

Caso clínico: Pertinencia cultural en la atención en salud, en el servicio de Pediatría CAPLC

Clinical case: Cultural relevance in health care, in the CAPLC Pediatrics service

Florencia Venegas Arluciaga¹

RESUMEN

La interculturalidad y pertinencia cultural en la atención en salud, son conceptos con una larga trayectoria en los territorios de población con diversidad étnica, que se mantienen en continuo análisis, debate y reformulación. Asimismo, sus aplicaciones concretas difieren según distintos factores temporales, territoriales, sociales e institucionales. Este caso clínico, construido con metodologías antropológicas, tales como observación participante y entrevista en profundidad, se presenta una experiencia de atención en salud con pertinencia cultural en el Complejo Asistencial Padre las Casas, con el objetivo de visibilizar la concreción de las políticas públicas y las iniciativas sociales en torno a estas temáticas, y cómo las herramientas que se entregan a prestadores y usuarios representan un incremento en la calidad de la atención que brinda el sistema público. De este proceso, se rescatan conceptos fundamentales del *Mapuche Kimiin*, junto a elementos que posibilitan este modelo de atención y los desafíos aún pendientes. Además, se presentan algunas condiciones faltantes para poder plantear la existencia de interculturalidad en la atención en salud, y cómo el intentar aproximarnos a ésta puede conducir a una comprensión más amplia de la salud, que se despliega en las distintas dimensiones de la vida cotidiana.

Palabras clave: Interculturalidad, Salud intercultural, Salud Pública.

ABSTRACT

Interculturality and cultural relevance in health care are concepts with a long history in ethnically diverse population territories, which are constantly analyzed, debated and reformulated. Likewise, their specific applications differ according to different temporal, territorial, social and institutional factors. This clinical case, built with anthropological methodologies, such as participant observation and in-depth interview, presents an experience of health care with cultural relevance in the Padre las Casas Care Complex, with the objective of making visible the implementation of public policies and social initiatives around these topics, and how the tools provided to healthcare providers and users represent an increase in the quality of care delivered by the public system. From this process, fundamental concepts of the *Mapuche Kimiin* are rescued, along with presenting elements that enable this model of care and ongoing challenges. Furthermore, some missing conditions are raised to be able to propose the existence of interculturality are raised, and how trying to interculturality it can lead to a more comprehensive understanding of health, which is deployed in the different dimensions of daily life.

Keywords: Interculturality, Intercultural health, Public Health.

Recibido el 17 de mayo de 2024. Aceptado el 27 de junio de 2024

¹ Interna 7mo de año Medicina, Universidad Autónoma de Chile. Correspondencia a: florenciavenegasarluciaga@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La interculturalidad o pertinencia cultural en salud son nociones que buscan incorporar distintas epistemologías del concepto de salud en las prestaciones públicas de los países, por lo que han sido elementos de extenso debate, continuo análisis y reinterpretación a lo largo del tiempo, particularmente en territorios con población de diversos orígenes étnicos.

Desde los años 90, en diversos territorios de Latinoamérica, se levantaron movimientos sociales indígenas que buscaron posicionar demandas en torno a derechos sociales con perspectiva intercultural. En Chile, el año 1993 se aprueba la Ley Indígena, que a su vez implica la creación de la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena. En 1996 se lleva a cabo el Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas, en la localidad de Puerto Saavedra, el cual busca avanzar en la construcción de políticas de salud intercultural no sólo desde, si no con los movimientos sociales. Desde entonces, uno de los desafíos centrales en el proceso de diálogo y co-construcción intercultural, es la incorporación de las epistemologías no hegemónicas -indígenas- en sus propios términos, en los cuerpos legales y normativos del sistema sanitario chileno. Esto implica una revisión profunda en las formas de comprender la salud y la enfermedad, así como de sus significados sociales y espirituales. Desde una perspectiva de interculturalidad crítica, ésta debe “ser entendida como designio y propuesta de sociedad, como proyecto político, social, epistémico y ético dirigido a la transformación estructural y socio-histórica, asentado en la construcción entre todos de una sociedad radicalmente distinta” (Walsh, 2010).

En el caso del Complejo Asistencial Padre las Casas (CAPLC), centro de salud de alta complejidad perteneciente a la red del Servicio de Salud Araucanía Sur, y que se encuentra emplazado en territorio histórico mapuche, existen lineamientos dados por la institucionalidad y protocolos creados localmente, que en la actualidad permiten una atención de salud con un modelo de pertinencia cultural, definido según la *Amuldungufe* del lugar, como una forma de coexistencia paralela entre ambos sistemas de salud, occidental y mapuche, sin llegar a dialogar.

El caso a presentar, ocurre en la unidad de Urgencias pediátricas, en donde se aborda un caso de síndrome convulsivo de manera paralela entre médica pediatra y *machi*. El objetivo de este trabajo, es visibilizar la concreción de las políticas

públicas y las iniciativas sociales en torno a la interculturalidad y pertinencia cultural en salud, en casos reales, y cómo las herramientas que se entregan a prestadores y usuarios representan un incremento en la calidad de la atención que brinda el sistema público. Asimismo, relevar la valoración usuaria hacia la incorporación de prácticas que permitan la pertinencia cultural, y que a su vez impulsa la motivación para hacerse partícipes del cambio de paradigma que busca incorporar otras visiones acerca de la salud.

La metodología de este trabajo resulta de una mixtura entre la experiencia clínica y estrategias que devienen de la antropología de la salud, dado que, si bien se presenta un caso clínico, el objetivo no es analizarlo desde su complejidad biomédica, sino desde los significados culturales y personales que lo componen.

Así, la recolección de información inicia con una *observación participante* durante los eventos intrahospitalarios del caso, específicamente el CAPLC. Luego prosigue con dos *entrevistas en profundidad*, una realizada a la familia de la paciente y otra a la asesora cultural *amuldungufe* de CAPLC. Finalmente, se complementa con una revisión bibliográfica que permita comprender mejor los conceptos y significados del *mapuche kimün*.

MARCO JURÍDICO

A nivel internacional, el marco jurídico que respalda y fomenta la atención en salud con pertinencia cultural, y la interculturalidad en salud, consta de elementos como el Convenio 169 de la OIT, la Resolución CD37.R5 sobre Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y la Declaración de las Naciones Unidas para los Pueblos Indígenas de la Organización de Naciones Unidas (ONU) (Organización Panamericana de la Salud, 2017). Por otra parte, a nivel nacional, la pertinencia cultural en la atención en salud es un proyecto social e institucional de una vasta trayectoria, con sus primeros antecedentes a nivel jurídico en el año 1953, con la creación de la Dirección de Asuntos Indígenas, posteriormente en 1972 la creación del Instituto de Desarrollo Indígena y luego de una etapa de estancamiento durante la dictadura militar, el resurgir de numerosas iniciativas tanto sociales como institucionales durante los años 90 (Vergara, 2005). Actualmente consta principalmente de la Ley 20.584 sobre Derechos y Deberes del Paciente, y la Norma General Administrativa N° 16 Sobre Interculturalidad en

Servicios de Salud. Además, la creación de dos programas insígnies en estas temáticas, como el Programa Especial de Pueblos Indígenas (PESPI, año 1996), y el Programa Mapuche (PROMAP, año 1992), brindan lineamientos, objetivos, recursos y orientaciones técnicas nivel local (Asesoría técnica parlamentaria, 2019).

En cuanto a la dimensión social del impulso para la incorporación de elementos de pertinencia cultural en salud, en 1996, se realiza el Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas, en Saaverda (Asesoría técnica parlamentaria, 2019). De manera paralela, durante esta década, se crean en distintos lugares, mesas de trabajo en torno a las necesidades en salud de la población indígena que buscaban llegar a plasmar en la atención pública de salud.

Al incorporarse la pertinencia cultural en las políticas de salud, los prestadores públicos de salud han tenido que responder a la demanda social e institucional mediante la instalación de oficinas de *Amuldungun* (Asesoría técnica parlamentaria, 2019), y diversos protocolos según la ubicación geográfica, el nivel de complejidad y las distintas prestaciones de los centros asistenciales. Asimismo, las nociones de interculturalidad y pertinencia cultural, se han ido desarrollando de manera diferenciada según las historias y devenires territoriales y las formas de llevar este discurso a la práctica, varían según distintos factores temporales, territoriales, sociales e institucionales.

Complejo Asistencial Padre las Casas (CAPLC)

Se encuentra ubicado en un territorio históricamente mapuche, cuyos pobladores fueron expulsados y reubicados en otras zonas de la región por el Estado Chileno, siendo, pasando entonces a manos del Ejército. Posteriormente, mediante gestiones de las mismas comunidades junto a la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI), el territorio fue devuelto a los antiguos habitantes, que luego lo cedieron para la construcción de un centro de salud. El CAPLC surgió de un movimiento social, agrupado en el Comité Pro Hospital, que incorporaba habitantes de las comunidades mapuche del sector, así como a personas no mapuche de la Comuna de Padre Las Casas. De esta forma, y aunque la real injerencia que el Comité tuvo en el producto final aún es tema de debate, la comunidad local pudo participar del proceso a través del proyecto “El Hospital que Queremos”, sobre la Propuesta de Construcción y Funcionamiento del CAPLC,

en cogestión con la Facultad de Medicina de la Universidad de la Frontera, entre los años 2012 y 2019.

El Complejo, inaugurado el año 2020, cuenta con oficina de *amuldungun*, la cual, en colaboración con estamentos directivos, ha ido desarrollando una serie de protocolos, con el objetivo de agilizar la incorporación de la pertinencia cultural en las distintas situaciones clínicas que ocurren en el medio intrahospitalario. En la actualidad, cuenta con un proyecto visado por la directiva hospitalaria, el *Protocolo de acompañamiento* de fin de vida y otros en proceso de construcción y aprobación, como el *Protocolo mapuche Lawentuwun*.

RELATO DEL CASO

Una lactante mayor, de 1 año 3 meses, sin antecedentes mórbidos crónicos ni perinatales de relevancia, acude a la Unidad de Urgencias pediátricas de CAPLC, llevada por su madre, tras presentar dos episodios de convulsiones tónico clónicas generalizadas, una en su domicilio y la segunda en el auto durante el trayecto al hospital. La niña es originaria de la región, hija de padres mapuche que se encuentran en proceso de recuperación de su acervo cultural.

Según el relato de la madre, el primer antecedente es un evento en el cual, mientras la niña se encuentra en el patio de su casa, gira, cae y empieza a llorar. Al día siguiente, en la mañana, inicia por primera vez con un episodio convulsivo. Luego de esto, deciden llevar a la niña en busca de atención de salud. La madre acude con la niña a CAPLC mientras el padre acude, con un pijama de la niña, a ver a una *machi* (principal autoridad espiritual mapuche) conocida de la familia.

En el servicio de urgencias pediátricas, la niña pasa inmediatamente al reanimador, donde se maneja con neuroprotección y anticonvulsivantes, se toman exámenes de sangre, de orina, un TAC de cerebro y se realiza una punción lumbar. Todos los exámenes resultaron sin alteraciones.

Por su parte, la *machi* hace *penuntun* (proceso diagnóstico) con el pijama de la niña, e informa al padre de que el cuadro de la niña se debe al hecho de que la madre, cuando estaba embarazada, había entrado a un río a una hora que no correspondía, y un *wezu newen* (energía ambulante) marcó a la niña. Entonces, tiempo después, cuando pasó un *meulen* (remolino), la envolvió porque estaba marcada previamente. La *machi* refiere que es mejor verla directamente, por lo que se ofrece a acompañar al padre al hospital. También les

comenta que no se van a ir pronto de ahí, pero que una vez que salgan, tienen que llevar rápidamente a la niña a verla, porque tiene que hacerle *fuchu* (humo, similar a sahumero) y una ceremonia de sanación que se hace cuando una persona hace *trafentu*, llamada *Zatun*.

Una vez en el hospital, la *machi* pasa a ver la niña, y aplica *lawen* (hierba medicinal) en agua, con rociador, le pasa cuchillos por el cuerpo sobre la piel y les indicó *lawen* para ingerir.

La niña se mantiene estable durante unas horas, pero posteriormente vuelve a convulsionar, por lo que se decide su traslado al Hospital Regional Hernán Henríquez Aravena (HHHA), debido a requerimiento de hospitalización en unidad de mayor complejidad. En HHHHA la *machi* nuevamente pasa a la sala donde se encuentra la niña, aplica nuevamente *lawen*, y reafirma que para completar el tratamiento, se requiere de un *zátun*. Justo luego de que la *machi* se retira, la niña tiene una cuarta y última convulsión. La niña queda hospitalizada para estudio, donde se realiza electroencefalograma y resonancia nuclear magnética. Luego de siete días, habiendo un neurólogo revisado los exámenes, la niña es dada de alta, con hora de control ambulatorio para neurólogo infantil, con diagnóstico en la epirisis de convulsión febril.

El mismo día que recibieron el alta y salieron del hospital, llevaron a la niña a ver a la *machi*, que le realizó *fuchu*. Esto consiste en poner hierbas secas en una olla sobre las brasas, lo coloca debajo de un *wanku* (asiento) de mimbre y la madre se sienta con la niña sobre éste, cubiertas por un *makuñ* (manta o poncho de lana), mientras la *machi* va diciendo una oración. Luego, previo al *zátun* con la *machi*, la familia debe prepararse y reunir los elementos que se requieren. Una tía de la niña tiene un gran conocimiento de hierbas, por lo que la *machi* le explica lo que necesita y ella los acompaña a distintos lugares, como el lago Colico la zona cordillerana de la Araucanía a buscar el *lawen*, que consta de distintas hierbas. Además, se requiere *newen ko* (agua ardiente), *trayen ko* (agua de vertiente), *trilke* (cueros), ramas de triwe y folle, y tierra. Antes de sacar los elementos de la naturaleza, se debe pedir permiso y dejar algo en retribución. Este acto se llama *kullito*, y se pueden entregar semillas, *muçay* (fermentado de trigo), harina tostada, o cosas de origen natural.

El *Zatun* se inicia un sábado por la noche, y en él participa la *machi*, el *zūgumachife*, la niña con sus padres, y familiares y amigos de éstos, quienes deben aportar *newen* (fuerza) para que funcione el

kuçaw (trabajo). Entonces, se junta todo el *lawen* en un canasto y se mezcla con el aguardiente, la *machi* hace una oración, hace *nguillatu* para partir su *kuçaw*, los padres igualmente deben hacer una oración, y posterior a eso, la *machi* entra en su *Kuimi* (trance). Durante el *zátun* también se hace *fuchu*, les pasaron *lawen* y cuchillos como elementos de contra. Al finalizar, el *zūgumachife* le cuenta la *machi* los mensajes que recibió de los *pu lonko* que habitan en *wenu mapu*, y la *machi* entrega a la familia un mensaje en cual detalla las causas de la enfermedad y lo que debe realizarse para proteger a la niña y su familia. La *machi* relata que el origen de la enfermedad de la niña, se encontraba en una transgresión territorial que la madre había realizado durante la gestación, al bañarse en un río que no debía. En este contexto un *weza newen* había marcado a la niña, dejándola vulnerable, por lo que luego, el *meulen* la envolvió cuando la vio expuesta, causándole el cuadro clínico de convulsión, que en su relato es un signo visible de la energía de la niña luchando contra la energía del *weza newen*. Además, la enfermedad también estaba relacionada con energías que había en el lugar de la vivienda de la familia, debido a que se habían instalado sin pedir permiso a los habitantes del lugar, sin presentarse y sin presentar a la niña. El mensaje para los padres, era que debían salir de donde estaban actualmente, y hacer su casa en el lugar que les correspondía, pidiendo permiso, haciendo *kullito* y presentando a la niña a todos los habitantes del lugar. Además, si estaban en el camino de recuperar sus raíces ancestrales y vivir su cultura, debían comprender que tenían que respetar las pautas sociales y culturales. Asociado a esto, otro punto importante que transmitieron los *pu lonko*, era un reproche debido a que ellos, teniendo padres antiguos, no los tenían acompañándolos en ese proceso, y que les había pasado porque eran jóvenes y estaban en proceso de aprendizaje.

A la mañana siguiente se realizó la segunda parte del *zátun*, en el cual se refuerza lo realizado en la primera instancia. Para finalizar el proceso de curación de la niña, la familia debe hacer *nguillatuima* cuando se cambien de casa, pidiendo permiso a los espíritus del lugar, y presentando a la niña a los ancestros. Hasta entonces, deben proteger a la niña utilizando elementos de contra y *lawen*.

Para comprender el relato de los padres respecto de su itinerario terapéutico, resulta fundamental tener nociones elementales de algunos conceptos del *mapuche lawentuwun*. En primer lugar, es muy importante destacar que las traducciones que se

hacen este texto de las ideas presentadas, son una aproximación inexacta, producto de la naturaleza misma del concepto original, proveniente de una cultura con una cosmovisión diferente y que en sus orígenes no tiene forma escrita, sino tradición oral.

En segundo lugar, es necesario comprender las categorías de la etiología de las enfermedades mapuche, las cuales se presentan de manera muy resumida en la siguiente lista:

- *Re Kutran*: Provocadas por cambios bruscos climáticos: insolación, acumulación de frío, desorganización alimentaria, etc.
- *Mapu Kutran*: Tienen su origen en el sistema de creencias, espiritualidad y religiosidad, por ejemplo, las causas por transgresiones.
- *Weza Kutran*: Enfermedades provocadas por otras personas, Kalku, o energías en disarmonía.
- *We Kutran*: Enfermedades nuevas como diabetes, hipertensión arterial, etc (Comité de Salud Intercultural Boroa Filulawen, 2018).

En tercer lugar, se deben comprender algunos elementos fundamentales de la cosmovisión mapuche, tales como la vinculación indisoluble con el territorio, el cual es sustento y fuente de vida para cultura: “¿Cuál ha sido la fortaleza del kimün? El estar en relación con la dimensión espiritual, el estar más allá de la cabeza humana, sino, escuchando, leyendo, los otros kimün, el de los otros seres vivos, nuestros hermanos y hermanas, padres, madres, nuestros parientes los animales, las plantas, las aguas, las montañas. Ese diálogo es lo que hasta el día de hoy se mantiene en el campo de la espiritualidad de nuestros pueblos” (Quidel, 2020).

Para intentar dar cuenta de los complejos fenómenos del entramado social y su impacto en salud, desde la academia se desarrolló el concepto de epidemiología sociocultural, junto a las ideas de procesos protectores y destructores de la salud (Cuyul 2017), que buscan dilucidar el impacto de las prácticas sociales en los procesos de salud y enfermedad de la población: “a nivel comunitario, la conservación y cuidado de reservas forestales y botánicas nativas (...), son prácticas colectivas que a nivel general se pueden visualizar como protectoras de la salud, sumado al hecho de la existencia de sanadoras mapuche como machi o lawentuchefe que poseen legitimación comunitaria en tanto roles tecnológicos, teóricos y espirituales para la rehabilitación de la salud en noción de equilibrio dinámico que hace alusión a una integralidad de

relaciones que permite un buen vivir o kúme mongen” (Cuyul, 2017).

Finalmente, es importante establecer que existen elementos, conceptos y relatos propios de la cultura mapuche, que pertenecen sólo a quienes la habitan, y que no podrán ser develados a las personas no mapuche ni corresponde a la academia incursionar en tales temáticas.

Como elementos adicionales al itinerario terapéutico, es importante relevar los antecedentes históricos y sociales de la población en el territorio ancestral de Wallmapu. Los procesos de invasión y colonización en la historia reciente del pueblo mapuche, han deshilado en gran medida su cultura. Durante la entrevista, la familia relataba cómo sus abuelos se habían visto forzados a abandonar su idioma y muchas de sus costumbres, y sus padres ocultaban los saberes antiguos que aún quedaban, transmitiendo muy poco a su descendencia por temor a la discriminación. En este escenario, muchos jóvenes se encuentran en la búsqueda por el rescate de las tradiciones y conocimientos de sus ancestros y la recomposición del tejido social mapuche. Como resultado de los aprendizajes que los padres han tenido en sus experiencias de ayudas colectivas e instancias formativas con *futakeche*, relatan que en estos tiempos están resurgiendo *machis*, *longkos*, *lawentuchefe*, y otros roles tradicionales, en sintonía con un resurgir de la cultura. Es por estas razones que la familia decidió participar de la presente investigación, porque la dimensión de la salud, que en la cosmovisión mapuche abarca todas las dimensiones de la vida cotidiana, es un área en la que plantear la recuperación y revitalización de su cultura, se presenta como un activismo de visibilización.

En esta misma línea, en los diálogos sostenidos con la *Amuldungunfe*, se hace referencia al concepto de pertinencia cultural en el modelo de CAPLC, dado que la interculturalidad requiere de un diálogo horizontal y en igualdad de condiciones, lo cual no es posible entre el pueblo Mapuche y el Estado chileno. De esta forma, desde un enfoque biopsicosocial y de determinantes sociales de la salud, esta tremenda complejidad social debe ser considerada en el abordaje de salud.

RESULTADOS Y APRENDIZAJES

Los resultados de esta experiencia y su posterior investigación, se ha estructurado como una sistematización de ideas que permitan comprender los eventos y sus significados, así como el rol que se

tiene como personal de salud en el desarrollo de la pertinencia cultural, considerando las condiciones que se requieren para esto. Para organizar la información, se establecieron tres categorías.

Conocimientos elementales de mapuche Lawentuwun

En primer lugar, resulta necesario relevar el aprendizaje respecto de los procesos de salud y enfermedad en el contexto de la cosmovisión mapuche que resulta del seguimiento de este caso. En este ámbito, resulta fundamental comprender las causas socioculturales de las patologías que se agrupan según etiología: *Re Kutran, Mapu Kutran, Weza Kutran, We Kutran*.

Elementos que posibilitan la pertinencia cultural en salud

La segunda categoría agrupa los elementos que permitieron un desarrollo de la atención sanitaria con la incorporación, por parte de la familia, de agentes de salud mapuche. Dentro de éstos, destaca la apertura del personal sanitario para integrar en la atención la asistencia de una Machi, así como el empoderamiento de la familia para realizar la solicitud, en conocimiento de sus derechos y en su búsqueda personal de fortalecer la presencia de la cosmovisión mapuche.

1. Usuarios en conocimiento de sus derechos y con voluntad de ejercerlos, con el doble propósito de recibir una atención en salud adecuada a sus necesidades y de posicionar la cosmovisión mapuche como algo vivo y vigente en diversos aspectos de la vida.
2. Voluntades personales de funcionarios para la incorporación de agentes de salud mapuche en el proceso de atención.
3. Lineamientos institucionales que respalden estas solicitudes aportando antecedentes y por lo tanto seguridad en un buen actuar.
4. Acceso a los agentes de salud mapuche.
5. Apertura de los agentes de salud mapuche para participar de instancias interculturales o con pertinencia cultural.

Desafíos pendientes

En la tercera categoría se encuentran los desafíos aún pendientes que se desprenden de este caso, para lograr una mayor incorporación de la pertinencia cultural en la atención en salud. Dentro de esto, destaca una aproximación por parte de la institucionalidad que busque informar y promover acerca de la posibilidad de

una atención sanitaria con pertinencia cultural. Dentro de esto, se encontró como puntos fundamentales, la promoción y educación con enfoque de derechos, la creación de protocolos locales, las inducciones y la capacitación permanente en torno a interculturalidad y pertinencia cultural en salud.

1. Formación profesional y capacitación continua pertinente en torno a pertinencia cultural e interculturalidad en salud: Requiere de formación profesional y capacitación continua pertinente, no sólo desde una propuesta no hegemónica de la salud y herramientas que permitan comprender diversas epistemologías, también entregando herramientas que permitan ejercer desde la promoción y el enfoque de derechos.
2. Diálogo permanente con las comunidades usuarias: desarrollo continuo de conceptualización y praxis intercultural, entre la comunidad hospitalaria y las comunidades usuarias, con instancias deliberativas y vinculantes.
3. Enfoque de promoción en estas temáticas: trabajo comunitario informativo y creativo que visibilice, fomente y refuerce el proyecto de pertinencia cultural del CAPLC.
4. Señaléticas informativas intrahospitalarias: lograr presencia visible en los espacios de tránsito y estadía intrahospitalaria de los usuarios, para informar sobre las posibilidades de atención con pertinencia cultural con las que cuentan en CAPLC.
5. Creación de protocolos y flujogramas locales: la oportunidad de atención con pertinencia cultural no puede depender de voluntades personales, si no estar establecida de manera regular y replicable en las distintas instancias intrahospitalarias. Asimismo, estos protocolos deben ser conocidos por el personal sanitario para poder otorgar la atención pertinente a un centro de salud con las características de CAPLC.

CONCLUSIONES

Las historias de despojo de las culturas originarias, extendidas a lo largo y ancho del mundo, son también historias de resistencia, que desde hace algunas décadas han tomado gran impulso en diversos territorios, logrando transformar sus demandas históricas en políticas públicas.

La pertinencia cultural en salud, es un deber del Estado, según un extenso cuerpo jurídico y normativo tanto nacional como internacional. Sin embargo, la forma en que ésta se concreta en atenciones de salud adecuadas, es diferente según el contexto territorial y su propio *az mapu* (cuerpo de conocimientos y características de un territorio). Asimismo, la forma en que se comprende este concepto es variable y debe devenir de una discusión conjunta que involucre a todos los actores del sector salud, y ser fruto de una construcción colectiva, para el desarrollo de un modelo intercultural específico según el establecimiento de salud y las culturas indígenas presentes en el territorio.

El incorporar en las atenciones de salud la pertinencia cultural según las necesidades poblacionales, se traduce en una especie de justicia epistemológica, donde el cuerpo de conocimientos indígenas se instala y se valida en una institución de origen y tradición biomédica occidental. Así, el quehacer en salud se convierte en un pequeño foco de reparación de una deuda social histórica, dado que el proyecto intercultural “apuntala y requiere la transformación de las estructuras, instituciones y relaciones sociales, y la construcción de condiciones de estar, ser, pensar, conocer, aprender, sentir y vivir distintas” (Walsh, 2010). Es por esto que en este proceso, resulta fundamental la visibilización y sensibilización respecto de los significados culturales y la etiología que se asigna a los procesos de salud y enfermedad, comprendiendo que “una condición necesaria para el diálogo de saberes es la revalorización y la promoción de los conocimientos, las prácticas y las expresiones culturales tradicionales a través de los mecanismos de transmisión propios de cada cultura” (Organización Panamericana de la Salud 2017).

Finalmente, la interculturalidad es un proceso social mucho más amplio que el sector salud, según la institucionalidad vigente actualmente. Sin embargo, el tratar de aproximarnos a ésta, puede conducir a una comprensión de la salud de los pueblos como un proceso amplio e integral, que se continúa y despliega en todas las dimensiones de la vida cotidiana, y que los pueblos originarios denominaron hace mucho tiempo, en sus diversas lenguas, como buen vivir.

REFERENCIAS

- Asesoría técnica parlamentaria (24 Julio 2019). *Políticas de Salud Intercultural en Chile. Desde el PROMAP (1992) hasta la normativa vigente en la actualidad*. Biblioteca Congreso Nacional . Recuperado el 28 de abril de 2024, de http://www.bcn.cl/asesoriatecnicaparlamentaria/detalle_documento.html?id=74880
- Comité de Salud Intercultural Boroa Filulawen. (2018). Modelo de Salud Centro de Salud Intercultural Boroa Filulawen. Material autogestionado.
- Cuyul, A. (2017). *Epidemiología Sociocultural: Los procesos protectores de la salud y el conocimiento en salud de las comunidades*. Gobiernosantiago.cl. Recuperado el 28 de abril de 2024, de <https://asuntosindigenas.gobiernosantiago.cl/wp-content/uploads/2017/05/Los-procesos-protectores-de-la-salud-y-el-conocimiento-en-salud-de-las-comunidades.pdf>
- Organización Panamericana de Salud (2017). CSP29/7 - *Política sobre etnicidad y salud*. Paho.org. Recuperado el 28 de abril de 2024, de <https://www.paho.org/es/documentos/csp297-politica-sobre-etnicidad-salud>
- Quidel Lincolee, José. (2020). Mundos y epistemologías en resistencias: el caso del Pueblo Mapuche. CUHSO (Temuco), 30(1), 221-232. Recuperado el 28 de abril de 2024, de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-610X2020000100221.
- Vergara, J. I., Foerster, R., & Gundermann, H. (2005). *Instituciones mediadoras, legislación y movimiento indígena de DASIN a CONADI (1953-1994)*. Atenea, (491),71-85.[fecha de Consulta 28 de Abril de 2024]. Recuperado el 28 de abril de 2024 de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32849106>
- Walsh, C. (2010). Interculturalidad crítica y educación intercultural. *Construyendo interculturalidad crítica*, 75(96), 167-181. Recuperado el 13 de junio de 2024 de: <https://www.humanas.unal.edu.co/repositoriocatedraunesco/files/3515/2702/9795/RAE-398.pdf>