

## HACIA UNA ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD DESDE LA INTERCULTURALIDAD CRÍTICA

Catalina Jara<sup>1</sup>

### Resumen/ Abstract

Este artículo aborda la noción de agencia en torno a la salud intercultural concebida a partir de una concepción dialógica de las asociaciones indígenas y el modelo biomédico. Se analiza la principal medida acogida por el Estado chileno para fortalecer el proceso de desarrollo de los pueblos originarios al interior de la salud pública; el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI). El análisis nos conducirá a afirmar que esta política pública deja de lado elementos centrales de la noción de salud colectiva y su capacidad de acción. Produciendo una desarticulación entre la demanda por el derecho a la salud, autonomía y autodeterminación de los pueblos originarios y su capacidad efectiva para posicionarse como actores en torno al proceso de salud, enfermedad, atención y prevención vinculado a su sentido de pertenencia con el territorio y los determinantes sociales. Según el presente imaginario, este desajuste dificultaría las posibilidades de generar una estrategia definida por el criterio de pertinencia cultural orientada a satisfacer las demandas del pueblo mapuche, en pos del reconocimiento de su medicina desde un enfoque de derechos específicos.

Palabras claves: política pública, salud intercultural, autonomía, proceso de salud, enfermedad, atención y prevención (s/e/a/p).

## TOWARDS AN ANTHROPOLOGY OF HEALTH FROM CRITICAL INTERCULTURALITY

### *Abstract*

*This article addresses the notion of agency around intercultural health conceived from a dialogic conception of indigenous associations and the biomedical model. The main measure adopted by the Chilean State to strengthen the development process of indigenous peoples within public health is analyzed; the Special Health and Indigenous Peoples Program (PESPI). The analysis will lead us to affirm that this public policy leaves aside central elements of the notion of collective health and its capacity for action. Producing a*

---

<sup>1</sup> Chilena, Municipalidad de Pudahuel. Correo electrónico [catajara@mpudahuel.cl](mailto:catajara@mpudahuel.cl)

*disarticulation between the demand for the right to health, autonomy and self-determination of indigenous peoples and their effective capacity to position themselves as actors around the process of health, illness, care and prevention linked to their sense of belonging to the territory and social determinants. According to the present imaginary, this imbalance would hinder the possibilities of generating a strategy defined by the criterion of cultural relevance and aimed at satisfying the demands of the Mapuche people, in pursuit of the recognition of their medicine from a specific rights approach.*

*Keywords: public policy, intercultural health, autonomy, health process, illness, care and prevention (s/e/a/p).*

### *Introducción*

En la ciudad de Santiago es cada vez más visible la presencia de ruka y centros ceremoniales indígenas en diversas comunas. La capa informativa de un estudio territorial revela que existen 21 ruka en un total de 52 comunas de la capital, 34 Centros de Salud con PESPI<sup>2</sup>. Gestando así un sentido de asociatividad y participación concebidos como lugares de memoria y resistencia cultural, manteniendo elementos que representan tanto su ancestralidad como su cosmovisión en la urbe (Carmona, 2018, p. 85). Por esta razón, es visto como un espacio que permite a las asociaciones indígenas mantener vigentes sus conocimientos en salud colectiva. De forma paralela, se hace hincapié en encauzar un derecho constitucional que aboga por el fortalecimiento de la salud propia dirigida y administrada por las mismas organizaciones, esto amparado por el Convenio N° 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes de la Organización Internacional del Trabajo OIT<sup>3</sup> promulgado por decreto supremo N° 236 del año 2008.

Pues bien, el presente artículo se enmarca en el discurso reivindicativo de un sector del movimiento mapuche respecto a su incidencia en las políticas de salud implementadas bajo el concepto de interculturalidad. A saber, la problemática de este proceso apunta a los diálogos existentes entre el Estado, el sistema biomédico y la salud mapuche, entendiendo

---

<sup>2</sup> Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas PESPI del Ministerio de Salud de Chile MINSAL.

<sup>3</sup> Parte V. Seguridad Social y Salud, artículo 25 en lo referido a salud y autodeterminación será el gobierno el responsable de brindar sistemas de salud adecuados para los pueblos interesados, además de prestar los medios necesarios para que los servicios funcionen bajo su propia responsabilidad y control. Cuestión relacionada a los derechos territoriales, pues la salud mapuche está estrechamente vinculada a la forma de vida, su forma de medicinar dependiendo de los determinantes sociales en salud presentes en el hábitat.

que estos actores deben “convivir” generando estrategias que posibiliten el reconocimiento de las prácticas ancestrales de los pueblos originarios, dándole cabida a la autonomía y autodeterminación. Entendiendo que estas realidades antropológicas en plena transformación se sustentan en la difusión de una política de etnicidad, develando articulaciones, tensiones y exclusiones que han influido en el posicionamiento de diferentes actores por el derecho a la salud con pertinencia cultural. Se trata entonces de un estudio sobre de la formación de los roles político sociales en el espacio curativo de la salud y su dinámica como consecuencia de un complejo entramado de relaciones de colaboración, conflicto y poder asociadas al proceso de salud, enfermedad y atención en contexto urbano.

Bajo esta lógica, la política de salud para pueblos originarios se inaugura con el Programa Mapuche (PROMAP) en el año 1992, focalizado en la IX región de La Araucanía. Posteriormente se implementó el PESPI en el año 2000 dirigido por MINSAL, con la finalidad de asignar recursos a diversas organizaciones indígenas que desarrollan iniciativas en salud. Luego, surge la primera fase del Programa Orígenes (2000 -2004). Todos ellos están amparados en las siguientes normativas vigentes; Ley de Autoridad Sanitaria (2004), Norma General Administrativa N°16 del MINSAL, además la Ley N°20.584 en el articulado N°7<sup>4</sup>. Estas obligaciones consisten básicamente en garantizar el derecho a recibir una atención de salud con pertinencia cultural.

#### *Transformación de la política social en América Latina y la nueva centralidad del indígena*

Hace muchos años era impensable la idea que los pueblos indígenas fueran una fuerza activa en el mundo contemporáneo, producto de la asimilación a la cultura dominante donde fueron absorbidos en una sola nación mestiza, o mezclada. Contrastando la imagen de los indígenas siempre radicados a sus territorios originales hasta aquí se examinan diversos rostros de la experiencia indígena actual, con ello la diáspora y la circulación global del discurso y la política de la indigeneidad “Teniendo en cuenta que exige que se la reconozca como un campo relacional de gobernanza, subjetividades y conocimientos que nos involucra a todos, indígenas y no indígenas, en la construcción y reconstrucción de sus estructuras de poder e imaginación” (De la Cadena, 2009, p. 195). De esta forma, la reemergencia indígena en el

---

<sup>4</sup> Véase en Políticas de Salud Intercultural en Chile: Desde el PROMAP (1992) hasta la normativa vigente en la actualidad. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile BCN, Golstein & Poblete, 2019.

ámbito de la participación política apunta a contrarrestar viejas posiciones que negaban la presencia indígena en la ciudad, transitando a una toma de conciencia acerca de la indigeneidad y su visibilización. En relación a esto, Campos (2019) afirma lo siguiente:

Se concibe etnogénesis como un conjunto de procesos étnicos que incluyen, entre otros aspectos, la reetnificación (orientada por la acción estatal o de un ente externo, como las grandes empresas), la reemergencia (motivada por cambios internos a las propias comunidades) y la resistencia cultural (manifestada como estrategia en contra de la invisibilización y la negación cultural). Se incluyen también las estrategias de reconfiguración identitaria, entendidas como los cambios permanentes por los que pasan distintas sociedades, así como los procesos a través de los cuáles se van transformando. (p. 139)

Dicho esto, se hace ineludible dar lugar a la agencia a través de la presencia e influencia pública de actores indígenas como parte de un posicionamiento de orden político que puede estar motivado por diferentes posturas ideológicas, es decir, las prácticas culturales, las instituciones y la política indígena se hacen indígenas en articulación con lo que no se considera indígena en la formación social particular en la que existen. Contribuyendo a la formación dialógica a la que le estamos dando el nombre de interculturalidad, propiciando la permeabilidad en el territorio geopolítico contando con una existencia políticamente reconocida y valorada para comprender la diversidad y pluralidad como un factor constitutivo de los estados de América Latina.

#### *Pueblos originarios y Estado: enfoque limitado para una realidad compleja*

Tras una serie de procesos de integración indígena de carácter forzoso por parte del Estado de Chile y con el fin de homogeneizar a la población que habita en el país, irrumpe en la década de los 90' en todo el continente la llamada "Emergencia Indígena en América Latina" (Bengoa, 2016). Lo que permitió la apertura de espacios democráticos para que los pueblos originarios pudiesen expresar sus demandas y derechos colectivos, es más, constituyendo el marco contextual del surgimiento de una nueva política social orientada a los pueblos indígenas en el país.

En el caso específico de la RM, existen diversas organizaciones indígenas que han sobrevivido a estos procesos de pérdida de elementos identitarios, dentro de las cuales existe una mayoría que se adscribe a la identidad mapuche warriache -gente mapuche de la ciudad- entendido desde una experiencia de etnificación del espacio urbano (Imilan, 2014, p. 254) y asimilado principalmente por las nuevas generaciones como consecuencia de la migración campo/ciudad. Paralelamente, hay otro concepto en el que se autodenominan como champurria -gente mestiza de la urbe- entendida como una enunciación “fronteriza” que emerge desde una experiencia y posición política, ética, dialógica y artística de fronteras culturales producto de la diáspora mapuche<sup>5</sup>.

De este modo, es posible visualizar la tendencia a la reelaboración de identidades y el nacimiento de identidades emergentes en contexto urbano. Así, una de las razones que hizo posible la interculturalidad dentro del área de la salud pública en el país, son las brechas existentes referidas al acceso y a la atención en salud para la sociedad en general, pero principalmente para los pueblos originarios. El MINSAL de acuerdo a lo establecido el año 2012 en el artículo 7 de la Ley 20.584, crea una normativa que regula el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos originarios a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, lo cual se expresará en la aplicación de un modelo de salud intercultural validado ante las comunidades indígenas, el cual deberá contener, a lo menos, el reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y las prácticas de los sistemas de sanación de los pueblos originarios.

Dicho esto, emerge como una demanda de parte del movimiento mapuche abocarse a la población que está siendo vulnerada en torno a la atención de salud, como una forma de sanar el cuerpo social que ha sido invisibilizado por años (Cuyul, 2013), en el intento de hacer efectivo el derecho a la autodeterminación en salud en concordancia con sus tradiciones y su forma de concebir el mundo. La disyuntiva se expresa en el ejercicio del poder visibilizado en el proceso de salud, enfermedad y atención a través de las condiciones de salud dominante. Más bien, como resultado de un proceso de apropiación erigido desde el conocimiento

---

<sup>5</sup> Véase en Moraga, F. (2021). “Nosotras champurrias/nosotras mapuche”. Guerra florida de Daniela Catrileo. Revista chilena de literatura, (104), 73-98.

biomédico occidental, que subalterna la lógica ontológica propia de los saberes tradicionales, relevando la idea de que todo grupo social crea saberes curativos y preventivos.

Desde ahí, surgen estrategias y propuestas que reflejan la voluntad por insertarse en la sociedad desde el área sanitaria, ya sea a través de la vinculación con municipios en la concesión de espacios que fueron tomas de terreno o microbasurales en las poblaciones y que luego de años de negociaciones son traspasadas en comodato a las propias asociaciones indígenas bajo la lógica de la autoadministración. Expresando así, el posicionamiento de personas que resignifican y territorializan el espacio, como un nuevo lugar donde es posible desarrollar el proceso de atención de salud mapuche a través del uso político del enfoque intercultural gestionado por PESPI, puesto en marcha desde los años 2000 por el MINSAL con el objetivo de acentuar experiencias de salud en las periferias.

#### *La vía política indígena: agencia y salud colectiva*

En las últimas dos décadas en Chile han ocurrido importantes cambios en materia de pueblos originarios, en este caso en particular resulta interesante posicionar las vías institucionales de participación política para hacer cambios en el Estado y en las políticas públicas, justamente para generar condiciones favorables que les permita ampliar las capacidades de decisión al interior de las organizaciones indígenas y de gestión territorial a partir de influencias de interlocución a nivel local con actores e instituciones no indígenas.

De esta manera, han surgido nuevas formas de politización que plantea la agencia como la capacidad de acción de los sujetos y de las organizaciones a partir de las prácticas de autoatención además desde la participación social y los procesos organizados en salud. Entendido como un sistema primario donde los sujetos desarrollan su bienestar, analizando los problemas y los procesos de salud, enfermedad, atención y prevención tanto desde el abordaje experiencial del padecer y enfermar como desde la reconstrucción procesual de las trayectorias de búsqueda de atención, las cuales son parte de las respuestas en la dimensión de los servicios de salud. Todo ello bajo el paraguas de un movimiento de medicina social en salud colectiva capaz de vincular el cuerpo físico, social y político o de las determinaciones sociales “para propiciar los diálogos y acercamientos necesarios entre los saberes colectivos

y las elites del conocimiento formal, para potenciar una fuerza integradora de transformación social” (Álvarez, Ruiz, Anigstein, & Oyarce, 2021, p. 107).

Un elemento necesario para la construcción de un pensamiento y una práctica acorde con las necesidades de salud de la población, denominada salud colectiva o salud pública alternativa, o medicina social radica en “incorporar concepciones históricas, económicas y socioculturales de los sujetos y el reconocimiento de las desigualdades estructurales” (Granda, 2004). Por añadidura, se concibe la salud colectiva como la nueva manera que tenemos de entender también que lo intercultural no es sólo con los pueblos indígenas, sino como una nueva manera de entender los procesos sociales, políticos que hay detrás de todo lo que es salud y enfermedad (Espinoza, Contreras & Campos, 2021, p. 282). Es decir, politizando los cuidados comunitarios desde la memoria colectiva y el enfoque relacional, visto como una práctica significativa y dialogante para organizar a la gente, teniendo en cuenta las propias condiciones de vida de las comunidades indígenas (construyendo y aplicando encuestas en terreno para hacer un diagnóstico en salud comunitaria) haciendo evidente las desigualdades territoriales incluyendo cómo las diferencias de clase social, etnia-raza y género se intersectan, estructuran y convierten en exclusiones en los perfiles epidemiológicos y en las relaciones establecidas con el sistema institucional de salud, en este caso en específico donde las asociaciones indígenas reivindican la salud colectiva y la medicina mapuche desde el derecho a la salud.

En el presente artículo se aboga por un abordaje estratégico en salud que implica que las organizaciones mapuche en salud se constituyan como actor colectivo y portadores de recursos de poder en salud capaces de insertarse colaborativamente en el campo de la salud pública. Concebida desde la micropolítica en los centros de salud, generando espacios de cogestión donde el proceso de salud/enfermedad/atención sea problematizado y abordado por la dirigencia, los trabajadores de salud y usuarios/as de la comunidad. En relación a ello, Cuyul (2013) afirma lo siguiente:

Desde la salud colectiva es imperativo promover el libre ejercicio de derechos colectivos en salud desde los pueblos originarios y en análisis de sus determinaciones sanitarias de tal forma que se constituyan y fortalezcan en tanto actores de la política, es decir, construyendo un proyecto de política de salud propia que evite el tutelaje que promueve la interculturalidad

lighth sin el reconocimiento de derechos políticos ni espacios para la emancipación en salud. (p. 31).

Pues bien, lo anterior permite comprender el conjunto de limitaciones estructurales con las que se enfrentan los pueblos originarios al momento de desenvolverse en aquellas instancias de participación, lo que obstaculiza la capacidad de estos actores de convertirse en agentes activos en el proceso de toma de decisiones, dificultando la configuración de una política social definida a partir de una interacción dinámica entre autonomía individual y determinación estructural.

#### *Articulación entre ejes salud, enfermedad y atención*

El proceso de salud, enfermedad y atención es particular e histórico ya que cada sociedad desarrolla diversos modelos que atienden, enfrentan y previenen los padecimientos. Por consiguiente, se debe partir de la idea de que todo ser humano percibe y concibe, desde el contexto sociocultural en el que está inserto, elementos que incorpora en el plano físico, psíquico, emocional y espiritual que son manifestados en la enfermedad. Para Alarcón, Vidal y Neira (2003) la salud constituye una expresión eminentemente relacional, sintetizando diversas esferas de la calidad de vida, por tanto, es necesaria la reflexión en torno a las percepciones sobre la producción de conocimientos respecto a sus determinantes socioculturales, atendiendo el contexto y el carácter vinculante en el que se generan procesos de enfermedad de alcance colectivo. Esto también supone involucrar, a nivel organizacional y como agentes, a las poblaciones indígenas respecto a la territorialización. En relación a ello, Hersch-Martinez (2013) afirma lo siguiente:

Es fundamental propiciar que los actores significantes se expresen en las investigaciones y en la gestión de servicios, incorporando sus competencias y perspectivas en la aplicación de instrumentos o en formatos de participación, evaluación de resultados, y en particular, la construcción de instancias y plataformas de interlocución. (p. 515)

Asimismo, se orienta hacia la comprensión de padecimientos que constituyen un hecho cotidiano cargado de simbolizaciones que evidencian el sistema ideológico compartido. Por tanto, se entiende bajo un contexto histórico determinado que se caracteriza por contener relaciones de hegemonía y subalternidad que opera entre los distintos sectores sociales que

conviven. “De esta manera se explica la somatización colectiva considerando que el concepto de enfermedad es eminentemente procesual y dinámico” (Menéndez, 1994, p. 71), y que finalmente da cuenta de la reemergencia de este fenómeno en un contexto de globalización y realidades sanitarias locales heterogéneas, las cuales expresan y ponen en evidencia los principales problemas de salud global.

*Hacia una antropología aplicada e implicada en torno a la salud pública*

Respecto al trabajo cercano y colaborativo con organizaciones mapuche y el campo de la salud, se destaca el aporte de la antropóloga salubrista Ana María Oyarce<sup>6</sup> haciendo evidente el estudio de las desigualdades territoriales para transformar la realidad e impactar en los programas y las políticas de salud, con el propósito de producir conocimiento dialogante.

Se establece una distinción entre la antropología médica a partir del estudio de las dolencias/enfermedades y cómo las distintas sociedades responden culturalmente a aquellos padecimientos. Por otro lado bajo la misma línea, la antropología de la salud tiene un alcance sociopolítico, situándose desde una vertiente más estructural en la comprensión de la economía política de la salud. De este modo, el empuje de una comprensión profunda sobre ciencia e investigación, algo que ha procurado largamente la antropología, puede ir abriendo nuevas preguntas e inquietudes para todo el campo disciplinar de la salud pública y repercutir en las diversas profesiones que contribuyen en su quehacer.

En otras palabras, se postula el área de la salud pública y la acción intercultural evitando el etnocentrismo y colonialismo en el diagnóstico de las enfermedades que solo pueden ser comprendidas en el contexto actual del modelo médico hegemónico, neoliberal e individualista que la configura (Álvarez, Ruiz, Anigstein, & Oyarce, 2021, p. 103). Por tanto, el papel se encamina hacia la mediación que pueda desarrollar acciones orientadas a la promoción del cuidado de la salud, que articule estratégicamente entre los poderes científico, político y comunitario para mejorar las condiciones de salud y de vida como objetivo final de cualquier acción en salud pública.

---

<sup>6</sup> Véase Ciclo de Conversaciones Antropología del sur: Ana María Oyarce (Espinoza, Contreras & Campos). En Revista Antropologías del Sur Año 8 N°15 2021 Págs. 269 - 287

*Metodología y origen de los datos*

Primeramente, dentro del estudio de casos se distinguió el programa PESPI para analizar la noción de agencia que se presenta en las políticas sociales orientadas a los pueblos originarios desde una perspectiva crítica. Mientras que en lo referido a los aspectos metodológicos, los datos corresponden a alrededor de seis años de trabajo colaborativo con población indígena urbana, estrategia desarrollada en un primer momento en el Instituto de Arte, Cultura, Ciencia y Tecnología Indígena de Santiago (IACCTIS). Posteriormente, a través de la contribución en diversos conversatorios, encuentros y escuelas de formación política sobre asociatividad y participación protagónica vinculante con comunidades locales, con especial énfasis en el estudio y análisis de políticas públicas específicas para este actor social. Brindado la posibilidad de trabajar en el ámbito comunitario de manera intersectorial como funcionaria y mediadora intercultural en la Oficina Pueblos Originarios de la Municipalidad de Pudahuel. Por tanto, este tipo de trabajo de campo permite no solo comprender holísticamente los procesos culturales observados, sino tener una mirada a mediano y largo plazo acerca de las transformaciones sociales. Visualizando los cambios en la legislación internacional, la política nacional así como la conformación territorial de las asociaciones indígenas en la zona centro, poniente y sur de la RM. A saber, fortalecido por medio del compromiso y la participación activa en múltiples actividades e instancias de reflexión de carácter conmemorativas, ceremoniales, protocolares y de acción cultural en los territorios.

A partir de una serie de conversaciones *–nutram–* en torno al rol dirigenal desde el modelo de salud mapuche en las periferias, es posible dilucidar ciertas problemáticas que son atinentes a los intereses del I Congreso Internacional sobre Pensamiento Crítico Latinoamericano (UACH, 2024) sobre realzar la producción de un conocimiento situado y crítico que pone en evidencia la condición subalterna y decolonial. Este tipo de contribuciones, bajo el rotulo de pensamiento crítico, cuestiona la naturalización de relaciones de jerarquía, arbitrariedad y exclusión, e invita a conocer, desde los discursos y trayectorias, propuestas que han abierto un camino hacia el diálogo entre acuerdos y desacuerdos que van limitando o permeando lo conocido, viendo el potencial en las capacidades del ser humano en su relación con el medio social.

En este sentido, las palabras cobran sentido en las acciones orientadas para conseguir un objetivo colectivo, exponiendo ideas, problemas y vínculos que convocan a la valoración de experiencias locales en Latinoamérica, en este caso en específico atendiendo los procesos de salud, enfermedad, atención y prevención desde la medicina mapuche.

#### *Acercamiento a las asociaciones indígenas y ruka lawen<sup>7</sup> en la RM*

Según el Censo 2017 (INE), la región Metropolitana de Santiago concentra la mayor cantidad de población indígena del país equivalente al 695.116 (9,8%), es decir, que en la capital vive casi el doble (35%) de personas mapuche que en la IX región de la Araucanía (18%). En esa misma línea referido al estudio de casos comunales de este artículo, el porcentaje de población perteneciente a un pueblo indígena u originario respecto de la población total de la comuna correspondería a; La Pintana con un 15,5% (27.540 hab.), Lo Prado 13,8% (13.274), Pudahuel 12,3% (28.298) y Maipú 9,9% (51.728).

En cada una de ellas, se ejecuta el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI)<sup>8</sup> a través de asociaciones indígenas que cuentan con personalidad jurídica emitida por la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI), asociadas a la Unidad Salud y Pueblos Indígenas en el Servicio de Salud Metropolitano Occidente (Lo Prado y Pudahuel), Central (Maipú) y Suroriente (La Pintana). Donde paralelamente surge el “Consejo Red de Salud Intercultural Warriache” que contribuye como plataforma política a la institucionalidad indígena en la región Metropolitana y V región de Valparaíso a través de la implementación del derecho a la consulta, participación efectiva y amplia con el consentimiento libre, previo e informado, citado en el Artículo 6 N° 1 letra a) y N° 2, y 7 N° 1 oración segunda del Convenio 169 OIT el cual consagra el deber general de los gobiernos de consultar a los pueblos indígenas interesados.

---

<sup>7</sup> Casa de salud mapuche

<sup>8</sup> Centros de Salud Intercultural del Programa PESPI por servicio de salud y comuna, Región Metropolitana, junio – 2023. Fuente SEREMI de Salud RM, Depto. Salud Pública y Planificación Sanitaria, Unidad Salud Intercultural. Programa de Salud Pueblos Indígenas. Revisar en plataforma web GEOPORTAL → Programas de Salud → Salud Intercultural. Link de acceso: <http://geoport.al.asrm.cl/>

De este modo, tras la sistematización de datos vinculados a estudios de caracterización etnoterritorial se muestran perspectivas que posibilitan la conceptualización de los discursos en distintas organizaciones situadas en la RM; tales como el Consejo Mapuche de Pudahuel y el Centro de Salud Mapuche Ruka Rayen Foye, la Asociación Indígena We Liwen y la Casa de Salud Aflayai Mapuche Lawen de Lo Prado, la Asociación Indígena Weichafe Domo de Maipú, la Asociación Indígena Inchiñ Mapu con el Programa de Salud Mapu Lawen de La Pintana.

Así pues, se propone una reflexión en torno al cruce que se produce entre la territorialización de un lugar y la participación política producto de las migraciones del siglo XX, donde habita un gran porcentaje de población mapuche, la cual durante las últimas décadas ha gestionado una creciente reactivación de la identidad, siendo una de sus expresiones el derecho a la salud en la ciudad. “De las cosas políticas que han levantado las propias personas mapuche, creo que la salud es la única que ha permanecido en el tiempo y que dentro de lo posible en la región hemos resistido a esta autonomía en el sentido de poder decidir lo que se va a hacer. Finalmente, se tienen espacios ceremoniales por la salud, nos estamos introduciendo en la universidad. En un futuro sabemos que vamos a tener impacto, por eso tenemos que tener un diálogo constante, ese es el trabajo que se ha hecho desde el derecho”. (Manchileo, K, comunicación personal, 24 de octubre del 2023).

Por consiguiente, la acción colectiva de estas asociaciones indígenas está permeada por la cuestión identitaria en la ciudad. Esto, tras la Consulta Indígena (2015-2017) en el ámbito de la salud a partir de los procesos de participación “con” pueblos originarios a raíz de la deuda por inequidades en el acceso a la salud. “Fue una demanda visibilizar la salud mapuche como otra medicina que es existente en este territorio, que de hecho es ancestral, es antes que el Estado chileno. Entonces este diálogo, esta coordinación no solo es local, también es con otras instituciones; la SEREMI y el MINSAL, enlazándolo con el artículo 25 del C.169 donde el Estado debe proveer a las comunidades para que ellos puedan ser administradores de sus recursos”. (Segura, Y, comunicación personal, 04 de octubre del 2023).

En vista de ello, a través del ámbito político de la salud se crean objetivos comunes por medio del rescate y difusión de la medicina mapuche a través del rol del facilitador/a intercultural y el equipo de salud que desarrollan prácticas identitarias por medio del idioma o lengua

materna y el uso de la vestimenta tradicional, ejecutando talleres de huertos colectivos, encuentros de palin y práctica de ceremonias espirituales como el nguillatun, zatun, lawentun. Todas estas acciones están dirigidas al fortalecimiento de la identidad mapuche, tanto en las primeras oleadas de población migrante a la capital, como en las generaciones nacidas en la ciudad, que respetan el carácter reivindicativo y de rescate cultural como principio constitutivo fundamental “Nuestra gente que marchó, que luchó por diferentes temas, por diferentes sectores públicos que hoy tienen unidades, que tienen programas, que tenemos oficinas en diferentes comunas. Decir también que gracias a esos dirigentes hoy podemos estar reunidos, podemos salir con nuestra vestimenta, nuestra lamngen y papay que tienen su kultrun, hacen su ayekan, salen de su casa con ese newen” (Aucañir, S, comunicación personal, 20 de octubre del 2023).

Se propone que estos roles de agencia y dirigencia juegan un papel fundamental en el posicionamiento del pueblo Mapuche y que ha sido posible gracias a sujetos que a la vez resignifican y territorializan el espacio, configurando la salud mapuche como un nuevo lugar de lo político en las dinámicas metropolitanas y contemporáneas. “En cuanto a las condiciones políticas, obviamente hay un trasfondo político en el tema de la salud mapuche dentro de la institucionalidad chilena. No nace en torno a una reflexión del Estado, nace entorno a demandas que, en ciertas coyunturas, los mapuche hacen y que en cierto momento adquieren peso y fuerza por reivindicación” (Paillal, J, comunicación personal, 06 de septiembre del 2023). En consecuencia, la utilización de la noción intercultural es vista como una herramienta instrumental dada su relación con el Estado chileno y a su vez, como un elemento de resistencia en la contemporaneidad. De esta manera, la demanda en salud mapuche emergió como una lucha social y de derechos canalizada a través de una política activista respaldada por un movimiento sociopolítico.

#### *Programa PESPI articulación entre organizaciones e instituciones*

Para Walsh (2006) la interculturalidad tiene una significación en América Latina ligada a las geopolíticas de lugar y de espacio, a las luchas históricas y actuales de los pueblos indígenas y negros, y a sus construcciones de un proyecto social, cultural, político, ético y epistémico orientado a la descolonización y a la transformación de formas distintas de pensar y actuar

con relación a y en contra de la modernidad/colonialidad, un paradigma que es pensado a través de la praxis política. (p. 21).

Consecuentemente, la participación efectiva de los actores indígenas en los procesos de toma de decisiones, implica realizar un manejo de los recursos de poder que les permita posicionarse horizontalmente con los funcionarios públicos. Sin embargo, como señala Boccara (2007) esto se circunscribe a las prácticas de etnogubernamentalidad, donde el programa se presenta como un dispositivo de intervención que tiene como meta desarrollar una política de cooperación que evidencia la producción de nuevas relaciones de poder en torno al nuevo espacio social definido como salud intercultural. Concebido también como un espacio contestado y tensionado, tratando de repolitizar el campo de la salud mapuche en particular y el de la salud pública en general. Se puede inferir que la interculturalidad es un tema que le interesa más bien al Estado de cómo poder hacer que los pueblos originarios se comporten.

Para MINSAL, la interculturalidad no aparece relacionada al problema de las relaciones de poder entre el Estado y los pueblos indígenas. Mientras dirigentes/as y facilitadores/as han hecho hincapié en sus discursos sobre la demanda de reconocer constitucionalmente a los pueblos originarios como sujeto político y jurídico. “Hoy vemos más voluntades se podría decir porque no hay reconocimiento para nuestro pueblo. Hemos escuchado la palabra reconocimiento, pero como tal no hay. Como pueblo estamos en constante rescate, en constante lucha por nuestro idioma, nuestra espiritualidad. Porque tenemos una forma de hacer medicina, tenemos una mirada respecto a la salud y la enfermedad” (Cuminao, V, comunicación personal, 03 de octubre del 2023).

Como índice de un horizonte ideal para mejores coexistencias, la interculturalidad se sigue disputando hasta hoy. Empero, transita en los espacios públicos con significados diversos por parte de distintos actores de la sociedad política y civil. Para Briones (2019) resulta interesante explorar el giro ontológico como medio y no como fin teórico en sí mismo, para enfocarse en lo que este lente permite ahora ver/entender/destacar de lo que las demandas indígenas indexicalizan, esto es, presuponen y crean desde sus desacuerdos, pero sigue aun quedando invisible e inaudible (p. 58), es decir, advertir qué diferencias complican nuestra

convivencia presente y de qué modos la invisibilización de algunas de sus aristas contribuye a potenciar desigualdades interseccionadas (p. 63).

“El PESPI tampoco lo puedo desmerecer, pero no es lo que realmente nosotros necesitamos como pueblo, no es nuestra visión de pueblo desde el sistema médico mapuche, con todo lo que significa, con la protección de los saberes, con la valoración de los mismos agentes de salud, no hay una ley de protección para el lawen, el agua, los espacios donde está nuestra medicina, eso no lo tenemos, ni siquiera los machi, lawentuchefe, no están validados ni reconocidos ni por la sociedad ni por el sistema médico ni por la política pública, hay otros países que si lo tienen, yo lo veo súper necesario, pero para eso primero tienen que reconocernos como pueblo antes de reconocer nuestra medicina constitucionalmente” (Llancapan, A, comunicación personal, 19 de octubre del 2023).

En relación a los cambios suscitados por la agencia estatal, primero desde el reconocimiento y el multiculturalismo con una mirada folclorizante, para pasar a la interculturalidad ejemplificada a través de la ejecución de políticas públicas para pueblos originarios. Espinoza, Contreras y Campos (2021) desprenden que el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas se quedó estancado en un discurso institucionalizado y se burocratizó, y no solo eso, sino que además está reproduciendo hegemonías, el fondo del problema es el modelo neoliberal. Vemos así una política de salud que tiene diversas críticas respecto a su implementación, bajo una lógica intercultural más bien funcional, donde se ha hecho énfasis en la diferencia cultural y se ha tendido muy poco a la transformación de la diferencia colonial (p. 281) para dar cuenta las condiciones objetivas de subordinación, pobreza, sobremortalidad que tienen los pueblos indígenas en toda América Latina y no solamente en Chile.

En resumen y retomando los planteamientos preliminares, la cuestión indígena en la ciudad vista a través de las reivindicaciones del pueblo mapuche, corresponde a un proceso de revitalización cultural en la que una identidad antes ocultada y marcada por el colonialismo de larga duración, irrumpe en la medida que se transforman las condiciones de reconocimiento y de derechos, producto de esta nueva dignidad adjudicado a lo indígena, pero también como resultado de un tejido social que les ha permitido ampliar sus prácticas de cuidados al alero de los procesos de descolonización de saberes.

*Reflexiones finales*

Desde sus inicios, los programas de salud para pueblos indígenas se han dirigido a entregar una atención de salud con pertinencia cultural. Lo que habla de un escenario emergente de reconocimiento y mayor valoración de este componente en la sociedad. Esto representó un primer intento por establecer una política pública de incorporación de los pueblos indígenas a la modernidad, como un instrumento del Estado para la integración de los indígenas en la vida nacional. Tal asimilación cultural ocurre mediante la introducción de la atención biomédica con pueblos originarios por ser medidas que no han superado un carácter asistencialista, impulsando estrategias asimilacioncitas en el plano de las políticas públicas en salud. Emerge entonces la salud intercultural como estrategia de salud pública capaz de tender un puente entre la medicina indígena y la biomedicina, asumiendo que los sistemas médicos por si solos no son suficientes para atender.

Los cambios acontecidos en estas últimas décadas de globalización exigen a la salud pública a encontrar un nuevo sentido, mediante el cual se pueda comprender y actuar sobre la salud y la vida, y no únicamente sobre la enfermedad, interpretando las nociones de agencia y sus formas de ejercicio del poder, con el propósito de entregar mayor fuerza a la acción social y a las nuevas identidades que luchan por su salud. Por tanto, la superación de la salud pública convencional, radica en dar valor al proceso salud/enfermedad/atención de manera distinta, esto es, ver la salud en su realidad histórica, en su matriz contextual, en su fundamentación vital y no solo como descuento de enfermedad.

A saber, una política o intensión intercultural requiere por conclusión inscribirse tanto en las políticas o acciones sectoriales y del sistema. Como en un proceso mucho más global a nivel de Estado y sociedad, referido a reconocer un marco político histórico y un clima público de opresión y negación de otras culturas, y consecuentemente a establecer sobre nuevas bases los marcos sociopolíticos y jurídicos para la coexistencia y el ejercicio de identidades para la retribución del poder y la participación, ya sea en políticas territoriales, autonómicas, de gobierno y reconocimiento constitucional. A la fecha, esta promesa aún no se ha cumplido.

Por todo lo dicho hasta aquí, es preciso reconocer que si bien las asimetrías de poder fortalecen las relaciones de hegemonía o subalternidad, también generan resistencia en los sujetos que va desde el integracionismo a lo autonómico. Eso indicaría un paso hacia la construcción de la interculturalidad en salud y la búsqueda de acercamiento y diálogo entre saberes, lo cual es posible solo si hay equidad de poder donde la participación permitiría una mejor focalización de recursos, una mayor adecuación de la oferta pública a las demandas sociales y una mayor cercanía a la realidades locales.

No es fácil revertir profundos procesos históricos de opresión y sometimiento, por ello es primordial que los Estados reestructuren las actuales políticas públicas en relación a los pueblos originarios para conformar sociedades más justas y equitativas. La posibilidad de otro mundo en América Latina es posible, pero demanda esfuerzo y compromiso de todos los actores sin excepción, donde se tome conciencia de la exclusión de un sector de la población y se adopten medidas consensuadas para remediarlo.

#### *Referencia bibliográfica*

Alarcón M, Ana M, Vidal H, Aldo, & Neira Rozas, Jaime. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista médica de Chile*, 131(9), 1061-1065.

Álvarez Carimoney, A., Ruiz Contreras, M., Anigstein, M. S., & Oyarce, A. M. (2021). Desafíos para la antropología de la salud: Repensando un abordaje teórico-metodológico para la formación, la investigación y la acción. *Revista Chilena De Antropología*, (43), 96–112.

Bengoa, J. (2016). *La emergencia Indígena en América Latina*. Fondo de Cultura Económica.

Boccaro, G. (1999). *Etnogénesis Mapuche: Resistencia y Reestructuración entre los Indígenas del Centro-Sur de Chile (Siglos XVI-XVIII)*.

Briones, C. (2019). *Conflictividades interculturales. Demandas indígenas como crisis fructíferas*. CALAS.

Campos, L. (2019). Mapuche en la ciudad de Santiago. Etnogénesis, reconfiguración identitaria y la patrimonialización de la cultura. *Antropologías Del Sur*, 6(11), 135-153.

Carmona, R. (2018). Rukas en la ciudad. Cultura y participación política Mapuche en la región Metropolitana. *Antropologías Del Sur*, 2(4), 67-87.

Cuyul, A. (2013). La política de salud chilena y el pueblo mapuche. Entre el multiculturalismo y la autonomía mapuche en salud. *Salud Problema*, Segunda época, año 7 n°14

Cadena, M. D. L., & Starn, O. (2009). Indigeneidad: problemáticas, experiencias y agendas en el nuevo milenio. *Tabula Rasa*, (10) ,191-223.

Espinoza, Claudio, Contreras, Paula, & Campos, Luis. (2021). Ciclo de conversaciones Antropologías del Sur: Ana María Oyarce Pisani. *Antropologías del sur*, 8(16), 269-287.

Granda, E. (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva hoy? *Revista Cubana de Salud Pública*.

Hersch-Martínez, P. (2013). Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria. *Salud Pública De México*, 55(5), 512-518.

Imilan, W. (2014). Experiencia warriache: espacios, performances e identidades mapuche en Santiago en Poblaciones en movimiento: etnificación de la ciudad, redes e integración. Santiago: Universidad Alberto Hurtado. *Andamios*, 12(27), 365-368.

Jara, Catalina. (2023). *Interculturalidad en salud. Entre autonomía y apropiación: Experiencias y prácticas discursivas en torno al proceso de salud, enfermedad y atención visto a través de la salud mapuche en las comunas de Lo Prado, La Pintana, Maipú y Pudahuel- RM*. [Tesis de pregrado, Universidad Academia de Humanismo Cristiano y Centro de Estudios Interculturales e Indígenas].

Menéndez, E., (1994). Le enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7) ,71-83.

Organización Internacional del Trabajo OIT. (1989). Convenio N. 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, C169 [Archivo PDF].

Walsh, C. (2006). Interculturalidad, descolonización del Estado y del conocimiento. En Interculturalidad y colonialidad del poder. Un pensamiento y posicionamiento otro desde la diferencia colonial. Buenos Aires: Del Signo [Archivo PDF].