

Medicina Mapuche-Williche. Representaciones sociales de los funcionarios de los Centros de Salud Familiar de Río Negro y San Pablo.

Sergio Bermedo Muñoz y Pedro Bahamondes Díaz y Víctor Venegas Giacomozzi y Antonio Vargas Peña.

Cita:

Sergio Bermedo Muñoz y Pedro Bahamondes Díaz y Víctor Venegas Giacomozzi y Antonio Vargas Peña (2019). *Medicina Mapuche-Williche. Representaciones sociales de los funcionarios de los Centros de Salud Familiar de Río Negro y San Pablo. X Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Temuco.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/x.congreso.chileno.de.antropologia/62>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/edE8/ODr>

Medicina Mapuche-Williche. Representaciones sociales de los funcionarios de los Centros de Salud Familiar de Río Negro y San Pablo

Sergio Bermedo Muñoz⁹⁹ - Pedro Bahamondes Díaz¹⁰⁰ - Víctor Venegas Giacomozzi¹⁰¹ - Antonio Vargas Peña¹⁰²

Resumen: La ponencia da cuenta de un proceso investigativo realizado gracias a un convenio entre los Deptos. de Salud de la Municipalidad de Río Negro y de San Pablo, integran también el equipo de investigación dos profesionales de la ULagos. El objetivo es conocer las representaciones sociales de la medicina Mapuche - Williche de los funcionarios de los CESFAM de Río Negro y San Pablo. Políticas públicas promueven la complementariedad como una expresión de la interculturalidad en salud, “exigiéndole a los funcionarios que sean sensibles a la diversidad cultural, que sean “más interculturales” y se les capacita para ello” (Boccaro, 2012, p.14) Considera las perspectivas de los funcionarios de los equipos de salud en procesos de implementación de políticas de salud intercultural y las implicancias que estas pueden tener respecto a procesos interculturales en salud. Se concluye que en general los funcionarios en tanto persona valoran la medicina mapuche; en el rol de funcionarios de la salud no la consideran una opción válida; muchas veces dejan en el médico la “validación” de estas terapias, consideran que los intentos de complementariedad generan confusión ya que ambos sistemas son y operan en forma distinta y además en condiciones de gran desigualdad.

Palabras clave: Medicina Mapuche-Williche, Representaciones Sociales, Interculturalidad

99 Asistente Social, DESAM Río Negro. Correo electrónico: erbemun@yahoo.es.

100 Psicólogo, Centro de Atención Kumelen. Correo electrónico: psicobahamondes@gmail.com.

101 Antropólogo, U Lagos. Correo electrónico: vvenegas@ulagos.cl.

102 Sociólogo, U Lagos. Correo electrónico: antoniovargaspena@gmail.com.

Introducción

A partir de los años 90, en un escenario de cambio en las relaciones entre el Estado chileno y los pueblos indígenas, y siguiendo recomendaciones y obligaciones suscritas con organismos internacionales como la OPS y la OMS, desde el Ministerio de Salud comienzan gestarse las bases para distintas reformas al sistema de atención primaria que busquen asegurar el derecho a la salud de los usuarios de las comunidades indígenas de Chile, garantizando el fortalecimiento, protección y respeto la cosmovisión y cultura específica de los pueblos originarios (Bolados, 2012; Hasen, 2012).

De acuerdo a lo exigido en el Art. 7 de la Ley 20.584 que Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud, promulgado en el año 2012, son los equipos de salud deben avanzar en la construcción de **modelos de gestión de salud intercultural**. Según el **Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI)** del Ministerio de Salud (2016), encargado de la generación de orientaciones técnicas y políticas en salud intercultural a nivel nacional, la interculturalidad se entiende “*como aquella acción que desarrollan los equipos de salud (directivos, médicos, personal de salud y administrativos) y los equipos de facilitadores interculturales al interior de los establecimientos*” (p.3). Bajo este modelo se busca la **complementariedad**, entendida como una expresión de la interculturalidad en salud, “exigiéndole a los funcionarios que sean sensibles a la diversidad cultural, que sean ‘más interculturales’ y se les capacita para ello” (Boccaro, 2012, p.14).

De esta forma, el modelo de atención intercultural busca la **incorporación de la medicina tradicional al sistema biomédico**, en el marco de la armonización de los sistemas de salud, pero en un contexto donde persiste el modelo de salud occidental frente al conocimiento empírico, socializado y compartido por la comunidad sobre las propiedades curativas de especies vegetales y las prácticas de la medicina tradicional Mapuche-Williche.

Bajo el mandato de **participar o impulsar iniciativas interculturales en salud**, algunas de estas iniciativas no siempre consideran los saberes y prácticas de los usuarios y funcionarios de los establecimientos de salud respecto a la medicina Mapuche-Williche. Existe, por lo tanto, la necesidad de considerar el conocimiento y el aporte que pueden realizar los funcionarios de los equipos de salud en la implementación de las políticas de salud intercultural en territorios con alta concentración de personas pertenecientes a pueblos originarios. En su experiencia, los funcionarios han tenido que articular prácticas y saberes provenientes del ejercicio de la medicina alópata con elementos de la medicina tradicional y de la cosmovisión de los pueblos originarios. Estas formas de pensar y hacer forman parte de las **representaciones sociales** de los actores que participan del proceso salud/enfermedad/atención. No existen, en el caso chileno, investigaciones que indaguen sobre la implementación de las políticas de salud intercultural desde la perspectiva de los funcionarios utilizando el enfoque de las representaciones sociales.

La presente ponencia presenta los resultados del estudio que se propuso indagar sobre las representaciones sociales de la medicina Mapuche – Williche de los funcionarios de dos Centros de Salud Familiar de las comunas de San Pablo y Río Negro, ambos establecimientos de atención primaria ubicados en territorios con una concentración importante de población Mapuche – Williche. Como primer objetivo específico, se buscó describir el contenido y la estructura de las

representaciones sociales de la medicina Mapuche – Williche por parte de estos funcionarios. El segundo objetivo específico consistió en identificar la implicancia que estas representaciones en la construcción de experiencias interculturales en salud de dichos territorios.

La salud en el marco de la Interculturalidad

La salud intercultural ha sido uno de los ámbitos de la interculturalidad que mayor avance ha experimentado en los últimos tiempos, explorando el acercamiento y el diálogo entre sistemas médicos, teniendo como propósito un intercambio respetuoso y generoso de conocimientos, a través de un proceso dinámico de comunicación y aprendizaje mutuo en una relación horizontal (Almaguer, J., Vargas, V. & García, H., 2009). En territorios con diversidad cultural, debiera ser una estrategia que genere crecientes espacios de pluralismo médico/asistencial, considerando los itinerarios terapéuticos y el comportamiento frente al fenómeno salud/enfermedad (Perdiguero, 2006).

En América Latina y en particular en Chile, en las últimas dos décadas se han venido ejecutando diversas iniciativas para el desarrollo de *modelos de salud intercultural*, algunas como proyectos piloto financiados por agencias internacionales (O'Neill, Bartlett y Mignone, 2007). Otras, como experiencias de proyectos implementados a partir del año 1996 a través del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (en adelante el PESPI) del Ministerio de Salud (2016), que, si bien reconocen la diversidad cultural y han promovido la complementariedad como una expresión de la interculturalidad en salud, no necesariamente han considerado la existencia de saberes y prácticas tradicionales previas que operan en la cotidianeidad del cuidado de la salud. Esto ocurre, según Menéndez (2016) cuando los “funcionarios, profesionales e intelectuales que promovieron la interculturalidad en salud no tomaron en cuenta las interculturalidades ya existentes, sino que trataron de construir espacios y organizaciones que ellos pensaban que iban a impulsar la medicina tradicional” (p. 110).

La experiencia muestra que la salud intercultural -entendida y conducida por organismos del estado- no ha estado exenta de tensiones y dificultades. Aizemberg (2014) observa que en ocasiones se ha buscado la incorporación del enfoque intercultural pensando que “la capacitación y formación de los agentes sanitarios pueden generar un cambio en los comportamientos preventivos de la población indígena y aumentar su acceso a los servicios de salud” (p.367). Es decir, se parte asumiendo que la barrera frente al cambio se relaciona con que el usuario usa con mayor frecuencia la medicina tradicional que la occidental, debiéndose intervenir para modificar los patrones culturales y las prácticas de cuidado de la salud que han realizado las familias desde siempre. La otra opción es la homogeneización creciente de la sabiduría ancestral, a través de la capacitación de los agentes de salud tradicional para que se incorporen al sistema burocrático occidental de salud, favoreciendo un multiculturalismo neoliberal y una política intercultural del reconocimiento y la complementariedad que mantiene la asimetría de poder (dominación/subordinación) y la relación colonial (Bazán, 2014; Bolados, 2012; Boceara, 2007), con el riesgo de una folklorización de las prácticas mapuche en salud mediante la institucionalización de las mismas al interior de los centros de salud [...] ignorado en términos operativos las verdaderas cuestiones de fondo respecto de la situación de salud de las comunidades mapuche como lo son las *determinantes estructurales, históricas y socioculturales*. Cuyul (s.f. p.1,2).

Para Ramírez (2014) “se revaloriza la medicina tradicional, por lo tanto se revaloriza el saber, aunque la realidad sigue siendo la misma sin cambios en la mejora de las condiciones de vida” (p.4064), aludiendo a la paradoja de reconocimiento y valoración de la medicina tradicional pero al mismo tiempo permitir la introducción del monocultivo de especies exóticas (pino y eucalipto) o la instalación de proyecto de energía eólica, alterando espacios donde converge una relación de armonía y de respeto entre el hombre y la naturaleza. Al respecto, Fuenzalida (2015) sostiene que,

La [...] salud intercultural más allá del encuentro de especialistas y saberes de sanación, implica articular críticamente las racionalidades y epistemologías de las culturas que interactúan, de lo contrario, el/los modelo/s que se generen subsumirá/n una de ellas, expresando una interculturalidad que sólo es reflejo de la perspectiva hegemónica, una interculturalidad monocultural que expresa la cultura dominante maquillada con tintes de otredad. (p.104)

Por lo tanto, la incorporación de la medicina tradicional al sistema biomédico podría ser vista como un gesto de apertura, participación o de equidad en el acceso a la salud promovida por el estado.

Las representaciones sociales en el marco de los estudios de salud

La teoría de las representaciones sociales (RS) surge en Francia en 1961, cuando Serge Moscovici presenta su estudio respecto a cómo un saber científico, en este caso el psicoanálisis, se introduce en la cultura francesa de posguerra y es transformado en saber popular, y por lo tanto en orientador de prácticas y comunicaciones de personas no científicas (Valencia, 2007). En general, puede decirse que la teoría de las RS trata sobre cómo los seres humanos nos apropiamos de los conocimientos e informaciones que circulan en la sociedad y sobre cómo, en el permanente dialogar de la vida cotidiana, construimos un pensamiento social, un conocimiento popular o del sentido común (Banchs, 2007). Éste nos permite interpretar la realidad, dar sentido a nuestras prácticas y poder comunicarnos respecto a tópicos que nos son relevantes.

Para Moscovici (citado por Araya, 2002) las representaciones sociales son:

...es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios... Son sistemas de valores, nociones y prácticas que proporciona a los individuos los medios para orientarse en el contexto social y material, para dominarlo... (Pág.27).

De esto se desprende que las RS, en tanto sistemas de valores, ideas y prácticas, cumplen con dos funciones: por una parte, establecer un orden a través del cual la personas se orientan en el mundo social; por otra, entregar códigos para nombrar y clasificar los múltiples aspectos del mundo haciendo posible la comunicación. De este modo, el principal foco de estudio de las RS es el conocimiento del sentido común que circula en la vida cotidiana. La permanente construcción de una RS respecto a un tema u objeto implica que la gente hable de él, comparta ideas, movilice opiniones (en las conversaciones banales de la vida diaria, en las charlas de amigos,

los intercambios en los cafés, los lugares de trabajo, etcétera) de tal forma que estas creencias tengan consecuencias en la práctica, que orienten la acción (Rodríguez, 2007).

El énfasis los estudios en RS por los cambios en el contenido del sentido común cobra particular importancia en el área de la salud, ya que diario estamos recibiendo información acerca de los modos de promover la salud, los tipos de enfermedades y formas de prevenirlas, los nuevos medicamentos, etcétera. Desde este punto de vista el conocimiento popular, las creencias, mitos, etcétera, respecto a la salud, así como la llamada medicina popular, no tienen un estatus inferior al de la ciencia médica; y en lo relacionado con la promoción, prevención y atención en salud, juegan un rol fundamental, en tanto que orientan las comunicaciones y prácticas con ellos vinculadas. Se trata de dos órdenes de conocimiento que, si bien no tienen los mismos objetivos, ni obedecen a las mismas racionalidades y formas de construcción, se alimentan recíprocamente.

Enfoques estructurales y procesuales al estudio de las representaciones sociales

Como señala Banchs (2000) la Teoría de las RS no constituye un cuerpo teórico homogéneo. Desde sus inicios se han desarrollado distintos modos de apropiación de la teoría, destacándose dos: el enfoque estructural y el enfoque procesual. El primero se interesa por el contenido de las RS y sus mecanismos de organización, el segundo se centra en el contenido de las RS en términos de su sentido y significación. A su vez, cada uno de estos enfoques ha generado sus propios desarrollos metodológicos. En general, el primer enfoque ha tendido a adoptar métodos cuantitativos mientras que el segundo métodos cualitativos (Restrepo-Ochoa, 2013).

Siguiendo el enfoque estructural, particularmente el modelo propuesto por Abric (1987, citado por Marambio, Gil de Montes y Valencia, 2015), la estructura de la RS distingue dos tipos de componentes: los elementos del núcleo central y los del sistema periférico. El núcleo central está formado por un conjunto de elementos que le dan coherencia y significado. Es su elemento fundamental, el componente más estable que delimita su organización y significado. El sistema periférico, por su parte, se organiza alrededor del núcleo central y en relación a él. El sistema periférico se caracteriza por una mayor flexibilidad y sensibilidad al contexto, por lo que facilita la adaptación de los individuos al entorno y posibilita la internalización de sus experiencias. Esta estructuración de las RS les otorga su doble carácter de estabilidad y dinamismo, en el sentido de darles permanencia en el tiempo una vez creadas, así como su continua construcción a partir de las experiencias sociales vinculadas a ella (Rodríguez, 2007).

El enfoque procesual, por su parte, considera que el acceso al conocimiento de las RS “debe partir de un abordaje hermenéutico, entendiendo al ser humano como productor de sentidos, y focalizándose en el análisis de las producciones simbólicas de los significados del lenguaje, a través de los cuales los seres humanos constituimos el mundo en que vivimos” (Banchs, 2000: 36, citado por Cuevas, 2016).

Para Restrepo-Ochoa (2013) la articulación entre ambas aproximaciones puede darse a través del uso del Paradigma de la codificación propio de la Teoría Fundamentada. A través de los procesos de codificación abierta, axial y selectiva, permitiría la identificación del contenido de la RS, las relaciones entre sus elementos y la determinación y control del núcleo central.

Metodología

Diseño metodológico

El estudio ha sido tipo exploratorio-descriptivo, bajo un enfoque mixto en cuanto al empleo de métodos de análisis, que implicó tres etapas sucesivas. En las primeras dos, para el logro del primer objetivo específico referido al contenido y estructura de las RS de la medicina mapuche-williche, se utilizaron métodos de análisis cuantitativos. En la tercera etapa, para el logro del segundo objetivo, con el propósito de establecer contenidos de las representaciones desde los discursos de los funcionarios de salud, se usó una estrategia cualitativa, basada en el desarrollo de grupos focales, cuyo análisis posterior análisis se basó en la Teoría Fundamentada.

Población y muestra

En su fase cuantitativa, la población contemplada en el estudio se constituyó por la totalidad de los funcionarios de los Centros de Salud Familiar de Río Negro y San Pablo. La conformación de la muestra fue intencional y no probabilística, tratando de alcanzar el mayor número de participantes posible.

Para la primera etapa, se aplicaron 153 cuestionarios de evocación, 90 en Río Negro y 63 en San Pablo, superando el 90% del total de funcionarios con contrato de trabajo en ambos Centros. Para la segunda etapa, se aplicaron 141 cuestionarios de caracterización, 89 en Río Negro y 52 en San Pablo, también superando el 90% del total de funcionarios.

En la tercera etapa, correspondiente a la conformación de grupos focales, los investigadores realizaron una selección intencionada de los funcionarios de salud participantes, basándose tanto en su conocimiento personal de las características comunicativas y actitudinales de los funcionarios, como de su experiencia personal respecto a la medicina mapuche-williche. En esta etapa participaron 15 funcionarios (7 de Río Negro y 8 de San Pablo) divididos en dos grupos focales.

Instrumentos

La primera etapa del estudio contempló la entrega del cuestionario de evocación de palabras (Verges, 1994), cuestionario auto-administrado consistente en dos secciones, una referida a obtener información social y laboral del participante, y otra compuesta por la pregunta de evocación libre, propiamente tal. El método de evocación o asociación libre de palabras o *cognemas* es una técnica usada tradicionalmente para estudiar las RS desde el enfoque estructural, con el fin de conocer su contenido y generar hipótesis respecto a su estructura (Moreno, 2016). La técnica de asociación libre implica la realización de una pregunta abierta en que se pide a los participantes que mencionen un número específico de palabras en asociación a una palabra- estímulo. En este caso el estímulo seleccionado fue la palabra "medicina mapuche". Se les pidió que escribieran las 5 primeras palabras que se le ocurran. A continuación se les pidió que las ordenaran de mayor a menor asignándoles valores de 1 a 5.

La segunda etapa de la investigación contempló la utilización de una técnica verificación de contenidos correspondientes a la estructura de la representación de la medicina mapuche. Se decidió realizar un cuestionario de caracterización (Polli y Wachelke, 2013), consistente en un cuestionario auto-administrado en el que se presentan 15 términos seleccionados de la etapa anterior como elementos centrales de la representación. De los 15 términos, los funcionarios debieron seleccionar 5 que le parecieran más característicos de la medicina mapuche, marcándolos con una "A" y 5 que le parecieran menos característicos, marcándolos con una "B". Los 5 términos no marcados para el análisis quedan con un valor intermedio en relación al estímulo presentado.

Para la tercera etapa de la investigación, se recurrió a la técnica de grupos focales, recomendada por algunos autores como adecuada para acceder a las RS (Nóbrega, Andrade y Melo, 2016). Dado el trabajo colaborativo e interdisciplinar presente en el trabajo de los Centros de Salud Familiar, además de la variedad de perspectivas propias de las distintas instancias de acción de cada funcionario, se consideró a los grupos focales como una técnica idónea en la descripción de los contenidos de una determinada RS, en particular si esta puede ser expresada en una dinámica grupal que recoja su construcción en el contexto de la cotidianidad del trabajo.

Procedimiento

La aplicación de los cuestionarios de las dos primeras etapas se realizó de manera individual, entregándose y recibéndose por medio de personas que no estuviesen participando de la investigación en calidad de investigadores.

Los 2 grupos focales se realizaron de manera simultánea, el día 12 de octubre de 2017 en dependencias de la Universidad de Los Lagos, donde participaron 7 funcionarios del CESFAM de Río Negro y 8 funcionarios del CESFAM de San Pablo, con funciones distintas dentro de estos establecimientos. Para facilitar el intercambio de experiencias, los funcionarios se distribuyeron en el momento en forma aleatoria en ambos grupos focales. Los grupos focales fueron moderados por los miembros del grupo investigador que no trabajan en los CESFAM. La duración de ambos grupos focales fue de 80 minutos, aproximadamente.

Análisis de resultados

Para la interpretación de estos datos la primera etapa, correspondiente al cuestionario de se realizó un análisis prototípico. Previo a este análisis se realizó un primer tratamiento de los datos, que incluyeron la revisión de los términos para detectar y corregir errores de digitación; la conformación de un diccionario de términos que permitan la reducción del vocabulario a través de un criterio semántico, consistente en la identificación de palabras o términos con significado similar. De un total de 769 palabras transcritas, se contabilizaron 272 palabras distintas. De éstas, a través del criterio de reducción semántico, el total de palabras analizadas se redujo 202, las que fueron procesadas a través del software Iramuteq.

Para el análisis del cuestionario de caracterización, se comparan las frecuencias de las alternativas de respuesta para cada término, analizándolas en un gráfico; aquellos términos

en que se eligió en mayor proporción la alternativa "A", se consideran parte del núcleo central de la RS; cuando las frecuencias se distribuyen de manera similar entre las tres alternativas, o de manera predominante en la respuesta "B" o intermedia, se asumen como elementos periféricos.

Resultados

Etapa 1. Resultados de análisis prototípico

Los resultados corresponden a la agrupación de palabras mencionadas según frecuencia de aparición (*Frec*) y relevancia promedio otorgada (*Rel*), considerándose con más de 5 menciones. A partir de esta relación, se asigna a cada palabra o cognema una posición teórica dentro de la estructura de la RS. El resultado se presenta en el cuadro N°1.

Cuadro 1. Cuadro de estructura de representación de Medicina Mapuche según evocación libre de palabras

Rel :<=2.83 >

A - Núcleo Central	Frec	Rel	B - Primera Periferia	Frec	Rel
Ancestral	38	2.7	Hierbas	66	3.2
Natural	37	2.6	Alternativa	45	3.5
Salud	24	2.4	Tierra	22	3
Machi	22	2.2			
Cultura	21	2.8			
Tradición	19	2.6			
Naturaleza	19	2.4			
Creencias	16	2.8			
C - Elementos de contraste	Frec	Rel	D - Segunda periferia	Frec	Rel
Respeto	14	2.6	Sanación	15	3.1
Conocimiento	12	1.9	Sana	11	3.1
Sabiduría	11	1.6	Efectiva	10	3

Frec: >= 15.24

Bienestar	8	2.6	Fe	8	3
Integral	8	2.4	Originario	7	3
Kimche	7	1.9	Complementaria	7	3.4
Cosmovisión	7	1.9	Accesible	7	3
Alimentación	5	2.8	Comunidad	6	3.8
Espiritualidad	5	2	Interculturalidad	6	3.5
			Confianza	5	3.8
			Infusiones	5	4.2
			Costumbres	5	3.6
			Protección	5	3

Frec: >= 15.24

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo al enfoque estructural, en el cuadro A se encuentran palabras asociadas al núcleo central de la representación. Por frecuencia de aparición, las más relevantes son Ancestral y Natural. A la primera (ancestral) podemos asociar otras dos del mismo grupo: tradición, cultura. En general, podemos hipotetizar que en el núcleo hay una asociación de la Medicina Mapuche-Williche a un grupo específico de la población, portador de una tradición ancestral, en el que se reconoce también un agente específico (machi). A la segunda palabra (natural) podemos asociar también el cognema naturaleza. Por un lado, natural puede referirse a que sus elementos no son intervenidos de la forma en que opera la medicina occidental.

En el **cuadro B**, correspondiente a la primera periferia, la palabra *Hierbas* tiene una frecuencia muy alta respecto al resto de palabras del cuestionario. Sin embargo, su centralidad es cuestionada pues no siempre fue ubicada como relevante para los funcionarios, resultado que después se contrastó con el cuestionario de caracterización. En el **grupo C**, considerado como elementos de contraste, encontramos palabras que fueron relevantes para un grupo menor de participantes. Esto hace suponer que para un grupo específico de los funcionarios la RS de la medicina mapuche es parte de un sistema más general (una cosmovisión), en concordancia con otros aspectos. En el **grupo D**, conformados como segunda periferia, encontramos palabras que son parte de su sistema periférico pero que cumplen una función contextual y permiten dar nombre a las experiencias cotidianas. Unas pueden estar relacionadas con percepciones positivas (sanación, sana, efectiva, accesible) respecto a la medicina mapuche. También algunas provenientes del marco institucional:

complementaria, interculturalidad. Son nociones que no están en todos los funcionarios, pero que su aparición recurrente puede dar cuenta de un proceso de transformación.

Etapa 2. Resultados del análisis de caracterización

El cuestionario de caracterización sometió a prueba palabras pertenecientes a los cuadros A, B, y C del cuestionario de asociación. El resultado del cuadro de caracterización busca comprobar la centralidad de las palabras de los primeros cuadros, otorgando, en teoría, una idea más cercana respecto al contenido y estructura de la RS en el grupo objetivo de la investigación. Los resultados se presentan en la Figura 2, bajo el mismo esquema representacional del análisis anterior.

Figura 2. Estructura de la representación de medicina mapuche en funcionarios de acuerdo al Cuestionario de Caracterización

A: Núcleo Central			B: Primera Periferia		
	Frec	% Rel		Frec	% Rel
Sabiduría	80	56.7	Naturaleza	53	27.9
Hierbas	80	56.7	Tierra	44	23.2
Cultura	63	44.7	Machi	52	27.4
Salud	52	27.4	Kimche	32	16.8
Ancestral	52	27.4	Natural	44	23.2
C: Elementos de contraste			D: Segunda periferia		
	Frec	% Rel		Frec	% Rel
Espiritualidad	55	28.9	Integral	18	9.5
			Alternativa	17	8.9
			Tradición	30	15.8
			Creencias	33	17.4

Fuente: Elaboración propia

Dentro del grupo que conforma el núcleo central (cuadro A), se encontraron algunas palabras centrales para la RS de la medicina mapuche en los funcionarios. Puede decirse que las palabras sabiduría, cultura y ancestral dan cuenta que la medicina mapuche se asocia a un sistema cultural específico (cultura), que conforma un conocimiento específico adquirido históricamente y que se transmite entre generaciones (sabiduría, ancestral). La palabra hierbas, por su parte, tiene casi la misma centralidad que sabiduría, por lo que podríamos sostener que, en la RS de los funcionarios la sabiduría estaría relacionada con una comprensión sobre la existencia humana y su relación

con la naturaleza y el universo, y sus implicancias en el estar bien (*kumen mongen*). Queda clara la estrecha relación entre hierbas y salud, sea este como elemento terapéutico o de uso preventivo.

En el **cuadrante B**, en tanto conceptos cercanos al núcleo, encontramos una asociación a lo *natural*, a la *tierra* y a la *naturaleza*, además de una identificación de los agentes propios de la Medicina Mapuche-Williche. Puede pensarse que la asociación de la medicina mapuche como aspecto constitutivo de una visión más integrada al concepto de naturaleza aún no es central. En cuanto a los agentes (*machi*, *kimche*), estos son reconocidos, pero aún no en un rol central.

En el **cuadrante C**, encontramos una sola palabra, *espiritualidad*. Teóricamente, las palabras de este cuadro señalan una RS que se diferencia al núcleo de la RS que tiene el grupo general de participantes. La palabra *espiritualidad* da cuenta de que para un grupo de personas hay una integración de la medicina mapuche con una cosmovisión del mundo, que probablemente implica también el entendimiento de una relación particular y personal con esa cosmovisión.

Las palabras del **cuadrante D** dan cuenta de palabras que, si bien son menos relevantes dentro de la estructura, sí son recurrentes dentro del sistema periférico de la RS. La palabra *alternativa* probablemente hace referencia a su relación con la medicina occidental.

En síntesis, los cuadros respecto a la estructura de la RS de la medicina mapuche de los funcionarios de salud dan cuenta de un contenido que no incluye elementos en contradicción interna. Es decir, es posible observar una valoración positiva de la medicina mapuche, no encontrándose cuestionada su validez en el proceso de bienestar de la persona. El núcleo de la representación se estructura en torno a los conceptos de sabiduría y hierbas, conectados con una cultura específica (Mapuche-Williche) y su relación con los antepasados. Su relación con la naturaleza y la asociación con agentes específicos de salud parece aún secundaria, pero posiblemente desplazándose a un centro. Es probable que haya un grupo de funcionarios que observan la Medicina Mapuche-Williche desde un ámbito más bien espiritual e integral, como un sistema complejo de conocimientos y prácticas que aborda el proceso de salud/enfermedad y que se relaciona con el estado de equilibrio y la cosmovisión de las personas, en un contexto de diversidad cultural y de pluralismo médico.

Etapa 3. Resultados de la Codificación Selectiva

Para el análisis cualitativo de la información recogida del trabajo de los grupos focales se optó por utilizar la Teoría Fundamentada (Strauss & Corbin, 2002). Se buscó profundizar en el análisis del discurso de los funcionarios para conocer como aquellas estructuras descritas en las primeras etapas operaban en la práctica cotidiana, cómo los funcionarios lo explican, lo conversan y los cuestionan. Éste teórico-metodológico permitió construir un modelo conceptual con respecto al fenómeno central del estudio denominado, el que puede señalarse como «**Confusión ante las contradicciones que emergen de la construcción de experiencias de interculturalidad en salud**». A continuación, se presentan los elementos de la matriz resultante de la codificación selectiva del material obtenido de los grupos focales.

Cuadro N°3. Matriz del modelo relacional que explica el fenómeno central descubierto durante el estudio



Condiciones contextuales

El fenómeno central identificado en el estudio, denominado: **“la confusión ante las contradicciones que emergen de la construcción de experiencias de interculturalidad en salud”**, se describe en el contexto de las experiencias de transversalización del enfoque intercultural en los establecimientos de salud de las comunas de Río Negro y San Pablo, de acuerdo a las políticas de salud y pueblos indígenas definidas por el Estado de Chile (Minsal, 2003, 2006), continuando con la idea de la armonización de los sistemas de salud surgida en América Latina en la década del 70' y con mayor énfasis en los 80' y 90', cuando líneas de pensamientos y organizaciones internacionales de salud impulsaron decididamente la integración y la complementariedad de la medicina tradicional y la biomedicina en la atención primaria de salud, conforme a la directriz de respeto y revitalización de las culturas indígenas (OMS/OPS, 1999, 2003; OMS, 2002, 2013). Estrategias pensadas para mejorar la situación epidemiológica de la población indígena e incrementar los

estándares de pertinencia cultural de las prestaciones de salud, promoviendo la generación de modelos de salud intercultural que “intentan ser sensible con la medicina tradicional” (Aizemberg, 2014, p.373), pero que, con algunas excepciones, se mantienen funcionales a la hegemonía del modelo biomédico (Menéndez, 2016) postergando la sabiduría ancestral, aspecto importante en la salubridad de las personas de los pueblos originarios y advertido por los funcionarios que participaron del estudio

el sistema impositivo que muchos años, el sistema de salud ha impuesto, que no se respetaba las creencias y lo que traía las personas desde sus tradiciones, no había un respeto, entonces mucha gente quedó con ese concepto de que su medicina no servía.

Condiciones causales

A partir de 1996 y en el marco del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI en adelante) del Ministerio de Salud comienza a desarrollar diversas iniciativas con el propósito de incorporación del enfoque intercultural en las atenciones de salud (Meneses, Millalen y Bustos, 2011; MINSAL, 2016), de acuerdo a lo convenido en la Resolución V de la OMS/OPS (1993) donde se insta a los Gobiernos miembros a promover modelos de salud alternativos, incluyendo la medicina tradicional. En este contexto los prestadores institucionales públicos de salud en territorios con alta concentración de población indígena, como es el caso de las comunas de Río Negro y San Pablo, deben asegurar el derecho de las personas a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, a través del diseño y ejecución de modelos de salud intercultural, de acuerdo las normas del derecho a la salud de los pueblos originarios (OIT, 1989; MINSAL, 2006, 2012). En este sentido y siguiendo a Jodelet (1989, en Álvarez, Álvarez y Facuse (2002) se observa que los establecimientos de salud donde se realizó el estudio, la inclusión de la dimensión cultural en las atenciones de salud estaría determinada por la construcción de significados y de sentido de la acción, que orientan el proceder de los funcionarios frente a los requerimientos de visibilización de la medicina Mapuche-Williche y los planteamientos de fomento de la interculturalidad en salud. Los funcionarios y funcionarias refieren que es un tema que se aborda en la coyuntura del momento y/o a partir de la petición explícita del PESPI para cumplir con alguna actividad de capacitación y/o de sensibilización para los equipos de salud,

“las veces que hablamos entre colegas de interculturalidad es cuando [...] nos cita a reuniones, se hace un tema más forzado, al menos en mi caso. Tendrá que ver con quien me relaciono, porque todos tienen grupos más cercanos al sector verde como es el caso de mis colegas”.

Pareciera que la interculturalidad es más bien en tema impuesto y de interés del Estado y lo demás serían respuestas voluntarias relacionadas a un esperado cambio de actitud frente a la complementariedad, a partir de las intervenciones en las competencias genéricas y transversales de los funcionarios (MINSAL, 2006; OPS, 2007), pero sin abordar la existencia de las asimetrías de poder y las estructuras ideológicas y burocráticas al interior del sistema de salud occidental (Piñones, Mansilla y Arancibia, 2017).

Condiciones intervinientes

Salud occidental / salud Mapuche Williche distintas formas de salud / enfermedad / atención

La salud oficial hegemónica -el sistema de salud- con toda su complejidad desplegada funcionalmente y territorialmente, funge como el sistema con la mayor cobertura para la población. En su despliegue, va logrando mayores niveles de institucionalización y por tanto mayor legitimidad. Para ello debe ir ganando cada vez más, altos niveles de diferenciación, con otros sistemas médicos presentes. Lo anterior no sería contradictoria con la deseada integración y complementariedad (OMS/OPS, 1999, 2003; OMS, 2002, 2013).

Hay una rigidez epistemológica de la salud oficial en relación a la evidencia científica, la estandarización estadística de los fenómenos de salud/enfermedad/atención, la sistematización y protocolos escritos versus lo ritual de la “Medicina Mapuche Williche”.

yo creo que como dice el colega, no hay una evidencia científica que la pruebe (la medicina Mapuche Williche) pero si hay conocimiento, hay tradición, hay a lo mejor igual, pero no hay un registro... (Grupo focal)

el tema de incorporarlos a atender con nosotros conlleva meterlos en el sistema de nosotros de oferta y demanda. La gente si ve a la Kimche, como a los médicos, enfermeras, nutriólogo, cree que es uno más y lo va a pedir y lo va a demandar. Y ellos tienen una forma de atender que es muy distinta (Grupo focal)

La “Medicina Mapuche-Williche” en la actualidad es como un conocimiento fragmentado en contextos de relaciones asimétricas con la medicina occidental y la cultura total. Variados autores abordan estas situaciones (Boccará, 2007, 2012; Menéndez, 2016).

Las experiencias o conocimientos de elementos o fragmentos de la cultura y de la “Medicina Mapuche-Williche” provienen de la ascendencia indígena que tienen algunos funcionarios/as, o de pertenecer a familias de sectores rurales. Así los padres, abuelas se encargaban de la transmisión familiar y comunitaria. Ahora, es el contexto laboral actual que posibilita las acciones de “interculturalidad” que se desarrollan en el CESFAM, a través del programa PESPI. En donde las capacitaciones, son una de las estrategias empleadas

cuando yo estudie en el colegio, nunca me explicaron nada, nunca se mencionó la palabra mapuche williche y hora lo vivo con mi hija en el jardín y ahí celebran todos los años el año nuevo mapuche, sus actividades comen las comidas típicas. (Grupo focal)

Presencia se identidades territoriales locales. En cada territorio se desarrollan actividades y acciones que responden a las articulaciones y acuerdos que alcanzan los actores que participan en la perspectiva de la política pública. En cada territorio hay “visiones” distintas de las “metas”, “rendimientos” o “imagen objetivo” en relación a la “salud intercultural”. Esto se refleja en las acciones que se emprenden desde el PESPI y en las opiniones de los grupos focales, en donde se vehiculan valores, creencias, experiencias e intereses personales hasta cuestionamientos de si lo que se hace es realmente interculturalidad en salud.

allá, no están identificados los Kimche y no están identificadas las machis, o sea y muchas veces los usuarios que saben dicen –yo tomo yerbas- pero no te dicen dónde va ni de donde la saca. Porque ellos conocen a sus propios sanadores, ellos conocen a sus propios Kimche y no lo van a decir. (Grupo focal)

bueno nosotros si tenemos atenciones programadas de nuestros Kimche, al interior del consultorio. (Grupo focal)

Acciones/estrategias

En la comprensión de que la realidad es un entramado difuso y complejo, que nunca es posible comprender del todo y de manera definitiva, el pensamiento surge como un intento de ordenar el caos que implica la existencia del ser humano, que dicho sea de paso es necesario para el hombre, a pesar de no tener acceso a ella. En este sentido, Maturana (2010, 2011) introduce la noción de “objetividad entre paréntesis”, con el fin de advertir que no es posible encontrar una referencia fáctica sobre nuestras creencias al margen del observador. En este sentido, la interculturalidad la entendemos como un encuentro de dos pensamientos distintos, de dos interpretaciones diferentes de la realidad, siendo en este encuentro donde quedan expuestas y al aire libre las discrepancias de estas dos verdades.

En salud esta situación se materializa en dos sistemas médicos que tienen sus propias formas de comprender el fenómeno de la salud/enfermedad, definiendo particulares procesos diagnósticos, semiológico, etiológico y terapéuticos.

Es en este marco en que la institucionalidad por diversas razones históricas, que han sido descritas anteriormente, realiza intentos por promover un diálogo entre ambas medicinas, dejando expuestos a los funcionarios de salud a las contradicciones que se generan en el proceso de articulación de estas dos verdades. De manera que, para salvar este dilema, los funcionarios despliegan distintas estrategias, que tienen relación con sus propias experiencias; familiares, culturales, profesionales y/o personales. Para abordar e intentar comprender estas estrategias hemos agrupado a los funcionarios en tres categorías, las que sabemos no se dan de manera exacta y estática, sino más bien, es un proceso dinámico en el que estos pudieran estar en más de una categoría o moverse entre ellas, dependiendo de las experiencias que estos pueden ir teniendo en relación a esta temática.

Indiferencia: en esta categoría, frente a la confusión los funcionarios despliegan una actitud de indiferencia frente a la interculturalidad, la que también puede ser expresada en ciertos momentos, como de oposición a la interculturalidad o al mundo Mapuche, tendiendo a restarse de las actividades y capacitaciones del programa PESPI, mostrándose poco interesado en el dialogo de “lo Mapuche”, conjuntamente estos funcionarios tenderán a valorar el sistema médico imperante, desconociendo otros sistemas de salud y sus prácticas, visualizando al sistema médico occidental como el único realmente válido. Esto se apreció en el siguiente comentario: “Quizás no todas las personas estén interesadas en el tema”, “yo creo que la libertad está, a lo mejor el interés no, que es distinto” (Grupos focales)

Reducción: aquí se aprecia que los funcionarios han adoptado una actitud de validación de otros sistemas de salud, comprendiendo que no solo el sistema de salud imperante contiene una terapéutica útil en el proceso de salud/enfermedad. Se puede apreciar funcionarios que mantienen alguna cercanía u/o interés por las actividades y capacitaciones del programa PESPI, pudiendo desplegar ideas y acciones para fomentar el proceso de complementariedad entre las medicinas, sin embargo, estas son respuestas aisladas e intermitentes, que muestra una reducción de la complejidad del fenómeno, no siendo el funcionario capaz de observar con claridad las contradicciones y discrepancias, tendiendo a brindar rápidamente propuestas o soluciones frente a las situaciones coyunturales que se generan en la interculturalidad, pudiendo caer en la folklorización, como en el siguiente caso señalado por uno de los participantes:

el servicio de salud quería instaurar la medicina intercultural y por poco fueron a vernos a la farmacia, como en esa época estábamos a cargo miraban el cómo colgar por poco ramas de hiervas en nuestra farmacia, entonces ahí tratamos de explicarles que eso no era la medicina mapuche, la medicina mapuche lo que tiene es la espiritualidad, es la forma en como la ñaña, o la persona que esté encargada de sacar esa hierva o sacar ese trozo de tierra va a pedir a los espíritus y lo va a trabajar con cierta armonía con toda su fuerza y energía que ellos le ponen para preparar algo.

Desconfianza: frente al intento de generar una complementariedad de ambas medicinas, se aprecia que los funcionarios que se encuentran en esta categoría, han tenido un acercamiento mayor al mundo Mapuche y su cosmovisión, apreciándose una actitud de mayor crítica frente a estos procesos de articulación, tendiendo a reflexionar con mayor profundidad acerca de las dificultades de propiciar el acercamiento de ambas medicinas, adoptando una actitud de desconfianza sobre hasta dónde es posible articular a ambos sistemas médicos. Esto se aprecia en los siguientes fragmentos:

[Hay que tratar de] buscar un equilibrio, pero no se va a poder por completo, porque hay una parte espiritual que es muy importante, que la persona es un hábitat donde ellos buscan sus hierbas, las aguas”, “ Yo lo veo, como les decía, para mí era la medicina de mi abuela y no veo a mi abuela atendiendo a 60 personas, cada persona tenía su conocimiento, pero no tenía una fuerza de 60 personas, es como un negocio ya. Yo no sé si la persona será capaz espiritualmente para hacer eso”, “El tema de incorporarlos a atender con nosotros conlleva meterlos en el sistema de nosotros, de oferta y demanda. La gente si ve a la Kimché, como a los médicos, enfermeras, nutriólogo cree que es uno más y lo va a pedir y lo va a demandar. Y ellos tienen una forma de atender que es muy distinta.

Consecuencias

Como resultado de las respuestas aisladas e intermitentes ejercidas por los funcionarios ante la confusión en las experiencias de salud intercultural, encontramos dos consecuencias sobre la implementación de este tipo de atenciones. La primera se refiere a las diferencias territoriales

en la implementación de experiencias de interculturalidad en salud por parte de los funcionarios. En las áreas de Río Negro y San Pablo, estas diferencias pueden tener su origen en la especificidad de la matriz socio-cultural de cada territorio, lo que es reconocido por los funcionarios: *“Hay que mirarlo por territorio, el territorio de San Pablo y el territorio de Río Negro tampoco son territorios iguales.”*

En el caso de San Pablo se reconoce la importancia de la participación de los dirigentes de las comunidades indígenas como facilitadores de las acciones y programas implementados por los funcionarios de los CESFAM. Esto último también depende del conocimiento de los funcionarios respecto a su comunidad local, lo que se genera en el trabajo en terreno, así como en el establecimiento de relaciones de confianza con los agentes de medicina Mapuche-Williche. Respecto a esto último, el “recomendar” a estos agentes, no necesariamente es una práctica que se realice por vías institucionales; lo que da cuenta de procesos de coexistencia paralela de sistemas médicos (Álvarez, 2007).

Yo creo que dentro de las comunidades ahí uno reconoce por ejemplo los componedores de huesos, conoce a personas que curan empacho, entonces cuando uno ve que la mamá consulta 5 o 6 veces con el niño con diarrea, entonces uno le dice, aquí hay tal persona que cura empacho. ¿Por qué no lleva a su niñito para allá y ve otra alternativa? [...] Uno va detectando dentro de las mismas comunidades.

En el caso de Río Negro, en cambio, los funcionarios reconocen una mayor dificultad para relacionarse con las comunidades, o, al menos, una mayor distancia entre sistemas médicos tradicional y occidental, a veces por desconfianza de las comunidades y/o a veces por renuencia de los propios funcionarios.

[...] muchas veces los usuarios que saben dicen “yo tomo hierbas”, pero no te dicen dónde va ni de a dónde las saca. Porque ellos conocen a sus propios sanadores, ellos conocen a sus propios kimché y no lo van a decir.

Una segunda consecuencia de la intermitencia y aislamiento de las acciones de los funcionarios, producto de la confusión en la implementación de experiencias de salud intercultural, es lo que un funcionario ha denominado «folklorización» de la cultura Mapuche-Williche. Algunos funcionarios reconocen que algunas de las acciones suscritas bajo el marco de salud intercultural **no apuntan a la complementariedad o al diálogo de saberes**, sino que más bien toman algunos elementos aislados y/o superficiales de la cultura Mapuche-Williche para asimilarlos a las normas de la medicina occidental o biomedicina, sin que esta última sea repensada o puesta en perspectiva dentro de un marco de diálogo intercultural. Esta relación entre medicinas correspondería a una “incorporación formal de un enfoque intercultural al interior del sistema de salud oficial, ya sea hospitalario, o en la atención primaria” (Álvarez, 2007; citado por Ramis, 2016, p.106), la que a su vez reflejaría procesos coexistencia paralela y tolerancia pasiva (Ramis, 2016, p.106).

Como señala Cuyul, al incorporarse a la atención estatal, las prácticas de salud mapuche se “burocratiza”, es decir, estas prácticas “se estandarizan, codifican, valorizan y notifican, al igual que las prestaciones de salud wingka” (2013, p.268). Esto implica que las acciones en salud mapuche

pasan a formar parte del patrimonio y capital del sistema de salud chileno. Este reconocimiento por parte de los funcionarios da cuenta de que las acciones en interculturalidad no atienden al diálogo de saberes o al entendimiento de una lógica propia de la medicina mapuche, sino que más bien responde, como lo señala Cuyul (s.f.), a una lógica funcionalista de apropiación de una cultura (vista como subalterna) para el fortalecimiento del modelo hegemónico en el cumplimiento de las agendas multiculturales, legitimándolo.

No es por ser negativa, pero yo pienso que se ha folclorizado un poco el tema, porque muchas veces se busca el año nuevo mapuche, que esto, que lo otro, pero no llevan al punto que conlleva la medicina mapuche. Entonces ahí yo creo que está la falencia.

Conclusiones

En general, las personas que participaron del estudio valoran la Medicina Mapuche-Williche, sin embargo, en su calidad de funcionarios de la salud no la consideran como una “opción válida” en su quehacer laboral. En ocasiones se deja en manos de los profesionales médicos la “validación” de este tipo de terapias.

La RS de los funcionarios respecto a la relación entre los sistemas médicos refieren que la Medicina Mapuche Williche y la Medicina Occidental son “formas” distintas, que en la práctica operan de manera diferente y que en el intento de complementariedad genera confusión.

Se observa que la RS de los funcionarios respecto de la Medicina Mapuche-Williche se encuentra en proceso de cambio, tendiendo a profundizar su validación como un sistema médico.

Referencias bibliográficas

- Aizemberg, L. (2014). *Salud indígena: una reflexión crítica y miradas alternativas a la perspectiva intercultural*. Recuperado de: <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/1427/SALUD%20IND%20CDGENA%20UNA%20REFLEXI%20D3N%20CR%20CDTICA%20Y%20MIRADAS%20ALTERNATIVAS%20A%20LA%20PERSPECTIVA%20INTERCULTURAL.pdf?sequence=1>.
- Almaguer, J., Vargas, V. & García, H. (2009). Interculturalidad en Salud. Experiencia y Aportes para el Fortalecimiento de los Servicios de Salud. *Dirección General de Proveeduría, Imprenta Universitaria, México*, 8. Recuperado de: <http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/MedicinaTradicional/InterculturalidadSalud.pdf>.
- Álvarez, G., Álvarez, A., y Facuse, M. (2002). La construcción discursiva de los imaginarios sociales: el caso de la medicina popular chilena. *Onomazein*, (7). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/1345/134518098008/>.
- Álvarez Díaz, A. (2007). Práctica complementaria en salud y recuperación del conocimiento tradicional mapuche. *Anales de Antropología*, 41(1), 143-172.
- Araya, S. (2002). Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión. *Cuaderno de Ciencias Sociales*, 127, 9-79. Recuperado de: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/ICAP/UNPAN027076.pdf>.
- Banchs, M. A. (2007). Entre la ciencia y el sentido común: representaciones sociales y salud. En T. Rodríguez y M. García (Coords.), *Representaciones sociales. Teoría e investigación*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara (pp. 219-253). Recuperado el 10 de enero del 2017 de https://www.academia.edu/984196/Representaciones_sociales_teor%C3%ADa_e_investigaci%C3%B3n.
- Bazán, M. (2014). Interculturalidad ¿neoliberal? o neoliberalismo intercultural. *Revista del CISEN Tramas/ Maepova*, 2(2). Recuperado de: <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/cisen/article/view/5467/10497>.
- Bolados García, P. (2012). Neoliberalismo multicultural en el Chile postdictadura: la política indígena en salud y sus efectos en comunidades mapuches y atacameñas. *Chungará (Arica)*, 44(1), 135-144. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/chungara/v44n1/art10.pdf>.
- Boccaro, G. (2007). Etnogubernamentalidad: la formación del campo de la salud intercultural en Chile. *Chungará (Arica)*, 39(2), 185-207. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-73562007000200003&script=sci_arttext&tlng=en.
- Boccaro, G. (2012). La interculturalidad como campo social. *Cuadernos interculturales*, 10(18), 11-30.
- Cuevas, Y. (2016). Recomendaciones para el estudio de representaciones sociales en investigación educativa. *Cultura y representaciones sociales*, 11(21), 109-140.
- Cuyul, A (s.f.) Salud intercultural y la patrimonialización de la Salud Mapuche en Chile. Recuperado de: http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/31789429/Cuyul-Fijrakizuam2012-Terminado.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1489803552&Signature=TxiCjWP4BKJE79%2BzXTJlKPyKfAl%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DSalud_intercultural_y_la_patrimonializac.pdf.
- 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), 21-34.
- Fuenzalida, P. (2015). Algunas aproximaciones político-conceptuales sobre la salud intercultural. En "Pichi

Leufu, srewel srakizuam kimmel pus lawentu. Río Chuelo, espacio de pensamientos y saberes en Salud Intercultural". Recuperado de: http://www.estudiosindigenas.cl/documentos/Salud_Intercultural_RioNegro.pdf.

Hasen, F. (2012). Interculturalidad En Salud: Competencias En Prácticas De Salud Con Población Indígena. *Ciencia y enfermería*, 18(3), 17-24. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000300003>.

Marambio, K., Gil de Montes, L. y Valencia, J. (2015). Representaciones Sociales, Inteligencia y Conflicto de la Educación en Chile. *Psykhé (Santiago)*, 24(1), 1-11. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/psykhe/v24n1/art05.pdf>.

Menéndez, E. (2016). Intercultural health: proposals, actions and failures. *Ciênc Saúde Coletiva*, 21, 109-18. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n1/en_1413-8123-csc-21-01-0109.pdf.

Meneses P, Millalen C, Bustos B. (2011). Sistematización de la Experiencias de Salud Intercultural. Chile. Programa Orígenes BID - CONADI.

Mignone, J., Bartlett, J., O'Neil, J. y Orchard, T. (2007). Best practices in intercultural health: five case studies in Latin America. *Journal of ethnobiology and ethnomedicine*, 3(1), 31. Recuperado de <https://ethnobiomed.biomedcentral.com/articles/10.1186/1746-4269-3-31>.

MINSAL, (2016). Orientaciones Técnicas y Guía metodológica Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas. Recuperado de: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/cartilla%20DERECHOS%20Y%20SALUD%20C169%20.pdf>.

-----**(2012).** Ley de Derechos y Deberes que tiene las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud. Recuperado de: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>.

-----**(2011).** Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas. Res. Ex. N° 11. Santiago de Chile.

-----**(2006).** Política de Salud y Pueblos Indígenas. Segunda Edición. Recuperado de: <http://www.sstalcahuano.cl/file/pespi/politica.pdf>.

-----**(2006).** Norma General Administrativa General N° 16, sobre Interculturalidad en los Servicios de Salud.

-----**(2003).** Política de Salud y Pueblos Indígenas. Recuperado de: <http://www.bvsde.paho.org/bvsapi/e/paises/chile/politica.pdf>.

Maturana, H. (2010). *Del Ser al Hacer. Los orígenes de la biología del conocer*. Granica: Buenos Aires.

Maturana, H. (2011). *La Objetividad. Un recurso para obligar*. Granica: Buenos Aires.

Moreno, X. (2016). *Género y representaciones sociales de la salud en personas mayores usuarias de centros de atención primaria de Santiago* (Tesis Doctoral). Universidad de Chile, Santiago. Recuperado de http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/479/Tesis_Ximena%20Moreno.pdf?sequence=1.

Nóbrega, D. O., Andrade, E. D. R. G., & Melo, E. S. D. N. (2016). Pesquisa com grupo focal: contribuições ao estudo das representações sociais. *Psicologia & Sociedade*, 28(3), 433-441.

OIT, (1989). Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales. Recuperado de http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C169.

Oliveira, D. C., Siqueira, A. A. F., y Alvarenga, A. T. (1998). *Práticas sociais em saúde: uma releitura à luz da*

teoria das Representações Sociais. En A. A. P. Moreira y D. C. Oliveira (Orgs.), *Estudos interdisciplinares de representação social*, 163-190. Goiânia: AB Editor.

O'Neill, J.; Bartlett, J. y Mignone, J. (2007). *Best practices in intercultural health*. Inter-American Development Bank. Recuperado de: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/5214/Best%20Practices%20in%20Intercultural%20Health.pdf?sequence=1>.

OMS/OPS, (2003). Armonización de los Sistemas de Salud Indígenas y el Sistema de Salud Convencional en las Américas. Lineamientos Estratégicos para la Incorporación de las Perspectivas, Medicinas y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud. Recuperado de: <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/49-Esp%20IND24.pdf>.

OMS/OPS (1999). Informe del Grupo de Trabajo OPS/OMS sobre Medicinas y Terapias Tradicionales, Complementarias y Alternativas. Recuperado de: http://www1.paho.org/Spanish/HSP/HSO/indimedter_esp.pdf.

----- (1993). Resolución V. Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Lineamientos Estratégicos y Plan de Acción 2003 – 2007. Recuperado de: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/50%20EspPlan2003-2007.pdf>.

OMS, (2002). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional: 2002-2005. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67314/1/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf.

----- (2013). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional: 2014-2023. Recuperado de: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201es/s21201es.pdf>.

OPS, (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

Perdiguero, E. (2006). Una reflexión sobre el pluralismo médico. *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*, 33-49. Recuperado de: http://saludpublica.bvsp.org.bo/textocompleto/bvsp/boxp68/ag_salud-interculturalidad.pdf.

Piñones, C., Mansilla, M. & Arancibia, A. (2017). El imaginario de la horizontalidad como instrumento de subordinación: la Política de Salud pueblos indígenas en el multiculturalismo neoliberal chileno. *Saúde e Sociedade*, 26, 751-763. Recuperado de https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0104-12902017000300751&script=sci_arttext&tlng=pt.

Polli, G. M., & Wachelke, J. (2013). Confirmação de centralidade das representações sociais pela análise gráfica do questionário de caracterização. *Temas em Psicologia*, 21(1), 97-104.

Ramírez, S (2014). Salud, globalización e interculturalidad: una mirada antropológica a la situación de los pueblos indígenas de Sudamérica, *19*(10), 4061-4069. Recuperado de: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232014001004061&script=sci_arttext&tlng=pt.

Ramis, Á. (2016). Bioética narrativa y salud intercultural mapuche: Aportes a su fundamentación y complementación. *Veritas*, (34), 93-116.

Restrepo-Ochoa, D. (2013). La teoría fundamentada como metodología para la integración del análisis procesual y estructural en la investigación de las representaciones sociales. *Revista CES Psicología*, 6(1), 122-133. Recuperado de <http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2579/1824>.

Rodríguez, T. (2007). Sobre el estudio cualitativo de la estructura de las representaciones sociales. En T. Rodríguez y M. García (Coords.), *Representaciones sociales. Teoría e investigación*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, pp. 157-190.

- Strauss, A. L. & Corbin, J. (2002).** *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundada (1. ed.)*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia
- Valencia, S. (2007).** Elementos de la construcción, circulación y aplicación de las representaciones sociales. En T. Rodríguez y M. García (Coords.), *Representaciones sociales. Teoría e investigación*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, pp. 51-82.
- Vergès, P. (1994).** *Approche du noyau central: propriétés quantitatives et structurales*. En Ch. Guimelli (Ed.), *Structures et transformations des représentations sociales*. Genève: Université de Lausanne et de Genève.