



Tesis para optar al grado de Magister en Salud Pública Comunitaria y Desarrollo Local

“Identificación de elementos para el diseño e implementación de un modelo de atención y gestión de salud intercultural, en hospital intercultural Kallvu Llanka de Cañete.”

Nombre Estudiante: Cristian Campos Morales

Docente Guía: Andrés Cuyul Soto

Mayo 2020

INDICE

1.-Agradecimientos.....	7
2.-Resumen.....	8
3.- Antecedentes.....	14
3.1.- Algunos estudios y experiencias de salud intercultural	14
3.2.- Antecedentes epidemiológicos de la población mapuche de la provincia de Arauco.....	20
3.3.- Antecedentes socio demográficos de la comuna de Cañete.....	27
3.4.- Hospital Kallvu Llanka.....	34
3.4.1.- Gestión Presupuestaria.....	34
3.4.2.- Contexto Histórico.....	35
3.4.3.- Metodología de trabajo de unidad intercultural.....	36
3.4.4.- Aspectos generales de perfil de funcionarios.....	38
3.4.5.- Red asistencial Provincia de Arauco.....	39
3.4.6.- Clasificación de Hospital kallvu LLanka por calidad y nivel de complejidad.....	42
3.5.- Normativa Vigente.....	44
3.5.1.- Normativa Internacional.....	45
3.5.2.- Normativa Nacional.....	51
3.5.3.- Programas del Estado de Chile en Salud Intercultural.....	57
3.5.4.- Documento de política de salud y pueblos indígenas en Chile.....	58
3.6.- Demanda de las comunidades.....	60
3.7.-Política intercultural en algunos países de América.....	63
4.- Problema de Investigación.....	68
4.1- Preguntas de Investigación.....	70

5.- Objetivos.....	71
6.- Justificación.....	72
6.1- Teórica.....	72
6.2.- Metodológica.....	72
6.3.- Práctica.....	73
7.- Marco Teórico.....	74
7.1.- La salud desde la cosmovisión mapuche.....	75
7.2.- Sociología Reflexiva de Pierre Bourdieu.....	76
7.2.1.- Habitus.....	77
7.2.2.- Agentes Sociales.....	78
7.2.3.- Campo.....	79
7.2.4.- Capital.....	81
7.3.- Modelo de atención desde la perspectiva antropológica de Eduardo Menéndez.....	83
7.3.1.- Modelo Médico Hegemónico.....	84
7.3.2.- Modelo Médico Alternativo Subordinado.....	85
7.3.3.- Modelo de Atención basado en la Auto atención.....	85
7.4.- Modelo de gestión en defensa de la vida.....	86
7.5.-Concepto de Cultura.....	91
7.6.- Interculturalidad en el campo de la salud.....	93
7.7.- Pertinencia cultural en salud.....	93
7.8.- Salud Pública como concepto operativo.....	94
8.- Metodología.....	96
8.1.- Fundamentos epistemológicos.....	96

8.2.- Enfoque constructivista interpretativo.....	97
8.3.- Metodología etnográfica.....	99
8.4.- Investigación exploratoria descriptiva.....	100
8.5.- Despliegue Metodológico.....	100
8.5.1.- Entrevista estandarizada no programada.....	100
8.5.2.- Revisión Documental.....	101
8.5.3.- Focus Group.....	102
8.5.4.- Instrumentos de Investigación aplicados.....	102
8.5.4.1.- Entrevista estandarizada.....	102
8.5.4.2.- Pauta de Focus Group	103
8.5.4.3.- Criterios de revisión documental.....	103
8.5.5.- Criterios muestrales entrevista individual estandarizada.....	104
8.5.6.- Muestra para entrevistas individuales estandarizadas.....	105
8.5.7.- Muestra para Focus Group.....	106
9.- Resultados.....	106
9.1.- Generalidades De la muestra.....	106
9.2.- Contexto de la investigación.....	107
9.3.- Inmersión.....	107
9.4.- Aplicación de instrumentos.....	108
9.5.- Plan de análisis.....	108
9.6.- Presentación de resultados.....	109
9.6.1.- Resultados de la entrevista individual.....	110
9.6.1.1.- Datos de contexto.....	110

9.6.1.2.- Que se entiende por atención de salud en general.....	116
9.6.1.3.- Que se entiende por atención de salud con pertinencia cultural.....	118
9.6.1.4.- Percepción de las acciones con pertinencia cultural que realiza el hospital.....	122
9.6.1.5.- Dificultades para implementación de atención de salud con pertinencia cultural.....	128
9.6.1.6.- Avances en la implementación de una atención de salud con pertinencia cultural.....	138
9.6.1.7.- Propuestas de trabajo para avanzar en una atención de salud con pertinencia cultural.	143
9.6.2.- Resultados Focus Group.....	153
9.6.2.1.- Percepciones equipos de trabajo, respecto a la presencia de elementos de un modelo de atención con pertinencia cultural.....	153
9.6.2.2.- Dificultades para implementación de atención de salud con pertinencia cultural.....	155
9.6.2.3.- Propuestas de trabajo para avanzar en una atención de salud con pertinencia cultural.	158
9.6.3.- Resultados de triangulación.....	161
10.- Discusión de resultados.....	163
10.1.- Datos de contexto: territorio y percepciones respecto a una atención de salud en general y con pertinencia cultural.....	163
10.2.- Objetivo específico: Describir y analizar las percepciones de usuarios mapuche del territorio, funcionarios y gestores de salud del hospital, respecto a las acciones que ejecuta el hospital. (Opinión general, dificultades y avances).....	167
10.3.- Objetivo Específico: Describir el proceso de generación de propuestas para el diseño e implementación de un modelo de atención y gestión de salud intercultural.....	182
11.- Reflexiones finales.....	189
12.- Recomendaciones.....	195
13.- Anexos.....	197

13.1.- Carta Gantt.....	197
13.2.- Pauta de entrevista individual estandarizada.....	198
13.3.- Pauta Focus Group.....	200
14.- Referencias Bibliográfica.....	201

A mi madre por su devota entrega

A mi esposa por ese amor sincero que me ha dado el equilibrio necesario

A mi hija por su infinita comprensión

A mi sobrina Camila por su amor incondicional

Sin ustedes este logro no hubiese sido posible

Chaltumay

Resumen

El presente proyecto de investigación se enmarca en un proceso reciente de cambio del hospital de la comuna, que deja de ser el antiguo hospital comunitario de baja complejidad llamado Ricardo Figueroa González, para convertirse en uno, nuevo con moderna infraestructura; el doble de dotación en recurso humano, más especialidades, más equipamiento y además ahora con otro nombre y la condición de intercultural, sin embargo a pesar de ello se mantuvo como hospital de baja complejidad.

Tras este cambio las expectativas de las comunidades del territorio comunal, fueron inevitablemente altas, se asumió que la atención de salud para la población mapuche, cambiaría para mejor, que se respetaría su cosmovisión y la forma de concebir la enfermedad, pero al poco tiempo de inaugurado, quedó en evidencia que el modelo de atención seguía siendo el mismo, del antiguo hospital, con un enfoque biomédico, comunitario, de baja complejidad con algunas especialidades, pero de intercultural solo el nombre, la infraestructura y sus dos facilitadores interculturales.

Es en este contexto que surge la interrogante de cómo se llevó a cabo el proceso de cambio a nivel intrahospitalario; ¿que tan involucrados estuvieron los funcionarios?, quienes son finalmente los que deben responder a la comunidad frente a un requerimiento de atención de salud, ahora desde un enfoque intercultural; ¿que nivel de participación tuvieron las comunidades? y actualmente ¿cuál es la percepción de funcionarios y usuarios de este cambio? De estas interrogantes emana el problema de investigación, que plantea; que al parecer el hospital no cuenta

con un modelo de atención pertinente, de acuerdo a lo establecido por la normativa vigente como la normativa 16 sobre interculturalidad en salud, o la ley 20.584, de deberes y derechos art. 7, entre otras.

Por lo anterior el objetivo de esta investigación se orienta precisamente a identificar elementos facilitadores y obstaculizadores para el diseño e implementación de un modelo de atención y gestión de salud con pertinencia cultural, a través de la descripción de las percepciones de usuarios mapuche, funcionarios y gestores de salud respecto a las acciones que ejecuta el hospital en esta materia, así como también a través de la descripción del proceso histórico y actual de la generación de propuestas de trabajo para avanzar hacia un modelo de atención y gestión pertinente.

El proyecto de investigación, parte con los antecedentes del contexto de investigación se hace una descripción del territorio que comprende la comuna de Cañete, considerando antecedentes generales en epidemiología de la población mapuche, datos socio demográficos, la salud desde la cosmovisión mapuche, el factor histórico del hospital, la metodología de trabajo del hospital en esta materia, la red asistencial comunal y provincial, clasificación del hospital de acuerdo a su nivel de complejidad, normativa vigente nacional e internacional, Política salud y pueblos indígenas, demandas de las comunidades y política intercultural en otros países del continente.

En una segunda parte se plantean las preguntas y el problema de investigación, que apunta a detectar elementos obstaculizadores y facilitadores en el diseño e implementación de un modelo

de atención intercultural, además de rescatar propuestas actuales de trabajo de los entrevistados usuarios, funcionarios y propuestas anteriores en documentos de archivo del Hospital. A continuación se presentan los objetivos de investigación que alude a la descripción de las percepciones de usuarios y funcionarios respecto a las acciones que desarrolla el hospital en materia de atención de salud con pertinencia cultural, identificando dificultades, avances y propuestas de trabajo. Esperando con los resultados contribuir a mejorar la implementación y desarrollo de un modelo de salud con pertinencia cultural para el territorio del cono sur de la provincia de Arauco en especial para Cañete y su población mapuche. Luego pasamos a la justificación para dar paso al Marco Teórico; que considera aspectos generales de la salud mapuche; elementos de análisis de la sociología reflexiva de Pierre Bourdieu; los modelos de salud de Eduardo Menéndez; el enfoque de modelo de gestión de De Souza Campos; y una breve definición de algunos conceptos relevantes para la investigación.

En lo siguiente se describe la metodología cualitativa etnográfica, con enfoque epistemológico desde el paradigma constructivista interpretativo, para una investigación de tipo exploratoria descriptiva, a continuación se presenta el despliegue metodológico describiendo la entrevista estandarizada no programada, el Focus group y la revisión de archivos y los criterios muestrales.

Con lo anterior pasamos a la descripción del proceso de investigación y la presentación de los resultados primero de la entrevista estandarizada individual y después del Focus Group ordenadas en descripción del contexto de investigación; dificultades y avances para diseñar e implementar un modelo de atención pertinente; para terminar con las propuestas de trabajo, cada

tema arrojó categorías y sub categorías de análisis graficadas en tablas, que fueron la base para la discusión arrojando a grandes rasgos las siguientes conclusiones:

En cuanto a los avances, para los funcionarios en general si se ha avanzado hacia un modelo de atención con pertinencia cultural, pero para el funcionario mapuche y con conocimiento de su cosmovisión aún falta mucho por hacer y coinciden con las percepciones de los usuarios que también reconocen que han cambiado algunas cosas pero es muy poco respecto a las expectativas que existen en las comunidades.

Ahora bien los elementos adversos, siguen siendo aquellos vinculados a la estructura de funcionamiento de este sistema de salud pública que lleva a intentar integrar y no interrelacionarse de igual a igual con el sistema médico mapuche, es decir que este modelo médico hegemónico intenta mantener su dominio, por eso se quiere convertir a la machi y cualquier agente de salud mapuche en prestador de salud y traerlo al hospital a atender en un box...La problemática en el diseño e implementación de un modelo de atención con pertinencia cultural radica en aspectos estructurales.

En cuanto a las propuestas para avanzar en la atención con pertinencia cultural, del punto de vista de las comunidades son aquellas emanadas en el proceso de remodelación del hospital, con varios años de antigüedad y en la actualidad no se ha retomado el diálogo con las comunidades, por lo tanto lo más actual son aquellas que provienen de la comunidad intrahospitalaria (funcionarios) que derivan de la problematización que se está haciendo en este momento; destacando el hecho de que se debe propiciar el dialogo de la machi con el médico en especial el

EDF con el fin de sensibilizarlo, cambiar la normativa vigente (ley de compras, sistema de turnos), dialogar con el paciente mapuche en el hospital, dialogar con las comunidades en terreno, transversalización, mayor difusión, sensibilización, articulación de acciones y de sub unidades de la unidad intercultural ampliada, todas estas propuestas que si bien no alteran en nada el actual sistema de salud. Llamam a problematizar el trabajo del hospital incluso a cambiar la actual estructura de la unidad intercultural y buscar la forma de involucrar a todos los funcionarios, en suma si la política intercultural sigue siendo multicultural, y aunque algunas de estas propuestas sean de carácter estructural a lo que se está aspirando es a un modelo Médico de Atención Suborbinado (MAS).

En la práctica el hospital Kallvu Llanka, no es intercultural, a pesar de su nombre, su infraestructura, sus protocolos y la resolución que así los estipula, a la luz de los resultados de esta investigación, recién se están dando los primeros pasos desde lo técnico-clínico solo para alcanzar en la relación médico-paciente una atención de salud con pertinencia cultural, entendiendo la pertinencia como la adecuación de los procedimientos clínicos de acuerdo a la cultura del territorio, porque de gestión ni hablar, en esta área el camino es mucho más complejo porque implica un cambio transversal y estructural en las actuales normativas, y no solo en salud.

A pesar de lo anterior el hospital está realizando una serie de acciones que han generado en los funcionarios una problematización en su ámbito laboral, lo que lleva a un proceso incipiente de construcción de un nuevo modelo al menos de atención de salud, es en este inicio del proceso que están llamados a repensar la salud desde todos los actores, a dar pequeños pasos, pero avanzar y mantener el terreno ganado, entrar en el campo de la salud pública, en el sub campo de la salud

intercultural y como agentes/actores jugar el juego y buscar las estrategias para consolidar cada vez más una posición de cambio/ transformación. Como lo plantea De Souza Campos (2006) “Dejar que la sensibilidad o el deseo de las necesidades de los usuarios, de la clientela, penetren en todos los poros de la organización”.

Cómo se dijo anteriormente, se espera de esta investigación contribuir con sus resultados a la reflexión crítica y constructiva en torno a este proceso latente de transformación que involucra a toda una institución en tanto personas construidas con sus propias y particulares subjetividades; en lo concreto se espera contribuir a mejorar la implementación y desarrollo de un modelo de salud con pertinencia cultural para el territorio del cono sur de la provincia de Arauco, particularmente para Cañete en especial para la población mapuche.

Antecedentes

3.1.- Algunos estudios y experiencias de salud intercultural en territorio mapuche

En materia de políticas públicas y sus respectivos programas; estas adquieren mayor relevancia cuando el gobierno de Chile, ratifica el convenio 169 de la OIT recién el año 2008; a nivel nacional en la región de la Araucanía, ya operaba desde el año 1992 el Programa de Salud con Población Mapuche (PROMAP). A inicios del 2000 este programa fue co- ejecutor del Programa Orígenes financiado por el Banco Interamericano del Desarrollo (BID) (Cuyul A. 2017), y el mismo año 2000, se formalizó el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (Campos R. 2016), un año más tarde el 2001 se empezó a implementar en Chile el programa de desarrollo integral de comunidades indígenas llamado Orígenes, (Boccará G., 2007).

Se han reconocido desde el ministerio de salud, varios hospitales con la denominación de “Intercultural” como el de Nueva Imperial, y en proceso de construcción los hospitales “*Pu Mülen*” de Quilacahuin, comuna de San Pablo, y “*Füta snüka kunko mapu mo*” de San Juan de la Costa, ambos de la provincia de Osorno, (elciudadano.cl, 2017) y se suman además el hospital “*Huincul Lawen*” de Puerto Saavedra, Galvarino y probablemente otros más, todos ellos con procesos de participación de las comunidades muy distintos y dispares, de acuerdo a la realidad de sus respectivos territorios.

Respecto a las primeras experiencias en la región de la Araucanía, de centros de salud enmarcadas en la política de salud dirigido a pueblos indígenas.

Cuyul A. citado en Campos R. (2016) plantea que: A fines del decenio de 1990-1999, tres organizaciones sanitarias mapuche inician un trabajo destinado a mejorar el acceso de las familias mapuche rurales a la atención de salud biomédica-oficial, promoviendo desde sus bases las gestión propia de centros de salud por medio del diseño de propuestas al Ministerio de Salud chileno sobre administración, gestión y atención a la salud, con base en la aplicación de programas de salud oficiales y la complementación de éstos con la promoción de acciones de salud propias del sistema médico mapuche. La Asociación Mapuche *Newentuleaiñ* (Hospital de Nueva Imperial), Asociación Mapuche para la Salud Makewe Pelale (Hospital Makewe) y la Coordinadora de Salud Boroa-Filulawen (Centro de Salud Intercultural Boroa Filulawen) se encuentran a la fecha gestionando respectivos centros de salud en directa relación con el servicio de salud Araucanía Sur, toda vez que actúan como prestatarios de atención de salud biomédica/oficial: una especie de tercerización en salud. Estas iniciativas son concebidas como “modelos de salud intercultural”...Estos modelos coexisten en relaciones de hegemonía/subordinación con el sistema de salud oficial y en general en conflicto con el modelo biomédico de atención de salud. (Campos R. 2016, p. 444)

De los tres centros de salud mencionados, dos de ellos: Hospital Makewe y Centro de Salud Boroa Filulawen, fueron parte de un estudio sobre “Prácticas modelo en salud intercultural” realizado por Mignone J. Bartlett J. y O’ Neil J. (2006), Este estudio se concentró en cinco países de Latinoamérica (Colombia, Ecuador, Guatemala, Suriman y Chile) y describe las percepciones de actores claves en los territorios como, miembros de las comunidades indígenas, usuarios de los

sistemas de salud, proveedores de salud tradicionales y occidentales, administradores de salud, representantes de organizaciones indígenas y dirigentes comunitarios, entre otros, en tres categorías de: beneficios e impactos de las experiencias de salud intercultural; desafíos y restricciones, y riesgos y limitaciones, planteando las siguientes conclusiones generales.

En la categoría de beneficios e impactos: Los tratamientos de curadores tradicionales ayudan en la resolución de una variedad de enfermedades. La medicina indígena parece jugar un rol importante en resolver problemáticas espirituales, psicológicas y físicas que son en parte consecuencia del trauma histórico. Las experiencias interculturales favorecen claramente la posibilidad que cuando una de las medicinas no ayuda a resolver cierta problemática se pueda derivar en forma apropiada al enfermo. (Mignone J. et al, 2006, p.15).

En la categoría de desafíos y restricciones: Un desafío importante a las experiencias interculturales de salud es su capacidad de sustentarse económicamente. La medicina tradicional indígena ha existido durante milenios. Los curadores tradicionales responden a un “llamado” espiritual y por lo tanto no son motivados por razones de beneficios materiales [...]El tema de la sustentabilidad económica de sistemas interculturales se refiere más a la articulación entre las dos medicinas, a las decisiones de priorizar gastos, a las formas de pago de los prestadores, y al rol del estado, de las organizaciones y de las comunidades indígenas. (Mignone J. et al, 2006, p.17).

Y en la categoría de riesgos y limitaciones: El tema de la institucionalización y pérdida de autonomía de las organizaciones indígenas se refiere a la tensión entre el control estatal y el control

indígena de la atención de salud [...] la experiencia demuestra que el valor del control comunitario se pierde en la lógica del control estatal. (Mignone J. et al, 2006, p.19).

Alarcón A., Astudillo P., Barrios S. y Rivas E. (2004) realiza un estudio sobre “Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región sobre la política de salud intercultural”, que esta vez no solo incluye a los tres centros de salud mencionados, sino que suma a otros centros, de las 11 comunas de la región de la Araucanía, con mayor concentración de población mapuche, que otorgan una atención de salud culturalmente apropiada a la población mapuche. Sus resultados se presentan en relación a cinco dominios de: Necesidad y justificación de una política de salud intercultural en la IX región; Concepto de salud intercultural; Elementos simbólicos y prácticos necesarios para el desarrollo de esta política en la IX región; Principios de gestión para la implementación y Desafíos regionales.

En cuanto a los principales resultados Alarcón A. et al (2004) plantea lo siguiente:

Para los usuarios la falta de acceso, su condición étnica y la inequidad en la atención de salud son razones fundamentales para crear una política que supere estos problemas desde una perspectiva cultural. Los proveedores en cambio, no consideran que la población mapuche tenga desventajas comparativas frente al resto de la población usuaria del sistema de salud, por lo tanto, no justifican el desarrollo de una política de salud para la población indígena.

Siguiendo la línea de la investigación, en cuanto a lo consensuado entre proveedores y usuarios Alarcón (2004) concluye: Es importante tener en cuenta las áreas de consenso de usuarios y proveedores, referidas a la realidad de poseer una política de salud intercultural en que las acciones y programas deben ser pertinentes a la cultura mapuche y una vez que se establezcan debe generarse con la participación de organizaciones indígenas y ampliamente difundidas en el sistema de salud. (p. 1114)

Y finalmente y para los intereses de este proyecto de investigación, en cuanto a experiencias y las percepciones que existen al respecto hay un estudio de carácter cualitativo, realizado por Pérez C., Nazar G. y Cova F. (2016), que describe los elementos facilitadores y obstaculizadores de la implementación de un modelo de salud intercultural en Chile, desde la visión de usuarios mapuche y profesionales de la salud de las comunas de Cañete y Tirúa, octava región del Bio Bio planteando lo siguiente.

Como elementos facilitadores Pérez C. (2016) plantea desde las perspectiva de los facilitadores interculturales, la normativa nacional e internacional referida a los derechos de los pueblos indígenas; la sistematización de las acciones desarrolladas como un elemento que contribuye a la implantación de estas políticas, por cuanto ha permitido evaluar y compartir los resultados, y añadieron que el haber revelado los resultados positivos podría aumentar la aceptación de la interculturalidad por parte de los profesionales y técnicos de salud. Desde la visión de los profesionales de salud, la formación de equipos encargados de implementar la política en los establecimientos de salud; la presencia de actores mapuche como agentes de salud en los

centros de atención puesto que actúan como un catalizador de la interculturalidad en la medida en que ayudan a incorporar la visión de la salud tradicional en el modelo de atención biomédico.

Como elementos obstaculizadores Pérez C. Ibid (2016) plantea que Todos los actores señalaron a la hegemonía del conocimiento biomédico como un elemento que se opone a la relación equitativa con el sistema de salud mapuche; También coincidieron en que la falta de reconocimiento hacia los derechos del pueblo mapuche por parte del Estado impide que se establezcan relaciones respetuosas entre ambos actores. En este sentido mencionaron la falta de voluntad del Estado para respetar la normativa referida a esta área y, en especial el derecho de los pueblos indígenas a participar en la toma de decisiones que les afectan; Tanto profesionales como facilitadores interculturales manifestaron no comprender claramente el concepto de salud intercultural, esto se traduce en ausencia de directrices técnicas que orienten las acciones. Desde la visión de los profesionales; la falta de pertinencia de las metas sanitarias exigidas por los planes generales del gobierno y la falta de asignación horaria para participar en el despliegue del enfoque de salud intercultural. En un escenario así, esta labor recae en la figura del facilitador intercultural y en un grupo minoritario de profesionales, que, sin recibir remuneración alguna, asumen tareas adicionales a las funciones propias de su cargo. (Pérez C. et al 2016).

Los autores de este estudio (Pérez C. et al 2016) entre sus conclusiones plantean dos que son de gran ayuda para esta investigación: En primer término; que a pesar de los años transcurridos desde los primeros intentos por implementar una política de salud intercultural. Esta continúa

siendo un campo emergente y, en consecuencia, la evidencia disponible en torno a su promoción es escasa, y en segundo; ante la falta de un modelo de gestión apropiado, el desafío que supone operativizar la política de salud intercultural recae en el criterio y el compromiso de los equipos de salud.

3.2.- Antecedentes epidemiológicos Población Mapuche de la Provincia de Arauco.¹

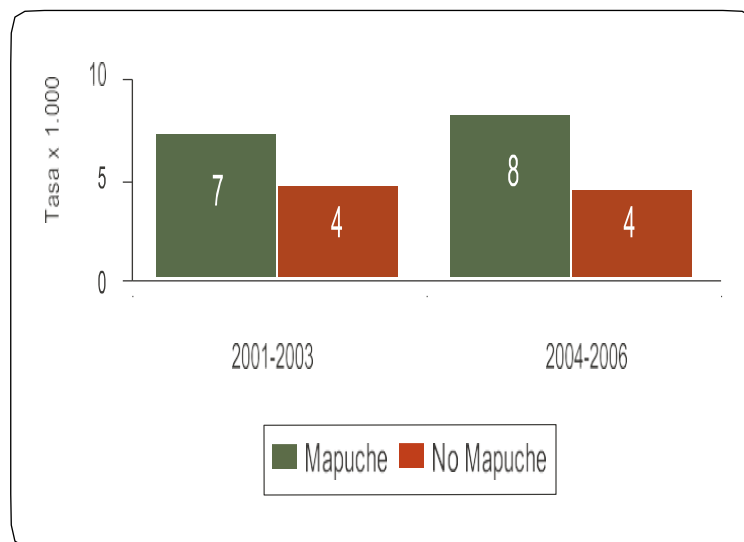
Tasas brutas de mortalidad

Entre el año 1999 y el 2005, en la Provincia de Arauco se observó un descenso en la mortalidad del orden del 15%, con un comportamiento de sus tasas muy similar a las del país en el mismo período (SS Arauco, 2008). Esta situación llama la atención, dados los indicadores de vulnerabilidad social que afectan a las comunas del área.

Pese a lo anterior y consistentemente con lo que se ha observado en otras regiones del país, tras estas cifras se esconden profundas inequidades que vulneran la situación de la población indígena. En los dos trienios analizados sus tasas de mortalidad son sostenidamente más altas que las de la población no indígena, con un riesgo de morir de un 50% mayor en el período 2001-2003; y, un 80% más alto en 2004-2006. (Ministerio de Salud, CEPAL-CELADE, 2010)

¹ Resultados de un trabajo realizado el 2009 desde el Ministerio de Salud, Sub Secretaría de Salud Pública, en convenio CEPAL-CELADE, y publicado el año 2010, que consiste en una serie denominada “Análisis de la Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile”, para la presente investigación es pertinente detenerse en el N° 007. “Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la provincia de Arauco. Se revisarán datos relevantes que dan cuenta del perfil epidemiológico de la población provincial separado en variables de población mapuche y no mapuche de la provincia de Arauco durante los trienios 2001-2003 y 2004 -2006, poniendo el énfasis en la mortalidad.

Evolución de la tasa de mortalidad general. Población mapuche y población no mapuche. (Trienios 2001-2003 y 2004-2006)

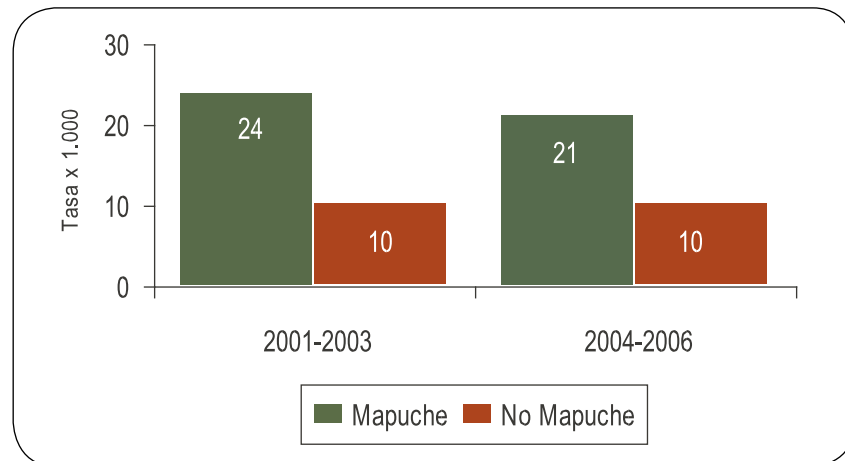


Fuente: Tabulaciones especiales proyecto epidemiología sociocultural, 2009. MINSAL

Mortalidad infantil

En todo el mundo, y sin distinción de condición étnica, económica o de género, la mortalidad infantil es la expresión de una brecha en la implementación del derecho humano a la vida (CEPAL, 2008); brecha que en el caso de los pueblos indígenas reviste un mayor magnitud, dado que, como han mostrado estudios de situación de salud de las poblaciones indígenas de otras regiones del país, su riesgo de morir antes de cumplir un año duplica y hasta triplica el de los niños no indígenas. Una situación similar se observa entre los niños mapuche de la Provincia de Arauco, quienes en los dos períodos analizados tuvieron un riesgo de morir considerablemente mayor que el de los niños no indígenas. Así, pese a que las tasas estimadas disminuyen de un trienio a otro, la brecha es persistente. (Ministerio de Salud, et al 2010)

Tasa de mortalidad infantil. Población mapuche y población no mapuche. (Trienios 2001-2003 y 2004-2006)



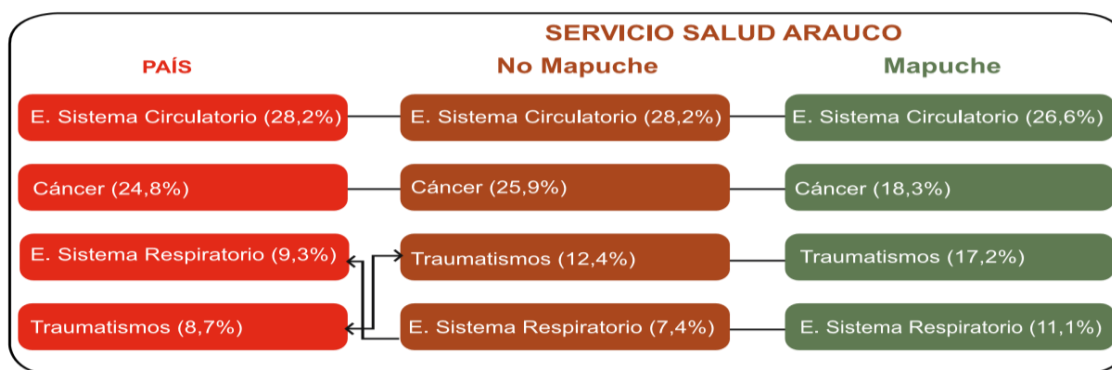
Fuente: Tabulaciones especiales proyecto epidemiología sociocultural, 2009. MINSAL

Causas de mortalidad

En la última década, el patrón que ha seguido la mortalidad en el país, sitúa como primera causa a las Enfermedades del Sistema Circulatorio, que producen casi un tercio de las defunciones; en segundo lugar, se sitúan las muertes por Tumores (neoplasias), que en el período han llegado a representar casi un cuarto del total. En tercer lugar, se sitúan las muertes por Enfermedades del Sistema Respiratorio; y, en cuarto, los Traumatismos, Envenenamientos y otras Consecuencias de Causa Externa.

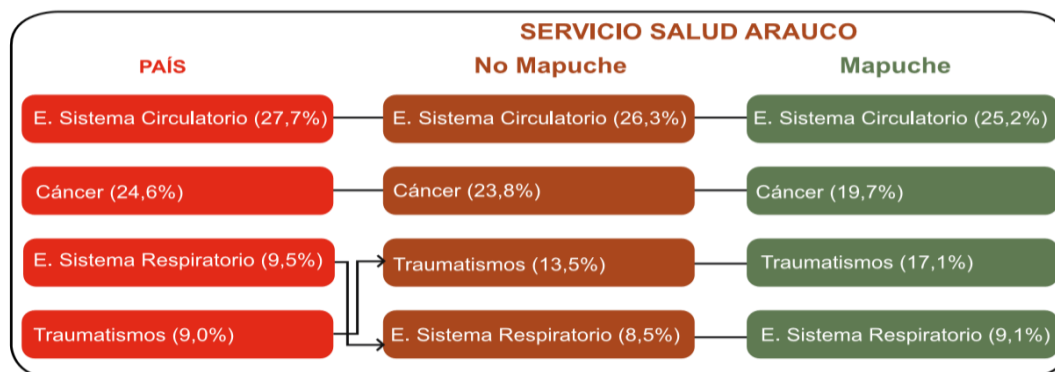
Un patrón bastante similar se ha registrado en la Provincia de Arauco entre el 2001 y el 2006, al menos en lo que respecta a las dos primeras causas de muerte. Aquí tanto entre mapuche como entre no mapuche estos lugares han sido ocupados, al igual que en el país, por las Enfermedades del Sistema Circulatorio y el Cáncer, aunque las muertes por esta última causa han tenido un peso relativo bastante inferior entre los indígenas. A diferencia de la tendencia nacional, en la Provincia de Arauco, la tercera causa de muerte está constituida por los Traumatismos, accidentes y violencias, tanto entre mapuche como en no mapuche, aunque con un peso relativo mayor entre los primeros. Igualmente, en ambos grupos, la cuarta causa de muerte corresponde a las Enfermedades del Sistema Respiratorio, con cifras relativas similares a las observadas en el país. (Ministerio de Salud, et al 2010)

Comparación entre las principales causas de muerte en el país y en población mapuche y no mapuche del SS Arauco (Trienio 2001-2003)



Fuente: Tabulaciones especiales proyecto epidemiología sociocultural, 2009

Comparación entre las principales causas de muerte en el país y en población mapuche y no mapuche del SS Arauco (Trienio 2004-2006)



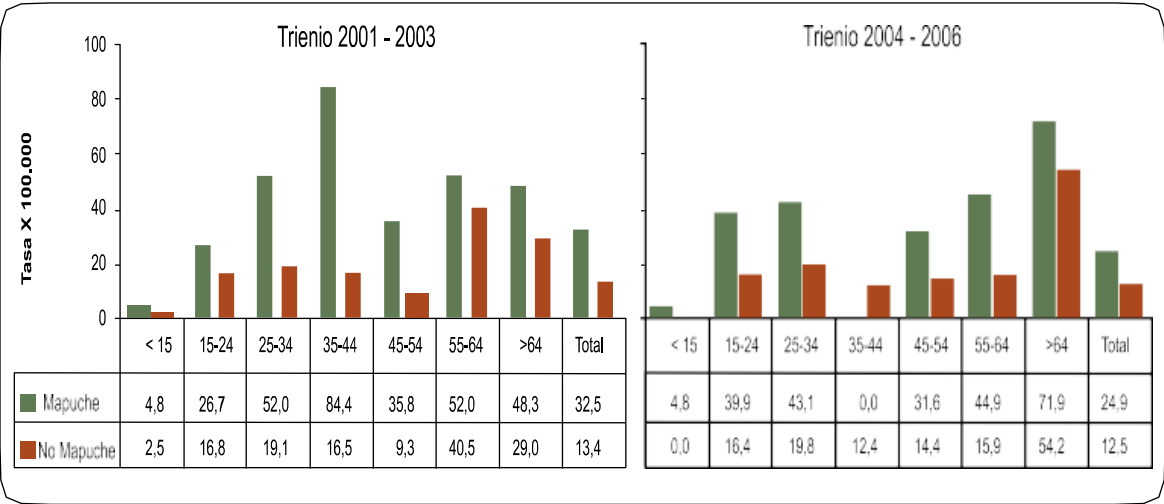
Fuente: Tabulaciones especiales proyecto epidemiología sociocultural, 2009

Tasas ajustadas de mortalidad por grupos de causa

Llama la atención que los mapuche hayan tenido el doble de riesgo de morir por Traumatismos, accidentes y violencias que los no mapuche, durante el trienio 2001- 2003; y que esa brecha haya aumentado a un 160% en el trienio siguiente. Ello está hablando de serias deficiencias en el acceso a una atención de salud expedita y oportuna, que afectan de manera diferenciada a los indígenas. Igualmente, se ha ampliado la brecha entre indígenas y no indígenas en el riesgo de morir por Enfermedades del Sistema Circulatorio, que alcanzaba a 1,7 en el primer trienio y llegó a 1,9 en el segundo. A diferencia de lo observado en otros pueblos indígenas de Chile, donde la mantención de patrones de vida tradicionales sigue actuando como factor protector contra este mal de la modernidad, entre los mapuche de Arauco pareciera que estos patrones van en retroceso y que su incorporación a la vida moderna los relega en una situación de mayor

vulnerabilidad que a los no indígenas. Aunque más sutilmente, también han aumentado las brechas entre indígenas y no indígenas en lo referido a otro de los males asociados a la vida moderna, como el Cáncer. (Ministerio de Salud, et al 2010)

Tasa ajustada de mortalidad por suicidio. Población mapuche y población no mapuche. (Trienios 2001-2003 y 2004-2006)



Fuente: Tabulaciones especiales proyecto epidemiología sociocultural, 2009. MINSAL

Los suicidios, causa específica que reviste gran importancia entre los pueblos indígenas, quienes por la posición que ocupan en la estructura social y la discriminación que les ha afectado históricamente, quedan expuestos a una mayor vulnerabilidad, que los puede llevar a cometer suicidio, tal como lo muestran otros estudios disponibles sobre la situación de salud de los pueblos indígenas de Chile. Para los dos trienios analizados, las tasas de mortalidad mapuche por esta causa específica es más elevada en mapuche que en no mapuche, con riesgos mayores en un 140%, en

2001-2003; y, en un 100% en 2004-2006. Hay que tener en cuenta que este indicador en población no mapuche es muy similar al que se registra para el país. (Ministerio de Salud, et al 2010)

3.3.- Antecedentes socio demográficos de la comuna de Cañete

Población

Según los resultados del último censo 2017, publicados en la página del INE, la población total de nuestro país es de 17.574.003 habitantes, de los cuales 2.185.792 declaran pertenecer e identificarse con algunos de los pueblos originarios de nuestro país, equivalente al 12,4% del total de la población. Del total de personas que declaran pertenecer a algún pueblo originario, 1.745.147 habitantes declaran pertenecer/identificarse con el pueblo mapuche, cifra equivalente al 79,8% del total de la población de pueblos originarios y a un 9,9% de la población total.

En el contexto regional, la población total es de 1.556.805 habitantes, de la cual 167.291 declaran pertenecer e identificarse con algunos de los pueblos originarios de nuestro país, equivalente al 10,7% del total de la población Regional y 158.724 habitantes declaran pertenecer/identificarse con el pueblo mapuche, cifra equivalente al 94,9 % del total de la población de pueblos originarios regional y a un 10,2 % de la población total regional.

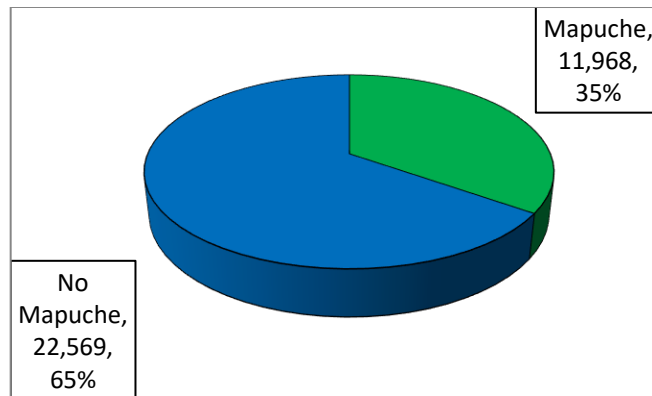
En el contexto provincial, la población total es de 166.087 habitantes, de la cual 45.007 declaran pertenecer/identificarse con algún pueblo originario, equivalente al 27% del total de la

población provincial y 43.809 habitantes declaran pertenecer/identificarse con el pueblo mapuche, cifra equivalente al 97% del total de población de pueblos originarios provincial y a un 26% de la población total provincial.

Considerando que el hospital Kallvu Llanka es hospital base de Cañete, Contulmo y Tirúa, es necesario tener al menos una idea de la población mapuche de estas comunas denominadas a nivel local como el cono sur de la provincia de Arauco, que según los resultados del censo 2017 juntas acumulan una población total de 50.985 habitantes con un importante 41% de población mapuche que equivale a 20.989 habitantes/usuarios del sistema de salud pública.

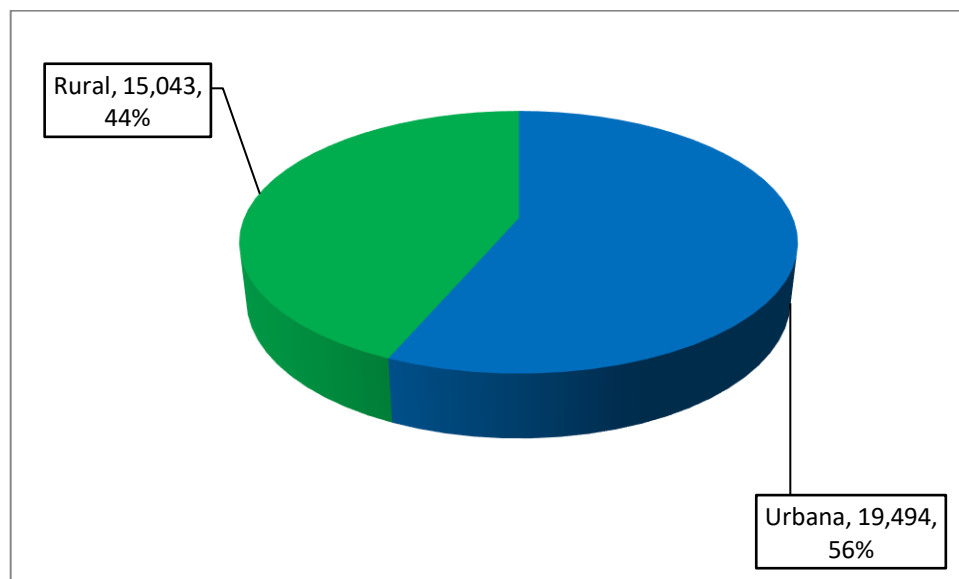
Población Comunal

En el contexto comunal, la población total es de 34.537 habitantes, de la cual 12.268 declaran pertenecer/identificarse con algún pueblo originario, equivalente al 35,5% del total de la población comunal y 11.968 habitantes declaran pertenecer/identificarse con el pueblo mapuche, cifra equivalente a un 97% del total de población de pueblos originarios comunal y a un 34,7% de la población total comunal.



Fuente: Censo de población 2017. INE

Área Urbana-rural



Fuente: Censo de población 2017. INE

La población urbana de la comuna es de 19.494 habitantes equivalente al 56,4% de la población comunal y la población rural de 15.043 habitantes equivalente al 43,6% de la población comunal.

Perfil productivo de la comuna según PLADECO 2015-2020.

Según datos del Servicio de Impuestos Internos, la tendencia es que alrededor del 98% de las empresas de la comuna de Cañete corresponde a micro (84%) y pequeñas empresas (14%), no obstante en cuanto a número de trabajadores el porcentaje se reduce a un 67% para micro (47%) y pequeñas empresas (19%), siendo las empresas medianas las que poseen una mayor tasa de Trabajadores por número de empresas con una media al 2011 de 44 trabajadores por cada empresa de tamaño mediano.

Estos datos arrojan la estructura productiva de la comuna de Cañete, la que se enfoca principalmente a una economía endógena con muchas empresas pequeñas y medianas que prestan servicios y comercializan dentro de la comuna y para comunas aledañas. En el otro extremo sólo dos empresas grandes ligadas a la exportación en el sector forestal y un número mayor de empresas medianas generalmente relacionadas con servicios al sector forestal. Estas últimas son a su vez las que mayor número de trabajadores contratan debido a la intensidad de mano de obra requerida para faenas y servicios forestales.

La comuna de Cañete tiene una vocación productiva orientada al comercio (44%), la agricultura y silvicultura (15%) y el transporte (11%). No obstante, en esta identificación hay que agregar el sector forestal, que si bien en número de empresas no es significativo, su actividad económica lidera la producción de la comuna.

Productividad Rural

Las actividades agrícolas realizadas son principalmente para el autoconsumo y la subsistencia, con métodos tradicionales de cultivos, presencia de huertos caseros y cultivo de cereales tradicionales como avena y trigo, cultivados en retazos de terrenos incluso en altura, debido a la poca cantidad de terrenos en general y agrícola en particular, debido al gran avance de los terrenos forestales.

La actividad ganadera es muy precaria y extensiva, principalmente referida a ganado bovino, con bajo número de animales. No obstante lo anterior, existen actividades incipientes en el sector rural que han obtenido buenos resultados, demostrando que la innovación productiva puede ser una alternativa para mejorar este sector. Estas iniciativas se refieren principalmente a procesamientos artesanales de agroindustria, como son la apicultura o la elaboración de productos derivados de algunos frutales como frutillas, frambuesas y cerezos. Si bien estas actividades son una alternativa para mejorar las condiciones productivas agrícolas, las condiciones de los recursos naturales y de mercados, no permiten pensar en un desarrollo a gran escala de este sector, pero si a escalas que permitan un mejoramiento económico y laboral de algunos productores.

Considerando lo anterior, el sector rural y la actividad agrícola – ganadera, cuentan con elementos críticos que dificultan de manera importante su incorporación a los mercados globales, debido a factores naturales, físicos, económicos, etc., aunque con posibilidad de mejorar sus condiciones, crear nuevos productos y mantener la productividad y actividades de los habitantes rurales de la comuna.

Actividad Forestal

El sector forestal es una actividad significativa desde el punto de vista del ingreso y empleo en la comuna. No obstante lo anterior, el empleo que genera el sector mayoritariamente es administrado por empresas intermediarias. El aporte a la economía local de la actividad forestal es reconocido por todos los habitantes, no obstante el relevante aporte de este sector, el hecho que las empresas forestales funcionen mediante la operación de contratistas, afecta directamente en la calidad de los trabajos generados. Los contratistas, mucho de los cuales provienen de otras comunas y ciudades del país, son en definitiva los empleadores de los trabajadores de la comuna, existiendo por lo tanto una atomización de los trabajos, lo que genera una gran variabilidad en la calidad y estabilidad de los empleos.

Superficie plantada

Porcentaje de superficie de explotaciones silvo agropecuarias 2007

Tipo de Explotaciones	% Sobre Comuna	% Sobre Región
Superficie Agropecuaria	49,27	2,54
Superficie Forestal	50,73	3,52
Superficie Total	100	2,96

Fuente: Censo Agropecuario 2007

Del total de superficie apta para explotaciones Silvoagropecuarias el 50, 73% es Forestal, de esta superficie, según anuario Forestal 2018, 111.150 ha. son de Pinus Radiata, 79.207,9 ha. de Eucaliptus Glóbulos y 13.880,1 ha. De Eucaliptus Nitens.

Productividad Urbana

Comercio y Servicios según PLADECO 2015-2020

Como se analizó anteriormente, el sector comercio y servicios son los sectores con mayor dinamismo en la comuna, por lo cual se perfila como el sector con mayor potencialidad, siendo a nivel provincial el que presenta uno de los mayores desarrollos relativos, estando en vías de ser el centro de servicios y comercio de la zona. Esta situación se ha producido espontáneamente sin mayor planificación, por lo cual aún existe una posibilidad de explotarlo que permita consolidar y fortalecer la comuna como un centro aglutinador de servicios y comercio. Esto se sustenta, además de la propia visión de los habitantes y empresarios de la comuna, basada en una demanda local estable y especialmente en la existencia de importantes proyectos de inversión pública y privada

en la comuna, especialmente en salud, educación, deporte y comercio. Actividades que atrae un importante flujo de personas potenciales consumidoras.

Por otra parte, un crecimiento del sector turismo, afectaría directamente la evolución del comercio, pues ambos son complementarios entre sí, que debieran desarrollarse conjuntamente. Especialmente si se considera que el sector servicios tiene sus mayores potencialidades,

Organizaciones mapuche

	Cantidad	socios	familias	Directivas Vencidas	Vigentes	Hospital	Postas
Comunidades	90	4.063	1693	9	81	11	79
Asociaciones	34	1.171		29	5	1	4
Total	124	5.234	1693	38	86	12	84

Según registros de la CONADI.

3.4.- Hospital Kallvu Llanka

3.4.1.- Gestión Presupuestaria

El Hospital Kallvu Llanka, como parte de la red de salud pública, en el ámbito de la gestión presupuestaria se rige bajo normativa nacional, en relación con la capacidad del establecimiento de plantear un determinado presupuesto a la autoridad en base a la producción planificada y sus costos. Dicha planificación debe basarse en los requerimientos planteados desde la red asistencial y en los criterios de financiamiento de FONASA, así como en el correcto cumplimiento de protocolos y estándares en los procesos intermedios y finales involucrados. Una vez concordado el presupuesto, el establecimiento debe realizar su producción cumpliendo las metas sanitarias y

presupuestarias, logrando equilibrio en ingresos y gastos. (Ministerio de salud, Sub Secretaría de redes asistenciales, Serie Cuadernos Manual administrativo N° 9, 2016.)

En materia de financiamiento específico de las acciones con pertinencia cultural del hospital, los recursos bajan a través de un convenio entre el servicio de salud Arauco y el hospital Kallvu Llanka, recursos que provienen del Ministerio, distribuidos desde la Sub Secretaría de Salud Pública a la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción (DIPOL) y de esta al Departamento de Salud y Pueblos Indígenas e Interculturalidad.

3.4.2.- Contexto histórico

Para comprender de mejor manera el contexto en el cual se desarrollará la investigación es imprescindible conocer al menos los aspectos generales de cómo el antiguo Hospital Ricardo Figueroa González, es hoy el Hospital Intercultural Kallvu Llanka,

De hospital San Esteban a hospital Intercultural Kallvu Llanka.

Fundado el 16 de octubre de 1930, con el nombre de “San Esteban”, funcionó con ese nombre hasta el año 1967, cuando fue reemplazado por un mejorado establecimiento hospitalario, que se instaló como medida de emergencia ante el terremoto que afectó al sur del país en el año 1960, llamándose desde entonces “Dr. Ricardo Figueroa González”. Este Hospital es considerado de baja complejidad pero con varias especialidades como Fonoaudiólogo, Traumatólogo, Urólogo, Pediatra, Podólogo, Oftalmólogo, sin embargo, no cuenta con los medios tecnológicos suficientes para la toma de exámenes de enfermedades complejas, ni cirugías que avalen estas especialidades.

Desde el año 2009 cuenta con un Modelo de Salud Familiar, donde la comunidad se encuentra dividida en sectores que fueron identificadas por colores como azul, verde, amarillo, rojo y transversal. Cada sector cuenta con un equipo multidisciplinario (médico, psicólogo, matrona, nutricionista, enfermera, técnico paramédico, asistente social), dedicados a atender a usuarios de los sectores asignados según las direcciones de donde residen. Este centro Hospitalario de baja complejidad de la Provincia de Arauco depende del Servicio de Salud Arauco, formando parte de esta red asistencial las Comunas de Tirúa, Contulmo, Los Álamos, Lebu, Curanilahue y Arauco.

Tras una larga espera, el año 2010 fue aprobada la remodelación del Hospital Ricardo Figueroa de Cañete, el cual estaba llamado a ser uno de los más modernos, a nivel nacional, siendo inaugurado y abierto a la comunidad en octubre del 2013, pero ahora como “Hospital Intercultural Kallvu Llanka”, contando con dos facilitadores interculturales.

Este hospital que no solo fue inaugurado con su nueva infraestructura, sino que a contar del 27 de enero del 2014 se le asigna el nuevo nombre de “Hospital Intercultural Kallvu Llanka”, según resolución exenta del ministro de salud, lo que ha traído consigo una serie de cambios, en el corto plazo; como la conformación de un equipo de apoyo a los facilitadores, que está conformado por profesionales, técnicos y administrativos, con horas asignadas bajo resolución para respaldar el trabajo que se está realizando (Ministerio de Salud 2016), cabe señalar que el equipo de apoyo se ha reestructurado para responder, lo que se propone formalmente en las orientaciones técnicas del PESPI; se trata de un equipo denominado “unidad intercultural ampliada”, que ha logrado entre otras cosas

formulación de nuevos protocolos e instancias de capacitación y reflexión crítica , además de estar implícito en sus acciones el compromiso permanente de avanzar en esta materia.

3.4.3.- Metodología de trabajo de unidad intercultural

En la actualidad, el hospital cuenta, con dos facilitadores interculturales y estos a su vez son apoyados por un equipo multidisciplinario, que conforman la unidad ampliada. Así como está estructurada hoy, es la consecuencia de un largo camino que se inicia el año 2004, con la incorporación del primer Facilitador, que de acuerdo a las orientaciones técnicas del PESPI; conforma el primer equipo de apoyo, constituido por funcionarios voluntarios, que colaboraban en el trabajo del facilitador, situación que se mantiene durante los próximos 6 años, sin embargo, con el aumento de funcionarios; un facilitador ya no daba abasto para todo el trabajo, razón por la cual, llega el año 2011 una segunda facilitadora.

Ya con dos facilitadores y el aumento de demanda de los funcionarios por aprender de la cultura mapuche, el facilitador incorpora en sus funciones labores de asesor, constituyéndose en la actualidad en referentes del hospital.

Para el año 2014, el equipo de funcionarios voluntarios que apoya a los asesores interculturales, pasa a conformar lo que hoy es la “unidad intercultural ampliada”, de la cual forman parte el equipo directivo; esto es director, sub director médico y sub director administrativo; un médico de familia, dos matronas, dos nutricionistas, dos enfermeras, un kinesiólogo, dos psicólogos, dos trabajadoras sociales, sociólogo (coordinador de la unidad), comunicadora social, dos profesores generales básico (facilitadores Interculturales) y los cuatro

administrativos de casa de acogida, que suman un total de 23 integrantes, agrupados en distintas sub unidades: Sub Unidad de Gestión Directiva; Sub Unidad de Salud Sexual y Reproductiva; Sub Unidad de Capacitación; Sub unidad de Compondores de huesos y Ngutamcheve; Sub unidad de salud mental; Sub unidad de difusión, Sub unidad de Medicina Popular y Sub unidad Kimkelem Mongen. Esta unidad ampliada se mantiene, en su lógica de trabajo dinámico sumando nuevos profesionales y cambios en su estructura y líneas de trabajo.

3.4.4.- Aspectos generales de perfil de funcionarios del hospital.

Con el objeto de conocer las percepciones generales de los funcionarios respecto a la nueva condición de hospital “intercultural”, el 2016 el equipo intercultural diseñó y aplicó un cuestionario, para esbozar un breve perfil de los funcionarios en cuanto a sus percepciones en esta materia.

De acuerdo a cuestionario aplicado se observa que cuando se habla de funcionario mapuche se refiere a aquel funcionario que se auto-identifica como tal y declara abiertamente estar vinculado a su comunidad y su cosmovisión; cuando hablamos de funcionario no mapuche es aquel que declara no tener ninguna vinculación a la cultura mapuche, que dicho sea de paso predominan mayoritariamente sobre aquellos funcionarios que declaran estar vinculados a su cultura.

El hospital Intercultural Kallvu Llanka; según datos entregados por el departamento de recursos humanos, tenía una dotación aproximada de 600 funcionarios entre honorarios, contrata y planta, incluyendo aquellas personas que prestan servicios a través de empresas externas de guardias, aseo y pro empleo, de los cuales alrededor del 15%, poseen apellidos mapuche, y de acuerdo a encuesta aplicada por el equipo intercultural del hospital, durante el año 2016, cerca del 17% de funcionarios declaran pertenecer al pueblo mapuche, este dato nos da una muestra de la amplia mayoría de funcionarios que no están vinculados a la cultura mapuche.

3.4.5.- Red asistencial provincia de Arauco:

Red provincial de salud del Hospital Kallvu Llanka

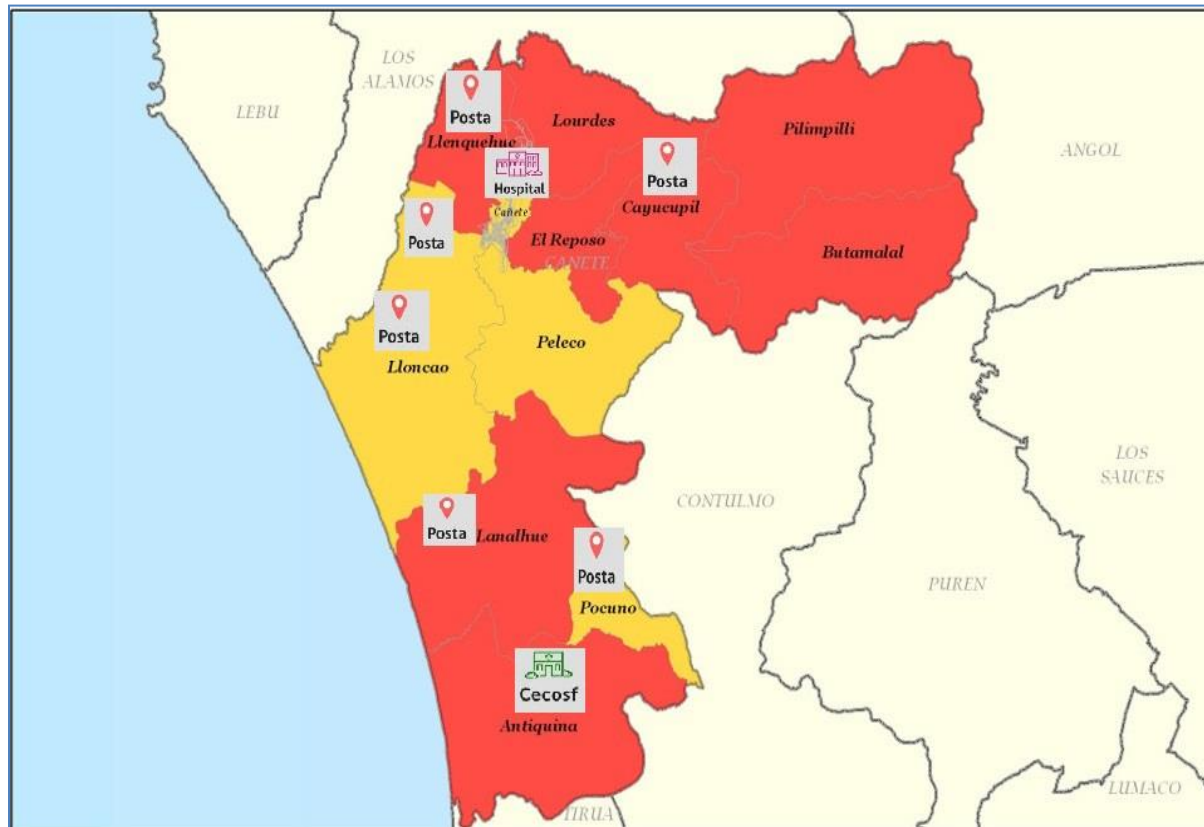


La red provincial de salud del servicio de salud Arauco, cuenta con 5 hospitales de los cuales solo uno el de Curanilahue es de mediana complejidad.

El hospital Kallvu Llanka es hospital base del denominado cono sur de la provincia de Arauco que abarca 3 comunas; Tirúa, Contulmo y Cañete; Tirúa posee postas y un Cesfam; Contulmo posee un hospital de baja complejidad sin especialidades, y Cañete a pesar de su condición de baja complejidad, posee como lo veremos más adelante, varios atributos de mediana complejidad, razón por la cual, el hospital Kallvu Llanka recibe derivaciones de las comunas de

Tirúa y Contulmo, y en el ámbito de la salud mental, recibe derivaciones de toda la provincia. Cuando se requiere de una prestación de mayor complejidad, desde Cañete se deriva al Hospital de mediana complejidad de Curanilahue y/o a Hospital Regional de Concepción u Hospital Higuera.

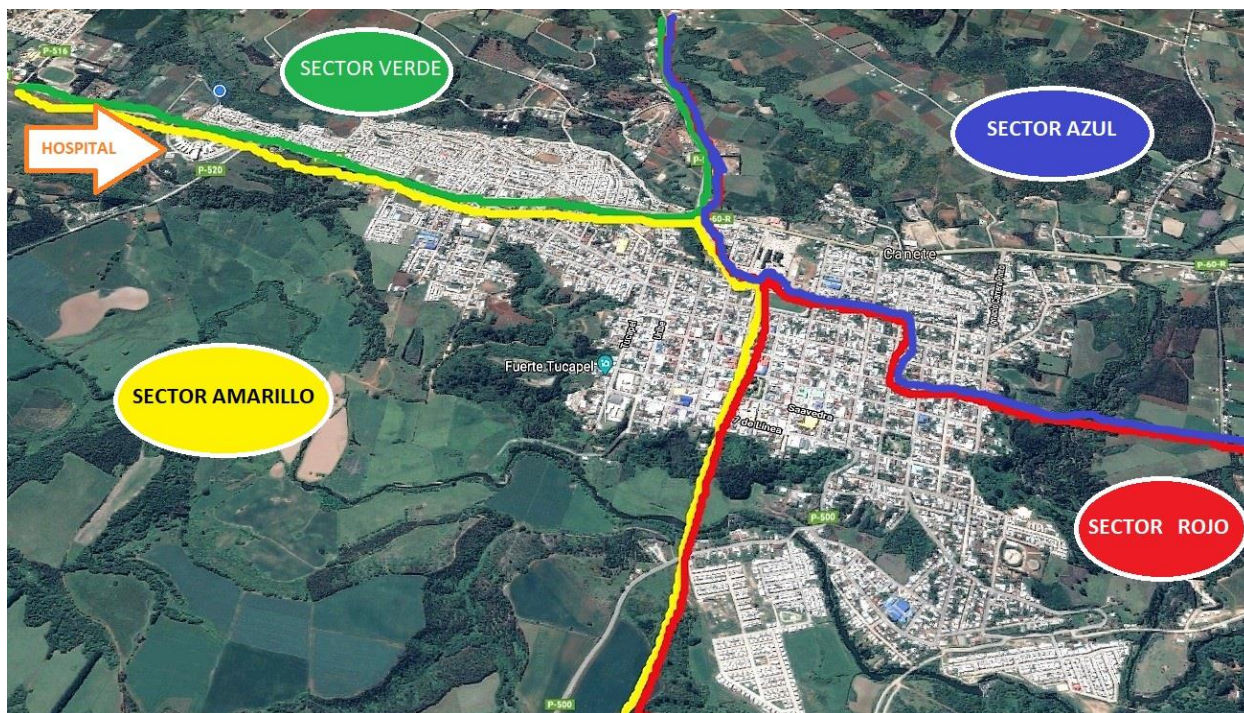
Mapa Red Comunal Rural de la red municipal de salud, Postas y CECOSF



La red comunal rural de salud, cuenta con seis postas y un Cecosf, este último ubicado en el sector sur de la comuna en la localidad de Antiquina, las demás postas están ubicadas en las localidades de Llenquehue, Cayucupil, Pangueco, Lloncao, Huentelolen y Pocuno.

Cabe señalar que la red de salud rural de la comuna depende íntegramente del departamento de salud municipal, y su población asignada es solo la rural, una vez que el usuario es derivado al hospital, recién en ese momento el usuario puede contar con las prestaciones del hospital.

Mapa Comunal urbano cobertura de Atención Primaria, Hospital Kallvu Llanka.



Cabe señalar que en el hospital se atienden usuarios que pertenecen a 11 comunidades, distribuidas en 3 de los 4 sectores, en el sector amarillo se atienden 4 comunidades, en el sector azul se atiende 5 comunidades y en sector rojo se atienden 2 comunidades.

Según los datos del Departamento de Información y Articulación de Red, de la Sub Dirección de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Arauco, la población asignada para el hospital Kallvu Llanka es de 15.873 usuarios y población inscrita en APS Municipal es de 11.117 usuarios. Población asignada al Hospital es de 21.456 usuarios, Población beneficiaria total es de 32.573 usuarios.

3.4.6.- Clasificación del Hospital Kallvu Llanka por calidad contractual y nivel de complejidad.

De acuerdo a la Norma General Técnica N° 150 del 2013, del Ministerio de Salud, los establecimientos hospitalarios se clasifican de acuerdo a su calidad contractual y a su nivel de complejidad. En el caso del hospital Kallvu Llanka, nos concentraremos en conocer los criterios de menor complejidad, que se definen, según el decreto 38 del 2005, del Ministerio de Salud, en su artículo 1 establece que “Los establecimientos de salud dependientes de los Servicios de Salud, en adelante los Servicios, que tengan menor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, podrán obtener, si cumplen los requisitos que se establecen en el artículo 6, la calidad de Establecimientos de salud de Menor Complejidad.” Y sigue “Para estos efectos se entenderá que tienen menor complejidad técnica aquellos establecimientos de atención primaria o que estén clasificados como establecimiento de mediana o baja complejidad de acuerdo a lo establecido en el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.

A continuación observaremos criterios, que nos hacen pensar que el hospital Kallvu Llanka desde lo técnico está en una incipiente transición a la mediana complejidad:

Proceso Asistencial	Criterio Clasificación	Mediana Complejidad	Baja Complejidad	Hospital Kallvu Llanka
Atención Cerrada	N° de camas	De 31 a 300 camas	De 8 a 30 camas	85 camas
	Nivel de cuidados	Cuidados críticos de nivel intermedio, con especialidad básica	Sólo cuidados básicos	Cuidados Críticos de Nivel terciario en Corta Estadía Psiquiátrica
	Distribución Porcentual de tipo de camas según nivel de cuidados	Con menos de 100 camas, 50% cuidados Básicos y 50% cuidados medios.	100% de Camas De cuidados Básicos.	10% camas cuidados críticos corta estadía psiquiátrica, 2 camas de Aislamiento y el resto de cuidados básicos.
	Hospitalización Psiquiátrica	Podría tener un servicio de hospitalización con unidades de corta estadía, dependiendo de la demanda y rol del hospital en la red.	Sin Hospitalización de salud mental	Tiene servicio de Hospitalización psiquiátrica con unidad de corta estadía, de cobertura provincial.
	Médico Residente	Residencia médica en UEH compartida con el resto del establecimiento dependiendo del número de camas según estándar	De llamada	Residencia médica en UEH compartida con el resto del establecimiento.

Proceso Asistencial	Criterio Clasificación	Mediana Complejidad	Baja Complejidad	Hospital Kallvu Llanka
Atención Abierta	Especialización RRHH	Puede contar con algunas o todas las especialidades básicas y algunas otras según la cartera de servicios definida sobre su rol en la red.	Cuenta con atención médica y de otros profesionales de salud de tipo generalista (integrales, EDF etc.)	Cuenta con Médicos EDF, y especialistas en: - Pediatría - Traumatología - Ginecología - Anestesiología - Medicina Familiar - Oftalmología - Urología - Cirujano Infantil - Psiquiatría adulto - Psiquiatría Infantil - Endodoncia - Periodoncia - Ondontopediatra - Cirugía Máxilofaci - Rehabilitación Ora - Ortodoncia
	Dispositivos de atención abierta	Puede tener centros atención abierta especialidad o adosado un centro referencia de salud.	Atención abierta incorporada en la estructura dependiendo de la definición de la red.	Tiene 2 centros de atención abierta de salud mental; COSAM de nivel secundario, Hospital de día de nivel Terciario y 1 centro RBC.

3.5.- Normativa vigente sobre salud intercultural.

A pesar de no existir en Chile una política de reconocimiento constitucional de los pueblos originarios, se cuenta con una serie de normativas nacionales e internacionales que configuran un marco jurídico sobre el cual se sustentan, las acciones en materias de salud intercultural y que debieran ser un facilitador en cualquier proceso de diseño e implementación de un modelo de atención y gestión de salud, con estas características, que a continuación esbozaremos.

3.5.1.- Normativa internacional.

Resolución CD37.R5, de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS) (1993): En 37° Consejo Directivo, 45° Sesión del Comité Regional, Washington, D.C., 27 de Septiembre al 1ro de Octubre de 1993. Resuelve:

Instar a los Gobiernos Miembros entre otras a que:

- Promuevan el establecimiento o fortalecimiento de una comisión técnica de alto nivel u otro mecanismo de concertación que se considere apropiado, con participación de líderes y representantes de pueblos indígenas, para la formulación de políticas y estrategias, y el desarrollo de actividades de salud y medio ambiente dirigidas hacia poblaciones indígenas específicas;
- Fortalezcan la capacidad técnica, administrativa y gerencial de las instituciones nacionales y locales responsables de la salud de las poblaciones indígenas, a fin de superar progresivamente la falta de información en este campo y asegurar mayor acceso a servicios de salud y atención de calidad, contribuyendo así a mejores niveles de equidad;
- Promuevan la transformación de los sistemas de salud y apoyen el desarrollo de modelos alternativos de atención de la población indígena, dentro de la estrategia de los SILOS, incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre su calidad y seguridad;

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, (2000):

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 22º período de sesiones Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000, que en el documento “Observación General 14 al artículo 12: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”. En su número 27 en referencia a los pueblos indígenas expone:

Habida cuenta del derecho y la práctica internacionales que están surgiendo, así como de las medidas adoptadas recientemente por los Estados en relación con las poblaciones indígenas, el Comité estima conveniente identificar los elementos que contribuirían a definir el derecho a la salud de los pueblos indígenas, a fin de que los Estados con poblaciones indígenas puedan aplicar más adecuadamente las disposiciones contenidas en el artículo 12 del Pacto. El Comité considera que los pueblos indígenas tienen derecho a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud y a las atenciones de la salud. Los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural, es decir, tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales. Los Estados deben proporcionar recursos para que los pueblos indígenas establezcan, organicen y controlen esos servicios de suerte que puedan disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. También deberán protegerse las plantas medicinales, los animales y los minerales que resultan necesarios para el pleno disfrute de la salud de los pueblos indígenas.

El Comité observa que, en las comunidades indígenas, la salud del individuo se suele vincular con la salud de la sociedad en su conjunto y presenta una dimensión colectiva. A este respecto, el Comité considera que las actividades relacionadas con el desarrollo que inducen al desplazamiento de poblaciones indígenas, contra su voluntad, de sus territorios y entornos

tradicionales, con la consiguiente pérdida por esas poblaciones de sus recursos alimenticios y la ruptura de su relación simbiótica con la tierra, ejercen un efecto perjudicial sobre la salud de esas poblaciones.

Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas. (2007):

Aprueba la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas que figura en el anexo de la presente resolución. 107a. sesión plenaria 13 de septiembre de 2007. Que en los siguientes artículos establece lo siguiente:

Artículo 23:

Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y a elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo. En particular, los pueblos indígenas tienen derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y demás programas económicos y sociales que les conciernan y, en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones.

Artículo 24:

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.

2. Las personas indígenas tienen igual derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente que este derecho se haga plenamente efectivo.

Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.) Sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. (2008):

Considerando que con fecha 27 de junio la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo en su Septuagésima Sexta reunión, adoptó el convenio 169. Que el instrumento de ratificación de dicho convenio se depositó con fecha 15 de septiembre del 2008 ante el Director General de la OIT y en consecuencia de conformidad con el artículo 38, párrafo 3, del referido convenio 169, este entrará en vigencia para Chile el 15 de septiembre del 2009. (Ministerio de Relaciones Exteriores 2008)

Que en su parte 1: Política General, expone lo siguiente

Artículo 6

1.- Al aplicar las disposiciones del presente Convenio, los gobiernos deberán:

a) Consultar a los pueblos interesados, mediante procedimientos apropiados y en particular a través de sus instituciones representativas, cada vez que se prevean medidas legislativas o administrativas susceptibles de afectarles directamente;

2.- Las consultas llevadas a cabo en aplicación de este Convenio deberán efectuarse de buena fe y de una manera apropiada a las circunstancias, con la finalidad de llegar a un acuerdo o lograr el consentimiento acerca de las medidas propuestas.

Que en su parte V: Seguridad social y Salud, expone explícitamente en materia de salud lo siguiente:

Artículo 25.1: Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados...

Artículo 25.2: Los servicios de salud deberán organizarse en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales. (Organización Internacional del Trabajo, 2008)

Declaración Americana Sobre los derechos de los Pueblos Indígenas (Aprobada en la segunda sesión plenaria, celebrada el 14 de junio de 2016, OEA.):

Artículo XVIII. Salud

1.- Los pueblos indígenas tienen derecho en forma colectiva e individual al disfrute del más alto nivel posible de salud física, mental y espiritual.

2. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propios sistemas y prácticas de salud, así como al uso y la protección de las plantas, animales, minerales de interés vital, y otros recursos naturales de uso medicinal en sus tierras y territorios ancestrales.

3. Los Estados tomarán medidas para prevenir y prohibir que los pueblos y las personas indígenas sean objeto de programas de investigación, experimentación biológica o médica, así como la esterilización sin su consentimiento previo libre e informado. Asimismo, los pueblos y las personas indígenas tienen derecho, según sea el caso, al acceso a sus propios datos, expedientes médicos y documentos de investigación conducidos por personas e instituciones públicas o privadas.

4. Los pueblos indígenas tienen derecho a utilizar, sin discriminación alguna, todas las instituciones y servicios de salud y atención médica accesibles a la población en general. Los Estados en consulta y coordinación con los pueblos indígenas promoverán sistemas o prácticas interculturales en los servicios médicos y sanitarios que se provean en las comunidades indígenas, incluyendo la formación de técnicos y profesionales indígenas de salud.

5. Los Estados garantizarán el ejercicio efectivo de los derechos contenidos en este artículo.

3.5.2.- Normativa nacional

Decreto 36: Normas que se aplicarán en los convenios que celebren los servicios de salud.

Promulgado el 10 de julio de 1980. (Ministerio de salud, Gobierno de Chile.):

Reglamentado por la ley 18.417, señala en su artículo 2: Los convenios regidos por este decreto serán aquellos en cuya virtud un organismo, entidad o persona distinta del Servicio de Salud, sustituye a éste en la ejecución de una o más acciones de fomento, protección y recuperación de la salud o de rehabilitación de enfermos, sea por delegación, mandato u otra forma que les permita actuar y administrar por cuenta del Servicio para atender a cualquiera de los beneficiarios de éste, sin perjuicio de la atención que podrá prestarse a otras personas conforme al convenio y de acuerdo a las normas que rigen al Servicio. Sin embargo, los actos y convenciones que tengan por objeto sólo la realización de prestaciones específicas, tales como exámenes de laboratorios y radiológicos, etc. Comprendidas en el diagnóstico y tratamiento de beneficiarios del Servicio de Salud, cuya atención continúa a cargo de éste, no se sujetarán a las normas del presente decreto. (Andrés Cuyul, citado en Campos R. 2016)

Decreto 136: Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, promulgado el 8 de septiembre del 2004. (Ministerio de salud, Gobierno de Chile.):

Artículo 21.- Es función del Ministerio de Salud formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud, permitiendo y favoreciendo la colaboración y complementariedad entre la atención de salud que otorga el Sistema y la que provee la medicina indígena, que permita a las personas, en aquellas comunas con alta concentración indígena, obtener resolución integral y oportuna de sus necesidades de salud en su contexto cultural.

Ley 19.937 de autoridad sanitaria, promulgada el 30 de enero del 2004. (Ministerio de salud, Gobierno de Chile.):

Artículo 16: Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena.

Decreto N° 140: Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, promulgado el 24 de septiembre del 2004. (Ministerio de salud, Gobierno de Chile.):

Art. 8.Parrafo I. Letra e): En aquellos Servicios de Salud con alta concentración indígena y de acuerdo a las normas e instrucciones del Ministerio de Salud en la materia, el Director del Servicio deberá programar, ejecutar y evaluar en conjunto con los integrantes de la Red y con participación de representantes de las comunidades indígenas, estrategias, planes y actividades que incorporen en el modelo de atención y en los programas de salud el enfoque intercultural en salud.

Decreto 42: Reglamento para el ejercicio de las prácticas médicas alternativas como profesiones auxiliares de la salud y de los recintos en que estas se realizan. Promulgada el 12 de febrero del 2004.(Ministerio de Salud, Gobierno de Chile):

Artículo 2: La medicina popular tradicional chilena, entendida como las actividades y procedimientos de recuperar y mantener la salud, de orígenes socioculturales autóctonos en el país, ejercida por sanadores formados tradicionalmente en sus propias comunidades de pertenencia y que gozan del respeto de éstas, quedará al margen de la aplicación de este Reglamento.

Norma General Administrativa N° 16, sobre Interculturalidad en los Servicios de salud; Aprobada por Resolución Exenta N° 261, del 28 de abril del 2006. (República de Chile, Ministerio de salud, Departamento de Asesoría Jurídica):

En uno de sus fundamentos expresa lo siguiente:

Los Sistemas de Salud de las culturas indígenas lo conforman conocimientos y procedimientos que se ajustan a sus prácticas y costumbres propias y no han recibido un reconocimiento formal en el sistema jurídico chileno.

En dos de sus directrices considera que:

- Los Servicios de Salud con presencia de población indígena deberán programar, ejecutar y evaluar en conjunto con los integrantes de la Red y con participación de representantes indígenas, estrategias, planes y actividades que incorporen en el modelo de atención y en los programas de salud el enfoque intercultural, a requerimiento del Ministerio de Salud, o de la Autoridad Sanitaria Regional.

- Por determinación de la Dirección del Servicio de Salud, previa consulta al Consejo de Participación, se podrá atribuir a un establecimiento la calidad de Hospital Intercultural, caso en el cual, tanto en su planta física como en su diseño de gestión, deberá adoptar un enfoque que integre tanto el conocimiento de salud que tiene la cultura indígena predominante en la localidad con el conocimiento aportado por la medicina occidental. La modalidad de gestión del establecimiento será determinada en cada caso conforme a las modalidades culturales del territorio de competencia del establecimiento.

Ley número 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Promulgada el 13 de abril del 2012. (Ministerio de salud, sub secretaría de seguridad pública):

Artículo 7º: 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.

Decreto 66 que reglamenta la consulta indígena y 40 que reglamenta la inversión en territorios indígenas:

El Estado de Chile en cumplimiento de lo señalado en el artículo 34 de la Ley N° 19.253, que establece el deber de los servicios de la administración del Estado y de las organizaciones de carácter territorial de escuchar y considerar la opinión de las organizaciones indígenas reconocidas en la ley cuando se traten materias que tengan injerencia o relación con éstas, reglamentó la Consulta, primero por el D.S. N° 124 de 2009, decreto que fue objeto de múltiples críticas. Entre otros, de la comisión de expertos de la OTI, quien señaló al Gobierno, en su oportunidad, sus

observaciones en relación con el Convenio 169 y las disposiciones del Decreto Supremo N° 124.
(Astudillo L. 2017)

Ante las múltiples críticas que recibió el Decreto Supremo N° 124, de parte de expertos de la OIT, de la doctrina y especialmente de los pueblos indígenas, éste fue derogado por el D.S. N° 66 promulgado el quince de noviembre de 2013 y publicado en el Diario Oficial el cuatro de marzo de 2014, sobre la Consulta Indígena, el que resultó en términos prácticos, en opinión del autor por lo que fundamentará, un nuevo retroceso en relación a las normas de Decreto N° 124 y en relación a la obligación de consultar establecida en el Convenio 169 de la OIT. (Astudillo L.et al 2017)

El Decreto Supremo N° 66 no se puede analizar sin hacer necesaria referencia al D.S. N° 40 que remite la consulta indígena al sistema de evaluación de impacto ambiental, de estos dos cuerpos normativos se desprenden graves deficiencias:

- a) Se crean sin una real y efectiva participación de los pueblos indígenas.
- b) Se excluyen del reglamento los proyectos de inversión, los que se reglamentan a través del D.S. N° 40 de 2013 que complementa la Ley N° 19.300 sobre Bases Generales del Medio Ambiente. No obstante lo numeroso de ellos y la importancia que tiene para su concreción la Consulta, toda vez que estos se proyectan en territorios indígenas. El reglamento los remite al Sistema de Evaluación de Impacto Ambiental; esta es una grave deficiencia, porque no da cuenta en el Reglamento de la existencia de uno de los factores de principal desencuentro entre el Estado

y los pueblos indígenas: Las diferentes y contrapuestas concepciones que se tiene sobre la idea de desarrollo y sobre el uso de la tierra:

3.5.3.- Programas del Estado de Chile sobre Salud Intercultural.

El Programa de Salud con Población Mapuche (PROMAP). 1992.-

Solo la región de la Araucanía tuvo una decisiva voluntad política y técnica para abrir por primera vez el “Programa de Salud con Población Mapuche” dentro de un servicio de salud en 1992. (Sáez M., citada en Campos R. 2016)

El Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI).1996.-

El Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (más conocido como PESPI) basa sus objetivos en la política sectorial definida como “la construcción de un modelo de atención acorde con las necesidades y características culturales de la población indígena en Chile, que se enmarca en el cambio del modelo de atención, en el que se reconoce distintas etapas, desde el enfoque biomédico a uno biopsicosocial y finalmente a uno más integral que incluya aspectos culturales, espirituales, religiosos y ambientales. (Sáez M, citada en Campos, 2016).

Para ejecutar sus acciones el PESPI establece en sus orientaciones técnicas, 3 componentes: Equidad, Enfoque Intercultural en Salud y Participación Social Indígena, a través de los cuales se enmarcan las acciones que son financiadas.

En la actualidad opera en 13 de las 15 regiones y en 26 de los 29 servicios de salud. (Sáez M, citada en Campos, 2016).

3.5.4.- Documentos Política de salud y Pueblos Indígenas; Por resolución exenta N° 91 del 10 de febrero de 2006. (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile):

Que Propone entre sus lineamientos técnicos:

Modelo de atención con enfoque intercultural; que en su párrafo cuarto expone: Un modelo de atención con enfoque intercultural debe incorporar la pertinencia cultural de los servicios, la que se entiende como la adecuación de los servicios a las características de la cultura, basada en el respeto y en la construcción colectiva de estrategias, metodologías y protocolos que mejoren el acceso, la oportunidad y efectividad de los servicios de salud. Lo anterior debe expresarse tanto en la organización y en la provisión de los servicios, desarrollando iniciativas innovadoras que pueden abarcar desde formular una norma (por ejemplo, protocolo de atención)...

Declara además los principios que deben orientar este cambio en el modelo de atención, siendo estos: Integralidad, Calidad, Equidad en el Acceso, Complementariedad, Participación y Enfoque de género.

Propone estrategias tales como:

- Planificar, ejecutar y evaluar en conjunto con las comunidades y organizaciones indígenas, experiencias de modelos de atención.
- Formular protocolos de atención.
- Establecer estándares de calidad de atención.
- Desarrollar procesos orientados a la implementación gradual de sistemas de salud articulados, con experiencias sistematizadas, documentadas y publicadas.
- Favorecer que los facilitadores interculturales formen parte de un equipo multidisciplinario, que participen de los procesos de programación, ejecución y evaluación en cada establecimiento.
- Promover que las rondas médicas rurales de comunas con alta concentración de población indígena trabajen con especialistas en medicina indígena de esos territorios.

Establece que en los establecimientos de salud con enfoque intercultural, se debieran observar los siguientes signos de cambio:

- Diagnóstico de situación de salud con enfoque intercultural.
- Líderes y profesionales indígenas comprometidos participando en el diseño, gestión, evaluación y control del modelo de atención.
- El equipo de salud respeta los diagnósticos de los especialistas en medicina ancestral y articula procedimientos de referencia y contra referencia de usuarios.
- El establecimiento facilita el acceso a los agentes de medicina indígena cuando los usuarios lo solicitan.

- Señalética apropiada según territorio.
- Los horarios de atención responden a la realidad y necesidades de las comunidades.
- Incorporación de herbolaria medicinal ancestral y otros recursos terapéuticos locales.
- Hospedaje o albergue para familiares de los enfermos hospitalizados.
- Adecuación de horarios de visitas a enfermo hospitalizado.
- Arquitectura culturalmente adecuada a la cosmovisión indígena y el mobiliario local es pertinente a la cultura.
- Capacitación en interculturalidad obligatoria para el personal de salud del establecimiento.
- Alimentación culturalmente adecuada y de acuerdo a la tradición indígena.
- Atención de parto respetando procedimientos ancestrales.
- Existencia de un documento que describe los conceptos de salud- enfermedad, síntomas y signos reconocidos por la medicina indígena y su posible relación o no con la medicina occidental.

3.6.- Demandas de las comunidades

De acuerdo a las primeras reuniones entre comunidades y servicio de salud para el proyecto de reposición del hospital de Cañete, una de las principales demandas de salud planteadas por las comunidades mapuche de la provincia de Arauco, es mejorar la calidad de la atención en

los establecimientos de la red de salud. Esto se refiere a que las distintas áreas de la gestión incorporen la interculturalidad, respetando y considerando elementos de la cultura mapuche.

A propósito de la aprobación de recursos para el proyecto de reposición del hospital de Cañete, surge en el año 2004 la posibilidad de desarrollar una nueva experiencia, que se convierte en una oportunidad para dar relevancia a la pertinencia cultural en un proyecto que no lo contemplaba en sus inicios. Se crea la primera mesa de trabajo entre la Dirección de Servicio y las comunidades mapuche, constituida por representantes por territorios o sectores de la provincia. Estos representantes debían ser representativos en su rol dirigencial y/o reconocidos por su conocimiento o sabiduría, a esta instancia se le llamó Comité Provincial de Salud Intercultural, que operó hasta la inauguración del hospital, que en su primera acta declara lo siguiente:

Acta de constitución de “Comité de salud intercultural”, del componente de salud del Programa Orígenes, con fecha del 23 de abril del 2002. Cabe señalar que en este comité estaba constituido en su mayoría por dirigentes territoriales de comunidades de las comunas de Cañete, Tirúa, Contulmo, Los Álamos, y un equipo coordinador del programa Orígenes y funcionarios del Servicio de Salud Arauco. A continuación sus principales registros, de la reunión de junio del 2004 respecto a la propuesta inicial para el proyecto de reposición del hospital:

Infraestructura:

- Considerar la cosmovisión de la cultura mapuche en infraestructura.
- El tamaño de los box de atención sea de mayores dimensiones que los actuales.

- Contar con un espacio propio para la atención de las personas que provienen de las comunidades. (dos oficinas para la atención de público).
- Sala de parto Mapuche: Espacio amplio para el acompañamiento de la familia; asistencia de la partera cuando se requiera.
- Señalética: Que las dependencias del hospital sean indicadas con señalética bilingüe mapuche-español.
- Casa de acogida: Para pacientes de Contulmo, Cañete y Tirúa preferentemente mapuche, dependiente del hospital y administrado por Recurso Humano mapuche.

Atención:

- Cobertura: Se espera una atención para las comunas de Tirúa, Contulmo y Los Álamos.
- Derivación Medico- Machi: En la atención que entregue el hospital se debe considerar el trabajo coordinado entre los médicos y la machi u otros agentes de salud mapuche, como por ejemplo a través de un sistema de derivación.
- Alimentación: Debe integrar alimentos provenientes de la cultura mapuche especialmente para mujeres embarazadas o que acaban de dar a luz.
- Coordinación con postas: Se debe asumir como elemento clave el trabajo en red, para lo cual se debe establecer un plan de trabajo con el departamento de salud municipal y sus respectivas postas de salud rural.

3.7.- Política intercultural en otros países de América.

A estas alturas de la investigación cabe preguntarnos, como se ha llevado la interculturalidad o la política intercultural en otros países de nuestro continente y tal vez la mejor manera de responder a esta pregunta es conociendo experiencias, razón por la cual se esbozará brevemente la situación de algunos países de América en materia de política en interculturalidad, partiendo por Canadá en América del norte; Guatemala en centro América y Bolivia y Colombia en Sudamérica.

Canadá; La primera ley sobre multiculturalismo canadiense fue adoptada en 1988. Fuera de ese dispositivo político, hay una realidad social caracterizada por una diversidad en términos de religión, idioma y orígenes nacionales [...] dicho de otra manera, no hay que confundir la política del multiculturalismo con la realidad multicultural de la sociedad canadiense. La misma distinción existe en Quebec donde hay que hacer la diferencia entre interculturalismo (fuente de inspiración para las políticas públicas) y la interculturalidad (una realidad social). (White B. citado en González J. 2019. P. 20)

Los canadienses franceses (ahora quebequenses) interpretan el multiculturalismo como una imposición de la mayoría angloparlante de Canadá, que apunta a poner a los francoparlantes en pie de igualdad con los demás grupos de inmigrantes que llegaron tras la toma de poder por Inglaterra. Así el interculturalismo fue una respuesta al multiculturalismo. (White B. citado en González J. Ibid., 2019. P. 21)

Desde el punto de vista político, el multiculturalismo en Canadá está compuesto por un conjunto de leyes, estructuras y programas, lo que difiere de manera considerable del caso del interculturalismo en Quebec: Mientras que el multiculturalismo canadiense es visto como una característica constituyente de la identidad canadiense, el interculturalismo quebequense constituye generalmente solo una de las metas ligadas a la inmigración [...] El multiculturalismo se inscribe en los textos legislativos fundamentales o importantes, de los que carta canadiense de derechos y libertades, incluida en la Ley constitucional de 1982, y la Ley sobre multiculturalismo canadiense. Por su parte, el interculturalismo quebequense no goza de ningún estatuto particular y constituye, la mayoría del tiempo, una referencia general respecto a la manera del Estado quebequense de entender la diversidad (White, Gratton, Rocher 2014) (White B. citado en González J. Ibid., 2019. P. 25)

El multiculturalismo está compuesto de cuatro ejes: 1) financiamiento de organizaciones; 2) actividades de educación pública; 3) apoyo a las instituciones federales; y 4) Participación y promoción a escala internacional. El interculturalismo se encuentra en varios documentos oficiales del gobierno de Quebec pero nunca fue objeto de cualquier ley o de cualquier marco político. (White B. citado en González J. Ibid., 2019. P. 29)

Guatemala; Como parte del reconocimiento multicultural del país por la Constitución Política de la República en 1985 y, con mayor ahínco una década después [...], se comenzaron a emprender reformas a la educación y, en menor medida en la salud y la administración de justicia. [...] Antes de enfrentar problemas estructurales [...], Las medidas post conflicto enfatizan hasta hoy aspectos

simbólicos como uso públicos de sus lenguas, manifestaciones culturales, vestimenta diferenciada y espiritualidad maya. Veinte años después, siguen pendientes un sinnúmero de medidas acordadas; de allí que los indígenas no cejen en plantear iniciativas de ley para reformar la normatividad vigente, mientras el sector hegemónico igualmente persista en bloquearlas. (López-Hurtado L., citado en González J. Ibid., 2019. P. 53)

Bolivia; La constitución de 2009 asume la interculturalidad, asociándola a la plurinacionalidad.[...] Por su parte esta carta magna considera a la educación como función suprema y como la primera responsabilidad financiera del Estado. (López- Hurtado L., citado en González J. Ibid., 2019. P. 53)

Entre 1985 y 2000, las demandas de interculturalidad, en muchos casos, recibieron respuestas de tipo multicultural por parte del Estado y de la cooperación internacional. Empero, es necesario destacar algunas singularidades del proceso boliviano que en el periodo 1993-2003 sí optó por: instituir Tierras Comunitarias de Origen, reconociendo la propiedad colectiva; crear Organizaciones Territoriales de Base, otorgando, en las áreas rurales, personería jurídica a los Pueblos Originarios y comunidades campesinas, y en las urbanas, a las juntas vecinales, para ejercer control social sobre los gobiernos locales; constituir municipios indígenas, y asegurar ciertos niveles de autonomía a más de 300 municipios, bajo una política de redistribución y descentralización financiera, llamada participación popular (López, 2005). Estas transformaciones, sin embargo, coincidieron con la privatización de empresas y servicios públicos

como parte del ajuste estructural que fue adoptado desde 1985, a raíz de una profunda crisis financiera. (López- Hurtado L., citado en González J. Ibid., 2019. P. 59)

Colombia; La nueva constitución política de 1991 caracteriza a la Nación colombiana en términos pluriétnicos y multiculturales, para reconocer por fin una realidad histórica, mucho tiempo oculta que permitió la formación de una “comunidad imaginada” monocultural que sirviera de fundamento a la legitimidad del orden político (González, 2007). Este reconocimiento de la diversidad, ha permitido el surgimiento de formas alternativas de identidad política que buscan su fundamento en el ámbito del mundo de la vida cotidiana de los actores, para buscar la conexión entre lo privado y lo público, a través de un mayor reconocimiento de las fuentes culturales de la identidad basados, por ejemplo, en el origen étnico, o religioso, o regional, o de preferencias sexuales entre los principales. (González J. Ibid., 2019. P. 128-129)

El modelo de multiculturalismo desarrollado en Colombia desde la proclamación de la constitución de 1991 ha permitido el reconocimiento parcial de la diversidad cultural acentuada desde la perspectiva de la identidad étnica (indígenas y afros), aunque las nuevas identidades culturales que surgen con el desmoronamiento del modelo monocultural, aún se mantienen en una lucha constante por el reconocimiento de los derechos ciudadanos que surgen de su identidad cultural. (González J. Ibid., 2019. P. 145-146)

En relación al ámbito de la salud [...] en Bolivia, Chile, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua y Perú se cuenta con políticas y estrategias de salud intercultural. [...]. Las políticas interculturales

en salud no son iniciativa de este sector ni tampoco un desarrollo natural de la medicina, sino más bien respuestas a las exigencias indígenas respecto a su derecho a una atención médica acorde con sus patrones culturales (Salaverry, 2010). (López- Hurtado L., citado en González J. Ibid., 2019. P. 81).

Problema de investigación

A pesar de la condición reciente de hospital intercultural Kallvu Llanka de Cañete, adquirida en octubre del 2014, como resultado de un proceso de diálogo con las comunidades de la provincia de Arauco, iniciado el año 2004, a propósito de la aprobación del proyecto de remodelación del antiguo hospital Ricardo Figueroa, para lo cual se constituye en Cañete una mesa provincial de salud, en la que participan representantes de las comunidades indígenas, autoridades tradicionales y representantes del hospital y servicio de salud, y de las acciones que hoy se ejecutan en el hospital Kallvu Llanka, se plantea lo siguiente:

El hospital como centro de salud, a pesar de su condición de intercultural, parece no contar con un modelo de atención y gestión de salud que refleje al menos lo establecido en el convenio 169 de la OIT artículo 25.1-2; en el documento de políticas de salud y pueblos indígenas; en la Ley 20.584 de deberes y derechos art. 7 y en la Norma General Administrativa N° 16, sobre Interculturalidad en los Servicios de salud del ministerio de salud; y solo hace referencia a una serie de acciones en esta línea, no teniendo claridad si con las acciones que se ejecutan, se está avanzando hacia un modelo, si ya se está frente a uno incipiente, o si solo se está en una etapa de ejecución acciones con enfoque intercultural, que hasta ahora, se observan aisladas unas de otras, para responder reactivamente a la demanda de usuarios mapuche por recibir esta atención, y un tanto descontextualizadas de un hipotético proceso de diseño e implementación de un modelo de atención y gestión de salud intercultural.

Como institución de salud pública ahora con esta nueva condición, debe y las comunidades del territorio así lo esperan, acogerse a la normativa existente que entrega indicaciones de como transitar en la práctica hacia la interculturalidad, especialmente al convenio 169 de la OIT ratificado por Chile el 2009, que en su artículo 25.2 instruye: “Los servicios de salud deberán organizarse en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.” Y a la ley 20.584 de deberes y derechos de las personas, promulgada el 2012, que en su artículo 7 expresa lo siguiente: “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.”

En la presente investigación se pretende abordar, el estado de la cuestión, respecto a las acciones que desarrolla el hospital en esta materia, intentando una aproximación a la percepción de actores claves, tales como usuarios mapuche, actores relevantes del territorio, funcionarios y gestores de salud, respecto a la existencia de elementos que nos permitan pensar avanzar hacia un proceso de diseño e implementación de un modelo de atención y gestión de salud intercultural, en

el hospital, considerando como lo plantea Cuyul,(2012) la premisa de que es un proceso eminentemente local y territorial, y que a pesar de existir previamente otros centros hospitalarios trabajando en su procesos internos, para implementar un modelo de atención y gestión, cada centro hospitalario tiene sus propias dinámicas socio-culturales locales y particulares, razón por la cual estas experiencias ya existentes no son referentes precisos en su amplitud para este hospital.

4.1.- Preguntas de investigación

Dicho lo anterior emanan las siguientes preguntas de investigación:

- 1.- ¿Cuáles son los elementos favorables y adversos que posee el hospital intercultural Kallvu Llanka para avanzar en la atención de salud considerando elementos propios de la cultura mapuche?
- 2.- ¿Cuál es la percepción que tienen usuarios mapuche, actores relevantes de comunidades y funcionarios, respecto a las acciones que desarrolla el hospital para lograr una atención de salud considerando elementos propios de la cultura mapuche del territorio?
- 3.- ¿Cuál ha sido el proceso mediante el cual se ha diseñado y tomado decisiones respecto de un modelo de atención y gestión de salud considerando aspectos culturales?

Objetivos

General

Identificar elementos favorables y adversos para el diseño e implementación de un modelo de atención y gestión de salud intercultural, desde la perspectiva de usuarios mapuche, funcionarios y gestores de salud del hospital Kallvu Llanka de Cañete.

Específicos.

- 1.- Describir y analizar las percepciones de usuarios mapuche del territorio, funcionarios y gestores de salud del hospital, respecto a las acciones que ejecuta el hospital, para responder a la demanda de usuarios mapuche de recibir una atención de salud considerando elementos propios de su cultura.
- 2.- Describir el proceso de generación de propuestas para el diseño e implementación de un modelo de atención y gestión de salud intercultural, desde la perspectiva de los usuarios mapuche, funcionarios y gestores de salud.

Justificación

6.1.- Teórica

Con este proyecto de investigación se espera aportar a la reflexión respecto a la complejidad del proceso de diseño e implementación de un modelo de atención y gestión de salud que considere elementos culturales de un territorio determinado en este caso Cañete, ya que hasta ahora, no se encontró alguna referencia bibliográfica que aborde específicamente la problemática que implica un proceso de diseño e implementación de un modelo de atención y gestión de salud intercultural. Sin embargo, se han identificado algunas publicaciones que pueden contribuir efectivamente a esta investigación desde el análisis conceptual, en el ámbito de la salud pública para los pueblos originarios de nuestro país y desde la perspectiva de la antropología médica.

6.2.- Metodológica

En virtud de los objetivos; tales como describir las percepciones de personas de las comunidades y actores claves del territorio respecto a las acciones del hospital Kallvu Llanka, se espera alcanzar una aproximación a las percepciones individuales y colectivas, desde la perspectiva etnográfica, en lo individual, a través de entrevistas cualitativas, estandarizada no programada, y en lo colectivo, se abordará una aproximación a las percepciones grupales, a través de entrevistas de grupo.

6.3.- Práctica

En el transcurso de la revisión bibliográfica, para la presente investigación, no se ha encontrado información respecto a una propuesta de análisis y trabajo respecto a la problemática que implica un proceso de diseño e implementación de un modelo de atención y gestión de salud que considere aspectos culturales de un pueblo originario determinado, que nos pueda orientar, sin embargo, se han encontrado documentos públicos del Ministerio de Salud, que hacen alusión a un “modelo de atención de salud con enfoque intercultural”, como parte de una propuesta política, pero dichos documentos no consideran las complejidades particulares y territoriales, en la implementación del modelo, razón por la cual se hace necesario, profundizar en esta reflexión, considerando la normativa vigente que compete en esta materia tanto internacional como nacional e intentar situarnos como plantea Cuyul en un proceso de “constructo cultural problematizado”. Además existe una problemática latente desde la perspectiva de los usuarios y funcionarios que plantea Alarcón (2004) respecto a la falta de acceso y equidad en salud para los usuarios de pueblos originarios y aquella mirada de funcionarios que no consideran la necesidad de implementar una política de salud que se haga cargo de esta problemática.

Marco Teórico

En las últimas décadas, interculturalidad en salud o salud intercultural, han sido conceptos indistintamente utilizados para designar al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud. (Alarcón M., Vidal H. y Neira Rozas, 2003).

Al intentar abordar modelos de atención y gestión de salud intercultural, nos encontramos con diversos obstáculos. En este sentido, lo que dificulta generar un modelo que otorgue una solución culturalmente pertinente a los problemas de salud de la población mapuche...como lo son las implicancias prácticas que tiene el desarrollo de este enfoque para proveedores de salud y usuarios mapuche. (Alarcón M., Astudillo D., Barrios C. y Rivas R., 2004).

Cuyul A. (2012) profundiza aún más la reflexión, y refiere que; Hablar de los Modelos Mapuche de Salud Intercultural implica entenderlos como un constructo cultural problematizado por las organizaciones mapuche que, junto con una fuerte demanda de atención de salud convencional por causa de la inacción del Estado, conceptualiza una forma de abordaje de la salud en un territorio mapuche determinado. Esto implica un proceso de fortalecimiento cultural identitario y político en torno a la manera en cómo el pueblo mapuche conceptualiza y aborda la salud, la cual a su vez define la forma en que esa organización configura una respuesta sociocultural al complejo salud/enfermedad/atención. Por tanto, el modelo es situacional y específico de cada territorio. (Cuyul A. 2012, p.4).

7.1.- La salud desde la cosmovisión mapuche

El pueblo mapuche fundamenta la existencia y la armonía de la vida, y por tanto también de la salud de las personas, sobre dos planos principales [...] Un primer plano originario es la relación de las personas con lo divino y sobrenatural y esta relación de carácter fundacional se estructura en torno a la noción de reciprocidad [...] Un segundo plano fundamental en la cosmología mapuche guarda relación con la categorización del mundo. Así como acontece en el caso de otras culturas indígenas latinoamericanas, los mapuche categorizan el cosmos en términos de unidades conformadas por polos opuestos y complementarios. La naturaleza y los hombres existen en dualidad y a la vez la contienen. El mapuche como sujeto que estructura su identidad en el plano de lo trascendente está determinado por una serie de fuerzas opuestas y complementarias [...] los vientos del bien y los vientos del mal. (Citarella 1995, p. 109).

El concepto de modelo de salud mapuche aparece por la necesidad de representar el mundo de conocimientos y agentes así como por la relación con el sistema de salud occidental estatal. Pero desde la cultura tiene su propio concepto que es el de *lawentuwün* [...] y en esa idea se consideran todos los elementos que están presentes a la hora de hablar y hacer salud, es decir partiendo de un concepto global de estar bien en términos más integrales *kümefelen*, pero también individuales de vivir sin enfermedad, por lo tanto, entra a apelar inmediatamente al otro elemento que es el concepto de la enfermedad, *kütran*, de no estar bien. A partir de eso se van construyendo otros elementos directamente relacionados porque el *kütran* tiene una causa, un porqué y una serie de clasificaciones. (José Millalen Paillal, citado en Mariman P., 2016, p. 26).

7.2.- Sociología reflexiva de Pierre Bourdieu.

Considerando que el objeto de estudio de esta investigación se concentra en la descripción de percepciones de actores claves (**agentes**) en el proceso de atención y gestión de salud intercultural en la salud pública (**campo**), respecto a las acciones que desarrolla el hospital Kallvu Llanka, con el propósito de identificar en la práctica, elementos objetivos, que nos permitan avanzar hacia el diseño e implementación de este modelo de atención y gestión. Esta se sitúa desde la sociología reflexiva de Pierre Bourdieu, por varias razones algunas de ellas compartidas con Miguel Kottow (2013) como por ejemplo: por el desarrollo de una sociología reflexiva que piensa las condiciones sociales de sí misma (sociología de la sociología) y de la epistemología en general, por la elaboración de un pensamiento sociológico fundamentado en la interacción del sistema social y actores individuales [...] el develamiento y la disección de procesos sociales de dominación y colonización y nada menor, la militancia activa de Bourdieu en cuestiones sociales contingentes. (Kottow M. 2013, p.8).

Además, la importancia de su perspectiva radica para esta investigación que su “teoría de los campos” (González V. 2012), (Jiménez Y. 2016), intenta superar la oposición entre objetivismo y subjetivismo mediante la relación dialéctica entre las estructuras objetivas y fenómenos subjetivos, pero sin desconocer los logros de cada uno...su perspectiva permite analizar la génesis de los esquemas de percepción, pensamiento y acción, así como de las estructuras sociales. (González C. V. 2012, p.340).

Para comprender y aproximarnos a la sociología reflexiva de Pierre Bourdieu, expondremos brevemente sus planteamientos.

7.2.1.- Hábitus

Bourdieu P. (2001) define los habitus del siguiente modo: "las estructuras que son constitutivas de un tipo particular de entorno (v.g. las condiciones materiales de existencia de un tipo particular de condición de clase) y que pueden ser asidas empíricamente bajo la forma de regularidades asociadas a un entorno socialmente estructurado, producen habitus, sistemas de disposiciones duraderas, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, en tanto que principio de generación y de estructuración de prácticas y representaciones que pueden ser objetivamente "reguladas" y "regula- res" sin ser en nada el producto de obediencia a reglas, objetivamente adaptadas a su finalidad sin suponer la mirada consciente de los fines y la maestría expresa de las operaciones necesarias para alcanzarlas y, siendo todo eso, colectivamente orquestadas sin ser el producto de la acción organizadora de un jefe de orquesta." (Bourdieu P. 2001, p.25)

Plantea además que la existencia humana, o habitus como lo social hecho cuerpo, es esa cosa del mundo para lo cual hay cosas. Más o menos como lo planteó Pascal, *le monde me comprend mais je le comprends* (en pocas palabras, "el mundo me abarca pero yo lo comprendo"). La realidad social existe por decirlo así, dos veces: en las cosas y en las mentes, en los campos y en los habitus, fuera y dentro de los agentes. Y cuando el habitus encuentra un mundo social del

cual es producto, se siente como pez en el agua: no advierte el peso del agua y da el mundo alrededor de sí por sentado. (Bourdieu P., et al, 2012, p. 168).

Producto de la historia, el habitus origina prácticas, individuales y colectivas, y por ende historia, de acuerdo con los esquemas engendrados por la historia; es el habitus el que asegura la presencia activa de las experiencias pasadas que, registradas en cada organismo bajo la forma de esquemas de percepción, de pensamientos y de acción, tienden, con más seguridad que todas las reglas formales y todas las normas explícitas, a garantizar la conformidad de las prácticas y su constancia a través del tiempo. Pasado que sobrevive en lo actual y que tiende a perpetuarse en el porvenir actualizándose en prácticas estructuradas según sus principios. (Bourdieu P. Et al, 2013, p. 88). El concepto de habitus permitirá en esta investigación indagar en las acciones conscientes y no conscientes de los equipos de salud frente a la diversidad cultural mapuche.

7.2.2.- Agentes sociales

Bourdieu (2012) plantea que los agentes sociales no son partículas mecánicamente empujadas y tironeadas de aquí para allá por fuerzas externas. Son más bien, detentores de capitales y dependiendo de su trayectoria y de la posición que ocupen en el campo en virtud de su dotación (volumen y estructura) de capital, tienen una propensión a orientarse activamente ya sea hacia la preservación de la distribución de capital o hacia la subversión de dicha distribución [...] Los agentes sociales son el *producto de la historia*, de la historia del campo social en su conjunto y de la experiencia acumulada por un trayecto dentro de un sub campo específico. Así, por ejemplo,

para comprender lo que profesora A o B hará en determinada coyuntura (digamos mayo del 68) o en cualquier situación académica habitual, debemos saber qué posición ocupa en el espacio académico pero también como ha llegado hasta allí y desde que punto original del espacio social, pues la manera en que uno accede a una posición se inscribe en el habitus... Se podría decir incluso que los agentes sociales son determinados solo en la medida en que se determinan a sí mismos. (Bourdieu P., et al, 2012, p.147).

Desde esta perspectiva intentaremos comprender por un lado, al agente social “Paciente o usuario Mapuche” que demanda ser atendido respetando su cultura, y también al agente social funcionario de salud pública, que enmarca su actuar en las normativas y protocolos.

7.2.3 Campo

En términos analíticos, un campo puede ser definido como una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación presente y potencial (situs) en la estructura de distribución de especies del poder (o capital) cuya posesión ordena el acceso a ventajas específicas que están en juego en el campo, así como por su relación objetiva con otras posiciones (dominación, subordinación, homología, etc.) (Bourdieu P., et al, 2012, p.134). En este caso el campo de la salud pública.

Como espacio de fuerzas potenciales y activas, el campo es también un campo de luchas tendientes a preservar o transformar la configuración de dichas fuerzas. Además, el campo como

estructura de relaciones objetivas entre posiciones de fuerza subyace y guía a las estrategias mediante las cuales los ocupantes de dichas posiciones buscan, individual o colectivamente, salvaguardar o mejorar su posición e imponer los principios de jerarquización más favorables para sus propios productos. Las estrategias de los agentes dependen de su posición en el campo, esto es, en la distribución del capital específico y de la percepción que tengan del campo según el punto de vista que adopten sobre el campo como una visión desde un punto en el campo. (Bourdieu P., et al, 2012, p.139). En este campo de la salud, lo habitual es el apego a los protocolos que salvaguarda al funcionario o al equipo, y fortalece su posición respecto a sus acciones, lo que contrasta con el enfoque intercultural que busca transformar la configuración de fuerzas que constituyen el campo, para los objetivos de esta investigación nos situaremos en el sub campo de la salud intercultural, como lo propone Boccara G. (2007), pues se encuentra englobado dentro de un campo burocrático mayor, el de la salud pública, tanto de un punto de vista institucional como administrativo y conceptual.

Un análisis en términos de campo implica tres momentos necesarios e internamente conectados. Primero, se debe analizar la posición del campo frente al campo de poder. En el caso de los artistas y escritores, encontramos que el campo literario está contenido en el campo de poder, donde ocupa una posición dominada. (En palabras comunes y mucho menos adecuadas: los artistas y escritores, o intelectuales en sentido más general, son una “fracción dominada de la clase dominante”). Segundo, es necesario trazar un mapa de la estructura objetiva de las relaciones, entre las posiciones ocupadas por los agentes o instituciones que compiten por la forma legítima de autoridad específica del campo. Y, tercero, hay que analizar los habitus de los agentes, los diferentes sistemas de disposiciones que ha adquirido al internalizar un determinado tipo de

condición social y económica, condición que encuentra en su trayectoria dentro del campo oportunidades más o menos favorables de actualización. (Bourdieu P., et al, 2012, p.143). Esta Propuesta de Bordieu, es útil a la hora de plantearnos el análisis de algunas interacciones, en el campo de la salud pública en el hospital Kallvu Llanka, latentes entre el agente social “facilitador intercultural” con otros agentes sociales tales como el propio usuario mapuche; el funcionario de salud médico y no médico que apoya este trabajo; el funcionario médico y no médico que se resiste, y por otro lado la interacción del agentes social “usuario mapuche” (que demanda ser atendido respetando su cultura) con el equipo clínico, en todas estas interacciones latentes con la intermediación del facilitador intercultural.

7.2.4.- Capital

Bourdieu distingue varios tipos de recursos que se ponen en juego en los campos: El capital económico, que se encuentra constituido por los recursos monetarios y financieros. El capital social conformado por los recursos que pueden ser movilizados por los actores en función de la pertenencia a redes sociales y organizaciones. El capital cultural, definido por las disposiciones y hábitos adquiridos en el proceso de socialización (existen dos variantes de esta forma: El capital adquirido en forma de educación y conocimiento y el capital simbólico formado por las categorías de percepción y juicio que permiten definir y legitimar valores y estilos culturales, morales y artísticos. (Chihu A. 2019, p.184).

Agrega que la naturaleza de una determinada posición social depende de la posesión de estos tipos de capital.

Para nuestra investigación nos concentraremos en el capital cultural incorporado y simbólico, partiendo de la base de como Bourdieu plantea la complejidad del capital cultural de la siguiente manera: El capital cultural puede existir en tres formas o estados: en estado interiorizado o incorporado, esto es, en forma de disposiciones duraderas del organismo; en estado objetivado, en forma de bienes culturales, cuadros, libros, diccionarios, instrumentos o máquinas, que son resultado y muestra de disputas intelectuales, de teorías y de sus críticas, y finalmente, en estado institucionalizado, una forma de objetivación que debe considerarse aparte porque, como veremos en el caso de los títulos académicos, confiere propiedad enteramente originales al capital cultural. (Bourdieu 2001, p.136). Desde esta perspectiva se pretende una aproximación a la interacción entre sujetos de un mismo campo pero con distintos capitales y por ende posiciones sociales.

El capital cultural incorporado es una posesión que se ha convertido en parte integrante de la persona [...] Al haber sido interiorizado, no puede ser transmitido instantáneamente mediante donación, herencia, compraventa o intercambio (a diferencia del dinero, los derechos de propiedad o incluso los títulos nobiliarios). De ahí la utilización o explotación del capital cultural resulte particularmente problemática para los poseedores de capital económico o político. (Bourdieu et al 2001, p.140)

Respecto al capital simbólico, Bourdieu (2001) lo define como una cuarta categoría de poder; que es cualquier forma de capital, en tanto que es representada, es decir, aprehendida

simbólicamente, en una relación de conocimiento o, más precisamente, de desconocimiento y reconocimiento. (Bourdieu P. et al, 2001, p.17)

7.3.- Modelo de atención desde la perspectiva antropológica de Eduardo Menéndez

Por modelo se alude a un instrumento metodológico que supone una construcción propuesta por nosotros a través de determinados rasgos estructurales y cuyo valor es básicamente heurístico. Por modelos médicos entendemos aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos suponen en la formación de los mismos no solo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los curadores (incluidos los médicos), sino también la participación en todas esas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento. (Menéndez E, citado en Campos R. 2016, p.179).

Cuando desde una perspectiva antropológica hablamos de modelos de atención, nos referimos no sólo a las actividades de tipo biomédico, sino a todas aquellas que tienen que ver con la atención de los padecimientos en términos intencionales, es decir que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado.(Menéndez E. 2003, p.186)

Menéndez E. (2003) “Considera que si el sector salud quiere conocer y/o implementar el sistema de atención real que utilizan los sujetos y conjuntos sociales, debería identificar, describir y analizar las diferentes formas de atención que los conjuntos sociales manejan respecto de la

variedad de padeceres reales e imaginarios que reconocen como afectando su salud”. (Menéndez E. et al 2003, p.188)

7.3.1.- Modelo Médico Hegemónico (MMH)

Por Modelo Médico Hegemónico entiendo el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado. (Menéndez E. 1988, p.451)

Como construcción metodológica, Menéndez considera principales rasgos característicos del Modelo Médico Hegemónico (MMH) son las siguientes: biologismo, a-sociabilidad, a-historicidad, a-culturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud/enfermedad como mercancía , tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión entre teoría y práctica. (Menéndez E. et al 2003, p.194).

7.3.2.- Modelo Médico Alternativo Subordinado

En el modelo médico alternativo subordinado planteado por el mismo autor, se integran las prácticas reconocidas generalmente como “tradicionales pero que no solo no proceden del “pasado”, sino que en gran medida son derivaciones o emergentes del MMH, y sintetizan y transforman inclusive a las llamadas prácticas tradicionales en espacios institucionales. (Menéndez E, citado en Campos R. 2016, p.179).

Los caracteres básicos de este modelo son: concepción globalizadora de los padecimientos y problemas (las acciones terapéuticas suponen casi siempre la eficacia simbólica y la sociabilidad como condicionantes de la eficacia), tendencia al pragmatismo, a-historicidad, asimetría en la relación curador-paciente, participación subordinada de los consumidores, legitimación comunal o por lo menos grupal de las actividades curativas, identificación con una determinada racionalidad técnica y simbólica, tendencia a excluir a otros de su “saber y prácticas curativas”, y tendencia reciente a la mercantilización. (Menéndez E, citado en Campos R. 2016, p.180).

7.3.3.- Modelo de atención basado en la auto atención.

Modelo de atención basado en la auto-atención, es el nombre del modelo basado en el diagnóstico y atención llevados a cabo por el propio sujeto o personas inmediatas de sus grupos parentales o comunales, y en el cual no actúa de manera directa un curador profesional. La auto-atención supone desde acciones conscientes de no hacer nada, pero encaminadas a la cura, hasta

el uso de equipos de determinado grado de complejidad. (Menéndez E, citado en Campos R. 2016, p.180).

Los caracteres básicos son: eficacia pragmática, concepción de la salud como bien de uso y tendencia a percibir a enfermedad como una mercancía, estructuración de una participación simétrica y homogeneizante, legitimidad grupal y comunal, concepción basada en la experiencia, tendencia a la apropiación tradicional de las prácticas médicas, tendencia sintetizadora y tendencia a asumir la subordinación inducida respecto de los otros modelos. (Menéndez E, citado en Campos R. 2016, p.180).

9.4.- Modelo de gestión en defensa de la vida.

Para profundizar en el concepto de modelo de gestión de De Sousa Campos, nos apoyaremos previamente en Tobar F. y los conceptos de gestión y atención en salud.

Gestión en Salud

Tobar F. (2000), plantea que la problemática del modelo de gestión consiste en la definición de las prioridades del sistema, en cuáles son las decisiones que deben ser tomadas desde la conducción. En el análisis de los sistemas de salud a nivel nacional se pueden distinguir dos cuestiones centrales del modelo de gestión: a) Por un lado los valores que guían al sistema, b) por el otro las funciones del Estado en salud... Desde esta óptica, la dimensión política del sistema de salud consistiría en

definir qué tipo de informaciones deben ser suministradas a la población, qué servicios debe proveer directamente el Estado, cuáles y cómo debe comprar el Estado al sector privado y por último, cómo se debe regular a las empresas de salud. (Tobar F. 2000, p.5)

Atención en salud

Siguiendo a Tobar (2000), La problemática de los modelos de atención es estrictamente médico-sanitaria. En otros términos, se trata de la dimensión técnica más específica del sector. Los criterios que establecen cómo se organiza y divide el trabajo médico. Las cuestiones que involucra son aquellas vinculadas con: ¿Qué cubrir? (¿Qué tipo de acciones, prestaciones o servicios se debe brindare a la población?); ¿A quién cubrir? (¿Cuáles son los criterios de elegibilidad o inclusión al sistema?); ¿Cómo prestar? (¿qué prestadores? ¿Con cuales criterios o padrones?) Y ¿Dónde prestar? (¿en qué lugares y de qué manera se debe distribuir la oferta? ¿Qué criterios de referencia y contra referencia adoptar?). (Tobar F. et al 2000, p.6)

En relación al modelo de gestión medico tradicional [...] De Sousa Campos 2006 plantea que “Hace años, el pensamiento crítico aplicado al análisis de salud viene demostrando el papel del control social de la Clínica y de Salud Pública. Evidenció la estrecha relación de la primera a la lógica de mercado y de la segunda a las razones de Estado. (De Sousa Campos 2006) A pesar de ser un análisis de la realidad de Brasil, su análisis tiene una profunda concordancia con la realidad de nuestro país. (De Sousa Campos 2006, p.48)

Respecto a la clínica, De Sousa Campos (2006) Propone una reformulación de la práctica clínica, repensando los criterios utilizados para delimitar la noción de CURA [...] "salud presupone una cierta capacidad de utilización de instrumentos naturales y artificiales-socialmente construidos, como la clínica y la salud pública- como un intento de apartar el dolor, el sufrimiento y la muerte. (De Sousa Campos et al 2006, p.49)

En este sentido de la reflexión De Sousa Campos propone una reconstrucción del concepto de Cura: curar a alguien será siempre luchar para la ampliación del COEFICIENTE DE AUTONOMÍA de esa persona particular [...] Es decir, las instituciones de salud debieran existir tanto para ayudar a cada paciente a utilizar mejor sus recursos propios, partiendo siempre del reconocimiento de la voluntad y el deseo de cura de cada uno, como para ofrecerles recursos institucionales también orientados para mejorar las condiciones individuales y colectivas de resistencia a la enfermedad. En este sentido constituiría parte fundamental de cualquier proceso terapéutico el esfuerzo orientado para aumentar la CAPACIDAD DE AUTONOMÍA del paciente. (De Sousa Campos et al 2006, op cit, p. 51)

Agrega una férrea defensa a un movimiento progresivo, un proceso en el que se buscará descentrar y ampliar el horizonte, bien como responsabilidad del mirar clínico, demostrando que la cura o la promoción de salud dependen siempre del medio social y de la historia psíquica de cada individuo y que por lo tanto, las acciones clínicas si se pretenden eficaces, no podrán nunca restringirse a la mera utilización de fármacos o de técnicas quirúrgicas. He aquí un gran desafío para nuestra sociedad ya que justamente en Chile se carece de un movimiento progresivo que promueva este ampliar el horizonte. (De Sousa Campos et al 2006, ibid, p. 52)

Respecto a la salud pública De Sousa Campos plantea que “se diferencia de la clínica por observar los problemas de salud a través de una visión dirigida a lo colectivo, no obstante, ocasionalmente se utiliza intervenciones sobre los individuos para obtener sus propósitos. También nos acostumbramos a pensar al Estado como el principal actor a dirigir la salud pública, aunque sea posible imaginarse acciones desencadenadas por segmentos u organizaciones de la sociedad civil.” (De Sousa Campos et al, 2006, ibídem, p.57). En este sentido el movimiento mapuche hace un largo tiempo que viene exigiendo al Estado y a los gobiernos de turno, cambios estructurales en salud, sin embargo, se termina acatando lo que desde el centralismo político se determina.

De Sousa Campos agrega “La salud pública vive en la actualidad una crisis sin precedentes, una crisis de identidad. No es simple poder definir su motivo de intervención, ni sus atribuciones, como tampoco sus límites; no hay una definición precisa [...] En la actualidad, la salud pública consigue, por medio de la Epidemiología, diagnosticar las consecuencias trágicas de la violencia, pero la mayoría de las medidas que solucionarían radicalmente este problema no están al alcance de los servicios de salud. Se les escapan del ámbito de su actuación y se sitúan en las políticas de tránsito, en la legislación [...] Y en otras acciones que escapan a su capacidad de intervención en los servicios de salud.”, lo que tiende a mantener y profundizar una crónica precariedad en la atención de salud pública. (De Sousa Campos et al 2006, ibídem, p. 57)

De Sousa campos plantea que: repensar la Salud Pública en la actualidad [...] Exige [...] Pensar una salud pública activa que busque a la comunidad, que se investiguen y descubran procesos mórbidos; pero que sea también capaz de incorporar a los ciudadanos con toda su subjetividad y preconceptos en programas donde esta dimensión será esencial, como en el caso de

prevención de enfermedades cardiovasculares, neoplásicas, o en programas de salud mental, des hospitalización, etc. (De Sousa Campos et al 2006, ibídem, p. 60)

Ahora bien en cuanto a gestión, De Sousa Campos refiere a que “La teoría general de la Administración o taylorismo, en particular, se adjudica la tarea de administrar las personas como si ellas fueran instrumentos, cosas o recursos, objetos despojados de voluntad o de proyecto propio. Forma parte de la cultura tradicional de la mayoría de Escuelas de Administración con el objetivo explícito de disciplinar al trabajador, doblegar el orgullo, la autonomía y la iniciativa crítica [...] En lo cotidiano, los servicios de salud aún son gobernados según diferentes variantes del taylorismo. Pareciera como que la democracia terminara en los Consejos de Salud o en las oficinas de planificación, de ahí en adelante operará la lógica tradicional de gerenciamiento: poder centralizado en jefes, control directo sobre la realización de procedimientos técnicos (productividad médica, etc.) y control sobre el comportamiento formal de los funcionarios (cumplimiento de horarios, informes, etc.), elaboración centralizada de programas y de normas reguladoras de la atención, y la casi ausencia de comunicación ya sea entre servicios en relación horizontal de poder, como entre los distintos niveles jerárquicos.(De Sousa Campos et al 2006, ibídem, p. 88)

Lo que De Sousa Campos propone como alternativa es describir un método de gestión que al apoyarse en toda esta tradición, tiene ansias y deseos de cambios, más que el de adaptar y modelar sujetos. En realidad se trata de realizar un doble trabajo. Por un lado, asegurar el cumplimiento del objetivo primario de cada organización-producir salud, educación, etc.- y al mismo tiempo, por otro lado, permitir y estimular a los trabajadores a ampliar su capacidad de

reflexión, de cogestión, y en consecuencia, de realización profesional y personal. . (De Sousa Campos G. et al, ibídem, 2006, p. 89)

Profundiza un poco más planteando que en el medio de la acción del médico, del enfermero...siempre hay otro que está directamente implicado. Hay un cruce de subjetividades en un contexto especial: es un momento especial y angustiante para aquellos que son objeto de atención y es trivial y previsible para los que están encargados del tratamiento [...] El trabajo en salud se basa, todo el tiempo, sobre relaciones interpersonales...sin embargo esta característica no ha sido debidamente considerada cuando se piensa en administración de servicios de salud. (De Sousa Campos G. 2006, et al, ibídem, p.124). En este sentido por todo lo dicho anteriormente, lamentablemente se deja ver en la salud pública un predominio en las ideas de gestión del paradigma neoliberal.

Y para los fines de esta investigación creo que el desafío está en aquella propuesta de De Sousa campos de generar una apertura de las organizaciones en salud y dejar que la sensibilidad o el deseo de las necesidades de los usuarios, de la clientela, penetren en todos los poros de la organización. (De Sousa Campos G. et al, ibídem, 2006, p.30)

7.5.- Concepto de Cultura.

Para entender mejor el concepto de cultura en el ámbito de la salud, diremos que desde la antropología, cultura se define como un complejo y dinámico conjunto de creencias,

conocimientos, valores y conductas aprendidas y transmitidas entre las personas a través del lenguaje y su vida en sociedad. La cultura se entiende como una entidad dinámica que se adquiere, transforma y reproduce a través de un continuo proceso de aprendizaje y socialización. (Alarcón M. et al, 2003).

En el concepto de cultura convergen dos grandes dimensiones: una correspondiente a la ideacional o cognitiva que sintetiza el mundo simbólico de las personas, sus pensamientos, conocimientos y creencias adquiridas a través del aprendizaje, lo que podría llamarse el mundo de la conceptualización o de lo abstracto; y una dimensión material, que corresponde a cómo lo simbólico se manifiesta en conductas, prácticas, artefactos culturales y normas de relación social entre las personas. (Alarcón M. et al, 2003).

En el contexto de salud estas dos dimensiones; la cognitiva y material se articulan en un modelo médico que otorga consistencia a cómo pacientes y profesionales se explican el fenómeno de salud y enfermedad y a las prácticas o procedimientos con que se enfrentan los procesos de recuperación y mantención de la salud. Normalmente los elementos cognitivos y prácticos difieren entre profesionales y pacientes producto de las diversas historias sociales y culturales de cada uno, del contexto en que ocurre el proceso de socialización de la cultura médica y del contenido propio de la cultura. (Alarcón M. et al, 2003).

7.6.- Interculturalidad en el campo de la salud

Como lo plantea Campos R. (2010) En el campo de la salud, la interculturalidad significa la incorporación explícita de la carga cultural colectiva del paciente en la relación que se establece con el trabajador de salud. En otras palabras, no sólo atañe la relación médico-paciente, sino que está presente en la relación total que establece el enfermo con el servicio de salud, sea público o privado. El proceso intercultural incluye desde el portero del hospital, al chofer de ambulancia, el auxiliar que limpia las salas hasta la enfermera, el dentista y el médico tratante, sin olvidar a los planificadores de salud, los ingenieros y arquitectos que diseñan las unidades médicas, hasta los administradores del centro de salud u hospital” (Campos N. R. 2010, p. 4).

La interculturalidad en salud es definida como: La capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que a veces pueden ser incluso hasta contrapuestas (Oyarce A. e Ibacache J. 1996, citado en Campos N.R. 2010, p.4).

7.7.- Pertinencia cultural en salud

La pertinencia cultural en salud se deriva del principio de derecho a la diferencia y quiere decir “adecuado a la cultura”.

En el caso de su aplicación a la prestación de servicios públicos en salud, busca que estos sean conceptualizados, organizados e implementados tomando como referentes los valores de la

cosmovisión de los pueblos indígenas, de tal forma que los servicios públicos de salud se adapten y respeten la forma de vida de los pueblos indígenas. (Ministerio de Salud Pública y asistencia Social, Gobierno de Guatemala).

En la práctica se traduce en la apertura de los equipos clínicos, a una reflexión crítica de los actuales procedimientos, reconociendo el derecho de un usuario mapuche a ser atendido respetando su cultura, y a partir de este reconocimiento ponerse a disposición de un proceso de cambio en los actuales protocolos de atención y gestión, que apunten a responder satisfactoriamente a demanda por una atención integral.

7.8.- Salud Pública como concepto operativo

La OPS plantea que es imposible sintetizar en una definición breve todos los aspectos conceptuales analizados, por lo que una noción consensual de la salud pública es prácticamente imposible... Quizás la más aceptada y completa de todas ellas es la propuesta por Winslow en 1920: “la salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para: 1) el saneamiento del medio; 2) el control de las enfermedades transmisibles; 3) la educación de los individuos en los principios de la higiene personal; 4) la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades; y 5) el desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren a todas las personas un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo

que cada individuo esté en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad”.
(Organización Panamericana de la Salud, 2010)

El concepto de salud pública no hace referencia solamente a la salud de la población, sino también a la salud generada por la población. En efecto, la sociedad, entendida como la población organizada, es el principal actor de la salud pública y tiene, en última instancia, la responsabilidad de los medios colectivos de protección de la salud de sus miembros, incluidas las actuaciones del Estado, como su principal instrumento institucionalizado. Sin embargo, el papel de las poblaciones en la salud pública no lo llevan a cabo en la sociedad solamente las organizaciones formales. Es también resultado de actuaciones e interacciones sociales, formalmente organizadas o no, que repercuten positiva o negativamente, directa o indirectamente, en la salud. Para su eficacia no exigen una intención o una finalidad definidas con relación a la salud, pero sus efectos positivos son ampliados cuando son ejecutadas, conscientemente, con ese propósito. La salud es así parte de la vida cotidiana de la población, tanto individualmente como en grupo y resultado de sus acciones e interacciones en la sociedad. (Organización Panamericana de la Salud, et al 2010).

Metodología

En términos generales y en virtud de la trascendencia que tiene para esta investigación el diálogo con actores relevantes de la institucionalidad y del territorio, así como también la revisión documental, se hace imprescindible la triangulación de datos que se entiende por una variedad de fuentes de información o informantes, respecto a un determinado problema o situación o hecho a analizar.

Dicha triangulación se produce cuando existe concordancia o discrepancia entre estas fuentes. Se puede triangular informantes/personas, tiempos y espacios/contextos. (N. Denzin 1978, citado por H. Mora 2004). En este caso se trianguló informantes (usuarios-funcionarios y dirigentes) e instrumentos de investigación (entrevista individual-grupal y revisión documental de archivos), acerca de las propuestas de trabajo para avanzar en esta materia.

8.1.- Fundamentos epistemológicos

En esta investigación se parte de la consideración de que muchos de los problemas fundamentales para la investigación y la práctica en el campo de la salud pública están profundamente arraigados en sus respectivos contextos culturales (Priscilla R. Ulin, Elizabeth T. Robinson y Elizabeth E. Tolley, 2006).

Además de asumir una óptica de tipo cualitativo que comporta, en definitiva, no solo un esfuerzo de comprensión, entendido como la captación, del sentido de lo que el otro o los otros quieren decir a través de sus palabras, sus silencios, sus acciones y sus inmovilidades a través de la interpretación y el diálogo, sino también, la posibilidad de construir generalizaciones, que permitan entender los aspectos comunes a muchas personas y grupos humanos en el proceso de producción a apropiación de la realidad social y cultural en la que desarrollan su existencia. (Sandoval Casilimas C., 2002, p.32)

Los métodos cualitativos suponen y realizan los postulados del paradigma interpretativo, y como lo plantea Morse, se acepta, que la investigación cualitativa es una forma de ver (Morse, 2005^a:287), pero entendiendo que esa “visión” goza de un plus que es el que otorga el paradigma interpretativo a través del cual el investigador privilegia lo profundo sobre lo superficial, lo intenso sobre lo extenso, lo particular sobre las generalidades, la captación del significado y del sentido interno, subjetivo, antes que la observación exterior de presuntas regularidades objetivas. (Vasilachis de Gialdino I., et al 2006, p.49)

8.2.- Enfoque constructivista interpretativo

El paradigma de la indagación constructivista (también denominada naturalista, hermenéutica, etc.) [...] ”Está basado en el conocimiento que nos ayuda a mantener la vida cultural, nuestra comunicación y significado simbólicos”. Respaldado por la metodología cualitativa, cuya lógica sigue un proceso circular que parte de una experiencia (o anomalía) que se trata de interpretar en

su contexto y bajo los diversos puntos de vista de los implicados. No buscan verdades últimas, sino relatos. El diseño está abierto a la invención; la obtención de datos, al descubrimiento, y el análisis a la interpretación. (Valles M., et al 2007, p.56)

Vasilachis de Gialdino I. (2006), plantea que el paradigma interpretativo no está aún del todo consolidado. Su fundamento radica en la necesidad de comprender el sentido de la acción social en el contexto del mundo de la vida y desde la perspectiva de los participantes, sus cuatro supuestos básicos se vinculan, específicamente, con la consideración del lenguaje como un recurso y como una creación, como una forma de reproducción y de producción del mundo social. Estos supuestos son los siguientes:

- a) La resistencia a la naturalización del mundo social: a diferencia de la naturaleza, la sociedad es una producción humana respecto de la cual el análisis de los motivos de la acción, de las normas, de los valores y de los significados sociales prima sobre la búsqueda de la causalidad, de las generalizaciones y de las predicciones asociadas al mundo físico y de los estados de cosas;
- b) La relevancia del concepto de mundo de la vida: este mundo constituye el contexto en el que se dan los procesos de entendimiento, que proporciona los recursos necesarios para la acción y que se presenta como horizonte, ofreciendo a los actores patrones y modelos de interpretación;
- c) El paso de la observación a la comprensión y del punto de vista externo al punto de vista interno: la comprensión de la realidad simbólicamente pre-estructurada de cada contexto

requiere de la función participativa del intérprete, que no “da” significado a lo observado sino que hace explícita la significación “dada” por los participantes; y

- d) La doble hermenéutica; los conceptos de segundo grado creados por los investigadores para reinterpretar una situación que ya es significativa para los participantes son, a su vez, utilizados por los individuos para interpretar su situación, convirtiéndose, en virtud de esa apropiación, en nociones de primer orden. (Vasilachis de Gialdino I., et al 2006, p.48-49).

8.3.- Metodología cualitativa etnográfica

Para esta investigación la definición que más no ayuda es la de Hammersley y Atkinton (1994:15) citada en Vasilachis I (2006). Que plantea que: “La etnografía (o su término cognado, la observación participante) simplemente es un método de investigación social, aunque sea de un tipo poco común puesto que trabaja con una amplia gama de fuentes de información. El etnógrafo o etnógrafa participa, abiertamente o de manera de encubierta, de la vida cotidiana de personas durante un tiempo relativamente extenso, viendo lo que pasa, escuchando lo que se dice, preguntando cosas, o sea recogiendo todo tipo de datos accesibles para poder arrojar luz sobre los temas que él o ella ha elegido estudiar. En muchos sentidos la etnografía es la forma más básica de investigación social. (Vasilachis I., et al, 2006, p.113).

8.4.- Investigación exploratoria descriptiva.

La presente investigación es de carácter exploratoria descriptiva, entendiendo los estudios exploratorios como aquellos que se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que tan solo hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, o bien, si deseamos indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas o ampliar las existentes. (Hernández Sampieri R., Fernández Collado C. y Baptista Lucio P., 2003, p.115).

El carácter descriptivo de esta investigación está puesto en el énfasis de la recolección de información más que en la medición de datos, entendiendo que los estudios descriptivos miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es recolectar datos (para los investigadores cuantitativos, medir; y para los cualitativos, recolectar información) (Hernández Sampieri R. et al., 2003, p.117).

8.5.- Despliegue metodológico

8.5.1.- Entrevista Estandarizada no Programada.

Para esta investigación Becker, Geer, Hughes y Strauss (1961:29) nos orientaron con la siguiente declaración: “usamos un guión de entrevista [...] Pero dejamos sitio para la libre

expresión de toda clase de ideas y no forzamos [...] A seguir la lista original de preguntas o a responder categorías predeterminadas”. (Citado por Denzin en Valles M. 2007, P. 187), esta entrevista es de carácter semi-estructurada, en la cual el margen de libertad del entrevistado no es restringido sino lo estrictamente necesario por parte del entrevistador, este último se encuentra premunido de una pauta o guía de entrevista y sus intervenciones tendrán lugar en la medida en que cabe ceñirse a lo establecido en ella. (Baeza M. 2003, p.20)

La entrevista estandarizada no programada se basa en los siguientes supuestos:

- La estandarización del significado de una pregunta requiere formularla en términos familiares al entrevistado.
- No hay una secuencia de preguntas satisfactoria para todos los entrevistados.
- Es factible conseguir la equivalencia de significado para todos los entrevistados, a través del estudio de estos y la selección y preparación de los entrevistados, de modo que se hagan y ordenen las preguntas a la medida de aquellos (Denzin 1970, citado en Valles M. et al 2007, P.187.).

8.5.2.- Revisión Documental

Tal como ocurre en la metodología cuantitativa, donde resulta obligado hacer un uso mínimo (al menos) de las fuentes documentales y estadísticas. De modo similar, en los estudios cualitativos cabe plantear un uso mínimo (o complementario) de documentos de todo tipo, incluso de fuentes estadísticas. Por ejemplo, para dar perspectiva histórica a un estudio o contrastarlo con los datos cuantitativos existentes. (Valles M. et al. 2007, p.99)

8.5.3.- Focus Group

En tanto forma de investigación cualitativa, los grupos focalizados son básicamente entrevistas de grupo, aunque no en el sentido de una alternancia entre las preguntas del investigador y las respuestas de los participantes de la investigación. En vez de ello, hay una dependencia de la interacción dentro del grupo, basada en los temas que proporciona el investigador, quien típicamente adopta el papel de moderador. Los datos fundamentales que producen los grupos focalizados son transcripciones de discusiones de grupo (Morgan, 1988: 9-10) (citado en Valles M. et al, 2007, p.294).

8.5.4.- Instrumentos de investigación Aplicados

Cómo se planteó en la justificación metodológica, la selección de los instrumentos de análisis tiene directa relación con la característica de cada objetivo

8.5.4.1.- Entrevista estandarizada:

La entrevista estandarizada se aplicó a una muestra de catorce personas entre funcionarios, informante clave y usuarios, para abordar temas relacionados con los objetivos específicos de esta investigación, como las percepciones respecto a las acciones que ejecuta el hospital en materia de salud con pertinencia cultural y las propuestas de trabajo para la implementación de un modelo de atención y gestión con pertinencia cultural.

8.5.4.2.- Pauta de Focus Group:

El focus group se aplicó a dos equipos de funcionarios en unidades donde se ha requerido de una atención con pertinencia cultural, y los temas abordados más bien se enfocan en propuestas de trabajo.

8.5.4.3.- Criterios de Revisión Documental. Este instrumento se aplicó también para el logro del objetivo N° 2: “Describir el proceso de generación de propuestas para el diseño e implementación de un modelo de atención y gestión de salud intercultural, desde la perspectiva de los usuarios mapuche, funcionarios y gestores de salud.”

Criterios:

- Material de archivo en papel y virtual de la oficina de la unidad intercultural.

- Material de prensa escrito en papel o virtual, acerca de hechos relacionados con la atención de salud con pertinencia cultural en el hospital Kallvu Llanka.

Revisión bibliográfica:

- Libros en papel.
- Artículos de la web.

8.5.5.- Criterios muestrales para entrevista individual estandarizada

- Seis funcionarios y/o ex funcionarios profesionales gestores de salud, (jefaturas directivas y medias), que están o estuvieron en funciones directivas y/o cargos estratégicos, para la implementación de acciones clínicas y administrativas en la atención- gestión y que estén o hayan estado en el ejercicio del cargo al menos dos años, tanto en gestión transversal como de atención abierta y atención cerrada.-
- Un funcionario técnico mapuche de comunidad, que participa voluntariamente en la unidad intercultural ampliada del Hospital y en la implementación de acciones con pertinencia cultural en atención cerrada y que esté en el ejercicio de estas funciones al menos dos años.
- Un facilitador intercultural como informante clave que interactúa con funcionarios y usuarios al interior del hospital, en la implementación de la atención de salud con pertinencia cultural y que tiene una experiencia en esta función al menos dos años.
- Tres usuarias mapuche de comunidad que hayan estado hospitalizadas o hayan sido cuidadoras de pacientes en servicios clínicos.
- Una usuaria de comunidad indígena que se atiende en Atención Primaria a través de la sectorización del hospital.

- Un Usuario dirigente de comunidad indígena vinculada al ámbito de la salud pública. (CODE)
- Una usuaria dirigente de comunidad indígena que se atiende en Atención Primaria a través de la sectorización del hospital.

8.5.6.- Muestra para entrevista individual estandarizada

De gestores de salud y jefaturas medias claves en la atención y gestión:

- 1.- Ex Sub Director Médico, transversal en gestión clínica.
- 2.- Ex Encargada de Finanzas, transversal en gestión administrativa.
- 3.- Enfermera coordinadora, transversal atención cerrada (servicios clínicos) y atención abierta (Atención Primaria de Salud APS; sectorizada)
- 4.- Matrona supervisora, transversal atención cerrada (maternidad, pediatría y parto) y atención abierta (Atención Primaria de Salud APS; sectorizada)
- 5.- Encargada de salud familiar, atención abierta (Atención Primaria de Salud APS; sectorizada)
- 6.- Siquiatra Jefe Unidad Hospitalaria de Cuidados Intensivos Psiquiátricos, UHCIP, atención Cerrada.

De funcionario Técnico involucrados en la implementación del modelo con pertinencia cultural

- 7.- TENS de servicios clínicos (Implementación de la atención)

De Informante Clave

8.- Facilitador Intercultural (nexo en la implementación de la atención entre funcionarios y usuarios)

De usuarios y actores significativos de la comunidad

9.- Dirigente Territorial- usuario que participó del proceso de remodelación del hospital

10.- Presidenta de comunidad sectorizada- usuaria, que se atiende directamente en el hospital, en atención primaria sectorizada.

13.- Usuarías Hospitalizadas o cuidadoras de pacientes hospitalizados. (3)

14.- Usaria de comunidad que se atiende directamente en el hospital en atención primaria sectorizada.

8.5.7.- Muestra para Focus Group.-

Criterio

Equipos de funcionarios de atención cerrada que han sido frecuentemente requerido por los usuarios para la implementación de acciones con pertinencia cultural.

15.- Servicios Clínicos

16.- UHCIP

9.- Resultados

9.1.- Generalidades de la muestra

De acuerdo a los criterios muestrales predefinidos, en la investigación se aplicaron 16 entrevistas 14 individuales y 2 grupales; de las 14 individuales 6 fueron aplicadas a usuarios, 7 a funcionarios, 1 a informante clave (usuario-funcionario) y de las 2 grupales ambas fueron a funcionarios de equipo claves en la atención de salud con pertinencia cultural.

9.2.- Contexto de investigación

El contexto de investigación comprende directamente el hospital Kallvu Llanka en diferentes ámbitos de atención clínica y gestión administrativa; en el área clínica en servicios de atención cerrada como médico quirúrgico hombre-mujeres, y corta estadía Psiquiátrica, en el ámbito de gestión directiva en lo clínico, en el ámbito de la gestión financiera en finanzas y en el ámbito de la gestión administrativa en APS, así como también en la atención transversal del equipo intercultural. Sin perder de vista que este hospital está ubicado en un territorio denominado como el cono sur de la provincia de Arauco, siendo hospital base del hospital de Contulmo y CESFAM de Tirúa.

9.3.- Inmersión

Este proceso fue un tanto difícil, para entrevistar funcionarios ya que se debió invertir un tiempo particularmente extenso dada las primeras conversaciones previas que permitan la “entrada al campo” con las y los funcionarios para que se pueda acceder a las entrevistas. Esto evidenció además un aspecto sensible como es abordar el tema de las relaciones interculturales en el funcionamiento del Hospital Kallvu Llanka, ya que se tuvo que realizar conversaciones previas para explicar a los funcionarios que mi rol era como investigador y no como funcionario del hospital. Respecto a los usuarios se consultó al asesor intercultural quienes podrían ser entrevistados, se contactó y se visitó en sus casas sin tener mayor resistencia toda vez que el acercamiento fue respetuoso de tiempos, acceso y formas de entrevista.

9.4.- Aplicación de instrumentos

En el caso de las entrevistas individuales de funcionarios se les entrevisto en sus lugares de trabajo, previa acuerdo de la fecha y hora, en cuanto a los *focus group* de los equipos se coordinó con las respectivas jefaturas participar de sus reuniones ya programadas desde principio de año, las entrevistas individuales a usuarios se concertaron previamente via telefónica y se les visitó en sus casas, cada conversación individual fue grabada y transcrita, en el caso de los focus group se registró la información en un papelógrafo elaborado por los equipos.

9.5.- plan de análisis

Para el proceso de análisis se siguieron los siguientes cuatro pasos propuestos por Valles M. 2007:

1.- Una vez transcritas las entrevistas, se fueron leyendo las transcripciones de cada entrevista, delimitando o subrayando los fragmentos textuales que se referían a cada una de las secciones de la pauta de entrevista.

2.- Una vez hecha la codificación...se procedió a juntar todos los fragmentos de una misma sección. Esto supuso la separación de los fragmentos, de sus entrevistas originales, y su clasificación o agrupación en la sección correspondiente.

3.- Por último, con el material reunido en cada sección, se procedió a reclasificarlo e interpretarlo, abriendo subsecciones de considerarlo pertinente.

4.- El paso siguiente suele consistir en la organización de todas las secciones de manera coherente, de acuerdo con una línea o secuencia argumental.

9.6.- Presentación de resultados

Para exponer los resultados se presentará una gráfica con las categorías, subcategorías y variables asociadas, extraídas del análisis de las entrevistas individuales primero y grupales después, dividiendo la presentación de las entrevistas individuales en tres temas, el primero con

datos de Contexto, seguido de percepciones de las acciones del hospital y terminando con las propuestas; partiendo por datos introductorios y generales que caracterizan a la muestra, como tiempo de residencia de funcionarios y usuarios, así como de tiempo de trabajo en el hospital de funcionarios; aproximación a las percepciones que tienen funcionarios y usuarios del contexto territorial en relación a la contingencia latente que existe entre las comunidades mapuche, el Estado y las empresas forestales, con el fin de observar en especial en los funcionarios que tan conscientes están del territorio en el cual trabajan, seguido se presentara lo que se entiende o espera de una atención de salud en general y con pertinencia cultural. En el segundo tema y en relación con los objetivos específicos, se expondrán las percepciones de los entrevistados en relación a las acciones que realiza el hospital en materia de atención de salud con pertinencia cultural, esto es percepción en general, de las dificultades y avances, para terminar con el tercer tema de esta primera parte, las propuestas de trabajo.

La segunda parte será de las entrevistas grupales, con los temas de percepción general en relación de la existencia de un modelo de atención con pertinencia cultural, Dificultades y propuesta en esta materia.

Percepciones de contexto; de atención de salud en general; de atención de salud con pertinencia cultural, serán agrupadas en la etapa de contexto territorial en distintos niveles de los entrevistados según su rol en la atención de salud, con el fin de observar diferencias y convergencias, en un solo plano de análisis, en la segunda y tercera etapa de análisis, los resultados serán expuestos separados en funcionarios gestores, jefaturas medias y técnico, informante clave y usuarios, de acuerdo a los objetivos específicos de la investigación.

Los resultados se discutirán temáticamente, partiendo por un análisis breve de los datos de contexto territorial como introducción, luego abordaremos de acuerdo a los objetivos específicos, las percepciones respecto a las acciones con pertinencia cultural que ejecuta el hospital (dificultades y avances), para terminar con propuestas de trabajo de los entrevistados y concluir con algunas recomendaciones.

9.6.1.- Resultados entrevista individual

9.6.1.1.- *Datos de contexto territorial*

Sub tema: Tiempo de residencia.

Del grupo de funcionarios la mayoría es de fuera y esta acá por trabajar en el hospital, de los usuarios todos son nacidos en la comuna de Cañete.

Sub tema: Tiempo de trabajo en el hospital.

La mayoría de los entrevistados llevan cuatro años y más trabajando en este hospital, lo que permite una apreciación basada en la experiencia y el conocimiento de las dinámicas laborales.

Sub tema: Percepción del contexto territorial en relación a Comunidades- Estado.

Categorías asociadas al contexto territorial donde se ubica el hospital: Todos los entrevistados respondieron que en este territorio existe una “Lucha histórica de las comunidades por la recuperación de tierras.”, percepción que será la categoría principal, las subcategorías y sus variables asociadas serán expuestas en la misma matrix, separadas por funcionarios, informante clave y usuarios, con el ánimo de comparar sus percepciones desde los diferentes niveles que involucran una atención de salud que van desde el gestor de salud al usuario.

Tabla N° 1: Categoría de análisis: Lucha histórica de las comunidades por recuperación de tierras.

Sub categorías	Variable	Grupo de respuesta
Violencia	Exacerbación de la prensa	Funcionarios
	Naturalización: Presencia de FFEE	
	Naturalización: Presencia de FFEE	Usuarios
	Sentimiento de rabia	
Atención en unidad de urgencia	Constatación de lesiones	Funcionarios
	FFEE en urgencia y alrededores el hospital	
	Hospital en el centro del conflicto	Usuarios
Incertidumbre colectiva	Influencia de carabineros en la predisposición de las personas	Funcionarios
	Miedo colectivo a enfrentamientos entre FFEE y mapuche por marchas en la ciudad.	
Daño	Daño al sistema médico mapuche	Usuarios

Sub categoría: Violencia.

Como se puede observar, de la categoría principal que es “Lucha histórica de las comunidades por recuperación de tierras” se desprenden cuatro sub categorías: Violencia, atención en la unidad de urgencia, incertidumbre colectiva y daño. Todas ellas percibidas de manera diferente entre funcionarios, informante clave y usuarios, como lo veremos a continuación.

Funcionarios

Todos los grupos expresan en sus respuestas que la violencia está presente en el territorio, sin embargo las variables asociadas a esta subcategoría difieren según grupo de respuesta por ejemplo, para los funcionarios la violencia se manifiesta en la exacerbación de esta por parte de la prensa y naturalización de la presencia de Fuerzas Especiales de carabineros GOPE.

Exacerbación de la prensa: *“cuando uno llega a la zona con una idea, a veces un tanto equivocada o exagerada respecto a los conflictos que hay...a la violencia que se vive muchas veces pero en realidad no es como se muestra en la televisión y la verdad...nunca he tenido ningún inconveniente...”*

Naturalización de la violencia: *“Es una lucha histórica del pueblo mapuche por recuperar las tierras ... ya estamos acostumbrados a ver en la calle a las fuerzas especiales, a carabineros, producto de esto...”*

Usuarios

Para los usuarios la percepción de la violencia es mucho más directa y repercute aún más en su cotidianeidad, ya que lo violento para ellos es ver constantemente a las Fuerzas Especiales en el territorio y en los caminos, ver como los niños sienten miedo frente a esto y además en un contexto más histórico aún se siente rabia y humillación por años de maltrato.

Naturalización de la violencia: *“Ayer íbamos con la facilitadora intercultural de Conce, y se asustaron por que vieron mucha policía y yo le dije que eso era normal para nosotros, o sea que estemos militarizados...”*

Sentimiento de rabia: *“hay una rabia...hay un sentimiento que nunca va a olvidar ...de como ellos desalojaban a la gente; como violaban a las mujeres; como los echaban a la calle...le quemaban la ruca a la gente y después plantaba... los discriminaban, entonces hay una humillación de muchos años atrás...cuando hoy sale a la luz la verdadera historia...hay un sentimiento de rabia...”*

Sub categoría: Atención en unidad urgencia

Esta sub categoría también es transversal y todos creen que violencia en el territorio termina repercutiendo en la unidad de urgencia del hospital, para los funcionarios repercute negativamente

y para los usuarios se ve a esta unidad como en el centro del conflicto es decir que está entre las comunidades y las fuerzas especiales de carabineros.

Funcionarios

Constatación de lesiones : *“siento que en salud nos afecta de manera muy directa, sin tener una postura al respecto, creo que nos vemos muy afectados debido a que el hospital es el lugar a donde llegan las personas que son afectadas, por el conflicto en sí, en la constatación de lesiones por ejemplo.*

FFEE en urgencia y alrededores el hospital: *“Hay un tema de violencia que está inmerso aquí en Cañete... en el servicio de urgencia se ve eso, y sí se ven cerca del hospital unidades avanzadas de carabineros”*

Usuarios:

Hospital en el centro del conflicto : *“El hospital como que está en el centro del conflicto...porque pasan por urgencia”*

Sub categoría: Incertidumbre colectiva

Esta sub categoría se expresa en funcionarios que han hecho una lectura que apunta a la predisposición de las personas en general respecto a las manifestaciones de las comunidades en la ciudad, pero también de como carabineros contribuye a esta predisposición.

Funcionarios:

Miedo colectivo a enfrentamientos entre FFEE y mapuche por marchas en la ciudad: *“recuerdo un episodio donde se informó que venía una marcha de mapuche a caballo, y se generó una sensación de temor colectivo, la cámara de comercio llamo a cerrar los locales comerciales, la municipalidad ordeno suspender las clases, porque era inminente un enfrentamiento entre carabineros y mapuche.”*

Influencia de carabineros en la predisposición de las personas: *“...siempre que hay marchas mapuche, los carabineros empiezan a alertar a la gente y alteran a la gente antes de que pasen las cosas y no pasa lo mismo cuando hay otras marchas, de hecho cuando hay otras marchas ellos ni siquiera aparecen...”*

Sub categoría: Daño

Esta sub categoría solo es percibida por los usuarios que como dije anteriormente obedece a su interacción cotidiana con su entorno, observando cómo las personas ven mermada su salud y su sistema tradicional médico.

Daño al sistema médico mapuche: *“el agua ya está contaminada incluídas las subterráneas, entonces la salud ya no es la misma de tiempos atrás, y eso afecta a nuestros agentes de salud, porque ya no tienen los insumos que antes se obtenían para generar los lawen para tratar las enfermedades”*

9.6.1.2.- Qué se entiende por atención de salud en general

En este cuarto sub tema se busca detectar que se entiende por atención de salud con el ánimo de ver que tan distantes están las expectativas de la realidad en cuestión, la categoría de análisis es “Atención de salud” y se desprenden las siguientes sub categorías; por parte de los funcionarios: Prestación de salud en base a necesidades, por parte del informante clave Estructura de atender y por parte de los usuarios complejidad de la atención y buen trato, las variables asociadas a estas sub categorías son : Necesidades, gestión, forma de atender, nivel de atención y comunicación efectiva respectivamente.

Tabla N° 2. Categoría de Análisis: Atención de salud en general

Sub categorías	Variable	Grupos de respuesta
Prestación de salud	Necesidades	Funcionarios
Gestión de todos los entes	Gestión	Asesor Intercultural
Complejidad de la atención	Nivel de atención	Usuarios
Buen Trato	Comunicación efectiva	

Funcionarios

Para los funcionarios la sub categoría Prestación de salud, implica planificar en base a una detección de necesidades.

Prestación de salud en base a necesidades: *“Tiene que ver con una forma de entregar prestaciones de salud, considerando las necesidades de una población...”*

Asesor Intercultural

El informante clave hace referencia a una estructura de atender, aludiendo a todos los actores que involucra una atención de salud.

Estructura de atención: *“yo lo veo cómo una estructura de atender a las personas”*

Usuarios

Para los usuarios al preguntarles por una atención, emergen de sus respuestas las sub categorías de complejidad de la atención y buen trato; respecto a la complejidad aparece en función de que las comunidades pensaron que como era hospital nuevo esto venía asociado a una mayor

complejidad en la atención, y el buen trato está asociado básicamente a una buena comunicación entre el médico y el paciente.

Complejidad de la atención: *“lo que la gente reclama es la complejidad del hospital, yo les digo que no es ni alta ni de mediana complejidad, es un hospital básico, la infraestructura es nueva...pero es de baja complejidad... eso lo que yo les explico...”*

Buen Trato: *“Que sea un buen trato, que te escuchen tus problemas de salud y a la vez te vaya explicando que puede ser, pero fácil, no en palabras técnicas... entonces una buena atención de salud sería que el canal de comunicación fuera claro y preciso...”*

9.6.1.3.- Qué se entiende por atención de salud con pertinencia cultural.

En este quinto sub tema al igual que el anterior, se busca detectar que se entiende por atención de salud pero ahora con pertinencia cultural, con el ánimo de ver que tan distantes están las expectativas de la realidad, la categoría de análisis es “Atención de salud con pertinencia cultural” y se desprenden las siguientes subcategorías; por parte de los funcionarios: Complementariedad, articulación de las acciones, transversalidad y pérdida por parte del informante clave mayor tiempo de atención y por parte de los usuarios complementariedad y transversalidad, las variables asociadas a estas sub categorías son: Ensamblaje, rol de la machi, orden de las acciones, involucrar a todos, gastos, conocimiento del paciente, lugar de atención de

la machi, receta de hierbas medicinales y mayor conocimiento de la cultura mapuche de todos los funcionarios.

Tabla N° 3. Categoría de Análisis: Atención de salud con pertinencia cultural.

Sub Categorías	Variable	Grupos de respuestas
Complementariedad	Ensamblaje	Funcionarios
	Rol de la machi	
Articulación de acciones	Orden de las acciones	
Transversalidad	Involucrar a todos	
Pérdida económica	Gastos	
Mayor tiempo de atención	Conocimiento del paciente	Asesor Intercultural
Complementariedad	Lugar de atención de la machi	Usuarios
	Recetar hierbas medicinales	
Transversalidad	Mayor conocimiento de la cultura mapuche de todos los funcionarios	

Funcionarios

Como se puede observar en el recuadro la sub categoría de complementariedad, en los funcionarios está asociado a dos variables por un lado a un ensamblaje entre ambos sistemas médicos y por otro al rol de la machi como agente de salud, en cuanto a la sub categoría de articulación, se refiere a una ordenamiento de las acciones que se realizan el hospital en esta materia, la transversalidad por su parte se orienta a involucrar a todos los funcionarios en estas acciones y finalmente la sub categoría de pérdida económica, apunta a una crítica financiera al actual forma de atención de la machi que tiene el hospital.

Complementariedad:

“Un modelo de salud intercultural debiese ser un ensamblaje entre la medicina occidental...con las concepciones de salud mapuche ...”

“Es un complemento de muchas cosas, una es la atención médica que se da en este caso acá en el hospital, que debe ser complementaria con el sistema que tenemos nosotros acá en el hospital que son las machi.”

Articulación de acciones: *“articular y ordenar lo que estamos haciendo... ordenemos de aquí en adelante como funciona esto...”*

Transversalidad: *“involucrar a todo el hospital en esto...no es fácil, no está fácil”.*

Pérdida económica: *“Cuando tienen que llevar pacientes a la machi, esa prestación, nosotros no tenemos ninguna retribución económica, Fonasa no nos paga por eso, la machi atiende en su casa, no atiende acá... se ve como que otro servicio la proporcionara... es como una perdida, porque lo ideal sería que fuera acá...tu puedes escoger comprar un bono...que Fonasa lo reconociera y que cada atención que el realice, se informará por estadística... y Fonasa te paga por ellas, en cambio por estas no nos pagan nada, es como más el gasto...o sea hay retribución pero para el paciente, pero tampoco es una retribución económica, ...eso nos falta.”*

Asesor Intercultural

El informante clave pone el énfasis la atención en el box, relevando lo importante que es saber a quien se está atendiendo.

Mayor tiempo de atención: *“Cuando nosotros hablamos de interculturalidad en salud o salud intercultural o pertinencia cultural se tiene que hablar de otros elementos como por ejemplo realizar una buena atención con la persona, saber de dónde viene, quien es, con quien me estoy entrevistando para poder atender..”*.

Usuarios

Los usuarios en cambio centran su atención en una complementariedad práctica, que la atención de la machi se mantenga en su ruka y que el médico también recete hierbas medicinales, y se espera a su vez una transversalidad en el nivel de conocimiento de la cultura mapuche de todos los funcionarios para que sepan qué hacer cuando la ocasión lo amerite.

Complementariedad:

“Así como está yo creo que tenemos que seguir nomas...viajando a la casa del machi o de la machi...”.

A mí el otro día la doctora me dijo, “ya ahora usted va a tomar Quintral de Maqui y unas hojitas de guayo...para que no tome tanto remedio” entonces yo me reí y ella me pregunto porque me reía...yo le dije que estaba alegre y contenta...porque me está dando la medicina que uno puede tomarla con la manito y sacarla nosotros y antiguamente era negativo todo lo que era hierbas

naturales..., entonces por eso estoy contenta porque una doctora me está dando que tome agüita de hierbas y antes no...ni a las guaguas dejaban tomarse una agüita...

Transversalidad: Si por ejemplo mi mama está hospitalizada y quiere verse con la machi que se generaran todas las instancias para que eso fuera así, que no se quedaran mirando como extrañadas como...que está pidiendo?...que estuviera dentro de los protocolos que igual las enfermeras supieran que hacer en ese momento...que todos los profesionales supieran como proceder ante esa solicitud..., y que todos los funcionarios igual se vayan impregnando de lo que es la salud intercultural...

9.6.1.4.- Percepciones en relación a las acciones que realiza el hospital en materia de atención de salud con pertinencia cultural.

Para alcanzar el objetivo específico “Describir y analizar las percepciones de usuarios mapuche del territorio, funcionarios y gestores de salud del hospital, respecto a las acciones que ejecuta el hospital, para responder a la demanda de usuarios mapuche de recibir una atención de salud considerando elementos propios de su cultura”, se hicieron tres preguntas en relación a una opinión general de lo que está haciendo el hospital, las dificultades y los avances de estas acciones, los resultados se exponen a continuación de la misma que ya se vienen graficando, sin embargo, de ahora en adelante se presentarán por separado Funcionarios, informante clave y usuarios y en el caso de los funcionarios se hará una separación entre gestores o jefaturas directivas, jefatura media o técnica y Técnico clínico, esta separación obedece a la necesidad de identificar sus percepciones de acuerdo a sus niveles de responsabilidad en el proceso de atención de salud.

Tabla N° 4. Categoría de Análisis: Percepción de las acciones con pertinencia cultural del Hospital

Sub Categoría	Variable	Grupos de respuestas
Complementariedad	Comunicación entre machi y medico	Gestor de salud (directivos)
Atención en Urgencia	Expectativas de las comunidades	
Investigación	Fundamento científico	
Difusión	Información intrahospitalaria	Funcionarios Jefatura media (Nivel de ejecución técnica)
Demanda de usuarios por atención con pertinencia cultural	Empoderamiento de usuarios	
Demanda de funcionarios por participar en actividades de la unidad intercultural	Gestión administrativa poco comprometida.	Funcionario TENS Clínico (ejecución de procedimientos clínicos)
Evitar la folklorización	Evitar sobreexposición de los cultural	Asesor Intercultural
Avance limitado	Expectativas	Usuarios

Funcionarios

De esta pregunta se obtiene la categoría de análisis “Percepción general de las acciones con pertinencia cultural del hospital” y de esta a su vez se desprenden las siguientes sub categorías: por parte de los gestores de salud (directivos): Complementariedad, atención en urgencia e investigación, asociadas a las variables Comunicación entre machi y médico; Expectativas de las comunidades y fundamento científico respectivamente. Por parte de las jefaturas medias están las sub categorías Difusión, demanda de usuarios mapuche por atención con pertinencia cultural y por parte del técnico clínico está la sub categoría: demanda de funcionarios por participar en

actividades de la unidad intercultural, asociadas a las variables información intrahospitalaria, empoderamiento de usuarios y gestión administrativa poco comprometida.

Los funcionarios con cargos directivos tienen algunas impresiones generales del tema que van orientadas a la complementariedad asociada al desafío de establecer una comunicación con la machi, en el caso de la atención en la unidad de urgencia hay una sensación de que existe por parte de las comunidades cierta presión para una atención diferenciada y en relación a las acciones con pertinencia cultural que se ejecutan exponen que debieran estar más acompañadas de investigación para darle fundamento científico.

Gestores de salud

Complementariedad: *“no es fácil cuando tenemos una forma de entender la salud que es distinta como la entiende la machi... y por otra parte también está el hecho de que si uno considera que la machi vendría a ser lo que es el médico y que ambos en ultimo termino pudiesen constituir desde la mirada más burda la entidad más importante de la salud en términos de que son los que ejecutan el tratamiento que cambia la historia natural de la enfermedad de los usuarios... Pero en definitiva el que lidera la ejecución de la salud es el médico y por otra parte esa figura esta puesta en la machi en el caso de la figura mapuche...cuesta que conversen esa dos partes, por como son las características de la machi en el territorio, tiene ciertas características de trabajo que son particulares entonces tampoco ha sido posible que las machi se acerquen al hospital, que se establezca u dialogo entre médicos y machi, entonces eso también ha dificultado que nuestro modelo avance.”*

Atención Urgencia: *“siento que las comunidades sienten que este hospital debiera tener una postura que les facilitara el proceso de atención en la urgencia, que tuvieran como un pase libre para ellos, ciertas consideraciones y lamentablemente nosotros trabajamos de manera transversal en beneficio de todos nuestros usuarios y nos apegamos a las normativas existentes, no tenemos como una excepción a ello y siento que la comunidad mapuche, no se lo toma bien...”*

Investigación: *“...yo creo que en la medida en que uno le va poniendo un poco de ciencia a estas cosas que son alternativas, y encuentre en ello fundamento científico se anulan un poco las aprensiones y se van adquiriendo las estrategias de enfrentar la salud de otra forma en esta detección de necesidades...”*

Funcionarios de jefatura media

Los funcionarios Jefatura media (Nivel de ejecución técnica), por su parte expresan que a pesar de saber de que son un hospital intercultural, no se enteran de las actividades que se realizan en esta materia y por otro lado manifiestan que a diferencia de la población usuaria en general a quienes se les tiene que estar inculcando permanentemente hábitos de salud, en la población mapuche ocurre lo contrario, porque son ellos los que demandan al hospital respetar sus sistema de salud y ser atendidos en virtud de su cosmovisión.

Difusión: *“sé que somos interculturales pero me entero solo por la solicitud de compra.”*

Demanda de usuarios por atención con pertinencia cultural: *“la cultura mapuche...ellos patentan su modelo de salud, nosotros aquí estamos trabajando para convencer a la gente del modelo de salud familiar y ellos la comunidad no vinieron a decirnos... sino que esto vino de salud, del ministerio hacia la comunidad...en la atención intercultural es todo lo contrario, la cultura te pide...” así nosotros hacemos salud” ...”*

Funcionario TENS

A nivel de funcionarios TENS Clínico que están a nivel de ejecución de procedimientos, en general se prioriza su anhelo de poder participar de las actividades de la unidad intercultural, ya que en la actualidad y hace mucho tiempo no se les ha dado esa posibilidad en especial a los funcionarios de atención cerrada que funcionan con sistema de cuarto turno, lo que provoca en los funcionarios frustración y decepción de la gestión directiva del hospital a quien les han solicitado remediar esta situación, lo que se observa en esta situación es un modelo de gestión inflexible que restringe la voluntad del funcionario de participar y aprender.

Demanda de funcionarios por participar en actividades de la unidad intercultural: *“yo en algún momento plantie al director anterior, que aquí había mucha gente que quería participar en el we tripantu, pero el tema era que no se sacaban los turnos... no y tampoco es justo que nosotros ocupemos nuestro permisos personales para un evento que le compete al hospital y a nosotros, entonces tiene que haber un acuerdo en ambas partes, o sea yo tengo las ganas de participar pero el hospital que me dé el permiso...”*

Asesor Intercultural

Para el informante clave, quien está constantemente interactuando tanto con funcionarios como con pacientes de las comunidades, lo importante es cuidar aquellos aspectos culturales que pudieran ser folklorizados y con eso dar pie a críticas y rechazo de la comunidad.

Evitar la folklorización: *“no desvirtuar lo que realmente se quiere, por eso yo creo que igual la cautela de cómo ir avanzando en esto ha sido súper importante, porque hay que ir resguardando algunos elementos culturales que son sensibles...igual nosotros fallamos en no mostrar, en ir mostrando lo que íbamos haciendo, lo que iba pasando, por el miedo y el cuidado también a la cultura, que no se folklorizara, como nos decían.”*

Usuarios

Para los usuarios en general más que opinar de la atención en salud propiamente tal, manifiestan que se ha avanzado, pero muy por debajo de sus expectativas, además cabe señalar que una parte de los usuarios reconoce no saber con claridad que hace el hospital en esta materia.

Avance limitado: *“yo igual agradezco un poco, porque se han dado algunos pasos, pero no como nosotros quisiéramos, pero por lo menos hay una pequeña cobertura...”*

9.6.1.5.- Dificultades para la implementación de una atención de salud con pertinencia cultural.

La categoría principal es “Dificultades en la implementación” de la atención de salud”, las sub categorías que aparecen son por parte de los directivos son: Articulación de acciones, Estandarización, legalidad y formación profesional, asociadas a las variables Homogenización de procedimientos, riesgo y falta de conocimientos respectivamente; por parte de funcionarios de jefaturas medias las sub categorías son Estandarización, articulación de sub unidades, legalidad, compromiso de directivos, conflicto interno en los equipos, formación profesional, costo de la atención de la machi y continuidad de tratamiento de la machi, asociadas a las variables Homogenización de procedimientos, orden, riesgo, voluntad, conflicto, falta de conocimientos y capacidad adquisitiva del paciente y en el nivel de ejecución de procedimientos del técnico las sub categorías son poco interés de funcionarios, compromiso de directivos, falta de difusión y falta de transversalidad asociadas a las variables compromiso, voluntad, información intrahospitalaria y apertura de protocolos.

Tabla N° 5. Categoría de Análisis: Dificultades en implementación en la atención de salud con pertinencia cultural.

Sub Categoría	Variable	Grupos de respuestas
Falta articulación de acciones	Homogeneización de procedimientos	Funcionario Gestor de salud (directivos)
Mayor estandarización		
Legalidad	Riesgo	
Formación profesional	Falta de conocimientos	
Estandarización	Homogeneización de procedimientos	Funcionario jefatura media (Nivel de ejecución técnica)
Poca claridad de organización	Articulación de sub unidades	
Legalidad	Riesgo	
Falta voluntad de directivos	Compromiso	
Conflictos internos en los equipos	Conflicto	
Formación profesional	Falta de conocimientos	
Atención de la machi.	Costo de la atención de machi	
	Continuidad de tratamiento de machi del usuario	
Poco interés de funcionarios	Compromiso	Funcionario TENS Clínico (ejecución de procedimientos clínicos)
Compromiso de directivos	Voluntad	
Falta de difusión	Información intrahospitalaria	
Falta de transversalidad	Apertura de protocolos.	
Poco interés de funcionarios	Falta de Conocimiento	
Capacitación		Asesor Intercultural
Metas y bonos	Incentivo económico	
Atención en box	Empatía entre médico y paciente	
Falta de transversalización	Apertura a todos los funcionarios	
Atención en red	Continuidad de tratamiento de machi en la red hospitalaria	
Formación profesional	Falta de conocimiento	
Poco compromiso de funcionarios mapuche y no mapuche.	Compromiso	Usuarios
Barrera cultural	Interacción entre lo científico y lo cultural	
No contratación de profesionales mapuche del territorio	Falta de profesionales mapuche del territorio	

Funcionarios Gestores

Desde la perspectiva de los funcionario Gestor de salud (directivos), lo que preocupa es no poder avanzar en la homogenización de los procedimientos y acuerdos, a través de la sistematización e institucionalización de la machi para convertirla en prestadora de salud; otras de las preocupación es actuar al borde de la legalidad cuando se requiere una acción que no está en la normativa o protocolos y por ultimo reconocen que es difícil para un profesional que no ha tenido en su proceso de formación este tipo de conocimiento.

Articulación de acciones: “lo que ocurre es que no existe una acción coordinada, sino que está un proceso paralelo esta el acto de atención de salud del hospital y está el acto de atención de salud de la machi y lo que hacemos nosotros es actuar como facilitadores para que el usuario acceda a la atención de la machi”

Estandarización:

“Yo creo que la mayor dificultad es sistematizar el acuerdo entre ambas partes para poder ejecutar las acciones de manera coordinada... como en este otro caso de la salud intercultural el tema de la machi son dos maneras distintas de entender la salud...”

“no estamos incorporando la atención de la machi dentro de nuestras prestaciones propiamente tal dentro de nuestro modelo de atención”

“no hemos podido traer a la machi al hospital”

“no hemos hecho un acto que es decir ¡ya tenemos esa limitación y pese a esa limitación modelemos, estandaricemos y documentemos y declaremos nuestro modelo con las limitaciones que tenemos.”

Legalidad: *“Principalmente los temas legales están involucrados ahí porque a nosotros como profesionales se nos exigen ciertas cosas, estamos expuestos a demanda, sino hacemos los procedimientos en base a las normativas...”*

Formación profesional: *“Lo que yo veo es que hay bastante resistencia de repente a la implementación de algunas actividades, por ejemplo en términos de enfermería el modelo biomédico está bien inculcado en todos los profesionales, entonces abrir un poco la mente a tomar otras formas de hacer medicina es un poco difícil inicialmente...”*

Funcionario Jefatura media

Los funcionarios de jefatura media de nivel de ejecución técnica, también expresan su preocupación por la falta de estandarización pero en un ámbito de acción más específico como el financiero, en relación a la sub categoría de Articulación se refiere a la inquietud de cómo continuar organizados para seguir avanzando, y también como en el nivel directivo se manifiesta preocupación por la parte legal esta vez financiera aludiendo a la dificultad de que en la ley de compras no están considerados los aspectos culturales de los pueblos originarios, en cuanto a la sub categoría de compromiso de directivos se refiere a la falta de voluntad de los directivos de turno por avanzar en esta materia; a nivel de equipos aparecen los conflictos o roces por la

ejecución de nuevas acciones; en este nivel de responsabilidad también se reconoce que no tener conocimiento de la cosmovisión mapuche genera dificultades a la hora de intentar responder a una atención con pertinencia cultural y en relación a la sub categoría atención de la machi se manifiesta una preocupación principalmente por la continuidad de su tratamiento, estas sub categorías están asociadas a las variables voluntad, conflictos, conocimientos, costo de atención de la machi y continuidad de tratamiento de la machi.

Estandarización: *“...hay relatores o machi que no están inscritas en el portal de chile proveedores...”*

“El problema es que las machi de nuestro territorio no quieren ser parte del sistema”

Articulación: *“No tenemos claridad de cómo organizarnos para seguir avanzando, si bien hemos avanzado, estamos justo en el momento, en que nos preguntamos cómo seguimos para adelante...”*

Legalidad: *“la ley de compras tampoco está abierta a este tema intercultural...”*

Compromiso de directivos: *“el compromiso de los directivos, el compromiso de implementar lo que este equipo está definiendo como tiene que avanzar, por la experiencia, por muchas cosas, como avanzamos este modelo y ejecutar, concretar, eso es una dificultad también, creo que el directivo de turno debe estar empapado...debe sumarse.”*

Conflictos internos en los equipos: *“Las principales dificultades están en los roces, en la apertura...”*

Formación profesional: *“el paciente te señala que tiene mapuche kutran que tiene que ver con su cultura y uno dice que es eso... pero es difícil porque tampoco te enseñan... y es que efectivamente tienen un impacto... tiene un patrón cultural que tu tienes que entenderlo y yo creo que ese ha sido el principal desafío en salud mental...”*

Costo de la atención de machi: *“además está el tema de que las machi, no dan boleto, si no dan boleto no podemos nosotros cargar la prestación...así el costo de la atención de machi queda en manos de las personas...”*

Continuidad de tratamiento de machi del usuario: *“va a depender de si las familias tienen el poder adquisitivo, para pagar los tratamientos, pero muchas veces no los tienen y no los completan, sino los completan quedamos con esta pata coja...”*

Funcionario TENS

Para el funcionario TENS Clínico las dificultades se presentan en el poco interés de los funcionarios por aprender y así poder atender mejor a los usuarios, también se hace referencia a la ausencia voluntad de los directivos en relación a responder al compromiso institucional con las comunidades de avanzar en la atención de salud con pertinencia cultural; como en otros niveles de responsabilidad también se considera que hay poca información disponible para los equipos y por último en referencia al transversalidad, se hace alusión a que los protocolos existentes solo apuntan a la atención primera abierta y no a la atención cerrada de hospitalizados.

Poco interés de funcionarios: *“El poco interés de los funcionarios, , porque yo no puedo obligar a personas que no tenga interés en participar... acá en servicios clínicos a veces por ejemplo yo entro en discusión con la nutricionista porque yo les digo “yo entiendo que a veces los régimen son estrictos pero no le vamos a pedir a un abuelo, a una abuela que tiene 80 y tantos años hacerlo comer algo que no quiere, que no está acostumbrado a comer y así es una pelea que tenemos constantemente... también me ha pasado con el mate... entonces ahí no hay complementariedad... porque si bien nosotros hacemos tratamiento para la patología que trae el paciente, pero estamos descuidando la otra parte... entonces no estamos atendiendo con pertinencia, porque si le estamos negando a un adulto mayor el agua con harina, el matecito, se pone depresivo, entonces estamos cuidando una parte y estamos descuidando la otra...”*

Compromiso de directivos: *“muy poca preocupación de la dirección igual hay muy poco compromiso con las comunidades...”*.

Difusión: *“acá hay mucha desinformación de todo el personal, colegas que no saben nada...”*

Falta de transversalidad: *Los protocolos que se han hecho están concentrados en la atención primaria y nosotros estamos a la deriva y no tanto nosotros sino que los usuarios...*

Informante Clave: Asesor Intercultural

Para el informante clave las dificultades se expresan en las sub categorías de poco interés de los funcionarios, capacitación, metas y bonos, pérdida económica en ausencia de bonos, atención de box, falta de transversalización y continuidad de tratamiento en la red, asociadas a las variables falta de conocimiento, incentivo y desincentivo económico, interacción empática médico-paciente, apertura a todos los funcionarios, funcionamiento en red.

Las dificultades que observa el informante clave apuntan a aquellos aspectos que afectan a la atención de salud y a la disposición de los funcionarios poniendo el énfasis en el poco interés de los funcionarios, la falta de capacitaciones y de manera transversal expresa su preocupación por el incentivo económico que implica el cumplimiento de metas, lo que convierte a las acciones con pertinencia cultural en un tema secundario, sumando a eso el tiempo de atención en box que no permite un mínimo de acercamiento entre el médico y le paciente, para contrarrestar este efecto manifiesta que la actual estructura de la unidad intercultural debe cambiar y sumar ms funcionarios no solo en este hospital, sino que en toda la red hospitalaria, para garantizar continuidad de tratamiento de machi u otro agente de salud mapuche en cualquier hospital de red.

Poco interés de funcionarios: *“uno de los factores principales para avanzar son las personas, los profesionales que puedan trabajar en el hospital, porque si ellos no quien incorporar los elementos culturales en la atención, se van a dedicar solamente a lo biomédico”*

Capacitación: *“salud no invierte en la formación del recurso humano, porque hoy día las necesidades son cumplir metas...”*.

Metas y bonos: *“la mayoría de los profesionales se enfocan en cumplir metas, porque eso viene asociado también a un recurso, que es para el bienestar de los profesionales que trabajan en este tema de la salud, entonces eso no me permite avanzar tampoco, porque no viene orientado hacia el tema cultural..”*.

Atención en box: *“...si tenemos 12 minutos para atender una persona no nos da el tiempo para generar ese diálogo y eso que se nos dice que debiéramos ser pertinentes, entonces la pertinencia la tratamos a medias de cumplir con algunos elementos que se están incorporando...”*

Falta de transversalización: *“hoy en día parte principalmente de un equipo, pero todavía no está focalizado el hospital en general...”*

Continuidad de tratamiento de machi en la red hospitalaria: *“como funcionamos en red, de ahí parte el tema de la gestión también, porque no sacamos nada de tener una atención pertinente en este hospital siendo que después se va a otro centro de salud y se pierde”*

Usuarios

Los usuarios expresan las dificultades en las siguientes sub categorías: Formación profesional, Poco compromiso de los funcionarios mapuche y no mapuche, barrera cultural y la no contratación de profesionales mapuche, estas sub categorías asociadas a las variables falta de conocimiento, compromiso, interacción entre lo científico y lo cultural y por último la falta de funcionarios mapuche del territorio

Los usuarios también observan falta conocimiento de cosmovisión mapuche en los funcionarios y que eso es un problema a la hora de aceptar el conocimiento de la machi , situación que se puede agudizar por la complejidad que trae consigo la interacción del conocimiento científico con el cultural, cuestión de la que el usuario está consciente, del punto de vista del compromiso declaran que se ve poco compromiso de los funcionarios en general, pero lo que más les afecta es ver funcionarios mapuche no comprometidos y finalmente se hace referencia al no cumplimiento de un compromiso institucional de las autoridades de turno en el periodo de diseño del hospital respecto a la contratación de profesionales mapuche del territorio.

Formación profesional: *“a lo mejor si estuviera la formación desde la básica y que fuera obligación que también estuviera un poquito en las universidades, sería diferente, porque ahora los profesionales responden únicamente a la formación que les dieron...no pueden aceptar que venga una persona con conocimientos como la machi ”*

Poco compromiso de funcionarios mapuche y no mapuche: *“el compromiso de las personas, porque si ellos llegan a trabajar a un hospital intercultural que ya es conocido... tienen que llegar con otra mirada a trabajar, no quedarse con lo que vienen de la U..., el mundo Huinca es cuadrado y nosotros somos circulares, entonces yo creo que eso falta ”*

“algo que me he fijado que hay personas mapuche que trabajan el hospital que no están sensibilizados, uno se bajonea porque uno cree que las personas mapuche van a ayudar mas...”

Barrera cultural: *“Lo que pasa es que...yo creo que las dificultades que tiene el hospital es por el tema de la barrera cultural...porque el entorno por ejemplo...igual es cómo difícil porque en un hospital lo que se aplica es un poco más lo que es la ciencia...”*

“el huinca por su profesión él cree que lo sabe todo y nada más...no creen en el tema indígena”

No contratación de profesionales mapuche: *“que se vayan cumpliendo algunas demandas desde la comunidad a este sueño del hospital... donde se pidió...que en ese tiempo no había profesionales mapuche del territorio al menos, y eso igual falta, que se reconozca a los profesionales mapuche de acá, los prioricen...”*

9.6.1.6.- Avances en la implementación de una atención de salud con pertinencia cultural.

Los avances se expresan por parte de gestores de salud en las sub categorías transversalidad, Disposición de funcionarios, estandarización y complementariedad, asociadas a las variables Acciones, disminución de resistencia, elaboración de protocolos e inclusión de agentes de salud; en los funcionarios de jefaturas medias las sub categorías de gestión financiera, transversalidad y disposición de funcionarios asociadas a las variables plan de compras, participación y avance desde lo técnico, en el informante clave la sub categoría de complementariedad asociada a la variable reconocimiento de la medicina tradicional mapuche y los usuarios en la sub categoría de avance limitado asociada a la variable expectativas.

Tabla N° 6. Categoría de Análisis: Avances en implementación en la atención de salud con pertinencia cultural.

Sub Categoría	Variables	Grupos de respuestas
Transversalidad	Acciones	Funcionario Gestor de salud (directivos)
Disposición de funcionarios	Disminución de resistencia	
Estandarización	Elaboración de protocolos	
Complementariedad	Inclusión de agentes de salud	
Gestión financiera	Plan de compras	Funcionario Jefatura media (Nivel de ejecución técnica)
Transversalidad	Participación	
Disposición de funcionarios	Avance desde lo técnico	
Complementariedad	Trabajo en conjunto Medico-Machi	
Complementariedad	Reconocimiento de la medicina tradicional mapuche	Asesor Intercultural
Avance limitado	Expectativas	Usuarios

Funcionarios Gestores

En el nivel de Gestores de salud (directivos), se observa un reconocimiento a avances significativos en virtud de las acciones que se han logrado, en la disminución de la resistencia inicial ejercida por los funcionarios a la atención de salud con pertinencia cultural, la elaboración de protocolos y la inclusión de agentes de salud en las derivaciones.

Transversalidad: *“Considero que hemos iniciado una serie de acciones que van apuntando ya francamente a comenzar a constituir lo que es un modelo de salud intercultural, se realizan varias*

acciones como la entrega de lawen, el tema de las mujeres embarazadas la entrega de placenta, se está trabajando en una sala de parto..., se trabaja con agentes de salud mapuche, que en la práctica es visitas a la machi, se está trabajando de manera protocolizada un modelo de salud intercultural con ngutamcheve que son los componedores de huesos y ahí digo de manera intercultural porque ahí en ese caso se mezcla lo que es la salud osteomuscular local con el aporte que puedan generar los componedores de huesos... estamos haciendo curaciones avanzadas con pertinencia cultural mapuche...hacemos capacitaciones a los funcionarios respecto a lo que es la salud intercultural, capacitamos a los médicos en cuanto a la cosmovisión mapuche...en ese sentido si estamos caminando hacia lo que es un modelo de salud intercultural.”

Disposición de funcionarios: “Hemos avanzado... en mi estamento el mayor logro, ha sido la disminución de su resistencia, eso es lo que yo mas destaco del equipo...entonces traspasando esa barrera donde ya las funcionarias ya no te critican las cosas que tienen que hacer por que las tienen que hacer, uno avanza más rápido...”

Estandarización: “se ha ido trabajando, porque la oficina de calidad y todo los equipos han ido aprendiendo que si nos sustentamos en base a protocolos eso nos da un sustento legal para hacer los procedimientos que a veces no están en las normativas o escapan a las normativas y yo creo que todo el equipo del hospital aprendió ya eso y se ha podido ir trabajando...se han firmado protocolos, que están vinculados a las necesidades de las comunidades.”

Complementariedad: “las cosas se han ido dando de otra manera y han funcionado bien... para el tema de la inclusión de otro tipo de agentes de salud tradicional...”

Funcionario de jefatura media

Para el funcionario de Jefatura media en nivel de ejecución técnica, se reconoce como avance que la unidad intercultural tenga un plan de compras y que este se mantenga en el tiempo; que se sumen otros profesionales como especialistas, enfermeras y que se hagan cosas en servicios clínicos; estos avances se consideran posibles desde lo técnico y en ese mismo sentido se reconoce como avance la complementariedad en el diagnóstico alcanzada en salud mental por los psiquiatras.

Gestión financiera: *“El plan de compras se mantiene en el tiempo.”*

Transversalidad: *“Si hemos avanzado... bastante sobre todo considerando que hemos involucrado a profesionales que jamás hubiéramos pensado que iban a estar conversando este tema y ha sido tema en varios lugares...especialistas...del área de la salud mental, desde la traumatología... también desde lo enfermeril, en servicios clínicos...hay varias áreas de la salud en que se ha incorporado la cultura y que no ha sido fácil”*

Disposición de funcionarios: *“hay varias áreas de la salud en que se ha incorporado la cultura y que no ha sido fácil, pero ya ha avanzado y eso también da a demostrar a otros que si es posible, a los que no se han sumado, que a pesar de las dificultades, si es posible avanzar e incorporar ciertas áreas, desde lo técnico que es lo más difícil de cada área de salud desde lo técnico incluir la mirada de la salud mapuche.”*

Complementariedad: *“lo que nosotros estamos haciendo en salud mental con las machis, este manejo de par a par, de colega a colega, tú en tu área y yo en la mía, ha tenido sus dificultades en un comienzo, pero hemos tenido avances, el tema del manejo en cosas más concretas como, el cómo traducimos información médica a una persona que no entiende, nuestra terminología... hemos sido reactivos, hemos ido tapando ojos, tapando problemas...”*

Asesor Intercultural (Informante clave)

Para el informante clave un avance significativo ha sido que en la actualidad se esté reconociendo el sistema de salud mapuche enumerando varios ejemplos.

Complementariedad: *“hemos avanzado en que la medicina biosicosocial reconozca el sistema de salud mapuche que es efectivo, porque eso en un principio no estaba reconocido de parte del mundo occidental, hoy día que un profesional, que un siquiatra por ejemplo reconozca que el tratamiento de la machi es positivo para el bienestar del enfermo, eso me dice de que está resultando bien... en positivo, de que las curaciones con pertinencia o del lawen hoy en día se incorporen en la atención de la enfermería, eso igual es rescatable porque hoy día se han dado cuenta de que esta medicina del lawen y las hierbas medicinales han sido positivo en la recuperación del paciente”*

Usuarios

A pesar del reconocimiento por parte de funcionarios e informante clave de ciertos avances, los usuarios entrevistados, expresan que se ha avanzado muy poco y esto tiene que ver con las

expectativas que se tiene de este hospital y las expectativas que genera en las comunidades del territorio.

Avance limitado:

“El hospital Intercultural nunca ha sido intercultural, con pertinencia puede ser...De 100 habrán avanzado unas 10...”

“Yo creo que sí, pero...encuentro que igual...el tema intercultural en el hospital es súper limitado...se podría hacer más”

9.6.1.7.- Propuestas de trabajo para avanzar en una atención de salud con pertinencia cultural.

Para alcanzar el objetivo específico: “Describir el proceso de generación de propuestas para el diseño e implementación de un modelo de atención y gestión de salud intercultural, desde la perspectiva de los usuarios mapuche, funcionarios y gestores de salud.” Se ocuparon tres instrumentos metodológicos, entrevista individual, entrevista grupal y revisión documental. En la entrevista individual se incorpora una pregunta directa respecto a cuáles serían las propuestas de los entrevistados desde una percepción individual para seguir trabajando en esta materia; en la entrevista grupal se hicieron dos preguntas una respecto a si existe un modelo de atención con pertinencia cultural en el hospital y la otra sobre propuestas de trabajo, en tercer término se revisó documentación de las oficina intercultural encontrando el acta de la primera reunión del comité provincial de salud intercultural, en la que aparecen los primeros pasos de este proyecto de remodelación hospitalaria.

En primer lugar se presentarán los resultados de la entrevista individual, en los puntos siguientes la entrevista grupal y finalmente una síntesis del documento rescatado de los archivos de la oficina intercultural.

Propuestas entrevista individual

De esta categoría de análisis principal denominada “propuestas de trabajo”, emergen por parte de los gestores de salud las siguientes sub categorías: estandarización, complementariedad, capacitaciones, focalizar la atención cerrada y vinculación con el territorio, asociadas a las variables Homogenización de protocolos, diálogo con el usuario hospitalizado, sensibilización, trabajo en equipo y participación en reuniones en reuniones con la comunidad. Por su parte las jefaturas medias técnicas desarrollan las sub categorías de ley de compras, transversalización, difusión, articulación y continuidad del cuidado, asociadas a las variables cambio de ley, visibilización del enfoque en los programas, falta de información en los equipos, trabajo en equipo y normativa del sistema público. A nivel de técnico que tiene como responsabilidad ejecutar procedimientos sus propuestas se enmarcan en las sub categorías de capacitaciones, visitas domiciliarias, complementariedad y completar ciclo cultural, asociadas a las variables vinculación con el territorio, diálogo médico-machi y desequilibrio cultural. El informante clave propone a través de las sub categorías de trasnversalización y gestión de reclutamiento, asociadas a las variables de involucrar a todos los funcionarios y competencia del recurso humano, a nivel de usuarios las sub categorías de análisis son las siguientes: Apertura a los cambios del servicio de salud, estandarización, complementariedad, compromiso de los funcionarios y Capacitaciones, asociadas a las variables gestión política, protocolos relación médico machi, sensibilización y falta de conocimiento.

Tabla N° 7. Categoría de Análisis: Propuestas de trabajo para avanzar en la implementación de una atención de salud con pertinencia cultural.

Categoría Sub Categoría	Variables	Grupos de respuestas
Estandarización	Homogenización de protocolo	Funcionario Gestor de salud (directivos)
Complementariedad	Dialogo con el usuario hospitalizado	
Capacitaciones	Sensibilización	
Focalizar la atención cerrada	Trabajo con equipo	
Vinculación con el territorio	Participación en reuniones con la comunidad	
Ley de compras	Cambio de ley	Funcionario jefatura media (Nivel de ejecución técnica)
Transversalización	Visibilización del enfoque en los programas	
Difusión	Falta información en lo equipos	
Articulación	Trabajo en equipo	
Continuidad del cuidado	Normativa del sistema publico	
Capacitaciones	Vinculación con el territorio	Funcionario TENS Clínico (ejecución de procedimientos clínicos)
Visitas domiciliarias		
Complementariedad	Dialogo Médico- machi.	
Completar ciclo cultural inconcluso	Desequilibrio cultural	
Transversalización	Involucrar a todos los funcionarios	Informante Clave
Gestión de reclutamiento	Competencia del recurso humano	
Apertura a los cambios del servicio de salud	Gestión Política-Administrativa	Usuarios
Gestión política	Facultades Directivas del Servicio	
Estandarización	Protocolos	
Complementariedad	Relación médico-machi.	
Compromiso de los funcionarios	Sensibilización	
Capacitaciones	Falta de conocimiento	

En el nivel de funcionarios Gestores de salud (directivos), sus propuestas apuntan por un lado a protocolizar la atención de la machi y por otro a homogeneizar los protocolos y asimilar las acciones interculturales a los protocolos ya existentes, eliminando los protocolos con pertinencia cultural que ya existen, en relación a la retroalimentación con los usuarios, se propone generar una instancia donde el usuario pueda sugerir como incorporar la pertinencia cultural en la atención de hospitalizados, desde la mirada de la sensibilización se reconoce que es estratégico que los especialistas participen en estas instancias más aún cuando son jefaturas; en cuanto a la vinculación con el territorio se propone que los funcionarios que son parte de los equipos hacia los cuales va dirigida la demanda por una atención con pertinencia cultural, participe en reuniones con las comunidades donde se tratan estos temas.

Funcionarios Gestores de salud

Estandarización: *“no tenemos documentado una manera de hacer las cosas... y eso si pudiese constituir un modelo, te lo expongo en resumidas cuentas mira, el usuario está hospitalizado, el usuario pide atención con machi, se lleva al usuario a la machi, hay un asesor intercultural, documenta las acciones con la machi, vuelve el paciente al hospital, existen instancias donde se relata todo eso al médico, el médico incorpora todo eso en el plan de tratamiento, se evalúa el plan de tratamiento al día siguiente, se retroalimenta el plan de tratamiento del médico con la machi, etc., etc., una serie de pasos...eso es lo que no tenemos y sería más rico de lo que tenemos actualmente.”*

Estandarización: *“tal vez no debiéramos hacer protocolos de atención separados, por ejemplo si queremos tener un protocolo de atención intercultural fusionado con la salud occidental por decirlo de alguna forma, nosotros debiéramos tener en nuestro protocolo de curaciones del hospital, integrado la parte de la curación con pertinencia cultural...”*

Complementariedad: *“yo pienso que el paciente al momento de ser dado de alta algo tiene que decirnos y tal vez una estrategia pudiera ser conversar con ellos acercarse a ellos preguntarle de que forma le gustaría que incorporáramos la interculturalidad durante su proceso de hospitalización”*

Capacitaciones: *“es relevante que el ginecólogo participe en estos talleres porque además de ser nuestro jefe de servicio, es el jefe técnico y el que nos dice si avanzamos en esto o no avanzamos, y si esta empapado de estos conversatorios o de intercambio de conocimiento...porque ella a veces nos cuenta como trata un mioma o como trata la dismenorrea de adolescente y de repente nos hemos quedado plop por que en realidad, nosotros lo primero que hacemos es darle anticonceptivos y ahí si tenemos una alternativa tangible y real de otro tipo de tratamiento y la verdad es que es súper importante que ginecólogo vaya.”*

Focalizar la atención cerrada: *“hay que enfocarse en la atención cerrada, hay que trabajarlo el conjunto con los actores que promueven los cambios en la atención cerrada, el supervisor de la atención cerrada, principalmente como te decía para fusionar un poco dentro de las prácticas habituales que nosotros tenemos protocolizadas, el aspecto intercultural, en todo”*

Vinculación con el territorio: *“incluir a los funcionarios a lo mejor en escuchar a las comunidades respecto a sus necesidades, porque a veces cuando viene a implementar algo, cuando uno va a reuniones o empieza a trabajar como directivo respecto a las necesidades de las comunidades o de la población en general y le impone esto a los funcionarios, es como que ellos se sienten transgredidos respecto de que bucha siempre lo hacíamos así, porque lo vamos a hacer de otra manera, porque no saben mucho el origen, porque no estuvieron en esa instancia donde se generó la necesidad...”*

Funcionario jefatura media (Nivel de ejecución técnica)

A nivel de jefatura media-técnica, se expresa que es necesario cambiar a ley, para que las acciones en el área intercultural se puedan ejecutar sin problemas, pero esos cambios no dependen de las jefaturas de este nivel, sino que del nacional; en cuanto a la visibilización del enfoque se propone que esté en todos los programas de salud de atención primaria; nuevamente se propone que la información en esta materia circule por los equipos, en relación a la articulación se propone que el trabajo de las sub unidades de la unidad intercultural ampliada trabajen más vinculadas y no aisladas una de la otra; se propone además ver la forma de fortalecer la continuidad del tratamiento de machi en la red hospitalaria.

Ley de compras: *“Los legisladores deberían ver cómo podemos adaptar la ley de compras a este modelo de salud.”*

Transversalización: *“Es importante que la gente, que quiere ser parte del modelo, no necesariamente tenga que estar en una unidad intercultural como la que existe ahora para que el funcionario sienta que no tiene que estar en esta unidad intercultural, para ser parte del modelo y de los avances, ...además creo que en cada programa tendría que haber una mirada de la salud intercultural...”*

Difusión: *“Más difusión en las unidades administrativas”*

Articulación: *“tenemos que ver la forma de que estas sub unidades se conecten y funcionen articuladas como una sola cosa, se ve como este equipo hace esto, este equipo hace lo otro, cuando somos todos articulados los que tenemos que avanzar en esto, todos involucrados y eso no lo hemos logrado todavía.”*

Continuidad del cuidado: *“yo creo que el primer paso en la atención, lo hemos dado como dificultad, ahora viene el segundo paso que no es menor que es la continuidad de cuidado y es ahí donde tenemos problemas, por que como red todavía no estamos fortalecidos para dar una buena continuidad de cuidados”*

Funcionario TENS Clínico (ejecución de procedimientos clínicos)

A nivel técnico de ejecución de procedimientos se propone capacitar a los equipos pero en terreno, así como también generar instancias de visitas a domicilios de los usuarios de comunidad; propiciar un espacio de dialogo de las machi con el médico para hablar de salud y revisar casos en conjunto y además en este mismo espacio permitir que las machi orienten el trabajo del hospital en su conjunto en esta materia; considerar el hecho de que existe por parte del hospital como institución una falta de seriedad respecto a un ngüillatün que falta realizar, por motivo de la construcción del hospital en el lugar que está ubicado actualmente.

Capacitación: *“mejorar con capacitaciones en terreno y no tanto documento porque al final la gente se aburre con el documento...en el cuarto turno podría hacerse por grupo porque nunca vamos a poder ir todos.... yo en lo personal aplico todos mis conocimientos pero lo hago solo yo, igual le digo a mis colegas que hay que ser un poco mas empático”*

Visitas domiciliarias: *“hacer visitas domiciliarias a los campos donde otras personas no llegan...”*

Complementariedad:

“Debería haber como una machi guía que se juntara con los médicos constantemente”

“juntarse una vez al mes no sé, conversar ciertos problemas de salud que se presentan acá, que a lo mejor no tienen solución médica, sino que tienen solución por machi, se debería trabajar en ambas áreas... el tema de la espiritualidad”

Terminar ciclo cultural inconcluso: *“este hospital le faltó terminar un proceso y por eso se ha enfermado tanta gente funcionario y se han muerto funcionarios también y yo estoy convencida*

que es por eso y es porque no se terminó, porque cuando uno hace un compromiso con una machi se debe terminar como se inició, por que las machi no son un juguete y aquí no se le da la seriedad que ella merecen...el nguillatün que falta no es cuando ellos (gobiernos de turno) quieran o cuando se les dé la gana...”

Asesor Intercultural (Informante Clave)

Como informante clave se propone en el ámbito del recurso humano por un lado cambiar la actual estructura de la unidad intercultural ampliada por una que abarque a más funcionarios y por otro considerar al momento de evaluar las competencias de quienes postulan a este hospital, sean compatibles con este enfoque de trabajo.

Transversalización: *“Yo creo que tiene que ir transformando o mutando, porque no nos podemos quedar con todo esto...como un equipo multidisciplinario, esto tiene que ir abarcando cada vez más”*

Gestión de reclutamiento: *“la captación del recurso humano también es súper importante, como hoy día vamos haciendo la filtración de que realmente estas personas que llegan al hospital sean un aporte a la construcción de esto, hoy día tenemos un territorio militarizado, un sistema que no nos permite tener una visión más allá de lo que me vende la televisión, elementos foráneos, entonces todo esos elementos hoy día inciden en como las personas llegan a trabajar acá al hospital”*

Usuarios

A nivel de usuarios en el ámbito político proponen que los directores de servicios tengan más atribuciones y que tengan contacto directo con el ministerio de salud para generar cambios en esta materia, en este mismo sentido se propone al servicio de salud Arauco una mayor apertura a los cambios; se reconoce la importancia de la existencia de protocolos con pertinencia cultural y se propone que se sigan elaborando en otras áreas; respecto a la complementariedad se propone establecer una relación de respeto con las machi de manera constante para generar un vínculo entre machi y médicos, respecto al compromiso de los funcionarios se propone trabajar en concientizarlos de la relevancia que tiene para las comunidades del territorio, esta forma de hacer salud y finalmente se propone capacitar a los funcionarios en especial a los que vienen llegando y a los médicos.

Apertura a los cambios del servicio de salud: *“faltaría que realmente el servicio de salud se abriera más; entendiera más cosas, o sea darle más cobertura y de una vez por todas los funcionarios se flexibilicen, que entiendan...”*

Gestión política: *potenciar las facultades que tienen los directores de servicios, con respecto a los temas con pertinencia y que en el fondo esas propuestas se deberían levantar y más que comentarlas tanto, mandarlas directo y localmente a los ministerios*

Estandarización: *“para avanzar con las cosas que ya se han hecho tomarlas y tratar de llenar los vacíos primero empezando con los protocolos.”*

Complementariedad: *“Debiera tener o haber una relación entre medico y nuestras machi...como un lazo más fuerte, un vínculo...una relación de respeto...yo creo...o sea claro es comprensible, porque ellos dicen nosotros estudiamos siete años y como la machi opina en su conocimiento, como se le pasan a ellos sus newenes...ahí está la mentalidad, hay como varias cosas que no entienden, por eso te digo que la salud intercultural va mas allá del nombre, de colocar los nombres en mapudungun o en chedungun..”*.

Compromiso de los funcionarios: *“lo que ustedes pueden hacer es concientizar a los funcionarios a que vean que la salud intercultural igual es importante...que las personas igual requieren de eso y que no todo es ciencia, porque igual esta el tema espiritual y tampoco que se transgreda mas allá, porque igual hay que tener cierto respeto...”*

Capacitaciones:

“cada funcionario, cada profesional que venga aquí, esté clarito que aquí se va a venir a encontrar con dos culturas...para que, para no tener problemas después...acá los que tienen que tomar conciencia son los médicos, los enfermeros, los auxiliares, los técnicos...que al final se debe dar cuenta que así funciona aquí el territorio.”

“hay que dar charlas a los doctores de hierbas medicinales para que ellos mismos receten...”.

9.6.2.- Focus Group

En el focus group se hizo referencia al cuestionamiento de si estábamos ya trabajando con un modelo de atención con pertinencia cultural y de este debate inicial se desprende dificultades y propuestas, como resultado se hizo un registro escrito de las conclusiones del debate, en un papelógrafo, arrojando desde la perspectiva grupal categorías y sub-categorías de análisis.

9.6.2.1.- Percepciones de equipos de trabajo del hospital respecto a la presencia de elementos de un modelo de atención

La pregunta inicial del Focus Group fue la siguiente: ¿Creen usted que ya estamos frente a un modelo a atención y gestión en salud intercultural? Unidad de hospitalización y cuidados intensivos de Psiquiatría (UHCIP):

El equipo UHCIP responde positivamente a esta pregunta y ello obedece a que se han atendido en reiteradas oportunidades pacientes mapuche de comunidad de manera complementaria es decir Psiquiatra y machi simultáneamente, identificando algunas dificultades que exponen en esta entrevista grupal.

“Sí... y ya no estamos discutiendo si atendemos o no con pertinencia, sino que estamos discutiendo como...considerando los siguientes factores a mejorar.”

Unidad de Servicio Médico Quirúrgico:

El equipo de Servicios Clínicos, responde negativamente, ya que, si bien ha tenido casos que han solicitado atención de machi, esta atención ha sido solo de la machi, donde el rol del médico es de autorizar esta atención, no hay una atención donde el médico y el equipo se involucre, donde la machi converse con el médico sobre el paciente, a diferencia de la UHCIP donde este espacio de dialogo se da, solo existe la responsabilidad de administrarle el lawen de acuerdo a las indicciones de la machi.

“No...y si lo hay es precario, por diferentes problemáticas...”

9.6.2.2.- Dificultades para la implementación de una atención de salud con pertinencia cultural.

De la categoría de análisis de “dificultades”, se desprenden las siguientes sub categorías, en el caso del equipo médico quirúrgico: Difusión, Prevalencia biomédica en la atención, vinculación con el usuario, participación, capacitación y articulación; en el caso de equipo UHCIP articulación, acceso a la atención con pertinencia cultural, difusión, sensibilización y capacitación.

Tabla N° 8. Categoría de Análisis: Dificultades en implementación en la atención de salud con pertinencia cultural.

Sub categoría	Variables	Grupo de respuesta
Difusión	Falta de información a funcionarios y usuarios	Servicio Médico Quirúrgico
Prevalencia biomédica en la atención.	Ausencia de integración Biomedicina-Intercultural	
Vinculación con el usuario.	Comunicación usuarios-facilitador intercultural	
Participación	Baja participación en actividades interculturales	
Capacitación	Falta de conocimientos	
Articulación	Problemas de comunicación con otras unidades	
Articulación	Comunicación con facilitadores interculturales	Unidad de Corta Estadía Psiquiátrica
Acceso a la atención con pertinencia cultural	Garantía	
Difusión	Poca información al equipo	
Sensibilización	Comunicación con facilitadores interculturales	
Capacitación	Falta de conocimiento	

Servicio Médico Quirúrgico

Difusión: “Nula información sobre visita de usuarios a la machi (nombre, lugar, información e indicaciones)”

Prevalencia biomédica en la atención:

“Para el manejo intercultural para la mejoría del usuario, no existe integración de la atención intercultural con el modelo biomédico.”

Vinculación con el usuario: *“Usuarios con pertinencia intercultural debiesen tener visita y seguimiento por equipo de facilitación intercultural para conocer necesidades.”*

Participación: *“Personal de servicios clínicos no tiene posibilidad de participar en actividades interculturales.”*

Capacitación: *“Falta capacitación a personal, para sensibilizar al equipo sobre el tema intercultural.”*

“Sensibilización de estamento médico, no se integran indicaciones de machi, por ende, no queda registro de esta actividad y por lo tanto no se realiza.”

Articulación: *“Central de alimentación no se adecua a régimen alimentario según pertinencia intercultural o según indicación de machi”.*

Unidad de Corta Estadía Psiquiátrica

Articulación: *“Comunicación deficiente con facilitadores interculturales en caso de pacientes que requieran atención de machi.”*

Acceso: *“No hay garantía de acceso, para familias de escasos recursos tener la posibilidad de costear el tratamiento de la machi.”*

Difusión: *“Difusión interna de actividades interculturales al equipo.”*

Sensibilización: *“Socialización del tema al equipo, ser visitados constantemente por al menos un facilitador intercultural”*

Capacitación: *“Carencia de asertividad; conversatorio de consideraciones en el trato con usuarios con mapuche kutran”.*

9.6.2.3.- Propuestas de trabajo para avanzar en este en una atención de salud con pertinencia cultural.

En la categoría de análisis de propuestas s destaca las siguientes sub categorías; en el caso del equipo de servicio médico quirúrgico: Difusión a usuarios hospitalizados, vinculación con el usuario, capacitación, sensibilización a médicos, articulación y complementariedad; en el caso del equipo UHCIP garantizar acceso, estandarización, capacitación, gestión administrativa y articulación de red.

Tabla N° 9. Categoría de Análisis: Propuestas de trabajo para avanzar en la implementación de una atención de salud con pertinencia cultural.

Sub Categoría	Variables	Grupo de respuesta
Difusión a usuarios hospitalizados	Entrega de información a usuarios hospitalizados	Servicio Médico Quirúrgico
Vinculación con el usuario	Comunicación con facilitador intercultural	
Capacitación	Participación en capacitaciones	
Sensibilización a médicos	Falta de conocimientos	
Articulación	Comunicación con otras unidades	
Complementariedad	Atención Medico-machi	
Garantía de Acceso	Recurso económico	Unidad de Corta Estadía Psiquiátrica
Estandarización	Protocolo	
Capacitación	Falta de conocimiento	
Gestión administrativa	Devolución de horas	
Articulación de red	Referentes por nivel de atención	

Servicio Médico Quirúrgico

Difusión a usuarios: *“Entregar información a usuarios respecto a la posibilidad de atención con machi (nombre, lugar, información e indicaciones)”*

Vinculación con el usuario: *Usuarios con pertinencia intercultural debiesen tener visita y seguimiento por equipo de facilitación intercultural para conocer necesidades.*

Capacitación: *“Mayor capacitación a personal, para sensibilizar al equipo sobre el tema intercultural.”*

“Propiciar la posibilidad de participar en actividades interculturales de personal de servicios clínicos.”

Sensibilización a médicos: *“Sensibilización de estamento médico, para que integren indicaciones de machi en ficha y quede registro de esta actividad para que se realice.”*

Articulación: *“Definir metodología de trabajo con central de alimentación para que adecúe régimen alimentario según pertinencia cultural o según indicación de machi.”*

Complementariedad: *“Promover la integración de la atención intercultural con el modelo biomédico en atención cerrada.”*

Unidad de Corta Estadía Psiquiátrica

Garantizar acceso: *“Respecto al pago a los agentes de salud (machi), buscar alianza con el municipio local.”*

Estandarización: *“Elaborar protocolo de intervención intercultural, respondiendo a la necesidad del tecnicismo propio en salud generando un estándar (check list)”*

Capacitación: *“Conversatorio de equipo con agentes de salud mapuche.”*

Gestión administrativa: *“Devolución de tiempo a funcionarios que participen”*

Articulación de red: *“Continuidad de cuidados (asignar la responsabilidad a referentes por nivel de atención de salud)”*

9.6.3.- Resultados de la Triangulación

En esta investigación se triangularon coincidencias de instrumentos aplicados e informantes, acerca de las acciones que desarrolla el hospital y propuestas para avanzar.

Triangulación de instrumentos

Al triangular entrevistas individuales, grupales y revisión documental, respecto a las opiniones que desarrolla el hospital nos encontramos que los tres arrojan como elemento central el dialogo de la machi con el médico para avanzar en una atención complementaria.

Triangulación de actores

Al triangular usuarios, funcionarios y dirigentes también consideran central el dialogo machi-médico para la atención complementaria, pero además cobra especial relevancia la protocolización de acciones con pertinencia cultural.

Discusión de resultados

Antes de iniciar el análisis y discusión quisiera al amparo del paradigma interpretativo, relevar la importancia que tiene para esta investigación el análisis de contexto (territorial), por el simple hecho de que el fundamento de este paradigma “radica en la necesidad de comprender el sentido de la acción social en el contexto del mundo de la vida y desde las perspectiva de los participantes. [...] Este mundo constituye el contexto en el que se dan los procesos de entendimiento, que proporciona los recursos necesarios para la acción y que se presenta como horizonte, ofreciendo a los actores patrones y modelos de interpretación (Vasilachis de Gialdino I. ,2006, p 48). En términos de Bourdieu podríamos decir que es un campo social que abarca diferentes sub campos con todo lo que eso implica.

10.1.- Contexto: territorio y percepciones respecto a una atención de salud en general y con pertinencia cultural

En los elementos de contexto que nos permitieron una mayor comprensión de las percepciones de los sujetos que constituyeron la muestra, destacaron el hecho de que todos los entrevistados entienden que en el territorio que comprende el cono sur de la provincia de Arauco esto es Tirúa, Contulmo y Cañete existe una relación tensa entre las comunidades, el Estado y las empresas forestales, como consecuencia de un proceso de recuperación de tierras que han llevado adelante las comunidades hace bastante tiempo, también reconocen que este proceso de

recuperación se caracteriza por ser violento; provocar daño a la salud de las personas y al sistema médico mapuche; generar en la población incertidumbre y repercutir directamente en la unidad de urgencia del hospital.

La percepción de la violencia no es homogénea difiere entre los funcionarios que han llegado a vivir al territorio por trabajo y; funcionarios y usuarios mapuche que siempre han vivido en el territorio, para los funcionarios que han llegado a la zona la violencia pareciera afectarles de manera indirecta en su cotidianeidad y se manifiesta en; la observación que hacen a la exacerbación por parte de la prensa y la constante presencia de las fuerzas especiales en espacios públicos, sin embargo, para los funcionarios y usuarios que habitan en el territorio, que pertenecen a comunidades indígenas y conviven con esta realidad, sus percepciones denotan un mayor efecto directo en sus vidas, manifestando que esta violencia afecta a sus familias en especial a los niños y desde un punto de vista histórico existe un sentimiento de rabia por tanto abuso de poder e injusticia propiciada por militares años atrás y carabineros en la actualidad, por el resguardo de predios forestales.

Respecto a cómo repercute en la unidad de urgencia esta tensión que existe en el territorio, hacen referencia a los procesos de constatación de lesiones de personas de comunidades, que son arrestados mayormente en enfrentamientos, toma de predios y marchas. Esta constatación de lesiones se caracteriza por la exagerada presencia de fuerzas especiales de carabineros en la unidad de urgencia y alrededores del hospital, lo que para los funcionarios altera la normalidad del recinto hospitalario. Para los usuarios de comunidades este mismo proceso tiene relevancia, porque se

espera que como hospital intercultural se respete a las personas de comunidades en especial a las autoridades tradicionales y agentes de salud.

Otro de los elementos percibido por los funcionarios en general y que caracteriza al territorio producto de esta tensión, es la sensación de incertidumbre de la población propiciada por carabineros que cada vez que hay una marcha en la ciudad convocada por las comunidades, alertan a la gente en general de presuntos enfrentamientos entre fuerzas especiales y comunidades, provocando miedo colectivo, llevando a cerrar el comercio y suspender las clases, sin embargo cuando hay otras marchas esto no sucede.

Para los usuarios existe un daño a la salud de las personas y al sistema médico mapuche, a este último por la presencia del monocultivo propiciado por las forestales que ha dañado el ecosistema y la disponibilidad de hierbas medicinales para sus agentes de salud como machi, lawentucheve, etc.

Otro factor que constituye un elemento de contexto y que nos permitirá aproximarnos a los objetivos de esta investigación son las expectativas que se tiene de una atención de salud en general y con pertinencia cultural en lo específico; respecto a la atención de salud en general, los funcionarios ponen el énfasis en lo técnico definiéndola como una prestación basada en la detección de necesidades de la población. Para el informante clave en cambio lo importante es la conjunción de actores que debieran participar en el logro de una atención de salud y para los

usuarios lo más relevante es una comunicación efectiva basada en el buen trato y desde lo técnico también esperan que el hospital tenga una mayor complejidad en su atención.

Cuando a esta misma pregunta le agregamos el componente de la pertinencia cultural los funcionarios en términos generales lo expresan como una complementariedad entre la biomedicina y la cosmovisión mapuche, reconociendo a la machi como un agente de salud con un rol central, además hacen referencia a la necesidad de articular las acciones con pertinencia cultural que realiza el hospital e involucrar a todos los funcionarios en esta materia, en lo específico y desde el punto de vista financiero se plantea que esta atención con pertinencia cultural es más bien un gasto y que por no realizarse en el hospital no genera ninguna ganancia. Para el informante clave la importancia está en la transversalidad de una buena atención en el box y principalmente tener el tiempo suficiente en esta atención con el fin de que el médico y el paciente puedan conocerse al menos. Para los usuarios en cambio sí bien es cierto que también lo plantean como una complementariedad, esta es más bien en sentido contrario a la perspectiva financiera ya que esperan que la machi siga atendiendo en su ruka, y por otro lado esperan que el médico recete hierbas medicinales para el tratamiento de las enfermedades y que todos los funcionarios tengan conocimiento de cosmovisión mapuche para actuar correctamente cuando se requiera.

Con todo lo anterior nos hacemos a una idea de contexto de investigación considerando los elementos que constituyen las dinámicas del territorio, lo que se entiende por atención de salud en general y con pertinencia cultural, pues bien ahora nos concentramos en analizar aquellos elementos que arrojó la investigación para alcanzar los objetivos planteados.

Para esta investigación son relevantes los datos de contexto ya que nos ayudan a comprender este campo que es el de la salud pública en términos de Bourdieu, en tanto: “configuración de relaciones objetivas entre posiciones[...] objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación presente y potencial [...] como espacio de fuerzas potenciales y activas, el campo es también un campo de luchas tendientes a preservar o transformar la configuración de dichas fuerzas”. (Bourdieu P., et al, 2012, p.134). En el sentido de la relaciones sociales que se dan entre instituciones como hospital y carabineros con agentes sociales como usuarios y funcionarios luchando unos por hacer respetar la cultura mapuche en la atención de salud y otros por hacer respetar la normativa vigente en esta atención de salud en un sub campo denominado como de salud intercultural.

10.2.- Objetivo específico: Describir y analizar las percepciones de usuarios mapuche del territorio, funcionarios y gestores de salud del hospital, respecto a las acciones que ejecuta el hospital. (Percepciones generales, dificultades y avances)

Percepciones generales

Para aproximarnos a los objetivos específicos de esta investigación, empezaremos analizando las percepciones generales respecto a las acciones con pertinencia cultural que ejecuta el hospital partiendo por funcionarios directivos que plantean que es necesario dialogar con la machi, pero desde una posición donde la biomedicina predomine, reconociendo que hay una

complejidad implícita en este dialogo; además expresan sentir cierta presión de las comunidades en la urgencia por una atención diferenciada en favor de ellos y finalmente e insistiendo en este proceso de detección de necesidades consideran que estas acciones debieran ir acompañadas de investigación para darle un sustento científico biologicista. En este punto es claro que los directivos o gestores promueven un modelo médico hegemónico en términos de Menéndez (1988) “destacando algunas de sus características tales como eficacia pragmática, profesionalización formalizada e identificación ideológica con la racionalidad científica”.

Las jefaturas medias por su parte están más preocupadas de las ejecución propiamente tal de las acciones con pertinencia cultural, manifestando la importancia que tiene la difusión de estas en todas las unidades y lo que les llama la atención es que a diferencia del enfoque de salud familiar, que debe ser promocionado entre la población para lograr algún impacto, en salud intercultural ocurre lo contrario; es la población mapuche la que demanda ser atendida respetando su cultura. Cuyul (2017) da cuenta de esto cuando plantea que “Sobre todo en los espacios rurales, el Pueblo Mapuche en estos momentos reproduce prácticas en salud propias basadas en la auto atención en su dimensiones familiares y colectivas, una continuidad histórica de ejercicio sanitario vehiculizado mediante conocimiento y prácticas que le son propias, devenidas del territorio.” Esto explica en parte el porque en el ámbito de atención de salud con pertinencia cultural son los usuarios mapuche los que demandan esta atención y no la institución de salud.

A nivel de ejecución de procedimientos el funcionario TENS, manifiesta su molestia ya que hay interés por participar de las actividades de la unidad intercultural pero no pueden por su

sistema de turnos, pero que a pesar de ello, creen que si hubiera voluntad de las direcciones de turno su participación sería posible, apelando a un tema de mala gestión. Frente a estas situaciones De Souza Campos (2006) propone un método de gestión que por un lado, asegure el cumplimiento del objetivo de cada organización –producir salud, educación, etc.- y al mismo tiempo, permitir y estimular a los trabajadores a ampliar su capacidad de reflexión, de cogestión, y en consecuencia, de realización profesional y personal.

El informante clave (facilitador intercultural) por su parte manifiesta que su preocupación siempre ha sido actuar con cautela para no caer en la folclorización de las acciones que se desarrollan en el hospital, agregando que también es una preocupación de las personas de las comunidades.

Un tercio de los usuarios entrevistados manifiestan no saber qué acciones con pertinencia cultural hace el hospital, los que saben de estas acciones opinan en general que se ha avanzado pero no de acuerdo a sus expectativas. Aquí se observan dos cosas por un lado hay serios problemas de difusión de las acciones con pertinencia cultural que desarrolla el hospital, que pudiera ser la consecuencia de no tener un espacio o estrategia de vinculación con el territorio y sus comunidades, y por otro lado refleja que el hospital está trabajando en acciones con pertinencia cultural, pero sin el acompañamiento de las comunidades y solo de acuerdo a las orientaciones técnicas del Programa Especial de Salud de Pueblos Indígenas y los acuerdos tomados hace años con las comunidades en la mesa provincial de salud intercultural convocada por el Servicio de Salud Arauco, esta lógica de trabajo obedece a una interculturalidad funcional al Estado, en este sentido Lopez-Hurtado (2019) plantea que “Las instituciones del Estado hacen suya la

interculturalidad funcional, cuando promueven el diálogo entre diferentes sin abordar las asimetrías que lo condicionan.

Desde una perspectiva grupal los equipos de atención cerrada manifiestan opiniones diferentes cuando se les pregunta si consideran que tenemos un modelo de atención de salud con pertinencia cultural. Por un lado el equipo de servicios clínicos hombres y mujeres, expresan que no estamos frente a un modelo y si lo tenemos es bastante precario, esto asociado a una serie de falencias que se presentarán más adelante, en cambio el equipo de corta estadía psiquiátrica expresa que sí estamos frente a un modelo de atención, sin embargo hay algunas acciones que hay que mejorar. Sin duda estas visiones opuestas dan cuenta de que el avance en esta materia se está dando de manera dispar en las distintas áreas del hospital.

Estas primeras opiniones que hablan desde lo general, nos muestran que en cada nivel de responsabilidad en la ejecución de la atención de salud, existen diferencias generadas por sus roles en este proceso de implementación, mientras gestores hacen referencias a observaciones más estructurales como la complejidad de hablar con la machi, la presión de las comunidades en la urgencia y la necesidad de acompañar estas acciones con investigación, las jefaturas medias priorizan aquellos detalles técnicos que repercuten directamente en sus áreas de trabajo, como la falta de difusión en los equipos que perjudica su actuar y el empoderamiento de los usuarios mapuche por exigir ser atendido respetando su cultura lo que obliga a los equipos a estar mejor preparados. Estos son los dos niveles de mayor responsabilidad y por ende, se sitúan en una posición de poder que los posiciona en este sub campo de salud intercultural como agentes sociales, y considerando lo que Bourdieu plantea: “el campo como estructura de relaciones objetivas entre

posiciones de fuerza subyace y guía a las estrategias mediante las cuales los ocupantes de dichas posiciones buscan, individual o colectivamente, salvaguardar o mejorar su posición e imponer los principios de jerarquización más favorables para sus propios productos”. (Bourdieu P., et al, 2012). En estos niveles de poder, a pesar de manifestar su intención de avanzar en esta materia su preocupación está en no alterar sus normas de funcionamiento, y su posición como jefatura. Este planteamiento de las jefaturas se observará en todo el análisis.

Respecto al funcionario TENS, que está en una posición de poder muy limitado, más bien en un nivel de ejecución de procedimientos, su primera impresión es de molestia por no tener acceso a las actividades de la unidad intercultural, lo que limita la posibilidad de acumular capital cultural “formado por las categorías de percepción y juicio que permiten definir y legitimar valores y estilos culturales” (Chihu A. 2019, p.184).

En cuanto al informante clave, que también es funcionario, pero con la condición de facilitador intercultural y uno de los más antiguos de la red de salud provincial; que en su cotidianeidad debe en este sub campo de la salud intercultural, lidiar por un lado con la institucionalidad para lograr una atención con pertinencia cultural y por otro, con las expectativas de los usuarios mapuche que demandan ser respetados desde una perspectiva de derecho, literalmente esta al medio de este intento de complementariedad, con estos elementos, su preocupación en general es no caer en la folcklorización de su cultura, en las acciones que él mismo propicia en un espacio institucional. Entra en conflicto con su habitus entendido este como "estructuras que son constitutivas de un tipo particular de entorno...y que pueden ser asidas empíricamente bajo la forma de regularidades asociadas a un entorno socialmente estructurado"

(Bourdieu P. Et. Al. 2001), ya que el hospital como espacio institucional no es el entorno socialmente estructurado para “lo cultural”.

Para comprender la opinión de sus usuarios que además de esta condición viven en comunidad y de acuerdo a su cultura, debemos situarnos en el ámbito de las expectativas, ya que cuando se inició el diálogo con las comunidades por el nuevo hospital, los acuerdos que se establecieron con las autoridades de turno de ese entonces no se cumplieron del todo, como por ejemplo que el hospital tendría más especialistas y que ya no sería necesario ir a un hospital de mediana complejidad o al hospital regional (de alta complejidad) y que se contratarían profesionales mapuche del territorio entre otros acuerdos, ninguno de estos se ha cumplido, ya que el hospital sigue siendo de baja complejidad y lo que eso implica, y ahora manifiestan su descontento. Esto da cuenta que la política intercultural de nuestro país, es funcional a Estado, es multicultural, en términos de Cuyul (2017) “La noción de salud intercultural fomentada por este tipos de políticas de salud responde a una visión funcionalista y cosificante de cultura, despojándola de dinámicas relacionales entre colectividades y de su determinación material respecto del territorio y las políticas que determinan la vida y la salud.”

La perspectiva grupal opuesta entre ambos equipos entrevistados, respecto a si estamos o no frente a un modelo de atención de salud con pertinencia cultural, obedece principalmente que en uno de ellos se ha logrado una instancia de dialogo entre el especialista (psiquiatra) y la machi para abordar en conjunto el tratamiento de un paciente, a pesar de no haber un protocolo de atención, sin embargo esta atención es sin alterar el tratamiento biomédico en su esencia, el diálogo se ha logrado con la visita del especialista a la casa de la machi, en cambio en el otro equipo aún

no se logra que el médico dialogue con la machi, porque justamente el médico (EDF), solo se limita a autorizar que el paciente pueda llevar el humor a la casa de la machi y posteriormente pueda tomar el lawen estando hospitalizado, si bien en ambos casos se permite la atención de la machi, esta depende de la autorización del médico, la diferencia de opinión entre estos equipos también obedece –considerando la jerarquización de la salud pública- a una decisión de jefatura técnica del equipo de salud mental que considera a la machi como parte de la atención y tratamiento, en términos de Menéndez, se está haciendo un esfuerzo para que el paciente se mueva entre un Modelo Médico Hegemónico (MMH) a un Modelo Alternativo Subordinado (MAS) donde una de sus características principales es que las acciones terapéuticas suponen casi siempre la eficacia simbólica y la sociabilidad como condicionantes de la eficacia. Cabe señalar que este modelo también es Globalizador y se mantiene la relación asimétrica médico- paciente.

Dificultades en la implementación

En cuanto a las dificultades que se identifican en este proceso de implementar una atención de salud con pertinencia cultural los gestores de salud manifiestan el hecho de no lograr homogeneizar la atención de la machi para convertirla en prestación, protocolizarla y traerla a atender en un box; otra situación que se plantea como dificultad y genera resistencia es que la atención con pertinencia cultural estaría fuera de la legalidad al no estar protocolizada; reconocen sí que falta aprender este conocimiento en la formación profesional de pregrado.

El empeño de traer a la machi a atender al hospital, convertirla en prestadora de salud y considerar la atención con pertinencia cultural fuera de la legalidad obedece en primer lugar a un proceso de intervención del sistema de salud oficial en la reproducción socio-histórica del pueblo mapuche, iniciado con el control de natalidad en los sesenta y luego con la intensificación de acciones biomédicas y el aumento de la cobertura de las mismas por medio del Servicio Nacional de Salud (SNS). Cuyul (2017), en la actualidad se insiste desde esta política multicultural en incorporar agentes de salud mapuche como la machi por ejemplo a la atención en un box, ignorando por completo el rol que cumple en la sociedad mapuche; propiciando como lo plantea Cuyul (2017) que se desnaturalice su rol comunitario interrumpiendo la cosmovisión y práctica en el contexto territorial, disponiendo al terapeuta indígena en un espacio aislado que facilita su domesticación tecnocrática.

En segundo lugar esta visión de los gestores de salud es la consecuencia de una visión hegemónica de agentes sociales con un habitus de estructuras estructurantes rígidas donde la interacción con la cultura de un pueblo originario sea cual sea, no ésta presente y esta visión es reforzada con la adquisición de capital cultural en la formación profesional que incluye al parecer en algunas ocasiones una noción de interculturalidad funcional, que les da a estos profesionales una posición de poder en el campo de la salud pública que los lleva a imaginar desde esta interculturalidad funcional a la institución que la salud intercultural es parte del campo de la salud pública, y por ende, las reglas del juego en este campo de la salud pública se deben mantener, cuando en realidad corresponde a un nuevo campo o sub campo de la salud pública y como lo plantea Boccara (2007) “La definición de un modelo de salud intercultural pasa por la formación de un nuevo campo de significación y de relaciones de poder dentro del cual los agentes de salud

se ven constreñidos a tomar posiciones y expresar opiniones tanto en función de sus intereses individuales y grupales como en función de identidades étnicas y sociales a las cuales se encuentran adscritos vía la nueva visión multiculturalista y neoliberal del mundo social”. En cuanto a reconocer que les falta conocimiento en el pregrado, creo que se podría especular que es una estrategia de juego en el campo de la salud pública que les permita por un lado mantener su posición y acumular capital simbólico, ya que esta dificultad no se presenta como estructural sino como superficial, para responder de manera eficiente a esta necesidad de atención con pertinencia cultural cuando se requiera.

A nivel de jefaturas medias cobra relevancia los conflictos en los equipos que genera este tipo de atención porque no todos están de acuerdo, además del hecho de que la machi no esté registrada como prestadora o relatora y que la ley de compras en este caso no de espacio a la pertinencia cultural; les preocupa en relación a la atención del paciente no poder garantizar la continuidad del tratamiento de la machi por falta de recursos de la familia y en relación a los funcionarios no tener claridad de cómo se seguirá avanzando en esta materia, y la falta de compromiso de los directivos de turno. En relación al conflicto en los equipos, sin duda que es un hecho innegable que no todos los funcionarios estén de acuerdo, sin embargo en esta ocasión la tensión se genera por que no hay claridad en el rol de cada uno en el proceso de atención con pertinencia cultural, es decir es una tensión, pro atención con pertinencia cultural, lo que implica que el equipo está de acuerdo con esta atención, sin embargo, todo previa autorización de su jefatura, y aquí volvemos a la práctica de una interculturalidad funcional al sistema de salud institucional, por eso les complica que la machi no sea prestadora, le atribuyen a esa dificultad, que el paciente no cuente con el recurso económico para terminar su tratamiento con la machi.

A nivel de TENS se manifiesta a pesar del interés de participar de las actividades de la unidad intercultural, poco interés de los funcionarios por aprender de la cultura mapuche, pone como ejemplo los problemas que tienen con la nutricionista que no dejan que los adultos mayores puedan tomar agua con harina o mate; poca difusión de las acciones, una mayor orientación de los protocolos existentes hacia la atención cerrada y también aluden a la falta de compromiso de los directivos de turno. La falta de interés por aprender a pesar de estar interesados en participar de las actividades de la unidad intercultural, tiene que ver con el habitus de cada agente social en este caso funcionario, y como se plantea con los gestores directivos, el interés por participar de las actividades de la unidad intercultural pueden obedecer a una estrategia de acumular capital simbólico, para mantener o incluso mejorar su posición dentro de este campo de la salud pública, desechando la oportunidad de acumular capital cultural, para aportar a la configuración de este nuevo sub campo de la salud intercultural.

El informante clave pone el énfasis en una dificultad estructural que tiene que ver con las metas y los bonos que al no estar asociados a las acciones interculturales esta no son prioridad ni para el funcionario, ni para la institución, también le preocupa la falta de interés de los funcionarios y considera que la actual estructura de la unidad intercultural ampliada debe cambiar y abrirse a todos los funcionarios, en cuanto a la atención en el box plantea que con doce minutos para atender es imposible lograr un mínimo de empatía o de acercamiento entre el médico y el paciente, y por último y no menor dificultad, es que la continuidad del tratamiento con pertinencia cultural no se puede garantizar a nivel de red, es decir que solo en este hospital existen algunos protocolos, pero si el paciente es trasladado a otro hospital de la red no se puede continuar con el tratamiento. Estamos frente a otra evidencia que el modelo de atención de salud del hospital Kallvu Llanka es

eminentemente Biomédico y multicultural, como lo plantea Cuyul (2012) “La institucionalidad actual ha ignorado en términos operativos las verdaderas cuestiones de fondo respecto de la situación de salud de las comunidades mapuche como lo son las determinantes estructurales, históricas y socioculturales que influyen en la salud de nuestras comunidades.[...] en este sentido La interculturalidad va sirviendo para disfrazar y más bien opacar situaciones de desigualdad tal como se ha hecho en otras zonas de concentración de población”.

Para los usuarios las dificultades pasan por el poco conocimiento de los funcionarios sobre cosmovisión mapuche, lo que agudiza esa barrera cultural que ya existe a nivel estructural y por otro lado el poco compromiso de los funcionarios en general, en especial de los funcionarios mapuche, en este mismo sentido aluden que no se ha cumplido un compromiso institucional de contratar profesionales mapuche del territorio.

En la entrevista grupal ambos equipos coinciden en la falta de difusión de las acciones a funcionarios y usuarios, que existe una falta de conocimiento de la cosmovisión mapuche y respecto a cómo se articulan los equipos hay que mejorar específicamente la comunicación con facilitadores interculturales, ahora bien, de manera diferenciada mientras servicios clínicos plantea que en ese espacio de atención hay un predominio biomédico, en corta estadía siquiátrica manifiestan su preocupación por garantizar la continuidad del tratamiento de la machi en sus pacientes, respecto a la participación en actividades culturales solo se manifiesta como una dificultad en servicios clínicos, lo que podría indicar que en corta estadía siquiátrica si pueden participar en actividades de la unidad intercultural a pesar de tener ambos equipos el mismo sistema de turno.

En síntesis cuando las dificultades planteadas se refieren a no poder convertir a la machi en una prestadora de salud para traerla a atender al hospital, porque de ser así podríamos garantizar la continuidad del cuidado a aquellas familias que no tienen recursos; que la atención con pertinencia cultural esta fuera de la ley por lo tanto hay que protocolizar; que hay predominio biomédico en la atención de salud con pertinencia cultural, que los tiempos de atención son incompatibles con el enfoque intercultural; que esta atención no está asociada a cumplimiento de metas y pago de bonos; que los equipos no pueden participar de las actividades de la unidad intercultural por su sistema de turnos, obedecen a la lógica de un modelo médico hegemónico que impera en nuestro país y que tiene como características principales según Menéndez “ el biologismo, a-sociabilidad, a-historicidad, a-culturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud/enfermedad como mercancía , tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión entre teoría y práctica. (Menéndez E. 2003, et al). Con lo planteado como dificultad lo que se observa es que se quiere avanzar pero manteniendo la hegemonía de lo biomédico, en un contexto de política de salud multicultural.

Ahora bien las dificultades se plantean en relación con, falta de conocimiento; de interés por aprender y de compromiso por parte de los funcionarios y directivos de turno, con estos planteamientos volvemos a situarnos en los concepto de habitus y campo de Bourdieu, donde el conocimiento de la cosmovisión mapuche al no ser parte del campo de la salud pública , pero sí de este nuevo y emergente sub campo de salud intercultural, aunque subordinado al campo de la salud pública, en términos de relaciones de poder. No resulta necesario para el agente social

funcionario incorporar el conocimiento de la cosmovisión mapuche a su habitus, y solo aspira a acumular capital simbólico, para el momento apropiado. En este sub campo de salud intercultural en el entramado de relaciones objetivas entre posiciones de fuerza, predomina las necesidades de quienes están en una posición de poder en este caso las jefaturas gestores de salud y directivos que deben velar por el cumplimiento de las normas, de esta forma el conocimiento de la cosmovisión mapuche no es prioridad para este nivel de decisión y así lo perciben los funcionarios que se sitúan más abajo en esta escala de poder y que además el conocimiento mapuche es parte de su habitus por vivir en comunidad acumulando un alto capital cultural y dependiendo de la situación también simbólico, pero aquel funcionario donde el conocimiento mapuche no es parte de su habitus, las decisiones de sus jefaturas se debe acatar sin cuestionamiento, lo que sucede en la mayoría de los funcionarios del Hospital. Las estrategias de gestores y directivos para consolidar sus posiciones pasan por otras prioridades. Lo mismo aplica para las dificultades de falta de difusión, problemas de comunicación con facilitadores interculturales, incumplimiento de compromisos institucionales. Respecto a las dificultades que implican la preocupación de cómo seguir trabajando de aquí en adelante y los conflictos en los equipos, pasa por la confrontación de percepciones y subjetividades de funcionarios con la intención de incorporar en este sub campo, capital cultural que no hay en este momento asociado a nuevas acciones vinculadas a la cosmovisión mapuche, versus aquellos que prefieren un “status quo” que mantiene inalterado su posición y rol en esta estructura institucional.

Avances en la implementación

En cuanto a los avances los gestores desde un punto de vista de la historicidad destacan que de un tiempo a la actualidad se ha avanzado en la cantidad de acciones con pertinencia cultural que se realizan en distintas áreas como salud mental, kinesiología-Traumatología, Obstetricia, curaciones avanzadas y alimentación a hospitalizados; en la elaboración de protocolos existentes, en la disminución de la resistencia por parte de los funcionarios en especial en el área obstétrica y en el reconocimiento de agentes de salud mapuche para la derivación de pacientes, esto a pesar de las dificultades mencionadas en el punto anterior.

Desde las jefaturas medias se destacan la permanencia en el tiempo de un plan de compras con presupuesto propio del Programa Especial de Salud para Pueblos Indígenas (PESPI), en salud mental la comunicación con la machi para ver un paciente con el psiquiatra y en este mismo sentido se reconoce un avance desde lo técnico en la elaboración de un protocolo.

El informante clave manifiesta que lo principal y en general es que hoy existe un reconocimiento por parte de la biomedicina del sistema de salud mapuche reflejado en las acciones que se realizan.

La percepción de los funcionarios incluyendo al informante clave (facilitador intercultural), es positiva en cuanto a reconocer que las acciones que realiza el hospital en materia de atención de salud con pertinencia cultural, en comparación a algunos años atrás se han consolidado como parte de la atención de salud en general de este Hospital. En términos de Bourdieu los agentes

sociales (funcionarios) están visibilizando y valorizando el capital cultural y simbólico que representa la adquisición de conocimiento de la cosmovisión mapuche en el campo de la salud pública en este Hospital que se denomina Intercultural, sin estar exentos de tensión, ya que en el campo de la salud pública las reglas del juego son eminentemente de carácter científico, por ende biomédico.

Los usuarios por su parte solo ven un avance moderado y esperan avanzar más. A pesar del optimismo de los funcionarios en general, los usuarios siguen con la impresión de que no se ha avanzado lo suficiente, me atrevería a especular que los usuarios perciben que los cambios son de más bien de forma y no de fondo, esto es desde la perspectiva del hábitus que nos dice que, las expectativas de los usuarios proviene de un campo social diferente al de salud pública e intercultural donde el principal capital es el cultural, lo que provoca en el campo de la salud pública en el hospital un verdadero choque entre el capital cultural de los usuarios y el de los funcionarios, provocando en estos últimos una reacción inicial casi instantánea de apego a las reglas del juego del campo de la salud pública, de esta manera el usuario cuando demanda ser atendido con pertinencia cultural, observa cierta resistencia inicial de los funcionarios y acude por lo general a la oficina intercultural para que respalden su requerimiento, por eso entre otras cosas siguen percibiendo que a pesar del nombre de intercultural su infraestructura, sus protocolos, se ha avanzado poco, porque de acuerdo a su hábitus y capital cultural, sus demandas hacia el campo de la salud pública no solo van por mejorar el acceso, la calidad de la atención y las inequidades sino también por un real respeto, tolerancia y disposición de los funcionarios a estas justas demandas.

10.3.- Objetivo Específico: Describir el proceso de generación de propuestas para el diseño e implementación de un modelo de atención y gestión de salud intercultural, desde la perspectiva de los usuarios mapuche, funcionarios y gestores de salud.

Para la aproximación a este objetivo se aplicaron tres instrumentos entrevista individual-grupal y revisión de archivos, en primer lugar se expondrán los resultados de cada instrumento por separado, para dar paso a la triangulación de instrumentos (entrevista individual-entrevista grupal y revisión documental de archivos) y de actores (usuarios-funcionarios y dirigentes).

En las entrevistas individuales y en relación a las propuestas de trabajo para avanzar en esta materia, los gestores de salud insisten en homogeneizar la atención de la machi protocolizándola y más aún esperan que los protocolos de atención con pertinencia cultural debiesen ser absorbidos por los protocolos más generales y colocar la atención con pertinencia cultural como una sección más, por ejemplo el protocolo de curaciones con pertinencia cultural eliminarlo y colocar esta atención en una sección del protocolo general de curaciones; en atención cerrada proponen dialogar con los usuarios hospitalizados con el fin de retroalimentarse de sus opiniones para avanzar en la atención con pertinencia en este espacio, al mismo tiempo reforzar la capacitaciones con el ánimo de sensibilizar a los equipos y lo que llama la atención es que a pesar de no considerarlo una dificultad, proponen generar espacios de participación de los funcionarios en reuniones con las comunidad, en especial de aquellos equipos en los cuales se está demandando una atención con pertinencia cultural, esto con el fin de disminuir la resistencia de los funcionarios que se verán involucrados en los futuros cambios. En la mayoría de las propuestas predomina el

racionamiento desde un Modelo Medico Hegemónico (Menéndez 1988. P 451), que se identifica ideológicamente con la racionalidad científica y la eficacia pragmática excluyendo el saber del paciente, ya que aunque exista interés en hablar con el paciente en la atención cerrada, se presume por la complejidad de ese servicio que las sugerencias aceptadas serán aquellas que no cambien el actual funcionamiento de este servicio; en cuanto a la participación de funcionarios en reuniones de comunidades se puede entender por un lado con una demanda de participación de los funcionarios por ser parte activa en el dialogo de las comunidades para trabajar juntos el diseño e implementación de la atención de salud con pertinencia cultural, y por otro solo el hecho de exigir ser informado debidamente sobre cualquier cambio que se genere en la atención de salud y no que se les impongan de un momento a otro un protocolo que cambie su manera de trabajar que ha desarrollado por años de una forma y que ahora será de otra. En este proceso las reglas del juego en el campo de la salud están cambiando en algo o el sub campo de la salud intercultural está emergiendo.

Las jefaturas medias proponen un cambio en la ley de compras pero que este venga desde el nivel central, un cambio en la actual estructura de la unidad intercultural para integrar a más funcionarios y una transversalización de este enfoque en todos los programas del hospital, también se propone mayor difusión de las acciones, y mejorar la articulación de las sub unidades de la unidad intercultural que hasta ahora trabajan por separado; se reconoce que en salud mental se ha aceptado que como hospital intercultural se debe hacer todo lo posible por atender respetando la cultura mapuche y ahora lo que debe preocupar es como garantizar la continuidad del cuidado de la machi a nivel de red hospitalaria. En este nivel, en especial en las unidades de atención clínica, ya no se cuestiona si se debe atender o no a un paciente mapuche de acuerdo a su cultura, sino que

ahora la interrogante es como lo hacemos aquellos que aún no empiezan y como mejoramos los que ya llevan algo avanzado. Los agentes sociales (funcionarios) están en proceso de aceptar este nuevo conocimiento cultural mapuche en la atención de salud, que implica tensión considerando que el campo de la salud pública es científico- biomédico, burocrático y político, y el elemento cultural mapuche apunta en sentido contrario, a pesar de ello los funcionarios aceptan este desafío, sin embargo, y en términos de Menéndez, lo que se está haciendo es avanzar hacia un Modelo de Médico Atención Subordinado, donde se integran las prácticas tradicionales en salud a espacios institucionales.

A nivel de ejecución de procedimientos clínicos del TENS se propone capacitaciones en terreno con el fin de conocer a los agentes de salud; visitas domiciliarias a pacientes de comunidad; generar espacios de diálogo entre la machi y el médico para analizar casos y a su vez que sea la machi como agente de salud la que oriente al hospital en este camino y por ultimo algo muy relevante desde lo cultural que es realizar el nguillatün que falta para completar el ciclo cultural por la construcción del hospital. De estas propuestas más allá de lo operativas que puedan resultar, la complejidad se instala en propiciar espacios de dialogo entre la machi y los médicos, pero con la machi como guía en este proceso de diseño e implementación de una atención con pertinencia cultural, que implicaría no solo el diálogo Machi- Médico, sino el hecho de aceptar por parte del estamento médico a la machi como guía para generar cambios en la atención de salud en un campo biomédico; además del evidente choque de habitus; la diferencia y convergencia de capital simbólico de estos agentes sociales entendiendo que a pesar de sus profundas y estructurales diferencias ambos tiene el rol de tratar y restaurar la salud de una persona, y la posición de la machi respecto al médico, dentro del campo de la salud pública, este dialogo sería posible, sin embargo,

solo sería el primer paso de un proceso de cambios en la atención de salud, y de visibilización de este emergente sub campo de la salud intercultural o en términos de Boccara (2007) “advertimos el surgimiento de nuevas disputas de significaciones y clasificaciones en torno a los mismísimos términos de salud y cultura. De hecho los agentes sociales indígenas (en este caso la machi) tienden a desarrollar, dentro de este nuevo campo y en función de las posiciones que ocupan, estrategias contra-hegemónicas que contribuyen a la configuración del nuevo espacio de la interculturalidad.

Para el informante clave el factor humano es fundamental de ahí su propuesta de buscar la forma de involucrar a todos los funcionarios, partiendo por el cambio en la estructura de la unidad intercultural ampliada y vigilando que los funcionarios nuevos que lleguen al hospital tengan la disposición a sumarse a este proceso. Estas propuestas buscan transversalidad en la disposición de los agentes sociales (funcionarios) a sumarse a este proceso, sin embargo, se debe considerar cierta resistencia proveniente de la trayectoria personal de los agentes sociales, sus capitales culturales y simbólicos y de hasta dónde están dispuestos estos agentes sociales a trazar para desenvolverse con éxito en esta campo de la salud pública.

Los usuarios por su parte proponen que los directores de servicio tengan una mayor apertura y la facultad de trabajar directamente con el ministerio en esta materia, que se hagan los esfuerzos por establecer una relación de respeto con las machi del territorio a pesar de la distancia cultural que los separa y en cuanto a los funcionarios en general proponen mejorar las instancias de capacitación y trabajar en la concientización de la relevancia que tiene para el territorio y las comunidades que se avance en este hospital en particular en una atención de salud con pertinencia

cultural. Estas propuestas reflejan en parte una percepción similar a la del reconocimiento de los avances, ya que se reitera este anhelo de avanzar hacia una atención de salud con pertinencia cultural propiamente tal, pero también en este apartado incorporan para el logro de este objetivo, la gestión política cuando se propone mayor facultad para el director de servicio de salud para tratar los temas de salud intercultural directamente con el ministerio, sin embargo, con la actual política multicultural, me parece que no se logra mucho con darle mayores atribuciones al director del servicio de salud.

Desde una perspectiva grupal las propuestas por equipos son las siguientes: en servicios clínicos existe preocupación por entregar información a usuarios hospitalizados, mejorar comunicación con facilitador intercultural para vincularlo con el usuario de comunidad que requiera esta atención, participar más en capacitaciones, generar espacio de dialogo de la machi con los médico con el fin de sensibilizarlos, articularse mejor con otros servicios como por ejemplo central de alimentación; lograr una atención complementaria de médico y machi simultáneamente.

El equipo de corta estadía siquiátrica propone buscar alianzas estratégicas con municipalidad para garantizar el acceso y continuidad de una atención de salud con pertinencia cultural para aquellos con problemas de recursos económicos, elaborar protocolo de derivación-atención, capacitar al equipo con conversatorio exclusivos con agente de salud, mejorar la gestión de la devolución de horas cuando sean capacitados o participen en actividades de la unidad intercultural y asegurar continuidad del cuidado en los diferentes niveles de atención de salud mental (Primaria: PROSAM, Secundaria: COSAM y Terciaria: Hospital de día y UHCIP).

En cuanto al rescate de documentación de archivo, se encontró la primera acta del comité provincial de salud intercultural que se constituye con el objetivo de asesorar desde las comunidades al servicio de salud y al hospital en la incorporación del enfoque intercultural en el proyecto de remodelación del nuevo hospital.

En este documento quedan plasmados dos grandes desafíos, incorporar elementos de la cultura mapuche en la infraestructura por un lado y por el otro en la atención de salud. Identificando como los principales aspectos los siguientes; en infraestructura sus demandas iniciales parten de la base de asegurar elementos de la cultura mapuche en espacios como el acceso principal, salas de hospitalizados, box de atención, oficina para atención de usuarios, sala de parto, espacio ceremonial, casa de acogida para pernoctación de usuarios rurales y morgue; respecto a la atención sus principales demandas pasaban por asegurar atención complementaria de médico y machi, elementos de la cultura mapuche en la alimentación de hospitalizados y parto, garantizar atención de salud a usuarios de comunidades de las comunas de Contulmo, Cañete y Tirúa; y por último y a nivel local trabajar en directa coordinación con las postas de la comuna de Cañete.

Estas demandas iniciales reflejan, aspiraciones que en el proceso de diseño debieron ser sometidas a las evaluaciones de los técnicos del servicio de salud, tal vez por esa razón si bien el hospital tiene morgue, ésta aún no tiene elementos culturales, cabe señalar que al momento de abrirse el nuevo hospital ya como intercultural no se cumplieron con todas las demandas aquí expuestas, por ejemplo; en infraestructura; la sala de parto, la casa de acogida y el espacio ceremonial este último no se ha habilitado, porque el acuerdo fue que se iba a ocupar una vez hecho el Nguillatün que falta, en cuanto a la atención de salud ninguna de las demandas se habían

implementado, solo se contaba con dos facilitadores interculturales y la reciente unidad intercultural ampliada; después de dos años se empezaron a concretar algunos avances en materia de atención de salud con pertinencia cultural, en la actualidad aún no se implementa en un cien por ciento la sala de parto y se está en pleno proceso de debate intrahospitalario de cómo llevar adelante la complementariedad en la atención de salud, respecto a la cobertura de atención directa de las comunas de Tirúa, Contulmo y Cañete, esta no fue posible, ya que desde el punto de vista administrativo cada comuna tiene su red de salud, por lo tanto las comunidades de Contulmo y Tirúa se atienden directamente en su comuna y son derivados por interconsulta al Hospital Kallvu LLanka y en la comuna de Cañete, la cobertura de atención se divide en fiscal- urbana con atención directa en el Hospital; municipal rural y urbana con atención en postas y CECOSF, lo que implica que a pesar de la demanda de las comunidades, solo se pueden atender directamente en el hospital aquellas situadas en la comuna de Cañete y en el sector urbano que no superan el 10% del total de comunidades de la comuna, el otro 90%, se atiende directamente en postas y CECOSF y solo llegan al hospital por interconsulta a especialidades o a servicios clínicos. Esto explica en parte que los usuarios tengan la percepción de que se ha avanzado pero no como ellos querían.

Cuando revisamos cuanto de lo comprometido por el Estado se ha cumplido, se evidencia como plantea Cuyul (2017), “que la noción de salud intercultural fomentada por este tipo de políticas de salud responde a una visión funcionalista y cosificante de cultura, despojándola de dinámicas relacionales entre colectividades y de su determinación material respecto del territorio y las relaciones políticas que determinan la vida y la salud.”

Reflexiones finales

Retomando el problema de investigación que plantea, el hecho de que a pesar de tener el hospital la denominación de intercultural, este al parecer no cuenta con un modelo de atención de acuerdo a su condición, es decir un modelo de atención de salud con pertinencia cultural, por tanto los objetivos pretenden responder a esta problemática, considerando dificultades, avances y propuestas, que permitan dilucidar si cuenta o no con los atributos necesarios para declarar que tiene un modelo de atención pertinente, a través de la sociología reflexiva de Pierre Bourdieu.

Como primer hallazgo y respecto a los avances se detecta una diferencia sustancial en las percepciones de usuarios y funcionarios, mientras para los primeros los avances han sido moderados, para los segundos son significativos, hay un choque de percepciones en este sub campo de la salud intercultural que obedece a las grandes diferencias que existen en ambos grupos del habitus de usuarios y funcionarios, pero también del capital cultural, ya que por un lado en el habitus de los usuarios están muy presentes elementos de su cosmovisión y en el funcionario predominan sus conocimientos profesionales y técnicos, lo que implica también una diferencia en el capital cultural, mientras el funcionario tiene un mayor capital adquirido en el usuario predomina el simbólico, y esta diferencia se acentúa en el campo de la salud pública y por ende en el sub-campo de la salud intercultural, donde estas fuerzas pugnan, logrando imponer su superioridad el capital cultural adquirido. En este mismo sentido para los funcionarios tiene un gran valor las acciones que se ejecutan, pero para los usuarios no. Esto se acentúa por otros factores como el incumplimiento de compromisos por parte de las autoridades de turno y la confusión que

aún existe de que por ser un hospital intercultural, el usuario mapuche cree que se puede atender sin importar si es de posta o no aunque esto ha disminuido todavía está presente.

A pesar de lo anterior y ahora del punto de vista de funcionario, en la práctica los elementos favorables que se detectaron como la disminución de la resistencia, la generación de protocolos y el diálogo de la machi con el Psiquiatra, el Ginecólogo o el del traumatólogo con el ngutamcheve (componedor de huesos) o de la lawentucheve con la nutricionista y matrona, nos dice que los funcionarios han asumido que por trabajar en un hospital intercultural se debe avanzar en esta materia, y eso ha traído consigo la problematización del sistema de atención y gestión de salud, identificando fallas en este, que no permiten avanzar como se quisiera y a demandar a la unidad intercultural más capacitaciones, mayor difusión y espacios de sensibilización para los equipos.

Considerando las percepciones de usuarios y funcionarios en materia de avances y como se planteó en el marco teórico Cuyul (2012) “Hablar de los modelos mapuche de salud intercultural implica entenderlos como un constructo cultural problematizado por las organizaciones mapuche que, junto con una fuerte demanda de atención de salud convencional por causa de la inacción del Estado, conceptualiza una forma de abordaje de la salud del territorio mapuche determinado.” En este momento se observa que también los funcionarios están en este proceso de constructo problematizado, sin embargo, se ha ignorado deliberadamente la necesidad de retomar el diálogo con las comunidades, de manera tal que para que este proceso de constructo cultural sea intercultural y no mono-cultural solo desde la mirada del funcionario, se debe dialogar con las comunidades.

En este punto y en lo concreto para los funcionarios en general si se ha avanzado hacia un modelo de atención con pertinencia cultural, pero para el funcionario mapuche y con conocimiento de su cosmovisión aún falta mucho por hacer y coinciden con las percepciones de los usuarios que también reconocen que han cambiado algunas cosas pero es muy poco respecto a las expectativas que existen en las comunidades.

Ahora bien los elementos adversos, siguen siendo aquellos vinculados a la estructura de funcionamiento de este sistema de salud pública que lleva a intentar integrar y no interrelacionarse de igual a igual con el sistema médico mapuche, es decir que este modelo médico hegemónico intenta mantener su dominio, por eso se quiere convertir a la machi y cualquier agente de salud mapuche en prestador de salud y traerlo al hospital a atender en un box, pero hablar de lo cultural en espacios institucionales desde la perspectiva de usuarios y funcionarios con un habitus donde está presente como capital cultural y simbólico el conocimiento de la cosmovisión mapuche, puede llevar a la folcklorización de lo sagrado. La resistencia al cambio en el campo de la salud pública pasa por no solo por las características de habitus y capital de cada agente social, sino también por las características estructurales de este campo como lo es la posición de poder y hegemonía respecto a otros sistemas de salud, la burocracia, la mercantilización de la salud pública, de esta forma el diálogo con las comunidades en un contexto de política multicultural, no sería necesario, de hecho, como se menciona en el párrafo anterior, en la actualidad no hay dialogo con las comunidades del territorio, todo lo que se ha avanzado ha sido en base a las demandas iniciales establecidas y acordadas en la primera reunión del comité de salud intercultural, (información rescatada de la revisión de archivos) y a algunos trawün realizados con mujeres mapuche de la comuna, es más todavía hay comunidades que no saben lo que hace el hospital, a pesar de que los

funcionarios consideran importante el dialogo con las comunidades, esto no ha sido posible. Aquí cobra relevancia lo que plantea Menéndez (2006) citado en Cuyul (2012) “la interculturalidad se concibe de manera superficial, como si se tratara de relevar la salud de las comunidades –determinadas histórica y socialmente- a promover relaciones armónicas per se entre sistemas médicos y culturas que en la realidad se encuentran en permanentes dinámicas de hegemonía/subalternidad”. La problemáticas en el diseño e implementación de un modelo de atención con pertinencia cultural radica en aspectos estructurales.

En cuanto a las propuestas para avanzar en la atención con pertinencia cultural, del punto de las comunidades son aquellas emanadas en el proceso de remodelación del hospital, con varios años de antigüedad y en la actualidad no se ha retomado el diálogo con las comunidades, por lo tanto lo más actual son aquellas que provienen de la comunidad intrahospitalaria (funcionarios) que derivan de la problematización que se está haciendo en este momento; destacando el hecho de que se debe propiciar el dialogo de la machi con el médico en especial el EDF con el fin de sensibilizarlo, cambiar la normativa vigente (ley de compras, sistema de turnos), dialogar con el paciente mapuche en el hospital, dialogar con las comunidades en terreno, transversalización, mayor difusión, sensibilización, articulación de acciones y de sub unidades de la unidad intercultural ampliada, todas estas propuestas que si bien no alteran en nada el actual sistema de salud. Llamam a problematizar el trabajo del hospital incluso a cambiar la actual estructura de la unidad intercultural y buscar la forma de involucrar a todos los funcionarios, en suma si la política intercultural sigue siendo multicultural, y aunque algunas de estas propuestas sean de carácter estructural a lo que se está aspirando es a un modelo Médico de Atención Subordinado (MAS). En síntesis a pesar de existir todo un marco normativo nacional e internacional, la política de salud

intercultural en Chile, ha propiciado en términos de Cuyul que “estos modelos coexistan en relaciones de hegemonía/subordinación con el sistema de salud oficial y en general en conflicto con el modelo biomédico de atención de salud.”

La interculturalidad como concepto comprende una relación simétrica entre dos culturas y eso en Chile no existe, lo que me lleva como a muchos a la siguiente reflexión: Que el enfoque intercultural en palabras de Cuyul (2017) al ser paternalista “desconoce el ejercicio de autonomía y el derecho a la autodeterminación mapuche, que desde las experiencias autónomas de salud se pueden traducir en intervenciones sanitarias colaborativas y que no reproduzcan el tutelaje sanitario que han salvaguardado los programas de salud especiales para indígenas”. En la práctica el hospital Kallvu Llanka, no es intercultural, a pesar de su nombre, su infraestructura, sus protocolos y la resolución que así los estipula, a la luz de los resultados de esta investigación me atrevería a decir que recién se están dando los primeros pasos desde lo técnico-clínico solo para alcanzar en la relación médico-paciente una atención de salud con pertinencia cultural, entendiendo la pertinencia como la adecuación de los procedimientos clínicos de acuerdo a la cultura del territorio, porque de gestión ni hablar, en esta área el camino es mucho más complejo porque implica un cambio transversal y estructural en las actuales normativas, y no solo en salud, ya que cuando hablamos de salud mapuche, de acuerdo a Cuyul (2017) “está integrada a todos los fenómenos de la vida misma y atiende a determinaciones económicas, políticas, ambientales, espirituales, culturales e históricas que a su vez son dimensiones que pueden sintetizarse en el concepto de *Küme mongen*”.

A pesar de lo anterior el hospital está realizando una serie de acciones que han generado en los funcionarios una problematización en su ámbito laboral, lo que lleva a un proceso incipiente de construcción de un nuevo modelo al menos de atención de salud, es en este inicio del proceso están llamados a repensar la salud desde todos los actores, a dar pequeños pasos, pero avanzar y mantener el terreno ganado, entrar en el campo de la salud pública, en el sub campo de la salud intercultural y como agentes/actores jugar el juego y buscar las estrategias para consolidar cada vez más una posición de cambio/ transformación. Como lo plantea De Souza Campos (2006) “Dejar que la sensibilidad o el deseo de las necesidades de los usuarios, de la clientela, penetren en todos los poros de la organización”.

Recomendaciones

De acuerdo a los resultados y reflexiones finales El Hospital Intercultural Kallvu Llanka, está aún muy lejos de serlo, además tampoco ha alcanzado en plenitud un modelo de atención con pertinencia cultural, pero se está abriendo camino para avanzar al menos en esta característica, para lo cual se propone en el ámbito intra y extra-hospitalario lo siguiente:

En el intrahospitalario con funcionarios;

Exigir desde la unidad intercultural a dirección que se garantice la participación de todos los funcionarios ya sea cuarto turno o diurno en actividades de la unidad intercultural, sean estas ceremonias o capacitaciones dentro fuera del recinto hospitalario.

Generar espacios de diálogo entre facilitadores interculturales, agentes de salud, equipos y estamentos para propiciar instancias de sensibilización y elaborar en conjunto propuestas de trabajo por equipos para avanzar en el diseño y implementación de un modelo de atención con pertinencia cultural.

Revisar la actual estructura de la unidad intercultural y sus sub unidades, con el fin de identificar falencias y trabajar en su mejora en el corto plazo, para avanzar hacia una transversalización del enfoque intercultural en los equipos.

En el intrahospitalario en la atención de salud:

Mantener el actual sistema de atención de los agentes de salud fuera del hospital, en sus casas y sin intervenir en pago de la atención, respetando su decisión de no ser prestadores de salud.

Revisar los actuales protocolos con facilitadores interculturales, usuarios y equipos involucrados en cada uno de estos.

En el extra-hospitalario

Generar una mesa de trabajo en salud permanente con representantes del territorio, funcionarios y directivos tanto del hospital como de las postas, para trabajar en conjunto el diseño e implementación de un modelo de atención con pertinencia cultural.

Finalmente propiciar una experiencia piloto con el departamento de salud municipal en una de sus postas o CECOFs para mejorar la red de atención en especial de los usuarios rurales de comunidades.

Anexos

13.1.- Carta Gantt

Elaboración de Carta Gantt que incluya etapas/fases y actividades

Recursos:

- Notebook,
- Red de internet domiciliaria que permite la revisión bibliográfica on line.

ETAPAS	ACTIVIDADES	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6
Proyecto	1.- Elaboración proyecto de investigación. 2.- Presentación al comité de ética, para revisión	X					
Recogida de Datos.-	1.- Entrevistas Individuales.- 2.- Entrevistas Grupales.- 3.- Revisión documental.-	X	X				
Transcripción de datos	1.- Transcripción de entrevistas individuales y grupales.-		X	X			
Análisis de Datos.-	1.- Análisis de Datos.-			X	X		
Elaboración y presentación de informe final	1.-Revisión de redacción.- 2.- Elaboración final.-				X	X	
Defensa de tesis.-	1.- Presentación a comité de evaluación						X

- Algunos libros en papel de metodología de investigación

13.2.- Pauta de entrevista estandarizada:

1.- Tema: Identificación Personal

1.1.- Sub tema: Tiempo de residencia.

1.2.- Sub tema: Percepción del contexto territorial en relación a Comunidades-Estado-Forestales.

1.4.- Sub tema: Tiempo de trabajo en el hospital.

2.- Tema: Atención de salud

2.1.- Sub tema: Expectativas de una atención de salud.

2.2.- Sub tema: Expectativas de una atención de salud con pertinencia cultural

2.3.- Sub tema: Opinión de las acciones del hospital en salud con pertinencia cultural

2.4.- Sub tema: Dificultades para la implementación de una atención de salud con pertinencia cultural

2.4.- Sub tema: Avances en la implementación de una atención de salud con pertinencia cultural

Las preguntas se desglosan de la siguiente manera:

1.- Identificación personal

1.1.- ¿Su ciudad de origen? De ser negativa su respuesta pasar a la siguiente pregunta, si no pasar a las 3.

1.2.- ¿Hace cuanto tiempo vive en Cañete?

1.3.- ¿Que sabe de la relación Comunidades Indígenas Mapuche-Estado-Forestales?

1.4.- ¿Hace cuanto tiempo trabaja en el hospital? (solo para funcionarios)

Objetivo específico N° 1:

1.- **Describir y analizar las percepciones** de los usuarios mapuche del territorio, así como de funcionarios y gestores de salud del hospital, respecto a las acciones que ejecuta el hospital, para responder a la demanda de usuarios mapuche de recibir una atención de salud considerando elementos propios de su cultura.

Para cumplir con este objetivo desde la perspectiva de los usuarios se realizaron las siguientes preguntas:

2.1.-Preguntas para usuarios.

2.1.1.- ¿Qué es para usted una atención de salud en general?

2.1.2.- ¿Que es o debiera ser para usted una atención de salud intercultural?

2.1.3.- ¿Qué opina de las acciones que ejecuta el hospital para lograr una atención de salud intercultural?

2.1.4.- ¿Cuáles cree usted que pudieran ser las dificultades que tiene trabajar para lograr una atención de salud intercultural?

2.1.5.- ¿Cree usted que se ha avanzado para lograr una atención de salud intercultural?

Para cumplir con el objetivo N° 1 desde la perspectiva de los gestores y funcionarios del hospital se realizaron las siguientes preguntas:

2.1.2.- Preguntas para gestores y funcionarios de salud:

- 2.1.- ¿Qué entiende por modelo de atención y gestión de salud?
- 2.2.- ¿Qué entiende por modelo de atención y gestión de salud con pertinencia cultural?
- 2.3.- ¿Cuál es su opinión respecto a las acciones que ejecuta el hospital materia de atención de salud con pertinencia cultural?
- 2.4.- ¿Cree usted que se ha avanzado en esta materia?
- 2.5.- ¿Cuáles cree usted que pueden ser las dificultades que tiene el diseño e implementación de un modelo de atención y gestión de salud con pertinencia cultural?

13.3.- Pauta de Focus Group; Este instrumento se aplicó para lograr el objetivo específico N° 2, principalmente desde la perspectiva de los funcionarios, para visibilizar situaciones que han enfrentado como equipo, para avanzar en una atención con pertinencia cultural.

Objetivo específico N° 2

Describir el proceso de generación de propuestas para el diseño e implementación de un modelo de atención y gestión de salud intercultural, desde la perspectiva de los usuarios mapuche, funcionarios y gestores de salud.

Para este objetivo se realizaron las siguientes preguntas a funcionarios:

- 3.1.- ¿Cree usted que ya estamos frente a un modelo a atención y gestión en salud intercultural?
- 3.2.- ¿Cuál sería su propuesta para avanzar en este modelo?

Referencias Bibliográficas

Libros

- 1.- Baeza M. 2003 “De las metodologías cualitativas en investigación científico- social, diseño y uso de instrumentos en la producción de sentido.” Segunda edición, Universidad de Concepción, Impresión en talleres de dirección de docencia, Barrio Universitario, Concepción.
- 2.- Bourdieu P, Wacquant L, 2012 “Una invitación a la sociología reflexiva”. Siglo veintiuno Editores. Buenos Aires.
- 3.- Bourdieu P., 2013 “El Sentido de lo Práctico”, Siglo veintiuno Editores. Buenos Aires.
- 4.- Bourdieu P. 2001 “Poder, derecho y clases sociales”, Editorial desclée de Brouwer, S.A. Bilbao. 2da edición
- 5.- Citarella L. 1995, “Medicinas y culturas en la Araucanía” Editorial Sudamericana. Santiago. Chile.
- 6.- Cuyul Soto A. 2016, “Políticas de salud chilenas y el pueblo mapuche”, en Campos Navarro R. Antropología Médica e Interculturalidad” (pp. 449) Ciudad de México, Mc Graw Hill Educación. Editores S.A.
- 7.- De Sousa Campos G. 2006, “Gestión en salud. En defensa de la vida”. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- 8.- Denzin N., Lincoln Y. 2015, “Manual de investigación cualitativa, volumen IV; Métodos de recolección y análisis de datos”. Editorial Gedisa S.A., Barcelona.
- 9.- Denzin N., Lincoln Y. 2012, “Manual de investigación cualitativa, volumen II; Paradigmas y Perspectivas en Disputa”. Editorial Gedisa S.A., Barcelona.
- 10.- Mariman P. 2016, “Lawentuwün Trürwa Mapu Mew, la salud en el territorio de Tirúa”. Edición: CESFAM - Municipalidad de Tirúa. Chile.

- 11.- Ministerio de Salud, Sub Secretaria de Salud Pública, CEPAL-CELADE, 2010, Serie “Análisis de la Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile” N° 007. “Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la provincia de Arauco.”
- 12.- Priscilla R. Ulin, Elizabeth T. Robinson y Elizabeth E. Tolley, 2006, “Investigación aplicada en salud pública”(pp. 4), Washinton D.C., Publicación Científica y Técnica N° 614, Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- 13.- Saez Salgado M. 2016,” La práctica de la interculturalidad en salud: el caso de Chile”. En Campos Navarro R. Antropología médica e interculturalidad. (pp. 434, 435), Ciudad de México, Mc Graw Hill Educación. Editores S.A.
- 14.- Sandoval Casilimas Carlos A. 2002, “Investigación Cualitativa”, Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior, ICFES. ARFO Editores e Impresores, Bogotá, Colombia.
- 15.- Taylor S. J., Bogdan R. 2010, “Introducción a los métodos cualitativos de investigación”. Editorial Paidós. Barcelona.
- 16.- Valles M. 2007, “Técnicas cualitativas de investigación social, reflexión metodológica y práctica profesional”. Cuarta reimpresión, Editorial SÍNTESIS, Madrid.
- 17.- Vasilachis de Gialdino I., 2006 “Estrategias de Investigación Cualitativa”, Editorial Gedisa S.A., Barcelona, España.

ORIENTACIONES TÉCNICAS

- 1.- Ministerio de salud, Gobierno de Chile, 2016, “Orientaciones técnicas 2016 Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas, guía Metodológica para la gestión del programa.”

ARTICULOS DE LA WEB

- 1.- Alarcón M., Vidal H y Neira Rozas (2003), Salud Intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales, Revista Médica de Chile, volumen 131, n. 9, pp. 1. Santiago septiembre 2003. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>.
- 2.- Alarcón M, Astudillo D., Barrios C. y Rivas R. (2004), Política de salud intercultural: Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile, Revista Médica de Chile, volumen 132, n. 9, pp 1109-1114, Santiago septiembre 2004. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000900013>.
- 3.- Amparán A.C. “La teoría de los campos en Pierre Bourdieu”, en Polis Anuario de Sociología 1998. Recuperado de <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/polis/article/view/16714/14952>.
- 4.- Anuario Forestal 2018, versión en línea, Instituto Forestal. Recuperado de: <https://wef.infor.cl/publicaciones/anuario2018/anuario2018.pdf>
- 5.- Astudillo L. “¿Cumple Chile los estándares internacionales en materia de Consulta a los Pueblos Indígenas? (una breve revisión a los D.S. N° 66 del Ministerio de Desarrollo Social y N° 40 del Ministerio del Medio Ambiente. Estudios Constitucionales 2017. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=82052274005>

- 6.- Benavides P., Castro R. Jones I. Dirección de Presupuestos. Gobierno de Chile, “Sistema Público de Salud, Situación actual y proyecciones fiscales 2013-2050. Recuperado de https://www.dipres.gob.cl/598/articles-117505_doc_pdf.pdf
- 7.- Boccara G. (2007), Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile. Revista Chungará, volumen 39, n. 2, Arica diciembre 2007. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73562007000200003>.
- 8.- Campos N. R. “La interculturalidad, la medicina tradicional y los trabajadores de la salud, 2010. Recuperado de: <http://mayas.uady.mx/articulos/pdf/interculturalidad/pdf>.
- 9.- Chihu A. (2019), La teoría de los campos en Pierre Bourdieu. Recuperado de <https://polismexico.izt.uam.mx/index.php/rp/article/view/345>
- 10.- Cuyul A. (2012), Salud Intercultural y la patrimonialización de la salud mapuche en Chile. Comunidad de Historia Mapuche. Recuperado de <https://www.comunidadhistoriamapuche.cl/wp-content/uploads/2012/04/descargar-11pdf>.
- 10.- Cuyul Soto A. (2017), La política de salud chilena y el pueblo mapuche. Entre el multiculturalismo y la autonomía mapuche en salud. Recuperado de <https://www.comunidadhistoriamapuche.cl/wp-content/uploads/2017/06/Andrescuyul-1.pdf>.

- 11.- Diario Constitucional, Observancia de consulta. “CGR representó decreto del Ministerio de Salud que aprobaba reglamento sobre “derecho de las Personas Pertenecientes a los Pueblos Indígenas a recibir una atención de salud con Pertinencia Cultural, recuperado de : <http://www.diarioconstitucional.cl/noticias/dictámenes/2018/03/20/cgr-represento-decreto-del-ministerio-de-salud-que-aprobaba-reglamento-sobre-derecho-de-las-personas-pertenecientes-a-los-pueblos-indigenas-a-recibir-una-atencion-de-salud-con-pertinencia-cultural>
- 12.- División de Políticas Públicas, Objetivos, recuperado de: <https://dipol.minsal.cl>
- 13.- El ciudadano.cl, 2017 “Hospitales Interculturales: una forma de convivir entre mapuche y chilenos”. Recuperado de: <https://www.elciudadano.cl/salud/hospitales-interculturales-una-forma-de-convivir-entre-mapuches-y-chilenos/02/16/>
- 14.- González V. “Construcción de identidades en el campo médico del actual sistema de salud colombiano: una aproximación desde el análisis de campo de Pierre Bourdieu.” 2012. Recuperado de: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/13022/20779748>.
- 15.- González J. “Multiculturalismo e Interculturalidad en las Américas”. 2019. 1era edición Digital, Catedra Unesco-Diálogo Intercultural, Universidad Nacional Colombia. Recuperado de: <https://www.dialogointelectual.co/assets/multiculturalismo-pdf.pdf>

- 16.- Ilustre Municipalidad de Cañete, Plan de Desarrollo Comunal, actualización del PLADECO 2015-2020, Cañete, Región del Bio Bio. Recuperado de: www.cañete.cl/transparencia%202018/pladecocanete20152020pdf
- 17.- Kottow M. “Pierre Bourdieu: sociología reflexiva para salud pública y su bioética, en Nuevos Folios de Bioética N° 12, diciembre 2013. Recuperado de: <https://nuevosfoliosbioetica.uchile.cl/index.php/NFB/article/view/32848>.
- 18.- Lanalhue Noticias, “Comunicado de comunidad y familia de machi Álvaro Huenchunao”, 28-09-2014. Recuperado de: <https://www.lanalhuenoticias.cl/comunicado-de-comunidad-y-familia-de-machi-alvaro-huenchunao.shtml>
- 19.- Menéndez E. (2003) “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/357785644/mene-ndez-e-l-2003-modelos-de-atención-de-los-padecimientos-de-exclusiones-teóricas-y-articulaciones-prácticas-ciencia-sau-de-coletiva>.
- 20.- Menéndez E. (1988) “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria” Segundas jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academia/carreradegradado/psicologia/sitioscatedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf

21.- Mignone J., Bartlett J., O'Neil J., Centre for Aboriginal Health Research, University of Manitoba. (2006) "Prácticas modelo en salud intercultural". Recuperado de http://www.centroetnosalud.com/trabajos/Dr%20javier%20Mignone_modelo.pdf.

22.- Ministerio de salud, Gobierno de Chile, Sub secretaría de salud pública, ley 20584, "Regula los derechos y deberes que tienen las personas, en relación con acciones vinculadas a su atención de salud". Promulgada el 13 de abril del 2012. Recuperado de <https://www.leychile.cl/navegar?idnorma=1039348>.

23.- Ministerio de salud, Gobierno de Chile. Decreto 136: Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, promulgado el 8 de septiembre del 2004. Recuperado de <https://www.leychile.cl/navegar?idnorma=237230&buscar=reglamento+orgánico+ministerio+de+salud>.

24.- Ministerio de salud, República de Chile. Departamento de Asesoría Jurídica. Norma General Administrativa N° 16, sobre Interculturalidad en los Servicios de salud; Aprobada por Resolución Exenta N° 261, del 28 de abril del 2006. Recuperado de <https://web.minsal.cl/sites/default/files/files/norma%2016%20interculturalidad.pdf>.

25.- Ministerio de salud, Gobierno de Chile. Ley 19.937 de autoridad sanitaria, promulgada el 30 de enero del 2004. Recuperado de: <https://www.leychile.cl/navegar?idNorma=221629&buscar=ley+de+autoridad+sanitaria+19937>.

26.- Ministerio de salud, Gobierno de Chile. Decreto N° 140: Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, promulgado el 24 de septiembre del 2004. Recuperado de: <https://www.leychile.cl/navegar?idNorma=237231&buscar=reglamento+orgánico+de+servicios+de+salud>.

27.- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Decreto 42: Reglamento para el ejercicio de las prácticas médicas alternativas como profesiones auxiliares de la salud y de los recintos en que estas se realizan. Promulgada el 12 de febrero del 2004. Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=239259&idParte=0>

28.- Ministerio de Relaciones Exteriores, Gobierno de Chile. Decreto 236: Promulga el Convenio 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes de la organización internacional del Trabajo. Del 14 de octubre de 2008. Recuperado de <https://www.leychile.cl/navegar?idNorma=279441>.

29.- Ministerio de Salud Pública, Gobierno de Chile Decreto 36. Normas que se aplicaran en los convenios que celebren los Servicios de Salud. Promulgada el 10 de julio de 1980. Recuperado de: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=4198>

30.- Ministerio de Salud Pública, Gobierno de Chile. Subsecretaría de Salud Pública, Misión y Funciones. Recuperado de: <https://www.minsal.cl/mision-y-funciones>

31.- Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Gestión de la Red Asistencial, Serie Cuadernos Manual Administrativo N° 9, “Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios. Recuperado de: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/9.pdf>

32.- Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División Jurídica, Resolución Exenta N° 646, que aprueba Norma General Técnica N° 150 sobre criterios de clasificación según nivel de complejidad de Establecimientos Hospitalarios. Recuperado de: http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2013/08/nt_0150.pdf

33.- Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, Decreto 38 del 2005. Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de menor complejidad y de los establecimientos de Autogestión en Red. Recuperado de: <https://leychile.cl/navegar?idnorma=245619>

34.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Gobierno de la República de Guatemala. Normas con Pertinencia Cultural...hacia la interculturalidad. Recuperado de https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=570-2011-normas-con-pertinencia-cultural&category_slug=sfc-salud-reproductiva-materna-y-neonatal-nacional&Itemid=255

35.- Mora H. (2004), Criterios de validez y triangulación en la investigación social “cualitativa”, una aproximación desde el paradigma naturalista. 4to Taller de Metodología, Escuela de Antropología. Facultad de Artes, Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Católica de Temuco. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/160149302/Criterios-de-Validez-y-Triangulacion>

36.- Organización Panamericana de la salud OPS/Organización mundial de la salud, División de desarrollo de sistemas y servicios de salud. Junio 1998, Washington D.C. “Orientaciones estratégicas para el desarrollo de la iniciativa de salud de los pueblos indígenas, Informe Técnico, 15-17 de diciembre de 1997. Recuperado de <https://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/16-esp%20ind9.pdf>.

37.- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. 2010 “La Salud Pública en las Américas, Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases Para la Acción.” Recuperado de: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf.

38.- Pérez C., Nazar G., Cova F. “Facilitadores y obstaculizadores de la implementación de la política de salud intercultural en Chile.” En Revista Panam Salud pública 39 (2), 2016. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/28224?localeattribute=es>.

39.- Resultados CENSO 2017, recuperado de: <https://resultados.censo2017.cl/Home/Download>

40.- Tobar F.”Herramientas para el análisis del sector salud”. En revista Medicina y Sociedad, volumen 23, N° 2, julio del 2000.Recueprado de:
http://catalogosuba.sisbi.uba.ar/vufind/record/oai::catalogo:catalogorevar_08715

41.- Yuri J. “Sociología del campo de la Medicina: Academia, Estado y Mercado en México.” En Conference: V Congreso Nacional de Ciencias Sociales, de National Pedagogic University (México), 2016. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/308890732_sociologia_del_campo_de_la_medicina_academia_estado_y_mercado_en_Mexico

