

V Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, San Felipe, 2004.

# **Interculturalidad en Salud: Paradigmas y Aprendizajes de un Proceso en Construcción...**

Margarita Sáez Salgado.

Cita:

Margarita Sáez Salgado (2004). *Interculturalidad en Salud: Paradigmas y Aprendizajes de un Proceso en Construcción...* V Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, San Felipe.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/v.congreso.chileno.de.antropologia/102>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/evNx/8he>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

DURÁN TERESA, QUIDEL, J, HAUENSTEIN E. Conocimiento y vivencias de Dos Familias Huenteche sobre medicina mapuche, Centro de Estudios Socioculturales. U. Católica de Temuco, 1997.  
IBACACHE BURGOS, JAIME, MCFALL, SARA, QUIDEL, JOSÉ: Rume Kagenmew Ta Az Mapu. Epidemiología de la Transgresión en Makewe Pelale.

OYARCE, ANA MARÍA: Sistemas Médicos que coexisten en la Novena Región, en Revista Enfoque, Paesmi, Santiago, 1989.  
PEDERSEN, D. Elementos para el Análisis de los Sistemas Médicos, en Revista Enfoque, Paesmi, Santiago, 1989.

## *Interculturalidad en Salud: Paradigmas y Aprendizajes de un Proceso en Construcción...*

Margarita Sáez Salgado

**Palabras Claves:** Interculturalidad, Pueblos Originarios, Identidad, Participación

Chile ha iniciado en los últimos años un camino donde los conceptos de identidad, participación e interculturalidad predominan en las distintas políticas públicas hacia los pueblos originarios.

En materia de salud y pueblos indígenas se realizan esfuerzos especialmente desde el mundo estatal por reconocer la diversidad y provocar un acercamiento entre paradigmas, donde se encuentran distintas formas de entender y enfrentar el proceso de salud-enfermedad: "lo oficial" y "lo indígena" bajo el concepto de "interculturalidad". Hasta ahora, el enfoque intercultural ha estado orientado a producir por una parte, un impacto en el modelo de atención desarrollando estrategias para la pertinencia cultural en la organización y provisión de servicios de salud; y por otra, a intentar una complementariedad de sistemas médicos en pos de la salud. Este proceso ha adquirido diversas expresiones según particularidades regionales, con un eje principal, lograr la participación y el compromiso de los pueblos originarios en procesos donde el sector público de salud intenta ejercer un liderazgo.

Este esfuerzo ha significado un despliegue de voluntades, habilidades y aprendizajes tanto para el mundo indígena como para el sector salud, donde los antropólogos han estado jugando un papel relevante.

Esta ponencia presenta las distintas visiones desde los actores y analiza las oportunidades que este proceso ofrece a la aplicación de la antropología médica en el desarrollo de políticas públicas, donde se analizan errores y aciertos en la experiencia e inexperience de profesionales "antropólogos" y tiene como propósito apor-

tar lecciones que puedan ayudar a quienes comienzan a tratar de hacer antropología en el marco del servicio público.

### *El proceso de cambio cultural...*

La interculturalidad ya no es sólo una "transversal" introducida a regañadientes entre las políticas del Estado, muchas veces tomada como "moda" donde se folkloriza "lo indígena"; es la piedra angular de un profundo proceso de cambio cultural donde indígenas y no indígenas deben construir una nueva relación. La salud intercultural es como "un cubo mágico: imposible armar una cara sin afectar a los demás lados"<sup>1</sup>.

En Chile a partir de la Ley Indígena para algunos sectores se estableció un mandato específico de priorización en esta materia; en salud hasta hace muy poco, no existía un marco legal para el desarrollo de la Interculturalidad. El enfoque intercultural ha debido crearse sobre la marcha como producto del trabajo de personas que en un proceso de reflexión crítica y proactiva se dieron a la tarea de cambiar la tradición imperante: la **no diferenciación en salud**. Es así como hace doce años surge una de las primeras iniciativas: el Programa de Salud con Población Mapuche del Servicio de Salud de la Región de la Araucanía. La creación de una línea de trabajo específica respondió a un "darse cuenta" de parte del equipo técnico del Servicio que no podía seguir ignorando en sus acciones la evidencia indígena presente en cada territorio de la Región y que no era igual a "pobreza", "ruralidad" o "aislamiento" para enfocar la equidad. Ese equipo consideró prioritario incorporar antropólogos, así fue cómo se incorporaron dos colegas

que con buenos y malos momentos han permanecido en el tiempo y que tienen mucho que enseñarnos.

En los años que siguieron fueron muchos los esfuerzos por abrir espacios en un sistema que se sentía orgulloso de trabajar “para todos igual” y que mostraba orgulloso sus éxitos en salud pública, que sin duda se preservaban a pesar del Gobierno anterior, gracias al espíritu de servicio que ha caracterizado a salud y que es parte de su acervo cultural. En este escenario que correspondía a los años 90, la Estrategia de Atención Primaria de Salud intentaba abrirse paso en este país donde “todo tenía que cambiar” igual que la canción... Esto ocurría no sin dificultades pero con toda la buena energía de que “la alegría había llegado”... Pero la APS no venía sola, se le sumaban a ella “el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS)”, desafío que algunos “puntudos y desubicados” que en “experiencias pilotos” predicábamos que la mejor respuesta de salud está en lo local y con la participación de las comunidades, lo que no se concedía, según algunas autoridades de la época, con este jaguar de país. Como todo cambia, muchos de los pioneros de los SILOS pasamos a ocupar posiciones estratégicas y algunos de autoridad y fue posible presionar para que también otros Servicios de Salud aparte de la Araucanía, se iniciaran en el complejo camino en construcción de la **interculturalidad en salud**. Al comienzo no todos eran capaces de reconocer su diversidad territorial y algunos resultaron muy resistentes, pero poco a poco han ido ahora pidiendo ser incorporados al Programa como también han ido abriendo la puerta a las ciencias sociales y en particular a la antropología para apoyar estos procesos.

El enfoque de interculturalidad en salud pasa por una nueva forma de entender las relaciones entre mundos culturales distintos, ¿quienes eran los llamados a acercar estos mundos?. Qué antropólogo no se sentiría “llamado” a realizar dicha “misión”. Actualmente trabajan 13 Antropólogos en el Sistema de Salud en los Programas de Salud Intercultural que se desarrollan en el país, con contratos de tiempo parcial o completo, más algunos otros antropólogos que participan desde otras instituciones o como consultores, además hay sociólogos, psicólogos y muchas asistentes sociales en los programas en desarrollo.

El fundamento de este cambio paradigmático es que ningún sistema médico es capaz de satisfacer todas las demandas de salud que presenta una población multicultural. Esto implica para los técnicos de salud dejar de concebir el modelo biomédico como el único deseable, válido y efectivo. Debe reconocer que hay

otros agentes y poblaciones que tienen conceptos de salud-enfermedad diferentes y que hay especialistas para enfermedades que no están incluidas en el CIE 10, que el sistema de salud oficial no puede tratar, pues carece de los códigos para entender su etiología, rehabilitación y prevención y que los indígenas nunca intentan resolver por esa vía. El papel del antropólogo es entonces hacer evidente estos hechos y aportar a la formulación de políticas, planes, acompañamiento y monitoreo de los procesos, y desde luego en la evaluación. Se trata entonces de lograr formular e implementar estrategias de apertura, tolerancia y reconocimiento entre el mundo indígena y el sector de salud pública.

Bajo este enfoque se han iniciado desde hace una década en el sistema de salud oficial diversas experiencias en desarrollo en el país, lo que ha sido posible gracias a las voluntades y compromisos de muchos indígenas y no indígenas; y que hoy cuenta con equipos comprometidos en 22 Servicios de Salud del país, que están dando muestras de un incipiente cambio cultural en el modelo de salud imperante.

La construcción de modelos de interculturalidad en salud constituye un enorme desafío donde se requiere de múltiples habilidades para lograr aceptaciones, negociaciones y compromisos. Lo primero es lograr construir relaciones de confianza entre ambos sistemas médicos y modelos de salud. Para la salud oficial significa cambiar desde un modelo bio-médico, a uno más integrador, con un enfoque psico-sociocultural, espiritual y biológico donde se debe reconocer que existen otros actores que también saben, los agentes de salud indígena y la apuesta es construir con ellos un espacio de encuentro respetuoso y de colaboración.

Uno de los mayores desafíos planteados proviene de los cambios necesarios al interior del Sistema de Salud, especialmente en la actitud de los equipos de salud. Para ello se han desarrollado numerosas estrategias de sensibilización y capacitación del personal de salud orientadas al conocimiento de su cosmovisión e historia, respeto a los saberes y prácticas en salud de los pueblos originarios. El proceso de cambio cultural ha sido gradual y heterogéneo, pasando desde las “negociaciones”, “aceptaciones”, “negociaciones” y en algunos casos reconociendo “otros liderazgos” en salud. Las siguientes opiniones provienen de funcionarios del sector que han sido parte de este proceso, el que no ha estado ausente de dificultades y de profundas transformaciones.

En varios Servicios de Salud la “invisibilidad” de los indígenas para el sector salud fue una de las resisten-

cias más poderosas para abrir esta línea de trabajo, los argumentos apuntaban a resaltar “acá atendemos a todos por igual, ya no quedan indígenas y si los hay están asimilados a nuestra cultura”. Lograr que se dieran cuenta fue un arduo trabajo, que sin duda no está terminado, la estrategia no fue imponer el Programa sino dejar que naciera como una necesidad sentida desde lo local. Hoy reconocen su desconocimiento y su cambio: “antes eran todos atendidos como los demás pobres, no se los diferenciaba, ahora sabemos que están acá, y los podemos identificar, es incluso rescatar la cultura nacional...”.

Es así como se ha pasado de las “Aceptaciones”, donde trabajar el tema es sentido y definido como: “... esto a mí me parece más una diplomacia, casi un tema extravagante, y nosotros en el sector salud siempre tenemos que preocuparnos de los temas extravagantes, los mapuches son unos más entre muchos programas...” (evaluación de un Encargado de Servicio de Salud). También es definido con “reflexiones” que apuntan a la tolerancia sobre “otras formas”, por ejemplo de la percepción del tiempo y de las formalidades distintas a la occidental: “...o ellos aprenden nuestros tiempos, o nosotros aprendemos a ser menos estructurados, no sé que será lo correcto...”, “... he tenido que tener más paciencia con ellos, acá son mis mapuches, pero al final terminé bastante desgastada..” (evaluación de un profesional Equipo de Salud).

Hasta encontrar aquellos que reconocen un valor en el proceso, con la adquisición de herramientas importantes que permiten poder atender de mejor forma una población beneficiaria que antes no estaba identificada como grupo culturalmente distinto y también a los otros que demandan: “... para mí esta experiencia ha sido super rica, conocer cosas que antes yo no sabía, ver a la machi entrando en trance cuando vino al consultorio, hablar con ellos, ha sido enriquecedor, me sirve para poder atender de mejor forma a mis otros pacientes...”, “... acá en la población la gente es muy dada a usar y creer en las hierbas, de hecho lo usan más porque son más económicas y no tienen tantos efectos adversos como los fármacos, creo que el proyecto nos puede ayudar a tener una visión más global, y así, atender mejor a nuestros beneficiarios...”.

Por otra parte, el trabajo con los dirigentes, autoridades y agentes de salud indígena es otra de las tareas urgentes que se ha debido desarrollar. Desde la dimensión intercultural se conciben al menos dos modelos de salud, uno oficial y otro indígena, donde también se evidencian prácticas del modelo “popular”. Acerca de las relaciones que se establecen entre ambos nos hemos esta-

do preguntando: ¿puede el sistema oficial de salud dar respuesta a las necesidades de salud que tienen los pueblos originarios considerando sus conceptos de salud-enfermedad, prácticas y modelos de sanación?. Basta que la salud pública sea respetuosa de sus decisiones en salud de los pueblos originarios, que intente modificar los marcos legales que limitan el ejercicio de sus agentes para que puedan atenderse abiertamente, que busque procurar que el modelo de atención oficial sea pertinente culturalmente, para sentirnos que vamos en el camino correcto de la interculturalidad. Sería fácil decir que sí y vivir en la autocomplacencia.

Si bien todo lo anterior ha sido parte de las demandas del mundo indígena, también sus demandas en salud apuntan a acceder a una red de servicios públicos de calidad, oportuna y resolutive, lo que impregna de mayor complejidad a la salud interculturalidad. Eso no es todo, bajo este marco algunas experiencias territoriales hoy postulan que para resolver los problemas de salud de los indígenas también hay que abrir el acceso a otras medicinas alternativas, de procedencia oriental, como la acupuntura, reiki y las flores de Bach, ¿puede estirarse tanto el paraguas para cubrir toda clase de respuestas en salud? ¿Están todos los pueblos originarios de acuerdo en que esto también es interculturalidad? Desde quienes postulan un modelo complementario holístico e integral todo parece posible, sin embargo existen muchos dirigentes y autoridades indígenas que expresan su rechazo y que bajo esos mismos principios quieren recuperar, fortalecer sólo lo “propio”. Nos encontramos con la evidencia de que en el mundo indígena no existe una forma de entender y querer la interculturalidad, sino tantas como son la heterogeneidad de historias, visiones y construcciones.

Sin duda el debate no está cerrado, la pregunta que aparece es ¿qué opinan los antropólogos envueltos en estos procesos?. La respuesta es obvia, hay quienes adhieren a una y a otra postura, en esta materia como también en otras. En este escenario, ¿tenemos las herramientas para sustraernos a nuestras propias ideologías?, para convertirnos en personajes “neutros” que sirvan de negociadores en estos conflictos...

¿Qué debemos hacer entonces? ¿Somos actores, apaciguadores, gatilladores o espectadores de los conflictos? La respuesta puede resultar muy compleja pero es innegable que siendo parte del Estado, cualquiera de nuestras posiciones son posiciones políticas y que somos instrumento de la política pública, nos guste o no. ¿Qué roles hemos estado jugando los antropólogos en todo este proceso? No se puede negar que nuestra for-

mación ha estado orientada a desempeñar un rol que releva la cultura y sus características, sin embargo, la tarea en la práctica ha resultado más difícil de lo que nadie podría haber imaginado.

No sólo se trataba de convertirse en el “puente de entendimiento” entre el mundo indígena y no indígena, se sumaba además la complejidad del sector salud, cuya cultura organizacional constituye una barrera no fácilmente saltable, ¿cómo conquistar el corazón del sistema?. ¿Cómo tener la lucidez para entender que salud también tiene protocolos, símbolos, héroes, villanos y códigos que entender?. Más de algún antropólogo desafiante ha intentado saltarse las estructuras jerárquicas, los protocolos y ha chocado con el muro. También se han dado situaciones de franco rechazo a los estilos más confrontacionales de algunos colegas, cuando se provoca a salud asignándoles rótulos famosos como de “epiterroristas”. Ganarse la confianza y el reconocimiento de salud ha sido tan complejo para los antropólogos, como para los técnicos de salud el intentar encontrarse con el mundo indígena. La fragilidad de las relaciones ha sido una constante... sin embargo, una de las lecciones aprendidas es que ninguno de los dos actores de esta relación permite que nadie le enrostre sus errores si no se han ganado primero sus afectos.

También he visto esforzados colegas intentando comunicarse en códigos académicos que sólo entienden algunos eruditos y que caen al vacío entre los técnicos de salud. El hablar difícil como característica aprendida, el uso frecuente de tecnicismos, abstracciones y el creerse que basta con ser antropólogo para moverse en estos ámbitos ha ocasionado más de algún desacierto e incompreensión entre estos y el personal de salud.

Desde el otro extremo del puente, tampoco el trabajo ha sido “miel sobre hojuelas”, ¿cuantos antropólogos intentando interpretar a los indígenas o comunicarnos con ellos, hemos cometido más de algún chascarrillo con las mejores intenciones, frente a los pueblos originarios? Recuerdo una anécdota que ha pasado a la historia de la salud intercultural y que yo protagonicé, fue en noviembre de 1996 en Puerto Saavedra, estábamos en el primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas, fue en el Gimnasio Municipal, estaba lleno, mas de 200 indígenas y no indígenas de todo el país discutiendo el concepto de interculturalidad en salud, era la tarde del tercer día, llovía a chuzo la gente del pueblo entraba y algunos se quedaban, yo estaba moderando el Panel Formación del Equipo de Salud Intercultural y presentaba una facilitadora intercultural ella hablaba en mapudungun, de repente se para un hombre desde la

galería y grita: “que hable en castellano, soy mapuche y no le entiendo” su voz sonaba muy enojada, insistió “que hable para todos”, la facilitadora muy incómoda término pronto su intervención, en mi calidad de moderadora me dispuse presurosa a explicarle que se trataba lo que María Elsa había hablado, le digo “que ella es facilitadora intercultural y que la interculturalidad es como un puente entre el personal de salud y los mapuches en los hospitales”, el me responde aún más enojado, “no nos atienden, nos tratan mal, y más encima ahora nos van hacer atravesar un puente para entrar al Hospital”.... Ese “puente” roto fue la portada del Encuentro de Saavedra que es el documento base desde donde partimos...

No es suficiente entonces el haber intentado estudiar su cultura, muchas veces he escuchado a indígenas mofarse de las conclusiones de trabajo sobre ellos y resaltar errores de interpretación cometidos, no debemos olvidar que si de interculturalidad se trata, quién mejor que los indígenas para darnos cátedra, actualmente la mayoría de los pueblos se mueve entre los dos mundos y maneja con habilidad ambos códigos culturales. Por otro lado, está nuestra historia de investigadores de la “cultura”, con la que justa o injustamente, nos hemos ganado una fama de usurpadores de conocimiento para fines desconocidos por los informantes de las comunidades, en este caso indígena. Quizás no son tantos los antropólogos chilenos que han podido estudiar en terreno a las comunidades por razones de financiamiento, no obstante, por todas las regiones de concentración de población indígena del país han pasado por años, cientos de antropólogos extranjeros que vivieron en estas latitudes investigando culturas indígenas, escribieron frondosos libros que nunca mandaron a las comunidades, aún más los fueron a redactar a sus lejanos países, sin ni siquiera comentar sus “hallazgos” antes de partir. ¿Cómo salvarse del karma entonces?

El desafío entonces es ganarse a unos y otros, que por más esfuerzos que se hagan constituyen “alteridades” que bajo un marco de interculturalidad pretenden encontrarse para trabajar juntos, buscando mantener relaciones horizontales, pero respetando sus respectivas identidades.

Mucho de lo aprendido proviene del haber acuñado algunos valores esenciales en esta relación. Recuerdo hace seis años en un encuentro del servicio con el pueblo licanantay, cuando a la hora de presentarse los equipos de salud se referían a los atacameños como “enigmáticos”, transcurridos dos días de trabajo, cuando se evaluaba la jornada, un dirigente pide la palabra y dice que

quiere aclarar algo a salud: “nosotros no somos enigmáticos, somos cautelosos, que es otra cosa”.

Sin duda que existen muchas posiciones sobre esto y en la gran diversidad de contextos se han dado toda clase de respuestas, aun cuando nos encontramos en el rayado de cancha del Estado. La mayor dificultad aparece cuando no podemos hacer cargo de lo que nos enseñaron, debemos ser capaces de estar “adentro” y a la vez estar “afuera”, para ver el bosque y no sólo los árboles.

Cómo dice un viejo dicho, echando a perder se aprende..., por lo que esos comienzos difíciles han cambiado en la mayoría de los casos y son muchos los logros que se pueden compartir donde hay aporte de antropólogos en distintas áreas. Las herramientas metodológicas para el trabajo comunitario han sido muy útiles en el desarrollo de estos procesos, especialmente en el producir vínculos, promover la participación, planificar, sistematizar, evaluar entre otros. Hoy precisamente, fui visitada por antropólogo que trabaja en un consultorio de la X Región y me contaba sus vivencias al intentar favorecer este cambio de paradigmas y construcción de nuevas apuestas entre actores que antes no se relacionaban, traía productos para compartir de excelente calidad que habían sido elaboradas participativamente, por ejemplo material educativo para prevenir enfermedades y trabajos donde se sistematizaba los procesos en desarrollo. Desde la antropología médica también ha sido posible demostrar nuestro aporte en la interculturalidad. Uno de los elementos centrales del trabajo en salud y pueblos indígenas, está dado por la necesidad de conocer cuál es la real situación de salud y condiciones de vida de los pueblos originarios, tanto de las comunidades que permanecen en sectores rurales, como de las personas que han migrado a centros urbanos. La apuesta ha sido intentar avanzar en una línea de investigación de epidemiología e interculturalidad, la unión de ambos conceptos plantea que no se trata de una investigación “sobre” sino **con** las personas, en este caso de indígenas y no indígenas. Para el desarrollo de este enfoque, se están realizando estudios de situación de salud bajo la mirada de una epidemiología sociocultural que toma en cuenta las propias categorías de salud/enfermedad de los pueblos originarios, sus factores protectores y sus factores de riesgo desde la propia cultura, como de sus propuestas de solución, esto sólo es posible si el “objeto” de investigación pasa a ser Sujeto. Si bien los avances en esta materia son aún incipientes, su potencialidad es enorme y permitirá la construcción de un perfil con indicadores pertinentes, necesidad prioritaria para

el desarrollo de planes de acción gestionados con integralidad y participación. La forma en que se ha ido avanzando en esta materia ha pasado por varios encuentros donde se ha discutido conceptos y metodología de una epidemiología sociocultural y donde los antropólogos han sido partícipes de largas discusiones junto a epidemiólogos, líderes indígenas y salubristas. Quiero terminar este ensayo señalando que estamos insertos en un proceso de aprendizaje continuo, donde lo primero es saber escuchar, reconocer cuándo es oportuno intervenir, aceptar nuestras limitaciones y desarrollar la tolerancia, no sólo difundirla... En este proceso nadie sobra, para continuar avanzando cada uno de nosotros tiene mucho que aportar, la reciprocidad es un principio en el mundo indígena, ojalá no lo olvidemos...

## Notas

<sup>1</sup> Jacqueline Michaux. “Hacia un Sistema Intercultural de Salud en Bolivia”.

## Referencias bibliográficas

- MINISTERIO DE SALUD. “Política de Salud y Pueblos Indígenas”. MINSAL, FONASA, Programa de Salud y Pueblos Indígenas. Santiago, Chile, 2003.
- MINISTERIO DE SALUD y OPS/OMS. “Encuentro Internacional Salud y Pueblos indígenas. Logros y desafíos en la Región de las Américas”. Puerto Varas, Región de Los Lagos, Chile, 13, 14 y 15 de Noviembre de 2000.
- MINISTERIO DE SALUD, OPS/OMS, Escuela de Salud Pública, U. de Chile, Asociación Indígena para la Salud Hospital Makewe. “Segundo Encuentro de Epidemiología e Interculturalidad”. Makewe, IX Región, 2001.
- MICHAUX; JACQUELINE. “Hacia un Sistema Intercultural de Salud en Bolivia”. En: *Salud e Interculturalidad. Perspectivas Antropológicas*. Gerardo Fernandez, Coord. Abya Yala-Bolhispania-Universidad Castilla La Mancha, Quito, Ecuador, 2004.
- OYARCE, ANA MARÍA. “Sistematización sobre los avances del proyecto Enfoque de Salud con Población Mapuche”. Documento de Trabajo. Servicio Salud Araucanía, 1996.
- SÁEZ, M. y TÉLLEZ, A. “Los SILOS y las áreas de validación”. *ENFOQUES en Atención Primaria*. Año 6(2), Santiago, Chile, 1991.
- SÁEZ, MARGARITA. “Interculturalidad en Salud: Caminos y Desafíos”. En “*Primer Seminario Nacional de Salud Intercultural y Políticas Públicas*”. Ministerio de Planificación y Cooperación-Ministerio de Salud. Santiago de Chile, 21 y 22 de Octubre de 1999.
- SÁEZ, MARGARITA. “Avances y desafíos en la Interculturalidad en Salud”. “*Tercer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas*”. “*Sistematización de experien-*

*cias de trabajo intercultural en salud*'. Servicio de Salud Araucanía Sur-Programa de Salud con Población Mapuche Villarrica, 10, 11 y 12 de noviembre de 1999.

SÁEZ, MARGARITA. *"Demandas y Necesidades en la Utilización de Servicios de Salud de Atención Primaria por parte de la Población Mapuche residente en dos Comunas de la Región Metropolitana"*. Tesis Magister en Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, 2003.

SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR-UNIDAD DE SALUD CON POBLACIÓN MAPUCHE. EQUIPO MAPUCHE DE COGESTIÓN EN SALUD. *"Propuesta para una Política de salud en territorios mapuche"*. 21 y 22 de septiembre 2001.

SERVICIO DE SALUD ARAUCANA Y PROGRAMA SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS-MINISTERIO DE SALUD. *"Memoria Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud"*. Saavedra, Noviembre de 1996.

SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR Y MINISTERIO DE SALUD. *"Taller Nacional Salud y Pueblos indígenas. Salud, Cultura y Territorio: bases para una epidemiología intercultural"*, Likanray-Brotes de Luna Nueva, Región de la Araucanía, Chile, 1998.