

Interculturalidad en salud: encuentros y tensiones entre el sistema biomédico y el sistema tradicional en Chiloé¹

Silvia Garabito Valdés²

Investigadora Independiente (Castro, Chile)

RESUMEN

El presente artículo examina los puntos de encuentro entre el sistema biomédico y el sistema tradicional de salud en Chiloé e identifica los factores que favorecen y los que dificultan la implementación de la interculturalidad en salud. Utilizando metodología cualitativa de investigación, se realizaron entrevistas semiestructuradas a médicos, sanadores tradicionales y usuarios de ambos sistemas de salud, datos que fueron estudiados siguiendo la técnica del análisis de contenido. A partir de la implementación de claves de lectura de la antropología médica y la teoría del reconocimiento de Axel Honneth, se observa que, si bien los entrevistados anhelan una mayor posibilidad de integración entre los modelos, existe en la práctica un debilitamiento del sistema tradicional y una predominancia del sistema biomédico, sobre todo por razones históricas y culturales. Las principales tensiones observadas están relacionadas con un bajo reconocimiento de la cultura local y sus tradiciones, así como con deficiencias institucionales. Esto se traduce en atenciones de salud con baja pertinencia cultural.

Palabras claves: Interculturalidad en salud, Sistema biomédico, Sistema tradicional, Chiloé.

Interculturality in Health: Points of Convergence and Tensions Between Biomedical and Traditional Health Systems in Chiloe

ABSTRACT

This article examines the points of convergence between the biomedical system and the traditional health system in Chiloe, identifying the factors that both favor and hinder the implementation of intercultural health. To this end, a qualitative research methodology was developed, using semi-structured interviews with physicians, traditional healers, and users of both health systems. The data were analyzed through content analysis. From the perspective of medical anthropology and Axel Honneth's theory of recognition, one of the main findings, is that, although the interviewees express a desire for greater integration between the models, there is evidence of a weakening of the traditional system and a

¹ Este artículo deriva de la investigación realizada para obtener el grado de Magíster en Antropología por la Universidad Academia de Humanismo Cristiano y que llevó por título "Interculturalidad en Salud: Encuentros y Tensiones entre el Sistema Biomédico y Sistema Tradicional en Chiloé".

² Psicóloga y Magíster en Antropología por la Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Correo electrónico: sagarabito@gmail.com. Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-0065-742X>.

predominance of the biomedical model, mainly for historical and cultural reasons. The main tensions observed are related to the low recognition of local culture and its traditions, as well as institutional shortcomings in the field, which result in health care with low cultural relevance.

Keywords: Interculturality in health, Biomedical system, Traditional system, Chiloe.

DOI: 10.25074/07198051.45.3038

Artículo recibido: 17/10/2025

Artículo aceptado: 18/12/2025

INTRODUCCIÓN

A partir del regreso a la democracia en Chile comienza a gestarse la necesidad de promover la salud intercultural en las políticas públicas. En 1989, producto del Acuerdo de Nueva Imperial, los pueblos originarios comprometieron su apoyo a Patricio Aylwin a cambio de que se reconocieran sus derechos económicos, sociales y culturales, entre otros. En 2008, el Estado de Chile ratificó el Convenio N° 169 de la Organización Internacional del Trabajo, que protege los derechos de los pueblos originarios.

En este contexto, en 1992 se implementó en el área de la salud el primer Programa de Salud Mapuche (PROMAP), “cuyo objetivo fue entregar una atención de salud con pertinencia cultural, favoreciendo la complementariedad entre los sistemas médico indígena y el sistema oficial” (Manríquez-Hizaut et al., 2018, p. 759). Posteriormente, en 1996, surgió el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI), cuyo objetivo es “resolver las inequidades en salud para personas pertenecientes a pueblos indígenas provocadas por barreras culturales (lingüística, identitaria, diferencias en percepción de problemas de salud, entre otras)” (DIPRES, 2020). Este se formalizó institucionalmente en el año 2000 (Bustos, 2024) y actualmente opera en las 16 regiones del país. Sin embargo, el porcentaje de establecimientos de salud que incorporan atención con pertinencia cultural en zonas donde hay alta concentración de pueblos originarios alcanzaba solo un 24 % en 2023 (DIPRES, 2024). Durante los primeros años de implementación de este programa hubo importantes experiencias de salud intercultural en la IX Región, conocidas como “elefantes blancos de la salud intercultural en Chile” (Bolados, 2012, p. 139) en referencia al hospital Makewe, que fue pionero en atenciones tradicionales mapuches, así como el Centro de Salud Familiar Boroa Filulawen y el Centro de Salud Ñi Lawentuwün (Bolados, 2012).

En paralelo, en 2001, en el gobierno de Lagos, surgió el programa Orígenes con el objetivo de “mejorar la situación de salud de la población indígena, fortalecer su medicina indígena, la eliminación de barreras culturales, la ampliación del acceso físico a los servicios

públicos y la pertinencia y adecuación de las prácticas de los funcionarios públicos” (Le-Bert et al., 2004, p. 9). Lamentablemente esta política tendió a complejizar la participación de los pueblos originarios ya que el proceso de adjudicación de recursos era complicado y burocrático (Bolados, 2012).

La implementación de estas iniciativas institucionales ha dado lugar a un conjunto de investigaciones que han develado las dificultades profundas que atraviesan las prácticas promotoras de la interculturalidad en salud en Chile (Bustos, 2024; Leighton, 2010; Boccara, 2007; Poblete y Goldstein, 2019; Manríquez-Hizaut et al., 2018; Pérez et al., 2016). Al respecto se ha planteado la existencia de un choque entre las miradas del sistema biomédico y el sistema tradicional mapuche, ya que cada uno presenta distintas conceptualizaciones de la salud y la enfermedad (Poblete y Goldstein, 2019). Asimismo, se ha señalado que el sistema de salud adopta una visión folclorizante de la medicina indígena y que no logra comprender aspectos fundamentales de su cultura, tales como “el reconocimiento de la autodeterminación o el autogobierno” (Poblete y Goldstein, 2019, p.7).

Otra dificultad es “la hegemonía del conocimiento biomédico como un elemento que se opone a la relación equitativa con el sistema de salud mapuche” (Pérez et al., 2016, p. 124). Esto opera como un obstaculizador de la implementación de la salud intercultural debido a la falta de reconocimiento de los derechos del pueblo Mapuche por el Estado, lo que dificulta poder establecer una relación de respeto mutuo (Pérez et al., 2016). En la misma línea de consideraciones, se cuestiona “el grado de validación que se hace de los saberes culturales en salud de las sociedades indígenas [...] y el real cambio en las actitudes y representaciones ideológicas” de los profesionales biomédicos en relación con dicha población (Manríquez-Hizaut et al., 2018, p. 176). Al respecto, Bustos (2024) señala que las acciones emprendidas en torno a la salud intercultural han sido promovidas siempre por la voluntad personal de la población indígena local o la de pequeños grupos de profesionales, pero sin una consideración integradora.

En el contexto del territorio investigado, Chiloé, los trabajos del doctor Jaime Ibacache y la antropóloga Alejandra Leighton han dado cuenta de la relevancia de considerar la realidad de los pueblos indígenas para una concepción pertinente de salud y enfermedad en términos culturales. Al respecto, Ibacache ha identificado cuatro síndromes culturales en la provincia de Chiloé: el mal, el susto, el sobrepardo y la corriente de aire. La importancia de estas investigaciones radica en que relevan que el “enfermar de la población está influido fuertemente por la cultura” (Leighton, 2010, p. 25)

A partir de esta investigación, los autores plantean que debería haber mayor acercamiento entre el sistema biomédico y el sistema tradicional para contribuir en los procesos de sanación de los pacientes. Para ello, los autores proponen indagar en ambos sistemas médicos, a saber, biomédico y tradicional, en relación con “los argumentos que cada uno defiende” (Leighton, 2010, p. 242), es decir, “los valores, sistemas de creencias y prácticas que existen en ambos, para poder generar una integración efectiva y eficaz” (p. 242) y poder

llegar a implementar la interculturalidad en salud entendida desde la perspectiva de Ibacache y Oyarce (1998, como se cita en Campos 2009) como “la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que a veces pueden ser incluso contrapuestas” (p. 35-36).

En este artículo, nuestro interés es abordar el caso de Chiloé, territorio habitado por el pueblo Chono y posteriormente por el pueblo Mapuche-Huilliche, sobre los cuales hay vestigios que indican que llegaron hace 800 años al archipiélago (Leighton, 2010). Según Rojas Flores (2002), este territorio ha gestado características particulares, principalmente por su aislamiento del continente, por la evangelización cristiana y por el profundo “mestizaje étnico y cultural” (p. 45) entre indígenas y españoles a partir de su llegada en el siglo XVI. Estas condiciones diferencian culturalmente al pueblo Huilliche del pueblo Mapuche de la IX Región en cuanto al sistema chamánico que inicialmente fue común para ambos.

En la sociedad huilliche-mapuche existían dos tipos de personas que tenían conexión con el mundo espiritual: los/las machis, que podían comunicarse con los “espíritus celestes” y que estaban dotados/as de “poderes espirituales” (Rojas, 2002, p. 19) y los *kalku*, que estaban “ligados a las fuerzas malignas” (Rojas, 2002, p. 19).

A partir del siglo XVIII, se produce en Chiloé un proceso de evangelización dirigido por los jesuitas. La difusión del cristianismo impactó en el sistema chamánico huilliche, ya que el/la machi deja de ser “el mediador entre la comunidad y los espíritus superiores” (Rojas Flores, 2002, p. 53) al ser reemplazado/a por Dios y los santos patronos, por lo que sus funciones quedan reducidas al mínimo (Rojas, 2002). Sin embargo, el lugar de los brujos o hechiceros herederos de los *kalku* tuvo otro giro, ya que estos no encontraron en la Iglesia católica una contraparte que se comunicara con los espíritus malignos y destructivos, lo que fortaleció su poder en la comunidad.

Dentro de este contexto emerge una agrupación de brujos y curanderos en Chiloé llamada la Recta Provincia como “resistencia a la dominación española (Cárdenas et al., 1993, como se cita. en Leighton, 2010, p. 75) y “fuente de poder para amedrentar a los españoles, aprovechando los temores que se originaban en sus propias concepciones sobrenaturales. Las acciones de resistencia de estas organizaciones habrían comprometido el ámbito personal, social, político, religioso y cultural” (Leighton, 2010, p. 75). Esta organización hizo mella en el poder instituido y la Iglesia católica y, en consecuencia, fue perseguida (Urbina, 2009).

Este recorrido aporta un panorama general de la cultura chilota que nos da luces para comprender los vestigios de esta historia como factores socioculturales que inciden en la interculturalidad en salud. Precisamente, es en este entramado que surgen las preguntas de investigación: ¿Qué factores socioculturales se despliegan en la implementación de la

interculturalidad en salud en un territorio como el de Chiloé? ¿De qué tensiones informa el encuentro entre distintos sistemas de salud en este territorio? A partir de estos cuestionamientos, el objetivo del presente artículo es examinar los puntos de encuentro entre el sistema biomédico y el sistema tradicional de salud en Chiloé con el fin de identificar los factores que favorecen y los que dificultan la implementación de la interculturalidad en salud en este territorio. Esto será abordado considerando algunos debates situados por la antropología médica crítica, la cual incorpora a la biomedicina como objeto de estudio antropológico (Oyarce, 2018a), y la teoría del reconocimiento de Axel Honneth (1992).

Una de las líneas de investigación de la antropología médica son los sistemas médicos, los cuales, según Citarella y Zangari (2009), pueden ser descritos en términos de “un modelo, diversos agentes y las prácticas médicas” (p. 78) y considerando la estrecha vinculación que existe entre el “sistema médico (conocimiento, creencias y prácticas) y su contexto sociocultural” (p. 78). Como el foco de esta investigación es la salud intercultural entendida como “una plataforma conceptual para el desarrollo de políticas de salud que apunten, por un lado, a la adecuación de los programas y servicios a las necesidades específicas de la población originaria” (Citarella y Zangari, 2009, p. 77) y, por el otro, a la “valorización y rescate de las tradiciones de la medicina originaria” (Citarella y Zangari, 2009, p. 77), se analizará el sistema tradicional y el sistema biomédico, caracterizado por Menéndez (1989) como el modelo médico hegemónico³.

Como lo ha indicado Menéndez (2006), este entramado intercultural se caracteriza por la articulación de complementariedades, equidades y cooperaciones, pero también por estar forjado al calor de competencias, asimetrías y lucha. De este modo, aparece siempre como un campo de disputas, poderes y resistencias, tal como lo ha enfatizado Walsh (2007), quien plantea que la interculturalidad es un “principio ideológico que apunta a la transformación de las actuales estructuras, instituciones y relaciones de la sociedad con miras hacia la conformación de poderes locales alternativos, el estado plurinacional y una sociedad distinta” (como se cita en Oyarce, 2018b, p. 15). Por su lado, Oyarce (2018b) plantea que esta mirada tiene que ver con una postura política y epistemológica, donde se establecen relaciones “horizontales interétnicas que se construyen a través de nuevos ordenes sociales” (p. 14) y que “permiten enfrentar la colonialidad del saber y la geopolítica dominante de conocimiento” (p. 16).

La teoría del reconocimiento social de Axel Honneth (1992), por su parte, emerge como una crítica a las concepciones de justicia prevalecientes en el siglo XX. Al respecto, el autor

³ Este es el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, que desde fines del siglo XVIII fue estableciendo como subalterno el conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en las sociedades hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado (Menéndez, 1989, p. 1).

plantea que la justicia social no solo debe considerar la equidad en los bienes materiales, sino que, además, debe establecer un reconocimiento recíproco de los sujetos participantes de una relación social. Como lo han enfatizado Revuelta y Hernández-Arencibia (2019), Honneth desarrolla un modelo que considera tres esferas del reconocimiento que dan cuenta de la integración de los sujetos a la sociedad: la afectiva, que asocia las relaciones íntimas familiares; la política, relacionada con el ámbito del derecho, puesto que las leyes permiten otorgar derechos a personas que han sido excluidas de estos y restituirlos como a los demás miembros de su comunidad; y la social, relativa a la valoración de los sujetos en las sociedades contemporáneas por la realización de un trabajo formal.

Los fundamentos teóricos de Honneth se desarrollan a partir de la observación de “los errores conceptuales en los que se ha incurrido frente a la necesidad de explicar el proceso de reificación social” (Espiter, 2021, p. 1) porque el análisis está basado en una comprensión fenomenológica del entorno y de “las condiciones de objetivación sufridas por los individuos” (Espiter, 2021, p. 1). A partir de este enfoque, critica la relación sujeto-objeto que ha prevalecido en la modernidad, y en la que se funda el conocimiento científico, por presentar una división “entre lo cognoscente y lo cognoscible” (Espiter, 2021, p. 4). Este es el caso del sistema biomédico, que tiene como base el conocimiento científico y donde prevalece esta mirada epistemológica que considera que el sujeto está separado del objeto para conocer la realidad y que niega los procesos intersubjetivos y las experiencias situadas que ocurren en el encuentro entre ellos, en este caso entre médico y paciente.

METODOLOGÍA

La investigación utilizó una metodología cualitativa (Flick, 2007), pertinente para la comprensión de los factores que favorecen o dificultan la implementación de interculturalidad en salud en Chiloé. Su uso cobra relevancia a la hora de detectar los sentidos y significados que ofrecen los diversos actores implicados en el problema de investigación. Al mismo tiempo, permite situar el lugar de enunciación de la propia investigadora, consideración importante debido a la implicación que se deriva tanto de su trabajo como psicóloga clínica en centros de salud de la localidad de Castro durante 2023, así como de su participación en calidad de colaboradora en una comunidad indígena williche durante 2022 y 2023. Cabe señalar que desde 2021 vive en la localidad de Huillínco, en una zona rural, lo que le ha permitido conocer en profundidad la cultura local.

Se realizaron 9 entrevistas semiestructuradas, en el entendido de que estas permiten generar conversaciones adecuadas sobre el problema de investigación al mismo tiempo que resguardan un clima respetuoso y ameno (Flick, 2007).

Los participantes se seleccionaron según los siguientes criterios de inclusión y privilegiando la heterogeneidad de la muestra (Ahmed, 2025): posición de género, edad,

localidad, vinculación al sistema de salud y ascendencia indígena, con base en la hipótesis de que tendrían mayor cercanía con los sistemas tradicionales de Chiloé.

Tabla 1

Características de los participantes en las entrevistas semiestructuradas

Pseudónimo	Edad	Sexo	Localidad	Estamento
Juan	30	Hombre	Huillinco	Sanador tradicional
Cecilia	75	Mujer	Castro	Sanadora tradicional
Alicia	61	Mujer	Castro	Médica alópata
Pablo	70	Hombre	Castro	Médico alópata
Karin	40	Mujer	Castro	Funcionaria, salud pública
Damian	40	Hombre	Castro	Usuario de ambos sistemas
Luis	24	Hombre	Quinchao	Usuario con ascendencia indígena
Fernanda	30	Mujer	Quinchao	Usuaría con ascendencia indígena
Carmen	76	Mujer	Huillinco	Usuaría de ambos sistemas

Nota. Elaboración propia

El material producido fue sometido a un análisis de contenido privilegiando una perspectiva emergente de trabajo (Canales, 2014). A partir de esta revisión se establecieron las siguientes categorías, las cuales fueron sometidas a interpretación: caracterización del sistema biomédico, caracterización del sistema tradicional, complementariedad entre sistemas (biomédico y tradicional), interculturalidad y políticas públicas. Cada categoría permitió una aproximación al problema central de este trabajo, relacionado con analizar los factores que favorecen y dificultan la implementación de una perspectiva intercultural en salud en Chiloé.

Respecto a las consideraciones éticas de la investigación, el estudio resguardó los estándares de confidencialidad y anonimato de la información, para lo cual utilizó un modelo de consentimiento informado firmado por los participantes. Por esta razón, en los resultados no se revelan los nombres de las personas entrevistadas y se utiliza un pseudónimo. Asimismo, se anonimizan las instituciones utilizando nombres genéricos.

RESULTADOS

A continuación, se presentan algunos de los resultados de la investigación en un horizonte de comprensión de los aspectos fundamentales que favorecen o desfavorecen la implementación de la salud intercultural en Chiloé.

Valoración del sistema biomédico

En primer lugar, es importante destacar que la mayoría de los participantes relatan que acuden a un establecimiento del sistema biomédico cuando enfrentan una enfermedad o problema de salud complejo.

Mira, comúnmente... En la instancia que yo he estado enfermo de cualquier de problema, esto, más comunes acá en Chiloé son en esta época los resfríos, enfermedades como amigdalitis y cosas así, resfríos en general. Acudimos al hospital de urgencia, es lo común (Damian, Castro, usuario de ambos sistemas).

Mmm, principalmente, en caso mío, aquí a la posta que está en Quinchao. Caso, ya que es algo más, más más más interno, quizás urgencia, eso sería... los lugares donde voy yo cuando me enfermo, cuando tengo algún dolor, alguna cosa (Luis, Quinchao, usuario con ascendencia indígena).

Yo me he tratado de confiar, en las cosas que sé que hacían mis mayores, sobre todo en el tema de las de las heridas, de repente, no sé, uno se pasa a cortar con las hachas o con herramientas, cosas así. [...] pero para cosas más graves, yo he ido al consultorio, por ejemplo, por mí para hacer ver los controles de tiroidismo, de porque tengo unos nódulos en la tiroides (Fernanda., Quinchao, usuaria con ascendencia indígena).

... una vez me dio vértigo, estaba totalmente fuera de mi conocimiento. Y ahí no sabía qué hacer. Así que, o sea, sí hice cosas, pues que más bien son como relajantes por un tema de que el vértigo puede darte por causa de mucho estrés o demasiadas cosas que sobrellevan, entonces el vértigo te viene como a parar un poco, pero uno igual se asusta porque si está sola no sabes qué hacer, [...] necesitas de una persona que te ayude, que te cuide cuando estás sola. Ya como está con la mentalidad de que uno no puede o de que de repente, no sé, por la casa te puede pasar algo y ya como que uno mismo es el responsable de aquello tiene que acudir al CESFAM (Fernanda, Quinchao, usuaria con ascendencia indígena).

[...] ahora me acordé del médico que me encontró asmática, ya, Bastías. Bastías era de Chonchi y me dijo: "tú tienes asma cardíaca, tienes que tener mucho cuidado, no subir de peso" [...]. Ese médico fue el médico de Chonchi, ese sanó mucha gente, a mucha... (Carmen, Huillínco, usuaria de ambos sistemas).

Este punto se relaciona con un aspecto importante indicado por los entrevistados: la confianza que presentan en los espacios biomédicos de salud, sobre todo cuando se acude por diagnósticos y eventuales tratamientos. En su conjunto, estos relatos comunican una valoración del sistema biomédico que puede leerse como relacionada a la eficiencia que provee. Desde un punto de vista antropológico seguimos el planteamiento de Ana María

Oyarce que establece que la creencia en el conocimiento científico más bien daría cuenta de una relación compleja del saber occidental, en el sentido que los saberes ancestrales han sido progresivamente desplazados por los médicos y progresivamente desvalorizados, por lo que se recurre a ello más bien por problemas menores (Espinoza, Contreras y Campos, 2021). No deja de llamar la atención que esta mentalidad también se encuentra instalada en personas mayores, tal como lo deja ver nuestra entrevistada de Huillinco, quien indica confiar en el diagnóstico certero de un médico alópata que “sanó a mucha gente”. Al respecto, también es interesante lo que plantea la entrevistada de la localidad de Quinchao cuando señala que ya hay una “mentalidad de que uno no puede”. Pero, ¿qué cosa uno no puede realizar? ¿Confiar en el saber ancestral de los mayores? ¿Por qué no se podrá confiar?

Al respecto, Pablo, médico alópata de Castro, señala que la gente del archipiélago “cree” en el sistema biomédico porque “hay más máquinas, hay más escáner y esto es todo más moderno”. Probablemente alude a una valorización de la modernidad *versus* los saberes ancestrales y la cultura tradicional que, según Bolívar Echeverría (2011 [2005]), representan en ese registro lo obsoleto, lo inconsistente y lo ineficaz.

Centralización de los procesos de atención de salud

Un segundo elemento a destacar dice relación con la estructura de funcionamiento de la red de salud en Chiloé. Esta presenta una organización extremadamente centralizada. Muchas atenciones se deben realizar en el hospital de Castro, fundamentalmente por falta de especialistas en otros establecimientos de la red de salud. Por ejemplo, en la isla de Quinchao existe un hospital comunitario que, sin embargo, no atiende partos, tal como lo señala una joven madre de aquel lugar:

La cosa es que no es por encontrarlo malo, sino que de partida uno no puede parir ahí por un tema de las políticas de salud que son centralistas. Entonces no le va a importar si son 35.000 personas que se atienden ahí, sino que no alcanzan el nivel o que el nombre del hospital tiene hospital comunitario, entonces nunca va a importar la salud, la atención de esas personas, sino que importa la categoría en que se encuentra este hospital o en el lugar que se encuentra este hospital (Fernanda, Quinchao, usuaria con ascendencia indígena).

Esta situación es experimentada diariamente por los pacientes entrevistados, quienes son derivados desde las islas y los sectores rurales al único hospital de alta complejidad de Chiloé, ubicado en Castro, lo que implica que deben costear altos importes en transporte y alojamiento. Si bien en la isla de Quinchao existe un hospital, este no cuenta con los recursos para el desarrollo de atenciones que son requeridas por los usuarios. De la misma forma, otro de nuestros entrevistados problematiza la forma en que están organizadas las atenciones médicas en esta isla, que corresponde a un sector rural. Allí se realizan en establecimientos que dependen de la municipalidad y que muchas veces presentan escasez de insumos o inmobiliario defectuoso, lo que afecta la atención de los pacientes. El entrevistado reclama que en algunas oportunidades ha ido al hospital y se ha

percatado que los dentistas no están con pacientes, pero no lo han atendido porque no tiene hora asignada. En este caso, la molestia tiene que ver con la falta de coordinación entre el hospital y los centros de salud que dependen de la municipalidad:

... la dirección Departamento de Salud igual tiene harto problema de lucas, pues nunca tienen todos los insumos médicos y a veces la silla del dentista está mala, y no te pueden atender y en el hospital [de Achao] como que eso les da igual y yo varias veces he ido a preguntar abajo [al hospital] dónde está el dentista e incluso teniendo la tarde libre, en la tarde no teniendo a nadie, pero tienen que darte la hora y uno va y no, no se puede, entonces eso es como igual bien, bien penca (Luis, Quinchao, usuario con ascendencia indígena).

Desde nuestro punto de vista, estos aspectos no se relacionan solamente con el asunto de la falta de infraestructura hospitalaria en las pequeñas islas o en zonas rurales, sino también con un problema de trato con los habitantes de los diferentes territorios, muchas veces alejados del centro administrativo. El que reciben es un trato diferenciado, que depende del lugar de residencia; incluso se puede afirmar que hay discriminación, lo que da cuenta de las desigualdades que a diario afectan la vida cotidiana de quienes necesitan una atención de salud en Chiloé. Los problemas que trae aparejada la extrema centralización de las atenciones de salud en la isla parecen evidentes desde el punto de vista de nuestras entrevistadas. El nivel adecuado de atención se aprecia como insuficiente: nunca se tienen todos los insumos médicos que se necesitan o los profesionales de salud no están cuando se les requiere.

No obstante, para efectos de lo que nos interesa, es importante recalcar que la centralización puede interpretarse también como el despliegue de una discriminación hacia los habitantes del territorio en lo que concierne a la provisión de salud toda vez que esta depende casi exclusivamente de la zona en que se habite. En ese sentido, es posible hablar de discriminación de unos habitantes respecto de otros o, al menos, de una desigualdad en la entrega de salud, sobre todo hacia las personas que viven en los sectores rurales de la isla. Esta diferencia daría cuenta del funcionamiento de un modelo de salud que no considerada de manera adecuada las condiciones de vida y la pertinencia territorial de algunos habitantes y que impone una única forma de atención.

Es importante reconocer aquí que este modo de atención impide que haya un acceso a la salud con pertinencia territorial en la medida en que su dispositivo completo solo está disponible y se ofrece en la ciudad. Por supuesto, el problema de fondo no solo remite a una cuestión económica relacionada con los gastos excesivos que una persona debe desembolsar en cada traslado hacia dichos centros, sino a que el dispositivo mismo de salud está construido sobre la base de una ausencia de pertinencia territorial: por eso los especialistas no van a los territorios más alejados, aunque en el archipiélago de Quinchao viven 35.000 personas que requieren atención médica. Se actualiza entonces lo que Honneth (1992) indica como una falta de reconocimiento hacia las personas, en este caso hacia las particularidades culturales de los habitantes de la isla.

Debilitamiento de la medicina tradicional en el archipiélago de Chiloé

Un segundo elemento a destacar es lo que hemos denominado como debilitamiento de la medicina tradicional en Chiloé. Varios entrevistados relataron que los sanadores tradicionales eran escasos y que si bien muchos habían recibido atención cuando eran pequeños, consideraban que ya no existían machis levantadas⁴ en el territorio huilliche. De hecho, el único machi que pudimos entrevistar viaja mensualmente desde Temuco a la isla. Una entrevistada, de la localidad de Huillinco rural, cuenta la historia de la discontinuidad y el desdibujamiento que, con el pasar de los años, ha experimentado el saber tradicional:

No sé si quedará alguna de antigua, antigua, no sé... La última que murió hará unos 50, hace tiempo a ver... 50 años ya, y la otra que era... que curaban a la gente fracturada. Eso debe ser unos 30 o 40 años.

No no, no. Gente que siga su carrera donde ellas, no. No dejaron, no quedaron los hijos, los nietos, nada.

No, pues no siguieron, porque después ya vino la tecnología nueva y después ya vinieron los médicos, vinieron las matronas, los que arreglaban las fracturas de hueso, las cortaduras de no sé qué (Carmen, Huillinco, usuaria de ambos sistemas).

Según Carmen, hace medio siglo que no es posible apreciar la presencia de una curandera ancestral: han desaparecido. Los elementos de conocimiento de las machis, referidos a “las experiencias asimiladas y sistematizadas” (Bonfil, 1988, p. 6) que elaboraron en sus prácticas ancestrales, parecieran no haber sido transmitidos. Ni sus hijos ni sus nietos han podido heredar ese saber-hacer: no se ha perpetuado con el tiempo. Otra de nuestras entrevistadas comenta, en relación con la existencia de machis en la isla donde vive:

Machi no hay actualmente en el archipiélago de Chiloé, no hay levantadas, así que se sepa [...] sé que no hay. Hay gente que dice ser machi, pero hace remedio, hace remedio de “sustos”, que son cosas como bien antiguas, pero eso no es ser machi (Fernanda, Quinchao, usuaria con ascendencia indígena).

Este relato comunica que la idea de la machi aún aparece en las representaciones colectivas de los habitantes, incluso en las creencias de las personas, porque hay gente que “dice ser machi” pero, por lo que hacen, la entrevistada señala que “eso no es ser machi”, como si hubiera una disputa de poder o de apropiación en relación con la misma identidad de la machi. Es interesante contrastar el relato recién mencionado con el que pudimos obtener del machi de Temuco, quien comenta:

⁴ Para que una persona llegue a ser machi debe pasar una “serie de pruebas rituales” (Díaz et al. 2004, p. 12) y para ello debe haber una comunidad que sostiene el proceso y lo reconoce como tal (Citarella y Zangari, 2009). La expresión que “no hay machis levantadas” se refiere a que, en Chiloé, por el debilitamiento de los sistemas chamánicos, ya no hay comunidades que puedan sostener el proceso de iniciación del/la machi.

... la machi significa que tiene que tener kultrún, que tiene que cantar, que tiene que hacer rogativas, un baile, un complemento muy grande; así y una machi, una persona de sabiduría que une a las familias, una persona que trabaja la unión familiar. Una machi no es tanto como de meterse en la brujería, que la cosa para allá, que para acá. Una machi tiene que ser un solo camino... (Juan, Huillinco, sanador tradicional).

El saber de la machi “se basa en el poder de las curaciones simbólicas, con una fuerte participación de la comunidad” (Citarella y Zangari, 2009, p. 80). Esta figura representa una autoridad espiritual y religiosa dentro de la comunidad y por ello es reconocida y valorada (Leighon, 2010), tal como lo señala el machi entrevistado, quien enfatiza la relevancia de las ceremonias que realiza, su sabiduría y la importancia que esto tiene en la unión familiar. El machi es el encargado de mantener el equilibrio entre las fuerzas del bien y del mal, es decir, que tiene que ser de un “solo camino” y no debe meterse en “brujerías”. Cabe señalar que en Chiloé existe la creencia de que los brujos son los que pueden hacer “males” a las personas, ya que los hechiceros o brujos de la cultura chamánica no pudieron dejar atrás la carga negativa que les fue adjudicada después de la destrucción del sistema chamánico por parte de la Iglesia católica (Leighon, 2010). Es justamente este punto uno de los elementos que nuestros entrevistados enfatizan para dar cuenta del debilitamiento de la medicina tradicional, especialmente de la machi en Chiloé: “es que aquí igual pasó una situación complicada, como se dice, hace muchos años atrás. Entonces, eso hizo que igual el espíritu de la verdadera machi se aleje de aquí, por la persecución que hubo” (Juan, Huillinco, sanador tradicional).

El debilitamiento informado de las prácticas de la machi en Chiloé se generó a partir de la persecución de estas potentes tradiciones ancestrales utilizadas tanto para sanar y/o enfermar.

Por su parte, Leighon (2010) señala que en la década de 1970 hubo un fuerte impulso de fortalecimiento de la salud pública en Chiloé, lo que se evidenció en la creación de una red de establecimientos en el archipiélago y una capacitación importante a paramédicos. Ambas situaciones trajeron significativos beneficios en la salud de la población, que vivía en condiciones precarias. Sin embargo, también trae aparejada la persecución de la medicina tradicional “de manera de evitar los partos domiciliarios y la atención de salud por parte de los y las sanadoras tradicionales” (p. 36). Esto se evidencia en lo señalado por Pablo sobre las funciones de los paramédicos:

... los técnicos paramédicos de las primeras postas de salud rural, el Ministerio les daba la orden que tenían que perseguir a los sanadores tradicionales que habitaban en la isla y resulta que muchos de esos sanadores tradicionales eran parientes de los técnicos, paramédicos. Eran su propia madre, sus tías abuelas, qué sé yo... No sé, ahí empezó todo este descalabro de generar solamente una cultura hegemónica. Ciertamente estaba muy vinculado con el poder económico de una élite (Fernando, Castro, médico alópata).

De esta manera se instaló una supremacía del modelo biomédico de salud y se dejó de lado el conocimiento ancestral cuyas portadoras eran las machis y los distintos especialistas de la medicina tradicional.

Complementariedad entre sistemas (biomédico y tradicional): integración de saberes

En las voces de los entrevistados aparecieron algunas experiencias de integración de saberes médicos y también la manifestación del deseo de integración entre ambos sistemas. Uno de ellos cuenta que sufrió un grave accidente y que estuvo un tiempo prolongado en recuperación en su domicilio, donde recibió atención por parte de un médico alópata con conocimiento de medicina ancestral:

... en ese proceso de recuperación que yo tuve, a mí me venían a atender a mi casa. Entonces un doctor, que creo que es lonko de una comunidad mapuche williche de acá, él también usaba la medicina tradicional, pues él también me ayudó con eso. Un médico general, que trabaja en un programa de asistencia a pacientes en el hogar [...] y él me daba ungüentos de matico, él fue uno que me ayudó también con mis cicatrices [...] me acuerdo de él (Damian, Castro, usuario de ambos sistemas).

Además, cuenta que el médico incorporaba a su familia en el tratamiento:

Y él le tenía ese manejo, ese conocimiento [...] Siempre me comentaba de eso y hablaba con mi mamá, pero como yo tenía mi mamá sabía de las yerbitas. Él le decía a ella, y me hacían los ungüentos, las hierbitas para que tomara y ella lo recomendaba mucho. (Damian, Castro, usuario de ambos sistemas).

Con este médico, que integraba el saber biomédico y tradicional, se pudo establecer una conexión con la madre del paciente: el primero le explicó cómo hacer los ungüentos de matico, ya que ella sabía de "hierbitas". Se da un reconocimiento mutuo: entre el médico, lonko de una comunidad con conocimientos de medicina ancestral, y la madre del paciente, conocedora de esos saberes, lo que permitió generar una relación de confianza, que es la base para la implementación de una mirada intercultural, así como de justicia social, según Honneth (1992).

Cabe señalar que este encuentro sucede en el domicilio del paciente, en el contexto de una relación más íntima, no en la esfera de lo público, lo que habla del lugar que sigue ocupando la medicina tradicional en la provincia de Chiloé, es decir, el de un espacio de reminiscencia de lo ancestral, oculto y perseguido institucionalmente durante años. Sin embargo, en el relato del entrevistado se denota una valoración positiva cuando este agrega que esta integración de saberes permite una mayor diversidad de medicamentos en beneficio de los pacientes:

Eso valoro de las dos, los sistemas de salud, que se agranda la variedad, porque cuando tú vas al hospital permanente como que hay pastillas, jarabe. En cambio, en el sistema tradicional, como que hay más hierba, hay más infusiones, algo más cercano al natural (Damián, Castro, usuario de ambos sistemas).

En su experiencia aparece la variedad de tratamientos que ha podido recibir de un lado y de otro, lo que da cuenta de que la integración de los saberes es posible: por una parte, jarabes y pastillas provistas por el sistema biomédico y, por la otra, la medicación con hierbas, “más cercano al natural”. El machi entrevistado también manifestó su interés en trabajar en forma complementaria e integrada con los pacientes hospitalizados:

... cuando en el hospital hay pacientes que necesitan tratamientos medicinales, se podría integrar a alguien que pudiera trabajar ahí, puede preparar remedios, tener una visión cómo analizar pacientes. Esa podría ser como una forma, o llevarle los pacientes a la casa que no están bien... (Juan, Huillinco, sanador tradicional).

Dirigir el foco a que los pacientes puedan recibir una atención complementaria e integrativa posibilitaría una relación simétrica, de reconocimiento y de encuentro entre ambos sistemas de salud, lo que facilitaría la interculturalidad en esta área.

Escaso impacto de la visión intercultural en la salud pública en Chiloé

Un cuarto elemento a destacar es el escaso impacto que ha tenido la visión intercultural en la salud pública en Chiloé a pesar de que su promoción responde hoy en día a una orientación de política nacional. Las capacitaciones interculturales que se realizan de vez en cuando no logran encarnarse en las prácticas locales de atención. Una línea de interpretación sobre este asunto, y que ha sido referida por los entrevistados, dice relación con la percepción de que los médicos muestran poco interés en participar en estos encuentros, tal como lo señala una trabajadora del área: “muy pocas veces van médicos, muy pocas veces van directivos, que en el fondo son los que quizás tendrían que tomar algunas decisiones” (Karin, Castro, funcionaria, salud pública).

Este punto es relevante puesto que se vincula con el sentido que los actores profesionales de la medicina logran otorgarle a estas convocatorias. Quizás lo más complejo es que la implementación de la interculturalidad en salud ha dependido, hasta ahora, de voluntades personales y no ha habido un respaldo institucional:

... la vinculación se da en el territorio, yo creo, pero pasa mucho por cómo, por las voluntades también individuales y si existe o no un director que esté más dado a [...] la única que es como que está obligada a hablar de interculturalidad acá soy yo y soy una persona. Para todo el servicio, para toda la red de hospitales y CESFAM. No es que tenga un equipo, no es que exista y eso mucho menos. Entonces como son ejes transversales y en el fondo a uno lo que le pasa usualmente es que ando pidiéndole casi como por favor a uno, a otro, para poder ir como incorporándose, o trabajando ciertas líneas (Karin, Castro, funcionaria, salud pública).

Otro ejemplo lo vemos en el relato de una entrevistada relacionada con saberes sanadores. Ella cuenta que cuando en un hospital de Chiloé se comenzó a poner carteles de atención de salud tradicional, estos fueron sacados por personas con ascendencia indígena: “Cuando recién empezamos, incluso la gente que trabaja en servicios, incluso siendo

personas que uno sabe que son de nuestro origen, que son indígenas y nos sacaban los carteles” (Cecilia, Castro, sanadora tradicional). Para ella, estos hechos se habrían producido por la discriminación hacia las personas pertenecientes a pueblos originarios desde dentro de la salud pública: “No, no lo valora porque ha sido tan discriminados también, con tanto ha crecido... con tanto menoscabo... a tanto atropello a sus derechos, y a veces prefieren estar bien con el otro” (Cecilia, Castro, sanadora tradicional). Las palabras ocupadas por la entrevistada son fuertes: menoscabo, atropello a sus derechos, significantes que no dejan de relacionarse, para nosotros, con una falta de reconocimiento hacia las personas indígenas, incluso si ese menosprecio proviene de la misma comunidad de trabajadores de la salud.

Otra arista de la misma situación es apreciable en las dificultades para la asignación del cargo de referente de salud intercultural en los establecimientos de la red, a pesar de ser un requerimiento formal de la implementación de la política de salud intercultural:

... lo que se ha solicitado usualmente a los establecimientos es que identifiquen un nombre o un referente de salud intercultural, y en general, los establecimientos, se habla mucho de los referentes, que es como quienes en el fondo, como a nivel institucional, van llevando las líneas, las orientaciones técnicas que se dan desde el MINSAL. Ya, entonces, eso se ha tratado de solicitar, se ha pedido, pero por ejemplo, no todos han respondido, porque en el fondo es agregar a una persona, una función más (Karin, Castro, funcionaria, salud pública).

Es decir, se le asigna una función adicional a una persona del establecimiento, sin considerar la extensión de horas ni de honorarios, para que pueda realizar estas actividades. En concordancia con Bustos (2024), aquí también se estaría estableciendo una brecha entre las normas y políticas instituidas y la realidad de los establecimientos. Sin embargo, es importante señalar que estas formas de trabajar deberían ir cambiando porque se ha establecido la obligatoriedad del modelo de medicina intercultural, tal como lo señala Karin:

Entonces, ahora, por mandato legal, en el fondo hay una obligatoriedad de los establecimientos en decir sí, yo tengo que tener un modelo de salud intercultural, que le pide ciertos elementos, como participación exclusiva de las comunidades indígenas para hacer este modelo, apoyo en lo religioso o espiritual (Castro, funcionaria salud pública).

Esta medida, sin duda importante, quedó establecida en 2023, como lo señala la misma entrevistada: “salió publicado el 29 de diciembre del 2023. Entonces hay ciertos plazos que dentro de este año se deberían ir cumpliendo para los establecimientos” (Karin, Castro, funcionaria, salud pública) la implementación de un modelo de salud intercultural. Esto abre una importante oportunidad de trabajo en conjunto con la comunidad que permitiría avanzar en la implementación de la salud intercultural y en el avance de la justicia social por el reconocimiento de las formas ancestrales en los procesos de salud/enfermedad/atención.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de esta investigación han permitido identificar, por un lado, un conjunto de aspectos que no favorecen la implementación de la interculturalidad en salud.

En primer lugar, emerge un elemento anclado en importantes consideraciones históricas, el de la imposición del sistema biomédico y la progresiva invisibilización de la medicina tradicional. En consecuencia, los/las machis fueron perdiendo poder en las comunidades y dejaron de legar su conocimiento a su descendencia. Esta situación fue consecuencia de las reiteradas persecuciones que hubo a los curanderos en Chiloé y por la influencia de la Iglesia católica. Posteriormente con la anexión del archipiélago de Chiloé a la República de Chile en 1826 también se prohibieron las prácticas ancestrales. Con el tiempo, esta situación fue facilitada por el lugar preponderante que empezaron a ocupar en la población las políticas de salud, en concordancia con la mejoría de sus condiciones de vida.

En definitiva, a la hora de la implementación de los programas de salud intercultural se presenta de esta manera una dificultad, ya que esta se ve influida por el grado de validación que se hace de los saberes indígenas, lo que, según Honneth (1992), sería más bien un problema de reconocimiento de la cultura ancestral. Este diagnóstico coincide con las investigaciones de Pérez et al. (2016) y Manríquez-Hizaut et al. (2018), que también aluden a la falta de reconocimiento y validación de los saberes indígenas.

En segundo lugar, la centralización del orden metropolitano de las atenciones en salud también ha generado un impacto importante en términos de no favorecer la implementación de una perspectiva intercultural, ya que impide que haya acceso a la salud con pertinencia territorial. Como hemos apreciado, las prácticas médicas centralizadas no habilitan la posibilidad de un encuentro entre saberes, ya sea porque lo biomédico no se encamina hacia los territorios alejados de la ciudad, o porque la misma concentración metropolitana de las atenciones no considera elementos como las condiciones de acceso, transporte, meteorológicas o económicas y, por supuesto, los factores emocionales implicados en dejar el territorio de origen para ir a atenderse fuera del núcleo familiar y comunitario. Esta situación da cuenta, además, de una falta de reconocimiento de las condiciones de vida del otro que, de acuerdo con Honneth (1992), corresponde a una injusticia social dado que este no se sitúa en igualdad de condiciones ni es reconocido en sus particularidades.

En tercer lugar, el escaso apoyo institucional en la isla de Chiloé también se ha erigido como un factor que no favorece la implementación de lo intercultural. Cualquier iniciativa llevada adelante en las instituciones de la salud pública ha sido en realidad impulsada por voluntades y motivaciones personales más que por directivas institucionales que respondan a políticas formalmente establecidas. En los hospitales, y en general en las redes de salud, ha primado una visión de gestión productivista y de rendimiento, a menudo con escasa conciencia histórica de los saberes tradicionales que, de alguna manera, han

de portar los habitantes. Los datos permiten indicar que en esta mirada no hay espacio para indagar acerca de las percepciones del otro, su historia y su cultura. Por lo tanto, de momento todo esto impide el reconocimiento de una subjetividad histórica, así como una valoración de las representaciones colectivas de la comunidad a la cual se pertenece (Bonfil, 1988).

A pesar de lo anterior, en las voces de los entrevistados se escuchó el deseo de una integración y complementariedad entre sistemas, es decir, el anhelo de un lazo productivo y respetuoso que vincule lo biomédico y lo tradicional. Ellos señalan que el sistema biomédico produce una serie de beneficios importantes para el mejoramiento de la calidad de vida, ya sea por la precisión de los diagnósticos o porque cierta tecnología genera mejores tratamientos. Es decir, los entrevistados creen en este sistema. Sin embargo, al mismo tiempo, valoran la medicina tradicional por lo que comporta como saber y práctica ancestral: aprecian ser escuchados y reconocidos en su palabra, así como los tratamientos con hierbas medicinales, porque son más naturales que los remedios químicos entregados en los establecimientos de salud.

En este contexto se aprecia, por parte de nuestros entrevistados, una alta valoración de lo “natural”, lo que se podría interpretar como una reminiscencia de la dicotomía naturaleza y cultura que alude a las “prácticas mágico-curativas” realizadas por los chamanes o machis (Rojas, 2002). León (2016) ha señalado, respecto de las creencias de la población en Chiloé, que “bastante avanzado el siglo XIX, seguían manteniéndose antiguas creencias curativas que descansaban en el poder atribuido a la naturaleza y a la combinación de sus elementos” (p. 44). A decir verdad, entre quienes nos compartieron sus experiencias aparece un fuerte deseo de integración entre ambos sistemas, tanto entre los pacientes entrevistados como en los sanadores y médicos: en todos los casos se señaló que la complementariedad e integración de saberes beneficiaría a los pacientes.

Finalmente, podemos mencionar que desde 2023 existe la obligatoriedad de la implementación en la red de salud de un modelo de salud con pertinencia cultural, lo cual representa la oportunidad de trabajar con la comunidad en su construcción. Cabe señalar que hay plazos que se deben cumplir y que los establecimientos de salud deben llevar a cabo su estructuración de acuerdo con lo señalado por el Ministerio de Salud (MINSAL) y el Decreto N° 21, que establece el derecho de las personas pertenecientes a pueblos indígenas a recibir una atención de salud con pertinencia cultural. Será importante dar a conocer esta información a las comunidades y capacitarlas para que se puedan organizar y participar activamente en este sentido, sin perder de vista que el modelo que se implemente debe ser pertinente con el territorio.

Ahora bien, como mencionamos, tanto los elementos que favorecen como los que obstaculizan la implementación de un sistema intercultural de salud se pueden inscribir en la perspectiva de Axel Honneth (1992) respecto del reconocimiento. Si el sistema tradicional de prácticas y saberes ancestrales se ha visto debilitado con el tiempo, casi al

punto de su desaparición, y si, a la par, el sistema biomédico ha alcanzado una posición de hegemonía en la jerarquía de saberes en salud, ello ha sido posible gracias a una larga historia de persecución e invisibilización de la cultura indígena, sus valores y creencias, y no solamente porque el sistema biomédico ofrezca mejores tratamientos. De manera coincidente, las investigaciones de Pérez et al. (2016) y Manríquez-Hizaut et al. (2018) aluden a esta falta de validación de los saberes indígenas. Vale decir que aquello contra lo cual hay que trabajar en la base es la perpetuación sociohistórica de las desigualdades e injusticias que subordinan toda una cultura, incluyendo sus creencias y sus valores acerca de qué es enfermedad y salud.

Como ha indicado Bustos (2024), el trabajo de reconocimiento de los saberes ancestrales en un horizonte de interculturalidad debe poder enfatizar la implicación de los profesionales de las instituciones de salud y articularlos en torno a procesos de capacitación de normativas y políticas vigentes. Pero también debe poder realizarse con participación de las comunidades, dado que muchos funcionarios que trabajan en los centros de salud tienen ascendencia indígena y, por conflictos con el reconocimiento de sus orígenes, no ponen en valor las prácticas de salud ancestrales.

A partir de esta observación sería importante indagar en próximas investigaciones en la cultura de las instituciones de salud de Chiloé considerando la insularidad de este territorio, sus creencias colectivas, valores y características demográficas, así como la particularidad de la historia de su anexión a la República de Chile, entre otras. A partir de estas aseveraciones cabe preguntarse sobre cuáles implicancias tendrán en la cultura de las instituciones de salud las características particulares de Chiloé.

REFERENCIAS

Ahmed, S. (2025). Sample size for saturation in qualitative research: Debates, definitions, and strategies. *Journal of Medicine, Surgery, and Public Health*, 5, 100171. <https://doi.org/10.1016/j.glmedi.2024.100171>

Boccara, Guillaume Bruno. (2007). Etnogubernamentalidad: la formación del campo de la salud intercultural en Chile. *Chungará* (Arica), 39(2), 185-207. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-73562007000200003>

Bolados, P. (2012). Neoliberalidad multicultural en el Chile postdictadura: La política indígena en salud y sus efectos en comunidades mapuches y atacameñas. *Chungara, Revista de Antropología Chilena*, 44(1), 135-144. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-73562012000100010>

Bonfil, G. (1988). La teoría del control cultural en el estudio de procesos étnicos. *Anuario Antropológico*, 86, 13-53. <https://www.redalyc.org/pdf/316/31641209.pdf>

Bustos, B. (2024). Aportes desde la etnografía del Estado al análisis crítico antropológico de la política de salud y pueblos indígenas en Chile. *Antropologías del Sur*, 11(21), 195-219. <https://dx.doi.org/10.25074/rantros.v11i21.2661>

Campos R. (2009). Una visión general sobre la salud intercultural en pueblos originarios. En Citarella y Zangari (Eds.), *Yachay Tinkuy: Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina*. (pp. 31- 39) Estado Plurinacional de Bolivia, PROHISABA, Gente Común.

Canales, M. (2014). *Escucha de la escucha: Análisis e interpretación en la investigación cualitativa*. LOM.

Citarella, L. y Zangari, A. (Eds.) (2009). *Yachay Tinkuy: Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina*. Estado Plurinacional de Bolivia, PROHISABA, Gente Común.

Díaz, A., Pérez, M. V., González, C. y Simon, J. W. (2004). Conceptos de enfermedad y sanación en la cosmovisión mapuche e impacto de la cultura occidental. *Ciencia y enfermería*, 10(1), 9-16. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532004000100002>

DIPRES (2020). *Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI)*. Dirección de Presupuesto, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.

DIPRES (2024). *Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI)*. Dirección de Presupuesto, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.

Echeverría, B. (2011 [2005]). Un concepto de modernidad. En *Crítica de la modernidad capitalista* (pp. 117-132). Vicepresidencia del Estado, Presidencia de la Asamblea Legislativa Plurinacional de Bolivia, OXFAM.

Espinoza, C., Contreras, P. y Campos, L. (2021). Ciclo de conversaciones antropologías del sur: Ana María Oyarce Pisani. *Antropologías del Sur*, 8(15), 269-287. <http://dx.doi.org/10.25074/rantros.v8i16.2198>

Espiter Villa, V. M. (2021). La teoría del reconocimiento de Axel Honneth: Un bosquejo moral de las formas de menosprecio social. *Cuadernos de Filosofía Latinoamericana*, 42(125). <https://doi.org/10.15332/25005375.xxx>

Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Motara.

Honneth, A. (1992). Integridad y desprecio: Motivos básicos de una concepción de la moral desde la teoría del reconocimiento. *Isegoría*, 5, 78-92. <https://doi.org/10.3989/isegoria.1992.i5.339>

Le-Bert, J. M., Winchester, L. y Caro, J. C. (2004). Informe final de evaluación: Programa Orígenes. Ministerio de Planificación y Cooperación. https://www.dipres.gob.cl/597/articles-139541_informe_final.pdf

Leighton, A. (Ed.) (2010). *Síndromes culturales en el archipiélago de Chiloé: Sobreparto, mal, susto y corriente de aire*. Unidad de Salud Colectiva, Servicio de Salud de Chiloé.

León, M. A. (2016). Medicina y resistencias culturales en la provincia de Chiloé, 1826-1930. *Magallania*, 44(1), 41-55. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22442016000100003>

Menéndez, E. L. (30 de abril - 7 de mayo de 1989). *Modelo médico hegemónico y atención primaria*. [Ponencia] Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud: Organizadas por la Asociación de Médicos Residentes del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez y la Comisión Argentina de Residentes del Equipo de Salud, Buenos Aires, Argentina. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816 rol psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf

Menéndez, L. (2006). Interculturalidad, "diferencias" y antropología "at home": Algunas cuestiones metodológicas. En G. Fernández Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina: Antropología de la salud y crítica intercultural* (pp. 51-66). Universidad de Castilla-La Mancha.

Manríquez-Hizaut, M. N., Lagos-Fernández, C., Rebolledo-Sanhuesa, J. y Figueroa-Huencho, V. (2018). Salud intercultural en Chile: Desarrollo histórico y desafíos actuales. *Salud Pública*, 20(6), 759-763. <https://www.scielo.org/pdf/rsap/2018.v20n6/759-763/es>.

Oyarce, A. (2018a). *Una introducción a la antropología de la salud: Modelo y sistemas médicos en América Latina: Luca Citarella*. Universidad de Chile.

Oyarce, A. (2018b). *La perspectiva intercultural crítica en salud*. Universidad de Chile.

Pérez, C., Nazar, G. y Cova, F. (2016). Facilitadores y obstaculizadores de la implementación de la política de salud intercultural en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 39(2), 122-127. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2016.v39n2/122-127/>

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

https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27514/1/BCN_Poblete_Politic_de_Salud_Intercultural_en_Chile_final.pdf

Revuelta, B. y Hernández-Arencia, R. (2019). La teoría de Axel Honneth sobre justicia social, reconocimiento y experiencias del sujeto en las sociedades contemporáneas. *Cinta de Moebio*, 66, 333-346. <https://doi.org/10.4067/S0717-554X2019000300333>.

Rojas Flores, G. (2002). *Reyes sobre la tierra: Brujería y chamanismo en una cultura insular: Chiloé entre los siglos XVIII y XX*. Biblioteca Americana.

Trivero A. (2004). *1712: La Gran Rebelión de los Mapuche de Chiloé*. Ñuke Mapuförlaget

Urbina, M. (2009). *Desertores*. Okeldan.