

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

De la Interculturalidad Ideal a la Interculturalidad Real: la Figura del Usuario Mapuche en la Discusión de la Interculturalidad en Salud.

Francisco Javier Cabellos M. y Patricio Hernán Burgos S.

Cita:

Francisco Javier Cabellos M. y Patricio Hernán Burgos S. (2004). *De la Interculturalidad Ideal a la Interculturalidad Real: la Figura del Usuario Mapuche en la Discusión de la Interculturalidad en Salud*. 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/99>

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

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>.

SALUD, CULTURA Y PUEBLOS ORIGINARIOS

COORDINADORAS: MARGARITA SÁEZ, CLODOVET MILLALEN, ANA MARÍA OYARCE



La propuesta es abordar a través de estas presentaciones las distintas visiones del ejercicio de la antropología aplicada en la realidad de Salud y Pueblos Indígenas. Todas las personas que forman parte de este sim-

posio trabajan desde hace años en el área de salud y tienen aprendizajes que compartir desde un esfuerzo sistemático de cambio del modelo de atención del Sistema de Salud incorporando un enfoque intercultural y de pertinencia en el trabajo con pueblos indígenas.

De la Interculturalidad Ideal a la Interculturalidad Real: la Figura del Usuario Mapuche en la Discusión de la Interculturalidad en Salud¹

Francisco Javier Cabellos M.*, Patricio Hernán Burgos S.**

Resumen

A partir de la implementación de un estudio de sistematización participativa realizado en la provincia de Cautín, se propone una visión crítica de lo que se ha descrito localmente como Interculturalidad en Salud, denominada Interculturalidad Ideal, caracterizando sus correlatos operativos y consecuencias para la regulación sociocultural de los fenómenos de salud y enfermedad y las relaciones que en este ámbito establecen usuarios mapuches y sistema de salud estatal. Algunas de sus cualidades más relevantes son: perspectiva sociocultural institucional, origen tecnocrático estatal, naturaleza normativa y excluyente. Algunas de sus consecuencias se-

rían: invisibilización de experiencias interculturales extra institucionales microsociales, prescindencia del usuario y su representación pasiva e incompetente en lo que a fenómenos de salud/enfermedad se refiere.

A partir de reflexiones y experiencias tanto de usuarios como de funcionarios de los sistemas de salud locales, se propone una visión alternativa, denominada Interculturalidad Real, cuyas características serían: tener una perspectiva psico sociocultural, origen cosmovisivo local, naturaleza descriptivo comprensiva y heurística. Algunas de las consecuencias estimadas para su implementación serían: visibilización de experiencias emergentes a escalas locales reducidas, primacía del usuario y su representación como agente competente de su salud.

* Licenciado en Psicología, Magister © en Desarrollo Regional y Local. Jefe de Proyectos, AXXIONA Desarrollo Humano.

** Licenciado en Antropología. Coordinador estudios en Salud y Cultura, AXXIONA Desarrollo Humano.

Introducción

Desde hace aproximadamente 10 años se han venido desarrollando acciones para incorporar la dimensión cultural en la gestión de salud de los servicios estatales en la región de la Araucanía y, específicamente, en la provincia de Cautín. En este proceso se ha consolidando un enfoque de Interculturalidad en Salud que, si bien ha conseguido avances en el posicionamiento de la dimensión cultural en el diseño de la política y la gestión de las unidades de salud locales, ha encontrado limitaciones en su capacidad de difusión, extensión y operación, predominando el patrimonio técnico e institucional sobre el tema.

Frente a estas limitaciones el Programa de Salud con Población Mapuche, dependiente del Servicio de Salud Araucanía Sur, ha diversificado sus acciones y ámbitos, existiendo en la actualidad una creciente irrupción de iniciativas. No obstante lo anterior, puede identificarse en las unidades de salud locales la persistencia de rasgos que explican las limitaciones señaladas y que constituyen un enfoque que se ha denominado Interculturalidad Ideal.

Si se considera la creciente presión ejercida por el pueblo mapuche con relación al respeto de su forma de vida y la legitimidad de una existencia y desarrollo autodeterminado culturalmente, resulta impostergable el desafío de superar las limitaciones de difusión, extensión y operación experimentadas hasta hace poco por la forma en que se ha abordado los elementos culturales en la gestión de la salud de la población mapuche en sus comunidades y lof. Por esta razón -y basado en los relatos de experiencias y opiniones recogidas tanto de usuarios como de funcionarios de las unidades de salud local- se esbozan los elementos iniciales de un enfoque centrado en los usuarios como estrategia para superar las limitaciones asociadas al enfoque dominante. Este enfoque es el que se ha denominado Interculturalidad Real.

Nociones generales sobre interculturalidad

Las características históricas y socioculturales propias de nuestro continente han constituido un contexto general en el cual coexisten elementos locales tradicionales² con elementos externos, introducidos por la fuerte y paulatinamente más extensa relación de involucración económica y cultural con naciones y regiones comúnmente llamadas "occidentales" o modernas³.

Esta cualidad ha determinado la *organización dinámica de relaciones entre grupos de referencia sociocultural diferente* que podría denominarse "Interculturalidad". Esta interculturalidad, sin embargo, ha adquirido distintos valores. Por una parte, se ha instaurado como una *dinámica de anulación -por parte de los grupos dominantes- de los contenidos socioculturales de los grupos minoritarios* dentro de una sociedad o Estado nacional, adquiriendo un *valor "asimétrico"* y produciendo un *efecto de aculturación* de aquellos grupos minoritarios⁴.

Por otra parte, y desde la perspectiva de los grupos minoritarios menos aculturados, se ha instaurado una relación en la que el reconocimiento de problemas y necesidades que no pueden ser resueltas desde sus modelos socioculturales tradicionales, así como la necesidad de vincularse en relaciones de distinto tipo con los grupos dominantes y las herramientas y soluciones producidas por sus modelos socioculturales, han determinado un *tipo de relación en la que estos grupos minoritarios alternan en el uso de sus referencias socioculturales y las externas, materializando una dinámica simétrica en la relación con matrices socioculturales diferentes*; dentro de las que se opera, no obstante, desde la propia identidad cultural⁵.

Esta última variante de la interculturalidad reconoce el valor de los modelos culturales extraños a partir de la existencia en los miembros del grupo de una clara conciencia y conocimiento de su identidad cultural, de lo contrario lo que se produce es desarraigo respecto de la cultura de origen y asimilación por parte de la cultura dominante.

Entre estos dos polos existe una serie de posiciones intermedias que implican mayores grados de debilitamiento de la identidad cultural y de aculturación, o mayores grados de validación y fortalecimiento de la identidad cultural. No obstante, descrita así la dinámica de relaciones entre grupos socioculturalmente diferentes, la interculturalidad adquiere mayores características de simetría cuando ocurre desde el miembro de un grupo socioculturalmente minoritario, en este caso indígena, y, por el contrario, adquiere mayores características de asimetría cuando ocurre desde el miembro de un grupo socioculturalmente dominante, en este caso el Estado.

Interculturalidad y salud en Cautín (sinopsis)

Esta conformación de relaciones impone una serie de problemas y conflictos asociados a la discriminación, inequidad y vulneración de derechos civiles que encuen-

tran su expresión en los más distintos ámbitos de la vida colectiva (económica, religiosa, institucional, comunitaria, familiar, etc.), dentro de los cuales uno de los más sensibles es el de la SALUD. Por este motivo, distintas instancias nacionales e internacionales han planteado la necesidad de evaluar y desarrollar el tema de la relación intercultural en salud. A este respecto, señalan que en nuestro país la existencia de experiencias prácticas de salud intercultural es un fenómeno relativamente reciente y que ha sido parte de un proceso en el que convergen distintos actores, tanto institucionales como comunitarios.

Se parte del diagnóstico que señala que los pueblos indígenas han desarrollado sus propias prácticas y concepto de salud, en concordancia a su cosmovisión, recursos, valores y estilos de vida. Sin embargo, paralelamente, han establecido relaciones con los sistemas de la medicina oficial. Esta relación entre prácticas propias y uso de la medicina oficial ha constituido un medio para el ejercicio de la asimetría sociocultural desde la sociedad chilena, por cuanto el sistema oficial impone hegemoníamente su visión de cómo la población debe actuar frente a la búsqueda de soluciones a los problemas de salud percibidos.

Por este motivo se ha impulsado desde 1996, una línea de trabajo sobre salud y pueblos indígenas, que se ha manifestado a nivel regional, provincial y local en Programas de Salud y Pueblos Indígenas desarrollados por los Servicios de Salud y establecimientos asistenciales, en conjunto con organizaciones indígenas y sus representantes. Asimismo, algunas organizaciones indígenas han levantado autónomamente, o en colaboración con establecimientos públicos, iniciativas en el campo de la salud, con diversos niveles de desarrollo y continuidad en el tiempo. También se han desarrollado experiencias en salud intercultural por parte de organizaciones no gubernamentales. El objetivo de la mayoría de estas iniciativas se ha orientado a la búsqueda de relaciones más armónicas entre ambas medicinas y la generación de un conjunto de prácticas que constituya la base que permita seguir avanzando en la construcción de modelos de atención, prevención y promoción de la salud culturalmente adecuados a las características y demandas propias de los pueblos indígenas.

En este contexto -y a propósito de la implementación de un estudio de sistematización de experiencias de salud intercultural en los establecimientos de salud de las comunas focalizadas por el programa de desarrollo integral de comunidades indígenas en la provincia de Cautín- se abordó la definición de "Interculturalidad en Salud",

esta vez con un énfasis inductivo, reconociendo su significado a partir de la dinámica de prácticas cotidianas que implementan usuarios y funcionarios del sistema de salud oficial. En este proceso se constata la existencia de una comprensión paralela a la que se reconoce en los círculos técnico institucionales de lo que es intercultural en salud. Esta constatación es la que permite plantear la existencia de, a lo menos, dos modelos de Interculturalidad en Salud: uno Ideal, en el sentido de abstracto, formal, normativo; otro Real, en el sentido de operativo, contextual, idiosincrásico.

Marco conceptual

Sistema médico: aspectos estructurantes de una experiencia de salud intercultural

Cuando se hace referencia a lo que puede denominarse "Interculturalidad en Salud" se considera el universo de relaciones que establecen dos (o más) entidades socioculturales diferentes, en el "sustrato" que representa una persona (usuario), a través de la ingerencia en su salud de distinciones supra personales, organizativo institucionales (si fueran conceptos pertinentes), cuyas funciones están determinadas por el cuidado y reestablecimiento de ésta. La interculturalidad en salud no ocurre como evento aislado, ocasional, entre personas comunes y desvinculada de las creencias y organización social que las contextualiza. Ocurre como evento más o menos sistemático entre "instituciones" (sistemas) o entre personas e "instituciones". Aun cuando se presumiera una relación de tipo personal entre médico y paciente o entre Machi y paciente, debe tenerse en cuenta que estos últimos tienen un rol y estatus sociocultural que los determina representantes de una distinción sociocultural supra personal, institucional y social.

En este sentido, es el usuario el que, como persona, se vincula con distintas organizaciones socioculturales cuando requiere asistencia para problemas de salud, las que se ven representadas en los funcionarios o agentes de salud, sus dependencias, reglamentos, etc.

Fundamental en esta comprensión de "Interculturalidad en Salud" resulta el concepto de Sistema Médico, a través de cuyo uso puede reconocerse los niveles y elementos que definen la naturaleza supra individual de la relación (socio institucional/sociocultural).

Los sistemas médicos se definen clásicamente como: *un conjunto reconocible y más o menos organizado de tecnologías⁶ y practicantes médicos⁷ (SISTEMA); integrados en un sustrato ideológico (conceptos, nociones e*

ideas) que forma parte indisoluble del repertorio cultural de la sociedad (MODELO). De ahí que para comprender críticamente un sistema médico es imprescindible comprender el modelo cultural al que el(los) sistema(s) pertenece(n).

El reconocer un MODELO médico contribuye a la comprensión, construcción y explicación de las características filosóficas y operacionales de una especialidad médica representada en un sistema médico, pero con una raíz cultural comprendida como modelo médico en el que los patrones culturales y la normativa cosmovisional constituirán los ejes del comportamiento social y terapéutico de los agentes médicos.

Específicamente, un MODELO médico se conforma a partir de la construcción cultural de un conjunto conceptual conformado por las discriminaciones, concepciones, definiciones y supuestos -con sus categorías respectivas- que en relación con el ámbito de la salud, que es un corte cultural de la realidad, hacen los miembros de una cultura en un tiempo dado. Un modelo es cultural en el sentido que sus bases últimas se generan y se explican culturalmente y que es compartido por la mayoría de los partícipes de la cultura. Se caracteriza por tener existencia ideológico-mental a partir de un ámbito originario y por presentar una estructura lógica basada en sus propias premisas y supuestos.

Así concebidos, los MODELOS médicos abarcan explícita o implícitamente, conjuntos conceptuales y categorizaciones culturales por lo menos respecto de las siguientes cuestiones principales:

- El carácter de la realidad y de sus niveles. Por ejemplo, si existe la realidad, si existe lo “natural”, lo “sobrenatural”, cuántos mundos - realidades- existen, etc.
- Los fenómenos, objetos y/o seres que existen en la realidad, y las acciones y poderes que poseen (las características de éstos, sus capacidades de acción, interrelaciones, etc.) así como su relación, influencia y capacidad de interacción con lo humano.
- La posibilidad de conocer o comprender la realidad por parte del hombre y las formas de conocimiento de esa realidad.
- La relación y posición entre el hombre, los seres humanos y la realidad.
- Las creencias acerca de la relación entre los procesos de vida y muerte, en particular del hombre como ser vivo y acerca de las causas de la muerte.

- La concepción del cuerpo humano y su relación como “ente” existente en la realidad, con ésta; la concepción de la composición y funcionamiento del cuerpo humano.

Un SISTEMA médico, por otra parte, puede caracterizarse como un conjunto institucional -socioculturalmente organizado- de prácticas, procedimientos, elementos materiales, personas y normas respecto del ámbito de la salud y la enfermedad humana, que deriva sus bases conceptuales de los modelos médicos respectivos y tiene existencia objetivable. Se sostiene que los elementos componentes mínimos de todo sistema médico son:

- Definición de una estructura organizacional de roles y funciones en el sistema. Tal estructura supone normativas respecto de papeles y funciones, rango y status mutuos, jerarquías en el sistema de funciones, formas de controlar deberes y derechos, etc.
- Procedimientos de reclutamiento, formación y legitimación social de los roles.
- Procedimientos y técnicas semiológicas, etiológicas, diagnósticas y terapéuticas.
- Recursos, equipos y tecnologías referentes a los procedimientos y técnicas y al funcionamiento global del sistema.
- Escenarios y contextos propios de la representación y operación del sistema, conformado por espacios físicos e infraestructuras determinadas, de los que son parte sus diseños, implementaciones y la organización de los objetos culturales en el espacio.
- Códigos, lenguajes y sistemas de comunicación específicos, en los que se debe distinguir al menos dos ámbitos: los que corresponden al intra sistema y al extra sistema, y los de carácter técnico, simbólico y lego).

Este conjunto de elementos presentes en la noción de modelo y sistema médico reconoce de manera adecuada el espectro de conceptos, valores y comportamientos socialmente reglamentados que se relacionan con la salud y el bienestar físico, mental y social de la población. Sin embargo, hay que considerar estas categorías como “instrumentos de análisis”, sin encerrarlas en una dimensión rígida y estructural que resulta poco adecuada para describir el carácter altamente dinámico y evolutivo de las culturas tradicionales en sus relaciones de contacto con otros ámbitos de referencia cultural.

Interculturalidad Ideal v/s Interculturalidad Real en salud

Los estudios y análisis realizados por Duncan Pedersen⁸ permite reconocer que en Latinoamérica, caracterizada por ser una sociedad estratificada y culturalmente diversa, existen distintos sistemas médicos operando y que la relación entre ellos se basa en una distribución asimétrica del poder en la sociedad. Esto, ya que existe un sistema médico dominante y hegemónico (medicina occidental) y uno o más sistemas médicos subordinados (medicina indígena tradicional y medicina popular). Ante esto, si bien algunos países muestran tolerancia y/o indiferencia ante las medicinas Indoamericanas, en otros países prevalece la intolerancia ante la medicina tradicional y la mentalidad expresada en ésta.

En el contexto regional, resulta un hecho incuestionable que el pueblo Mapuche poseía, desde antes de la llegada de los europeos, un SISTEMA médico propio con el cual hacían frente a las lesiones y malestares físicos. Como ya se ha señalado, este SISTEMA se sustenta en un MODELO, que en el caso mapuche concibe la salud como “estar bien”, como la mantención de un equilibrio en los ámbitos de relación que establecen los hombres entre sí, con el dominio de lo espiritual y lo natural. Esta noción hace que al interior de la Medicina Mapuche participen elementos socioculturales con la forma de un corpus de creencias, supuestos y ritos que entregan pautas de tipo normativo con respecto a las enfermedades, su significado, etiología y tratamiento. Así, las enfermedades pueden tener su origen en causas naturales, espirituales o trasgresiones de patrones culturales y/o reglas sociales propias.

Una posición central dentro del SISTEMA médico mapuche la ocupa la figura *Machi*. Consagrada por el mundo espiritual para interceder entre los hombres y las fuerzas que configuran su espiritualidad y sentido trascendente, es la encargada de diagnosticar el origen y causa de las enfermedades, así como también definir el tratamiento adecuado que permita restablecer la salud de las personas. Para cada una de estas finalidades cuenta con diversos procedimientos y rituales, los que hacen uso tanto de elementos naturales (plantas, minerales, animales, fluidos corporales, ropa, etc.) como socioculturales (*machitun*, *ngijatun*, por ejemplo).

Además de la figura de *Machi*, se reconoce una serie de otros agentes médicos como el *lawentuchefe*, *puñeñelchefe*, *gütamchefe*, entre otros; cada uno con su especificidad y competencias, demostrando con ello la compleja estructura del Sistema de Salud Mapuche.

El modelo médico oficial, por otra parte, puede caracterizarse a partir de los complejos procesos de medicalización inducidos en la materialización de los servicios ofrecidos por el Estado, los que han determinado una condición crítica en su relación con la población indígena. Las críticas transversales con las que se caracteriza el sistema de salud oficial implican:

- Falta de consideración de los aspectos multidimensionales implicados en la experiencia de la enfermedad (comprensión analítico/atomista).
- Estructura marcadamente etnocéntrica de la relación médico-paciente, puesta en evidencia en el uso de un lenguaje técnico alejado de la experiencia cotidiana de los pacientes (validación objetivista/autoridad racional).
- Primacía del supuesto de la homogeneidad cultural y el correlativo no-reconocimiento de las diferencias culturales (asimilacionismo cultural).

Estas críticas han conducido a que equipos en encuentros interdisciplinarios planteen que: *El personal médico no entiende los síndromes de la nosología popular que sirven a los pacientes para describir sus dolencias, ni las ideas sobre el origen sobrenatural de sus padecimientos, ni los conceptos que consideran apropiados para tratarlos.*

De este modo -y como consecuencia de los elementos cuestionados (la falta de consideración de los aspectos socioculturales, la unilateralidad en la relación médico-paciente y la negación de la vigencia de otras cultura)- la medicina oficial regional aceptaría el desafío de generar una nueva visión, que adopte las limitantes identificadas en su modelo y sistema, y mejore la relación entre los especialistas y los usuarios mapuche. De este modo, se planteará como un imperativo intentar superar este *modelo médico dominante*, cuyas prácticas se caracterizarán por ser *autoritarias e impositivas*, instaurando un *modelo médico intercultural*, que se sustente en la *simetría de la relación entre ambos sistemas médicos y la articulación de iniciativas conjuntas.*

No obstante, este desafío, emprendido ya hace algunos años, ha encontrando a su paso importantes obstáculos. Uno de los más relevantes tiene que ver con lo que se ha entendido por “interculturalidad” en salud o “salud intercultural”. Este concepto define un tipo de relación entre SISTEMAS que explican de manera diferente las causas y desarrollo de enfermedades o desequilibrios en el bienestar de las personas o comunidades, así como los recursos terapéuticos válidos y pertinentes. En la

perspectiva inicial, la característica específica de un sistema de salud intercultural sería: *relación armónica y simétrica entre miembros de identidad cultural distinta, en la que se asigna valor explicativo equivalente a los distintos marcos de referencia⁹ involucrados en una relación entre sujetos culturalmente diferentes*. En ésta se define, en términos normativos, la naturaleza intrínsecamente positiva o valorable de la condición Intercultural, desconociéndose como tal aquellas relaciones entre grupos o individuos socioculturalmente diferentes que no sean plenamente simétricas.

De esta definición se ha desprendido una *concepción operativa que implica que cada sistema de salud incorpore lo efectivo del otro para enriquecerse, en un marco de respeto y reconocimiento, transformando sus estructuras y expresando sus modificaciones con toda la gama de usuarios¹⁰*.

Esta directriz parece evidente si se considera que la autorreferencia social, mecanismo inicial del desarrollo de la identidad, determina la conformación de una identidad etnocéntrica que puede resultar neutra -y permitir relaciones de apertura, conocimiento y aceptación en lo que sería una relación intercultural como la descrita- o positiva -presionando a supervalorar lo propio e imponerlo- predominante como característica de la identidad cultural en una proporción significativa de la población de funcionarios del sistema estatal de salud. Esto sostiene la idea respecto a que la relación intercultural (simétrica) o de dominación (asimétrica) se produce a partir de la conformación de una identidad cultural específica, asociada a la construcción, también autorreferente, de criterios y reglas de clasificación y etiquetaje en un proceso dialéctico permanente entre los propios criterios clasificatorios y autclasificatorios del continuo de diferencias sociales y los del otro. Así, se determina el hecho que una *relación intercultural no surge en forma espontánea o natural, sino que depende de procesos de significación del otro que cada actor realice, los que pueden ser influidos en la dirección normativa de asentar relaciones interculturales simétricas*.

Esta perspectiva inicial -que denominaremos "Interculturalidad Ideal"- encuentra, no obstante, diversas restricciones. Una, de tipo operativo, se deriva de considerara que el desafío de la salud intercultural sería identificar y promover la incorporación al sistema médico oficial de las condiciones de base existentes en las experiencias que han desarrollado una relación simétrica y armónica entre sistemas. Se sostiene, sin embargo, que es justamente en esta estrategia que se presenta el problema mayor de la interculturalidad en salud o salud

intercultural así entendida. Planteado de esta manera, el tema de la salud intercultural se aborda desde la interacción entre sistemas, los que, como ya se ha indicado en la descripción del concepto Sistema Médico, se encuentran fuertemente determinados por los componentes que los soportan en el nivel del Modelo médico (dominio cultural). Estos modelos, por sus características constitutivas, representan paradigmas, conjuntos de reglas inclusivas y excluyentes culturalmente, que definen lo que es posible y lo que no, en contraposición y diferenciándose con lo que otros grupos socioculturales definen como la "realidad" o lo posible.

Queda claro entonces que la intención de acoplar sistemas médicos operativamente diferentes, contruidos a partir de modelos epistemológica y cosmovisivamente diferentes -por lo que se ha denominado *interculturalidad ideal¹¹*- no sólo resulta dudoso, sino que implica poner en tensión la estructura burocrática/administrativa de los sistemas en interacción y las cosmovisiones diferentes sobre los fenómenos de salud/enfermedad sostenidas por los funcionarios y los usuarios mapuche. Esta intención acarrea resistencias y polarización entre los actores involucrados, ya que la intención de acoplar sistemas que por sus características resultan incompatibles hace la relación conflictiva por naturaleza.

Otra restricción se deriva del hecho que este enfoque ha sido desarrollado desde la perspectiva de las limitaciones que el sistema estatal de salud identifica, transformándose en un discurso dominante, altamente ideologizado, que se retroalimenta sólo de manera parcial por los usuarios mapuches y que define un nuevo ámbito de asimetría¹². Esto ha determinado que el sistema oficial de salud cuando aborda el concepto de interculturalidad lo sesga instrumentalmente, negando el nivel que involucra las relaciones humanas y lo cotidiano.

Frente a este modelo de interculturalidad en salud, de tipo *ideal*, se ha evidenciado la existencia de un tipo de interculturalidad operativa, reconocida cuando se aborda la interculturalidad desde el comportamiento de los usuarios y que será reconocida para estos efectos como *interculturalidad real*.

A este respecto cabe señalar que los sistemas médicos adquieren existencia a partir de sujetos específicos que los legitiman mediante el uso que ellos hacen de esos sistemas. De este modo, cuando el paciente mapuche acude al hospital genera una relación independiente del funcionamiento interno del propio hospital, ya que acude a él en el contexto de una dolencia para la que el sistema de salud aporta ciertas soluciones, no obstante utilizar

otros sistemas para aquellos otros problemas o dolencias para las que el "hospital" ha demostrado ser inefectivo. En este sentido, el reconocimiento de la existencia de un *itinerario terapéutico* realizado por el usuario permite identificar a éste como un agente activo en lo que a salud intercultural se refiere y no solo como un ente pasivo de los modelos interculturales propuestos desde el sistema hegemónico de salud. Cada usuario, con independencia de las discusiones técnico analíticas, elige las alternativas de salud que él mismo legitima como efectivas, reconociéndose en esta dinámica una verdadera interculturalidad, en la que *el usuario distingue las pertinencias de cada sistema y efectúa su elección (complementación)*. Este conjunto de elecciones puede considerar procedimientos basados en un solo modelo o en una multiplicidad de ellos, reconociendo en la complementación de sistemas que el mismo usuario realiza -a través de su itinerario terapéutico- la expresión de lo que se denomina *interculturalidad real*. La complementariedad sería su consecuencia.

Para estos efectos, la complementariedad va a ser entendida como un *tipo de relación entre sistemas médicos, producida por/a través del usuario y no directamente entre agentes, procedimientos o contextos de dos sistemas, en la que éste reconoce las diferencias, especificidades y pertinencias de cada uno, utilizándolos indistintamente. En esta perspectiva no son los sistemas los que definen la especificidad de cada uno y el otro, es el usuario. En estas definiciones los usuarios materializan su matriz cultural y la expresan, siendo imprescindible para fortalecer esa forma cultural validar y fortalecer la expresión de esas elecciones y definiciones, cuestión que se logra si se fortalece el itinerario terapéutico del usuario, medio a través del que se efectúa la complementariedad y se expresa el contenido sociocultural.*

La Interculturalidad Real sería entonces el conjunto de características del funcionamiento de un sistema capaz de generar en la relación con el usuario (y no con otro sistema médico) las condiciones para que sea él mismo quien opte por uno u otro sistema, en consideración de la decisión más adecuada/pertinente/efectiva de solución a una dolencia particular o general, cuestión determinada por la matriz cultural de cada usuario. Por este motivo se sostiene que la complementariedad, como expresión del itinerario terapéutico, es consecuencia de una Interculturalidad Real (condiciones que fortalecen el itinerario terapéutico).

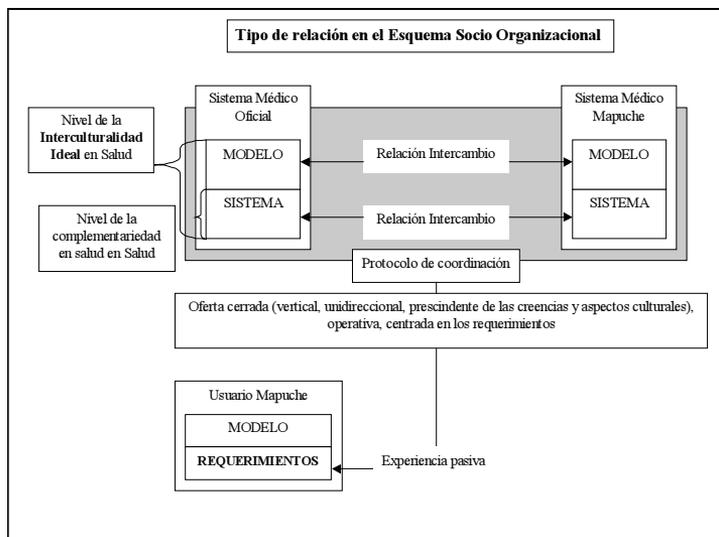
Expresiones en la gestión de salud

Mientras en la reflexión de tipo más socio organizacional -que concibe la relación intercultural en salud desde la perspectiva que se ha descrito como Interculturalidad Ideal- el tema se resuelve entre sistemas, los que se relacionan e intercambian experiencia, proceso a partir del cual establecen acuerdos de coordinación para entregar una atención al usuario con perfil intercultural; en la reflexión de tipo más psicosocial -que concibe la relación intercultural en salud desde la perspectiva que se ha descrito como Interculturalidad Real- el tema se resuelve entre cada sistema y sus usuarios, atendiendo a reconocer por parte de ambos para qué tipo de dolencia es más efectivo o pertinente uno u otro sistema.

Por otra parte, en la reflexión de tipo más socio organizacional, que distingue al usuario como un beneficiario de ciertas prestaciones -a quien corresponden ciertas "regalías" que brinda el Estado y que existe desprovisto de marcos de referencia o libretos de acción en cuanto a salud y curación- se realiza una oferta más o menos cerrada (no considera la retroalimentación del usuario) y operativa (se centra sólo en los requerimientos sin considerar sus concepciones y creencias), determinando en el usuario una forma pasiva de interactuar con el sistema, situación que refuerza las premisas que determinan las características de la relación (beneficiario/desprovisto de referencias culturales). Por el contrario, en la reflexión de tipo más psicosocial se concibe la relación del usuario con el sistema de salud como una experiencia activa, en la que el usuario elige y vincula a los diferentes sistemas sin que estos tengan necesariamente que relacionarse entre sí. Por eso se sostiene que la relación intercultural real en salud ocurre entre los usuarios y el sistema y no entre sistemas. En esta relación, la elección que efectúa el usuario materializa su matriz cultural, involucrando y haciendo relevante el trasfondo de significado en el que opera el proceso de salud y enfermedad.

Estas características permiten construir una oferta abierta (centrada en los usuarios, bidireccional), comprensiva, sustentada en el sentido y valor sociocultural de los fenómenos de salud y enfermedad.

Por estas razones se sostiene que la *Interculturalidad Real* corresponde, más que a una cualidad de la relación entre sistemas, a una cualidad de cada sistema en la forma de establecer la relación con el usuario, que hace de la comprensión que el usuario tiene de sus procesos de salud y enfermedad el recurso principal.



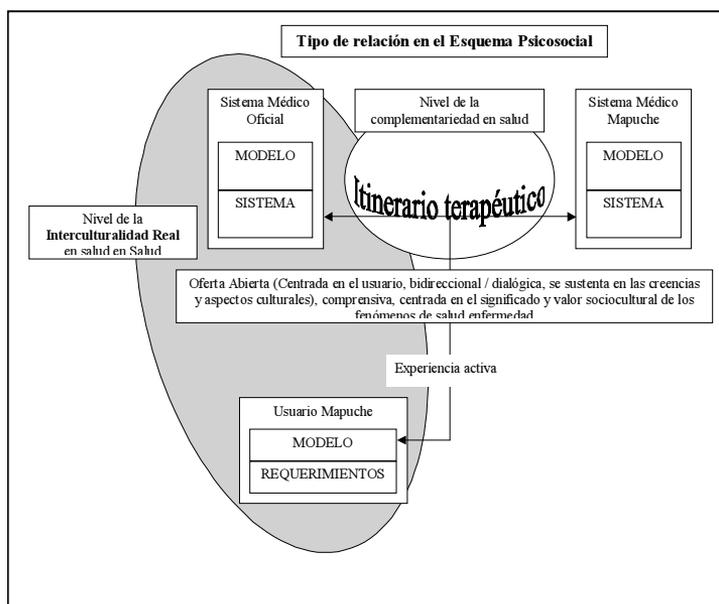
Descriptor:

Socio organizacional ya que refiere un análisis con sesgo sociológico, de tipo institucional.

Se entiende la Interculturalidad Ideal como aquella relación que permite a ambos sistemas reconocer valor no sólo en el nivel de los procedimientos y recursos eventualmente útiles, sino que también en el nivel de las explicaciones y conocimientos que sustentan dichos recursos (aspectos socioculturales). De no ocurrir así la relación, siendo el único motivo el intercambio de recursos, lo que se daría sería una relación de complementación.

El color plomo representa la dimensión en que se articula la interculturalidad, en este caso entre sistemas, los que establecen espacios de coordinación para atender los requerimientos específicos de la población.

El usuario además de sus malestares y dolencias (requerimientos), tiene explicaciones respecto de ellas, un modelo, sin embargo estas referencias no son valoradas.



Descriptor:

Psico social ya que refiere un análisis con sesgo en el comportamiento de identificación social y proyección de contenidos culturales que expresan los usuarios en cada elección.

El usuario mediante el itinerario terapéutico produce la complementariedad entre sistemas y construye el ámbito en el que éstos se vinculan, siendo irrelevante referirse a las relaciones entre sistemas en este modelo.

El color plomo representa la dimensión en que se articula la interculturalidad, en este caso entre cada sistema y sus usuarios. La interculturalidad Real se entiende como una cualidad del nivel en el que se da la relación entre el sistema y el usuario. Específicamente, refiere a una cualidad que permite vincular las prestaciones con los criterios de validación que forman parte del conjunto de creencias o modelo que tiene todo usuario tras sus malestares y dolencias (requerimientos), y de esta manera reconocer la pertinencia de cada sistema y el valor y rol que juega el usuario en la generación de la relación intercultural.

Aspirar a una Interculturalidad de este tipo, no obstante, implica una serie de requisitos de los que debe hacerse cargo cada sistema local y unidad de salud, entre los que se consideran:

- A nivel institucional, reconocimiento conciente de la primacía del usuario en la determinación de su itinerario terapéutico y las formas de complementación entre sistemas de salud. Esto determina una actitud del sistema expresada en protocolos de atención que indaguen el itinerario terapéutico del usuario y los antecedentes socioculturales

subyacentes, reconociendo los eventos efectivos del propio sistema médico y los de los otros, articulando una estructura de significado en relación con los procesos de curación y enfermedad y reforzando la mantención de esos recursos de salud y su complementación. No implica en ningún caso que el funcionario de salud oficial utilice categorías diagnósticas o procedimientos terapéuticos de otros sistemas, sino sólo que los constate y facilite en el usuario el reconocimiento de su utilidad específica y su pertinencia.

- En el nivel del personal, formación en pautas y estrategias para el adecuado reconocimiento del itinerario terapéutico del usuario, habilitando en el uso de las categorías de los sistemas complementarios en el plano de la interlocución y comprensión hermenéutica de las decisiones del usuario, más que en el plano de la operación y administración de las categorías y procedimientos de los sistemas complementarios. Cada actor conoce el funcionamiento del otro sistema de salud pero deposita la responsabilidad de operar en ellos a los actores médicos propios de cada sistema, quienes utilizan categorías y procedimientos exclusivos, no obstante conocidos por los agentes en complementación.
- En el nivel de los usuarios, reconocimiento y segmentación mediante estrategias socioculturales asociadas a las características de cada itinerario reconocido y definición de protocolos de atención pertinentes¹³.
- En el nivel de sistematización (epidemiología sociocultural), incorporación conciente y controlada de usos de los sistemas complementarios y efectos en los indicadores de bienestar manejados por el propio sistema tanto como por el marco de referencias de cada usuario.

Frente a la pregunta ¿cuáles son las condiciones que facilitan la mejor elección/decisión del usuario?, aspecto relevante en la perspectiva de la Interculturalidad Real, es posible plantear las siguientes cualidades:

- Relación de empatía y acogida, no evaluativa (juicio de valor), no impositiva, entre agentes médicos y usuarios de adscripción sociocultural diferente.
- Protocolo de desarrollo de la relación centrada en el itinerario y los parámetros utilizados para las decisiones de elección entre los componentes del itinerario.
- Negociación pertinente, que permita identificar posibles patologías utilizando categorías de enfermedad del sistema oficial, del sistema mapuche u otro y acordar estrategias diagnósticas y terapéuticas validadas por el usuario como derivaciones, seguimientos y/o interconsultas.
- Establecer mecanismos para asegurar la retroalimentación de parte del paciente/usuario al médico y la evaluación por parte de éste de la eficacia de las alternativas de complementación elegidas.

- Sistematización del proceso de complementación y generación de una epidemiología sociocultural.
- Adecuaciones de los contextos en los que se efectúa el ritual terapéutico (infraestructura, espacio, tiempo, procedimientos, lenguaje).

Desde esta perspectiva, se entiende la *Interculturalidad Real como aquella cualidad de los sistemas de salud que permite, promueve y/o fortalece el acto de complementación que realiza el usuario en forma autodeterminada a través de la materialización de su itinerario terapéutico*, acto en el cual se expresan diferentes matrices culturales y que, en la práctica, demuestra la existencia real de interculturalidad.

El reconocimiento y promoción del itinerario terapéutico se determina por la *posibilidad de acceder a los criterios, representaciones y significados que cada usuario articula durante su proceso social de enfermar y sanar*. Este proceso de articulación involucra contenidos, que, si bien consideran los puramente clínicos, abarcan también aspectos de la identidad (sociocultural) de cada usuario en su referencia a cuestiones espirituales, al espacio o ecosistema, a las relaciones institucionales y sociales. Es en el contexto de esa identidad que se accede a recursos de salud, se evalúa su pertinencia y eficacia y, por lo tanto, *dentro de esa misma identidad es que se puede fortalecer las mejores decisiones, sus fundamentos socioculturales y la autonomía en los usuarios para la gestión de sus recursos de salud*.

En este enfoque de Interculturalidad en salud resulta imprescindible el reconocimiento y evaluación que el usuario realiza de la importancia que tiene para la efectuación de decisiones autónomas, satisfactorias y efectivas en el uso de recursos de salud, el grado de integración por parte del sistema de salud de sus eventos vitales, creencias, valores, expectativas y relaciones ecológicas (con otros y con el entorno natural) en distintos niveles:

- Relación que establece el sistema de salud y el grupo social al que pertenece el usuario. Este nivel alude a la presencia de acciones, coordinaciones y relaciones de intercambio que realiza cada organización de salud con los usuarios como miembros de un grupo social, cultural y territorialmente definido. Representa la gestión de necesidades de salud colectivas y de condiciones de mejoramiento de la calidad de vida general, determinantes del perfil de riesgo y protección de la condición de salud de un territorio (comunidad) definido. Implica el reconocimiento de as-

pectos históricos, culturales y políticos. Se refleja generalmente en relaciones institucionales entre unidades de salud y organizaciones funcionales, territoriales o tradicionales de cada territorio.

- Relación que establece entre la organización de salud y el usuario.

Este nivel alude a la forma en que la institucionalidad que constituye cada organización de salud se organiza en forma total para atender a los usuarios. Describe el conjunto de acciones, condiciones o coordinaciones que la unidad de salud establece para grandes categorías de usuarios, como programas, horarios, lugares, procedimientos administrativos, lenguajes o códigos, etc.

- Relación que establece el agente médico y el usuario/paciente.

Este nivel alude a los patrones de comunicación y operación que se producen al momento que el agente médico opera desde el rol con el usuario en tanto portador de alguna condición de salud ("dolencia") que amerita el rol del agente médico. Se materializa en la forma de administrar el tiempo, el lenguaje, la indagación de información, la entrega de información, de conclusiones o diagnósticos, de instrucciones, la respuesta a preguntas e inquietudes, etc.

- Relaciones que establece el agente médico y el usuario/persona.

Este nivel alude a los patrones de comunicación y operación que se produce al momento que el agente médico opera desde el rol con el usuario en tanto sujeto poseedor de una identidad y background sociocultural que contextualiza y da significado a los procesos de salud y enfermedad del usuario y que determina los motivos de la consulta a un sistema de salud determinado, así como los criterios para legitimar las acciones e instrucciones que este provea (contexto de sentido en el que se experimenta una "dolencia"). Se materializa en la forma de administrar el tiempo, el lenguaje, la indagación de información, la entrega de información, de conclusiones o diagnósticos, de instrucciones, la respuesta a preguntas e inquietudes, etc.

Algunas reflexiones a modo de conclusión

Si se reconoce en la concepción de Interculturalidad Ideal una perspectiva valórica/normativa y en la de Interculturalidad Real una comprensiva/descriptiva puede sostenerse que dentro de la primera se entiende la interculturalidad como un tipo de relación que, en sí misma, describe una relación simétrica en términos de poder e influencia. Esta perspectiva permitiría, por ejemplo, sostener que en la región de la Araucanía no existe una relación de interculturalidad dada las condiciones de inequidad existentes entre el pueblo Mapuche y el Estado chileno. Esta consecuencia de utilizar un enfoque con la cualidad descrita, no obstante resultar movilizadora y contestataria, invisibiliza un nivel de hechos y eventos sociales en los que se tejen relaciones de contacto entre sujetos socioculturalmente distintos, altamente complejas y adaptativas, que demuestran la existencia de una serie de espacios en los cuales las relaciones de dominación desaparecen o se invierten. Esto es lo que se constata al observar la "aparente" asimetría entre el sistema de salud y los usuarios Mapuche. Éstos, a diferencia de lo que patéticamente creen los médicos (en términos tipológicos, como encarnación del modelo médico institucional), no siempre sanan gracias a sus indicaciones, sino que a veces gracias a recursos que el usuario ha utilizado en forma paralela a la consulta del sistema oficial, cuyas soluciones, luego de evaluar su eficacia y pertinencia, son desechadas por el usuario al final. El médico, por su parte, guiado autorreferentemente (desde su modelo de salud/enfermedad y su estatus social) y operando coactivamente por el refuerzo que implica la presunta eficacia obtenida a partir de un resultado ilusorio, aumenta progresivamente su convicción acerca de lo conveniente y "ético" de influir con su visión al usuario, y lo "irresponsable" de dejarse influir por la visión de este último.

Esta situación determina un círculo vicioso en el que la "ceguera" del sistema médico no le permite ver el itinerario terapéutico que elige el usuario y a éste como decisor soberano, razón por la cual no valida el mundo de significados que posee acerca de los procesos de salud/enfermedad, patrón que esconde una sub valoración

sociocultural abismante. El usuario, frente al aumento de confianza del agente médico oficial en sus medios y de su intolerancia e intención de influencia, desarrolla una actitud crítica respecto de él, lo que, sumado a la verificación que otras alternativas -desconocidas por el médico, por cierto- resultan más efectivas, refuerzan la percepción de ineficacia del sistema oficial para variados problemas de salud y la validez de sus decisiones, instaurándose así como un actor en los asuntos de su salud y no en un sujeto pasivo, doblegado por la "asimetría" del sistema. De hecho, es el sistema de salud el que resulta utilizado soberanamente por el usuario, quien determina para qué y cuándo resulta útil. Un escenario como este contradice la visión del sistema de salud en cuanto a buscar la complementación con otros sistemas médicos desde sí mismo como punto de referencia. Al revés, el sistema de salud oficial es una alternativa que muchas veces resulta un complemento secundario a la utilización de otros sistemas de salud como puntos de referencia principales para el usuario.

Al proceso de invisibilización que produce este enfoque, lo que da cuenta de su incapacidad para reconocer y valorar la diversidad sociocultural, se agrega que dentro de él se sostiene la existencia de un tipo de relación propiamente intercultural, que cumple con las condiciones, generalmente determinadas por algún grupo de referencia técnica o política, para considerar que la relación de influencia entre sujetos y grupos socioculturalmente diferentes es equitativa o simétrica. Esto esconde algunos vicios: verticalidad, exclusividad e inviabilidad.

Verticalidad, ya que lo intercultural es lo que cabe dentro de la definición de lo que es simétrico, condición susceptible de ser develada por quienes poseen las distinciones suficientes para acceder a ella (analistas sociales y políticos), no siendo accesible a la población leiga que vive en la contingencia de lo cotidiano (operadores sociales y políticos). En este sentido, relaciones descritas como interculturales o simétricas por los usuarios mapuche no lo serían si no cumplen con los criterios normativos de lo que "es" simétrico, aun cuando ellos experimentarían de ese modo la relación.

Exclusividad, porque la definición abstracta de interculturalidad o simetría, derivada de una legitimidad basada en la autoridad de los analistas y no en la experiencia cotidiana de los operadores, implica que todo aquello que no corresponde con los criterios normativos no es intercultural o simétrico, excluyendo referencias intermedias o "parciales" (de las que se pueden sacar

lecciones y a partir de las cuales puede fortalecerse rasgos de una interculturalidad "desde abajo").

Inviabilidad, porque planteada la interculturalidad como relación simétrica entre sujetos de grupos socioculturales diferentes, sin considerar los concomitantes sociológicos e históricos que muestran que esta relación se da siempre entre grupos con gradientes de poder e influencia diferentes, resulta voluntarista e ideologizada. En este sentido, esperar una relación de convergencia (necesaria para la construcción de una relación simétrica) entre marcos de referencia paradigmáticamente diferentes resulta ingenuo, ya que como tales implican un sistema de reglas de inclusión, que definen lo que pertenece a una cultura; y de exclusión, que definen lo que no pertenece a una cultura. Estas reglas distinguen los sistemas culturales y los hacen diferentes y particulares. Si se agrega que en las relaciones de contacto entre grupos socioculturalmente diferentes opera la dimensión del poder, se constituye una situación en la que uno de los marcos de referencia cultural o "paradigma" cultural busca imponerse sobre el otro, aspirando a establecer su hegemonía y determinarlo, sino absorberlo, más aun cuando subyace un "espíritu" de progreso y desarrollo. Estas cualidades llevan a preguntarse razonablemente si no resulta en sí misma inaplicable la idea de interculturalidad como relaciones simétricas entre marcos de referencia culturalmente diferentes y con bases de poder asimétricas, sobre todo cuando estas relaciones desde su origen se instauran con diferencias de poder.

Esta doble consecuencia de invisibilización y abstracción define el carácter valórico/normativo de este enfoque y su consecuente práctica voluntarista, ideologizada y coactiva.

La perspectiva alternativa, Interculturalidad Real, calificada como comprensiva/descriptiva concibe la interculturalidad como el patrón de interacción y contacto entre sujetos y grupos socioculturalmente diferentes. Este patrón puede fluctuar en un continuo desde relaciones de contacto abusivas y completamente asimétricas hasta relaciones de contacto caracterizadas por la mutua aceptación, valoración y fortalecimiento. Desde esta perspectiva la interculturalidad no tiene valoración en sí misma, esta surge de aplicar una regla ética o moral a la observación de las características de la interacción o contacto. En esta perspectiva no hay situaciones de todo o nada. Más aún, con el uso de este enfoque pueden identificarse relaciones que, dependiendo de los contextos, pueden poner en una posición asimétrica a un actor en un momento dado y en otro momento invertir la

situación de poder. Un enfoque como éste permite reconocer el evento descrito antes, en términos de verificar al usuario mapuche como la parte de la relación con el sistema médico oficial que determina el uso y momento en que éste resulta pertinente.

Desde una perspectiva normativa predomina el estatus del sistema médico oficial dentro de la estructura societal en relación con el estatus, evidentemente menor, que la población mapuche posee en la estructura societal nacional. En este sentido resulta lógico plantear la inexistencia de relaciones interculturales. Por el contrario, desde una perspectiva descriptiva, predominan las maniobras psicosocioculturales, de nivel sub estructural o intermedio, ocurridas en los microespacios de relación cotidiana y contingente, en las que resulta inoficioso describir a los usuarios mapuche como sujetos pasivos, víctimas de una asimetría estructural, ya que son ellos y sus conductas las que constituyen estos dominios. De hecho, es en este nivel de la existencia social que se verifica los ámbitos en los que los usuarios deciden y operan responsablemente sobre sus necesidades vitales, desarrollando estrategias adaptativas para compensar, justamente, las condicionantes de su posición en la estructura societal nacional.

En una perspectiva como ésta, el problema de la interculturalidad pierde su sentido monoreferencial (como cuestión de incumbencia o patrimonio de un actor u otro), transformándose en un tema relacional, psicosociocultural, en el que la interculturalidad es contingente y particular, no abstracta y normativa. Dentro de esta perspectiva sobresale el itinerario terapéutico del usuario como fenómeno que la corrobora, el cual, visto desde la perspectiva de las decisiones del usuario y sus razones, demuestra que, aun cuando los usuarios mapuche puedan desarrollarse en un contexto macroestructural desventajoso, son capaces de mantener el control de su circunstancia y elaborar estrategias para soslayar los límites impuestos por esta asimetría macroestructural. Es aquí donde se puede plantear la existencia de espacios y tipos de relación que permiten la “verdadera” interculturalidad, en los que el usuario mapuche ejerce influencia sobre su contraparte chilena (en el caso del sistema de salud, los funcionarios). Tan simplemente puede representarse esto que cuando un usuario mapuche no encuentra respuesta satisfactoria a sus necesidades y requerimientos en el sistema de salud oficial no acude más a él, no obstante haber recibido en ese evento orientación por parte de algún funcionario sobre las alternativas de curación que existen en su territorio, a las que finalmente el usuario acude. Esta

circunstancia describe como, si bien desde una perspectiva estructural no existiría siquiera contacto en este ejemplo, en el nivel psicosocial funcionarios y usuarios han intercambiado información y soluciones finalmente efectivas. Este es el espacio de las verdaderas relaciones interculturales, los espacios microsociales, invisibles a la lupa estructural funcionalista.

El resultado de aplicar este enfoque es la visibilización de una serie de relaciones de intercambio, con perfiles diversos de influencia, en los que pueden reconocerse distintos patrones de influencia y poder, unos más invalidantes o excluyentes que otros, no obstante aportadores en el sentido de guiar la creación de relaciones de respeto y aceptación. Aquí la interculturalidad se construye desde “abajo”, desde los usuarios del sistema de salud y no desde las cúpulas de éste, adquiriendo tantas formas como contextos y tipos de interacción se produzcan, rompiendo el carácter normativo/válórico con el que tradicionalmente se ha abordado el tema y con el consecuente carácter voluntarista, vertical y coactivo de las prácticas derivadas de este enfoque. En esta alternativa la interculturalidad se determina por lo fáctico y no lo ideal; desde abajo tanto como desde arriba, rompiendo, por lo tanto, con el carácter estático con que se ha caracterizado estas posiciones; y bajo la forma de negociaciones en las que de la mano de un beneficio o ganancia existe una retribución o costo, ambos soberanamente optados.

Se sostiene que en el ideario del sistema de salud oficial como en el de las élites políticas y técnicas ha predominado el enfoque valórico/normativo, que describe la naturaleza del concepto de interculturalidad que conforma el clisé de los discursos dominantes. Se hace necesario, entonces, para abrir espacio a un enfoque comprensivo/descriptivo, aventurar nuevas categorías, que vengán a reemplazar a las ya viciadas y estereotipadas concepciones de interculturalidad. Más aún, parece ser el momento de buscar alternativas al concepto interculturalidad capaces de contener los fenómenos ocurridos en el nivel microsociales.

Notas

¹ Este artículo contiene algunas reflexiones efectuadas luego de la realización del estudio “Sistematización Participativa de Experiencias de Salud Intercultural en los Establecimientos de Salud y Comunidades existentes en las Comunas focalizadas por el Programa de Desarrollo Integral de Comunidades Indígenas”, realizado en la provincia de Cautín en el contexto del sub componente “Desarrollo y Validación de Modelos de Atención Intercultural en

Salud", componente "Salud Intercultural", Programa Multifase de Desarrollo Integral de Comunidades Indígenas.

² Expresiones urbano-populares, campesinas e indígenas.

³ Diferentes descripciones de este proceso sostienen autores como el chileno BRUNER, el colombiano BARBERO o el argentino GARCIA CANCLINI.

⁴ Este efecto de aculturación impone al grupo socioculturalmente no dominante la obligación de renunciar a sus recursos y conocimientos ancestrales y comunitarios, debilitando sus estrategias de subsistencia y desarrollo colectivo. Asimismo, induce el uso de patrones culturales extraños, en los que resultan poco competentes y para los que no se cuenta con una coherente matriz cultural de articulación.

⁵ Esta cualidad se relaciona con la constatación que la interculturalidad, en términos del reconocimiento de la diferencia, es una obligación para los grupos minoritarios ya que viven dentro de sus parámetros pero en variados asuntos dependen de las condiciones del sistema cultural dominante. Esto no es igual para los grupos dominantes, ya que su subsistencia no depende de las condiciones que contiene el sistema cultural minoritario.

⁶ Materia médica, drogas, hierbas o procedimientos tales como la adivinación, la cirugía o la acupuntura.

⁷ Médicos, enfermeras, dentistas, farmacéuticos, terapeutas, brujos, curanderos, hueseros, herbolistas, parteras, etcétera.

⁸ Duncan Pedersen, Médico consultor OPS-OMS en salud materno infantil.

⁹ A partir de esto se comprenden hábitos, costumbres, modos de organización social y productivo, etc.

¹⁰ La connotación de simetría implica que ambos sistemas generalizan la ganancia obtenida por el reconocimiento e incorporación de lo mejor del otro en las prestaciones que ofrecen a todos sus usuarios, sin distinción de condición sociocultural. De no ocurrir así la noción de interculturalidad seguiría manteniendo un sesgo asimétrico y discriminatorio.

¹¹ En el sentido formal, abstracto, general.

¹² En algunos encuentros de salud intercultural se ha declarado explícitamente el hecho que la interculturalidad es una obligación, por necesidades de supervivencia, para los mapuche, en tanto que una opción para el Estado. Esto evidencia la paradójica asimetría de una estrategia que sustenta la interculturalidad en la relación simétrica entre grupos socioculturalmente diferenciados en grados de influencia y poder social.

¹³ Este aspecto es relevante porque desde la perspectiva de los usuarios las cualidades culturales se complejizan y diversifican, superando la dicotomía mapuche/estatal implicada en el modelo de interculturalidad ideal. Existen muchos usuarios diferentes, los que se definen por las cualidades del itinerario terapéutico que eligen y del que se desprende cierta matriz cultural. Esta puede ser tan diversa como diversos sean los itinerarios terapéuticos posibles.