por medio de prestaciones según un cálculo estandarizado (en base a la “población asignada”)⁶⁵. Para recibir

62 Ver Gonzalo Bustamante Rivera (2010), *Sistematización del conocimiento disponible sobre Salud Intercultural en Chile* publicado para el Centro para el Desarrollo Sustentable Küme Felen

63 Rivera (2010) Op cit.: 154

64 Ver entrevistas #5 y 6

65 Ver Andres Cuyul Soto (2008), *La Burocratización de la Salud Intercultural en Chile: Del Neo-asistencialismo al Auto-gobierno Mapuche en Salud*

recursos, los centros de salud intercultural en Puerto Saavedra y Nueva Imperial deben de firmar anualmente el convenio con el Servicio de Salud para poder comprar las prestaciones⁶⁶. Los participantes describen este aspecto como positivo y negativo. Por la parte positiva, los participantes dicen que el financiamiento del Estado o el Servicio de Salud Araucanía les proporciona ha beneficiado aquella poblaciones (sea mapuche o no mapuche) que desean ayudarse con medicina intercultural. Los participantes describen que la gente tiene mejor acceso a la medicina porque es gratuita y no se paga ni la consulta, ni los remedios recibidos. Por el otro lado, el financiamiento del Estado coloca reglas y limitaciones de atención que no deja que el centro atienda a más de lo que ya se les ha asignado. Un participante menciona que a su centro llegan más personas que los cupos disponibles y aunque los pacientes desean atenderse, no todos alcanzan. Otro participante menciona que su centro también trata de buscar soluciones cuando la gente no alcanza cupo. Para los centros de salud, los fondos son insuficientes. Los centros de salud intercultural tienen mucha demanda de atención y remedio. No les alcanza para obtener movilización adecuada para coleccionar las hierbas y llevar las machis a su casa, como describe un participante⁶⁷. Y tampoco existe financiamiento para llevar a cabo acciones de prevención y promoción de salud que puedan mejorar la salud de la comunidad.

Los centros de salud intercultural deben de cumplir con acciones de salud occidental para recibir un mínimo financiamiento, que luego se puede codificar y informar al sistema estadístico de salud oficial⁶⁸. En este proceso, se pone un precio estandarizado de la atención de salud de las machis. Aunque los participantes expresen esta valorización de servicio de machi como algo positivo, que ayuda que la gente acceder servicios de medicina mapuche gratuitamente porque el Estado lo está pagando, ataca el corazón mismo de la medicina y cultura mapuche porque desvaloriza el aspecto de intercambio que se presenta en el servicio de la machi. En la lógica mapuche, para recibir algo (en este caso, la salud), debo de dar algo (aunque no siempre sea dinero). La lógica de las prestaciones rompe con este principio porque el pago es dado por un tercero, FONASA.

66 Soto (2008) Op cit.: 7

67 Ver entrevista #9

68 Soto (2008) Op cit.: 6

Conclusiones

Mi investigación logro mostrar en qué medida las experiencias de salud intercultural de Puerto Saavedra y Nueva Imperial han contribuido a superar la discriminación. Entre la población mapuche, Aprendimos que la salud intercultural representa logros simbólicos y fallas sistemáticas. La salud intercultural brinda servicios de medicina tradicional por machi, lawentuchefes, püñüñelchefes, gütamchefes, a todas las personas que lo buscan, independientemente de identificación porque los centros de salud funcionan sin discriminación de origen étnico. Los servicios son gratuitos y más personas puedan accederlo.

Determinamos el estado de salud real y percibida de la población de la muestra, que a pesar de estar sobrepeso o obeso y tener un diagnóstico de diabetes, hipertensión, o la depresión, la existencia misma de la salud intercultural afecta la percepción del estado de salud de la muestra. La discriminación histórica y sistemática todavía se manifiesta como enfermedades y dolencias que aquejan a las poblaciones mapuche en tasas mucho más altas que sus contrapartes no mapuche y podemos llegar a la conclusión que si existe una relación entre la discriminación por etnia como factor de estado de salud.

También podemos comparar la forma en que discriminación es reconocida y comprendida por las respuestas dadas durante las entrevistas. Sin embargo, las definiciones de discriminación dadas nunca describen discriminación institucional ni sistemática, pero los efectos de la discriminación institucional o sistemática se entienden en la forma en que el estado pone las reglas y limitaciones en el módulo de medicina mapuche. Esto se puede leer tanto como un logro y aspecto crítico de las experiencias de salud intercultural. Aunque la salud intercultural ofrece una culturalización de la salud, también es una despolitización de la salud. La salud intercultural trata la salud fuera de un contexto social, político y económico al no abordar problemas de fondo que determinan el deterioro de los problemas de salud de la población indígena, como por ejemplo, la escasez de territorio, falta de agua, y otros problemas ambientales y reduciéndolo a una satisfacción de las necesidades de salud de las poblaciones indígenas. Como Boccara resume, el Estado ya no instala proyectos de asimilación, sino que trata de involucrar a las comunidades indígenas en su proceso de modernización y neoliberalismo a través de la reconstrucción y reinención de la tradición, entextualización de conocimientos y memorias, fijación de redes sociales en comunidades reconocidas y legalizadas, transformación de

terapeutas con el fin de crear el “indio permitido” en un proceso de "domesticación de los dominados"⁶⁹.

El fenómeno que observamos aquí es un círculo vicioso. Las comunidades mapuche demandan y el Estado responde, sorprendentemente favorable. La salud intercultural se instala en lugares con una alta concentración de comunidades indígenas con el fin de reconocer y validar la medicina mapuche. Pero, la medicina mapuche no necesita solo validación, el Estado tiene la responsabilidad de devolver la dignidad a la medicina mapuche porque participaron directamente en la sanción de los especialistas tradicionales. El problema que existe es que no se está haciendo nada para encontrar una manera diferente y culturalmente apropiado para financiar los tratamientos de atención de salud. Se está generando una creciente dependencia del mapuche en el ámbito de la salud, dado que los centros de salud como hospitales necesitan financiamiento del Estado para mantener sus servicios. Pero el Estado establece limitaciones y una vez más se extiende su control sobre las poblaciones indígenas. En turno también afectando la cosmovisión mapuche porque no se puede lograr vivir la buena vida (*küime mongen*) o el bienestar (*kümelkalen*) sin contextualizar la salud en lo social, político y económico que continuará afectando la salud de las poblaciones indígenas a pesar de tener salud intercultural.

69 Ver Guillaume Boccara (2007), *Etnogubernamentalidad, La formación del campo de la salud intercultural en Chile* publicado por Chungara: Revista de Antropología Chilena, Vol. 39, N°2

Limitaciones

Durante el periodo de investigación, se enfrento aquellas situaciones que no permitieron que la investigación se desarrollara como diseñada. Primero, la dificultad del acceso mobiliario no permitió que yo asistiera otros centros de salud intercultural en la área circundante para llevar acabo mis encuestas y entrevistas. La investigación fue principalmente diseñada para recolectar información en varios lugares pero al final solamente fue aplicado en dos centros de salud intercultural.

Segundo, no fui dado el permiso para realizar entrevistas ni encuestas en uno de los centros de salud que yo visite. Aunque yo pudiera llevar acabo mis encuestas por simplemente preguntar a los usuarios del centro de salud sentados en la sala de espera, no sentí que eso era respetuoso hacia la administración y los directores de los centros de salud especialmente porque ellos pertenecen a un pueblo originario que ha sido discriminado y excluido por años y no sería respetuoso, ni justo, si llevara a cabo mi investigación sin su permiso. Aunque yo esperaba ser dada permiso para realizar mi investigación, porque no era una investigación invasiva y también ofrecía retroalimentación, no ser dada permiso fue un retroceso en materia de recopilación de datos.

Tercero, yo esperaba recolectar por lo menos 10 encuestas en cada centro de salud intercultural para terminar con una buena muestra, pero por las razones ya mencionadas y por la rechaza de participación por parte de unos usuarios, no logre completar el numero de encuestas que yo quería. Entonces la muestra presentada en esta investigación es más chica de lo que yo esperaba.

A lo largo, estos tres obstáculos influyeron bastante el logro de mis objetivos, especialmente porque la muestra se disminuyo. Esto indica que los resultados reflejan una muestra de población muy chica y que no es representativa de la población grande. La investigación no se desarrollo como yo anticipaba, pero esto es esperado cuando se trata de realizar una investigación que se necesita varios participantes para finalizar con buenos resultados.

Recomendaciones

Esta investigación muestra que, sin duda, debería existir cambios en el sistema actual de servicios de atención de salud intercultural para no solamente mejorar la salud de las poblaciones mapuche, pero también ayudar a desarrollar el auto sostenimiento del sistema en manos de las propias poblaciones mapuche que reciben estos servicios.

Por el momento, al nivel primario, cada centro de salud intercultural experimentando una falta de interacción entre sistemas de salud mapuche y occidental puede facilitar su propia forma de comunicación entre ambos sistemas. La comunicación puede servir para compartir pensamientos y opiniones acerca de lo que cada sistema puede hacer para no solo ayudar el otro, pero con fines de poder ayudar a los usuarios conseguir la mejor calidad de atención de salud porque ambos sistemas estarán trabajando juntos en el seguimiento del bienestar de los usuarios derivados a otros sistemas. Y si es posible, poder reunirse con agentes de salud de otros centros de salud intercultural donde la derivación y comunicación entre sistemas se reconoce para poder aprender porque la derivación existe en otros lugares y que se puede cambiar en el centro para facilitar la comunicación entre médico y machi.

Por el otro lado, se recomienda buscar maneras para levantar el control que el Estado ejerce sobre las poblaciones indígenas. El Estado tiene que entender que la medicina mapuche no puede ser fortalecida desde el exterior. Es la razón por cual hoy en día es tan importante la aprobación de ciertos tratados internacionales que trabajan para fortalecer en el contexto de autonomía y autodeterminación de las poblaciones indígenas. Se espera que la aprobación tenga profundos efectos en el mantenimiento y financiamiento del sistema de salud intercultural que no solo sea culturalmente apropiado, pero también ayuden a desarrollar programas de prevención y promoción de salud para realmente mejorar la calidad de vida de las poblaciones.

Referencias bibliográficas

- Alarcon, Ana M et al (2003), “Salud Intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales”, *Rev Méd Chile*, 131, pp 1061-1065
- Birn, Anne-Emanuelle et al (2009), *Textbook of International Health: Global Health in a dynamic world*, 3rd ed
- Boccara, Guillaume (2004), *Del Buen Gobierno en Territorio Mapuche: Notas acerca de una experiencia en salud complementaria*, Cuadernos de Antropología Social, Num 20, pp 113-129
- Boccara, Guillaume (2007), Etnogubernamentalidad, La formación del campo de la salud intercultural en Chile, *Chungara: Revista de Antropología Chilena*, Vol 39, N°2, pp 185-2007
- CEPAL (2001), *Discriminación étnico-racial y xenofobia en América Latina y el Caribe*, SERIE Políticas Sociales Naciones Unidas, Santiago de Chile.
- CEPAL (2012), *Desigualdades territoriales y exclusión del pueblo Mapuche en Chile: Situación en la comuna de Ercilla desde un enfoque de derechos*, Colección Documentos de Proyectos.
- Griffith, Brian N, et al (2011), “Self-rated health in rural Appalachia: health perceptions are incongruent with health status and health behaviors”, *BMC Public Health*. Vol 11: 229
- Hausmann, Leslie R.M.PhD., et al (2010) “Perceived racial discrimination in health care and its association with patients' healthcare experiences: Does measure matter?” *Ethnicity & Disease*, Vol 20: pp 40-47.
- Instituto Nacional de Estadísticas- Chile (2012), *Censo 2012: Resultados XVIII Censo de Población*. Pp 31
- Instituto Nacional de Estadísticas- Chile y Programa Orígenes (2002), *Estadísticas Sociales de los Pueblos Indígenas Censo 2002*
- Jones MD MPH PhD, Camara Phyllis, "Social Determinants of Health and Social Determinants of Equity.", Web. 2 May 2013.
- Keller, Sara C MD,MPH, et al, (2010) “Perceived discrimination and use of health care services in a North Carolina population of Latino immigrants”, *Hispanic Health Care International*, Vol 8, No 1: pp 4-13.
- Montenegro, Raul A, and Carolyn Stephens (2006) "Indigenous Health 2: Indigenous health in Latin America and the Caribbean." *Lancet*, Vol 367, No 2: pp1859-69.
- Naciones Unidas (2008) *Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígena*.
- Naciones Unidas (1963) *Declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de todas formas de discriminación racial*

- Organización Internacional del Trabajo (2007) *Convenio No 169 sobre Pueblos Indígenas y tribales en países independientes*.
- Perez, Libio (2002), "Cambios indios de nombre en Chile." *Reforma*, Mexico City, pp 33.
- Perricone, Anita (2009-10), *The Mapuche people and human rights: Lights and shadows after the ratification by Chile of ILO Convention 169*. Università Degli Studi Di Trento.
- Quilaqueo R., Daniel et al (2007), "Representación social Mapuche e imaginario social no Mapuche de la discriminación percibida", *Atenea* No 496 pp 81-103.
- Reyes, Andrea Aravena (2001), "Shadows in the big city", *The UNESCO Courier*.
- Rivera, Gonzalo Bustamante (2010), *Sistematización del conocimiento disponible sobre Salud Intercultural en Chile*, Centro para el Desarrollo Sustentable Küme Felen
- Shariff-Marco, Salma PhD, et al (2009), *A mixed-methods approach to developing a self-reported racial/ethnic discrimination measure for use in multiethnic health surveys*, National Institute of Health Public Access, *Ethn Dis*: Vol 19, No 4; pp 447-453.
- Soto, Andres Cuyul (2008), *La Burocratización de la Salud Intercultural en Chile: Del Neo-asistencialismo al Auto-gobierno Mapuche en Salud*
- Stephens, Carolyn et al (2006), "Indigenous Health 4: Disappearing, displaced, and undervalued: a call to action for Indigenous health worldwide", *Lancet*. Vol 367, No 4: pp 2019-28
- World Health Organization Int, "Determinantes sociales de salud,"
http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/index.html

Anexo