

RELIGACIÓN

R E V I S T A

Política de Salud Intercultural de Chile y Argentina: análisis crítico a partir del Convenio 169 de la OIT

Intercultural Health Policy in Chile and Argentina: A critical analysis based on ILO Convention 169

Pedro Enrique Villasana López, Suyai Malen García Gualda

Resumen:

Este trabajo realiza un análisis teórico mediante una aproximación crítica-hermenéutica comparada al marco legal, ético-normativo y epistémico expresado en las políticas públicas de salud intercultural y en las experiencias concretas desarrolladas en Chile y Argentina tras la suscripción del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo por ambos países. A través de un riguroso proceso de revisión, sistematización y análisis documental, se identifica y caracteriza un metamodelo neoliberal supra y transnacional centrado en el integracionismo colonialista, que sostiene relaciones de subalternización interétnicas asimétricas y consolida el enfoque biomédico hegemónico. Estas características contradicen directamente los principios del Convenio 169, que abogan por el reconocimiento y respeto a la identidad social y cultural, la integridad de los valores, prácticas e instituciones de los pueblos originarios, y promueven la no discriminación, la participación y la cooperación. El análisis crítico propuesto permite visibilizar algunos caminos alternos y autónomos para el logro del Buen Vivir/Buenos Vivires, contribuyendo así a una reflexión más amplia sobre las dinámicas de la salud intercultural.

Palabras clave: Colonialismo; Interculturalidad; Políticas Públicas; Pueblos Indígenas; Salud

Pedro Enrique Villasana López

Universidad de Los Lagos | Puerto Montt | Chile | pedro.villasana@ulagos.cl
<https://orcid.org/0000-0001-8713-8202>

Suyai Malen García Gualda

Universidad Nacional del Comahue | Neuquén | Argentina | gsuyai@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-2856-1582>

<http://doi.org/10.46652/rgn.v9i43.1327>

ISSN 2477-9083
Vol. 9 No. 43, 2024, e2401327
Quito, Ecuador

Enviado: julio 12, 2024

Aceptado: octubre 16, 2024

Publicado: noviembre 08, 2024

Publicación Continua



Abstract

This paper conducts a theoretical analysis using a comparative critical-hermeneutic approach to examine the legal, ethical-normative, and epistemic frameworks manifested in the intercultural public health policies and practical experiences in Chile and Argentina, following both nations' ratification of the International Labour Organization's Convention 169. Through a rigorous process of narrative review, systematization, and document analysis, a neoliberal, supra- and transnational metamodel is identified and characterized, one that centers on colonialist integrations, perpetuates asymmetric interethnic subalternization and reinforces the hegemonic biomedical approach. These characteristics directly contradict the principles outlined in Convention 169, which advocate for the recognition and respect of social and cultural identity, and the integrity of the values, practices, and institutions of native people, and promote non-discrimination, participation, and cooperation. This analysis illuminates viable alternative and autonomous pathways to achieving *Buen Vivir/Buenos Vivires*, thereby contributing to a broader reflection on intercultural health dynamics.

Keywords: Colonialism; Interculturality; Public Policy; Native People; Health

Introducción

Las políticas de Estado, así como las diversas y múltiples prácticas interculturales en salud institucionales llevadas a cabo en Argentina y Chile, han sido y son objeto de amplios y profundos análisis a ambos lados de la cordillera, reportados en la literatura disponible, que consideramos y tomamos como referencia. Estos análisis evidencian el interés de los sucesivos gobiernos de ambos países en atender el tema, cada uno por su parte y, en teoría, a su manera. Sin embargo, dada la “sincronía,” aparentemente producto de que dichas acciones derivan del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (1989), así como el hecho de que dichas políticas y prácticas ocurren en territorios históricamente en disputa, y con realidades nacionales contrastantes en cuanto a la organización y lógica de los sistemas de salud de ambos países, parece pertinente un análisis teórico-comparativo de carácter crítico que permita arrojar luz sobre el sentido compartido de estas políticas y prácticas interculturales.

Las intersecciones y procesos de determinación social entre salud e interculturalidad en Argentina y Chile pueden rastrearse hasta la invasión europea en estos territorios a finales del siglo XV. Este enfoque seguramente ayudaría a comprender mejor la estructura y dinámica del fenómeno y sus impactos en la vida y la salud de las naciones y pueblos indígenas y no indígenas. Sin embargo, el presente trabajo, sin desconocer los procesos de conformación histórico-dialéctica, considera el período a partir del hito marcado por el Convenio 169 de la OIT de 1989, que en relación con los servicios de salud (entre otros aspectos) prescribe:

Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o 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 posible de salud física y mental. (Convenio 169 OIT, artículo 25. 1)

Por lo dicho, el propósito de este trabajo es realizar una primera aproximación crítico-hermenéutica al marco legal, ético-normativo y epistémico expresado en las políticas públicas de

salud intercultural, así como en algunas experiencias concretas desarrolladas en Chile y Argentina a partir de la suscripción del Convenio 169 de la OIT por ambos países. Para ello, el escrito se organiza en dos apartados o momentos: el primero, centrado en el caso argentino, y el segundo, en el chileno. Así, en las conclusiones se presentan reflexiones en torno a los avances y pendientes en materia de salud intercultural, así como algunas alternativas orientadas a enriquecer el debate sobre la interculturalidad y la salud colectiva desde una perspectiva latinoamericana y decolonial. En suma, este trabajo apuesta por la construcción de conocimiento de manera colectiva, interdisciplinaria y transdisciplinaria, con el compromiso de contribuir al desarrollo de políticas participativas y sensibles a la diversidad cultural.

Metodología

El presente trabajo consiste en un aporte eminentemente teórico, basado en la realización de un riguroso proceso de revisión, sistematización y análisis documental, desde una perspectiva crítica (Ander-Egg, 2003). Las fuentes consultadas tratan sobre salud intercultural en Chile y Argentina, los dos países que interesan en el presente escrito. Cabe señalar que esta selección responde a inquietudes que, como investigadores e investigadoras del campo de la salud y las ciencias sociales, compartimos y nos convocan. Consideramos fundamental observar los espacios en los que se inscriben nuestras producciones académicas y labores de investigación, partiendo de un compromiso epistémico y político con la construcción colectiva, colaborativa y situada de conocimiento.

Concretamente, a partir de un diseño cualitativo (Vasilachis de Gialdino, 2009), nos interesa aproximar una serie de reflexiones teóricas-críticas en relación con la implementación de políticas de salud intercultural en ambos países, a la luz del Convenio 169 de la OIT. Para ello, tomamos como referencia el artículo anteriormente citado y nos centramos en los siguientes ejes de análisis:

1. **Responsabilidad:** deber de los gobiernos de velar por poner a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados.
2. **Autonomía:** proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control.
3. **Bienestar:** permitir que gocen del máximo nivel posible de salud física y mental.

Por último, es importante señalar que el análisis se complementa y enriquece a partir de la identificación de una serie de experiencias implementadas en Chile y Argentina. En este sentido, cabe mencionar que la selección de estas experiencias ha sido intencional, puesto que entendemos que nos permite profundizar y complejizar el abordaje crítico-interpretativo, atendiendo a las similitudes y divergencias predominantes a ambos lados de la cordillera.

Desarrollo

Interculturalidad y salud en Argentina: una aproximación

En Argentina, según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022, la población indígena es de 1.306.730 habitantes, y en el país vivirían también 302.936 personas que se reconocen afrodescendientes. A su vez, se reconoce la presencia de 1.932. 463 personas nacidas en otro país (INDEC, 2024). Esta notable diversidad étnica y cultural que caracteriza a la población motoriza (y reactualiza) el debate en torno a la implementación de políticas interculturales en salud.

En este sentido, es preciso indicar que actualmente en el país existe un nutrido corpus normativo en relación con el derecho a la salud intercultural. Dicho marco legal es resultado de históricas y complejas discusiones en torno a la importancia que detenta la adecuación cultural de los servicios de salud, la incorporación de la variable étnica en los registros sanitarios y la necesidad de involucramiento y participación de la comunidad en el sistema público de salud (Lorenzetti, 2017). De hecho, la creación de programas de salud para poblaciones indígenas que se llevó a cabo a comienzos de los años dos mil supuso una revisita a estos debates.

La Constitución Nacional Argentina reconoce a la salud como derecho humano y, a partir de la Reforma Constitucional de 1994 reconoce la pre-existencia étnica y cultural de los pueblos indígenas y garantiza el respeto a su identidad. Todo esto en concordancia con lo establecido en el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Por ello, resulta fundamental tener presente que, en 1992, mediante la Ley 24.071, el Congreso Nacional Argentino adhirió al Convenio 169 de la OIT y comenzó con la adecuación normativa correspondiente que, efectivamente recién hacia los años 2000 entró en vigor (García Gualda, 2017).

Como señala Lorenzetti (2017), hacia 1992 ya se debatía acaloradamente sobre la cobertura de los servicios de salud en comunidades indígenas, debido al avance del cólera en el norte del país. Esto favoreció que el tema ingresara en agenda y que en los años venideros se conformara la red de agentes sanitarios indígenas. Entre 1992 y 1993 el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI), creado en 1985, firmó convenios con los Ministerios de Trabajo y Salud con la finalidad de capacitar a indígenas como facilitadores culturales. Los y las agentes eran elegidos por las comunidades y servían de nexo con el sistema de salud público, a cambio de esto eran beneficiarios de una retribución no contributiva mensual similar a la que se obtenía a través de distintas políticas sociales (Lorenzetti, 2017, p. 150).

La incorporación de dichos agentes a los equipos de Atención Primaria de la Salud (APS) constituyó un primer antecedente en materia de interculturalidad en salud. Cabe mencionar que la Ley 23.302 de 1985 de “Política indígena y apoyo a las comunidades indígenas” refiere, en sus artículos 18, 19, 20 y 21, específicamente al campo de la salud. Esta norma ha sido el cimiento sobre el cual se desarrollaron a posteriori los programas específicos de salud indígena, que constituyen los primeros antecedentes en salud intercultural en Argentina. Entre los cuales destacan el

Subprograma de Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios llevado a cabo entre 2005 y 2007, y el Programa Apoyo de Acciones Humanitarias para Poblaciones Indígenas (ANAHI) que funcionó entre el 2000 y 2009.

Estas experiencias fueron pioneras en el campo de la salud intercultural y, de alguna manera reflejaron las transformaciones políticas de la década precedente, siendo resonancias de los debates suscitados al calor del conocido giro cultural que tuvo lugar en los años noventa. El Programa ANAHI se trató de una experiencia que permitió “financiar la contratación de agentes sanitarios indígenas y capacitarlos para desempeñar este rol en sus comunidades”; destinando además fondos para la realización de proyectos locales de salud en Jujuy, Salta, Tucumán, Formosa, Misiones y Chaco. Este Programa proponía a los agentes sanitarios indígenas como “facilitadores”, es decir, como traductores y nexos entre las comunidades y el sistema de salud formal (Lorenzetti, 2010).

Esta política pública, junto al Subprograma de Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios, exponen el desplazamiento que hubo hacia políticas identitarias y culturales en un contexto de sustancial despojo y expropiación territorial. Dicho de otro modo, y siguiendo el razonamiento de la feminista Nancy Fraser (2008), observamos cómo el auge de políticas de reconocimiento corrió del centro del debate político a las cuestiones distributivas y de clase. Pese a ello, es menester señalar que estas políticas contribuyeron a develar que la igualdad democrática no opera en un vacío cultural, sino que en la práctica ha desembocado en una ciudadanía estratificada y excluyente que suele privilegiar a los ciudadanos varones (y heterosexuales) pertenecientes al grupo étnico dominante.

Este Subprograma se enmarcaba en el Programa Médicos Comunitarios, cuyo objetivo consistía en “mejorar la situación sociosanitaria (...) desde un abordaje intercultural basado en el respeto por las tradiciones y costumbres de las distintas comunidades” (Ministerio de Salud, citado en Lorenzetti, 2010, p. 55). En esta experiencia también se priorizaba la atención primaria desde un enfoque definido como “intercultural”, y se enfatizaba en la “participación comunitaria” para la intervención sobre el “riesgo” y lo “vulnerable” a través de la “capacitación de recursos humanos” (Lorenzetti, 2010, p. 56).

En 2009 se creó el Área de Salud Indígena; organismo que buscó sintetizar ANAHI y el Subprograma de Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios, con el fin de “fortalecer -a nivel nacional- un espacio de trabajo específico para la salud de los pueblos indígenas” y, de este modo:

mejorar la cobertura de salud y las condiciones de accesibilidad al Sistema Público de Salud de las Comunidades Indígenas de todo el país, desde una perspectiva intercultural, basada en la consulta previa e informada y en las normativas legales vigentes. (Magnífico et al., s.f, p. 91)

Como sostiene Lorenzetti (2017), durante los años noventa los pueblos indígenas fueron subsumidos en ciertos programas de atención a “grupos vulnerables”, mientras que en la primera década del s. XXI se instaló la necesidad de confeccionar políticas específicas y programas

particulares. De este modo, queda a la vista que se trató de una transformación institucional que buscó adecuar las políticas sanitarias a las leyes nacionales y a los compromisos asumidos por el Estado Argentino a partir de su adhesión al Convenio 169 de la OIT.

Por su parte, el Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas fue creado, en el año 2016, a través de la Resolución 1036-E con el objetivo de mejorar la cobertura de salud y las condiciones de accesibilidad al Sistema Público de Salud de las Comunidades Indígenas de todo el país, desde una perspectiva intercultural. Este Programa tiene como antecedentes las experiencias antes detalladas y, de hecho, incorpora a su planta los recursos humanos del Área de Salud Indígena del Programa Médicos Comunitarios-Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención, incluyéndose también a los agentes sanitarios indígenas. La norma de creación establece como principales objetivos del Programa:

1. Generar la formulación de planes para lograr la reducción de las inequidades en las condiciones de salud de las poblaciones objetivo.
2. Propender a la disminución de la morbi-mortalidad de la población indígena mediante el desarrollo de programas preventivos y promoción de la salud.
3. Desarrollar actividades de capacitación de personas de las diferentes comunidades indígenas para favorecer el acceso a los servicios públicos de salud aceptando la interculturalidad.

A esto se suma como meta, según información oficial de la Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria del Ministerio de Salud, la consolidación de articulaciones con otros organismos y dependencias públicas. Las estrategias de acción definidas se centran, fundamentalmente, en cuatro aspectos: a. participación de las comunidades a través de la consulta previa, libre e informada; b. formación y capacitación en interculturalidad y salud indígena; c. complementariedad entre medicina oficial e indígena; y d. implementación a nivel nacional de políticas interculturales en el ámbito de la salud. En este marco, se elaboraron Protocolos y Guías para los Equipos de Salud que promueven un abordaje intercultural, sensible a la diversidad cultural y de géneros, proponiendo una mirada y práctica crítica-situada, por lo menos en teoría.

En suma, desde entonces, se plantea la relevancia que tiene incorporar enfoques que permitan visibilizar el carácter multidimensional del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado y muerte, con el propósito de complejizar la definición de los problemas y situaciones que se abordan en el campo de la salud, según el documento del Ministerio de salud titulado “Atención Primaria de la Salud (APS) con abordaje inclusivo, intercultural y situado. El derecho a la salud y el Sistema de Salud en Argentina” tiene como fin lograr la planificación de “abordajes inclusivos y atentos a la singularidad, las diferencias y la mancomunidad de naciones que habitan el territorio argentino” (2023, p. 19). Por esta razón, Cavarra, Rizzo, Hope Jones, Roses, Luppi y Carrarase manifiestan el valor que detenta la escucha atenta en clave interseccional en el campo de salud.

Ejemplo de Interculturalidad en Salud: el Centro de Salud Intercultural Raguiñ Kien en Neuquén

La provincia de Neuquén ubicada en el extremo noroeste de la Patagonia argentina presenta características que hacen de ésta una tierra única, entre ellas la persistencia de diversas matrices culturales y una larga historia de protestas y luchas sociopolíticas. En la actualidad existen más de sesenta comunidades mapuche y, según el último Censo Nacional, un 7,7% de la población se identifica como parte de dicho pueblo. De hecho, de acuerdo con el Censo 2022, las provincias de Jujuy, Salta, Chubut, Formosa, Neuquén y Río Negro son las que presentan mayor proporción de población indígena respecto del total de población. En la estructura estatal argentina, a pesar de la presencia de una notable diversidad de matrices culturales, se impone una lógica racista y homogeneizante. Aunque, en los noventa, esta supuesta homogeneidad cultural fue cuestionada por la irrupción indígena en la escena política, por ejemplo, durante el conflicto Pulmarí (García Gualda, 2021).

El mencionado conflicto territorial es de vital relevancia para indagar en los orígenes del Centro de Salud Intercultural, que se gestó al calor de la organización social y política de entonces:

[esta experiencia] forma parte de las luchas de la cuenca Ruca Choroi, territorio mapuche, y de las tensiones de la relación entre el Estado y los pueblos originarios reconocidos como preexistentes por la Constitución. No pueden separarse, la lucha por la salud es la lucha por el territorio. (citado, en Galende, 2024)

Dice Gancedo, médico que hizo parte de aquella “revuelta” en los años noventa, un conflicto bisagra en la historia reciente mapuche en Neuquén. Desde entonces, según sus propias palabras, comenzó un arduo camino conjunto que tuvo como saldo la inauguración de la institución en tiempos de pandemia.

Efectivamente, este Centro de Salud no presenta antecedentes en el país, es decir, es el primero que presume la articulación de la medicina ancestral mapuche, lawen, y la biomedicina. El proyecto se erige en territorio de la comunidad mapuche Hiengueinhual y prevé un modelo de gestión participativa con una presencia protagónica de los-as-es mapuche y sus conocimientos. La meta declarada oficialmente, consiste en consolidar un espacio de trabajo colectivo y colaborativo entre el equipo técnico del área de salud de la provincia, los equipos de salud de los Hospitales de Aluminé y Zapala y miembros de las comunidades mapuche Aigo y Hiengueinhual. El imponente edificio con forma de medialuna se comenzó a construir hace décadas y, luego de años de espera, a finales de 2021 el gobernador, Omar Gutiérrez, formalizó la puesta en marcha del comúnmente denominado “hospital intercultural”.

De acuerdo con fuentes secundarias, podemos decir que se trata de un centro de salud, debido a que detenta un nivel de atención de menor complejidad que un hospital. Sin embargo, la explicación de los integrantes (mapuche y no mapuche) es otra. Según sus relatos, esta nominación

no responde a estándares occidentales, sino que: al momento de discutir de qué modo se iba a denominar el lugar se decidió de manera colectiva que sea un centro y no un hospital, ya que este último remite a prácticas biomédicas distantes y ajenas a la cultura y cosmovisión mapuche. Esto, que al parecer puede resultar un detalle, es una muestra más de la tensión epistémica que subyace en este tipo de políticas públicas.

También los procesos de sanación son diferentes, aunque en ocasiones se complementan. Mientras la biomedicina cuenta con sus métodos farmacológicos que se dispensan en el centro, el sistema mapuche incluye entrega de medicamentos derivados de plantas, que se utilizan en infusiones, o para sahumar, aunque también el consumo de ciertos alimentos o bebidas especiales. El equilibrio del mundo espiritual, al que desde la biomedicina denominamos “salud mental”, es de vital importancia para la curación y es interpretado en sus raíces ancestrales. Por ello, los abordajes terapéuticos son comunitarios y no individuales. Las ceremonias de sanación, o machitún, son colectivas y parte central del proceso. El intercambio de conocimientos entre ambas prácticas es incipiente, pero avanza, en instancias de derivación interna de situaciones complejas que no logran resolverse desde la biomedicina o en la búsqueda de opiniones mutuas frente a la indicación de algún tratamiento. (Galenda, 2024)

Esta experiencia permite discutir de qué modo han sido parte de este proceso de institucionalización los denominados otros saberes, y explorar cuál es el valor real que se atribuye a los conocimientos mapuche en el marco de esta política. Atendiendo a que se trata de prácticas y conocimientos que a lo largo de los años han sido considerados saberes faltos de rigor científico (García Gualda, 2024). La cultura y cosmología originaria colisiona con el saber instrumental propio de la medicina moderna, puesto que la forma de relación que establecen los-as-es mapuche con la naturaleza (y todas las formas de vida) se contrapone con la racionalidad moderna colonial y capitalista: “la medicina mapuche es en sí un sistema de salud, tiene sus ‘lahuentuchefes’ o curadores, sus parteras, componedores de huesos. ‘Para nosotros es muy importante la espiritualidad, es decir, si yo me enfermo, se enferma mi familia, se enferma el río’. Por eso, en el diagnóstico de enfermedades figura la ‘transgresión a la biodiversidad’, dañar la naturaleza altera un equilibrio del que somos parte y produce síntomas en nuestro cuerpo y nuestra mente” (Galende, 2024).

Evidentemente, este Centro de Salud Intercultural supone un proyecto que va más allá de la cuestión sanitaria y que pone en el centro de la discusión política la posibilidad o imposibilidad de gestar políticas públicas que pongan en práctica un verdadero diálogo de saberes y que superen la falsa antítesis reconocimiento-redistribución (García Gualda, 2024). La década de los noventa ya demostró, al menos en Argentina, que las políticas de reconocimiento sin una justa distribución de recursos (por caso el territorio, desde una concepción no occidental del mismo) resultan insuficientes. Este sigue siendo un claro desafío en la provincia y mucho más en el país, pues las múltiples formas de violencia y discriminación que padecen los distintos pueblos y naciones indígenas en Argentina responden a desigualdades estructurales que datan de tiempos de conquista y colonización, los cuales se reactualizan y traducen en una ciudadanía restringida que obtura el goce de derechos, por caso el derecho a la salud.

Para cerrar, queremos señalar que esta no es la única experiencia desarrollada en el país, sin embargo de novedosa y muy resonante. En el norte y sur del país se despliegan otro tipo de experiencias, por caso la iniciativa “Salud Materna Intercultural en Argentina”, liderada por gobiernos provinciales, UNICEF y Merck Argentina a través del programa MSD para Madres. Esta es una colaboración que se desarrolla en Chaco, Misiones y Salta y que tiene como objetivo mejorar la salud y el bienestar durante el embarazo, parto y puerperio, y reducir las brechas en el acceso a la salud de mujeres embarazadas, especialmente adolescentes, y recién nacidos de comunidades indígenas, integrando una perspectiva intercultural (UNICEF, 2024).

A diferencia del Centro de Salud Raguiñ Kien, en esta experiencia se observa que algunos de los programas de salud implementados a lo largo del país responden a requerimientos y demandas de organismos internacionales en materia de salud intercultural. Asimismo, se evidencia la convergencia de intereses entre los distintos niveles de jurisdicción estatal, el sistema biomédico, las organizaciones de la sociedad civil y ciertos sectores privados que financian estas iniciativas. Frente a este panorama, surgen numerosos interrogantes que, a nuestro juicio, ameritan una mirada crítica desde una perspectiva latinoamericana y decolonial.

Interculturalidad y salud en Chile: una perspectiva general

La Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2017 arroja un 9.5% con 1.694.870 personas que se identifican pertenecientes a algún Pueblo Indígena de los 9 existentes en Chile (Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Observatorio Social, 2017). El Censo del mismo año arroja un 12,4% con 2.185.792 personas pertenecientes a pueblos indígenas, declarando haber subsanado el problema de formulación de la pregunta por pertenencia a pueblos originarios que habría provocado cierta discrepancia en los datos oficiales (INE, 2017; MINSAL, 2016a). Este es parte del contexto poblacional en el cual Chile atiende al Convenio 169 de la OIT.

De acuerdo con el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI), iniciado en el año 2000,

... interculturalidad se entiende como aquella acción que desarrollan los equipos de salud y los equipos de facilitadores interculturales al interior de los establecimientos para cubrir las necesidades de accesibilidad, oportunidad en la atención de morbilidad, adecuación de la organización de salud y atención de salud apropiada a las necesidades de los pueblos. (MINSAL, 2016a)

Siendo ésta la definición que parece ser asumida institucionalmente.

En Chile se encuentran en vigencia y disponibles un conjunto de Decretos, Leyes, Resoluciones, Bases y Convenios, entre otros: Convenio N°169 de la OIT (Art 24 y 25) , Ley Indígena (Ministerio de Planificación y Cooperación de Chile, 1993), Ley de Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud (MINSAL,

2012); en particular ésta última prescribe en su Art. 7: la obligación de prestadores institucionales públicos en territorios de alta concentración de población indígena a “asegurar el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos originarios a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, lo cual se expresará en la aplicación de un modelo de salud intercultural validado ante las comunidades”. Por su parte la Norma N°820 modificada por el Decreto N°643/2016 sobre Estándares de Información en Salud (MINSAL, 2016b) obliga a los prestadores de salud a realizar la pregunta para el registro de la variable de pertenencia a pueblos originarios, y la Norma General sobre “Interculturalidad en los Servicios de Salud”, detalla las orientaciones para implementación de la pertinencia cultural, interculturalidad y complementariedad en salud que serán competencia de los Servicios de Salud, complementando la Política de Salud y Pueblos Indígenas, que establece un marco de principios que reconoce la diversidad cultural, el derecho a la participación y los derechos políticos que asisten a los pueblos indígenas (MINSAL, 2006). Esto se adelanta en base a lo dispuesto en el Decreto Ley N° 2763 de 1979; el decreto N° 136 de 2004 del Ministerio de Salud, la Ley N° 18.469, y en la resolución N° 520 de 1996 de la Contraloría General de la República; dando pasos inequívocos hacia la conformación de una Política de Estado de Interculturalidad en Salud. Acciones que podían presagiar la posibilidad de reconfigurar relaciones de respeto e igualdad entre los pueblos originarios y la población criolla de Chile, como dos naciones; y reparar cientos de años de despojo y exterminio desde la invasión española y las sucesivas campañas de colonización – pacificación – civilización – integración (Villasana et al., 2020).

Estos instrumentos legales declaran definiciones y conceptos orientadores como equidad, interculturalidad y participación. Así la Ley 21.053 “Ley de Autoridad Sanitaria” (2004), prescribe en su Art. 4: “Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena”. Y el “Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud”, en su Art.21 “formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud, permitiendo y favoreciendo la colaboración y complementariedad en salud para obtener resolución integral y oportuna de sus necesidades de salud en su contexto cultural”. Así como el “Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud” (2005), Art. 8.e):

programar, ejecutar y evaluar en conjunto con los integrantes de la Red y con participación de representantes de las comunidades indígenas, estrategias, planes y actividades que incorporen en el modelo de atención y en los programas de salud, el enfoque intercultural en salud. (MINSAL, 2016a)

Lo anterior parece estar en concordancia con la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018 – 2030 de la OMS-ONU, que prescribe en su Objetivo 1: Acceso Equitativo a los Servicios de Salud:

...aumentar la participación de todos los interesados directos, incluida la sociedad civil y las comunidades, en la formulación de políticas y en el proceso de evaluación relacionado con la salud en todas las políticas a fin de reducir las inequidades en materia de salud.

Coincidiendo con lo establecido por el Estado chileno en la Ley de Derechos y Deberes del Paciente N° 20.584 del 2012: “Art. 7º: A recibir una atención de salud con pertinencia cultural. 1) Sólo respecto de prestadores institucionales públicos 2) En territorios con alta concentración indígena 3) A personas de pueblos originarios 4) Mediante modelo de salud validado”. Así como por la Norma General Administrativa N° 16 Interculturalidad en los Servicios de salud Resolución exenta N° 261 de 2006, que promueve “la necesidad de avanzar en la pertinencia cultural, interculturalidad y complementariedad en materia de salud en los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud” (MINSAL, 2006; MINSAL, 2012).

Ejemplos de Interculturalidad en Salud desarrolladas en Chile

Según la evidencia disponible, en Chile la población indígena tiene más riesgo de enfermar y morir que el resto de la población, con una esperanza de vida de 20 años menos, y una situación de salud precaria determinada por la pobreza estructural, sufriendo mayor exposición al riesgo, y una morbilidad aumentada en casos de discapacidad, enfermedades no transmisibles, tuberculosis y malnutrición; siendo alarmante que 50% de las personas indígenas mayores de 35 años padecen diabetes tipo 2 (MINSAL, 2016a; Manríquez-Hizaut, 2020). En este sentido, y atendiendo a la Ley 20.548 del MINSAL (2012), la legislación desarrollada en los últimos 25 años y la postura del Estado en Chile parecen “sintonizar” con lo planteado por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) con acciones focalizadas en dichos territorios.

En primer lugar, en la región de la Araucanía, dada su mayor concentración de población Indígena, se han implementado cuatro emblemáticos proyectos de salud en los que “conviven” la medicina mapuche y la occidental en espacios institucionales comunes: 1- el Hospital Intercultural de Nueva Imperial o Centro de Salud Mapuche Ñi Lawentuwün, a cargo de la Asociación Newentuleaniñ, creado en 2005, y que opera dentro del “Complejo de salud intercultural de Nueva Imperial”, contiguo al Hospital, un establecimiento de mediana complejidad; 2- el Centro Salud Mapuche Boroa Filulawen, a cargo de la coordinadora indígena, y ubicado en el territorio de la comunidad-lof “Forrowe” en Nueva Imperial creado en 2003, y 3- el Hospital Intercultural de Makewe ubicado en Padre de las Casas, entregado en comodato a la Asociación Mapuche Makewe Pelale en 1999, incorporando por primera vez atenciones médicas tradicionales mapuches en un espacio institucional, siendo el primer hospital intercultural chileno administrado por una asociación indígena. Además, funcionan en este territorio, el Centro de Salud Mapuche Huinkul Lawen de Puerto Saavedra el CES-FAM Boroa Filulawen y el Centro de salud mapuche Ñi Lawentuwunm (Bolados, 2012; García-Zagal, 2014; Servicio de Salud Araucanía Sur, 2024)

En segunda instancia tenemos los Programas Interculturales dirigidos al pueblo Aymara con acciones concretas que se han implementado en las regiones de Arica y Parinacota y de Tarapacá, que básicamente consisten en la incorporación de facilitadoras/es culturales en los hospitales regionales con participación en programas de atención del parto, la inclusión de sanadores en consultorios de ciudades y zonas rurales y en los equipos de rondas médicas en localidades apartadas. Se destaca que las/os facilitadores/as que participan, funcionarias/os, sanadoras/es

aymara y representantes de organizaciones aymara, tienen la cualidad de autoridades sanitarias (Gavilán, 2017), y han sido integrados/as en el aparato burocrático-administrativo al igual que en la Araucanía (Cuyul 2008). Sin embargo, a diferencia de la Araucanía, en este caso no se han establecido hospitales u otros centros de salud interculturales.

Debe destacarse que a, nivel nacional desde el año 2001 se ha implementado el Programa de Desarrollo Integral de Comunidades Indígenas, conocido como Orígenes, financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), focalizándose en la formación para la gestión del desarrollo productivo y la educación intercultural, y también declarando como objetivos la construcción de un modelo de salud intercultural que contribuya a fortalecer la medicina indígena, y sensibilizar a los funcionarios de la salud en aspectos de interculturalidad, con la finalidad de mejorar la atención en salud de los pueblos indígenas (Boceara, 2007). El programa cuenta con financiamiento del BID por US \$80 millones y aportes del Gobierno de Chile por US \$53 millones y ha centrado su accionar en localidades rurales de las regiones I, II, VIII, IX y X. La experiencia y antecedentes acumulados de éste y otros programas estatales focalizados en los pueblos originarios permiten adelantar algunos análisis e interpretación respecto a los resultados.

Conclusión

Algunos estudios reportan que más de veinte años de experiencia en la ejecución de “políticas interculturales en salud” parecen no haber sido sistematizadas por el Sistema de Salud de Chile, folklorizando y desvalorizando los saberes y prácticas ancestrales; y mucho menos tomada como lecciones aprendidas para avanzar, de acuerdo con un estudio-evaluación encargado por PROMAP-BID del Programa Orígenes (Stellberg, 2007). La oferta estatal, centrada en la propiedad individual y fiel al modelo neoliberal de mercado que sostiene el programa, convocó cada vez más a que la gente se desuniera, atomizando a las comunidades, fortaleciendo una lógica individualista y promoviendo la competencia por acceder a los recursos dispuestos por Orígenes (Bolados, 2012), reproduciendo la lógica de subalternización del Estado y tercerización de sus funciones a través de fondos concursables. Boccara (2007), califica como neoindigenismo la producción de conocimiento y las relaciones de poder que instalan insidiosamente los agentes estatales y paraestatales a cargo de la ejecución de los programas; caracterizando a la Salud Intercultural como una nueva ingeniería social, un diagrama de saber/poder que denomina etno-gubernamentalidad, y que debería ser aprehendido en su dimensión política (Boccara, 2007).

Esto ha ocurrido de manera similar, y más o menos sincrónica, en Argentina, apelando a la falta de rigor científico de los saberes con la finalidad de invalidarlos, digerirlos y desecharlos, en el marco de la tensión entre la cultura y cosmogonía originaria y la racionalidad instrumental moderna, colonial y capitalista. Se observa, por ejemplo, en las diferentes instancias de capacitación de agentes sanitarios indígenas que se promueven desde el Estado y las OSC; propuestas en las que se imparten conocimientos sobre promoción de la salud y prevención de enfermedades centradas

en el saber biomédico, dejando al margen los saberes y experiencias de quienes reciben dichas capacitaciones (Lorenzetti, 2017). De modo que muchas iniciativas interculturales refuerzan la subalternización de las cosmologías y de los sistemas de salud indígenas.

En ambos países los registros epidemiológicos, que tributan al modelo biomédico, son refractarios a la espiritualidad y la íntima relación de equilibrio con la naturaleza propios de las culturas ancestrales, que al romperse nos produce síntomas en cuerpo y mente. Pues, para buena parte de los pueblos y naciones originarias, por caso la Mapuche, el territorio es un eje vertebrador de su cultura, es decir, constituye un espacio socializado y culturalizado, portador de significados, que es parte del sistema social y, a su vez, condiciona su funcionamiento. Ergo, como dicen Borde y Torres, “el territorio conecta con la salud y la vida, en tanto en él se dan los procesos de producción y reproducción social, que son la base de la determinación social [de la salud]” (2017, p. 272). Así adquiere vital relevancia la noción de determinación social, que cuestiona el “paradigma empírico-funcionalista de la epidemiología y propone una herramienta para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir y de enfermar y morir” (Breilh, 2013, p. 14), lo cual se hace indispensable al momento de registrar los modos indígenas de ser parte de una institución pública.

La realidad demuestra que todo esto queda por fuera de las posibilidades de comprensión de la racionalidad instrumental y, en efecto, los sistemas de salud resultan incapacitados y/o refractarios para registrarlo o tomarlo en cuenta para el diseño, la implementación y evaluación de las políticas públicas. Lo que ¿inexorablemente? se impone es una relación de poder; no es sólo el modelo biomédico, es una forma de vida y de relacionamiento entre seres humanos y con la naturaleza, permeando, suplantando y hegemonizando en forma directa e indirecta los diversos campos de la vida de las personas indígenas, como la ocupación, educación, religión, tecnologías de comunicación e información, lenguaje, que inciden en sus usos y costumbres (Menéndez, 2024), fagocitando sus saberes y prácticas ancestrales en favor del modelo biomédico hegemónico.

De esta manera, al igual que durante la conquista y colonización, se instituye y naturaliza, mediante diversas formas y dimensiones de violencia, una forma de vida en la que se asigna un lugar subalterno al indio, facilitando y garantizando el extractivismo, la desigualdad y los privilegios/miseria que esto acarrea. Tensión epistemológica histórica, desde los tiempos de Hernán Cortéz y Francisco Pizarro, en la que el colonialismo sigue llevando la mejor parte. Estas continuidades históricas permiten observar que de fondo el dilema por la posesión de los territorios-tierra no se circumscribe a una disputa por la propiedad o posesión de la tierra, sino que remite a tensiones y contradicciones epistémicas complejas que trascienden y rebalsan a todas las dimensiones que hacen a la vida social, económica, política y cultural de los actuales Estados nacionales a ambos lados de la Cordillera de Los Andes (García Gualda, 2021).

El enfoque del Estado como proveedor, común a la mayoría de las experiencias en Argentina y Chile, por ejemplo el Programa Apoyo de Acciones Humanitarias para Poblaciones Indígenas

(ANAH) en Argentina, calificado como paternalista, desconocen el ejercicio de autonomía y autodeterminación, que podría traducirse en intervenciones sanitarias colaborativas y que no reproduzcan el tutelaje sanitario que ha salvaguardado los programas de salud especiales para indígenas (Cuyul, 2013), legitimando la desigualdad y segregación basadas en la inferiorización. Se promueve/impone la integración y no un encuentro intercultural sano y respetuoso de beneficio y aportes mutuos, tal y como prescribe la legislación vigente en ambos países, desconociendo una noción de equidad y justicia social construida desde el respeto y la solidaridad y no desde la desigualdad y el individualismo.

En ambos países se puede observar una tensión entre dos ideas fuertes que dominan el campo de las políticas públicas en salud para los pueblos indígenas. Una primera opción que consiste en entenderlos como “sujetos vulnerables” y otra que se propone reconocerlos como “sujetos de derechos”. De hecho, el modelo de “integración” asimétrico, unilateral y colonial fundada en el cientificismo, promueve la hibridación homogeneizante como inexorable; y se vale de ella como dispositivo de chantaje epistemológico (reflejado en el marco normativo), naturalizando la invisibilización de la cultura ancestral. Es una Política de Estado que favorece–impone la perpetuación de la relación colonial entre los wingka (del verbo wingkün, aquel que despoja, viola, desgarra), el Pueblo Mapuche y los demás pueblos y naciones originarias, al igual que en muchos ejemplos de subalternización y despojo a nivel mundial (Marimán, 2017; Villasana, 2020).

Las políticas públicas de salud son pensadas y construidas desde la noción occidental del riesgo que supondrían ciertas prácticas culturales, y en las consecuencias de la desigualdad económica, pero desconectadas de las causales de dicha situación de opresión y vulneración de derechos, soslayando la determinación social de la salud y la vida. Podríamos hablar de una patologización de la identidad cultural como dispositivo de colonización-integración instrumentalizado mediante el modelo biomédico. Incluso, la función de los agentes sanitarios indígenas de ser “facilitadores culturales” romantiza y escencializa la diversidad cultural, al mismo tiempo que opaca las desigualdades estructurales que afectan a estos pueblos. De algún modo, esta lógica ha sobreestimado el valor de los factores culturales y ha perdido de vista la determinación social de la salud, ignorando adrede las múltiples formas de desigualdad que se imbrican o interceptan en los cuerpos y territorios de la población originaria.

El estudio de los modelos y sistemas médicos de atención, así como de los mecanismos de generación y construcción de las políticas públicas en curso, es fundamental para avanzar a una mayor equidad y justicia social. Los propósitos declarados por los Estados para dar respuesta a problemas de salud de la población indígena quizás podrían ser alcanzados si se asume un concepto de salud multidimensional que considere la complejidad del fenómeno; si se distinguen las tradiciones en salud de los pueblos originarios, en contraste con “las condiciones o situación de salud” establecidas desde la perspectiva occidental; si se toman en cuenta las demandas en salud que los referentes y líderes indígenas han planteado; y si la Política Intercultural deja de considerar a los modelos y sistemas médicos indígenas como medicina tradicional, invisibilizando la hegemonía del modelo biomédico y administrando las diferencias culturales y étnicas por parte del Estado para continuar subalternizando a las naciones originarias (Nahuelpan, 2013; Gavilán, 2017). Esto

requiere un esfuerzo de comprensión desde la determinación social que, desde el contexto de los modelos de desarrollo hegemónico es bloqueado, configurando la compleja relación intercultural en la que emergen las políticas públicas, escritas por el lápiz del hegemón.

En efecto, a pesar de numerosos esfuerzos y buenas voluntades, observamos que la interculturalidad en salud que enarbolan diferentes instituciones y organismos públicos suele ser funcional a los intereses dominantes en Argentina y Chile. Las injusticias que experimentan los pueblos indígenas son multidimensionales e interseccionales. Por tanto, como asevera Fidel Tubino “una política intercultural de reconocimiento tiene por esto que hallarse articulada desde el inicio con políticas redistributivas y participativas de carácter transformativo, y no solo afirmativo” (2018, p. 7). Además de políticas de reconocimiento se requieren, en términos de Fraser (2008), transformaciones políticas capaces de modificar las estructuras de desigualdad existentes, siendo indispensable superar lo meramente simbólico y discursivo. En verdad, esta tensión entre reconocimiento de las diferencias y redistribución de recursos no es ajena a la creación de los Centros de Salud Intercultural. En el caso de Chile, el propio Ministerio de Salud reconoce la no pertinencia de la atención, actividades y prestación de salud que brinda el sistema público, el bajo registro de la variable de pertenencia a pueblos indígenas y la invisibilidad de sus sistemas de salud, que tendría relación con la escasa competencia de los equipos asistenciales para incorporar el enfoque intercultural en sus prestaciones y el desconocimiento de las concepciones de salud-enfermedad- curación de los pueblos indígenas, sus saberes, valores y prácticas culturales y su concepción de bienestar, sumado al desconocimiento de la población de pueblos indígenas presente en sus territorios (MINSAL, 2016a).

Bolados (2012), coincide con Hale (2002), en caracterizar a las políticas interculturales, desarrolladas a partir del Convenio 169 OIT, como variante maquillada del multiculturalismo/ indigenismo que promueve la expansión de derechos y de formas de ciudadanía cultural y/o diferenciada por un lado (legitimando la desigualdad y la subalternización), mientras que por el otro, restringe y subordina aquellos derechos que entran en conflicto con los intereses económicos transnacionales facilitando el despojo. A ésta variante la denominan multiculturalismo neoliberal o neoliberalismo multicultural (Bolados, 2012; Hale, 2002), comprendiéndola como el nuevo espacio abierto por las reformas sociales y culturales introducidas por el neoliberalismo a través del Estado, ONGs y agencias de desarrollo global; una versión extendida del neoliberalismo hacia campos socioculturales antes ignorados, incorporando y/o subsumiendo las prácticas terapéuticas indígenas en la salud intercultural, burocratizándolas y asignándoles un lugar y un rol en la lógica del mercado; práctica común para ambos países (Bolados 2012; Hale, 2002; Cuyul, 2013).

Esta legitimación y legalización sistemática del despojo, desigualdad y subalternización, funcionales al neoliberalismo, son compartidas por Argentina y Chile como política de Estado, y evidencian el cómo se constituyen en el marco de una política transnacional que trasciende nacionalidades y territorios, privilegiando en ambos países los proyectos de desarrollo económico sobre las demandas y necesidades de los pueblos indígenas (Poblete & Goldstein, 2019). Un marco normativo de una laxitud y ambigüedad cómplices, que constituye a las políticas y programas

en dispositivos de una nueva ingeniería social, transmutando a las/los ciudadanos en individuos consumidores autogestionados, y al Estado en mero espectador. Este proceso, tanto en Argentina como en Chile, ha sido y es instrumentado y tercerizado estratégicamente mediante agencias de desarrollo internacional multilaterales, BM y BID, y las ONGs, que cumplen la función de expandir/profundizar el modelo neoliberal a través de una lógica subsidiaria y focalizada dirigida a los sectores sociales potenciales de conflicto (Bolados, 2012), valiéndose del discurso de la participación comunitaria y el empoderamiento, que se remonta a los años 1950 de la Alianza para el Progreso, y más recientemente a la estrategia de Atención Primaria de Salud y sus variantes (APS) (Villasana, 2007).

El Wallmapu (representación social espacio-tiempo, ligada intrínsecamente con la forma territorial-histórica de la nación Mapuche) (Rendón, 2020), que abarca Argentina y Chile uniendo los dos mares, desde hace décadas intenta ser “integrado” por la mano invisible, la cual ha logrado subyugar a la nación Mapuche, completando la tarea adelantada con la violación y desconocimiento sistemático de diversos tratados suscritos entre Mapuches y Wingkas; tratados que solo sirvieron para facilitar el despojo y exterminio de naciones que nunca pudieron ser conquistadas por las armas. Estos conflictos territoriales son invisibilizados intencionalmente, pero no por ello se resuelven o desaparecen mágicamente, ni dejan de estar en el centro de las resistencias y las luchas de la nación Mapuche y de otros pueblos indígenas. Por todo lo dicho, consideramos que atender a las demandas territoriales y de bienes comunes estratégicos que llevan adelante las comunidades indígenas de norte a sur es una tarea política impostergable, sobre todo en una coyuntura de crisis y de avance de grupos de derecha que además de ser negacionistas, se muestran con claras intenciones de avanzar sobre la institucionalidad democrática y, en consecuencia, de los derechos fundamentales de la población indígena y no indígena.

Referencias

- Boccara, G. (2007). Etnogubernamentalidad: La formación del campo de la salud intercultural en Chile. *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. *Chungara*, 44(1), 135-144.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 13-27.
- Cuyul, A. (2008). La burocratización de la salud intercultural. Del neo-asistencialismo al autogobierno mapuche. <https://lc.cx/89Po8Z>
- Cuyul, A. (2013). La política de salud chilena y el pueblo Mapuche: Entre el multiculturalismo y la autonomía mapuche en salud. *Salud Problema*, 7(14).
- Fraser, N. (2008). *Escalas de justicia*. Herder.
- Galende, P. (2024). Machis y médicos: En el mismo equipo. En Estos Días. <https://lc.cx/uDDIDP>

- García Gualda, S. M. (2017). *Tejedoras de futuro: La participación política de las mujeres mapuche en el conflicto territorial de Neuquén (1995-2015)* [Tesis doctoral, Universidad Nacional de Cuyo]. <https://bdigital.uncu.edu.ar/10690>
- García Gualda, S. M. (2021). *Tejedoras de futuro: Mujeres mapuche y participación política*. Topos; Instituto Patagónico de Estudios en Humanidades y Ciencias Sociales.
- García Gualda, S. (2024). Justicia de género y salud intercultural en Patagonia. En P. Villasana, D. Casas Patiño, & J. Quintana, (eds.), *Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI*. Pedro & João Eds.
- García Zagal, T. (2014). *Estudio de caso de salud intercultural del Centro de Salud Mapuche Huinkul Lawen de Puerto Saavedra, Región de la Araucanía* [Tesis de maestría, Universidad de Concepción].
- Gavilán, V., Vigueras, P., Madariaga, C., & Parra, M. (2017). Interculturalidad, tradiciones culturales y etnicidades: Tres nociones claves para comprender las políticas sanitarias en Chile. *Chungará*, 49(4).
- Hale, C. (2002). Does multiculturalism menace? Governance, cultural rights, and the politics of identity in Guatemala. *Journal of Latin American Studies*, 34(03), 485-524.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2022). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022*. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>
- Lorenzetti, M. (2017). Los enfoques de salud intercultural en los ámbitos de gestión e investigación en Argentina. *Revista de Estudios Marítimos y Sociales*, 1(11), 148-176.
- Magnífico, D., Pappalardo, R., & López, M. S. (2012). *Interculturalidad y salud: Capacitación en servicio para trabajadores en la salud en el primer nivel de atención*. Ministerio de Salud de la Nación. <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento179.pdf>
- Manríquez-Hizaut, M. (2020). Salud intercultural en Chile: Desarrollo histórico y desafíos actuales. *Revista de Salud Pública*, 20(6), 759-763.
- Mariman, P., Caniuqueo, S., Levil, R., & Millalen, J. (2017). ¡...Escucha, Winka...! *Revista Anales*, 7(13), 425.
- Menéndez, E. (2024). De hegemónías, subalternidades y posibles contrahegemónías: El caso de la medicina tradicional de los pueblos indígenas de México. *Salud Colectiva*, 20. <https://doi.org/10.18294/sc.2024.4843>
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Observatorio Social. (2017). Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2017. https://lc.cx/IUk0h_
- Ministerio de Planificación y Cooperación de Chile. (1993). Ley 19253 establece normas sobre protección, fomento y desarrollo de los indígenas, y crea la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena. <https://lc.cx/zP86ug>
- Ministerio de Relaciones Exteriores. (2008). Decreto 236 que promulga el Convenio nº 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes de la Organización Internacional del Trabajo. https://lc.cx/w_snSr

Ministerio de Salud (MINSAL). (2016). *Orientaciones Técnicas 2016 Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas: Guía Metodológica para la Gestión del Programa*. Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud. (2016). Decreto nº 643 exento, de 30 de diciembre de 2016, que sustituye norma técnica sobre estándares de información en salud. <https://lc.cx/UkpbRO>

Ministerio de Salud. (2012). Ley 20584 regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. <https://lc.cx/wXmvgr>

Ministerio de Salud. (2006). Norma General Administrativa nº 16 Interculturalidad en los Servicios de Salud, Resolución exenta N° 261. Ministerio de Salud. <https://lc.cx/qHVLiD>

Poblete, M., & Goldstein, E. (2019). *Políticas de salud intercultural en Chile desde el PROMAP (1992) hasta la normativa vigente en la actualidad*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.

Rendón, A. M. (2020). Wallmapu: Espacio-Tiempo Mapuche. *Cuadernos de Teoría Social*, 6(11), 66-94.

Servicio de Salud Araucanía Sur. (s. f.). Hospital Intercultural de Nueva Imperial. <https://lc.cx/1uZ-cqv>

Autores

Pedro Enrique Villasana López. Phd. en Ciencias Médicas. Académico investigador Departamento de Salud de la Universidad de los Lagos, Chile.

Suyai Malen García Gualda. Doctora en Ciencias Sociales. Investigadora Adjunta de CONICET con lugar de trabajo en el IPEHCS-CONICET/UNComahue. Profesora Adjunta en la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la UN-Comahue.

Declaración

Conflicto de interés

No tenemos ningún conflicto de interés que declarar.

Financiamiento

Sin ayuda financiera de partes externas a este artículo.

Nota

El artículo es original y no ha sido publicado previamente.