

<https://doi.org/10.32735/S2735-61752021000183164>

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA MEDICINA MAPUCHE-WILLICHE DE LOS FUNCIONARIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. LAS CONTRADICCIONES EN SALUD INTERCULTURAL*¹

SOCIAL REPRESENTATIONS OF MAPUCHE-WILLICHE MEDICINE IN PRIMARY HEALTH CARE: THE CONTRADICTIONS IN INTERCULTURAL HEALTH

Sergio Hernán Bermedo Muñoz²

sergio.bermedo@ulagos.cl

<https://orcid.org/0000-0002-9278-920X>

Departamento de Salud, Municipalidad de Río Negro
Río Negro, Chile

Pedro Edgardo Bahamondes Díaz³

psicobahamondes@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-0181-640X>

Víctor Hugo Venegas Giacomozzi⁴

vvenegas@ulagos.cl

<https://orcid.org/0000-0001-7331-2660>

Universidad de los Lagos
Osorno, Chile

Antonio Alejandro Vargas Peña⁵

antoniovargaspena@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-1640-8292>

Universidad de los Lagos
Osorno, Chile

RESUMEN

El artículo expone los resultados de la investigación sobre las representaciones sociales asociadas a la Medicina Mapuche-Williche de los funcionarios de dos establecimientos de atención primaria de salud de la provincia de Osorno-Chile. Corresponde a un estudio descriptivo de enfoque cualitativo y mixto en cuanto a las técnicas de recolección y análisis. El contenido de las representaciones muestra una valoración positiva de la medicina Mapuche-Williche, situándose en el núcleo central las palabras hierbas y sabiduría. Por su parte, la vertiente procesual distingue una confusión ante las contradicciones que emergen de las experiencias de interculturalidad en salud, donde los funcionarios adoptan diversas posturas, según su relación personal con la cultura Mapuche-Williche y su rol en el modelo biomédico. La complementariedad promovida por el estado como estrategia intercultural de salud pública genera incertidumbre en los funcionarios al reconocer que ambos sistemas médicos operan en forma distinta y en condiciones de asimetría.

Palabras clave: Medicina Mapuche-Williche; Representaciones Sociales; Interculturalidad en Salud.

ABSTRACT

The article shows the results of the investigation about social representations associated with Mapuche-Williche Medicine of the workers of two primary health care facilities in the province of Osorno-Chile. It corresponds to a descriptive study with a qualitative and mixed approach in terms

* Artículo recibido el 18 de octubre de 2021; aceptado el 13 de diciembre de 2021.

¹ El presente artículo es parte de un proyecto financiado por el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI), del Servicio de Salud Osorno.

² Asistente Social. Licenciado en trabajo social y Magíster en Estudios y Desarrollo de la Familia.

³ Psicólogo. Licenciado en Psicología.

⁴ Asistente Social, Antropólogo y Magíster en Sociología. Académico del Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad de Los Lagos.

⁵ Sociólogo. Licenciado en Sociología y estudiante tesista del Magíster en Ciencias Sociales mención Estudios de Procesos y Desarrollo de las Sociedades Regionales.

of collection and analysis techniques. The content of the representations exposes a positive valuation of the Mapuche-Williche Medicine, being in the central core the words herbs and wisdom. On the other hand, the qualitative data identify a confusion in the light of contradictions that emerge of the interculturality experiences in health, where the workers take different positions according to their personal relationship with the Mapuche-Williche culture, and their role in the biomedical model. The complementarity promoted by the state as public health intercultural strategy creates uncertainty among the workers by acknowledging that both medical systems proceed in different ways and in asymmetric conditions.

Keywords: Mapuche-Williche Medicine, Social Representations, Interculturality in Health.

Introducción

La salud intercultural ha sido uno de los ámbitos de la interculturalidad que mayor avance ha experimentado. En América Latina y en particular en Chile, en las últimas dos décadas se han venido ejecutando diversas iniciativas para la implementación de modelos de salud intercultural, algunas como proyectos pilotos financiados por agencias internacionales (O'Neill, Bartlett y Mignone, 2007).

A partir de la década del 90, en un escenario de cambio en las relaciones entre el estado chileno y los pueblos indígenas, y siguiendo las recomendaciones de organismos internacionales de salud, específicamente la Resolución V de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S., 1993) el Ministerio Salud de Chile incorpora modificaciones en el sistema de atención de salud con el propósito de mejorar la equidad y asegurar el acceso a la salud de las comunidades indígenas, en un marco de fortalecimiento, protección y de respeto a la diversidad cultural (Bolados, 2012).

En este contexto y bajo el paradigma que ningún sistema de salud por sí solo puede solucionar todos los problemas de salud, se inician las aproximaciones a la salud intercultural, llegando en algunos países a constituirse una política gubernamental (Stivanello, 2015). Bajo este orden de ideas en América Latina en las últimas dos décadas se han plasmado diversas iniciativas para el desarrollo de modelos de salud intercultural, algunos como proyectos pilotos financiados por agencias internacionales (Maya, 2018).

En el caso de Chile, a partir de 1996 el Ministerio de Salud, a través del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (en adelante PESPI) (Minsal, 2019) comienza a promover y a financiar diversos proyectos locales con el propósito de mejorar los indicadores epidemiológicos de salud de los pueblos originarios y buscar la aceptación de la medicina oficial ante supuestas barreras culturales que impedirían el acceso a las prestaciones de salud. Iniciativas gubernamentales que reconocen la diversidad cultural y suscitan la complementariedad como expresión de la interculturalidad en salud, pero que no necesariamente consideran la existencia de saberes y prácticas culturales previas, que operan en la cotidianeidad. Las líneas de pensamientos que acompañaron las emergentes iniciativas de salud intercultural y que tuvieron como objetivo la articulación de los sistemas médicos, en opinión de Menéndez (2016)

... "Buscaron la rehabilitación cultural y técnica de la medicina tradicional como parte del empoderamiento cultural indígena, así como la mejora de la relación personal de salud/paciente de origen étnico, no solo para lograr una mayor eficacia clínica, sino también para incrementar la demanda y abatir los rechazos de la población indígena

hacia la atención biomédica, especialmente en los centros de atención primaria” (p. 110).

Las iniciativas ejecutadas en el marco del PESPI y la política de salud y pueblos indígenas definidas por el Estado de Chile (Minsal, 2003, 2006), continuaron con la idea de la armonización de los sistemas de salud surgida en América Latina en la década del '70 y con mayor énfasis en los '80 y '90, cuando líneas de pensamientos y organizaciones internacionales de salud comenzaron a impulsar decididamente la integración y la complementariedad de la medicina tradicional y la biomedicina en la atención primaria de salud, siguiendo la directriz del respeto y la revitalización de las culturas indígenas (OMS/OPS, 1999, 2003; OMS, 2002, 2013).

En el caso particular del territorio Mapuche, para Cuyul (2013) el estado al impulsar este tipo de proyecto o iniciativas locales, en ocasiones ha facilitado la estandarización y una “folklorización de las prácticas Mapuche en salud mediante la institucionalización de las mismas al interior de los centros de salud” (p. 257).

Pareciera que la salud intercultural – entendida y conducida por organismos del estado – no ha estado exenta de tensiones y dificultades. Mediante modelos que articulan la medicina indígena y la medicina occidental se busca la armonización de los sistemas de salud, pero en espacios epistémicos donde persisten asimetrías de poder y estructuras ideológicas y burocráticas del sistema de salud (Piñones, Mansilla y Arancibia, 2017; Gavilán, Viguera, Madariaga y Parra, 2018).

En consecuencia, son los equipos de salud que en la realidad cotidiana significan y toman postura frente el ejercicio de la medicina alópata y los saberes de la medicina tradicional y la cosmovisión de los pueblos originarios. Al mismo tiempo que desde el estado, se les exige “...que sean sensibles a la diversidad cultural, que sean ‘más interculturales’ y se les capacita para ello” (Boccaro, 2012, p.14). En la puesta en ejercicio de la interculturalidad y las aspiraciones de complementariedad de los saberes sobre el proceso de salud/enfermedad, subsisten dificultades, tensiones y contradicciones, tanto en los discursos como en las prácticas de la salud pública, realidad que tiende a desconcertar a los equipos de salud. De ahí que las Representaciones Sociales (en adelante RS) como categoría conceptual (Rodríguez y García, 2007) se presentan como una alternativa para estudiar las construcciones socio-cognitiva que realizan los funcionarios respecto a la Medicina Mapuche-Williche - en este caso de los Centros de Salud Familiar (en adelante CESFAM) de las comunas de Río Negro y San Pablo - considerando que son los funcionarios de la salud los convocados y responsables de liderar la construcción de modelos de salud intercultural y de abordar las conjeturas sobre las barreras culturales que obstaculizarían el acceso a la salud de los pueblos originarios o que entran en conflicto con la salud occidental.

Representaciones Sociales y Teoría Fundamentada

La teoría de las representaciones sociales (RS) muy asociadas con la psicología social, la antropología y la sociología, surge en Francia en la década del sesenta. Este marco conceptual/explicativo posibilita conocer cómo los seres humanos se apropian de los conocimientos e información que circula en la sociedad, y sobre cómo, en la interacción comunicativa cotidiana, el pensamiento social, un conocimiento popular o del sentido común, se actualiza, se construye y se recrea (Banchs, 2007). Tanto como enfoque metodológico o investigativo, este particular sistema cognitivo permite interpretar la realidad, abordar el sentido de las prácticas a partir de las experiencias vida y las manifestantes de ideas, pensamientos,

juicios, opiniones, etc. que se tienen respecto al curso de acontecimiento o fenómenos sociales relevantes o significativos, tanto en lo colectivo, como en lo individual (Vergara, 2008).

Para Moscovici (1979) las representaciones son:

...”una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos...es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación son sistemas de valores, nociones y prácticas que proporciona a los individuos los medios para orientarse en el contexto social y material, para dominarlo”... (pág. 17-18).

Desde el punto de vista metodológico y del análisis, los estudios de las RS pueden seguir dos vertientes: el procesual o cualitativa y el estructural.

En el ámbito de la estructura de las RS y siguiendo el modelo de Abric (1994) se distinguen dos tipos de componentes: los elementos del núcleo central y los del sistema periférico. El núcleo central está formado por un conjunto de elementos que le dan coherencia y significado. Es su elemento fundamental, el componente más estable que delimita su organización y significado. El sistema periférico se organiza alrededor del núcleo central y en relación a él. El sistema periférico se caracteriza por una mayor flexibilidad y sensibilidad al contexto, por lo que facilita la adaptación de los individuos al entorno y posibilita la internalización de sus experiencias. El núcleo central depende de condiciones históricas y sociales, en cambio, en el sistema periférico influyen los individuos y el contexto. Esta estructuración de las RS les otorga su doble carácter de estabilidad y dinamismo, en el sentido de darles permanencia en el tiempo una vez creadas, así como su continua construcción a partir de las experiencias sociales vinculadas a ella.

Por su parte, el enfoque procesual centra la atención en los aspectos constitutivo (los contenidos) de las RS, es decir, indaga sobre la comprensión de los procesos sociales, culturales y de interacciones en general, dando importancia a elementos, como las creencias, los mitos, los rituales, los temores, etc. de las personas (Jodelet, 1984). Se puede acceder a los contenidos de las RS, a través del análisis del discurso - entendido como un método - considerando que las RS son constituidas y constituyentes del lenguaje, llegando a configurar un corpus de conocimiento que da cuenta de las experiencias particulares y de las prácticas sociales (Moscovici, 1979).

El estudio de las RS, tanto en sus ámbitos de contenidos (aspecto descriptivo) como en su estructura interna (aspecto explicativo) puede complementarse con el enfoque metodológico cualitativo de la Teoría Fundamentada (Grounded Theory) (Glaser y Strauss, 1967), cuyo paradigma se fundamenta en la sociología y el interaccionismo simbólico, donde se busca explicar y al mismo tiempo describir los fenómenos sociales (Restrepo-Ochoa, 2013). Esta articulación metodológica inductiva es la que se aplicó en el estudio de las RS de la Medicina Mapuche-Williche de los funcionarios de la Atención Primaria de Salud de los Centros de Salud Familiar de las comunas de Río Negro y San Pablo, cuyos resultados se muestran en el presente artículo.

Representaciones sociales que operan en la práctica cotidiana, a partir de la producción simbólica, del lenguaje y la construcción de significados sobre las experiencias y la realidad

inmediata y que dan sentido al proceder de los funcionarios de ambos establecimientos de atención primaria (Banch, 2007). En palabras Jodelet (1986), “un conocimiento socialmente elaborado y compartido” (p. 473).

Con el propósito de identificar y hacer emerger los elementos constitutivos de las RS de la Medicina Mapuche-Williche, además de conocer su organización, el estudio contempló metodológicamente tres etapas. Las dos primeras para indagar sobre la estructura y el contenido de las RS de la MM-W de los funcionarios en los Centros de Salud Familiar de Río Negro y San Pablo y la tercera para saber cómo operan en el contexto institucional este conjunto de conocimiento y prácticas sociales. En esta última etapa, se utilizó la Teoría Fundamentada (Grounded Theory).

Metodología

a) Consideraciones Éticas

El estudio fue aprobado por el Comité Ética del Servicio de Salud de Valdivia con fecha 08 de marzo del 2017 y fue financiado por el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) del Servicio de Salud Osorno, a través de un convenio con la Municipalidad de San Pablo, según RES. EX. 6343 / 2017. En la primera etapa del estudio a cada participante se le entregó un Consentimiento Informado dando a conocer los objetivos de la investigación, la voluntariedad de la participación en las siguientes etapas del estudio, así como la confidencialidad de los resultados.

b) Diseño metodológico

Corresponde a un estudio exploratorio-descriptivo en tres etapas, con enfoque mixto en el uso de técnicas de recolección de información. En las dos primeras, donde se indagó el contenido y estructura de las RS de la Medicina Mapuche-Williche (MM-W en adelante), se utilizaron técnicas cuantitativas. En la tercera etapa, para conocer los contenidos de las RS desde el discurso de los funcionarios, se utilizó la técnica de grupo focal, realizándose un análisis cualitativo basado en la Teoría Fundamentada.

c) Población y muestra

Para las dos primeras etapas, la población del estudio correspondió a la totalidad de los funcionarios de los CESFAM de Río Negro y San Pablo. La conformación de la muestra fue intencional y no probabilística, tratando de alcanzar el mayor número de participantes. En la primera y segunda etapa participaron 153 y 141 funcionarios respectivamente, superando en ambas el 90% del total de funcionarios de ambos CESFAM. En la tercera etapa, participaron 15 funcionarios distribuidos en dos grupos focales de 7 y 8 funcionarios en cada uno. En las tres etapas se hizo partícipe a trabajadores pertenecientes a todas las categorías administrativas de funcionarios establecidas para los servicios de salud.

Los funcionarios encuestados en la primera y segunda etapa corresponden a un 66.7% de mujeres y un 33.3% de hombres, con una edad promedio de 35 años (36 en el caso de las mujeres y 33 en el caso de los hombres). Para los participantes del estudio, el promedio de tiempo trabajado en atención primaria de salud es de 8.3 años, mientras que el tiempo promedio realizando sus actuales funciones dentro de los CESFAM fue de 6.7 años al momento de la aplicación de los instrumentos.

En cuanto al origen étnico de los funcionarios de planta o a contrata de ambos CESFAM estudiados, puede señalarse que cerca de un 20% (22.3% en Río Negro, 17.4% en San Pablo) pueden considerarse de origen mapuche, teniendo en cuenta la Ley Indígena N° 19.253 que

señala esta calidad a quienes posean al menos un apellido de esta etnia. Ambos CESFAM cuentan con un PESPI operativo desde el año 2002, por medio de los cuales los funcionarios participan tanto de forma regular como esporádica las distintas actividades de programa en el territorio (atención de usuarios, capacitaciones, actividades de difusión, entre otros).

En el caso de los grupos focales, la selección de los participantes estuvo basada en dos criterios: a) representación, para el cual se incluyó trabajadores que pertenecieran a distintas categorías administrativas de funcionarios del CESFAM (incluyendo médicos y otros profesionales de la salud, técnicos de salud, administrativos y auxiliares); y b) conveniencia, buscando participantes que hayan participado regular o esporádicamente de las actividades de los programas PESPI, siendo invitados por los miembros del equipo de investigación.

d) Instrumentos

Primera Etapa: Cuestionario de evocación de palabras (Vergès, 1992). En calidad de técnica enfocada en las características estructurales de la representación social, este instrumento permite obtener una hipótesis acerca de los elementos centrales y periféricos de la representación. En este caso se les solicitó a los participantes que escribieran las 5 primeras palabras que asociaran a palabra-estímulo "*Medicina Mapuche-Williche*"; a continuación, se les pidió que las ordenaran por relevancia, de mayor a menor, asignándoles valores de 1 a 5. Esta técnica parte del principio que los elementos centrales tienen una mayor frecuencia de evocación (criterio colectivo), así como una mayor jerarquización asociada al objeto de representación (criterio individual).

Segunda etapa: Cuestionario de caracterización (Vergès, 2001; Abric, 2003; Polli y Wachelke, 2013). También enfocada en las características estructurales de la representación, permite complementar, como etapa sucesiva a la técnica de evocación de palabras, la hipótesis respecto a la estructura de la representación, esta vez organizando elementos de la representación surgidos de la etapa anterior. Consistió en un cuestionario auto-administrado en el que se presentaron 15 palabras (seleccionados de la etapa anterior) de las cuales los participantes debieron seleccionar 5 que le parecieran más características de la MM-W, marcándolos con una "A"; y 5 que le parecieran menos características, marcándolos con una "B". Las 5 palabras no marcadas fueron consideradas como valor "intermedio".

Tercera etapa: Grupos focales. Técnica utilizada para la descripción de las RS a partir de la comunicación de puntos de vista en torno a un tema en una situación grupal. Se considera a los grupos focales como una técnica apropiada para entender las representaciones sociales desde un enfoque procesual, en el sentido de que permite observar la lógica de su construcción social a través de las interacciones en que los sujetos movilizan identidades, intereses, experiencias y proyectos vinculados a contextos y grupos específicos de la sociedad (Olivera, Reis Gusmão y Do Nascimento, 2016).

e) Procedimiento

En las dos primeras etapas la aplicación de los cuestionarios se realizó de manera individual y auto-administrada. Los 2 grupos focales se realizaron de manera simultánea, con una duración de 80 minutos cada uno, en dependencias de la Universidad de Los Lagos. En cada grupo focal participaron funcionarios de ambos CESFAM y fueron dirigidos por los investigadores que no trabajaban en estos establecimientos.

f) Análisis de resultados

F.1 Análisis Prototípico: Se utilizó para el cuestionario de evocación (Vergès, 1992; Abric 2003). Previo al análisis, a través de un criterio de reducción semántico se redujo de las 769 palabras transcritas inicialmente a un cuerpo de 202 palabras, las que fueron posteriormente procesadas a través del software Iramuteq (Camargo y Justo, 2013). El resultado del análisis prototípico se

basa en el cruce entre la frecuencia media de evocación y el orden medio de evocación de las palabras más mencionadas por los participantes. A partir de este cruce las palabras son posicionadas en cuatro cuadrantes, los cuales reflejan una estructura hipotética de la representación en base a la centralidad o periferia de las categorías analizadas.

F.2 Análisis Gráfico de confirmación de centralidad: Se utilizó para el cuestionario de caracterización, con el objetivo de contrastar la hipótesis obtenida en la etapa anterior a partir del análisis prototípico. Presentándose como estímulo un grupo de palabras surgidas en el cuestionario de evocación, se compara gráficamente las frecuencias obtenidas en las alternativas de respuesta para cada palabra del cuestionario de caracterización (Polli y Wachelke, 2013). En aquellas palabras en que se eligió en mayor proporción la alternativa "A", se consideraron parte del núcleo central de la RS; cuando las frecuencias se distribuyeron de manera predominante en la alternativa "B" o intermedia, estas se asumieron como elementos periféricos; cuando el término contó con un equilibrio de respuestas entre A y B, mostrando una menor proporción de respuestas intermedias, se consideraron "elementos de contraste" de la RS. En síntesis, las dos primeras etapas de esta investigación buscaron confirmar, desde un punto de vista estructural, la centralidad de los elementos de la representación, tomando primero en cuenta su emergencia y ordenación, y luego considerando aquellas que cumplieran con la propiedad de mostrarse como más característicos.

F.3 Análisis Selectivo (procesual) basado en la Teoría Fundamentada: A partir del texto transcrito de los grupos focales, se siguió el método de comparación constante propuesto por la Teoría Fundamentada (Grounded Theory) (Strauss y Corbin, 2002). Este procedimiento permite, en fases sucesivas, aplicar diversas codificaciones a los datos hasta conformar una teoría emergente del fenómeno. En un inicio se realiza una *codificación abierta*, basada en las preguntas de investigación y en los resultados de las etapas anteriores, dando espacio a categorías emergentes. En segundo lugar, se procede a una *codificación axial*, la cual organiza las categorías en base a una "matriz paradigmática" de categorías más inclusivas. Finalmente, la *codificación selectiva* busca refinar las relaciones entre las categorías de la matriz anterior con el fin de refinar la teoría emergente (Gaete, 2014). El uso de la Teoría Fundamentada para la investigación en RS se justifica en su capacidad de descripción e interpretación desde un enfoque procesual, identificando contenidos de la representación desde el punto de vista de su construcción social a través de la comunicación e interacción entre sujetos, dando cuenta de su sentido desde el plano discursivo y de relevamiento de las prácticas sociales a las que está ligada. Además, los procedimientos de la Teoría Fundamentada permitirían una articulación entre los enfoques estructural y procesual de las RS, dando cuenta de los elementos que constituyen la representación, así como de su organización en torno a un núcleo central (Restrepo-Ochoa, 2013)

Resultados

1. Resultados de análisis prototípico

Estos corresponden a la agrupación de palabras mencionadas según frecuencia de aparición (*Frec*) y orden promedio otorgado (*Rang*), considerándose aquellas con más de 5 menciones. A partir de esta relación, se asigna a cada palabra o cognema una posición teórica dentro de la estructura de la RS, según se observa en el Tabla N°1.

Tabla N° 1. Cuadro de estructura de Representación de Medicina Mapuche según evocación libre de palabras.

Rel : <=2.83 >

A - Núcleo Central	Frec	Rel	B - Primera Periferia	Frec	Rel
Ancestral	38	2.7	Hierbas	66	3.2
Natural	37	2.6	Alternativa	45	3.5
Salud	24	2.4	Tierra	22	3
Machi	22	2.2			
Cultura	21	2.8			
Tradición	19	2.6			
Naturaleza	19	2.4			
Creencias	16	2.8			
C - Elementos de contraste	Frec	Rel	D - Segunda periferia	Frec	Rel
Respeto	14	2.6	Sanación	15	3.1
Conocimiento	12	1.9	Sana	11	3.1
Sabiduría	11	1.6	Efectiva	10	3
Bienestar	8	2.6	Fe	8	3
Integral	8	2.4	Originario	7	3
Kimche	7	1.9	Complementaria	7	3.4
Cosmovisión	7	1.9	Accesible	7	3
Alimentación	5	2.8	Comunidad	6	3.8
Espiritualidad	5	2	Interculturalidad	6	3.5
			Confianza	5	3.8
			Infusiones	5	4.2
			Costumbres	5	3.6
			Protección	5	3

Frec: >= 15,24

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a la teoría del núcleo central de Abric (1994) las palabras evocadas con mayor repetición o frecuencia y de más importancia construyen el núcleo central de la representación social.

Para el caso en estudio, siguiendo el análisis prototípico, por frecuencia y relevancia de aparición, los elementos que dan estabilidad a la RS y que están situados en el núcleo central son *Ancestral* y *Natural*. Podemos deducir que en el núcleo hay una asociación de la MM-W a una comunidad en particular respecto de la población total, portadora de una tradición, en la que se reconoce la

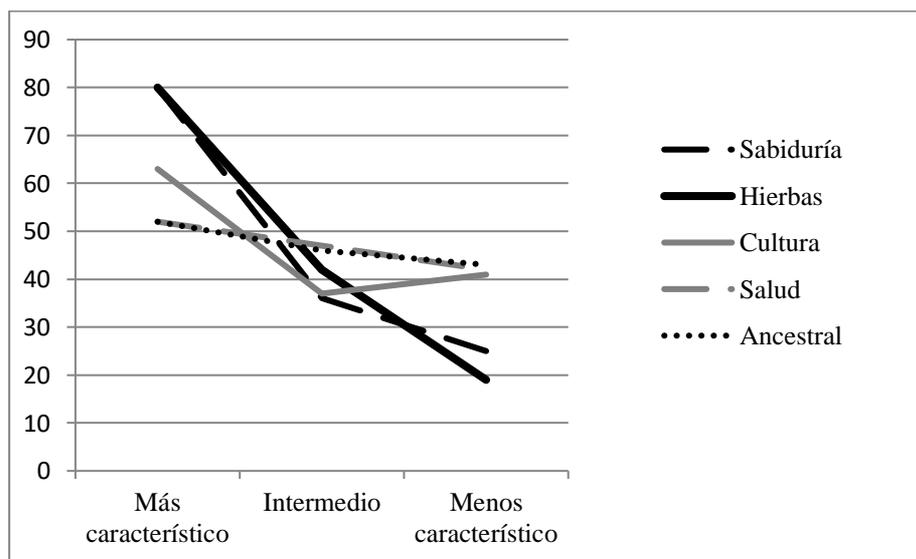
existencia de un agente de salud específico (*machi*). La palabra *natural* (y por asociación *naturaleza*) haría referencia a la relación entre el hombre y el medio/naturaleza, espacio de donde provienen los diversos elementos de uso de la MM-W los cuales no son intervenidos por la ciencia y la tecnología, como ocurre con la medicina occidental; elementos que están presente en los ritos de sanación.

En la primera periferia, la palabra *hierbas* tiene una frecuencia muy alta respecto al resto de palabras del cuestionario. Sin embargo, su centralidad es cuestionada pues no siempre fue ubicada como relevante para los funcionarios, resultado que después se contrastó con el cuestionario de caracterización. En la segunda periferia, encontramos palabras que cumplen una función contextual y permiten dar nombre a las experiencias cotidianas. En este caso encontramos palabras relacionadas con percepciones positivas: (*sanación, sana, efectiva, accesible*) y provenientes del marco institucional: (*complementaria, interculturalidad*). Como elementos de contraste, encontramos palabras que fueron relevantes para un grupo menor de participantes. Esto da a entender que para un grupo específico de los funcionarios la MM-W es algo de conocimiento familiar, y que tiene más bien una aproximación empírica. Son nociones que no están en todos los funcionarios, pero cuya aparición puede dar cuenta de un proceso de cambio en la RS de la MM-W.

2. Resultados del Análisis Gráfico de confirmación de centralidad.

Los resultados del análisis de caracterización buscaron comprobar la centralidad de 15 palabras del cuestionario de asociación, según se aprecia en los Gráficos N° 1,2 y 3.

Gráfico N° 1. Perfil de elementos más característicos de la Representación Social de la MM-W, según frecuencia de respuesta.

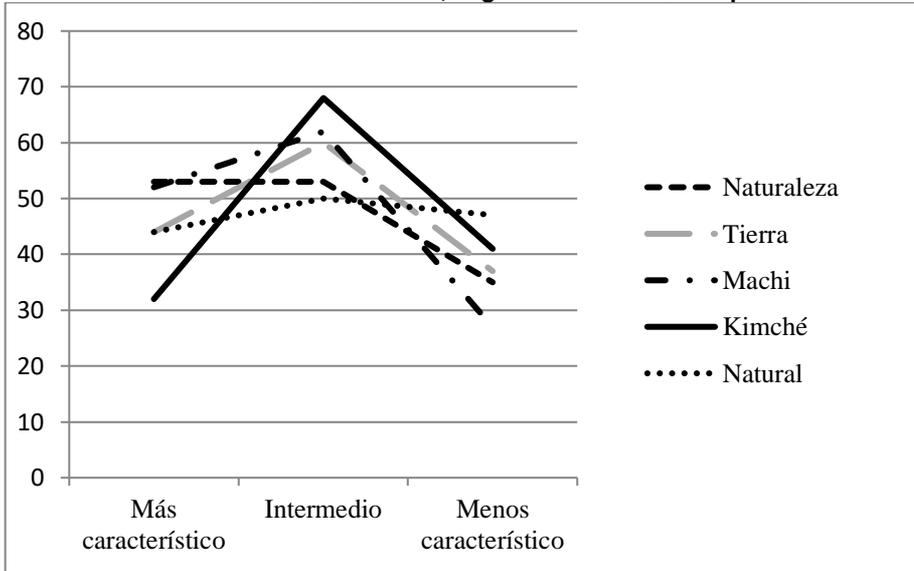


Fuente: Elaboración propia

La centralidad de las palabras *sabiduría*, *cultura* y *ancestral* dan cuenta que la MM-W se asocia a un sistema cultural específico (*cultura*), conformado por un conocimiento adquirido histórica y generacionalmente (*sabiduría*, *ancestral*). La palabra *hierbas*, con la misma centralidad que

sabiduría, da cuenta de una estrecha relación entre ambas palabras, por lo que podríamos sostener que, en la RS de los funcionarios la sabiduría estaría ligada a la comprensión sobre las propiedades y el uso de las hierbas medicinales.

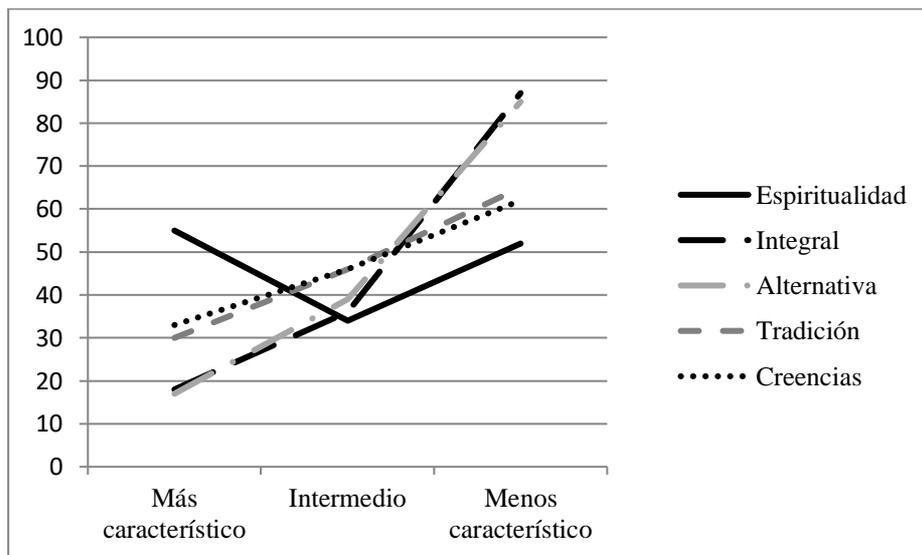
Gráfico N° 2. Perfil de elementos de caracterización intermedia de la Representación Social de la MM-W, según frecuencia de respuesta.



Fuente: Elaboración propia

Cercanos al núcleo de la RS encontramos *natural*, *tierra* y *naturaleza*, además de una identificación de los agentes propios de la MM-W (*Machi* y *Kimche*). No es central la asociación de la MM-W con la *naturaleza*, en tanto podría estar definida más bien en orden práctico, tal como ocurre en el sistema biomédico. La centralidad dada al conocimiento de las hierbas restaría importancia al rol de los agentes específicos. Las palabras *integral*, *alternativa*, *tradición* y *creencia* resultan menos relevantes desde su centralidad en la representación, tomando un rol periférico.

Gráfico N° 3. Perfil de elementos de contraste y menos característicos de la Representación Social de MM-W, según frecuencia de respuesta.



Fuente: Elaboración propia

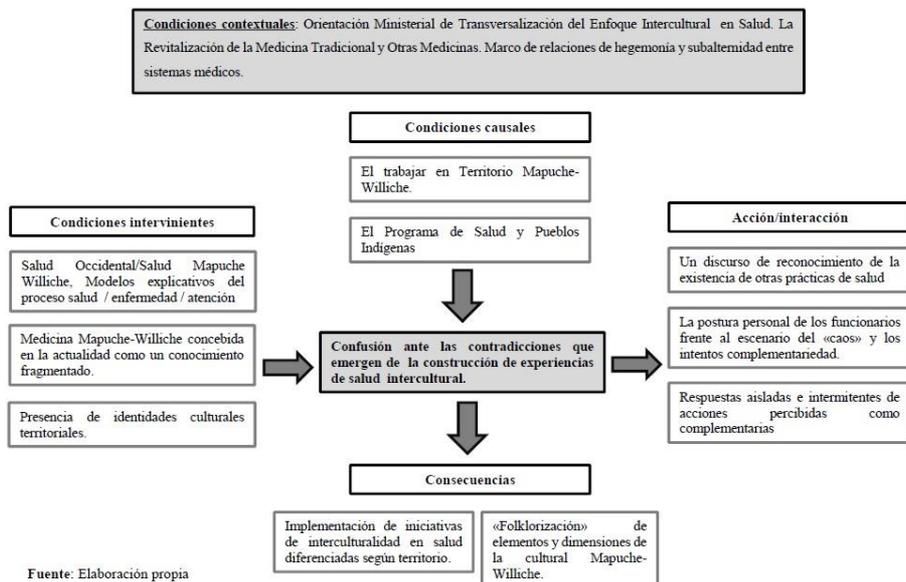
Como elemento de contraste sólo encontramos la palabra *espiritualidad*. Esto da cuenta que para un grupo de funcionarios la MM-W y el proceso salud-enfermedad tendrían una dimensión espiritual. Componente que permea el uso de las hierbas medicinales, los ritos de sanación, el poder de los agentes de salud y de los espacios sagrados que convergen en las prácticas de la MM-W. Dimensión que es construida a partir de la comprensión de la cosmogonía y cosmovisión indígena y por el vínculo personal que establecen los funcionarios y funcionarias con las comunidades Mapuche-Williche.

3. Resultados de Análisis Selectivo (procesual) basado en la Teoría Fundamentada

A través de las codificaciones de la Teoría Fundamentada se conoció como las RS sobre la MM-W operan en la práctica cotidiana, a partir de la producción simbólica, del lenguaje y la construcción de significados sobre las experiencias y la realidad inmediata, dando sentido al proceder de los funcionarios (Banch, 2007). En palabras de Jodelet (1986), “un conocimiento socialmente elaborado y compartido” (p.473). Conforme a ello se elaboró un modelo conceptual del fenómeno central del estudio, denominado: «**Confusión ante las contradicciones que emergen de la construcción de experiencias de interculturalidad en salud**», considerando un conjunto de acontecimientos y/o situaciones en las que están inmerso los funcionarios y que

permiten hasta cierto punto explicar el fenómeno en cuestión. Los resultados del análisis selectivo se muestran en el Cuadro N° 1.

Cuadro N°1. Matriz del Modelo Relacional que explica el Fenómeno Central del Estudio



Condiciones contextuales: Aquellas condiciones específicas que forman parte del ambiente o situación que enmarca al fenómeno central, como a los elementos relacionados con él, en un determinado tiempo y lugar, y que generan los problemas o circunstancias a los cuales las personas deben responder.

El fenómeno central identificado en el estudio, denominado: “la confusión ante las contradicciones que emergen de la construcción de experiencias de interculturalidad en salud”, se describe en el contexto de las experiencias de transversalización del enfoque intercultural en los establecimientos de salud de las comunas de Río Negro y San Pablo. Estrategias pensadas para mejorar la situación epidemiológica de la población indígena e incrementar los estándares de pertinencia cultural de las prestaciones de salud, promoviendo la generación de modelos de salud intercultural, que en general, se mantienen funcionales a la hegemonía del modelo biomédico postergando la sabiduría ancestral, aspecto importante en la salubridad de las personas de los pueblos originarios y que es advertido por los funcionarios que participaron del estudio, “*el sistema impositivo que muchos años, el sistema de salud ha impuesto, que no se respetaba las creencias y lo que traía las personas desde sus tradiciones, no había un respeto, entonces mucha gente quedó con ese concepto de que su medicina no servía*” (GF1)

Condiciones causales: Son conjuntos de acontecimientos que influyen sobre el fenómeno central.

De acuerdo a las directrices del Ministerio de Salud, los prestadores institucionales de salud pública que intervienen en territorios con alta concentración de población indígena, como el caso de las comunas de Río Negro y San Pablo, deben asegurar el derecho de las personas a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, a través del diseño y ejecución de modelos de salud intercultural (OIT, 1989; Minsal, 2012). Temas que al parecer se abordan en la coyuntura del momento o a propósito de las actividades de capacitación y/o de sensibilización del PESPI dirijas a los equipos de salud, *“las veces que hablamos entre colegas de interculturalidad es cuando [...] nos cita a reuniones, se hace un tema más forzado, al menos en mi caso”* (GF1). De manera que la inclusión de la dimensión cultural en las atenciones de salud y los requerimientos de visibilización de la MM-W y, por consiguiente, la interculturalidad en salud, es más bien un tema exigido desde el Estado. Al mismo tiempo que el sistema de salud insta a un cambio de actitud frente a la complementariedad de los sistemas médicos e interviene en las competencias genéricas y transversales de los funcionarios (OPS, 2007), pero sin abordar la existencia de las asimetrías de poder y las estructuras ideológicas y burocráticas al interior del sistema de salud occidental.

Condiciones intervinientes: Se identifican como circunstancias que alteran o mitigan el impacto de las condiciones causales, las acciones e interacciones y las consecuencias del fenómeno central del estudio.

La diversidad cultural y la presencia de modelos explicativos del proceso salud/enfermedad, en donde el saber de la medicina occidental con toda su complejidad, se despliega funcional y territorialmente como el sistema de salud con la mayor cobertura de población. Un modelo biomédico hegemónico-positivista basado en el conocimiento científico y estandarizado que va logrando mayores niveles de institucionalización y por lo tanto, mayor legitimidad. Esto le permite ir ganando cada vez más altos niveles de diferenciación respecto a otros sistemas médicos. Por su parte, la MM-W se presenta en los funcionarios como un conocimiento fragmentado y en contextos de relaciones de asimetría respecto a la medicina occidental y la cultura total, *“a veces uno sabe que se pueden hacer algunas acciones de MM-W pero al final es el Dr. El que decide que se hace”* (GF 2). Este conocimiento de la cultura y de la MM-W proviene de la ascendencia indígena que tienen algunos/as funcionarios/as, o por pertenecer a familias que vivieron o viven en sectores rurales de las comunas, También es construido a partir de las experiencias de participación comunitaria o por ser parte de la cadena de transmisión generacional de conocimiento, *“de niña vi a mi abuela que ella sabía de remedios...somos mapuche vivíamos en el campo”* (CF 2). Las convocatorias a participar de las acciones de “interculturalidad en salud”, promovidas por el programa de salud y pueblos indígenas en ambos Centro de Salud Familiar, es otra instancia donde los funcionarios y funcionarias se vinculan y tienen acercamiento a la cultura Mapuche-Williche,

Otra situación interviniente es que las iniciativas de salud intercultural responden a modos particulares de articulación y acuerdos locales-territoriales que realizan los actores que participan de las políticas públicas de salud y pueblos indígenas. Ello conlleva a tener visiones distintas respecto a los objetivos y propósitos de la salud intercultural e incluso a cuestionar si lo que se está realizando en los establecimientos de salud, donde se realizó el estudio, se puede llamar salud intercultural, *“El tema de incorporarlos a atender con nosotros conlleva meterlos en el sistema de nosotros, de oferta y demanda”* (GF1).

Acción/interacción: Son las respuestas, estratégicas o rutinarias, de individuos o grupos de individuos sobre los asuntos, problemas o sucesos producidos en determinadas condiciones.

En el entramado (social/cultural/epistémico) difuso y complejo en que se sitúa la «**Confusión ante las contradicciones que emergen de la construcción de experiencias de interculturalidad en salud**», los funcionarios elaboran respuestas y/o acciones deliberadas para abordar el fenómeno en cuestión, como un intento por ordenar el caos que implica la idea de complementariedad de los sistemas médicos y la salud intercultural. Esta condición determina y permite observar la evaluación del fenómeno.

Es este espacio confuso de intentos por complementar los sistemas médicos y los constructos de la MM-W, surgen como respuestas distintas estrategias. Una de ellas la **indiferencia**, en esta posición los funcionarios muestran escaso interés por participar de diálogos entre saberes médico o de proyectos locales de interculturalidad en salud; en ocasiones tienden a restarse de las actividades del PESPI, “Quizás no todas las personas estén interesadas en el tema” (GF1), “yo creo que la libertad está, a lo mejor el interés no...” (GF1).

También fue posible encontrar respuestas **reduccionistas**, en donde los funcionarios optan por reconocer la MM-W y otras alternativas terapéuticas, aceptando que la medicina occidental, con su verdad, no es la única que puede resolver todos los problemas de salud. Aquí, los funcionarios muestran interés por participar en las actividades que se realizan a través del PESPI, pudiendo llegar a estar de acuerdo con la idea de establecer la complementariedad, sin embargo, no logran dimensionar la complejidad que esto involucra. Como resultado los funcionarios escuchan, observan y en ocasiones se hacen parte de respuestas aisladas e intermitentes que ofrecen soluciones inmediatas a la coyuntura que genera la interculturalidad, descontextualizando el conocimiento y el ejercicio de las prácticas de la MM-W, “fueron a vernos a la farmacia, [...] miraban el cómo colgar por pocas ramas de hiervas en nuestra farmacia, entonces ahí tratamos de explicarles que eso no era la medicina mapuche, la medicina mapuche lo que tiene es la espiritualidad”; “las atenciones no se hacían antes en los consultorios, porque cada persona, cada Machi, cada Kimche tiene su espacio, sus energías, un horario” (GF1). Según el relato, la dimensión espiritual y religiosa de las representaciones sociales de los funcionarios sobre la MM-W, los llevan a cuestionar las acciones orientadas a construir interculturalidad en salud desde la mirada asimiladora, integradora y homogeneizadora oficial, poniendo énfasis en el respeto a la cosmovisión y a las prácticas médicas Mapuche-Williche diferenciadas y legitimadas en los espacios locales.

Por último, encontramos posturas más bien críticas y de **desconfianza** frente a los intentos de generar procesos de articulación y de complementariedad entre los sistemas médicos. Corresponde a funcionarios que han tenido un acercamiento a la cultura y a la evidencia empírica de la MM-W, “Yo lo veo, como les decía, para mí era la medicina de mi abuela y no veo a mi abuela atendiendo a 60 personas, cada persona tenía su conocimiento, pero no tenía una fuerza de 60 personas, es como un negocio ya. Yo no sé si la persona será capaz espiritualmente para hacer eso” (GF1). En conformidad, los funcionarios reconocen las diferencias que subyacen en estas dos construcciones de conocimientos, los cuales se influyen recíprocamente, manteniéndose como dos modelos de salud paralelos y no necesariamente complementarios.

Consecuencias: Definidas como los efectos resultantes de las acciones/interacciones.

Ante la confusión que conlleva la ejecución de modelos de salud intercultural, se fue posible identificar dos consecuencias. La primera, son las diferencias territoriales de los proyectos e iniciativas de interculturalidad en salud, según la matriz socio-cultural de cada territorio y los acuerdos que se establecen entre comunidades indígenas y los equipos de salud. En el caso de San Pablo, se reconoce a los dirigentes de las comunidades indígenas como facilitadores de las acciones y programas implementados por los funcionarios, quienes han establecido relaciones de confianza con los agentes locales de la medicina MM-W, generando una coexistencia paralela de sistemas médicos. “Yo creo que dentro de las comunidades ahí uno reconoce por ejemplo los

componedores de huesos, conoce a personas que curan empacho, entonces cuando uno ve que la mamá consulta 5 o 6 veces con el niño con diarrea, entonces uno le dice, aquí hay tal persona que cura empacho. [...] Uno va detectando dentro de las mismas comunidades” (GF1). En el caso de Río Negro los funcionarios reconocen una mayor dificultad para relacionarse con las comunidades, algunas veces por desconfianza de los dirigentes y otras por renuencia de los propios funcionarios: “[...] muchas veces los usuarios que saben dicen ‘yo tomo hierbas’, pero no te dicen dónde va ni de a dónde las saca. Porque ellos conocen a sus propios sanadores, ellos conocen a sus propios kimche y no lo van a decir” (GF1).

Una segunda consecuencia es lo que algunos funcionarios han denominado la «folklorización» de la cultura Mapuche-Williche. Aun reconociendo avances, un grupo de funcionarios refiere que en ocasiones las actividades ejecutadas en el marco de la salud intercultural no apuntan necesariamente a la complementariedad o al diálogo de saberes, sino más bien toman algunos elementos aislados de la cultura. En este sentido uno de los informantes señala, “No es por ser negativa, pero yo pienso que se ha folclorizado un poco el tema, porque muchas veces se busca el año nuevo mapuche, que esto, que lo otro, pero no llevan al punto que conlleva la medicina mapuche. Entonces ahí yo creo que está la falencia” (GF2).

Discusión

Los sistemas médicos, desde la antropológica, sitúan el comportamiento de las personas y las nociones de salud/enfermedad/atención en el contexto de la cultura e incorporan los sustratos ideológicos (conceptos, nociones e ideas) que forman parte indisoluble de un sistema cultural de salud. Así, la enfermedad y la sanación tienen una connotación cultural y están estrechamente vinculadas con el sistema de creencias y valores de las personas (Jean y Braune, 2010).

Cada pueblo originario, desde su cultura identifica y establece formas de abordar sus problemas relacionados con la vida, la muerte, la salud y la enfermedad. Siguiendo su cosmovisión, crea categorías, ideas, modelos explicativos vinculados al cuidado de la salud, situando los saberes y las prácticas de salud tradicional – entendidas como un sistema en sí mismo – en un contexto cultural propio de los pueblos indígenas.

Tal como ocurre en otros pueblos indígenas de país, en la cultura Mapuche–Williche el significado del proceso *salud-enfermedad* se entiende en forma holística, dando valor equivalente a las diferentes dimensiones del ser humano y a la relación que establece la persona con su entorno social, cultural y el espacio natural. Por lo tanto, las prácticas de salud tradicional son una construcción cultural y simbólica que responde a las necesidades de salud de un territorio en particular. En este contexto, una de las estrategias de salud pública del estado de Chile que “intenta ser sensible con la medicina tradicional” (Aizemberg, 2014, p. 373) es el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI), el cual tiene como propósito el promover en la red asistencial, “modelo de atención que reconozca la medicina tradicional indígena y donde se promuevan instancias de encuentro y reconocimiento entre el personal de salud y los agentes de medicina indígena y se favorezca la complementariedad” (Minsal, 2019, p. 2). Por consiguiente, son los equipos de la salud occidental los convocados a generar las instancias y espacios de diálogo entre los saberes médicos en territorios con presencia de pueblos originarios.

En el caso de los Centros de Salud Familiar de Río Negro y San Pablo, la experiencia personal, el ejercicio laboral y la relación que establecen los funcionarios con las comunidades indígenas, determina que la construcción y organización (contenidos y estructura) de las RS sobre la MM-W de cuenta de un contenido que no incluye elementos en contradicción interna. Es decir, se observa una valoración positiva de la MM-W, no encontrándose cuestionada, pero al mismo

tiempo, es posible observar que estos conocimientos ancestrales son difíciles de comprender desde la lógica biomédica (Benites, Eri y Díaz, 2017), particularmente por aquellos funcionarios que visualizan y reconocen al sistema médico occidental como el principal y otras alternativas médicas, además de la medicina tradicional.

El análisis de la estructura de la representación social que tienen los funcionarios respecto de la MM-W, identifica en el núcleo dos elementos centrales, representados por las palabras *sabiduría* y *hierbas*, ambas con un mismo nivel de importancia. La primera, (sabiduría) acompañada de otras palabras también centrales, aunque no con el mismo nivel de centralidad (*ancestral* y *cultural*), apuntan a una comprensión de la MM-W como parte de un conjunto más amplio de saberes que sólo pueden ser transmitidos por la experiencia que entrega una cultura en particular, no-occidental (APRODIN, 2011). La palabra *hierbas*, por su parte, les da a estos saberes un componente simbólico y material específico *al cual hace siempre referencia*, y que le da, por lo tanto, desde su concreción, autonomía y estabilidad a la representación.

En el sistema periférico, que por su parte da flexibilidad a la representación para su adaptación a distintos contextos, se definen dos grupos de elementos: uno más cercano al núcleo y otro más lejano. En ambos grupos vemos una conjunción de elementos más bien generales como otros más concretos. En el grupo más cercano al núcleo destaca la identificación clara de los agentes específicos de la medicina Mapuche (*machi, kimche*), así como una asociación más general referida a las palabras *naturaleza* y *tierra*, que permiten tanto caracterizar como diferenciar a la MM-W de otros modelos de salud, a saber: respecto del modelo occidental. En el grupo de aquellos elementos más lejanos al núcleo éstos nos parecen más generales (*tradicción, creencias*) y/o tendientes a definir a la MM-W en oposición a la medicina alópata (*integral, alternativa*) o bien, más contextuales, situándola en un marco más particular promovido por la institucionalidad en salud (*complementariedad, interculturalidad*). De esta forma, el sistema periférico mantiene la consistencia del núcleo tanto en referencia a su especificidad cultural, como en torno a aspectos más abstractos como práctico-institucionales.

La conjunción de elementos generales con otros más concretos (pero no necesariamente específicos de la cultura Mapuche-Williche) en los distintos componentes de la estructura de la RS, tal vez sea una razón por la cual los funcionarios se muestren confundidos al participar de las experiencias de interculturalidad en salud, aunque partan, podemos intuir desde los resultados de las intervenciones con una actitud al menos discursivamente abierta o receptiva. Es probable que de ello provenga la importancia (aunque no central) que les otorgan a los agentes específicos de la salud Mapuche y a las distintas formas de acercamiento a las prácticas de salud intercultural, teniendo una comprensión bastante general y/o reduccionista de la Medicina Mapuche-Williche. En este sentido, no deja de ser importante la claridad con que la palabra *espiritualidad* conforma el núcleo de la representación para un grupo específico de funcionarios, los cuáles parecieran poseer una representación distinta de la MM-W (basada probablemente en una experiencia más cercana a la cultura Mapuche) y que seguramente son una de las principales fuentes de cambio de esta representación desde un punto de vista colectivo. La estabilidad del núcleo central de las RS sobre la MM-W conduciría a los funcionarios a explorar, reflexionar y cuestionar la puesta en práctica de la interculturalidad en el campo de la salud y la articulación que establecen los sistemas de salud para entender y actuar sobre el proceso salud/enfermedad en contextos de pluralismo médico/asistencial.

Que dice la literatura respecto al fenómeno central descubierto en el estudio denominado: *“la confusión ante las contradicciones que emergen de la construcción de experiencias de interculturalidad en salud”*, el cual emerge del análisis tanto estructural como procesual de las RS que tiene los funcionarios sobre la MM-W. Este fenómeno da cuenta del estado de tensión y ambivalencia que experimentan los funcionarios cuando deben intervenir e implementar

iniciativas de complementariedad entre los sistemas de salud. Interacción de saberes médicos que, según Boccara (2007) y de acuerdo a los resultados del estudio, se realiza en un escenario o campus etnoburocrático, donde el modelo biomédico hegemónico subordina a la sabiduría Mapuche-Williche, la cual termina insertándose en las estructuras y planificación de los establecimientos de salud, segmentado conocimientos y prácticas de la Medicina Tradicional al margen del contexto cultural local y las demandas históricas de las comunidades indígenas, persistiendo una mira reduccionista del sistema cultural de la salud Mapuche-Williche. Para Cuyul (2013), la incorporación de las prácticas de salud Mapuche a la atención pública de salud implica su “burocratización” (p.270), donde el modelo hegemónico se apropia de una cultura para legitimarse, siguiéndolos los intereses establecidos en las agendas multiculturales. Parafraseando a Walsh (2010), pareciera que estamos más bien frente a un multiculturalismo neoliberal, en tanto se reconoce el pluralismo médico y se declara garantizar el derecho a la salud de los pueblos indígenas, pero ello no necesariamente implica modificar las estructuras hegemónicas y fundamentos biologicista del modelo biomédico.

Esta simplificación epistémica y de determinismo biológico para abordar al proceso salud/enfermedad, y de la integración segmentada de la medicina de los pueblos originarios, extendiendo y adecuando la oferta terapéutica del sistema de salud occidental, ha sido abordada por diversos autores (Obach, Cabieses y Bernales, 2017; Ramírez, 2006; Campos, Peña y Maya, 2017) relevando el impacto cultural que involucra delinear la interculturalidad en salud en contextos de asimetría de poder y en términos “culturalizante” y “despolitizada” que tiende a definir “una cultura sin pueblo” (Boccara, 2007, p.188).

Para Duarte (2003),

...”es difícil que una tradición secular de distanciamiento entre medicina occidental y medicina tradicional cambie por el sólo hecho de que una política los haya colocado dentro de la misma institución, sin la apertura y los cambios necesarios en los esquemas mentales de los tomadores de decisiones, en la formación del recurso humano, en el paradigma de la medicina occidental o en el sistema de salud en general” (p.640).

El avanzar en la complementariedad y en la configuración de modelos para lograr una atención de salud con pertinencia cultural ha sido algo complejo de llevar a la práctica en Chile (Alarcón, Astudillo, Barrios y Rivas, 2004; Pérez, Nazar y Cova, 2016). Las relaciones de intercambio cultural y de negociación entre los diferentes modelos epistemológicos que explican el proceso salud/enfermedad se da en condiciones económicas, sociales y política que favorecen el modelo biomédico, lo que sumado a la ausencia de modelos de gestión de salud intercultural, generan incertidumbre e importante divergencia, tanto entre usuarios y proveedores de la salud pública, como también al interior de los equipos de salud, tomando relevancia la configuración y estructura de pensamiento de los funcionarios, construida y moldeada en base a experiencias previas y en el contacto cotidiano con las comunidades indígenas, a partir del trabajo en los establecimiento de salud pública.

En paralelo al estigma colonial, el etnocentrismo del sistema de salud occidental, por lo general desconoce e invisibiliza la sabiduría ancestral y las prácticas culturales construidas colectivamente (Cardona, 2012; Herrera, Ávila, López, Guerrero y Eugenio, 2018; Velásquez y Ríos, 2019; Marengo, 2019). Si bien en el caso estudiado la institucionalidad responsable de la salud pública promueve el reconocimiento y la inclusión de la diversidad cultural al interior de los establecimientos de salud, a través del diálogo de saberes y de la capacitación de los funcionarios, ello trae consigo el riesgo de una relocalización de las prácticas médicas tradicionales, en un contexto donde el sistema de salud predominante mantiene y legitima las asimetrías de poder, dando continuidad y espacio a las lógicas del modelo neoliberal vigente (Tubino, 2005). Tomando las palabras de Walsh (2017), estaríamos frente a una “interculturalidad funcional” (p.3), en este caso, funcional al modelo biomédico preponderante, legitimado por un “Estado Monocultural [...] cuya aproximación a la diversidad cultural, caracterizada como Multiculturalismo Neoliberal, desconoce los derechos colectivos y territoriales de los Pueblos Originarios” (Piñones, Liberona y Mortecino, 2019, p. 150). En este mismo sentido, Menéndez (2006) señala que

...”La reducción de la interculturalidad casi exclusivamente a los aspectos culturales expresa, frecuentemente, objetivos de asimilación e integración, así como tiende a excluir o por lo menos a opacar los procesos socio-económicos que reducen o directamente impiden establecer relaciones interculturales realmente respetuosas y simétricas (p.61).

El hallazgo principal del estudio - *la confusión ante las contradicciones que emergen de la construcción de experiencias de interculturalidad en salud* - coloca en la discusión la necesidad imperiosa de un cambio en el paradigma y en la estructura de las instituciones de la salud pública, para la incorporación del enfoque intercultural, además de un conocimiento de las dinámicas organizacionales de los pueblos indígenas y la observancia de la coexistencia de distintos saberes médicos o producciones ideológicas, como se les denomina desde la antropología médica crítica (Menéndez, 1994). Es necesario transitar desde un discurso de inclusión y/o asimilación al de respeto y aceptación de diversos sistemas culturales de salud, en un contexto de equidad y condiciones de simetría. Para Herce (2019)

...”la interculturalidad en salud no puede limitarse únicamente a un diálogo entre saberes o a la adquisición de competencias culturales. Debe tener presente que en esos encuentros existen relaciones de poder, y que esos diálogos no se dan en condiciones de simetría y equilibrio” (p.39).

Las dos formas de construcción cultural en salud – la MM-W y la Biomedicina – son modelos que explican el proceso salud/enfermedad y que en el intento de complementariedad generan desconcierto en los funcionarios, percibiendo la interculturalidad como un mecanismo de adaptación a la heterogeneidad, a través de la integración de conocimientos y prácticas de la medicina ancestral Mapuche al sistema occidental de salud. Por lo tanto, cabría preguntarse, hasta que medida este tipo de estrategias de salud intercultural, pueden ser llamadas “interculturales”, considerando el entramado cultural de significados que le otorgan los funcionarios de la salud a este tipo de experiencias y su limitada aplicación en la política pública.

La estructura y el contenido de las representaciones sociales de los funcionarios de los Centros de Salud Familiar de las comunas de Río Negro y San Pablo, como una manera de aprehender la construcción colectiva de la realidad social (Jodelet, 2000), problematiza e interpela la implementación de políticas de salud intercultural en coherencia con los principios orientadores e irrenunciables que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario (Minsal, 2012). Pero también, muestra la complejidad y las contradicciones que implica la articulación y la complementariedad entre la medicina tradicional y el sistema alópata, en donde la inclusión de la dimensión cultural en las atenciones de salud estaría determinada por la construcción de significados y de sentido de la acción en salud de los funcionarios, que orienta su proceder frente a los requerimientos de visibilización de la medicina Mapuche-Williche, como parte del cambio de paradigma en la construcción del conocimiento y del marco del derecho a la salud de los pueblos indígenas.

Conclusión

Un elemento central y diferenciador de esta investigación se relaciona con que la perspectiva del análisis de los procesos de interculturalidad en salud se realiza desde el ámbito y la auto observancia del equipo de salud, responsable de otorga atenciones de salud culturalmente pertinentes y de la construcción participaba de modelos de salud intercultural, que en ocasiones reconocen e incorporan las prácticas de la medicina tradicional y que no necesariamente son complementarios, tanto desde el punto de vista epidemiológico como del derecho a la salud de los pueblos indígenas. Por lo general, las investigaciones han sitúan la discusión en la relación paciente/sistemas de salud (Mapuche-alópata) o en recoger las opiniones sobre las políticas de salud pública para pueblos originarios en territorios de convivencia de culturas distintas.

Otro aporte importante del estudio es el uso de la Representaciones Sociales - sus diferentes dimensiones - como referente teórico y metodológico de investigación para aproximarse, analizar y explicar los conocimientos elaborados y compartidos socialmente en las prácticas cotidianas, respecto a los procesos interculturales en Chile.

Como propuesta para futuras investigación en el ámbito estudiado, está el considerar la participación y perspectiva del gestor de la red asistencial y de los órganos responsables de asegurar a todas las personas el derecho a la protección en salud, servicios públicos que tiene la responsabilidad de implementar las políticas de salud intercultural en el país.

Referencias

- Abric, J. (1994). Metodología de recolección de las representaciones sociales. En *Pratiques sociales et Représentations*. Traducción al español por José Dacosta y Fátima Flores (2001). *Prácticas Sociales y Representaciones Sociales*. México: Ediciones Coyoacán. Faltan las páginas
- Aizemberg, L. (2014). Salud indígena: una reflexión crítica y miradas alternativas a la perspectiva intercultural. Recuperado de <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/1427/SALUD%20IND%20CDGENA%20UNA%20REFLEXI%20D3N%20CR%20DTICA%20Y%20MIRADAS%20ALTERNATIVAS%20A%20LA%20PERSPECTIVA%20INTERCULTURAL.pdf?sequence=1>
- Alarcón, A., Astudillo, P., Barrios, S. y Rivas, E. (2004). Política de Salud Intercultural: Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile. *Revista médica de Chile*, 132 (9), 1109-1114.
- Asociación de Promotores y Defensoría de los Derechos Indígenas de Nicaragua (APRODIN).

- (2011). *Saberes Ancestrales para preservar el bienestar y la armonía en las comunidades indígenas*. Managua: Nicaragua.
- Banchs, M. (2007). Entre la ciencia y el sentido común: representaciones sociales y salud. En Rodríguez, T. [Coord]. *Representaciones sociales. Teoría e investigación*. Guadalajara: Editorial CUCSH-UDG. Faltan las páginas
- Benites, M., Eri, H. y Díaz, X. (2017). Social representations of the health care of the Mbyá-Guarani indigenous population by health workers. *Revista latino-americana de enfermagem*, 25, 1-9.
- Boccaro, G. (2012). La interculturalidad como campo social. *Cuadernos interculturales* 10(18), 11-30.
- Boccaro, G. (2007). Etnogubernamentalidad: la formación del campo de la salud intercultural en Chile. *Revista Chungará*, 39 (2), 185-207.
- Bolados, P. (2012). Neoliberalismo multicultural en el Chile postdictadura: la política indígena en salud y sus efectos en comunidades mapuches y atacameñas. *Chungará (Arica)*, 44(1), 135-144.
- Campos, R., Peña, E. y Maya, A. (2017). Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en México (1990-2016). *Salud colectiva*, 13, 443-455.
- Camargo, Brigido y Justo, Ana (2013), IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas psicol*, 21(2), 513-518.
- Cardona, J. (2012). Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia. *Revista de Salud Pública*, 14, 630-643.
- Cuyul, A. (2013). Salud intercultural y la patrimonialización de la Salud Mapuche en Chile. En Nahuelpán, H. et al. *Tai ñ fijke xipa rakizuameluwün, historias, colonialismo y resistencia desde el país Mapuche* (257-277). Santiago de Chile: Ediciones Comunidad de Historia Mapuche.
- Duarte, M. (2003). Medicina occidental y otras alternativas: ¿es posible su complementariedad? Reflexiones conceptuales. *Cadernos de Saúde Pública*, 9, 635-643.
- Gavilán, V., Viguera, P., Madariaga, C. y Parra, M. (2018). Interculturalidad en salud. Análisis crítico de las políticas sanitarias dirigidas al pueblo Aymará del norte chileno. *Revista Interciencia*. 3, 322-328.
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Nueva York: Aldine de Gruyter.
- Harce, J. (2019). Apuntes sobre Frontera. *Revista Soberanía Sanitaria*, 3 (6), 38-39.
- Hasen, F. (2012). Interculturalidad En Salud: Competencias En Prácticas De Salud Con Población Indígena. *Ciencia y enfermería*, 18(3), 17-24.
- Herrera, J., Ávila, A., López, P., Guerrero, L. y Eugenio F. (2018). Percepción de la medicina ancestral y convencional en comunidades indígenas de la ciudad de Ambato. *Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 3(4), 180-185.
- Jean, E. y Braune, F. (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Rev Latino Am Nursing*, 18 (3).
- Jodelet, D. (2000). Representaciones sociales: contribución a un saber sociocultural sin fronteras. En Jodelet, D. y Guerrero, A. *Develando la cultura* (7-30). México DF: UNAM.
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Moscovici S. *Comp. Psicología Social II* (469-494). Barcelona: Ediciones Paidós.
- Jodelet, D. (1984). Pensamiento social e historicidad. *Revista de El Colegio de Michoacán*, 24 (93), 97-114.
- Marengo, M. (2019). Reflexión crítica sobre la medicina ancestral en la salud pública desde la práctica, dinámica, ámbito y protagonistas. *Raíces: Revista Nicaragüense de Antropología*, 3 (6), 84-92.
- Maya, A. y Sánchez, M. (2018). De eso que se ha llamado interculturalidad en salud: un enfoque reflexivo. *Revista Salud UIS*, 50(4), 366-384.

- Menéndez, E. (2016). Intercultural health: proposals, actions and failures. *Ciênc Saúde Coletiva*, 21, 109-18.
- Menéndez, E. (2006). Interculturalidad, `diferencias` y Antropología "at home". Algunas cuestiones metodológicas. En Fernández G. (comp.). *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural* (51-65). Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71–83.
- Mignone, J., Bartlett, J., O'Neil, J., y Orchard, T. (2007). Best practices in intercultural health: five case studies in Latin America. *Journal of ethnobiology and ethnomedicine*, 3(1), 31.
- Ministerio de Salud. (2019). Orientaciones Técnicas y Guía metodológica Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas. Recuperado de <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/cartilla%20DERECHOS%20Y%20SALUD%20C169%20.pdf>
- Ministerio de Salud. (2012) Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario. Recuperado de <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- Ministerio de Salud. (2012). Ley de Derechos y Deberes que tiene las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud. Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>
- Ministerio de Salud. (2006). Norma General Administrativa General N° 16, sobre Interculturalidad en los Servicios de Salud.
- Ministerio de Salud. (2003). Política de Salud y Pueblos Indígenas. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsapi/e/paises/chile/politica.pdf>
- Moreno, X. (2015). Género y representaciones sociales de la salud en personas mayores usuarias de centros de atención primaria de Santiago. (Tesis Doctoral). Universidad de Chile. Recuperado de <http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/handle/123456789/479>
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires, Argentina: Huemul S.A.
- Obach, A., Cabieses B. y Bernales, M. (2017). Interculturalidad en salud de acuerdo a prácticas de medicinas indígenas y complementarias, y su introducción en el Sistema de Salud Público en Chile: Hallazgos de un estudio etnográfico. *Revista del Instituto de Salud Pública de Chile*, 1(1), 11-17.
- O.I.T. (1989). *Convenio sobre pueblos indígenas y tribales 1989*. Chile: Minsal.
- Olivera, D., Reis Gusmão, E. y do Nascimento, S. (2016). Pesquisa com grupo focal: contribuições ao estudo das representações sociais. *Psicologia & Sociedade*, 28(3).433-441.
- O.M.S. (1993). Resolución CD37.R5. Salud de los Pueblos Indígenas. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1582/CD37.R5sp.pdf>
- O.M.S. (2002). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional: 2002-2005. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67314/1/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf
- O.M.S. (2013) Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional: 2014-2023. Recuperado de <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201es/s21201es.pdf>
- O.P.S. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/118/Modulo_l/md3-lp-renovacion-APS-spa-2007.pdf
- O.P.S. (2002). Armonización de los Sistemas de Salud Indígenas y el Sistema de Salud Convencional en las Américas. Lineamientos Estratégicos para la Incorporación de las Perspectivas, Medicinas y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud. Washington: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/49-esp%20ind24.pdf>

- O.M.S./O.P.S. (2003). Armonización de los Sistemas de Salud Indígenas y el Sistema de Salud Convencional en las Américas. Lineamientos Estratégicos para la Incorporación de las Perspectivas, Medicinas y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud. Recuperado de <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/49-Esp%20IND24.pdf>
- O.M.S./O.P.S. (1999). Informe del Grupo de Trabajo OPS/OMS sobre Medicinas y Terapias Tradicionales, Complementarias y Alternativas. Recuperado de http://www1.paho.org/Spanish/HSP/HSO/indimedter_esp.pdf
- Pérez, C., Nazar, G. y Cova, F. (2016). Facilitadores y obstaculizadores de la implementación de la política de salud intercultural en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 39, 122-127.
- Piñones, C., Liberona, N. y Montecino, B. (2019). La subordinación ideológica del saber médico andino en la salud intercultural chilena. *Polis Revista Latinoamericana*, 18 (54), 224-244.
- Piñones, C., Mansilla, M. y Arancibia, R. (2017). El imaginario de la horizontalidad como instrumento de subordinación: la Política de Salud pueblos indígenas en el multiculturalismo neoliberal chileno. *Saúde e Sociedade*, 26, 751-763.
- Ramírez, H. (2006). La Interculturalidad sin todos sus Agentes Sociales. El Problema de la Salud Intercultural en Bolivia. En Fernández G. [ed]. *Salud e Interculturalidad en América Latina, Antropología de la Salud y Salud Intercultural* (405-412). Ecuador: Ediciones Abya-Yala.
- Restrepo-Ochoa, D. (2013). La Teoría Fundamentada como metodología para la integración del análisis procesual y estructural en la investigación de las Representaciones Sociales. *Revista CES Psicol*, 6(1), 122-133.
- Rodríguez, T. y García, M. (2007). *Representaciones sociales: teoría e investigación*. México: Editorial CUCSH-UdeG.
- Stivanello, M. (2015). Aportes al debate de la interculturalidad en salud. *Revista Margen*, 76, 1-8.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquía.
- Tubino, F. (2005). La interculturalidad crítica como proyecto ético-político. En Encuentro continental de educadores agustinos. Lima: 24-28 de enero de 2005. Recuperado de <http://www.oalagustinos.org/educoc/LAINTERCULTURALIDADCR%C3%8DTICACOMO%20PROYECTO%C3%89TICO.pdf>
- Velásquez, T. y Ríos, G. (2019). Encuentros entre el sistema dominante de salud y otros sistemas de salud en el Perú (2000-2012). *Revista del Instituto Riva-Agüero: RIRA*, 4(1), 339-352.
- Vergara, M. (2008). La naturaleza de las representaciones sociales. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, niñez y juventud*, 6(1), 55-80.
- Vergès, P. (1992). L'evocation de l'argent: Une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. *Bulletin de Psychologie*, 45(405), 203-209.
- Walsh, C. (2010). Interculturalidad crítica y educación intercultural. Construyendo interculturalidad crítica. Recuperado de <https://aulaintercultural.org/2010/12/14/interculturalidad-critica-y-educacion-intercultural/>
- Canales Cerón, A. I. (2021). La desigualdad social frente al COVID-19 en el Área Metropolitana de Santiago (Chile). *Notas de Población*.