

APORTES DESDE LA ETNOGRAFÍA DEL ESTADO AL ANÁLISIS CRÍTICO ANTROPOLÓGICO DE LA POLÍTICA DE SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS EN CHILE

Contributions from the Ethnography of the State to the Critical Anthropological Analysis
of Health Policy and Indigenous Peoples in Chile

BÁRBARA BUSTOS*

Fecha de recepción: 31 de enero de 2024 – Fecha de aprobación: 18 de mayo de 2024

Resumen:

En Chile, durante el proceso de transición a la democracia se producen dos fenómenos sociopolíticos importantes, estrechamente relacionados. Por un lado, el movimiento indígena demanda al estado políticas de reconocimiento a la diferencia. Por otro lado, una parte de la administración estatal (sectores definidos como “sociales”, en especial educación y salud) inicia un proceso de instalación de políticas y programas vinculadas a los pueblos indígenas en el quehacer institucional. Este trabajo tiene como propósito analizar críticamente la política del Ministerio de Salud en el campo de la salud y los pueblos indígenas con el fin de mapear y caracterizar sus distintos momentos desde la década de 1990 a la actualidad. Metodológicamente, el trabajo se nutre de la experiencia profesional activa de su autora como antropóloga en el estado, en especial en la implementación y el diseño de la política de salud intercultural, así como del análisis de documentos oficiales producidos en este campo. Siguiendo la perspectiva teórica de la etnografía del estado, se identifican tres momentos en el despliegue de la política, marcados por énfasis distintos, que, sin embargo, responden a un mismo modelo acotado de interculturalidad que no ha conseguido permeare el corazón de la política pública.

Palabras clave: salud indígena; políticas públicas; salud intercultural; etnografía del estado.

Abstract:

In Chile, with the process of transition to democracy, two important and closely related socio-political phenomena took place. On the one hand, the indigenous movement demanded from the State policies of recognition of difference. On the other hand, part of the State administration (sectors defined as “social”, especially education and health) began a process of installing policies and programs related to indigenous peoples in the institutional work. The purpose of this paper is to critically analyze the policies of the Ministry of Health in the field of health and indigenous peoples, seeking to map and characterize its different moments from the 1990s to the present. Methodologically, the work is nourished by the active professional experience of working as an anthropologist in the state, in the implementation and design of intercultural health policy, as well as from the analysis of official documents produced in this field. Mobilized by the theoretical perspective of the ethnography of the state, three moments in the deployment of the policy are identified, marked by different emphases, which nevertheless respond to the same limited model of interculturality that has failed to permeate the heart of public policy

Keywords: indigenous health; public policies; intercultural health; ethnography of the state.

* Dra. en Antropología Social. Académica Universidad Alberto Hurtado, Santiago-Chile. ORCID: 0000-0003-1392-4192.
Correo-e: bbustos@uahurtado.cl

Introducción

El Ministerio de Salud en Chile fue uno de los sectores de la administración del estado pionero en reconocer la diversidad cultural del país como un aporte de los pueblos indígenas y, con ello, en plantear la necesidad de construir políticas de salud diferenciadas, acordes al perfil sociocultural y epidemiológico de esta población. Lo anterior es coherente con el surgimiento de un conjunto de políticas sociales tras el fin de la dictadura y el retorno a la democracia, donde

... la sociedad se transforma y se hace mucho más plural en identidades culturales y estilos de vida. Esta etapa puede ser interpretada como una redefinición de la relación entre el Estado y la población que accede a los programas sociales, en que esta transita desde una condición de beneficiarios de la acción estatal a otra en que son titulares de derechos que el Estado tiene la obligación de garantizar (Larrañaga, 2010, p. 57).

También, durante este período de recomposición del estado social, emerge

... una agenda social que aborda a la población y a los sujetos con sus necesidades específicas, intentado responder con programas promocionales que entregan herramientas, expanden capacidades, fortalecen la información y la voz de sus destinatarios. Es así como surgen instituciones y programas dirigidos específicamente a población pobre urbana y rural, mujeres, campesinos, indígenas, jóvenes y discapacitados (Raczynski y Serrano, 2005, p. 12).

Este es el caso del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (en adelante PESPI) y de la Política de Salud y Pueblos Indígenas (en adelante PSPI), de 2000 y 2006, respectivamente, ambos implementados bajo la institucionalidad del Ministerio de Salud.

Por otra parte, es bueno recordar que, en Chile, la Ley Indígena N° 19.253, de 1992, reconoce a once pueblos indígenas. Según el último censo, realizado en 2017, un total de 2.185.732 personas declararon pertenecer a uno de los nueve pueblos reconocidos hasta esa fecha, lo que equivale a 12,8 % de la población nacional. Dentro de esta adscripción, 19 % (426.115 personas) vive en sectores rurales, mientras que 81 % (1.759.677 personas) lo hace en zonas urbanas; además, 86,4 % está suscrita al sistema público de salud, el Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Respecto de la situación socioeconómica, datos extraídos de la encuesta de caracterización socioeconómica CASEN 2017 evidencia que el 14,2 % de las personas pertenecientes a pueblos indígenas se encuentran en una situación de pobreza por ingreso, en comparación con el 8,0 % para población no indígena. Así también, el 30,3 % de la población indígena se encuentra en situación de pobreza multidimensional, presentando una brecha de 10,5 % respecto de la población no indígena. En cuanto a su situación de saneamiento ambiental, en muchas comunidades rurales hay ausencia de servicios básicos como agua potable y alcantarillado (Ministerio de Salud, 2020, p. 2).

Desde el punto de vista de su situación de salud, es importante destacar que los escasos estudios epidemiológicos específicos en población indígena existentes fueron impulsados por el Ministerio de Salud (Serie de Estudios Epidemiológicos Básicos) y se publicaron entre 2006 y 2014, aunque fueron construidos con datos del trienio 2004-2006. Según estos estudios:

... la población indígena en Chile presenta un patrón epidemiológico de transición prolongada viéndose afectada, por un lado, por altas tasas de mortalidad por enfermedades crónicas y degenerativas, así como por elevadas tasas de suicidio y muertes por agresiones, como la expresión más dramática del daño a la salud colectiva de estos pueblos; y, por el otro, registrando

aún una elevada morbimortalidad por enfermedades infecciosas. Este patrón es, además, étnicamente polarizado, situando a la población indígena en las posiciones más desventajosas: sobremortalidad sistemática a nivel general, a lo largo de todo el ciclo vital individual tanto entre los hombres como entre las mujeres (Ministerio de Salud, 2014, p. 95).

Desde la reforma de la salud en 2005, el Ministerio a cargo ha situado el abordaje de la salud de los pueblos indígenas en dos subsecretarías. La Subsecretaría de Salud Pública tiene la misión de asegurar a todas las personas el derecho a la protección en salud a partir del ejercicio de las funciones reguladoras, normativas y fiscalizadoras que le competen al estado de Chile. Debe contribuir a la calidad de los bienes públicos y al acceso de manera participativa a políticas sanitario-ambientales que permitan el mejoramiento sostenido de la salud de la población, en especial de los sectores más vulnerables. Por otro lado, la Subsecretaría de Redes Asistenciales tiene el propósito de regular y supervisar el funcionamiento de las redes de salud para satisfacer las necesidades de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios, con calidad y satisfacción de esta, a través del diseño de políticas, normas, planes y programas para su coordinación y articulación.

En la Subsecretaría de Salud Pública, el quehacer en la política de salud indígena se despliega a través del Departamento de Salud y Pueblos Indígenas e Interculturalidad, dependiente de la División de Políticas Públicas. Por su parte, en la Subsecretaría de Redes Asistenciales, el PESPI se ejecuta a través de la División de Atención Primaria. En este sentido, a la Subsecretaría de Salud Pública le corresponde la ejecución de los aspectos preventivos, promocionales y de adecuación

normativas, rol que es ejecutado desde las dieciséis secretarías regionales ministeriales (SEREMI) de salud del país. Al PESPI, por su parte, y por medio de los veintinueve servicios de salud de Chile, le corresponde la implementación de procesos interculturales a nivel de la atención de salud en la red de salud pública a lo largo del territorio nacional.

Este artículo es un esfuerzo por caracterizar la política de salud y pueblos indígenas, con foco en las formas en que la interculturalidad ha sido comprendida e implementada desde el sector salud en los últimos veinte años. Para ello propongo, siguiendo un hilo temporal, describir críticamente cómo ha sido la instalación y la implementación de esta política en Chile identificando sus distintos momentos, los hitos fundamentales que la han marcando, sus principales énfasis y las conceptualizaciones de interculturalidad que han prevalecido. En otros términos, el interés de este trabajo radica en evidenciar cómo aquello conceptualizado como interculturalidad en salud en términos de política pública deviene en procesos disímiles y heterogéneos desplegados a nivel nacional. Su impacto aún es insuficiente y se localiza muy por debajo de aquello que el PESPI y la propia PSPI declaran como sus objetivos.

A más de veinticinco años de la instalación de las primeras iniciativas estatales, el tema merece ser registrado. No pretendo con esta reflexión cerrar el debate, más bien podría decirse que se trata de un esfuerzo de caracterización que busca relevar las dimensiones morales y políticas que han estado a la base de la política de salud intercultural. Esta discusión requiere, si duda, ser complementada y profundizada desde otras voces, campos y fuentes.

Es importante decir que la aproximación a la política de salud y pueblos indígenas la hago desde la inserción como antropóloga en un trabajo cotidiano de funcionaria en un organismo público durante casi veinte años, primero a nivel local y luego desde el nivel central. Allí he convivido directamente con actores institucionales, directivos, políticos, técnicos, personas de profesiones diversas y con trayectorias más o menos estables en la administración pública. También, aunque con contactos menos sistemáticos, me he relacionado con dirigentes, representantes de organizaciones indígenas, autoridades tradicionales y agentes de salud indígena a nivel nacional, vinculados al trabajo en salud promovido desde el Ministerio de Salud.

En este sentido, este acercamiento lo hago desde una posición de practicante y testigo activa, por haber sido parte de los inicios de la implementación del PESPI en la región de la Araucanía y del diseño del PSPI. Espero animar a otras/os a tomar la posta en un afán colectivo por aportar desde distintas miradas y experiencias a este trabajo de necesaria reconstrucción y revisión crítica. Para ello, considero fundamental situar el análisis, ponderar los avances, evidenciar los desaciertos e identificar los vacíos en la implementación de la política de salud con pueblos indígenas en los últimos veinte años.

Conviene destacar que mi campo lo constituye, desde el año 2000 al 2023, el espacio de las relaciones e interacciones sociales derivadas del día a día de trabajo en el Ministerio, en colaboración con equipos de salud a cargo de la materia a nivel nacional y a nivel regional en las SEREMI. Como antropólogas/os “estudiamos la ‘vida social’, lo que equivale a decir que procuramos entender y comprender ‘lo social’ en tanto proceso vivo” (Quirós 2014,

p. 48). Esto incluye también momentos menos cotidianos y más excepcionales, como la organización, la participación y el registro de reuniones nacionales con equipos de salud; reuniones y encuentros con organizaciones indígenas; despliegue del proceso de consulta indígena sobre el reglamento que establece el derecho a la atención de salud con pertinencia cultural en el sistema de salud público, llevado a cabo entre 2015 y 2017, o la participación en grupos de trabajo para la formulación de normativas con enfoque intercultural, por mencionar algunos hitos relevantes dentro de este campo. Además, permanentemente tienen lugar procesos de discusión y reflexión con el equipo profesional ministerial a cargo de esta materia, cuyas ideas y posturas críticas en relación con la política de salud y pueblos indígenas han animado, asimismo, el análisis que aquí propongo.

Los datos construidos a partir de lo observado y de la participación en estas instancias fueron complementados con la revisión y el análisis de fuentes documentales estatales, particularmente la Resolución Exenta N° 20 que aprueba el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (Ministerio de Salud, 2013); los informes de seguimiento y descripción del PESPI alojados en el Banco Integrado de Proyectos Sociales¹; el Programa Orígenes en su componente de salud intercultural²; el documento de la Política de Salud y Pueblos Indígenas (Ministerio de Salud, 2006a); la Norma Administrativa N° 16 sobre la interculturalidad en los Servicios de Salud (Ministerio de Salud, 2006b), y la Ley N° 20.584, artículo 7 (Ministerio de Salud, 2012a), que establece el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos indígenas a recibir una atención de salud con pertinencia cultural.

Entendemos este material documental como un “producto social” (Hammersley & Atkinson, 1994), que emerge en el ámbito estatal, donde su producción y uso forman parte integral del quehacer cotidiano del estado. Los documentos estatales constituyen un campo de indagación en sí mismo, que debe ser construido como tal y concebido como “resultante de distintos procesos y así procurar detectar las relaciones sociales y de poder que hay detrás de él” (Hammersley & Atkinson, 1994, p. 37). Por ello se debe evitar considerarlos como meros objetos de los cuales extraer datos y, al contrario, procurar anclarlos en sus procesos de producción (Muzzopappa & Villalta, 2011, cit. en Pizarro & Larrea, 2020, p. 110). En este sentido, entendemos que los documentos dan cuenta de modelos de gubernamentalidad, de cómo se concibe la salud indígena y la salud intercultural, y del lugar que ocupan en la política pública de salud. La producción documental en salud intercultural pone en evidencia que los documentos no solo regulan o protocolizan la pertinencia cultural en salud, sino que también hacen legibles a quienes los producen, por lo que constituyen un valioso recurso para este trabajo.

Finalmente, desde el punto de vista metodológico, es importante hacer notar que lo que hago en este texto se distancia de lo que sería una investigación convencional. El abordaje es más próximo de lo que Burawoy (2003) denomina “revisita etnográfica”, un volver a visitar los mismos asuntos ya vistos, pero con una mirada distinta, marcada por una forma de interpretación influida, en parte, por diálogos y lecturas posteriores. Esta aproximación pone de relieve la variabilidad en las formas de construir un objeto de estudio o

un problema de investigación. A menudo, estas revisitas, en tanto espacios de profunda reflexividad, están inducidas por la dificultad y por las tensiones que genera tener que lidiar, completa o conscientemente, con la multiposicionalidad característica de aquellos y aquellas practicantes de la antropología que tenemos una doble militancia. Por un lado, el trabajo profesional en el estado, y, por otro, el trabajo académico, docente e investigativo en políticas públicas. Dichas tensiones son más fácilmente perceptibles en retrospectiva, cuando no se está inmerso/a en los engranajes del complejo y reconfigurado aparato de poder.

Al mismo tiempo, la reflexión antropológica siempre requiere efectuar un ejercicio de extrañamiento. El “extrañamiento” de la realidad es uno de los puntos que aborda el antropólogo Gustavo Lins Ribeiro (1999). En el caso particular de este trabajo, pienso que el extrañamiento es tal vez un ejercicio que demanda más profundidad para lograr adoptar la debida distancia del involucramiento directo. En los términos de Lins Ribeiro (1999), se trataría de descotidianizar el propio quehacer “en una búsqueda de solucionar la tensión aproximación/distanciamiento para revelar, a través de una experiencia totalizante, los elementos constitutivos de la realidad social” (p. 197), pues al estudiar “su propia sociedad el antropólogo busca realizar la operación inversa, convertir lo familiar en exótico, usando –por principio y por racionalización metodológica– una posición de extrañamiento” (p. 195). Me parece que desde ahí es posible construir una visión crítica y autocrítica de la forma en que la política de salud intercultural ha sido implementada en Chile.

Miradas analíticas de la política de salud intercultural en Chile

La PSPI ha sido objeto de atención por parte de las ciencias sociales en general y de antropólogas/os en particular. Sus trabajos se caracterizan particularmente por su perspectiva crítica, basada en el enfoque de derechos humanos y su andamiaje normativo, que empatiza con las demandas y reivindicaciones de los pueblos indígenas. Destaca, asimismo, el lugar subalternizado en que el estado históricamente ha relegado a estos grupos, la falta de pertinencia de la oferta pública y su visión culturalista. En ese sentido, se trata de análisis que cuestionan la posibilidad real de implementar procesos interculturales en el marco de un estado que no se hace cargo de las problemáticas estructurales que afectan a los pueblos indígenas en una sociedad donde experimentan cotidianamente la desigualdad. Esta situación se hace patente en las marcadas inequidades en salud que les afectan de manera más profunda y diferencial.

Para Piñones et al. (2019), la política de salud intercultural es parte de “un instrumento de un Estado monocultural que legitima el saber biomédico y con ello subordina los saberes indígenas” (p. 150). En una línea similar, Galdámez y Millaleo (2022) se posicionan desde el enfoque de derechos humanos y plantean “una política vacía de contenido intercultural, que no logra transformar las relaciones de inequidad” definidas en su propósito, “una política cuyas normas no han logrado traspasar un nivel incipiente” (p. 32). Gavilán et al. (2017) destacan una cuestión de fondo al señalar que esta política presenta una falta de sintonía entre sus marcos conceptuales y la formulación de sus objetivos. Se trataría de una política

que no distingue las tradiciones en salud de las demandas étnicas, lo que le ha impedido hacerse cargo de las condiciones de salud de esta población. En este sentido, “el Estado termina administrando las diferencias culturales y étnicas y con ello subalternizando a los pueblos indígenas (Gavilán et al., p. 481). Para Boccara (2007),

... la salud intercultural representa tanto un nuevo espacio de lucha de clasificaciones y de formación de nuevas subjetividades como un nuevo dispositivo de intervención del Estado que tiende a extender el dominio de lo político a través del desplazamiento de los límites del espacio privado-comunitario indígena (p. 200).

El estudio propuesto por Manríquez-Hizaut et al. (2018) revisa un conjunto de publicaciones nacionales e internacionales respecto de la salud intercultural en Chile desde esta misma perspectiva crítica. Su análisis pone el foco en los contextos urbanos e identifica programas con recursos para abordar la salud intercultural. Sin embargo, se señala que adolecen de un reconocimiento en el ámbito político-administrativo. Los autores problematizan los alcances de la interculturalidad en salud en el marco de la política pública y reconocen que hay una diversidad de acciones que entran bajo ese concepto, lo que las hace ambiguas y poco claras. En este sentido, concluyen que faltan investigaciones que aporten evidencia sobre qué es lo que finalmente se asumirá como intercultural. Además, identifican la necesidad de reconceptualizar quién es el sujeto indígena de esta política.

Los estudios de Alarcón et al. (2004) y Pérez et al. (2016) se aproximan al análisis de la política desde la opinión de usuarios mapuche y personal de salud en el sur de Chile. Ambas

trabajos dan cuenta de visiones discrepantes. Mientras los usuarios mapuche concuerdan con la necesidad de contar con una política de salud intercultural que otorgue una atención diferenciada e identifican situaciones de discriminación en la atención, las/os funcionarias/os de salud, por su parte, no creen que la política de salud intercultural sea necesaria y no reconocen discriminación por parte del sistema de salud. Desde la perspectiva de estos últimos, el problema está asociado a la falta de capacitación en cosmovisión indígena. En resumen, los dos textos revelan visiones radicalmente diferentes respecto de la PSPI, lo cual podría explicar la falta de avances en esta materia.

La lectura y el análisis que hago de esta política en este artículo parten de algunas ideas presentes en el enfoque de etnografía del estado,

... que lejos de aproximaciones tradicionales que analizan al Estado como un ente universal, abstracto y totalizador, pone su atención en el quehacer, es decir, en las formas complejas y conflictivas del actuar estatal. [...] Formas y prácticas a través de las cuales el Estado está constantemente siendo experimentado y deconstruido mediante la ilegibilidad de sus propias prácticas, documentos y palabras (Rojas, 2020, p. 18).

Esta mirada enfatiza el “carácter contradictorio, translocal, pluricentrado y multinivel del estado para cuestionar la idea tan naturalizada y problemática de este como una entidad coherente y unificada” (Arias, 2016, p. 467). Así entendemos también que “la política, lejos de definir una forma institucional de gobierno (sobre todo la democracia como sistema), es resultado de la acción humana, aquello que en nuestra práctica cotidiana producimos en el juego de relaciones de fuerza y pruebas de verdad” (Fassin, 2018, p. 9)

Por otro lado, abordamos este análisis desde una conceptualización crítica de la interculturalidad que pone en cuestión el modelo dominante en salud y el *habitus* monocultural del estado y de las políticas públicas. Como plantea Dietz (2016), esto exige tomar distancia de aquellas visiones esencialistas e idealizadas que folclorizan la cultura de los pueblos. Lo anterior debiera permitir avanzar hacia el ejercicio de la interculturalidad expresada en la diversidad de quienes son parte de la relación, indígenas y no indígenas, haciendo evidente el conflicto y las contradicciones, para desde ahí construir un nuevo vínculo donde coexistan espacios de convivencia común y, al mismo tiempo, de autonomía y regulación propia.

El trabajo de Menéndez (2016) orienta también el análisis que hacemos de la política de salud y pueblos indígenas en Chile. Compartimos con el autor la idea de que los procesos interculturales son permanentes y tienen profundidad histórica; existen siempre que tengamos sociedades en contacto. Ahora bien, siguiendo siempre a Menéndez, uno de los grandes problemas que han tenido los estados en el diseño de las políticas interculturales a nivel latinoamericano radica en desconocer las interculturalidades ya existentes, aquellas que operan en la vida cotidiana. Se asume más bien que previo a las políticas no había interculturalidad y que el estado debe actuar como el impulsor responsable de estos procesos. Para Menéndez (2016), sin embargo, los impulsores de las políticas interculturales han actuado bajo un sesgo culturalista, en que se desdibujan “las desigualdades socioeconómicas y de poder que caracterizan a las sociedades en general y a los grupos étnicos en particular” (p. 111). De acuerdo con el autor, “estas desigualdades no son incluidas, analizadas y aún menos

aplicadas a los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención impulsados en términos de interculturalidad” (Menéndez, 2016, p. 111).

Adscribimos igualmente al planteamiento de Walsh (2010), quien explora los múltiples usos y sentido de la interculturalidad hoy distinguiendo entre una interculturalidad que es funcional al sistema dominante, es decir, donde se reconoce la diversidad y las diferencias culturales, pero desde el objetivo de su inclusión en la estructura social ya establecida, y la interculturalidad crítica, entendida como un proyecto político de descolonización, transformación y creación.

Por último, este análisis está movilizado también por la idea de margen —el espacio que se establece entre los cuerpos, la ley y la disciplina— propuesta por Das y Poole (2008) para pensar el estado y sus prácticas:

... el poder soberano ejercido por el estado no es ejercido sólo sobre el territorio sino que también es ejercido sobre los cuerpos. Muchos antropólogos han utilizado la noción del biopoder para rastrear las formas en las que el poder extiende sus tentáculos por las ramas capilares de lo social. [...] En este sentido, los márgenes proveen de una posición particularmente privilegiada desde donde observar la colonización de la ley por las disciplinas, como así también la producción de categorías de lo patológico a través de tácticas que son parasitarias de la ley aun cuando éstas tracen repertorios de acción de la misma (pp. 25-26).

Con base en la experiencia de trabajo directo en la implementación y el diseño del PESPI y de la PSPI, así como del análisis de los documentos estatales antes especificados, propongo la delimitación de tres grandes etapas: 1. Política orientada al acceso (1996-2004), 2. Política orientada al fortalecimiento de los sistemas médicos indígenas (2004-2015) y 3. Política orientada a la institucionalización

de la interculturalidad en el sistema de salud público (2015-2023). Como todo esfuerzo analítico que busca establecer ciertas categorías y remarcar los énfasis que han primado en el diseño y la ejecución de la política de salud y pueblos indígenas en los períodos identificados es importante decir que los énfasis presentes en cada uno de estos momentos no son exclusivos ni excluyentes, así como tampoco se trata de etapas que se superan, como en una escala evolutiva. Es decir, ciertas características que encontramos en la primera etapa pueden aparecer en la segunda o tercera, tal vez de manera menos evidente, o más atenuada, pero estar presentes de igual forma.

La política orientada al acceso (1996-2004)

Como consecuencia de las primeras experiencias de salud intercultural con pueblos indígenas en la Región de la Araucanía, en 1996 comienza a abrirse en el Ministerio de Salud (MINSAL) un espacio para desarrollar acciones que reconocen a la población indígena como un grupo culturalmente diferenciado, cuyas problemáticas de salud requieren de un abordaje distinto al que se entrega a la población chilena, y que, por lo tanto, es necesario implementar respuestas que atiendan a esas particularidades. Es importante destacar los orígenes e intereses involucrados en la construcción de este nuevo campo de la política pública. Por una parte, hacer mención que estas acciones emergen primeramente en el nivel local, y, por otra, que se trata de iniciativas que recogen la demanda de aquella época del movimiento indígena allí organizado por políticas y programas de reconocimiento a la diferencia. Estas demandas se dan en un contexto de retorno a la democracia y de surgi-

miento de una serie de políticas en el marco de un estado que buscaba recomponerse social y políticamente tras la dictadura militar.

A nivel ministerial, lo que se constata durante este período es el interés personal y profesional, en especial en el área social, de algunas/os funcionarias/os, tanto del nivel nacional como subnacional, motivados por un fuerte compromiso con las luchas indígenas, por realizar actividades puntuales que tuvieran como foco a esta población como una tarea adicional a lo que determinaban sus funciones. Se concretan, de este modo, formas y prácticas paralelas al quehacer del sistema de salud en función de la voluntad y la sensibilidad individual de estas/os funcionarias/os. Dicho en otras palabras, no hay en esta época un mandato institucional sectorial claro y explícito de contar con una política pública en materia de salud de los pueblos indígenas, ni tampoco de desarrollar programas específicos o especiales dirigidos a ellos. Lo que existe son iniciativas aisladas, acotadas y puntuales.

Esto es importante porque devela, por un lado, la particularidad del surgimiento de esta temática en el MINSAL, caracterizada por la ausencia de una problematización más profunda o por la presencia de evidencia que respaldara la necesidad de programas. Al mismo tiempo, marca una diferencia en relación con la génesis de la mayoría de los programas en salud. Por último, da cuenta de la distancia que hay entre aquello descrito en los manuales clásicos de política pública como el deber ser o el ciclo de la política estatal y lo que efectivamente ocurre en realidad. Ello no solo habla de la falta de relevancia asignada a los temas técnicos en la formulación de una política pública para este grupo específico, sino que, además, corrobora

la idea de que si bien iniciativas de este tipo “se orientaron a resolver problemas de salud, integrando recursos de diferentes medicinas – occidental y tradicional–, contaron con escaso reconocimiento desde la perspectiva de política administrativa” (Manríquez-Hizaut et al., 2018, p. 760). Estas circunstancias podrían explicar el tipo de organización y gobernanza con la que ha funcionado la política y el programa de salud y pueblos indígenas durante todos estos años.

No es sino hasta el año 2000 que se formula el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI), formalizado por medio del acto administrativo de dictación de una resolución que aprueba el Programa. En ella se establecen sus objetivos y lineamientos estratégicos; se define focalizar la intervención en servicios de salud del país, cuya área de influencia incluye comunas con la más alta concentración de población indígena a nivel nacional; se precisan algunos resultados esperados a alcanzar, y se abre una partida presupuestaria para su logro. Se localiza, además, la responsabilidad institucional de supervisar el cumplimiento del Programa en la División de Atención Primaria.

El objetivo general del PESPI es “mejorar la situación de salud y medio ambiente de los pueblos indígenas considerando sus particularidades lingüísticas y cultural, así como, la participación de estos en la definición y solución de sus problemas” (Ministerio de Salud, 2013, p. 9). De acuerdo a registros, apuntes y presentaciones que guardo de aquella época, las áreas de intervención priorizadas son: mejoría de accesibilidad y calidad de la atención; mejoría de la capacidad resolutoria de los problemas de salud; desarrollo de recursos humanos; participación social; comunicación social, e investigación.

El programa se plantea como una iniciativa de pilotaje en cuatro regiones del país –Tarapacá, Biobío, Araucanía y Los Ríos–, concordantes, como indicamos, con los mayores porcentajes de presencia de pueblos indígenas en aquella época. Lo anterior estuvo acompañado de la asignación de un/a profesional en los servicios de salud de Arica, Iquique, Biobío, Araucanía Norte y Araucanía Sur, Osorno y Llanquihue para la ejecución de los lineamientos del Programa. En algunos casos, esta responsabilidad fue asumida por funcionarias/os de carrera de los servicios de salud, en otros, a través de la compra de servicios mediante contratos a honorarios. Fueron mayoritariamente profesionales de las ciencias sociales, específicamente de antropología, sociología y trabajo social, quienes asumieron estas tareas.

Durante este período se incorporaron facilitadores/as interculturales al trabajo en hospitales y establecimientos de la atención primaria como un recurso para disminuir las barreras de acceso que afectaban a esta población. Es bueno recordar que las/os facilitadoras/es interculturales son personas indígenas y que en sus inicios fue un requisito ser hablantes de la lengua materna (hoy este requisito se ha matizado según la realidad sociolingüística de cada territorio). Estos debían ser conocedores de los protocolos indígenas en sus comunidades y trabajar desde dentro del sistema de salud público, inicialmente como “traductores” entre el servicio de salud y las personas, familias y comunidades indígenas, y orientadores en la compleja trama de funcionamiento del sistema. Las/os facilitadoras/es interculturales se transformarán en el tiempo en el soporte fundamental de la política de salud y pueblos indígenas, en el eje más claro y visible de aquello que sustenta el quehacer directo del sector en el espacio sociosanitario de los establecimientos de la red.

El área de intervención prioritaria del PESPI en este período estuvo orientada a temas de resolutivez de la atención de salud y a facilitar el acceso de personas de comunidades indígenas a la atención de especialidades médicas, difíciles de encontrar en comunas pequeñas, rurales, distantes geográficamente de los centros urbanos. Lo señalo pues recuerdo cómo el PESPI, en el Servicio de Salud Araucanía Norte (área norte de la región de la Araucanía, provincia de Malleco), destinaba la mayor parte del presupuesto y de su gestión al quehacer en el eje de resolutivez. Esto consistía en que el Servicio de Salud de manera centralizada compraba los servicios de especialistas y de exámenes, tales como atención de otorrino, oftalmológica, dental y exámenes mamarios. De este modo, se asignaba una cantidad de cupos exclusivos para personas indígenas que se priorizaban en función de las listas de espera genéricas con que contaban los servicios de salud.

El acceso a especialidades médicas y, con ello, a la resolutivez de ciertos problemas de salud era el área que daba mayor visibilidad a las “acciones interculturales”. Era mediante estas acciones que el PESPI era reconocido en los territorios por parte de los equipos de salud. Al mismo tiempo, la interculturalidad, en esta etapa, es comprendida por las/os funcionarias/os de salud como un abordaje “preferencial” en salud de las personas indígenas. Su despliegue se da mediante acciones unidireccionales, dirigidas a esta población, para resolver problemas de salud, definidos como tales, por parte del sistema de salud público. Recordemos que en esa época no estaba incorporada la pregunta por pertenencia a pueblos indígenas en los registros de salud, por tanto, no había evidencia para definir que los problemas

de salud priorizados eran efectivamente los que afectaban de manera predominante a las personas indígenas. Observamos que se actúa mucho más desde nociones respecto de lo que podrían ser los problemas de salud que afecta a esta población que desde la evidencia.

Lo interesante a destacar durante esta etapa es la idea de “cupos preferenciales o cupos exclusivos para personas indígenas”, pues lo que ocurría en la práctica es que se despriorizaba a las personas con apellidos indígenas de los programas de resolutivez para la población general y, de alguna forma, se les reconducía bajo el supuesto de que tenían su propio programa intercultural de resolutivez en salud, cuando no eran más que algunos cupos cubiertos por el acotado presupuesto del PESPI de esa época.

Más allá de este punto, y como dijimos, las/os facilitadoras/es interculturales fueron un recurso humano troncal de la implementación de esta política, pensados como una estrategia para disminuir las barreras culturales y mejorar el acceso a salud de las personas indígenas. Su instalación tanto en atención primaria como en hospitales fue compleja. Para su contratación y asignación a los territorios se usó el criterio de alta concentración de población indígena³ y se realizó un proceso de selección vía concurso bajo la modalidad de contrato a honorarios. Localmente hubo que definir funciones específicas para las/os facilitadoras/es interculturales, considerando que aquello establecido en la política y el PESPI eran orientaciones muy generales que no siempre se ajustaban a las dinámicas administrativas y técnicas de cada uno de los dispositivos de salud. No había claridad en qué categorías contractuales asimilarlos, pues el cargo de

facilitador/a intercultural no existía, y no existe hasta la fecha, en el marco de la administración pública, por lo tanto, administrativamente hubo que asimilarlos a auxiliares de aseo, auxiliares administrativos o técnicos. En aquella época, a diferencia de la actualidad, no había facilitadoras/es interculturales que hubiesen cursado una carrera profesional.

En algunos casos, el ingreso de facilitadores/as interculturales al trabajo en salud fue acompañado de una inducción acotada. Entre los funcionarios de salud que recibirían en sus espacios de trabajo a este recurso humano no hubo tampoco un proceso de inducción protocolizado ni estandarizado dirigido. En este sentido, la instalación efectiva de las/os facilitadoras/es interculturales en los establecimientos de salud fue un proceso demorado, con resistencias desde ambas partes. Por el lado de las/os facilitadoras/es interculturales había una resistencia a la burocracia administrativa del estado y por parte de los equipos de salud, una resistencia a comprender el rol que estos jugarían en el espacio sanitario y de tener que relacionarse con una figura que no se ajustaba a los parámetros de las jerarquías y etiquetas propias del sistema de salud. Por lo mismo, cada establecimiento fue construyendo su propia manera de relacionarse o no relacionarse con ellas/os, la mayor parte de las veces subvalorando su aporte a los procesos de salud/enfermedad/atención y subalternizando su experticia y conocimientos.

La manera en como fue pensado su rol desde la salud en aquella época se restringe al de un traductor para los casos de personas indígenas monolingües. Sin embargo, las facilitadoras/es interculturales, al no encontrar eco ni espacio formalizado de interacción con los equipos de salud, desarrollaron de manera individual

procesos de autoformación sobre las dinámicas de funcionamiento de los dispositivos de salud y comenzaron un proceso intracultural de fortalecimiento y visibilización de los sistemas médicos indígenas y de valorización de su identidad junto a los usuarios indígenas que diariamente acudían a los servicios de salud. Observamos aquí la coexistencia tensionada de una interculturalidad funcional desde la política pública y, en contrapartida, “un proyecto político-social-epistémico-ético, dando pistas para el surgimiento de una praxis distinta desde los sujetos indígenas” (Walsh, 2010, p. 76)

Se puede señalar que durante este período, el PESPI no había definido con claridad su enfoque; que existía un escaso debate conceptual sobre interculturalidad; que se conocía muy poco sobre las dinámicas de salud propias de los pueblos indígenas, y que el personal de salud no estaba formado para trabajar concretamente con la diversidad cultural del país. La población indígena era vista como carente, en el sentido amplio del término, material y simbólico: una población pobre, sin recursos, sin educación y sin conocimientos ni prácticas curativas y preventivas. Es decir, desde el sector salud se les asumía como sujetos sin autonomía y sin capacidad de agencia para articular recursos terapéuticos diversos.

En ese momento se constatan dificultades por parte del sistema de salud para comprender qué es la interculturalidad y por qué es necesario implementarla en los espacios de salud, pues no se perciben diferencias significativas entre personas indígenas y personas pobres. Abunda el discurso de que en la atención no hay diferencia y se atiende a todos por igual, levantando esta idea como un valor positivo y necesario de universalidad. Asimismo, este

tipo de programas es entendido como un acto de caridad antes que como un derecho de las personas indígenas.

Junto con la formalización del PESPI a nivel institucional, en el año 2000 se crea formalmente el Programa Orígenes. Como veremos en la caracterización de la etapa que sigue, su proceso de instalación se prolongó por lo menos por dos o tres años hasta que, efectivamente, se comenzaron a visualizar algunas iniciativas a nivel de las regiones priorizadas y de los servicios públicos adscritos, de ahí que situemos en 2004 el inicio de la segunda etapa de la política de salud y pueblos indígenas.

Política orientada al fortalecimiento de los sistemas médicos indígenas (2004-2015)

No se puede dejar de mencionar, dentro del panorama de la política de salud intercultural en Chile, la creación del Programa de Desarrollo Integral de Comunidades Indígenas, conocido de manera coloquial como Programa Orígenes, financiando con recursos obtenidos de un préstamo al Banco Interamericano de Desarrollo, solicitado por el estado de Chile durante el gobierno de Ricardo Lagos. Este programa estuvo dirigido a los pueblos aymara, diaguita y mapuche de sectores rurales. Fue gestionado por el Ministerio de Desarrollo Social en co-ejecución con los Ministerios de Salud y Educación, el Instituto de Desarrollo Agropecuario (INDAP) y la Corporación Nacional de Desarrollo Forestal (CONAF). El programa definió cuatro componentes: i) fortalecimiento institucional de las comunidades indígenas y de las instituciones públicas; ii) desarrollo productivo; iii) educación intercultural bilingüe y desarrollo cultural de las comunidades y

escuelas, y iv) salud intercultural en las comunidades del Programa.

Se puede reconocer como una particularidad de este programa una idea clara acerca de la necesidad de avanzar hacia la institucionalización de la temática indígena en el estado. Podríamos caracterizar este “fortalecimiento institucional” como de nivel burocrático, centrado en el funcionamiento administrativo, necesario, pero totalmente insuficiente, pues no logra traducirse en transformaciones estructurales. Tampoco se constatan cambios en los lenguajes reglamentarios y normativos. Se trata de un período en que se opera bajo la lógica de programas especiales dirigidos a la población indígena y rural.

Por otro lado, y bajo el eslogan de “desarrollo con identidad” y de “fortalecimiento de la medicina indígena”, el Programa Orígenes ingresa a un terreno complejo. Recuerdo algunos proyectos financiados con recursos provenientes de este programa destinados a la realización de ceremonias espirituales asociadas a los agentes de salud indígena; proyectos para la compra de vestimentas e instrumentos musicales de uso en las comunidades; apoyo para la mejora en infraestructura de los espacios de atención de los agentes tradicionales de salud indígenas; el repoblamiento con plantas nativas de espacios significativos para las comunidades, por mencionar ejemplos.

Algunos de estos proyectos tuvieron un desarrollo interesante a nivel de cohesión social y de reflexión sobre las nociones de autonomía y libre determinación desde la perspectiva de las comunidades indígenas. Sin embargo, fue creando, al mismo tiempo, la idea, más o menos generalizada, en una parte

del mundo indígena, de que cabía principalmente al estado la responsabilidad del fortalecimiento de su medicina. Esto derivó en una institucionalización de lo indígena dentro de los parámetros y las lógicas de funcionamiento de las instituciones estatales, es decir, un fortalecimiento de la medicina originaria desde la perspectiva del estado.

Esta es una etapa en que comienza a instalarse en el relato de la política pública la concepción de modelos de salud intercultural que promuevan la atención de los agentes de medicina indígena dentro de los establecimientos de salud, en algunos casos con cumplimiento de horarios y rendimientos en la atención. Surge también la idea de costear las prestaciones de salud de los agentes de medicina indígena bajo la lógica del “per cápita”. Se habla, en aquella época, de per cápita indígena o de FONASA indígena. Vale decir, prevalece la lógica de homologar el sistema de salud indígena al sistema de salud biomédico. Es importante precisar que, respecto de estos énfasis, se produjo bastante debate dentro del propio mundo indígena, con posicionamientos polarizados en relación con lo que este tipo de fortalecimiento de la medicina propia debía significar.

Como plantea Boccara (2007), “Orígenes fue ‘marketead’, generó innovaciones institucionales, implicó el asentamiento de nuevos procedimientos y dispositivos de intervención, fomentó discursos y prácticas culturizantes o de autenticación” (p. 202). Fue un programa que ingresó en las dimensiones de la vida de las comunidades indígenas entendidas como las más tradicionales, culturales o propiamente indígenas. Como funcionaria del Ministerio de Salud, posterior al año 2006 participé en una jornada de evaluación de la primera fase de

este programa. Me llamó la atención que, dentro de sus logros, Orígenes atribuyera a su gestión la capacidad de haber contribuido a recuperar las prácticas culturales de las comunidades indígenas, señalando que habían aumentado el número de ceremonias colectivas y de rituales de sanación llevados a cabo en las comunidades que fueron parte del programa.

Es importante mencionar que, al menos en el caso del sector salud, el Programa Orígenes fue generando una institucionalidad en paralelo y, en algunos casos, en contraposición a lo que se venía implementado desde el MINSAL con el PESPI y la PSPI. No fueron programas que se articularon ni que se complementaron, sino más bien entraron en disputa respecto de enfoques y prioridades. En concreto, durante el tiempo en que este programa funcionó, existieron equipos y programas en paralelo con sus propias agendas y énfasis.

Me parece importante relevar también que el contexto nacional que permitió la creación del Programa Orígenes abrió un espacio para visibilizar a la población indígena como población usuaria y objeto de atención por parte de la política pública. A nivel institucional obligó a crear, en algunos casos, y a fortalecer, en otros, una línea de trabajo especial para esta población, materializada en la creación, a nivel de los ministerios y servicios públicos, de oficinas o unidades de asuntos indígenas, con profesionales a cargo con la responsabilidad de generar proyectos en las regiones priorizadas.

Por último cabe señalar que este programa, cuya duración se extendió por aproximadamente seis años, en el momento de su retirada inyectó un presupuesto importante a los ministerios, focalizado en mantener a profesionales a

cargo de los programas y/o líneas técnicas en salud intercultural, así como para implementar los énfasis y lineamientos que había impulsado.

Al volver a centrarnos en la política de salud y pueblos indígenas impulsada por el Ministerio de Salud, es importante mencionar que desde la creación formal del PESPI en el año 2000 hubo esfuerzos y avances en la elaboración de instrumentos normativos y políticos específicos para fundamentar el quehacer de lo que comenzaría a conceptualizarse como salud intercultural. Mandatados, en gran medida, por la labor que desarrollara la Comisión de Verdad y Nuevo Trato⁴, y posteriormente por la ratificación del Convenio N° 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (en 2009) por parte del estado de Chile, el Ministerio de Salud avanzó en una serie de adecuaciones. Entre ellas, el diseño del documento de la Política de Salud y Pueblos Indígenas, promulgada en 2006.

El proceso de elaboración de este documento fue extenso, se prolongó por casi tres años. Por un lado, se consideró la creación de una Comisión Ministerial, que buscó hacer parte al Ministerio de Salud en su conjunto en el debate del contenido de la política, lo que incluía la participación de distintas divisiones, departamentos y profesionales técnicos a cargo de programas de salud. Por otro lado, contempló el trabajo conjunto con equipos de salud del país a través de reuniones y talleres, que fueron generando contenidos conceptuales y operativos para el documento. Asimismo, su diseño contó con la participación de representantes de algunos de los pueblos indígenas reconocidos por la Ley Indígena N° 19.253. Estos representantes se involucraron en la discusión y las propuestas contenidas en el documento, haciéndose partícipes de una serie de reuniones y talleres regionales y nacionales.

La PSPI rige el quehacer de salud en esta materia hasta el día de hoy y no ha sido evaluada ni actualizada desde entonces. En términos generales, se define como un marco de principios en que se reconoce la diversidad cultural, el derecho a la participación y los derechos políticos que asisten a los pueblos indígenas. Uno de sus fundamentos “es el reconocimiento de que ningún sistema médico es capaz de satisfacer, por sí solo, todas las demandas de salud que presenta una población, lo que implica dejar de concebir el modelo oficial como el único deseable y válido” (Ministerio de Salud, 2006a, p. 24).

La PSPI se sustenta en un marco conceptual donde destacan los conceptos de (a) equidad (disminuir las brechas de acceso), (b) enfoque intercultural de salud (en las acciones de profesionales y técnicos) y (c) participación social indígena (en la formulación, ejecución, evaluación y monitoreo de los planes locales) (Manríquez-Hizaut et al., 2018, p. 761). Su propósito es “contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos originarios, a través del desarrollo progresivo de un modelo de salud con enfoque intercultural que involucre su activa participación en la construcción, ejecución, control y evaluación del proceso” (Ministerio de Salud, 2006a, p. 23).

Desde la PSPI, la interculturalidad en salud es entendida

... como un proceso social interactivo, de reconocimiento, respeto y colaboración entre dos o más culturas, en un espacio geográfico y clínico determinado. La interculturalidad significa entonces la promoción de relaciones de confianza, reconocimiento mutuo, comunicación efectiva, cooperación y convivencia y derecho a la diferencia. El enfoque intercultural en salud releva el reconocimiento y respeto de las singulares y diversas características de cada pueblo originario y

pretende crear un ambiente donde estas diferencias puedan coexistir y aportar a la mejoría de la salud de todos, aún cuando se da en un escenario no resuelto de asimetrías de poder, en lo que se refiere a la hegemonía del sistema médico oficial (Ministerio de Salud, 2006a, p. 21).

La PSPI define doce lineamientos técnicos y sus respectivas estrategias. Respecto de los primeros destacan un modelo de atención con enfoque intercultural; el reconocimiento, la protección y el fortalecimiento de los conocimientos y las prácticas de los sistemas médicos de los pueblos originarios; la participación social; la promoción de la salud; la salud ambiental; inversiones e infraestructura; recursos humanos; investigación; cooperación internacional, entre otros. Cada lineamiento define un sinnúmero de estrategias difíciles de resumir aquí; no obstante, se puede decir que corresponden más bien a actividades traducidas en declaraciones de buenas intenciones. La política no aborda, así como tampoco intenciona, cuestiones de fondo, estructurales, para que se pueda alcanzar un despliegue en programas y proyectos que respondan efectivamente a su propósito.

La configuración del documento incluye, por último, un marco político y legal donde se exponen antecedentes históricos sobre la situación de los pueblos indígenas en Chile y se presentan la legislación y los acuerdos internacionales sobre el reconocimiento y los derechos de los pueblos originarios, además de describir algunas políticas estatales, a nivel nacional, en diversos ámbitos de desarrollo.

A diferencia de las políticas de salud y pueblos indígenas en la región de las Américas, que en general apuntan a respetar la cultura y la diver-

sidad de los pueblos indígenas en materia de salud, la PSPI en Chile se propone contribuir a mejorar la situación de salud de esta población. Cuando se analizan sus estrategias se observa que no están en realidad directamente orientadas hacia ese propósito, sino que se focalizan en cuestiones relacionadas con la “cultura” de este grupo. Vale decir, la PSPI, por un lado, es ambiciosa o ingenua en su propósito general; por el otro, se constata una falta de sintonía entre sus objetivos y las estrategias que propone para alcanzarlos. Al mismo tiempo, la idea de cultura que prevalece es la entendida como atributos fijos, observables, tales como el uso de vestimenta, lengua, practicar sus rituales, vivir en comunidades rurales, entre otros.

La PSPI no se hace cargo de la definición de mecanismos de financiamiento ni de una institucionalidad y gobernanza para la puesta en práctica de sus lineamientos. No propone, o al menos esboza, una fórmula que asegure su capilarización transversal a nivel sectorial y que defina la articulación y la complementariedad sustantiva con el quehacer general del Ministerio de Salud. De alguna manera, la PSPI ha corrido por un carril paralelo y marginal al quehacer sectorial, cuestión que reduce al mínimo el impacto que pueda tener en el sector en su conjunto y, por tanto, en la situación de salud de la población indígena.

Por otro lado, en 2006 se promulga también la Norma General Administrativa sobre Interculturalidad en los Servicios de Salud (Ministerio de Salud, 2006b). En esta norma se desarrollan directrices para la implementación de la pertinencia cultural, interculturalidad y complementariedad en los servicios de salud del país. En ella se establece un conjunto de premisas asociadas a la idea de vigencia de los sistemas de salud

indígenas ante la falta de reconocimiento formal en el sistema jurídico chileno y al deber del estado, en particular del Ministerio de Salud, de “respetar, reconocer y proteger los sistemas de salud de las culturas indígenas” (Ministerio de Salud, 2006b, p. 4). Para ello se proponen directrices orientadas a instruir a la institucionalidad en salud de tomar medidas y realizar acciones cuando los contextos presenten alta concentración de población indígena.

Esta norma, en su contenido, sitúa en el sector salud la responsabilidad del respeto, el reconocimiento y la protección de los sistemas de salud de los pueblos indígenas, lo que se traduce en recomendaciones orientadas a incorporar este aspecto en el quehacer de salud, ya sea proporcionando conocimientos sobre cosmovisiones originarias a personas que trabajan en el sector salud, incorporando facilitadoras/es interculturales en la atención, permitiendo el ingreso de agentes de salud a los centros de salud o creando hospitales interculturales.

Se reconoce en esta norma un esfuerzo en la línea de asumir la salud intercultural como una responsabilidad a nivel de política pública. Sin embargo, uno de los problemas que se identifican es que no define un plan de implementación concreto a nivel territorial ni establece indicadores que permitan ir midiendo su cumplimiento progresivo. Del mismo modo, la norma no considera un sistema de seguimiento y monitoreo para su implementación. Ello desemboca en que este tipo de normativas se transformen en “letra muerta”.

Por otra parte, tanto esta como otras normativas no se conectan con los instrumentos de gestión con que cuenta el Ministerio de Salud, lo que eventualmente podría otorgar algún

grado de “obligatoriedad” a su cumplimiento. Como he oído en varios espacios de reflexión y discusión sobre la materia, los temas interculturales dependen de la “buena voluntad” de las autoridades de turno y de la sensibilidad que se pueda encontrar en algunas/os profesionales. En síntesis, la PSPI no alcanza el nivel de respaldo político institucional que una política requiere. En este sentido, compartimos el señalamiento de Manríquez-Hizaut et al. (2018) de que los programas de salud intercultural no han contado con un reconocimiento desde la perspectiva de una política administrativa.

Durante el período que hemos analizado, parece importante puntuar que la PSPI ha aportado en cuanto a la visibilización de los pueblos indígenas como un grupo particular y específico que el sector debe considerar. Ha intencionado sus esfuerzos (no con los mejores resultados) a asentar de manera formal el enfoque intercultural en el quehacer de salud y, por último, ha puesto en evidencia la importancia de avanzar en la construcción de un marco normativo y regulatorio para la salud intercultural. En contrapartida, observamos en su ideario una política dirigida a los indígenas y a un tipo de sujeto indígena en particular, tradicional y rural, que deja fuera a los no indígenas y a un actor fundamental, los trabajadores de la salud, considerados en la política únicamente como sujetos a capacitar.

La noción de interculturalidad de la PSPI es la de una interculturalidad funcional, en términos de Walsh (2010), idealizada, angelical, en los términos de Dietz (2016), que promueve relaciones interculturales armónicas desconociendo el contexto sociopolítico más amplio y la historia de relaciones entre el estado y los pueblos indígenas. En los términos de Piñones et al. (2017), se trata de una política

... atravesada por una tensión entre la asunción/desconocimiento de las relaciones de hegemonía/subalternidad entre el Estado y los Pueblos Originarios. A través de una aproximación ahistoricista, la Política y el PESPI han establecido un imaginario de horizontalidad entre los saberes médicos, que cumple una función política de desconocimiento del rol mismo del Estado en la conformación de la asimetría y subordinación de los saberes médicos de los Pueblos Originarios, que a su vez forma parte de la subordinación más amplia que el Estado establece respecto de los Pueblos Originarios en el seno del modelo económico neoliberal chileno (p. 760).

Política de la institucionalización de la interculturalidad (2015-2023)

Con el paso de los años, la institucionalidad de salud y pueblos indígenas ha crecido cuantitativamente. De estar presente en unos pocos servicios de salud en el año 2000 y luego en algunas secretarías regionales ministeriales de salud (SEREMI) a partir de 2006, hoy día el PESPI se ha desplegado y tiene un alcance a nivel nacional, en los 29 servicios de salud del país y en sus 16 SEREMI. Esto se traduce en que cada uno de estos espacios institucionales tiene un presupuesto asignado (en general, bastante acotado) para llevar a cabo acciones en esta línea y cuenta, además, con un profesional responsable de ejecutar el Programa. En algunos casos se trata de profesionales con dedicación exclusiva en la materia, en otros (tal vez la mayoría) son profesionales, por lo general de las ciencias sociales, psicólogas/os, trabajadoras/es sociales, antropólogas/os, que, entre múltiples otras responsabilidades, se hacen cargo de ejecutar un conjunto de acciones establecidas en una planificación anual, orientada con base en lineamientos emanados desde el nivel central.

En el nivel local comunal, donde se despliega la red de dispositivos de salud en sus distintos niveles de complejidad, la presencia de los programas de salud intercultural y sus intervenciones tiene un nivel de cobertura menos claro. Podría decirse, además, que cuantitativamente su presencia es menor, en especial debido a la disponibilidad restringida de recursos humanos y financieros, que se distribuyen a nivel regional –SEREMI provincial y servicios de salud– y comunal –centros de salud y organizaciones indígenas–.

Lo que se observa en este último caso son iniciativas en salud indígena y salud intercultural que emergen desde la dinámica territorial, con adecuaciones implementadas por las/os funcionarias/os de salud, la mayoría de las veces sin recursos, lo que impide instalar procesos permanentes y con continuidad en el tiempo dentro de la oferta en salud. Esta parece ser una dinámica interesante a relevar, en el sentido de que se levanta desde lo local con base en problemas definidos por quienes conocen y viven en los territorios. Sin embargo, lo que se observa como problemático es que depende de sensibilidades, voluntades puntuales o iniciativas individuales y que donde no las hay el trabajo intercultural con pueblos indígenas no existe.

Un hito importante que caracteriza esta etapa lo constituye la Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud. Esta ley formó parte de la reforma de salud de 2006, pero por su contenido definido como valórico generó discusión y debate en el congreso y fue promulgada finalmente en 2012⁵. La Ley establece en su artículo 7 que

... en aquellos territorios con alta concentración de población indígena, los prestadores institucionales públicos deberán asegurar 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; la existencia de facilitadores interculturales y señalización en idioma español y del pueblo originario que corresponda al territorio, y el derecho a recibir asistencia religiosa propia de su cultura (Ministerio de Salud, 2012a).

Por ser una ley que, como señalamos, se remonta a 2006, el año del lanzamiento de la PSPi y de la Norma Administrativa N° 16, el contenido, el énfasis y el enfoque que subyace al artículo 7 es el mismo que sustenta a la política, el programa y la norma administrativa. Es decir, el debate generado a propósito de estos instrumentos constituyó la base para la generación de los elementos que finalmente dieron cuerpo a la redacción del articulado de la Ley N° 20.584. Esto quiere decir que, en materia normativa, en un período de doce años virtualmente no ha habido cambios de fondo en la manera de comprender y desplegar la política pública indígena en materia de salud.

La propuesta del artículo 7 generó polémica a nivel del Senado y la Cámara de Diputados. El punto en discusión se refería a la necesidad de dar cumplimiento a la obligación contraída por el estado de Chile a través de la aprobación del Convenio N° 169 de la OIT, atendido que este exige que se realice una “consulta” cuando las normas de un proyecto de ley afecten o involucren a los pueblos originarios respectivos. Los argumentos esgrimidos en ese momento, es decir, en 2011, apuntaron a

señalar que esta iniciativa legal había ingresado a trámite legislativo con anterioridad a la aprobación y la entrada en vigencia en Chile del referido convenio, por lo que no debía cumplirse dicha obligación de consulta en el momento de presentación del mensaje⁶.

Aun cuando este tema fue zanjado en ambas cámaras, su discusión reapareció durante la etapa de la institucionalización de la interculturalidad en las instancias de asesoría jurídica del Ministerio de Salud, luego de la aprobación de la Ley. Varios de los artículos que la componían requerían de decretos reglamentarios, instrumentos de definición específicos sobre determinadas materias. En primera instancia se señaló que el artículo 7 sobre la pertinencia de la atención en salud en zonas con presencia de población indígena no precisaba ser consultado, sin embargo, luego del pronunciamiento del órgano competente en esta materia (la Unidad de Consulta de Asuntos Indígenas, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social y Familia) se estimó procedente establecer un procedimiento de consulta para este articulado.

Lo anterior implicó la construcción de una propuesta de borrador del reglamento del artículo 7, la cual se elaboró en un proceso participativo que contempló la conformación de una comisión ministerial. Esta incluyó equipos de salud intercultural de todo el país y a representantes de pueblos indígenas que formaban parte de las instancias de participación indígena al alero de las SEREMI y servicios de salud del país.

El proceso de la consulta indígena acerca de la propuesta de reglamento sobre el derecho de las personas pertenecientes a pueblos originarios a recibir atención de salud con pertinencia

cultural y la obligatoriedad de los prestadores institucionales públicos a otorgar dicha atención es un hito fundante que caracteriza esta etapa. El contenido del artículo 7, como ya he señalado, sintetiza el modelo de gubernamentalidad que ha marcado la interculturalidad en salud en los últimos veinte años, sin embargo, al tener el rango de ley e identificar explícitamente al prestador institucional público como responsable de dar garantías al cumplimiento del derecho a atención de salud con pertinencia cultural marca una diferencia en relación con los períodos anteriores, pues una ley mandata y obliga su cumplimiento.

La interpretación del artículo 7 que han hecho equipos técnicos en salud intercultural y representantes de organizaciones indígenas vinculadas al trabajo con el sector salud es un componente diferenciador, pues sitúa la responsabilidad e incluye como parte de la relación intercultural al sector salud en términos institucionales, ya no como un interés o voluntad individual. Vale decir, es el sector salud el mandatado a brindar atención de salud con pertinencia cultural a las personas que pertenecen a pueblos indígenas. Por lo tanto, las adecuaciones deben ocurrir a nivel de organización, gestión y atención clínica. Una comprensión institucional de este tipo no se registró en las etapas precedentes, cuestión que marca una diferencia y un énfasis importante en comparación con los períodos ya analizados. Lo intercultural exige la confluencia de indígenas y no indígenas y con ello la idea de institucionalizar la interculturalidad gana comprensión respecto del énfasis que debe ser impreso en la política de salud y pueblos indígenas.

A propósito de este período, observé el surgimiento de perspectivas autocríticas en equipos

profesionales y técnicos vinculados a la política de salud y pueblos indígenas del sector salud en reflexiones sobre su propio quehacer y revisión de los impactos y avances de lo realizado, que tenían como plano de fondo las críticas de los pueblos indígenas así como algunos aportes venidos desde la academia y de sus propias experiencias.

Una frase que me parece condensa bien este período es la que señala que “lo que le corresponde al Ministerio de Salud es hacerse cargo de lo que ocurre de la puerta de los establecimientos de salud hacia adentro”. La frase fue expresada por un dirigente mapuche durante la consulta⁷ nacional a los pueblos indígenas (2015-2017) impulsada por el MINSAL a propósito de la construcción de una propuesta de Reglamento del artículo 7 de la Ley N° 20.584 al que hemos hecho referencia. En su trasfondo hay un llamado de atención del mundo indígena al sector salud en términos de establecer y deslindar responsabilidades. El Ministerio de Salud debe concentrar sus esfuerzos en mejorar lo que ocurre dentro de sus dispositivos, en la red de salud pública. A los pueblos indígenas les cabe velar por lo que ocurre en sus sistemas de salud, con sus agentes y recursos.

En muchas ocasiones de debates internos del sector salud, así como también en diálogos con representantes de los pueblos indígenas, constaté una tendencia a comprender y transferir la responsabilidad de la pertinencia cultural en salud a actores individuales del mundo indígena, como los facilitadores/as interculturales o los agentes tradicionales de salud indígena. Lo que se observa en ese entendimiento de la pertinencia cultural es una concepción en que se diluye la responsabilidad política institucional de implementar la inter-

culturalidad en salud. En esta comprensión, la interculturalidad se cumple o se resuelve si se incluye a estos actores dentro del establecimiento, o si cualquier acción de salud es llevada a cabo por una persona que pertenece a pueblos indígenas.

Con esto no estoy queriendo decir *a priori* que este tipo de acciones no sean importantes. Lo que pienso es que son totalmente insuficientes e instrumentalizadoras de lo indígena. Se constata que este tipo de estrategias no generan transformaciones de la cultura institucional, pues si no existen personas, individuos que pertenezcan a pueblos indígenas, el sistema, sus funcionarios, sus protocolos, sus dinámicas permanecen iguales, no hay adecuaciones desde el sector y las acciones de carácter monocultural predominan. Incluso, la presencia por sí sola de personas indígenas trabajando en los programas de salud intercultural tampoco ha sido garantía de avances en esta línea.

En este sentido, la frase del dirigente indígena tiene una doble lectura. Por un lado, se trata de una alerta respecto de la exigencia por autonomía y no tutelaje de los sistemas de salud indígenas por parte de los organismos del estado, vale decir, espacios donde no le corresponde al sector salud intervenir para regular. Por otro lado, el imperativo de que la pertinencia cultural y la interculturalidad sean acciones que provengan de la institucionalidad en salud, en colaboración con el mundo indígena. Es ahí, en ese espacio socioterapéutico, donde la responsabilidad de la política pública debe hacerse efectiva, en términos de instalar procesos que se sostengan en el tiempo, que no dependan de las autoridades y voluntades de turno, sino que sean parte del quehacer institucional.

Se trata de acciones que deberían de manera transversal formar parte de las prácticas cotidianas sanitarias de todas las personas que trabajan en salud, en temas de gestión, administrativos, sociales y clínicos. Así, debiera existir una institucionalidad y una gobernanza que proporcionaran las condiciones para implementar y desarrollar un verdadero trabajo intercultural desde la puerta de los establecimientos hacia adentro. Lo que parece querer decir el dirigente es que, respecto de las dinámicas y el funcionamiento de los sistemas de salud indígena, sus agentes, sus recursos terapéuticos, la responsabilidad recae en el mundo indígena.

Lo que se observa para este período al revisar la producción documental⁹ del Ministerio de Salud y tras haber participado directamente en algunos de esos procesos, es un énfasis en la institucionalización del tema indígena y de los enfoques de pertinencia cultural e interculturalidad en el quehacer global del MINSAL. Lo anterior ha implicado, para los equipos técnicos, comprender la necesidad y la importancia de abrir la interculturalidad, sacarla de la lógica de un programa específico y acotado, para comenzar a dialogar con la lógica del sistema de salud. Esto se observa en la generación de vinculaciones formales con equipos de salud responsables de las temáticas que afectan de manera más profunda a las personas que pertenecen a pueblos indígenas. Este trabajo es visible en la generación de materiales específicos para abordar problemáticas de salud de los pueblos originarios, como manuales, orientaciones, recomendaciones, o en la colaboración en la formulación de estrategias, planes y programas de salud, sus herramientas y normativas (Ministerio de Salud, 2016a, 2017, 2021). En síntesis, se trata de acciones que tiendan a

la formalización y sostenibilidad de procesos dentro de los marcos que el propio Ministerio tiene, buscando una cierta independencia de los cambios de administración y gobiernos de turno. Ejemplo de ello es la Norma N° 643 sobre Estándares en la Información de Salud, promulgada en 2016, instrumento de carácter sectorial que, por primera vez, hace obligatoria en todos los sistemas de registro de salud la pregunta por la pertenencia a pueblos indígenas (Ministerio de Salud, 2016b).

En resumen, durante este período se identifica un cierto énfasis, más o menos generalizado, de la política por asentarse dentro de los marcos que la propia institucionalidad permite, esto es, plantearse desde un lenguaje común, aprendiendo el lenguaje propio de la salud materializado en los documentos, normativas, protocolos, reglamentos, entendidos como una de las formas en que la salud le habla a sus funcionarias/os. Así también, esta etapa se caracteriza por intencionar, desde los equipos técnicos de salud intercultural del Ministerio de Salud, el posicionamiento de los temas de salud indígenas en los programas de salud en general, superando los límites del propio PESPI. Ello implica la concepción de la/el funcionaria/o de salud como parte activa y fundamental para una oferta de salud pertinente culturalmente y un énfasis en la producción de datos diferenciados por pertenencia a pueblos indígenas para identificar las problemáticas de salud que afectan mayormente a este grupo y poder abordarlas desde los programas, por ejemplo, salud mental, tuberculosis, salud sexual y reproductiva, enfermedades cardiovasculares, entre otras. Es decir, una tendencia a hacerse responsable desde las puertas del establecimiento hacia adentro, centrándose en la cultura sanitaria.

Reflexiones finales

A través de este esfuerzo por caracterizar la política de salud y pueblos indígenas desde fines de la década de 1990 hasta hoy, se proponen tres etapas que, como señalamos, más que ser planteadas como fases evolutivas que se superan, lo que se busca es hacer evidentes los énfasis característicos de cada período, pero también los elementos que han sido comunes y transversales a la implementación de esta política.

Se identifica un primer período (1996-2004) caracterizado por un foco en el acceso a salud de la población indígena. Este grupo es comprendido desde la implementación de la política como población carente, en el sentido amplio del término, carente de recursos económicos y de conocimientos en salud. El segundo período (2004-2015) está marcado por la influencia del Programa Orígenes. En esta etapa, se busca el fortalecimiento de la medicina indígena a partir de su incorporación al y bajo la lógica del sistema de salud biomédico. Un tercer momento (2015-2023) es caracterizado por la idea de institucionalización de la interculturalidad desde y en el sector salud, con énfasis en la responsabilidad que cabe a los no indígenas, en este caso, funcionarios públicos de salud en sus diversos roles, autoridades, jefaturas y equipos de salud para que la interculturalidad ocurra.

En este recorrido parece importante destacar una política de salud y pueblos indígenas movilizada por la demanda de los pueblos originarios en el nivel local y una respuesta de profesionales orientada por una voluntad personal antes que por procesos institucionales. Se reconoce, al mismo tiempo, una política que crece y se despliega un poco a ciegas, sin la evidencia

suficiente para orientar su implementación. Lo anterior permite comprender la existencia de una política limitada a la existencia de un programa (PESPI) y basada en sensibilidades individuales antes que en decisiones políticamente respaldadas.

Se observa también que la existencia de instrumentos normativos, como la propia política, el programa y otras normativas, no han logrado permear suficientemente el quehacer de salud en su conjunto y han quedado restringidas al quehacer de los equipos a cargo de la implementación del PESPI. Aun cuando se identifican algunos avances desde la década de 1990 a la fecha, como la existencia de la PPSI y el PESPI, me parece que estos no han conseguido superar el nivel de lo discursivo y declarativo respecto de los derechos de los pueblos indígenas a una atención de salud con pertinencia cultural. La política no ha conseguido permear e impactar sustantivamente el quehacer institucional del Ministerio de Salud y, por lo tanto, el cumplimiento de su propósito y objetivos no ha sido logrado a más de veinte años de existencia.

Una cuestión que explica esta situación tiene que ver con la noción de interculturalidad, que ha primado a la política. En primer término, se trata de una noción de interculturalidad que ha dejado fuera a los no indígenas, que romantiza las relaciones entre sujetos indígenas y funcionarias/os de salud, y que es ahistórica pues desconoce y no considera la historia de relaciones de conflicto entre el estado y los pueblos indígenas.

Así también, respecto de esta noción, observo que opera en la política de manera transversal en los tres períodos. Al revisar su despliegue

y su producción documental, se constata un estado que más que regular las prácticas de sus funcionarias/os para el trabajo con pueblos indígenas, termina regulando las prácticas en salud de los pueblos indígenas, vale decir, determinando qué es intercultural y que no. Finalmente, lo visible es un estado que, *a priori*, pareciera indicarnos que no necesita interculturalidad, porque la interculturalidad es algo solo para los pueblos indígenas.

En síntesis, como he relevado a lo largo del texto, no es posible desconocer los esfuerzos y avances del sector salud respecto del abordaje de la salud de los pueblos indígenas, así como tampoco se puede negar lo insuficiente y restringido de los impactos y el cumplimiento del propósito de la política de salud y pueblos indígenas. La razón es simple. Las estrategias propuestas para contribuir a mejorar la salud de estos pueblos han sido equivocadas y no han sido coherentes con lo que se quiere lograr. La política ha tenido un enfoque culturalista que ha excluido el foco en lo sanitario. Se ha centrado en reconocer declarativamente e incorporar de manera descontextualizada ciertas prácticas culturales “tradicionales” en salud de los pueblos dentro del sistema de salud y se ha olvidado o ha dado una relevancia menor a la situación de salud de la población originaria.

Esto parece estar cambiando en la concepción y las reflexiones que han tenido los equipos técnicos a cargo de la materia, lo cual se evidencia con mayor énfasis en el tercer período propuesto. Sin embargo, hay una serie de cuestiones de orden estructural que requieren ser atendidas desde la instituciona-

lidad en salud. Por una parte, es importante que las decisiones que se tomen en relación con la política de salud y pueblos indígenas se sustenten equilibradamente en evidencia científica que considere los aspectos de orden sanitarios y epidemiológicos, así como las dimensiones de la realidad sociocultural actual en la que viven los pueblos indígenas.

Por otra parte, urge un cambio en el enfoque de interculturalidad y pertinencia cultural con que se ha venido desplegando la política de salud y pueblos indígenas. En este sentido, el enfoque de interculturalidad para todos que ha propuesto el antropólogo Gunther Dietz (2017) en el campo de la educación bien podría ser aplicado en el sector salud. La interculturalidad para todos parte de la base de que para construir política pública en este campo no basta con empoderar a grupos indígenas y con construir políticas públicas orientadas únicamente a esta población, pues queda fuera y se exime de responsabilidad al grupo que es finalmente el que discrimina y excluye al otro –los no indígenas–. Por ello la interculturalidad para todos se orienta hacia adentro de las mayorías silenciosas y de las identidades nacionales. Por lo tanto, el principal desafío para la interculturalidad en salud no son los otros, sino que somos nosotros.

Para cerrar, me parece que es clave pensar en una nueva institucionalidad y gobernanza para la salud intercultural en el Ministerio de Salud. Como han dado cuenta los estudios aquí citados, ello requiere que este campo sea asumido por los tomadores de decisiones también políticamente.

Notas

¹ Por ejemplo: https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/2017/PRG2017_3_59209.pdf; https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/2017/PRG2017_3_59209_2.pdf

² Síntesis Ejecutiva Programa Orígenes: https://www.dipres.gob.cl/597/articles-139541_r_ejecutivo_institucional.pdf

³ El concepto de alta concentración ha acompañado la definición de la política de salud intercultural en el Ministerio de Salud y está presente en gran parte de su documentación y normativas. Sin embargo, se trata de un concepto complejo que no ha logrado ser operacionalizado pues desde la administración pública se asume que la alta concentración debiera ser establecida en términos numéricos, homogéneos y estáticos, vale decir, la misma alta concentración porcentual para todo el país, obviando las particularidades de regiones como Magallanes y Metropolitana, donde numéricamente los porcentaje son bajos en comparación con la población total general, por lo que la población indígena puede ser excluida de la focalización del programa por no cumplir con una “alta concentración”. Con el tiempo, se constata que la implementación de la política de salud intercultural obvió dicho concepto y que su ejecución se extendió a nivel nacional.

⁴ La Comisión de Verdad Histórica y Nuevo Trato con los Pueblos Indígenas fue un organismo creado por el gobierno de Ricardo Lagos, cuya labor se prolongó entre los años 2001 y 2003. Su propósito fue asesorar al presidente de la República en el conocimiento de la visión de los pueblos indígenas del país sobre los hechos históricos de Chile y generar recomendaciones para la construcción de una nueva política de estado que permitiera avanzar hacia un nuevo trato de la sociedad chilena con los pueblos autóctonos. Entre sus objetivos vinculados al campo de la salud estaban: “a) elaborar propuestas respecto de la protección de la medicina indígena y la promoción de su eficacia, calidad y seguridad; b) elaborar y

consensuar propuestas con respecto a la relación de la medicina indígena como parte del patrimonio cultural indígena y la protección de la propiedad intelectual sobre estos conocimientos; c) elaborar propuestas en relación con la medicina indígena y su relación con la protección de la diversidad biológica; d) contribuir a fortalecer la práctica de la medicina indígena a través de la formulación de propuestas que propendan a la recuperación de las prácticas, las sostenibilidad y la reproducción del conocimiento indígena en salud; e) establecer propuestas para definir el aporte de la medicina indígena a la provisión de servicios y a la promoción de la salud; f) definir una agenda de desarrollo de las propuestas de mediano plazo, en los planos técnico, normativo y legal, según corresponda” (Ministerio de Salud, 2006b, p. 3)

⁵ La ley en su conjunto incluía una serie de temáticas valóricas, tales como la dignidad de las personas; la autonomía de estas últimas en lo referido a su atención en salud; el derecho a decidir de manera informada; el respeto a los menores de edad, a las personas que sufren una enfermedad terminal o una discapacidad física o intelectual; el respeto a la autonomía frente a la investigación científica y a la confidencialidad de la información de salud; el reconocimiento del derecho a la participación ciudadana en salud, y el marco legal para la tutela ética en los servicios asistenciales, respecto de las cuales no existía consenso, lo cual prolongó la discusión y demoró su promulgación.

⁶ <https://www.bcn.cl/historiadelaley/nc/historia-de-la-ley/4579/>

⁷ La consulta indígena, regulada por el Decreto N° 66 promulgado en 2012, “es un deber de los órganos de la Administración del Estado y un derecho de los pueblos indígenas susceptibles de ser afectados directamente por la adopción de medidas legislativas o administrativas, que se materializa a través de un procedimiento apropiado y de buena fe, con la finalidad de llegar a un acuerdo o lograr el consentimiento acerca de las medidas susceptibles de afectarlos directamente” (Ministerio de Salud, 2012b).

Referencias bibliográficas

Alarcón, A. M., Astudillo, P., Barrios, S. & Rivas, E. (2004). Política de Salud Intercultural: Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile. *Revista Médica de Chile*, 132, 1109-1114.

Arias, J. (2016). La antropología del estado desde Akhil Gupta: A propósito de Red Tape: Burocracia, violencia estructural y pobreza en India. *Universitas Humanística*, 82, 463-473.

Boccaro, G. (2007). Etnogubernamentalidad: La formación del campo de la salud intercultural en Chile. *Chungara, Revista de Antropología Chilena*, 39(2), 185-207.

Burawoy, M. (2003). Revisits: An outline of a theory of reflexive ethnography. *American Sociological Review*, 68(5), 645-679. <https://doi.org/10.2307/1519757>.

doi.org/10.2307/1519757.

Das, V. & Poole, D. (2008). El estado y sus márgenes: Etnografías comparadas. *Cuadernos de Antropología Social*, 27, 19-52.

Dietz, G. (2016). La interculturalidad: Desafíos epistemológicos y respuestas antropológicas. *El Volcán Insurgente, Corriente Crítica de Trabajadores de la Cultura*, 46. <https://www.enelvolcan.com/68-ediciones/046-noviembre-diciembre2016/498-la-interculturalidad-desafios-epistemologicos-y-respuestas-antropologicas>

_____ (2017). Interculturalidad: Una aproximación antropológica. *Perfiles Educativos*, 39(156), 192-207.

Fassin, D. (2018). *Por una repolitización del mundo: Las vidas descartables como un desafío del siglo XXI*. Buenos Aires: Siglo XXI.

- Galdámez, L. & Millaleo, S.** (2022). La interculturalidad vacía: Derecho a la salud intercultural de los pueblos indígenas y personas migrantes en Chile. *Acta Bioethica*, 28(1), 25-34.
- Gavilán, V., Viguera, P., Madariaga, C. & Parra, M.** (2017). Interculturalidad, tradiciones culturales y etnicidades. tres nociones claves para comprender las políticas sanitarias en Chile. *Chungara, Revista de Antropología Chilena*, 49(4), 477-482.
- Hammersley, M. & Atkinson, P.** (1994). *Etnografía: Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Larrañaga, O.** (2010). El Estado Bienestar en Chile: 1910-2010. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Chile Área de Reducción de la Pobreza y la Desigualdad.
- Lins Ribeiro, G.** (1999). Descotidianizar: Extrañamiento y conciencia práctica, un ensayo sobre la perspectiva antropológica. En M. F. Bolvin, A. Rosato y V. Arribas, *Constructores de otredad: Una introducción a la antropología social y cultural*, (pp. 237-242). Buenos Aires: Eudeba.
- Manríquez-Hizaut, M., Lagos-Fernández, C., Rebolledo-Sanhuesa, J. & Figueroa-Huencho, V.** (2018). Salud intercultural en Chile: Desarrollo histórico y desafíos actuales. *Revista de Salud Pública*, 20(6), 759-763.
- Menéndez, E.** (2016). Salud intercultural: Propuestas, acciones y fracasos. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 21(1), 109-118. doi: 10.1590/1413-81232015211.20252015
- Ministerio de Salud** (2006a). Política de Salud y Pueblos Indígenas. Gobierno de Chile, Santiago de Chile.
- _____ (2006b). Norma General Administrativa N° 16, Interculturalidad en los servicios de salud. Resolución Exenta N° 261. <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Norma%2016%20Interculturalidad.pdf>
- _____ (2012a). Ley 20.584, Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Departamento de Asesoría Jurídica, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>
- _____ (2012b). Decreto N° 66, que modifica Decreto N° 88, de 6 de diciembre de 2011. Subsecretaría de Salud Pública, Gobierno de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1050239&idParte=9344755&idVersion=2013-04-19>
- _____ (2013). Resolución Exenta N° 20, Aprueba Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas "PESPI". Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. <https://www.raucanianoorte.cl/images/PDF-WORD/Resol.Ex-N-20-del-17.01.2013-Programa-PESPI.pdf>
- _____ (2014). Perfil epidemiológico básico de la población indígena y no indígena residente en el área de cobertura del Servicio de Salud Antofagasta. Serie Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile N° 0011. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.
- _____ (2016a). Orientaciones técnicas para la atención de salud mental con pueblos indígenas: Hacia un enfoque intercultural. Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Gobierno de Chile. <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/028.MINSAL-salud-mental-indigena-2016.pdf>
- _____ (2016 b). Decreto Exento N° 643, que sustituye Norma Técnica sobre estándares de información de salud. Subsecretaría de Salud Pública. Gobierno de Chile. <https://repositoriodeis.minsal.cl/ContenidoSitioWeb2020/EstandaresNormativa/Decreto-Exento-643-Sustituye-Norma-T%C3%A9cnica-sobre-Est%C3%A1ndares-de-Informaci%C3%B3n-de-Salud-Actualizada-a-Dic-2016.pdf>
- _____ (2017). Norma General Técnica N° 189 para la entrega de placenta. Gobierno de Chile. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/NT-ENTREGA-DE-PLACENTA_01.pdf
- _____ (2020). Anexo 7: Diagnóstico de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile. Gobierno de Chile. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/ANEXO-07.pdf>
- _____ (2021). Guía de experiencias significativas y recomendaciones para los equipos de salud: Pertinencia cultural en el trabajo con pueblos indígenas en el ámbito de la salud sexual y salud reproductiva. División de Atención Primaria, División de Gestión de la Red Asistencial, División de Prevención y Control de Enfermedades, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Gobierno de Chile. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/07/20210224-GUIA-SSRR-Y-PUEBLOS-INDI%CC%81GENAS.pdf>
- Pérez, C., Nazar, G. & 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.
- Piñones, C., Liberona, N. & Montecinos, B.** (2019). La subordinación ideológica del saber médico andino en la salud intercultural chilena. *Polis, Revista Latinoamericana*, 54, 141-153. doi: 10.32735/S0718-6568/2019-N54-1407.
- Pizarro, M. & Larrea, N.** (2020). La labor etnográfica en dos organismos estatales de administración de conflictos: Una mirada sobre los documentos y los casos. *Runa*, 41(2), 105-124.
- Rojas, C.** (2020). Prólogo. En V. Dubois, *Sujetos en la burocracia: Relación administrativa y tratamiento de la pobreza* (pp. 11-21). Santiago de Chile: Universidad Alberto Hurtado.
- Raczynski, D. & Serrano, C.** (2005). Las políticas y estrategias de desarrollo social: Aportes de los años 90 y desafíos futuros. En P. Meller (Ed.), *La paradoja aparente: Equidad y eficiencia: Resolviendo el dilema* (pp. 225-283). Santiago de Chile: Taurus.
- Walsh, C.** (2010). Interculturalidad crítica y educación intercultural. J. Viaña, L. Tapia & C. Walsh, *Construyendo interculturalidad crítica* (pp. 75-96). La Paz: Instituto Internacional de Integración, Convenio Andrés Bello.