

**UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA
FACULTAD DE EDUCACIÓN Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE LENGUAS, LITERATURA Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PERIODISMO**



**COMUNICACIÓN, SALUD E INTERCULTURALIDAD: CONVERGENCIAS Y
DIVERGENCIAS DE UN MODELO.
CASO HOSPITAL MAQUEHUE DE TEMUCO.**

**Tesis conducente al Grado de
Licenciado en Comunicación Social**

**Autor:
Sergio Enrique Bustos Grandón**

**Profesor Patrocinante:
Carlos Del Valle Rojas**

**Temuco, 2002
Chile**

RESUMEN

La presente investigación corresponde a un estudio de tipo exploratorio y descriptivo, asociado a la comunicación intercultural en el ámbito de la salud, analizando desde las variadas visiones que posee la interculturalidad, la auto comprensión y/o autoconstrucción de ocho profesionales de la salud intercultural acerca de sus realidades cotidianas en relación a aspectos comunicacionales.

Los testimonios recabados aquí, fueron obtenidos en el Hospital Maquehue, recinto de salud ubicado en pleno territorio mapuche, dirigido desde 1999 por la organización comunitaria “Asociación Indígena para la Salud Maquehue – Pelale”, y distante quince kilómetros de Temuco.

El instrumento utilizado para obtener las impresiones de los profesionales de la salud fue el grupo de discusión, técnica característica de la metodología cualitativa.

Una vez realizadas las sesiones focales, se procedió a digitar los datos directos, incluidas las preguntas y respuestas de cada participante de la actividad metodológica. Posteriormente, dichos datos fueron transformados y convertidos en categorías y frases descriptivas representativas de dichas categorías.

El reordenamiento de los datos permitió el descubrimiento de categorías temáticas, y entre las más representativas están las siguientes: a) Interculturalidad; b) Comunicación; c) Cultura; d) Salud; e) Comunicación Intercultural.

Dichas categorías representan los niveles conceptuales más reconocidos por los profesionales de la salud del Hospital Maquehue participantes de los grupos de discusión.

Estas categorías fueron sometidas a un riguroso análisis consistente en una interpretación que permitió detectar las variables comunicacionales presentes en las interacciones comunicativas que se da entre los profesionales de la salud y pacientes mapuches usuarios del recinto hospitalario.

Respecto a los resultados generales obtenidos se concluyó que la oralidad, propia de la cultura mapuche, cumple un rol fundamental en las relaciones interculturales desarrolladas en el Hospital Maquehue.

Por otra parte, se detectó el grado de inicio atribuido al proceso intercultural que da vida al modelo de salud intercultural implementado en Maquehue.

Además de la detección del grado de conocimiento que poseen los profesionales de la salud, de la cultura mapuche, de sus creencias, de sus agentes médicos, (machis y yerbateros) y del grado de igualdad en que se desarrolla el diálogo intercultural en las dependencias del recinto.

En este sentido, se concluye que la interculturalidad en salud construida por los agentes médicos (occidentales y mapuches) de Maquehue conforman un cuerpo de conocimiento, producto de la complementariedad de los sistemas médicos a los que pertenecen dichos agentes. Además, el modelo de atención intercultural implementado cumple con los requisitos básicos para una eficaz y eficiente comunicación intercultural, y aunque aún falta un reconocimiento constitucional por parte del Estado para un óptimo desarrollo de estas iniciativas, en Maquehue ya se han acortado las desigualdades con nuestra cultura mapuche.

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación se ha planteado como propósito explorar las vivencias de los profesionales de la salud, a partir de las relaciones interculturales y aspectos comunicativos que conforman sus realidades, en el Hospital Maquehue de la Novena Región.

Desde el punto de vista cultural, se optó por el enfoque interaccionista, que permite observar el contacto intercultural en forma dinámica, dentro de la interacción comunicativa presente en la comunidad de vida que es el Hospital Maquehue.

En dicho establecimiento de salud coexisten y se complementan dos maneras de concebir el mundo; dos modos de comprender la realidad y dos formas de comprender las patologías.

En este sentido, es de interés describir cómo se desarrolla la interculturalidad y la comunicación intercultural en el ámbito de la salud. Internarse en el contexto en el que se dan ambos campos de estudio en Maquehue, a través del análisis de la auto comprensión de los profesionales del sistema de salud.

Es de interés, además, entregar una visión mas amplia y ajustada a la

realidad del Hospital Maquehue, que fue conocido por la opinión pública por incidentes relacionados con el conflicto que vive en la actualidad el pueblo mapuche, y no por las bondades e iniciativas interculturales que lo colocan como el primer centro asistencial intercultural del país.

1.1 Presentación del Problema:

En nuestro continente, durante los últimos años se ha manifestado un especial interés por la problemática de los pueblos originarios o indígenas. Las naciones de América Latina han propiciado espacios de interculturalidad enfocados y dirigidos a disminuir la brecha de desigualdades que separan a dichos pueblos con la cultura occidental.

Nuestro país, no escapa a dichas necesidades interculturales, y menos aún la Región de La Araucanía, dónde reside el 15, 49% de los mapuches a nivel nacional, y dónde representan el 26% de la población de la Región.

En este contexto, la Novena Región constituye un territorio interétnico en el que coexisten distintas tradiciones y sistemas médicos, originados en la presencia de sistemas socioculturales diversos, representados por el grupo étnico mapuche y la sociedad occidental.

Para adentrarnos en el tema de la interculturalidad en salud, es necesario establecer, como primer paso, una definición del término cultura. En la presente investigación, estableceremos el principio que la cultura debe su existencia, permanencia y transformación a la comunicación.

Todos los seres humanos hemos sido socializados en comunidades de vida que nos han entregado las herramientas y las competencias

lingüísticas que nos sirven para interiorizar formas de pensar, actuar y sentir.

De esta manera, las personas son el instrumento a través del cual la cultura se transmite, se conserva y se transforma. La cultura es dinámica, cambiante y de continuo movimiento, gracias a la comunicación, que es dónde se manifiesta con mayor fuerza.

Este enfoque interaccionista de la cultura descarta otras concepciones de la cultura, como el esencialista, que establece el principio de que la cultura es inamovible y ahistórico. Además de precisar que la cultura forma parte de la esencia permanente de una determinada comunidad de vida.

Es por esto, que el enfoque interaccionista permite aclarar que no hay una cultura superior a otra.

También permite eliminar principios racistas y etnocentristas que interpretan las costumbres y prácticas culturales ajenas como inferiores y de menor importancia. Estas posturas, por otra parte suponen una interpretación de una manifestación cultural distinta a la propia, a partir de principios y criterios propios o del interpretante, al contrario de las ideas interaccionistas que analizan e interpretan las manifestaciones culturales a partir de los criterios culturales propios de la cultura interpretada.

En este contexto, la presente investigación se ha planteado indagar **cómo se desarrollan los procesos interculturales y la comunicación intercultural en el ámbito de la salud, cómo autodefinen esos procesos los actores insertos en el sistema de salud occidental y cómo estos procesos pueden permitir el surgimiento de un nuevo tipo de conocimiento, producto de la complementariedad de dos sistemas médicos diferentes.**

Estos planteamientos, serán definidos a partir del testimonio de los actores anteriormente citados.

1.2. Objetivos

Objetivo General:

- Conocer la auto comprensión y autoconstrucción de la realidad de los profesionales de la salud intercultural, a partir de testimonios recabados en el Hospital Maquehue de la Novena Región.

Objetivos Específicos:

- Determinar las categorías que los profesionales de la salud autocomprenden y autoconstruyen en el ámbito de la salud intercultural.
- Detectar los elementos caracterizadores de la comunicación intercultural desarrollada en el Hospital Maquehue.
- Identificar patrones culturales convergentes y divergentes, -entre la cultura occidental y mapuche- en el contexto de la salud intercultural implementada en Maquehue.
- Descubrir si la interculturalidad en salud puede convertirse en un paradigma que permita la creación de una cultura nueva, producto de la complementariedad de los sistemas médicos occidental y mapuche, desarrollada por los agentes de ambas medicinas en Maquehue.
- Analizar la coexistencia de los sistemas médicos occidental y mapuche, y la forma de complementación que se produce al entrar en contacto ambos en los servicios de salud implementados en Maquehue.

1.3. Preguntas de investigación

- 1.3.1 ¿Qué aspectos comunicacionales se desarrollan en el contexto del sistema de salud implementado en el Hospital Maquehue?
- 1.3.2 ¿Cuáles son las variables comunicacionales que interfieren en el desarrollo y concreción de una relación intercultural entre funcionarios del Hospital Maquehue y pacientes mapuches?
- 1.3.3 ¿Es posible la creación de un conocimiento nuevo, producto de la complementariedad de los sistemas médicos imperantes en la Región de La Araucanía?
- 1.3.4 ¿Las relaciones interculturales y comunicativas presentes en el sistema de salud intercultural implementado en Maquehue, influyen en el fortalecimiento de la identidad cultural mapuche?
- 1.3.5 ¿Cuáles son las categorías más representativas, reconocidas por los profesionales de la salud, en la construcción de sus realidades en el contexto de la salud intercultural.

1.4. Justificación

La presente investigación es un acercamiento cualitativo al fenómeno de la interculturalidad en salud, expresado en la implementación del modelo de atención intercultural del Hospital Maquehue.

Como ya se ha sugerido, el estudio abarca la visión de interculturalidad autoconstruida por los miembros de los equipos de salud occidental, y la comunicación intercultural desarrollada por estos actores y los pacientes de origen mapuche, usuarios del Hospital Maquehue.

Nuestra región es un área de múltiples diversidades interétnicas, y son muy pocos los estudios relacionados con la problemática intercultural en salud por lo que la presente investigación se justifica por que es de interés determinar el rol que cumple la comunicación en los procesos de interacción presentes en la interculturalidad desarrollada en un espacio determinado de La Araucanía.

De esta manera, se ha considerado conveniente investigar el área de la salud intercultural para familiarizarnos con este fenómeno y establecer las bases para una política intercultural en salud.

Asimismo, en el contexto intercultural en el que se dan las relaciones interétnicas en salud, surgen problemas de comunicación, entendimiento y

aceptación entre los usuarios mapuches y todo el sistema médico chileno. Esta investigación pretende detectar estos problemas y sentar una base para estudios posteriores referentes a la salud intercultural .

1.5. Pertinencia disciplinaria con el área de la comunicación

La pertinencia disciplinaria asociada con el ámbito de la comunicación, se enmarca dentro de las perspectivas correlacionales que dan vida a los procesos teóricos de la comunicación intercultural.

Uno de estos procesos se refiere a la Teoría de la construcción de la Tercera Cultura, que consiste en el establecimiento de un modelo que dé respuesta a los conflictos interculturales que se presentan en la actualidad.

Hoy en día, el Estado chileno no ha tenido mucho éxito en resolver aquellos conflictos interculturales, ya que básicamente ha pretendido persuadir a las minorías étnicas a que vean la realidad tal como la autoconstruye y autocomprende la cultura mayoritaria.

Para abordar el tema de la comunicación, y en especial el de la comunicación intercultural, es necesario cambiar nuestra forma de observar el mundo, y es precisamente dentro de este contexto, donde surge la necesidad de establecer la manera más adecuada para que dicho cambio se efectúe de forma simple y sencilla.

Este cambio ya está presente en el modelo de atención intercultural implementado en el Hospital Maquehue, dado que los profesionales de la salud occidental, han adoptado mecanismos que posicionan a la cultura

mapuche en un status similar al de nuestra cultura, o en una situación desprejuiciada, por lo que la implicancia con el ámbito comunicacional está emplazada en el descubrimiento de dichos mecanismos, que básicamente son comunicacionales.

1.6. Resultados esperados

La presente investigación pretende sentar las bases para el desarrollo de estudios relativos a la comunicación intercultural en el ámbito de la salud.

Además pretende establecer como principio que la implementación de un modelo de atención intercultural es un real y concreto aporte al desarrollo y acercamiento entre las culturas chilena y mapuche, y que es posible en el futuro construir relaciones interculturales, basadas en una comunicación horizontal, exenta de connotaciones racistas y prejuicios étnicos, que disminuyan las brechas sociales y culturales que en el presente son de carácter cotidiano en las relaciones occidental – mapuche.

Asimismo, la detección de las categorías que autoconstruyen los profesionales de la salud del Hospital Maquehue, deberían ser útiles e imitables, para ser implementadas, no sólo en el ámbito de la salud, si no que en cualquier área donde sea frecuente la interacción intercultural, donde el diálogo intercultural sea el eje central de aquella interacción, y en donde la complementación de manifestaciones interculturales diferentes permita el surgimiento de un nuevo tipo de conocimiento.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Sistema Médico

Un sistema médico es el conjunto organizado de recursos humanos, tecnológicos y servicios destinados al desarrollo y práctica de una medicina para la atención de salud individual y colectiva.

Además puede caracterizarse como un conjunto institucional sociocultural organizado de prácticas, procedimientos, elementos materiales, personas y normas respecto del ámbito de la salud y la enfermedad humana que deriva sus bases conceptuales de los modelos médicos respectivos y tiene existencia objetivable, (Citarrella, 1994)

Luca Citarrella en su libro “Medicinas y Culturas en La Araucanía” (1994) identifica en la Región tres sistemas médicos principales y precisa que “en forma general y de acuerdo a la noción de sistema médico, que constituye una herramienta conceptual adecuada para dar cuenta de la diversidad cultural en el ámbito de la salud enfermedad, que es un área de pluralidad étnica y cultural, existe la presencia de tres sistemas médicos principales”

- 1) Medicina Tradicional Mapuche, de origen prehispánico (500 A.C), la cual aunque ha experimentado variados cambios, como producto del contacto

con la cultura prehispánica a partir del siglo XVI, mantiene una matriz cultural dada por ciertos componentes esenciales, como son el modelo etiológico que atribuye la causa de enfermedades a fuerzas espirituales que corresponden de acuerdo a una lógica de carácter moral; la forma de oral de transmisión de los conocimientos médicos; la presencia de agentes médicos especializados, como el o la machi, el lawentuchefe, el ngütanchefe y el dafече para el tratamiento de las principales enfermedades; el proceso de enseñanza formalizada de estos agentes, las prácticas de iniciación que se realizan de acuerdo a modelos de tipo ancestral.

- 2) Medicina Occidental o científica, que ocupa un lugar hegemónico en relación a las medicinas restantes, en el sentido de ser la “medicina oficial” de la sociedad nacional, y en general, la que ha alcanzado reconocimiento mundial. Esta deriva de una serie de prácticas traídas por los conquistadores y se complementa posteriormente con los avances que cada día experimenta la ciencia como forma validada socialmente para la obtención de conocimientos en el mundo europeo. Este sistema médico, desde el punto de vista ideológico atribuye las enfermedades a factores biológicos tales como las agresiones de microorganismos patógenos, contagios epidemiológicos, mutaciones genéticas, modificaciones patológicas de las células, componentes bioquímicos, etc. Entre sus agentes podemos identificar médicos, dentistas, enfermeras, matronas, nutricionistas, kinesiólogos, tecnólogos médicos y personal

paramédico, los cuales se ordenan en el sistema jerárquicamente y son formados a través de un proceso de enseñanza institucional formal. En lo que respecta a sus prácticas, éstas se sustentan de diversas tecnologías diagnósticas y de tratamiento, incluyendo una amplia gama de materia médica elaborada por la Industria Farmacéutica.

- 3) Medicina Popular: Surge del contacto hispano indígena y sigue un desarrollo propio, incorporando elementos de religiosidad en sus distintas vertientes (católica o evangélica) y elementos popularizados de la medicina occidental.

Esta medicina se encuentra bastante difundida en los sectores urbano marginales y rurales y se reviste de múltiples formas, de acuerdo a la experiencia particular de cada uno de sus practicantes. Entre éstos podemos citar componedores, hierbateros, quebradores de empacho y santiguadores, que son también bastantes consultados por la población mapuche, sobre todo en los sectores rurales, donde llega a ser complicado distinguir las prácticas tradicionales mapuches de las populares. (Citarella, 1994).

Desde una perspectiva de estudio o análisis formal, los sistemas señalados se presentan como excluyentes y alternativos, sin embargo en la realidad la población recurre a ellos en forma simultánea y también alternada, como producto de las relaciones interétnicas que se vienen desarrollando a partir de la invasión española (Citarella, 1994), generándose una situación de

profunda interpelación y contacto, que se manifiesta en situaciones de dependencia hacia el sistema oficial de salud, o bien en complementariedad de prácticas, principalmente en los niveles comunes de la población mapuche y urbano marginal, donde se combinan técnicas y prácticas de varias medicinas, sin que se perciba la predilección específica a éstos mismos.

Luca Citarrella (1994) propone que los elementos componentes mínimos de todo sistema médico son:

- 1) Definición de una estructura organizacional de roles y funciones en el sistema. Tal estructura supone normativas respecto de tales papeles y funciones, rangos y status mutuos, jerarquías en el sistema de funciones, formas de controlar deberes y derechos.
- 2) Procedimientos de reclutamiento, formación y legitimación social de los roles.
- 3) Procedimientos y técnicas semiológicos, etiológicos, diagnósticos y terapéuticos.
- 4) Recursos, equipos y tecnologías referentes a los procedimientos y técnicas, y al funcionamiento global del sistema.

Escenarios y contextos propios de la representación y operación del sistema, conformado por espacios físicos e infraestructuras determinadas, de los que son parte sus diseños, implementaciones y la organización de los objetos culturales en el espacio.

- 5) Códigos, lenguajes y sistemas de comunicación específicos, en los que se debe distinguir dos ámbitos: los que corresponden al intrasistema y al extrasistema y los de carácter técnico, simbólico y legal (de lego).

Este conjunto de elementos presentes en la noción de sistema reconoce de manera adecuada el conjunto de conceptos, y valores y comportamientos socialmente reglamentados que se relacionan con el bienestar físico, mental y social de la población.

2.2. Cultura

Para adentrarnos en el tema de la interculturalidad debemos incorporar alguna visión teórica de cultura. Es decir, ir a la raíz del tema. Alsina propone el enfoque interaccionista de cultura. (www.blues.es/incom/2004/cas/rodcas5.html)

“En primer lugar, el ser humano es un ser esencialmente cultural y la cultura es una creación y construcción del ser humano.

En términos generales, se afirma que cada persona ha nacido en una comunidad de vida en la que se ha socializado. Las personas interiorizan determinadas maneras de pensar, sentir y actuar. A partir de esta interiorización no sólo comprende el mundo de su comunidad, sino que éste se va a convertir en su mundo. A la vez, que esta persona va a ser un elemento constitutivo de esta cultura e, inevitablemente, va a ayudar a su transmisión, su conservación y su transformación. Esta conceptualización puede ser contradictoria, pero hay que tener en cuenta que la cultura es dinámica y cambiante.

Es por esto, que algunas manifestaciones se conservan, otras cambian y otras desaparecen”.

Todo esto se produce gracias a la interacción comunicativa que se

produce en el seno de cualquier comunidad de vida, como el Hospital Maquehue de la Novena Región.

2.3. Comunicación

En segundo término, debemos conceptualizar e incorporar el tema de la comunicación.

Alsina (1999) propone que "la cultura debe su existencia y permanencia a la comunicación. De esta manera, se logra considerar que es la interacción comunicativa entre las personas donde, preferentemente, la cultura se manifiesta". (www.blues.uab.es)

Si aceptamos el enfoque interaccionista de cultura, aprobamos que la cultura se construye por la interacción de los seres humanos, pero al mismo tiempo jamás está definitivamente construida, dado que, continuamente, por la propia interacción de los seres humanos, está en proceso de construcción. Esto puede apreciarse claramente en el lenguaje en el lenguaje que va cambiando a lo largo del tiempo.

Alsina prosigue: "La concepción interaccionista de cultura, también nos permite aceptar que no hay culturas mejores ni peores. Lógicamente, cada cultura puede poseer formas de pensar, sentir y actuar en las que determinados grupos se encuentren en una situación de discriminación, como por ejemplo, la situación que vive actualmente la etnia mapuche en relación con la cultura occidental". (www.blues.uab.es)

Sin embargo, si aceptamos que no hay una jerarquía entre las culturas, estaremos postulando el principio ético que considera que todas las culturas son igualmente dignas y merecedoras de respeto.

Esto, significa que la única forma de comprender correctamente a las culturas es interpretar sus manifestaciones de acuerdo con sus propios criterios culturales.

De cierta manera, se trata de moderar un inevitable etnocentrismo que lleva a interpretar las prácticas culturales ajenas a partir de los criterios de la cultura del interpretante. Si no hacemos este esfuerzo de comprensión, la comunicación intercultural se hará más difícil y aumentará la probabilidad de malentendidos.

2.4. Comunicación Intercultural

En primer lugar, debemos conocer en qué consiste la comunicación intercultural, para posteriormente adentrarnos en el ámbito de la salud.

Algunos autores proponen definiciones de la comunicación intercultural, por ejemplo, la autora Nobleza Asunción – Lande señala que “el significado de esta materia de estudio, puede ser distinto para diferentes personas, pero que puede variar según las interpretaciones. Además precisa que tiene un carácter interdisciplinario y que puede ser estudiada desde distintos enfoques.

En cuanto a la conceptualización de la comunicación intercultural, precisa que algunos estudiosos han realizado numerosas e importantes contribuciones, pero que el énfasis en lo cultural ha aislado el aspecto comunicacional. En este punto, propone para el estudio de esta materia, un enfoque balanceado para llegar a una descripción más eficaz del encuentro intercultural”.

Explica que “las diferencias acerca de cómo se desarrollan los encuentros interculturales muchas veces son ignoradas, y que una de las grandes revelaciones respecto del tema es la proposición que la comunicación intercultural difiere de otro tipo de comunicación humana solamente en el grado de en el grado que difieren entre sí los

comunicadores".(www.ehu.es/zer/zer1/notinvrod.htm)

Por su parte, Rodrigo Alsina, (1999) explica que "para lograr una eficaz comunicación intercultural es necesario, por un lado, una nueva competencia comunicativa, y por otro lado, un cierto conocimiento de la otra cultura. La comunicación interpersonal no es simplemente una comunicación verbal, la comunicación no verbal –espacial, táctil, etc- tiene una gran importancia. Es decir, que no es suficiente conocer un idioma, hay que saber también, por ejemplo, el significado de la comunicación gestual del interlocutor. Además, hay que recordar que la comunicación no es un simple intercambio de mensajes que tiene un sentido incuestionable. De esta manera, un mismo discurso, puede tener distintos niveles de lectura que sólo las personas que conozcan bien la cultura pueden alcanzar".

Alsina hace hincapié que no sólo hay que conocer otras culturas, sino que la comunicación intercultural implica también una toma de conciencia de la propia cultura, "en muchas ocasiones nuestras comunicaciones están llenas de valores que transmitimos sin ser apenas conscientes de ello. La comunicación intercultural no sólo supone comunicarse con otras culturas sino también hacer el esfuerzo de repensar la propia cultura". (1999)

El investigador español, cree, que un requisito prácticamente imprescindible para la comunicación intercultural es que haya un cierto interés por culturas distintas a la propia. "No se trata de un interés anecdótico

o dirigido a confirmar nuestros propios valores. Se trata de ver qué puedo aprender de otras las culturas. Frente a los intentos, propios del colonialismo, de modificar las culturas no dominantes para hacerlas lo más próximas posibles a las dominadoras, en la actualidad, se busca conocerlas tal y como son". Este cambio de mirada hacia las culturas ajenas también se manifiesta hacia la propia cultura. En primer lugar, uno debe ser consiente de su punto de vista etnocentrista y empezar a repensar muchos de los valores de los que hasta ahora fundamentaban lo que se ha denominado la identidad cultural. Alsina se refiere a aquellos valores que se basan precisamente en la denigración de la cultura ajena para engrandecer a la propia. Esta toma de conciencia debe descender al propio lenguaje, ya que el lenguaje cotidiano legitima una realidad social, en ocasiones, profundamente discriminadora.

El autor hispano plantea que no es fácil eliminar los estereotipos negativos que cada cultura tiene de la ajena, dado que a lo largo de la historia mundial los pueblos han deshumanizado a los otros pueblos con el fin de crear un consenso social en contra de ellos. Muchos de estos estereotipos están muy enraizados en el imaginario colectivo de una cultura, y se pueden apreciar en el lenguaje.

Alsina continúa su aproximación a la comunicación intercultural planteando que cuando se entra en relación con personas de culturas muy distintas se puede producir lo que se ha denominado "choque cultural". En

este choque cultural no sólo se produce no sólo una incomprensión del comportamiento ajeno, sin que también afloran una serie de emociones negativas: desconfianza, incomodidad, ansiedad, preocupación, etc. Para superar este choque cultural hay que comunicarse. Pero la comunicación no es sólo un simple intercambio de información. La comunicación implica también ser capaz de transmitir y compartir emociones. Es decir, hay que ser capaz de crear una relación de empatía. La empatía es ser capaz de sentir la emoción que otra persona experimenta. Tener la habilidad de empatizar es imprescindible en muchas relaciones interpersonales.

Hay que tener en cuenta que si entre personas de una misma comunidad de vida, en ocasiones, se producen incomprensiones, entre personas socializadas en culturas distintas éstas pueden aumentar. Uno puede comunicarse aceptando un cierto grado de malentendidos, pero si estos aumentan la comunicación será muy difícil. En la comunicación intercultural hay que aceptar que el malentendido puede ser la norma y no la excepción. Por ello es necesario desarrollar la capacidad de metacomunicarse. Es decir, tener la capacidad de decir lo que se pretende decir cuando se dice algo. Metacomunicar significa hablar del sentido de nuestros mensajes, pero no sólo de lo que significan sino incluso de qué efectos se supone que deberían causar. En la vida cotidiana funcionamos con una gran cantidad de sobreentendidos, presuposiciones, eufemismos, etc. en los que el sentido no está en el significado literal del mensaje. Se

trata de un sentido presupuesto compartido por los miembros de una misma comunidad de vida. Pero en la comunicación intercultural los sobreentendidos o las presuposiciones pueden ser una fuente inagotable de malentendidos. Por ello no basta con comunicar, en muchas ocasiones es necesario también metacomunicar. En la comunicación intercultural no se puede presuponer que mi interlocutor va a entender precisamente lo que no se dice de manera explícita.

Para Alsina la comunicación intercultural no se produce de forma descontextualizada, dado que toda comunicación se produce en unas circunstancias determinadas que modifican las características del proceso comunicativo. Por ejemplo, si la comunicación intercultural se hace con la lengua materna de uno de los interlocutores, éste se sentirá mucho más cómodo que el otro.

“Las relaciones sociales son relaciones de poder, por ello en la comunicación también se manifiestan estas relaciones de poder. Los interlocutores no siempre están en un plano de igualdad. Tampoco siempre se trata de un desequilibrio amenazante, sino que actúa de manera más implícita, por ejemplo estableciéndose quién es el forastero en la interacción”.(1999)

Por todo esto, a la hora de establecer una comunicación intercultural

es necesario establecer las bases para el intercambio intercultural. El diálogo intercultural debe realizarse dentro de la mayor igualdad que sea posible. Esto no significa ignorar la existencia de posiciones de poder distintas entre los interlocutores. Se trata de reconocerlas e intentar reequilibrarlas en lo posible.

En este sentido, Alsina es categórico: "Téngase en cuenta que ni el paternalismo ni el victimismo son actitudes adecuadas para el inicio de una comunicación intercultural eficaz". (1999)

2.5. Elementos caracterizadores para una eficaz comunicación Intercultural

Rodrigo Alsina propone algunos elementos para lograr una eficiente y óptima comunicación intercultural (www.blues.uab.es)

- 1) Una lengua común.
- 2) El conocimiento de la cultura ajena.
- 3) El re- conocimiento de la cultura propia.
- 4) La eliminación de prejuicios.
- 5) Ser capaz de empatizar.
- 6) Saber metacomunicarse.
- 7) Tener una relación equilibrada.

2.6 Teoría de la Construcción de la Tercera Cultura

El autor Fred Casmir plantea que en la situación actual es necesario establecer un modelo que dé respuesta a los conflictos interculturales que se están dando (1993)

Casmir señala (1993, 408) que los países no han tenido mucho éxito en resolver los conflictos interculturales ya que básicamente pretendían persuadir a los otros que vieran la realidad tal como la veían ellos. Además, han estado menos interesados en la cooperación que en la persuasión y en el control de un grupo por otro. Por ello, considera necesario un modelo de la comunicación intercultural cooperativo e interactivo.

Para Casmir, (1993) no se puede ignorar la diversidad cultural, étnica o nacional existente en los distintos países del mundo. En segundo lugar, para conseguir un mutuo desarrollo es inadecuada la coerción o la persuasión basada en un modelo único. Por ello, propugna la mutua aceptación de los modelos de interacción, lo que dará lugar a lo que él denomina “la construcción de la tercera cultura”.

Es decir, que para abordar la comunicación intercultural no se puede hacer desde una sola perspectiva. Un requisito previo, es cambiar nuestra forma de ver el mundo. Evidentemente ir más allá de nuestras raíces

culturales no es fácil. Pero Casmir (1993, 409) apunta la necesidad de llevar a cabo un cambio y pretende de establecer la manera de hacerlo para que sea más fácil

Hay que tomar conciencia de que incluso la forma científica de aproximarnos a la realidad es a la propia de nuestra tradición cultural. Dicha tradición hunde sus raíces en la tradición aristotélica que, a partir del empirismo y del racionalismo-----

Casmir (1993), propone que las aproximaciones teóricas más próximas al modelo de la construcción de la Tercera Cultura son la Escuela de Palo Alto y el Interaccionismo simbólico.

2.7. Palo Alto

La Escuela de Palo Alto hace una aproximación pragmática a la comunicación. Esta escuela rompió con la idea de la comunicación como una transmisión de un mensaje de un emisor a un receptor y propone que la comunicación es un proceso creativo en el que participan múltiples mensajes: los gestos, las palabras, la mirada, el espacio, etc.

La Escuela de Palo Alto hace un enfoque interaccionista a la cultura. Los principales investigadores de la Escuela de Palo Alto, propusieron una serie de conceptos que tuvieron una gran aceptación de los estudios de comunicación.

Uno de estos conceptos fue la explicación del fenómeno del doble vínculo, que es una paradoja pragmática:

- 1) Al menos dos personas están en una situación de importancia vital, ya sea desde el punto de vista físico o psicológico.
- 2) En este contexto se produce un mensaje paradójico del tipo “quien bien te quiere te hará llorar”
- 3) El emisor del mensaje no puede metacomunicarse con el receptor; es decir, no puede discutir el significado del mensaje paradójico.

- 4) Las personas que se encuentran en esta situación vienen a considerarla normal y adecuan su comportamiento a ella.
- 5) El comportamiento paradójico inducido por el doble vínculo tiende a perpetuar la situación.

Watzlawick (1986) establece, en relación al doble vínculo, los siguientes principios:

- 1) “Cuando alguien ve que sus percepciones de la realidad, o el modo que tiene de considerarse a sí mismo, le acarrearán la represión de otras personas de vital importancia para él, se sentirá al final inclinado a desconfiar de sus propios sentidos”

En la comunicación intercultural, se produce precisamente la entrada en contacto de dos sistemas de significación distintos por lo que uno se da cuenta que no es capaz, en ocasiones, de transmitir lo que desea o de producir el efecto que desea producir. De esta manera, empieza a dudar de su propia competencia comunicativa.

- 2) “Aquél a quien otras personas vitalmente importantes para él le echan en cara no tener los sentimientos que debería tener, acabará por sentirse culpable de su incapacidad de albergar los sentimientos debidos, los sentimientos verdaderos. (Watzlawick, 1986)

Un elemento importante en la comunicación intercultural, son las emociones. El aprendizaje de una lengua o de la información de una

cultura puede realizarse fácilmente que la interiorización de los valores o las emociones propias de aquella cultura.

- 3) “Quién recibe de otras personas vitalmente importantes para él normas de comportamiento que exigen y a la vez imposibilitan unas determinadas acciones, se encuentra en una situación paradójica, en la que sólo puede obedecer desobedeciendo. He aquí la fórmula básica de dicha paradoja: “Haz lo que te digo, no lo que me gustaría que hicieras”. (Watzlawick, 1986).

Si se le pide a una persona de otra cultura que sea espontáneo y que actúe como lo haría en su contexto cultural, y luego se afea su conducta, nos encontraremos ante una paradoja. Es una paradoja que se propugne la interculturalidad o el mestizaje y, al mismo tiempo, la asimilación o se rechace cualquier “contaminación” de las culturas ajenas en las escenas de la propia.

Como señala Watzlawick (1986) “Las paradojas surgen por doquier, actúan en todos los campos imaginables de las relaciones humanas y existen buenas razones para creer que ejercen una considerable y permanente influencia en nuestra percepción de la realidad. Conceptos tales como espontaneidad, confianza, coherencia lógica, demostrabilidad, justicia, normalidad, poder y otros muchos, muestran sometido al más atento análisis, una fatal tendencia a desembocar en paradojas”.

La Escuela de Palo Alto, postuló en su estudio de la comunicación algunos axiomas:

- a) La imposibilidad de no comunicar “si se acepta que toda conducta en una situación de interacción tiene un valor de mensaje, es decir, es comunicación, se deduce que por mucho que uno lo intente, no puede dejar de comunicar” (Watzlawick, Beavin y Jackson, (1974).

En relación a la comunicación intercultural hay que entender que la incomprensión o el malentendido también forman parte de la comunicación.

- b) “Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero, y es, por ende, una metacomunicación (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1974).

La idea es el contenido viene determinado por la interacción que se establece entre los interlocutores. Es en esta interrelación donde se establece cual es la intención comunicativa del mensaje, es decir, se establece cual es la interpretación correcta del mismo..Por consiguiente, en la interacción se establece la metacomunicación.

- c) “La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes” (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1974).

Esto significa que en un proceso de interacción los participantes van estableciendo las secuencias de los hechos a su manera. De hecho, esto es lo que permitiría la construcción de una tercera cultura a partir de la interacción de los actores de distintas culturas.

- d) "Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia" (Watzlawick, Beavin y Jackson, (1974).

La interacción simétrica se basa en la igualdad de los interactuantes, mientras que, mientras que la complementaria se basa en su diferencia.

Se debe valorar cada situación comunicativa en particular, en muchos de los contactos interculturales se produce una relación complementaria en la que un participante ocupa una posición superior al otro. En la comunicación también se establecen relaciones de poder.

Como se aprecia en los axiomas anteriores, básicamente en la Escuela de Palo Alto hacían una aproximación pragmática a la comunicación.

Esta Escuela rompió con la idea de la comunicación como una transmisión de un mensaje de un emisor a un receptor. Para ellos la comunicación es un proceso creativo en el que participan múltiples

mensajes: los gestos, las palabras, la mirada, el espacio, etc. La Escuela de Palo Alto, hace una aproximación interaccionista a la cultura, y en este aspecto, está muy próxima al interaccionismo simbólico.

2.8. Interaccionismo Simbólico:

Para el interaccionismo simbólico, los símbolos (el lenguaje verbal y no verbal) permiten comunicarse a las personas entre sí y es mediante la comunicación como se establece la sociedad.

Por ello, sólo si se produce una comunicación intercultural eficaz una sociedad vivirá su mestizaje plenamente.

Para el interaccionismo simbólico, mediante la interacción permanente, vamos construyendo el sentido de las situaciones sociales de la vida cotidiana, que establecen lo que los demás esperan de nosotros y lo que nosotros esperamos de ellos. Es decir, en la comunicación intercultural es necesario que se llegue e a compartir con el otro el sentido de las nuevas creaciones creadas.

Para esta corriente, las realidades sociales son construcciones de significado que han sido establecidas por la participación de las personas en la interacción simbólica que se produce en la sociedad y que, al mismo tiempo, la constituye.

De esta forma, las interpretaciones individuales y colectivas pasan a ser socialmente convenidas e individualmente internalizadas. Es decir, se

produce un proceso de objetivación de la realidad.

Una realidad social al ser compartida por un grupo social pasa a ser patrimonio del sentido común o comunitario de dicho grupo.

En la comunicación intercultural el interactuante se encuentra ante dos realidades:

La de su propia cultura, que ha internalizado, y la de la otra cultura, que puede ignorar o conocer en parte o totalmente.

Para el interaccionismo simbólico, la imagen que uno tenga de sí mismo y de los demás es un elemento muy importante en la vida social. Además, estas imágenes son construcciones personales de significado que surgen de la interacción simbólica

En la comunicación intercultural hay una construcción de la propia identidad y de la del otro.

Los interaccionistas simbólicos consideran que hay un cierto grado de indeterminación o impredecibilidad en la conducta humana, se trata de una conducta provisional y en curso. Esto es, que las personas bosquejan, ponen a prueba, suspenden y revisan sus actos manifiestos en respuesta a las

acciones de los demás. Está muy claro que en la comunicación intercultural aumenta la necesidad de negociar la interacción al amoldar los cursos de acción de uno al otro. Hay una permanente evolución, negociación y reelaboración de los comportamientos de los individuos que, si en la comunicación intracultural puede darse en menor, ya que los significados son más compartidos, en el caso de la comunicación intercultural es imprescindible.

2.9. Ámbitos del Modelo de la Tercera Cultura

“Una tercera cultura es una subcultura que se produce en una situación determinada donde temporalmente se pueden producir cambios en la conducta por la interacción de personas que buscan conseguir acuerdos mutuos sobre determinados objetos. En sus esfuerzos para ajustarse el uno al otro construyen una experiencia común, que puede, posteriormente, servir como punto de partida para reiniciar sus relaciones” (Casmir y Lande, 1989).

Casmir y Asuncion Lande (1989) establecen tres ámbitos de estudio de la tercera cultura: el individual, el organizacional y el mediado.

En el ámbito individual se plantea la posibilidad de una identidad multicultural (Adler, 1982). Se trataría de una persona cuya identidad participaría tanto de una concepción universalista de ser humano como de la asunción de la diversidad cultural existente en el mundo (Casmir y Asunción Lande, 1989). Puede parecer contradictorio por que en muchas ocasiones se ha contrapuesto el universalismo a la diversidad cultural. Pero no todos los universalismos son iguales ni todas la reivindicaciones de respeto a la diversidad cultural buscan los mismos objetivos.

Por un lado, hay un cierto universalismo que no es más que etnocentrismo más o menos disimulado. En ese caso, no se trataría que

todos somos iguales sino que una cultura se convierte en el modelo que han de seguir los demás para alcanzar el progreso y la modernidad. Pero hay otro universalismo que no pretende imponer ningún modelo sino que parte, en primer lugar, de la diversidad como característica principal de la universalidad y, en segundo lugar, que a partir de un diálogo intercultural busca establecer los puntos de confluencia entre los seres humanos.

Por otra parte, se puede hacer hincapié en las diferencias culturales con objetivos muy dispares. En primer lugar, se puede discriminar a una parte de la población atribuyéndole una identidad distinta que, en muchas ocasiones, significa una identidad negativa. En la actualidad, la sociedad chilena suele atribuirle una identidad negativa al pueblo mapuche.

A veces, los medios de comunicación son constructores de identidades atribuidas como deteriorantes.

En segundo lugar, se puede poner el acento en las diferencias para poner de manifiesto la imposibilidad de una comunicación intercultural. Se trata de mostrar una alteridad inasimilable. Por último, señalar las diferencias culturales puede servir para dar cohesión al propio grupo contraponiéndolo, a los "otros". Pero no todos los objetivos de los que defienden una diversidad cultural van en esta línea de pensamiento. La diversidad cultural puede llevar no sólo a un conocimiento de otras prácticas culturales sino también a un re-

conocimiento de las propias prácticas, un volver a conocer, como formas culturales contingentes y no esenciales.

Esto significa que conocer otras culturas puede llevarnos a replantear algunas de las prácticas culturales que consideramos “naturales” y que realizamos de forma automática sin cuestionárnoslas. Se suele carecer de una cierta miopía intracultural que nos hace olvidar, por ejemplo, que las prácticas culturales han ido cambiando a lo largo del tiempo en el interior de una misma cultura. En última instancia, esta diversidad cultural nos puede conducir a un cierto relativismo cultural que intente romper la concepción esencialista y ahistórica de la cultura y que la sitúe en su lugar como una construcción más de los seres humanos.

Puede parecer una contradicción, pero como se ha divulgado en distintos eslóganes la situación es que vivimos en un solo mundo en el que existen voces múltiples y en el que todos somos parientes y todos somos distintos.

Para Casmir y Asunción Lande (1989), unas personas multiculturales deben ser capaces de dejar en suspenso su identidad cultural para crear nuevas formas de realidad basadas en la diversidad humana y en la impredecibilidad de la condición humana”. Para los autores citados, las cualidades que debería tener esta persona son: flexibilidad cognitiva,

sensibilidad cultural, relativizar las actitudes y valores culturales, comprensión empática y creatividad.

En el ámbito organizacional Casmir y Asunción Lande (1989) se plantean el tema de las familias multiculturales y de las empresas donde trabajan personas de distintas culturas. El ámbito mediado de la tercera cultura hace referencia a los medios de comunicación y a lo que se ha denominado la cultura de masas.

El problema que se plantea es hasta qué punto en el ámbito de la comunicación mediada es posible la construcción de una tercera cultura.

2.10. Modelos de la Tercera Cultura:

Según Casmir (1993) muchos de los de los modelos de la comunicación están basados en los conceptos de confrontación, de la persuasión racional, del debate y de la dominación de los vencedores sobre los perdedores.

De hecho, en el modelo que propone Casmir no se trata de vencer sino de con-vencer. Es decir, que nadie venza porque ambos vencen. El caso es que, sin planteárselo, Casmir sostiene la vieja idea de Kropotkin del apoyo mutuo. Como señala este pensador anarquista, “En la práctica de la ayuda mutua, cuyas huellas podemos seguir hasta los más antiguos rudimentos de la evolución, hallamos de tal modo el origen positivo e indudable de nuestras concepciones morales, éticas, y podemos afirmar que el principal papel en la evolución de la ética de la humanidad fue desempeñado por la ayuda mutua y no por la lucha mutua” (Kropotkin, 1970). Como puede apreciarse quizá tanto Casmir como Kropotkin tienen una visión ingenua, o al menos parcial, de las relaciones sociales.

En su modelo Casmir (1993) tiende a evitar las aproximaciones en las que el desarrollo de la comunicación tiene como resultado la dominación o la sumisión de unos a otros; así como la aplicación absoluta, culturalmente

establecida, de las reglas de la lógica y del razonamiento. Además, la dicotomía de emisor-receptor es reemplazada por un proceso creativo mutuamente beneficioso que no depende en forma necesario de una contribución igual de los participantes.

2.11. Modelo Propuesto por Casmir:

El modelo propuesto por la investigación es el propuesto por Casmir:

El segundo modelo “está necesariamente limitado a la representación del complejo proceso interactivo que yo denomino la construcción de la tercera cultura” (Casmir, 1993)

En el mismo, dos o más seres humanos buscan el beneficio mutuo y para ello deben desarrollar sus propias estructuras, sistemas de valores y de comunicación para sobrevivir, crecer mutuamente y para disfrutar de la vida. Según Casmir (1993), este proceso puede ser interferido por personas que están fuera del proceso, o por autoridades que valoran más las soluciones controladas y dirigidas que las experiencias vitales de los seres humanos individuales y sus necesidades.

Este modelo plantea que a partir de un contacto inicial, dos personas pueden ir confluyendo en una tercera cultura compartida, incluso aunque puedan recibir las influencias de otros. En primer lugar, la persona A recibe a la persona B. A continuación A se presenta a B y busca información sobre B. Luego A compromete a B en el mismo proceso ya descrito – reconocimiento y búsqueda de información-. Seguidamente A y B empiezan a cuestionar sus actitudes, costumbres y valores y a modificar otras para perecerse más

respectivamente. Luego A y B integran nuevas o revisadas actitudes, costumbres y valores en una nueva estructura. Por último, A y B renegocian sus relaciones a la luz de las cambiantes circunstancias y contextos, y algunos de estos aspectos renegociados de la relación se convertirán en permanentes y se autoperpetuarán. De esta forma, se habrá construido una Tercera Cultura compartida.

El modelo está construido para una situación ideal en que las dos contrapartes se encuentran en una situación de igualdad.

En este punto, la idea es que la comunicación en general, y el lenguaje en particular, no son instrumentos pasivos sino una construcción activa. Toda teoría o descubrimiento está conformado por el lenguaje.

En definitiva, lo más importante en la construcción de la Tercera Cultura es precisamente qué características tendrá.

Frente a las tentaciones asimilacionistas de construir una Tercera Cultura a partir de un modelo cultural dominante, debería intentar construirse una Tercera Cultura autoconsciente, creativa y flexible.

2.7. Interculturalidad en Salud:

La interculturalidad se puede enfocar desde diversas visiones o tópicos. La diversidad cultural existente en el continente americano, debe servir de base y de sustento para la construcción de naciones de nuevo tipo; mientras que la interculturalidad debe ser un aspecto ineludible para construir identidades nacionales libres de racismo, desprecio e intolerancia.

En este contexto, las relaciones interculturales deben ser justas, democráticas, igualitarias, cooperativas y solidarias. Deben basarse en la igualdad de derechos y ser el sustento de la unidad nacional.

Lo Intercultural se refiere a la relación, de al menos dos culturas. Una propuesta de salud intercultural se refiere a la base programática de un modelo de atención de salud entre dos culturas que coexisten en un espacio geográfico y clínico.

Podemos pensar la *interculturalidad en salud 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* (Ibacache y Oyarce, 1996)

Cada día nos parece más necesario el desarrollo de una política intercultural en salud ya que ningún sistema médico es capaz de satisfacer todas las demandas de salud que presenta una población. La biomedicina no escapa a esta regla y por ende la medicina tradicional puede permanecer como una alternativa válida para el restablecimiento del equilibrio, donde su concepto holístico del proceso salud-enfermedad la hace de mayor efectividad que la medicina occidental.

Por lo tanto la salud intercultural debería favorecer un proceso de revaloración y revitalización de las culturas médicas tradicionales indígenas (modelo relacional y holístico) y también de la biomédica (modelo biopsicosocial o multicausal). Debería al mismo tiempo favorecer una formación armónica en que conviven e interactúan valores y conocimientos culturales de diferente origen, sin rupturas y abandono de lo propio.

El desarrollo desde la perspectiva intercultural también deberá ser entendido como el logro de una identidad cultural que potencie los elementos comunes entre las culturas y respete los diversos.

Interculturalidad en Salud se puede entender como el reconocimiento a la validez de los conocimientos y prácticas desarrolladas por los diferentes grupos humanos a lo largo de su historia para enfrentar el proceso salud-enfermedad, además de facilitar procesos que se sustenten en la reciprocidad de las relaciones, el respeto y el entendimiento

Dentro de este contexto se realizó en 1996 un Encuentro de Interculturalidad en Salud en la comuna de Puerto Saavedra, organizado por el Programa de Salud con Población Mapuche del Servicio de Salud Araucanía y por el Programa de Salud de los Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud.

En aquella oportunidad se expusieron propuestas e ideas destinadas a sentar las bases para el desarrollo de una Política Nacional en Interculturalidad en Salud.

Uno de los expositores fue la antropóloga de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Frontera Ana María Oyarce, quien definió el concepto de “Interculturalidad en Salud” como la capacidad de moverse entre los distintos conceptos de salud y enfermedad, los distintos conceptos de vida y muerte, los distintos conceptos del cuerpo biológico, social y relacional.

También explicó que el conocimiento intercultural se debe entender como cualitativamente diferente de los conocimientos que le dan origen, y que en plano operacional la interculturalidad debe potenciar lo común entre el sistema médico occidental y el sistema médico indígena, además de respetar y mantener la diversidad.

Oyarce plantea que entre las áreas sobre las cuales se puede desarrollar una Política Intercultural en Salud, desde el interior del sistema médico son las áreas de atención, educación y comunicación, área de formación y capacitación de los trabajadores de la salud y el área de la articulación entre medicinas y en el área de la investigación intercultural. (1996).

Por otra parte, señala que una de las premisas fundamentales para desarrollar una política intercultural en salud, es que ningún sistema médico puede sustentar por sí solo, las necesidades de salud de una población, dado que cada medicina tiene una función en el marco del contexto del cual proviene, por lo que es necesario establecer condiciones para la comunicación, referencia, derivación y trabajo colectivo.

La perspectiva intercultural en salud se dirige a la formación de una unión y valoración entre las diferencias culturales, teniendo como base una integralidad que permita una convivencia armónica entre las diversidades

culturales.

La perspectiva intercultural no supone solamente que la persona enferma acuda al sistema médico propio, sino que se le traspase información, habilidades y conocimientos para que los utilice en otros escenarios culturales de salud. con características valóricas y prestigio social similar.

La perspectiva intercultural en salud parte del supuesto que cada medicina sea funcional en el marco del contexto sociocultural del cual proviene, por lo tanto, no pretende transformar al shaman en médico o viceversa, sino establecer instancias de comunicación, referencia, derivación y trabajo colaborativo.

La salud intercultural favorece el proceso de revaloración y revitalización de las culturas médicas tradicionales mapuches que forman el modelo relacional y holístico y la biomédica que da la vida al modelo multicasual.

Otra teoría y que refleja las relaciones asimétricas que se dan en el marco de la realidad interétnica en salud, son que la propia interculturalidad se viven en diferente forma por mapuches y no mapuches.

Para los primeros es un hecho vital, viven la interculturalidad en el plan de lo real y las condiciones actuales interactúan con las asimétricas, contradicciones y discriminaciones sobre las que se estructuran actualmente las relaciones interétnicas en Chile. Además, la sociedad nacional por un parte los discrimina, pero, por otro lado les demanda ser diestros en ambas culturas.

Tanto para los no mapuches como para los mapuches la interculturalidad debe entenderse igual.

Para los no mapuches la interculturalidad es como una noción de sensibilización hacia el otro, como una posibilidad de recuperar una medicina más holística y como una oportunidad de cambio hacia una sociedad más igualitaria.

La interculturalidad en salud significa por tanto reconocer que hay espacios de encuentro, donde se pueden establecer posibilidades y diálogos, y otros donde se mantienen las especificidades y, es necesario respetar las diferencias. Hoy en día, la cultura chilena se desenvuelve y redefine constantemente en un marco más amplio, una cultura global a través de procesos de comunicación e intercambio cada vez más acelerados. En este contexto, la salud intercultural no se refiere sólo a las culturas históricas en contacto, como la chilena y la mapuche, sino también a la dimensión intercultural global que afecta a ambas, y de la cual son parte. La salud

intercultural se hace cargo de esta creciente tensión entre una identidad cultural global que se afirma por la expansión de los escenarios de referencia o la cultura global y las raíces nacionales y étnicas local o cultura específica.

La interculturalidad, se vive en el ámbito individual y grupal, pero como paradigma para un nuevo orden social requiere de un cambio global, no se sustenta sólo en voluntades particulares, sino en un cambio a nivel de las relaciones de poder en que se estructuran la sociedad mapuche y el estado chileno.

Uno de los fundamentos en el desarrollo de una política intercultural en salud es que ningún sistema médico es capaz de satisfacer por sí solo, todas las demandas de salud que presenta una población. Lo anterior implica que el modelo de la medicina biomédica no es el único deseable y válido, y que la medicina tradicional surge como una alternativa válida para la solución de enfermedades, sobre todo en aquellas relacionadas con el ámbito psicosocial, que es donde la medicina oficial ha mostrado poca efectividad. La dinámica de relación del paciente mapuche con las estructuras del sistema de salud occidental, presenta características específicas desde el análisis de la identidad sociocultural que portan los usuarios mapuches. Para estos, su permanencia cultural, implica ser categorizado de acuerdo con las adscripciones señaladas a tal identidad, las cuales están basadas fundamentalmente en el prejuicio y el estereotipo. Desde esta perspectiva, la

interculturalidad en salud aparece como un enfoque capaz de avanzar en el acercamiento de dos mundos culturales distintos y disminuir las barreras de discriminación. Este enfoque deberá formar parte de una política intercultural global por parte del Estado.

La interculturalidad en salud es la articulación de los recursos médicos tradicionales con la realidad de la medicina moderna, ensayando caminos para alcanzar la utopía de una vida equilibrada entre dos mundos y dos culturas. La interculturalidad apunta el fortalecimiento y libre desarrollo de los sistemas médicos culturales en el marco del mantenimiento de la pluralidad étnica nacional y de una superación de la condición de la marginalidad en la cual se encuentran los pueblos indígenas y su tradición cultural, según plantea (Citarella (1994).

En la perspectiva de la interculturalidad en salud, el control cultural se manifiesta en la capacidad de la sociedad mapuche para ejercer decisión sobre el propio sistema médico en interacción, de acuerdo a su cultura e identidad propia, y como parte constitutiva del patrimonio cultural mapuche. En el aspecto operacional la interculturalidad en salud se expresa en la coexistencia de diferentes tradiciones médicas en un mismo espacio territorial y clínico (relación sanador - enfermo). En este contexto, la característica más importante de la salud intercultural actual, es que la salud y medicina indígena está en una situación de una inferioridad y

subordinación a la salud y medicina oficial occidental.

Esta coexistencia entre sistemas médicos puede ser vistos como relaciones de conflicto, competencia, complementariedad o articulación. ¿La coexistencia en términos de conflicto y están traspasados por relaciones de poder?. Esta pregunta se ubica en una posición macro de las fuerzas sociopolíticas que están presentes en las diferentes medicinas y que se expresan además en los modelos médicos en se basan los distintos sistemas médicos.

Las mayores incompatibilidades se dan en la concepción moral de las enfermedades y la intervención del mundo mágico religioso, y en este punto es donde se dan los mayores conflictos para una adecuada complementación desde el punto de vista intercultural en salud. El conflicto se expresa también en los agentes médicos del sistema oficial hacia los agentes tradicionales. Los médicos del sistema oficial representan la medicina exitosa, con poder y con el convencimiento de que sus conocimientos son universales y científicamente fundados. Los agentes tradicionales por su parte han aprendido pragmáticamente a reconocer las ventajas de la medicina oficial para el tratamiento de las manifestaciones de la enfermedad y usan esa medicina con un criterio de selección empírica.

Un aspecto específico que hay que reconocer en el análisis de temas

interculturales es el aporte al conocimiento del modelo y sistema medio mapuche, que se define como la cosmovisión totalizadora propia de los grupos indigenitas latinoamericanos, según la cual, el hombre, la naturaleza y lo sobrenatural forman conceptualmente una sola unidad, también se describe que para el pueblo mapuche existe un todo conformado por el hombre, el medio y un conjunto de seres y fuerzas con poder que rigen sobre los dos primeros.

En este contexto, podemos afirmar que la religión mapuche considera importante lograr una armonización entre los hombres y las fuerzas del universo. Ritos y ceremonias permitirían la comunicación con el mundo de la invisible, ya sea colectiva o individualmente.

El objeto de estas prácticas sería obligar a las fuerzas sobrenaturales a actuar a favor de los hombres. Estos ritos ceremoniales son la expresión más patente de las manifestaciones religiosas culturales. Los mapuches tienden a resignarse a su destino, a los designios divinos.

El modelo médico mapuche que se deriva de esta manera holística de ver el mundo, tiene componentes objetivos y morales. La enfermedad por los mapuches, es concebida no sólo como un hecho biológico, el cual sería la manifestación, sino más bien como un hecho socioreligioso, ya que el sostén de estas creencias son las concepciones mágico religiosas.

Según Ana María Alarcón (1995), existe la posibilidad de crear un nuevo tipo de conocimiento, generado del acercamiento entre dos mundos culturales distintos. Ella plantea, que desde un punto de vista teórico el avanzar hacia un modelo de producción de este nuevo conocimiento, tiene al menos, tres premisas:

Tanto los saberes occidentales, como mapuches son modelos igualmente válidos de conocer y comprender la realidad, sea cual fuera la conceptualización de ésta.

Al buscar puntos de unión entre los saberes se podría generar un conocimiento nuevo, necesario para una perspectiva intercultural. En este ámbito lo intercultural se redefine, no sólo, como la capacidad de moverse equilibradamente entre dos formas distintas de conocer la realidad, sino también significa respetar y valorar el saber de cada cultura y producir el acercamiento entre ambas.

El conocimiento nuevo debería convertirse en el modelo emergente de conocimiento que, a partir de representaciones particulares sobre un fenómeno, busca la producción de un conocimiento cualitativamente diferente, comprensible para ambos mundos culturales.

En lo metodológico, el conocimiento nuevo debería producirse

fortaleciendo los puntos comunes o acuerdo en los conocimientos y respetando los aspectos específicos que cada cultura reconoce en ese dominio (o campo semántico). En el caso de la salud puede ser la enfermedad, la etiología, los síntomas, el cuerpo, etc. Este modelo de conocimiento implica desde el inicio una manera diferente de abordar y concebir la interculturalidad

2.8. La Interculturalidad en Salud Como Desafío y Paradigma:

Reconocer la interculturalidad como paradigma significa reconocer que hay espacios de encuentro, en los cuales se pueden intercambiar ideas y posturas; y otros en los que se deben mantener las especificidades y respetar las diferencias.

La interculturalidad en salud, según las conclusiones sostenidas tras el Encuentro Intercultural de Puerto Saavedra, requiere de un cambio global; no se sustenta sólo en individualidades voluntades particulares, sino que necesita de voluntades políticas.

Como paradigma existen dos caminos para la interculturalidad en salud:

1. Fortalecimiento de las especificidades culturales.
2. Potencialidad de convertirse en una cultura nueva, diferente de las dos anteriores.

Como desafío:

Debe estar enfocada a mejorar la salud de ambos pueblos. Requiere que se ganen espacios para los mapuches, pero especialmente que se demuestre que es posible acceder desde el sector oficial. Además, la interculturalidad

debe permitir una mirada holística y humana de las personas del entorno que les rodea

El contacto interétnico entre mapuches y sociedad nacional, implica un proceso de homogeneización cultural de los sujetos bajo un modelo cultural propiciado por el estado chileno, según plantea Ana María Alarcón (1995), sin embargo, según Teresa Durán (1994), las relaciones interétnicas han establecido las bases que mantienen y orientan la diferenciación entre las categorías étnicas, es decir, que a partir del mismo contacto social con la sociedad chilena, los mapuches reafirman sus diferencias culturales.

III. METODOLOGÍA

3.1. Enfoque Metodológico General:

La presente investigación, como ya se ha mencionado, pretende conocer la auto comprensión y autoconstrucción de la realidad de los profesionales de la salud intercultural, a partir de testimonios recabados en el Hospital Maquehue de la Novena Región.

Con la finalidad de obtener dichos testimonios se realizaron dos grupos de discusión en los que participaron 8 miembros del equipo de salud del recinto mencionado.

La metodología que se aplicó en este estudio, consistió en el desarrollo de dos grupos de discusión, centrados en que el análisis de datos es una línea continua de profundidad que abarca desde la simple presentación directa de los datos hasta la interpretación de éstos:

- a) Presentación de Datos directos
- b) Categorización y descripción
- c) Interpretación de resultados

En uno de los polos del continuo estarán la presentación de los datos

directos, consistentes en reproducir fielmente las afirmaciones de los miembros de los grupos de discusión a medida que respondían a cada uno de los temas que se abordaban en la conversación.

A medio camino en el continuo estarían las afirmaciones descriptivas: resúmenes de las respuestas de los participantes, determinando únicamente las respuestas más significativas y frecuentes.

El polo interpretativo del continuo se apoya en el proceso descriptivo, pero ofrece el significado de los datos en lugar de un resumen de éstos. Mientras que el proceso descriptivo da lugar a resumen, el proceso interpretativo apunta hacia la comprensión.

3.2. Procedimiento

El proceso de análisis debe ser sistemático y verificable. Sistemático en el sentido que seguirá un proceso prescrito, secuencial. Es verificable en el sentido de que otro investigador debería llegar a conclusiones similares usando los documentos disponibles y los datos directos.

Este proceso comienza desde la primera conversación con los participantes.

Una vez concluidos los grupos de discusión se adoptaron los siguientes pasos.

- Lectura de los resúmenes.
- Lectura de las transcripciones
- Escuchar las grabaciones.
- Detección de las ideas básicas.
- Recordar los objetivos del estudio.

Posteriormente, el procedimiento dio paso a los resultados:

- a) Presentación de Datos directos
- b) Categorización y descripción
- b) Interpretación de resultados

IV. RESULTADOS

4.1. Presentación de los Datos Directos:

Grupo de Discusión Número 1:

El primer Grupo de Discusión se realizó el jueves 13 de Diciembre de 2001 en el Hospital Maquehue. La actividad comenzó a las 16:30 horas. Se percibe ánimo de colaboración entre los participantes. Sus rostros denotan interés por la actividad.

Los participantes y algunos de sus datos demográficos son los siguientes:

- Carlos Labraña: Médico
- Claudia Orellana: Enfermera
- Gabriela Ellado: Auxiliar paramédico
- Luz Quiñelén: Auxiliar paramédico
- Roberto Vásquez: Chofer y quebrador de empacho.

1.- ¿QUÉ ENTIENDEN POR INTERCULTURALIDAD?

- Médico:

“Es una pregunta difícil. Yo les preguntaría a ustedes qué entienden por interculturalidad. Ni Nosotros no nos ponemos de acuerdo acerca de qué es interculturalidad”.

“Interculturalidad no es colocar señaleta en mapudungun,. Eso no es interculturalidad. Interculturalidad es reconocer dos culturas”.

“Hay que tener cuidado al decir: venimos a estudiarlos. Hay que ponerse en la otra posición”. (el médico plantea la necesidad de cuidar los términos a ocupar en la conversación).

- Enfermera:

“Es el intercambio de conceptos entre distintas culturas. Dos culturas están al mismo nivel”.

(La opinión abre el tema de la complementariedad de los sistemas médicos).

“Aquí se trabaja la complementariedad entre el sistema médico occidental y el sistema médico mapuche”.

“En la interculturalidad se reconocen los agentes médicos tradicionales y los remedios tradicionales”.

“El médico sabe las enfermedades que deben ser tratadas por la machi, y la machi conoce las enfermedades occidentales que debe tratar el médico”.

(Enfermera pone énfasis en este aspecto)

“Existe un canal intercultural entre ambos agentes, pues ambos se reconocen mutuamente”.

(Entre el médico y la machi que se derivan pacientes mutuamente)

“El médico reconoce a la machi como sanadora y la machi reconoce al médico como sanador. Se tratan al mismo nivel”.

- Auxiliar paramédico 1:

“La interculturalidad es un proceso. Es un inicio que acá no se da. Son los primeros pasos”.

“Mientras no se reconozca legalmente la labor de los yerbateros y las machis, no se puede decir que estamos trabajando de par a par”.

“Cuando se comienza a vigilar a la gente (machi, sanadoras) la gente comienza a retroceder y no a hacerlo u hacerlo oculto”.

- Auxiliar Paramédico N 2:

“Estoy de acuerdo con el médico y la enfermera. Lo que dicen es la verdad. Esto esta empezando recién”.

“Los indígenas están recién aprendiendo a conocer que los doctores existen y que mejoran”.

“Ahora existe un contacto entre el doctor y el machi”.

(Se produce un dialogo acerca de los agentes de la medicina mapuche).

- Interviene auxiliar Número 1:

“La médica es la yerbatera. La machi es diferente a una médica”.

Médico:

“La machi es como el doctor para nosotros”.

2.- ¿CÓMO SE DA LA COMUNICACIÓN EN EL MODELO DE ATENCIÓN IMPLEMENTADO EN EL HOSPITAL MAQUEHUE?

- Médico:

“En el aspecto del lenguaje no hay muchas dificultades, dado que la mayoría de los pacientes mapuches hablan español. La problemática se presenta en lo que ustedes llaman comunicación no verbal”.

“La dificultad comienza como tú comienzas la conversación y la comunicación”.

“Nosotros en nuestra cultura acostumbramos preguntarle a los pacientes.

¿Qué le duele? Acá no. Acá se pregunta ¿Cómo está su familia?

“Muchas veces tú conversas con el paciente, o con el pariente que lo trae al recinto”

“En ese sentido hay una diferencia entre un sistema y otro”.

- Enfermera:

“La conversación o protocolos de atención son conversaciones de la vida cotidiana”.

Subtítulo: (Se retoma el tema de la interculturalidad por parte de quienes no habían dado su opinión al respecto)

- Chofer de ambulancia:

“El mundo mapuche no es mundo más ignorante que el occidental. Son dos culturas”.

“La cultura mapuche es interesante y espiritual”.

- Auxiliar paramédico N 1:

“Hay mucho respeto por las cosas en general. Por la naturaleza”.

- Chofer: (Interviene con gran énfasis)

“Para trabajar en salud intercultural hay que entender las dos culturas”

“El que no entiende las diferencias culturales no puede trabajar en salud intercultural. Tiene que entender los dos mundos”.

3.- ¿Y USTEDES ENTIENDEN LAS DOS CULTURAS?

- Médico: “Es muy difícil llegar a entender una cultura distinta”.

“Algunos colegas se enojan cuando quién responde a sus preguntas es el pariente del enfermo, y no el paciente. No entienden que en la cultura mapuche, muchas veces es el familiar el encargado de dar a conocer el problema de un enfermo”.

“Hay que cambiar esta forma de ver el mundo. Por que es el modelo de una cultura”.

- Auxiliar paramédico 1:

(Ella pone énfasis en este testimonio. Se percibe gran interés en dar a conocer su testimonio y experiencia)

“Yo siendo mapuche no conocía las costumbres, me chocaban, no iban conmigo. Empecé a conocerlas viviendo con ellos”.

(Retoma el tema de la comunicación)

“Comunicar es decir lo que uno siente a la otra persona, y que la otra persona también lo respete y lo escuche”.

4.- ¿Y HA AYUDADO EL SISTEMA DE ATENCIÓN EN SALUD IMPLEMENTADO ACÁ EN FORTALECER AQUELLO?

- Auxiliar paramédico 1:

“Sí, en parte a ayudado el nuevo modelo de atención intercultural. Este modelo ha hecho que los médicos conozcan a los mapuches y estos a ellos”.

5.- ¿CÓMO SE DA LA RELACIÓN MÉDICO, PROFESIONAL DE LA SALUD Y PACIENTE?

- Chofer:

“De partida, acá todos los pacientes han visto alguna vez un médico occidental”.

- Auxiliar Paramédico N 1:

“Cuando los pacientes ven que los médicos hablan mapudungun, es porque se les puede dar la confianza y pueden contarles sus cosas”.

“Muchas veces los pacientes decían que no podían explicarle al médico, una, por el temor”.

“Otro concepto que tenían del médico es que cómo había estudiado (estudios universitarios) debía adivinar la enfermedad”.

- Médico:

“Cuando uno atiende a un paciente uno le pregunta: ¿Qué le pasa? Y la respuesta es: Usted debería saberlo. Para eso vine para que Usted me diga lo que yo tengo. (En esta parte, el médico resalta la actitud del paciente para con él. Le da mucha fuerza a este testimonio).

“No es un problema comunicacional, es un problema de palabras. Es un problema del saber por qué se llegó a enfermar”.

6.- ¿QUÉ SE ENTIENDE POR EL CONCEPTO DE SALUD EN ESTE MODELO DE ATENCIÓN?

- Médico:

“El concepto de salud es muy distinto para ambas culturas. El concepto de salud para el occidental es que se le pase el dolor. Aquí se habla de la medicina psicobiosocial”.

“Para los mapuches, si no estas bien del alma no estas bien del cuerpo. Tú para estar sano debes estar bien socialmente”.

“Si tú piensas lo que dicen los mapuches acerca que la pena es una enfermedad. Pueden tener razón. Uno cuando anda estresado, uno se enferma. No dejan de tener razón. Si no estas bien de tu alma, si no tienes tierras, no estas sano”.

7.- ¿QUÉ PASA CUANDO UNO LE DICE A UN PACIENTE QUE TIENE QUE GUARDAR REPOSO?

- Médico:

“Lo que pasa es que cuando uno recomienda 5 días de reposo, en esos 5 días el paciente tiene que cosechar, tiene que cuidar a los pollos. Si no cosecha se muere de hambre”.

“Las recetas se ajustan a una realidad distinta”.

- Enfermera:

“Hay remedios naturales que la gente sabe cuando tomar. Que se utilizan mucho”.

“No es la idea estar todos los días con medicamentos”. (pacientes mapuches).

Les puedo ayudar a solucionar problemas de presión arterial, pero los puedo enfermar de gastritis”.

8.- Intervención de investigador:

¿DE NINGUNA MANERA SE IMPONEN O INTENTAN IMPONER RECETAS O TRATAMIENTOS?

- Médico:

“Cuando uno impone algo, en este caso una receta, uno está presuponiendo que el otro no sabe”.

“Acá se conversa con el paciente mapuche”.

“¿Por qué ellos van a ser menos que los que se atienden en la clínica Alemana?”.

“Los enfermos están en su derecho de elegir. No se les puede obligar a operarse”.

- Enfermera:

“No es una condición de una cultura originaria específica. La misma situación se da con pacientes huincas”.

Subtítulo:

(Enfermera retoma con gran interés el tema de la comunicación)

“Esto no es un problema de comunicación, es un problema de opción cultural”.

“Acá la comunicación es super importante. Por que va inserta en todo un concepto de cultura, que la cultura occidental no la tiene mucho en cuenta”.

“Un médico occidental que trata a un paciente occidental en un consultorio X. La persona abre la puerta del box. El médico la mira y le pasa una receta. No le pregunta cómo está, cómo se siente”.

“Acá se da lo contrario por que hemos tomado las consideraciones que la cultura mapuche da. Muchas veces el mejor remedio es la palabra, y no tanto una pastilla”.

- Chofer: “

A mi me ha tocado trasladar pacientes derivados de urgencia a Temuco. Y pasa que los médicos, que saben que acá hay implementado un sistema de salud intercultural, no lo ven así. Me han dicho: ¿Por qué traen a este paciente? Acaso allá al Jaime (Ibacache) o al Carlos (Labraña) se les acabo el canelo. Me lo han dicho médicos que trabajan en la urgencia de adultos...”

“Ellos no alcanzar a entender que son dos culturas totalmente distintas. Todavía piensan que los mapuches son tontos. Todavía los tiene clasificados en la parte baja de la tabla”.

“El valor ético es distinto” (No señala entre qué agentes, se presume que en la manera de percibir al paciente mapuche).

- Enfermera:

(Interviene con cierto grado de intensidad, decisión y seguridad en lo que dice)

“Ellos son los ignorantes” (médicos)

9.- ¿QUÉ PASA CON LOS PACIENTES MAPUCHES, ELLOS SI RECONOCEN LA OTRA CULTURA O SE APEGAN A SUS CREENCIAS?

- Auxiliar N 2: “Yo diría que sí. Que también creen en los doctores y la machi. Por ambos lados”.

- Médico:

“Los mapuches son más interculturales. En el sentido que han aprendido a moverse dentro de una cultura distinta a la suya. Siempre han tenido que bajar a los pueblos. El mapuche va y se mueve dentro de otra cultura. Entiende aspectos de la cultura huinca desde hace mucho”.

10. ¿EN EL CASO DE MAQUHUE, LOS PACIENTES LLEGAN POR QUÉ REALMENTE CREEN QUE LOS VAN A SANAR?

- Chofer:

“Yo pienso que sí. Ellos son bien sentimentales. Si no lo consideran así, no vienen. A veces cuesta traerlos. A mí me han tocado casos de pacientes que ya casi no tienen conocimiento o están muy graves, de traerlos”.

- Enfermera:

“Son tópicos de la cultura. A veces hay pacientes que se quieren morir en su casa. Entonces para que los vamos a traer si aquí se van a morir. Lejos de su tierra, de su familia”.

Interviene Chofer con una expresión fuerte:

“Eso es lo que les duele” (Morir lejos de su tierra)

Enfermera:

“Eso es lo que les duele. Por eso de pronto hay reticencia”

“No por que no confien en el sistema occidental”

“Incluso ellos vienen a buscar la medicina occidental muchas veces, o sea ellos vienen y te piden: Señorita deme una pastilla, deme una inyección”.

11. INSISTIENDO EN EL TEMA DE LA INTERCULTURALIDAD ¿CÓMO SE DA EN ESTE HOSPITAL?

(En estas intervenciones las respuestas fueron entregadas con un alto grado de seguridad)

- Auxiliar N 1:

“Yo creo que en un clima de mucho respeto por ambas partes. Nosotros respetamos mucho a los pacientes y ellos a nosotros por lo que no tenemos mayores complicaciones con eso”.

- Auxiliar 2:

“Yo pienso que sí. Cuando uno ve respeto hacia uno, uno también respeta”

- Chofer:

“Este es un proceso intercultural que está recién comenzando, por que para que sea intercultural falta mucho todavía”

12.- ¿QUÉ FALTA PARA LOGRAR UNA INTERCULTURALIDAD PLENA?

“Poner a par al pueblo mapuche. Que no sean considerado etnia, si no que sean considerados pueblo. Que los mapuches en sí sean considerados pueblo, no su cultura”.

“En estos momentos constitucionalmente no son considerado pueblo. Tienen todas las características para ser considerados por el Estado”.

(Frase señalada con gran orgullo por parte del chofer)

“Este es un gran paso. (Hacia la interculturalidad) Por que acá esto es autónomo. Es más fuerte que otra parte”.

- Médico:

“Acá, a nivel de decisiones, la comunidad es la que decide. Se toman decisiones....(Volver a preguntar aquello)

13.- ¿QUÉ LOS DIFERENCIA DE OTROS RECIENTOS DE SALUD?

- Chofer:

“Acá somos personas comunes y corrientes capaces de entender la cultura mapuche. Ser capaces de complementar lo mapuche con lo occidental. Complementarse. Hacer como un equipo”.

- Médico:

“Yo creo que ser capaces de reconocer que una cultura puede asociarse con otra. Reconocer la validez de un yerbatero, de una machi, de un quebrador de empacho. Reconocer que la medicina occidental no es la única opción médica para algún tratamiento”.

“Es darse cuenta que hay otra gente que también sabe”

14.- ¿QUÉ CARACTERÍSTICAS TIENE UN QUEBRADOR DE EMPACHO?

- Chofer:

“Yo como quebrador de empacho. Yo sólo con mirar a la persona me doy cuenta que esta empachada. No necesito preguntar”.

“Yo percibo aquello y determino los días que lleva afectado el paciente”.

15.- ¿PODRÍA EXPLICAR UN EMPACHO DOCTOR??

- Médico:

“Yo creo que la biología del empacho no existe. Es una guagua que de repente no come, tiene diarreas. No habla. Con otros síntomas.

“Es un cuadro muy raro”.

Chofer:

Interviene, con gran fuerza en el dialogo para dar su postura como experto del tema (como quebrador de empacho)

“Es increíble pero para la medicina occidental no tiene remedio”

- Médico

“No” (Corrobora afirmación del quebrador de empacho).

- Chofer:

“Ayer tuvimos el caso de un padre que era escéptico. Y lo trajo acá por la era la única opción que le quedaba”.

“En el tratamiento para terminar con el empacho le doy medicamentos a base de hierbas”.

16.- ¿USTED DOCTOR NO ASOCIA ESTO A POR EJEMPLO, A QUE ANTES LA GENTE SE MORÍA DE “MAL” Y DESPUÉS SE DESCUBRIÓ QUE EXISTÍA EL CÁNCER Y OTRAS ENFERMEDADES?

- Médico:

Yo creo que sí puede ser cierto. Pero eso no invalida de ningún modo el conocimiento de la medicina occidental”.

“Significa que debemos ser capaces de reconocer que hay ciertas cosas que puede mejorar un sistema y otras que puede mejorar el otro sistema”.

“Significa que él (quebrador de empacho) es capaz de identificar una enfermedad que nosotros todavía no identificamos. Es capaz de identificarla y de tratarla, y nosotros no somos capaces de hacer eso”.

“Yo creo que sí, a lo mejor en algún momento se va a descubrir la psitoquímica, etc., del empacho. Y ahí se le va a acabar la pega al Roberto”.

(El médico reconoce la posibilidad que la medicina occidental descubra las causas científicas del empacho, a través de una broma para con el quebrador de empacho).

“Si dos médicos hubieran dicho hace cien años que con la corteza del sauce se prevenía el infarto, los hubieran tildado de locos. Hoy en día, vemos a diario la promoción de la aspirina, que previene el infarto cardíaco, y en ella no viene más que la corteza de un sauce”.

“Ese es el punto, reconocer que hay un conocimiento que está presente”.

- Chofer:

“De eso se trata de poner a la par las dos culturas”.

- Médico:

“Hay muchas cosas que la ciencia no conoce. Hay muchas terapias tradicionales muy validas, pero no son superiores a la medicina occidental”.

“Así también llegan pacientes derivadas de la machi, con enfermedades huincas que ellas no pueden tratar”.

“Existen terapias tradicionales más antiguas que la medicina occidental, pero no por eso son superiores”.

17. ¿USTEDES CREEN QUE CON EL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD IMPLEMENTADO ACÁ EN MAQUEHUE SE HA FORTALECIDO LA IDENTIDAD CULTURAL MAPUCHE?

- Auxiliar N 1:

“Si, yo creo que sí. Reconocer y rescatar algunas cosas buenas de la cultura mapuche que se estaban perdiendo”.

- Chofer:

“Reconocer también que con la llegada del huinca aparecieron muchas enfermedades que antes el mapuche no tenía”.

18.- Investigador: “PERO ANTES SE MORÍAN MÁS”....(Se produce un diálogo para finalizar el grupo de discusión. Intercambian posiciones varios de los participantes).

Chofer: “ Si, pero murieron más mapuches con la pacificación de la Araucanía”.

- Medico:

“Eso que antes morían más mapuches, por que no existía un sistema de registro como el de ahora. Antes la gente vivía toda su vida en el campo y al morir, no quedaba registro de aquello”.

Investigador: “EN DEFINITIVA ACÁ SE PRODUCE COMUNICACIÓN INTERCULTURAL”...

- Chofer:

“Sí, salió medio porfiado el amigo”. (Se produce un instante de risas que da pie a un instante de relajación).

- Enfermera:

“Lo que pasa es que hay que tener cuidado con los conceptos”.

- Médico:

“Exactamente, el término interculturalidad está muy manoseado. Hoy en día se habla de un estudio de obesidad en la población mapuche, y eso es sólo un estudio más”.

“En el término interculturalidad, nosotros todavía no nos ponemos de acuerdo. Significa el poder tú defender la otra cultura, entender como se manejan. Al principio no cuesta. Es más que aceptar, por que tu puedes aceptar a tu perro, pero no entiendes como piensa tu perro”.

“Es más que aceptar. Cuesta”.

19.- Investigador: “A LO MEJOR USTEDES SE ESTÁN COMUNICANDO POCO CON NOSOTROS..”

- Médico:

“Lo que pasa es que ustedes es primera vez que vienen. Ustedes dicen que nos estamos comunicando poco y puede ser por que recién vienen conociendo esto y al principio uno vienen con un montón de ideas preconcebidas por lo que dice la literatura. Ustedes tienen que pensar que toda la literatura ha sido escrita por huincas, la historia también. Todos los programas de Gobierno, de salud o educación, independiente de la época, fueron impuestos.”

“Nunca fueron a preguntar directamente las necesidades de las comunidades”.

“Se relaciona a la machi con una bruja, con el demonio, se codea con los espíritus”.

- Investigadora: “Se reconoce que la machi puede sanar a un enfermo...

- Chofer:

“No ve que usted nos entiende”.

- Médico:

“Yo conozco un caso de un pequeño que tenía colitis,. Se probó con todo y se ocupó la medicina tradicional. Santo remedio”.

“Son medicinas alternativas válidas. Que deben ser reconocidas. Esto se ha dado de a poco entre los especialistas”.

Concluye el grupo de discusión en un clima de distensión y buen humor. Se percibía en algunos participantes ánimo para continuar con la conversación, a pesar que se extendió aproximadamente veinte minutos

Grupo de Discusión N°2

El segundo grupo de discusión se realizó el 27 de diciembre de 2001 en el recinto hospitalario del Hospital Maquehue.

La sesión comenzó a las 11:45 horas, con gran disponibilidad de los participantes. Se percibe interés y entusiasmo en participar de la actividad.

Los participantes son:

- Carlos Labraña: Médico.
- Claudia Orellana: Enfermera.
- Margarita Trangol: Auxiliar Paramédico. 21 años.
- Teresa Painenao: Auxiliar Pramédico.
- Marcelo Córdova: Matrón.

Entre los integrantes de este segundo grupo de discusión, hay tres profesionales que no participaron de la primera sesión. Sin embargo, sus aportes son igualmente válidos para la investigación, dado que la segunda actividad es un reforzamiento de los tópicos tratados durante la primera.

1.- ¿QUÉ ENTIENDEN POR COMUNICACIÓN?

- A1

“Bueno para mí comunicación es comunicarse bien con la gente, relacionarse con los pacientes, conversar con ellos, preguntarles sobre sus enfermedades. Dedicarles tiempo a los pacientes”.

- A2:

“Yo pienso lo mismo que dice ella. Tratar bien a la gente. Hablar con ellos. Relacionarse con los pacientes y llegar a un mutuo acuerdo. Entender lo que los pacientes nos quieren decir, y tratar de que ellos nos entiendan”.

(Esta opinión fue dada con cierto grado de timidez).

- Médico:

“Poder entenderse con las demás personas. Lograr compartir experiencias y producir un acercamiento”.

- Matró:

“Para mí es una expresión lingüística y facial que me permite entenderme bien con otra persona o con un grupo. Que yo pueda entender a las otras personas y que ellos entiendan lo que yo les expreso. Poder expresarles las mismas ideas que tenemos en común”.

- Enfermera:

“La verdad es que es difícil darle un término definitorio a esa palabra, pero sí la comunicación es fundamental por que partimos de eso para saber lo que la persona necesita y qué es lo que nosotros le podemos entregar, entonces debe ser una comunicación recíproca para que tanto el paciente como el equipo de salud, se beneficien de la interacción que vamos a tener cuando vengan acá a tratarse con nosotros”.

2.- ¿QUÉ IDEAS LES PRODUCE EL CONCEPTO DE COMUNICACIÓN INTERCULTURAL?

- Matró:

“Lo que pasa es que la gente tiene sus conceptos de las cosas. Posee conceptos muy diferentes a los que tiene la gente de ciudad o de otras culturas, dado que ellos conforman una cultura. (cultura mapuche). Y esa cultura posee sus propias creencias y cosmovisión. Uno tiene que estudiarla y así poder llegar a entender que es lo que realmente a ellos les sucede”.

- Médico:

“Poder entenderse entre dos culturas. Comprender por qué hay ciertas actitudes y formas de pensar de la otra persona que son así. Aceptarlas y lograr entender que ellos tienen una realidad distinta”.

- A1:

“Para mí la interculturalidad en la comunicación es hablar en mapudungun. Poder conversar con la gente mayor que muchas veces no entiende el castellano, y hablarle en mapudungun y eso ayuda que se da una mejor comunicación. Especialmente con la gente mayor, no se da mucho, pero se da”.

- A2:

“Yo soy la primera persona con la que conversan los pacientes, muchos saludan en mapudungun y uno tiene que saludarlos en el mismo idioma, por que o si no, sobre todo los abuelitos se sienten mal”.

- Matrón:

“Para que haya una eficaz comunicación intercultural, hay que dars cuenta que uno en la Universidad uno aprende más que nada la parte cínica de la salud. Hay que darse cuenta de eso y pensar que en la parte social a uno le falta conocimiento. Primero uno tiene que entender a la gente con la cual uno está trabajando, y así ver que cultura tienen, por ejemplo acá la cultura mapuche, lograr estudiarla y reconocerla. Respetar la salud que ellos poseen. Reconocer a los componedores y yerbateros, que son agentes de medicina tradicional”.

- Médico:

"Lo primero es reconocer que hay otra cultura. Por que para poder hablar de comunicación intercultural hay que reconocer que existe otra cultura tan válida como la que tú tienes y no pensar que tú les vienes a enseñar a ellos castellano, por ejemplo. Que es lo que ocurrió cuando vinieron los conquistadores y se propusieron alfabetizar a los salvajes, siendo que ellos tenían su sistema de comunicación y que no fue respetado en su momento.

Yo creo que eso es primordial, reconocer que hay otra cultura que tiene sus propios sistemas de comunicación verbales y no verbales. Esa es la base para poder comunicarte, por que si tú llegas mirándolos como algo inferior, ya no podrás comunicarte".

- Enfermera:

"Bueno, yo creo que en la parte de comunicación intercultural en estos momentos no pasa tanto por el idioma, por que cómo tenemos a la facilitadora intercultural, los pacientes casi todos son bilingües y los que no siempre vienen acompañados, entonces la comunicación para nosotros o al menos para mí, se da en otros ámbitos, más que en la comunicación verbal, poder entablar un cierto sistema de entendimiento que consiste en que tú como persona no perteneciente a la cultura mapuche, puedas entender y reconocer a la otra persona que es de una cultura distinta. Entender los códigos que tiene la otra cultura, los códigos en general de la cultura rural,

por que independiente de que sea mapuche el paciente, también existe un código de la cultura que se da en el campo. Que es completamente distinta a la vida urbana en todos los ámbitos, de la calidad de vida en general.

Generalmente el enfermo es más pasivo respecto de la comunicación verbal que la persona que la acompaña.

3.- ¿CÚALES SON LOS PRINCIPALES PROBLEMAS QUE SE DAN EN MAQUEHUE EN EL ÁMBITO DE LA COMUNICACIÓN INTERCULTURAL?

- A1:

“Bueno, en realidad yo como facilitadora ninguno. Con el idioma ningún problema por que los entiendo”

- Matró:

“Las dificultades pueden comenzar por la baja autoestima de los pacientes. Frente al servicio de salud, ellos se sienten “bajitos”. Cuando uno les empieza a dar terreno, ya comienzan a hablar con ellos de igual a igual, ya se sienten con confianza. Ellos se dan cuenta que los tratamos bien, si ellos quieren tomar mate, lo pueden hacer, cosas así. Todas esas cosas comunicacionales y de confianza que se pueden dar en un grupo, permiten que la gente se sienta mas grata.

En el comienzo del diálogo se muestran muy temerosos, casi ni se mueven, una vez que ya conocen a la gente y saben cómo funciona el sistema ya entran mucho más sueltos, y entran a conversar directamente con uno, e incluso hacen bromas. Creo que ese puede ser el principal obstáculo, al comienzo de la comunicación”.

- A2:

“Creo que lo que dice el matrón es cierto. Se nota por que uno cuando uno comienza a conversar con los pacientes y hablarle, cambian su postura. Se sienten más en confianza, y se comportan de manera diferente. Creo que una de las claves para una eficaz comunicación es el diálogo previo. Creo que es lo más importante”.

4.- ¿QUÉ ASPECTOS FALTA MEJORAR PARA EL DESARROLLO DE UNA PLENA INTERCULTURALIDAD EN MAQUEHUE?

- Matrón:

“Creo que el reconocimiento mutuo entre ambas culturas puede seguir ayudando a mejorar la interculturalidad”.

- Médico:

“Creo que hay muchas cosas que faltan. Para hablar de interculturalidad hay que reconocer que existen dos culturas, lo cual en Chile no existe. De hecho la cultura mapuche no está reconocida constitucionalmente, desde esa base, ya no se puede hablar de interculturalidad. Por eso nosotros preferimos hablar de complementariedad más que interculturalidad, por que lo otro significa que tú puedes valorar a los agentes tradicionales de salud, al mismo nivel que el equipo de salud. Eso cuesta mucho, hay que cambiar mentalidades, políticas, y no sólo políticas de salud, sino que el reconocimiento de cómo la gente va a ir a la machi si no tiene plata, cómo tú sistema de salud va a cubrir eso. Hay muchas cosas que aún no están resultas, así es que acá está recién empezando, en Maquehue no es perfecto. Se cometen errores que puntualmente no se pueden decir. Lo que pasa es que a veces hay cosas que uno cree que las está haciendo fantástico y resulta que no es tan así”.

(La facilitadora se toma bastante tiempo en dar su opinión)

- A1:

“No sé, creo que hay seguir trabajando, tratar de ir mejorando algunas cosas. Mejorar la atención, bueno, en realidad acá solucionamos algunas cosas, el resto se manda a Temuco”.

A2:

“Yo creo que en atención acá es bueno. A veces llegan cosas que acá no se pueden solucionar y se mandan a Temuco, pero se trata de hacer lo mejor que se pueda”.

- Médico:

“Acá todos reconocemos a la cultura mapuche”.

5.- ¿QUÉ COSAS COMUNES IDENTIFICAN EN AMBAS CULTURAS, A TRAVÉS DE SUS EXPERIENCIAS COMO PROFESIONALES DE LA SALUD?

- Médico:

“Hay muchas cosas comunes. Pero por el hecho de que la cultura mapuche hace mucho tiempo que dejó de estar pura, es decir, el tema religioso y el mismo lenguaje fueron introducidos hace muchos años. La iglesia influyó mucho en muchas creencias y eso es bastante común, ellos hablan del mal y del demonio, y originalmente no estaban dentro de los conceptos tradicionales de ellos, pero te lo dice. “me entro el mal”. Y creo que se produce debido a esta mezcla que se produce cuando llegaron los españoles y el proceso de la evangelización. Eso es bastante común entre una y otra cultura.

También hay muchas cosas que yo he notado de la comunicación y de la cultura tradicional campesina que tú puedes encontrar en cualquier campo de Chile, y es la comunicación que tu ves acá. Creo que se ha ido mezclando. No se puede decir que algo es exclusivamente de los mapuches o exclusivamente de los chilenos. Incluso muchas veces nosotros ocupamos términos que vienen directamente de la población mapuche, como el “pichintun” o la “pilgua” etc. Son palabras mapuches que llegan de alguna forma a la cultura occidental. También está el tema de las de las hierbas medicinales, a todos alguna vez nos dieron algún agua de menta para el dolor de estómago, o alguna agua de manzanilla que son cosas de la cultura mapuche”.

- A1:

“ Yo pienso que son bien pocas las cosas comunes. La verdad es que no sé que cosas pueden haber en común”. (La facilitadora, quizás debido a su origen mapuche, no reconoce aspectos comunes entre ambas culturas)

- Enfermera:

“Es que quizás muchas de las cosas comunes han sido impuestas por la cultura occidental por sobre la cultura mapuche. Por ejemplo, la divinidad. El Dios que todos conocemos y creemos. La cultura mapuche adoptó a esta divinidad, ya sea por imposición por los evangelizadores. En la actualidad ya

está súper arraigados en ellos el asunto del Dios, dado que antes para los mapuches su divinidad eran los antepasados, y no el Dios como lo concebimos nosotros. Aso es que creo que algo en común que tenemos las dos culturas es la divinidad, ahora también el lenguaje, por que si bien acá se da el bilingüismo, también predomina el idioma castellano.

Dentro del ámbito de la salud, en la alimentación tenemos bastantes cosas comunes. Comemos las mismas cosas. Desde el punto de vista que estamos insertos dentro de un mismo sistema también hay aspectos en común, como es el manejo del dinero.

6.- ¿A NIVEL DE ENFERMEDADES HAY COSAS EN COMÚN?

- Encuestador:

“ Claro, hay varias patologías en las que no hay una diferenciación en la fisiopatología entre una misma enfermedad que se presenta en la población mapuche , y la no mapuche.

Una enfermedad que puede ser igual pueden ser los problemas a la vesícula, la fisiopatología va a ser similar, claro que hay que tener en cuenta las diferencias de todo organismo, pero va ser prácticamente la misma entre personas mapuches y no mapuches.

La diferencia pasa en cómo siente cada una de las personas de estas distintas cultura la enfermedad. Es muy distinta una persona que está muy arraigada en la cultura mapuche, a una de la cultura occidental. Los occidentales se enferman por que les llegó la enfermedad no más. Los mapuches sienten la enfermedad de manera distinta, alguien de esa cultura te puede decir que se enfermó por que en una parte de su vida tuvo alguna transgresión, en la parte de su cultura.

7.- ¿CÓMO ENFRENTAN EL DIAGNÓSTICO LOS PACIENTES MAPUCHES?

- Médico:

“Depende de cómo tu te diriges con ellos, si aceptan lo que ellos te dicen, por que a veces ellos traen sus propias ideas de diagnóstico, y a veces no están tan errados, dado que desde el punto de vista de ellos es cierto el diagnóstico, pero desde el punto de vista de uno es distinto. A veces ambas explicaciones a la enfermedad se complementan y son posibles. De hecho existen en medicinas muchas enfermedades que nunca se sabe la causa, a veces el mapuche sabe la causa, sabe por que le pasó pero no sabe bien cómo se produjo la enfermedad, es mediante la mezcla de ambas cosas como tú llegas a saber que produjo la enfermedad. Por ejemplo el cáncer, la gente sabe que es un cáncer, si pensamos en la medicina occidental, es cierto que hay investigaciones de genes que demuestran cómo se produce el

cáncer, pero aún así las causas de esta enfermedad nunca está muy clara. Sin embargo, para el mapuche, la pena le puede producir un cáncer, al igual que una tristeza, para ellos son explicaciones posibles.

- **Matrón:**

“El diagnóstico como dice el médico es el mismo, lo que pasa es que lo que varia es el origen de la enfermedad, acá nosotros podemos buscar el origen en cosas más tangibles, y ellos lo buscan más que nada en cosas, como dijo la enfermera, en transgresiones, por ejemplo alguien que se cae de un árbol y se rompe un hueso, pueden creer que provocaron una transgresión y no le pidieron permiso a la naturaleza para cortar los ganchos del árbol, ellos dicen que se provocó un desequilibrio en la naturaleza y eso le produjo el accidente. Debo decir, que ellos reconocen bastante este tipo de diagnósticos. Después, la machi arregla el problema que han causado, a través de alguna ceremonia que ella hará.

Pero en cuanto al diagnóstico, ellos entienden perfectamente que tienen un hueso quebrado, y es en el origen de la enfermedad en donde está la diferencia.

- **Facilitadora:**

“Les cuesta entenderlo, pero siempre se conversa con la familia, el médico siempre habla con los familiares, les explica lo que el paciente tiene, y es ahí

donde se produce el complemento entre la medicina mapuche y la occidental.

- A2:

“Cómo dice la facilitadora, a veces les cuesta entender, y también no siguen las indicaciones. Para ellos es diferente, ellos siguen sus remedios, y sus cosas”.

- Matrón:

“Lo que pasa es que uno da el tratamiento, pero a veces el paciente no lo cumple, y ya no es responsabilidad de uno, por que claramente en eso queda. Uno puede entregarles atención y si requieren de alguna intervención, uno les ayuda, pero ahora si en la casa no cumplen el tratamiento, por que ellos creen que el tratamiento y el origen es otro, uno ya no puede hacer nada.

- Enfermera:

“ En ese sentido yo creo que la responsabilidad que a uno le cabe como miembro del equipo de salud es llegar a un acuerdo con los pacientes, es decir, tratar de explicar lo mejor posible a las personas y que entiendan perfectamente dicha explicación. La verdad es que cuando uno se da el tiempo para hacerlo, la gran mayoría de las personas que tiene alguna

patología que se puede sanar con los medicamentos de acá, cumplen las indicaciones. Ahora, tampoco podemos ir a las casas de cada uno de los pacientes para asegurarnos nosotros de que cumplan o no las indicaciones, pero sí tratar como miembro del equipo de salud de que las personas se vayan con todos los conceptos claros. También tenemos que transar con ellos, o sea, escuchar que es lo que piensan del tratamiento, ver si es posible seguirlo, si aceptan o no. En definitiva, transar con ellos”.

- Médico:

“Yo creo que de el tema de que los pacientes se tomen los medicamentos es exactamente igual aquí, en Temuco o en Santiago. Hay estudios en distintos lugares que muestran, por ejemplo en consultorios urbanos de Santiago, en los cuales les dan a la gente los medicamentos, y luego descubren que se están tomando la mitad o se los están administrando de mala forma. Eso ocurre en todos lados.

Lo mismo con la relación médico paciente en la cual la persona entiende una cosa aunque le hayan dicho otra, y eso no sólo ocurre acá.

Lo que sí es cierto, es de que hay que llegar a un acuerdo con ellos, y tener la suficiente “habilidad” para tratar de dejar la menor cantidad de medicamentos posibles, los que sean necesarios nada más, por que es cierto, hasta a nosotros nos cuesta tomarnos los remedios, y es peor para alguien que tiene que tomárselos todos los días durante todos los meses, eso ocurre aquí y en todos lados”.

8.- DEBIDO A LA COMPLEMENTACIÓN DE LOS SISTEMAS MÉDICOS OCCIDENTAL Y MAPUCHE. ¿ES POSIBLE QUE SURJA UN CONOCIMIENTO NUEVO, PRODUCTO DE LA UNIÓN DE ASPECTOS DE DOS CULTURAS?

- Enfermera:

(Al comienzo de la respuesta, la participante duda bastante de su respuesta, aunque finalmente da su opinión).

“Que surja un conocimiento nuevo, yo pienso que no. Por que la cultura mapuches es una cultura milenaria y los conocimientos que tiene está desde hace muchos años, y generar un conocimiento es muy difícil.(El tono de voz con que se entregó esta opinión da pié a pensar que duda de su respuesta)
No sé si voy a poder explicar, el conocimiento, como lo tenemos concebido nosotros, la población occidental, en la medicina siempre vas fabricando conocimiento, a través de la investigación. En la cultura mapuche hay muchas cosas que no son investigables. Por lo tanto, no se pueden comprobar, entonces, se cae en el tema de que los modelos no son científicamente probados, en este sentido creo que es difícil que se pueda generar un conocimiento nuevo.

Como dijimos antes, lo de Maquehue se puede comparar a la punta de un gran iceberg, ya que es un primer paso. Además que la complementariedad e interculturalidad en salud es algo que se va construyendo día a día. No

podemos decir de que aquí está el modelo, o la panacea de la salud, no lo podemos afirmar, por que esto se va construyendo día a día y tal vez pasen años y todavía el modelo va a estar en construcción. Yo no lo descarto de plano, pero lo veo muy difícil, sobre todo tomando en cuenta las condiciones de nuestro país. Partiendo por lo de que la cultura mapuche, al igual que otras culturas no son reconocidas por el Estado, es bastante complicado, hay que partir por lo básico, que es el reconocimiento de los pueblos originarios”.

- Facilitadora:

“Yo pienso exactamente lo mismo, por que hay que empezar por el principio, antes de eso tú no puedes hacer nada. A nivel de la comunicación, no lo sé, pero cuesta, por que uno no puede llegar y cambiar todo”.

Matrón:

“Yo creo que todas las cosas parten por la educación, yo estudié en la UFRO, que se caracteriza por ser fuerte en la parte clínica, y en la parte social de la salud, pienso que uno se la está echando un poco al bolsillo. Entonces mientras no cambien esas cosas, este asunto seguirá igual. Hay que desarrollar de mejor manera el aspecto de la salud social. Por ejemplo, a mi me llamaba siempre la atención de que uno saliendo de la Universidad uno no sabía cómo hacer bien una investigación”.

- Enfermera:

“Sí, pero insisto que eso también debería ser posterior al reconocimiento de los pueblos originarios, o sea, en que se van a basar las universidades para empezar a formar a los nuevos profesionales si no existe una política de Estado que reconozca que existen culturas distintas y que por ser diferentes, uno que viene de la formación de todos los ámbitos fisiopatológicos en la parte salud, cómo tú llevas eso a la práctica si no existe un reconocimiento de parte del Estado”.

- Médico:

“Yo creo que hablar de cosas nuevas es algo temerario por que no hay nada nuevo. Todo está. Si tú piensas, la medicina occidental tendrá unos 250 años como tal, la medicina moderna. Y la medicina mapuche tendrá, unos mil años, quinientos, o sea, si hay algo nuevo es lo de nosotros y no lo de ellos. Ahora sobre esto de hacer una mezcla, yo creo que tampoco hay algo nuevo, no me imagino un médico machi, sería como algo irreal, como yo siempre he dicho, es como tener algún médico atendiendo una ruca, o una machi atendiendo en un Hospital, yo creo que cada cual en su contexto. Y tiene sus razones de ser y por que están en cierto lugar, etc. La machi tiene su lugar y sus remedios ahí alrededor, está en su lugar, en su contexto, en su medio. No es lógico trasladarlo a otro lugar.

En relación a algo nuevo no sé, yo creo que lo nuevo puede estar en aceptar las cosas, así como se acepta la homeopatía. Lo que pasa es que yo no puedo dar remedios de machi, por que yo no soy machi y viceversa, Sería ilógico que combinara ambas cosas, es cierto, a veces receto alguna “aguita” pero es algo de la cultura popular. Yo no podría hacer un machitún, Lo importante es respetarse, saber hasta que punto puede llegar la machi y uno como médico, por que hay cosas que le corresponden a ellos y otras que te corresponden a ti”.

- Facilitadora:

“Es interesante, por que hay cosas que se pueden complementar como dice el médico y hay otras que no, por que la machi es un tema bien complicado, por que ellas tiene su manera de atender, tienen sus creencias, y son muy, a ver cómo lo explico, son muy celosas, por que hay cosas que uno les puede preguntar a las machis y otras que no, o ella no te van a decir tampoco.

- Matrón:

“Si uno le pregunta a algo, y estamos tratando con ella algún paciente ella va a hablar. Y ella también ve que el paciente tiene una resolución occidental en su salud, por que hay muchas machis que derivan pacientes aquí al Hospital, dicen: “Esto es para hospital, no es para machi”. Respecto al conocimiento

que poseen, no lo dan a conocer fácilmente, no es egoísmo, sino que celos con su cultura”.

9.-¿ES FUNDAMENTAL EL ROL QUE CUMPLE EL FACILITADOR INTERCULTURAL ACÁ EN MAQUEHUE?

- Enfermera:

“En realidad es importante. Lo que pasa es que hay que diferenciar un poco. En ese hospital, el hecho de que las personas ya sean bilingües nos facilita bastante el trabajo. Pero ha habido casos, aunque yo no trabajo personalmente con la facilitadora, en los que he requerido a la facilitadora intercultural o alguna otra persona que trabaja aquí y que es de la cultura mapuche y que es hablante del mapudungun, y que nos ha colaborado en ese aspecto.

De todas maneras, el trabajo del facilitador intercultural sirve, sobre todo para entender algunos aspectos de la cultura que nosotros no podemos llegar a entender”.

La facilitadora desvía la conversación hacia otro tópico, logrando que los participantes centren su atención en otros asuntos, al entregar sus respectivos testimonios.

- Facilitadora:

“Hay algunas personas que trabajan en el tema de la salud intercultural, pero no lo hacen por vocación. Hay algunas cosas que a mí personalmente no me gustan, por que a veces se ríen de la gente mapuche, gente como yo. Pueden ser colegas que trabajen aquí, en Imperial o en cualquier hospital. Yo conozco gente que trabaja en el sistema de salud, que se burla de los mapuches. Para mí es algo decepcionante, triste. Yo digo ¿por qué? Si trabajan en un sistema así. Aquí no se da”.

- Enfermera:

“Lo que me ha costado a mí es descubrir los códigos, no tanto entenderlos. Desde mi perspectiva, yo vine a trabajar acá por que estaba interesada en trabajar en salud con población mapuche, es algo que me interesa desde hace muchos años. Me ha costado bastante descubrir los códigos. Los acepto, pero descubrirlos es difícil, por que de todas maneras es complicado cuando llegas a un lugar , por primera vez. Para una persona no mapuche, insertarse en un territorio donde el 99% de las personas son mapuches, es difícil. Te ven como una persona extraña, a veces, actúan con temor y desconfianza, respecto a lo que tú viene hacer a acá, Y es por eso, que las personas ocultan, un poco, los códigos, hasta que e conocen bien. De ahí en adelante, ya no hay muchos problemas.

Otro aspecto que cuesta es sacase la cultura urbana de encima”.

- Médico:

“Creo que otro aspecto que cuesta al comienzo es el idioma. Es cierto que existe traducción del idioma, pero a veces, el concepto que hay detrás de una palabra no es el mismo principio para uno. Por ejemplo, el tema del “mal”. Para uno es una cosa mala, dañina, y a veces no es tan así dentro de la cultura mapuche. Creo que a uno lo forman para entender, en ninguna parte. Yo estudié siete años, y en ningún momento me enseñaron a entender la cultura mapuche, siendo que estoy aquí en Temuco siendo que una importante porcentaje de la población de la Región es mapuche. Siendo que si yo voy a trabajar en cualquier hospital rural de la Región, me va a tocar trabajar con población mapuche, en ningún momento te forman para entenderlos, ni a su visión, ni nada. A veces tú te vas a encontrar con que tiene ciertas costumbres, ciertas creencias y formas de pensar que están basadas en sus vidas, como el por qué te habla un familiar y no el paciente, el por qué tú tienes que acostarlo para un lado determinado en la camilla, y no para el otro, etc. Tienen sus razones de ser.

Al principio uno no entiende por qué les molesta tanto operarse, o por qué les molesta que les saquen algo, no sé”

10.- ¿QUÉ LOS MOTIVÓ A TRABAJAR ACÁ EN MAQUEHUE?

Médico: “En lo personal, trabajo acá producto de dos cosas, yo conocí este hospital cuando estaba estudiando, y me gusto. Después, por esas casualidades del destino, tuve la oportunidad de venirme a trabajar acá. Al

comienzo no tenía mucha idea de que era a lo que venía, al principio venía por tres meses, y ya llevo un año y me voy a quedar por tres años. A medida que fui conociendo, me fui interesando más”.

- **Facilitadora:**

“Bueno, yo llevo dos años y es interesante, me gusta trabajar con la gente mapuche, como yo. Lo encuentro importante”.

(Facilitadora resalta su identidad mapuche. En varias oportunidades hace mención a su origen mapuche, se percibe orgullo por pertenecer a dicha cultura).

- **Matrón:**

“Yo llegué acá por siempre me gusto trabajar con la gente pobre, además siempre trabaje con gente hospitalizada y en policlínicos y aquí tenía la posibilidad, aparte de desarrollar la parte clínica, y también lo que es atención primaria, y parte del secundaria. También ver al paciente como una complementariedad de todo. Ver al paciente en forma más integral, por esas razones básicamente”.

La segunda sesión culminó con pleno éxito. Los participantes demostraron interés por la actividad y se mostraron satisfechos por el aporte realizado a través de sus opiniones.

4.2. Presentación de las Categorías y Frases Descriptivas:

PREGUNTA 1.- ¿Qué entienden por INTERCULTURALIDAD?

CATEGORÍA: INTERCULTURALIDAD

- Intervenciones del Médico:

“Yo les preguntaría a ustedes qué entienden por interculturalidad. Ni Nosotros no nos ponemos de acuerdo acerca de qué es interculturalidad”.

“Es reconocer dos culturas”.

“Los mapuches son más interculturales. En el sentido que han aprendido a moverse dentro de una cultura distinta a la suya. Siempre han tenido que bajar a los pueblos. El mapuche va y se mueve dentro de otra cultura. Entiende aspectos de la cultura huinca desde hace mucho”.

“El término interculturalidad está muy manoseado. Hoy en día se habla de un estudio de obesidad en la población mapuche, y eso es sólo un estudio más”.

“Nosotros todavía no nos ponemos de acuerdo”.

“Significa el poder tú defender la otra cultura, entender como se manejan. Al principio no cuesta”.

“Es más que aceptar, por que tu puedes aceptar a tu perro, pero no entiendes como piensa tu perro”.

“Es más que aceptar. Cuesta”.

“Ese es el punto, reconocer que hay un conocimiento que está presente”.

“Yo creo que ser capaces de reconocer que una cultura puede asociarse con otra. Reconocer la validez de un yerbatero, de una machi, de un quebrador

de empacho. Reconocer que la medicina occidental no es la única opción médica para algún tratamiento.” De eso se trata de poner a la par las dos culturas”

- Enfermera:

“Es el intercambio de conceptos entre culturas distintas”.

“Dos culturas están al mismo nivel”.

“En la interculturalidad se reconocen los agentes médicos tradicionales y los remedio tradicionales”.

“Existe un canal intercultural entre ambos agentes, pues ambos se reconocen mutuamente”.

- Auxiliar paramédico 1:

“La interculturalidad es un proceso. Es un inicio que acá no se da. Son los primeros pasos”.

“Este modelo (de atención intercultural) ha hecho que los médicos conozcan a los mapuches y estos a ellos”.

- Chofer:

“Para trabajar en salud intercultural hay que entender las dos culturas”

“El que no entiende las diferencias culturales no puede trabajar en salud intercultural. Tiene que entender los dos mundos”.

“Este es un proceso intercultural que está recién comenzando, por que para que sea intercultural falta mucho todavía”.

“Este es un gran paso. (Hacia la interculturalidad) Por que acá esto es autónomo. Es más fuerte que otra parte”.

- Médico:

“La machi es como el doctor para nosotros”.

“Ese es el punto, reconocer que hay un conocimiento que está presente”.

- Enfermera: (La siguiente opinión da paso al tema de la complementariedad de los sistemas médicos)

“Aquí se trabaja la complementariedad entre el sistema médico mapuche y el sistema médico occidental”.

“El médico reconoce a la machi como sanadora y la machi reconoce al médico como sanador. Se tratan al mismo nivel”.

“En la interculturalidad se reconocen los agentes médicos tradicionales y los remedios tradicionales”.

“El médico sabe las enfermedades que deben ser tratadas por la machi, y la machi conoce las enfermedades occidentales que debe tratar el médico”.

“Incluso ellos (mapuches) vienen a buscar la medicina occidental muchas veces, o sea ellos vienen y te piden: Señorita deme una pastilla, deme una inyección”.

- Auxiliar paramédico 2

“Ahora existe un contacto entre el doctor y el machi”.

PREGUNTA 2.- ¿Cómo se da la COMUNICACIÓN en el modelo de atención implementado en el Hospital Maquehue?

CATEGORÍA: COMUNICACIÓN.

Frases Representativas:

- Médico

“En el aspecto del lenguaje no hay muchas dificultades, dado que la mayoría de los pacientes mapuches hablan español”.

“La problemática se presenta en lo que ustedes llaman COMUNICACIÓN no verbal”.

“La dificultad (es) cómo tú comienzas la conversación y la COMUNICACIÓN”.

“No es un problema comunicacional, es un problema de palabras. Es un problema del saber por qué se llegó a enfermar”.

“Acá se conversa con el paciente mapuche”.

- Auxiliar paramédico 1

“Comunicar es decir lo que uno siente a la otra persona, y que la otra persona también lo respete y lo escuche”.

- Enfermera:

“Esto no es un problema de comunicación, es un problema de opción cultural”.

“Acá la comunicación es super importante, porque va inserta en todo un concepto de cultura, que la cultura occidental no la tiene mucho en cuenta”.

“Un médico occidental que trata a un paciente occidental en un consultorio X. La persona abre la puerta del box. El médico la mira y le pasa una receta. No le pregunta cómo está, cómo se siente”.

“Acá se da lo contrario por que hemos tomado las consideraciones que la cultura mapuche da. Muchas veces el mejor remedio es la palabra, y no tanto una pastilla”.

PREGUNTA 3.- ¿Y ustedes entienden las dos culturas?

CATEGORÍA: CULTURA

- Médico

“Es muy difícil llegar a entender una cultura distinta”.

“Algunos colegas se enojan cuando quien responde a sus preguntas es el pariente del enfermo, y no el paciente. No entienden que en la cultura mapuche, muchas veces es el familiar el encargado de dar a conocer el problema de un enfermo”.

“Hay que cambiar esta forma de ver el mundo, porque es el modelo de una cultura”.

“Nosotros en nuestra cultura acostumbramos preguntarle a los pacientes.

¿Qué le duele? Acá no. Acá se pregunta ¿Cómo está su familia?

“El concepto de salud es muy distinto para ambas culturas. El concepto de salud para el occidental es que se le pase el dolor. Acá se habla de la medicina psicobiosocial”.

“Para los mapuches, si no estas bien del alma no estas bien del cuerpo. Tú para estar sano tienes que estar bien socialmente”.

- Chofer:

“El mundo mapuche no es mundo más ignorante que el occidental. Son dos culturas”.

“La cultura mapuche es interesante y espiritual”.

“Para trabajar en salud intercultural hay que entender las dos culturas”

“El que no entiende las diferencias culturales no puede trabajar en salud intercultural. Tiene que entender los dos mundos”.

“Ellos no alcanzan a entender que son dos culturas totalmente distintas. Todavía piensan que los mapuches son tontos. Todavía los tiene clasificados en la parte baja de la tabla”.

“Acá somos personas comunes y corrientes capaces de entender la cultura mapuche. Ser capaces de complementar lo mapuche con lo occidental. Complementarse. Hacer como un equipo”.

- Enfermera

“Son tópicos de la cultura. A veces hay pacientes que se quieren morir en su casa. Entonces para qué los vamos a traer si aquí se van a morir. Lejos de su tierra, de su familia”.

PREGUNTA 4.- ¿Cómo se da la relación médico, profesional de la salud y paciente mapuche?

CATEGORÍA: RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE.

- Auxiliar Paramédico 1

“Cuando los pacientes ven que los médicos hablan mapudungun, es porque se les puede dar la confianza y pueden contarles sus cosas”.

“Muchas veces los pacientes decían que no podían explicarle al médico, una, por el temor”.

“Otro concepto que tenían del médico es que cómo había estudiado (en la universidad) debía adivinar la enfermedad”.

- Médico

“Cuando uno atiende a un paciente uno le pregunta: ¿Qué le pasa? Y la respuesta es: Usted debería saberlo. Para eso vine para que Usted me diga

lo que yo tengo. (En esta parte, el médico resalta la actitud del paciente para con él. Le da mucha fuerza a este testimonio).

- **Enfermera**

“Incluso ellos vienen a buscar la medicina occidental muchas veces, o sea ellos vienen y te piden: Señorita deme una pastilla, deme una inyección”.

PREGUNTA 5.- ¿Qué se entiende por el concepto de salud en este modelo de atención intercultural?

CATEGORÍA: SALUD

- **Auxiliar Paramédico 1**

“Muchas veces los pacientes decían que no podían explicarle al médico, una, por el temor”.

- **Médico**

“El concepto de salud es muy distinto para ambas culturas. El concepto de salud para el occidental es que se le pase el dolor. Acá se habla de la medicina psicobiosocial”.

“Para los mapuches, si no estás bien del alma no estas bien del cuerpo. Tú para estar sano debes estar bien socialmente”.

“Si tú piensas lo que dicen los mapuches acerca que la pena es una enfermedad. Pueden tener razón. Uno cuando anda estresado, uno se enferma. No dejan de tener razón. Si no estas bien de tu alma, si no tienes tierras, no estas sano”.

“Cuando uno atiende a un paciente uno le pregunta: ¿Qué le pasa? Y la respuesta es: Usted debería saberlo. Para eso vine para que Usted me diga lo que yo tengo. (En esta parte, el médico resalta la actitud del paciente para con él. Le da mucha fuerza a este testimonio)”.

“Ese es el punto, reconocer que hay un conocimiento que está presente”.

PREGUNTA 6.- ¿Cómo asimilan los pacientes mapuches los tratamientos y recetas occidentales?

CATEGORÍA: RELACIÓN SISTEMA MAPUCHE/SISTEMA DE SALUD OCCIDENTAL

- **Médico**

“Lo que pasa es que cuando uno recomienda 5 días de reposo, en esos 5 días el paciente tiene que cosechar, tiene que cuidar a los pollos. Si no cosecha se muere de hambre”.

“Las recetas se ajustan a una realidad distinta”.

- Enfermera

“Hay remedios naturales que la gente sabe cuando tomar. Que se utilizan mucho”.

“No es la idea estar todos los días con medicamentos”. (pacientes mapuches).

“Les puedo ayudar a solucionar problemas de presión arterial, pero los puedo enfermar de gastritis”.

PREGUNTA 7.- ¿De ninguna manera se imponen o intentan imponer los tratamientos?

CATEGORÍA: IMPOSICIÓN DEL SISTEMA DE SALUD OCCIDENTAL.

- Médico

“Cuando uno impone algo, en este caso una receta, uno está presuponiendo que el otro no sabe”.

“Acá se conversa con el paciente mapuche”.

“Las recetas se ajustan a una realidad distinta”.

“Los enfermos están en su derecho de elegir. No se les puede obligar a operarse”.

- Enfermera

“No es una condición de una cultura originaria específica. La misma situación se da con pacientes huincas”.

PREGUNTA 8.- ¿Qué pasa con los pacientes mapuches, ellos si reconocen la otra cultura o se apegan a sus creencias?

CATEGORÍA: RECONOCIMIENTO DE LA CULTURA OCCIDENTAL POR PARTE DE LOS MAPUCHES

- Auxiliar 2:

“También creen (LOS MAPUCHES) en los doctores y la machi. Por ambos lados”.

- Médico

“Los mapuches son más interculturales. En el sentido que han aprendido a moverse dentro de una cultura distinta a la suya. Siempre han tenido que bajar a los pueblos. El mapuche va y se mueve dentro de otra cultura. Entiende aspectos de la cultura huinca desde hace mucho”.

PREGUNTA 9.- ¿Y específicamente en el Hospital Maquehue cómo se da interculturalidad?

**CATEGORÍA: INTERCULTURALIDAD EN HOSPITAL MAQUEHUE
(AUTOCOMPRENSIÓN)**

- **Auxiliar 1**

“Yo creo que (En el Hospital Maquehue hay) un clima de mucho respeto por ambas partes. Nosotros respetamos mucho a los pacientes y ellos a nosotros por lo que no tenemos mayores complicaciones con eso”.

“La interculturalidad es un proceso. Es un inicio que acá no se da. Son los primeros pasos”.

- **Auxiliar 2**

“Cuando uno ve respeto hacia otro, uno también respeta”

- **Chofer**

“Este es un proceso intercultural que está recién comenzando, por que para que sea intercultural falta mucho todavía”.

- **Enfermera**

“Aquí se trabaja la complementariedad entre el sistema médico occidental y el sistema médico mapuche”.

“En la interculturalidad se reconocen los agentes médicos tradicionales y los remedios tradicionales”.

“El médico sabe las enfermedades que deben ser tratadas por la machi, y la machi conoce las enfermedades occidentales que debe tratar el médico”.

“Existe un canal intercultural entre ambos agentes, pues ambos se reconocen mutuamente”.

“El médico reconoce a la machi como sanadora y la machi reconoce al médico como sanador. Se tratan al mismo nivel”.

- Médico

“Nosotros no nos ponemos de acuerdo acerca de qué es interculturalidad”.

“Interculturalidad no es colocar señaleta en mapudungun,. Eso no es interculturalidad”.

“Interculturalidad es reconocer dos culturas”.

“Ese es el punto, reconocer que hay un conocimiento que está presente”.

PREGUNTA 10.- ¿Qué falta para lograr una plena Interculturalidad?

CATEGORÍA: FALENCIAS SISTEMA DE SALUD INTERCULTURAL

“Poner a par al pueblo mapuche. Que no sean considerados etnia, sino que sean considerados pueblo. Que los mapuches en sí sean considerados pueblo, no su cultura”.

“En estos momentos constitucionalmente no son considerado pueblo. Tienen todas las características para ser considerados por el Estado”.

PREGUNTA 11.- ¿Qué los diferencia de otros recintos de salud?

CATEGORÍA: DIFERENCIA HOSPITAL MAQUEHUE RESPECTO DE OTROS CENTROS

“Acá somos personas comunes y corrientes capaces de entender la cultura mapuche. Ser capaces de complementar lo mapuche con lo occidental. Complementarse. Hacer como un equipo”.

“Para trabajar en salud intercultural hay que entender las dos culturas”

“El que no entiende las diferencias culturales, no puede trabajar en salud intercultural. Tiene que entender los dos mundos”

- **Médico:**

“Yo creo que ser capaces de reconocer que una cultura puede asociarse con otra. Reconocer la validez de un yerbatero, de una machi, de un quebrador de empacho. Reconocer que la medicina occidental no es la única opción médica para algún tratamiento”.

“Es darse cuenta que hay otra gente que también sabe”

- **Enfermera:**

“Aquí se trabaja la complementariedad entre el sistema médico occidental y el sistema médico mapuche”.

“En la interculturalidad se reconocen los agentes médicos tradicionales y los remedios tradicionales”.

“El médico sabe las enfermedades que deben ser tratadas por la machi, y la machi conoce las enfermedades occidentales que debe tratar el médico”.

PREGUNTA 12.- ¿Qué características tiene un quebrador de empacho?

CATEGORÍA: EXPERIENCIAS DE LA CULTURA MAPUCHE Y SU COMPRENSIÓN EN LA CULTURA OCCIDENTAL

- Chofer:

“Yo como quebrador de empacho. Yo sólo con mirar a la persona me doy cuenta que esta empachada. No necesito preguntar”.

“Yo percibo aquello y determino los días que lleva afectado el paciente”.

- Médico:

“Yo creo que la biología del empacho no existe. Es una guagua que de repente no come, tiene diarreas. No habla. Con otros síntomas.

“Es un cuadro muy raro”.

- Chofer interviene, con gran fuerza en el dialogo para dar su postura como experto del tema (como quebrador de empacho)

“Es increíble, para la medicina occidental no tiene remedio”

- Médico:

“No” (Corrobora afirmación de quebrador de empacho)

- Chofer:

“En el tratamiento para terminar con el empacho le doy medicamentos a base de hierbas”.

- Investigador: ¿ Podría explicar un empacho doctor?

(Se mantiene la misma categoría)

- Médico:

“Yo creo que la biología del empacho no existe. Es una guagua que de repente no come, tiene diarreas. No habla. Con otros síntomas.

“Es un cuadro muy raro”.

- Chofer interviene, con gran fuerza en el dialogo para dar su postura como experto del tema (como quebrador de empacho)

“Es increíble pero para la medicina occidental no tiene remedio”.

- Médico:

“No” (Corrobora afirmación del quebrador de empacho).

- Investigador: ¿Usted doctor no asocia esto, por ejemplo, a que antes la gente se moría de “mal” y después se descubrió que existía el cáncer y otras enfermedades?

- Médico:

“Yo creo que sí puede ser cierto. Pero eso no invalida de ningún modo el conocimiento de la medicina occidental”.

“Significa que debemos ser capaces de reconocer que hay ciertas cosas que puede mejorar un sistema y otras que puede mejorar el otro sistema”.

“Significa que él (quebrador de empacho) es capaz de identificar una enfermedad que nosotros todavía no identificamos. Es capaz de identificarla y de tratarla, y nosotros no somos capaces de hacer eso”.

“Yo creo que sí, a lo mejor en algún momento se va a descubrir la psitoquímica, etc., del empacho. Y ahí se le va a acabar la pega al Roberto”.

(El médico reconoce la posibilidad que la medicina occidental descubra las causas científicas del empacho, a través de una broma para con el quebrador de empacho).

“Si dos médicos hubieran dicho hace cien años que con la corteza del sauce se prevenía el infarto, los hubieran tildado de locos. Hoy en día, vemos a

diario la promoción de la aspirina, que previene el infarto cardíaco, y en ella no viene más que la corteza de un sauce”.

“Es increíble pero para la medicina occidental no tiene remedio” (empacho)

PREGUNTA 13.- Debido a la complementación de los sistemas médicos occidental y mapuche. ¿Es posible que surja un conocimiento nuevo, producto de la unión de aspectos de dos culturas?

CATEGORÍA: SURGIMIENTO CONOCIMIENTO NUEVO

- **Enfermera:**

“Que surja un conocimiento nuevo, yo pienso que no. Por que la cultura mapuches es una cultura milenaria y los conocimientos que tiene está desde hace muchos años, y generar un conocimiento es muy difícil...yo no lo descarto de plano, pero lo veo muy difícil, sobre todo tomando en cuenta las condiciones de nuestro país. Partiendo por lo de que la cultura mapuche, al igual que otras culturas no son reconocidas por el Estado, es bastante complicado, hay que partir por lo básico, que es el reconocimiento de los pueblos originarios”.

- **Médico:**

“Yo creo que hablar de cosas nuevas es algo temerario por que no hay nada nuevo... en relación a algo nuevo no sé, yo creo que lo nuevo puede estar en aceptar las cosas, así como se acepta la homeopatía...”

- Enfermera:

“A nivel de la comunicación, no lo sé, pero cuesta, por que uno no puede llegar y cambiar todo”.

- Facilitadora: “Es interesante, por que hay cosas que se pueden complementar como dice el médico y hay otras que no”.

4.3. Análisis e Interpretación de Resultados:

CATEGORÍA: INTERCULTURALIDAD.

En el grupo de discusión, los participantes mencionaron varias apreciaciones u concepciones de la interculturalidad, entre las cuales hubo consenso que se trataba de un proceso que recién está comenzando en el Hospital Maquehue. Se dio especial importancia a que una interculturalidad plena estaba aún lejana en los pabellones del recinto hospitalario y a que sólo se están complementando y reconociendo mutuamente dos culturas – por parte de los profesionales de salud occidental y pacientes mapuches- además del desarrollo de actividades interculturales en un clima de recíproco respeto entre los actores participantes de las interacciones comunicativas. (En el contexto de la salud intercultural de Maquehue).

Por último, los agentes de salud occidental creen que debe instaurarse un marco jurídico legal que valide la medicina mapuche.

A partir de los testimonios planteados, se infiere que los profesionales de la salud participantes del grupo de discusión, no reconocen la existencia de una interculturalidad plena en el Hospital Maquehue. A nivel interpretativo, se sugiere que dichos profesionales poseen cierto grado de previsión, respecto a lo logrado en el recinto hospitalario.

Tal vez, no quieren reconocer que son los actores del primer sistema de salud intercultural implementado en el país, y guardan cierta perspicacia de aquello.

Algunos de los comentarios típicos por parte de los profesionales de la salud fueron:

- Interculturalidad es reconocer dos culturas.
- Es el intercambio de conceptos entre distintas culturas.
- En Maquehue se trabaja la complementariedad entre el sistema médico occidental y el sistema médico mapuche.
- Este es un proceso intercultural que está recién comenzando.
- Para trabajar en salud intercultural hay que entender las dos culturas.
- Ser capaces de reconocer que una cultura puede asociarse con otra y complementarse.
- Acá no tenemos una interculturalidad. Falta mucho para lograrla.

CATEGORÍA: COMUNICACIÓN.

Los participantes manifestaron especial interés por el tema de la comunicación. Hubo concordancia en que el factor comunicacional es clave para el desarrollo de la interculturalidad. Se percibió la gran importancia que le dan a la oralidad en la interacción comunicativa con los pacientes usuarios de Maquehue. No hay gran preocupación por el tema del idioma, dado que gran parte de los pacientes hablan español, lo que permite una interacción clara y precisa a nivel del lenguaje.

Las dificultades surgen en el nivel de la comunicación no verbal. Los testimonios apuntaron que muchas veces se debía interpretar lo que el paciente quiere decir.

Gran significación tienen también las sesiones protocolares en la comunicación intercultural producida en Maquehue.

Concordancia plena existe entre los agentes de salud en lo relevante que es la conversación previa a la detección de la dolencia del paciente.

Se puede interpretar, por tanto, que la gran tradición de oralidad del pueblo mapuche cumple un rol significativo y vital en las relaciones interculturales del Hospital Maquehue.

Además, es importante destacar que en el citado recinto de salud, se encuentran presentes elementos caracterizadores de una eficaz

comunicación intercultural, como la metacomunicación y la presencia de una lengua común, (en efecto, el mapudungun y el español).

Algunos de los testimonios más frecuentes relacionados con el tema de la comunicación, fueron los siguientes:

- Comunicar es decir lo que uno siente a la otra persona, y que está persona respete y escuche.
- En el aspecto del lenguaje no hay muchas dificultades, dado que la mayoría de los pacientes mapuches hablan español.
- Acá la comunicación es muy importante, porque va inserta en todo un concepto de cultura (mapuche).
- Muchas veces el mejor remedio es la palabra.
- Las dificultades surgen en el comienzo de la conversación y la comunicación con el paciente mapuche.
- En nuestra cultura acostumbramos preguntarle a los pacientes. ¿Qué le duele? Acá no. Acá se pregunta ¿Cómo está su familia?

CATEGORÍA: COMUNICACIÓN INTERCULTURAL:

Esta categoría representa gran valor para la presente investigación, dado que uno de los objetivos es detectar las variables comunicacionales que están presentes en este tipo de interacción.

La comunicación intercultural es percibida por los profesionales de la salud como el eje central en el que se desarrolla el modelo de atención intercultural implementado en el Hospital Maquehue.

Los profesionales de la salud que laboran en el citado recinto de salud, analizan, codifican y asumen como válidas las posturas de los pacientes mapuches.

Dentro de este contexto, la comunicación intercultural es valorada desde el inicio de la interacción. En primer lugar, los miembros del equipo, aceptan y conocen los códigos de la cultura mapuche. Esta es la base para poder comunicarse. Nunca son apreciados de distinta manera los enfermos por el hecho de pertenecer a otra cultura.

A nivel interpretativo se infiere que la comunicación intercultural en el Hospital Maquehue es eficaz, dado que cumple con los siguientes requisitos básicos:

- **Una lengua común:** Mapundungun o español

- **El conocimiento de la cultura ajena:** Conocimiento de la cultura mapuche por parte de los profesionales de la salud y conocimiento de los pacientes mapuches de la cultura occidental.

- **El reconocimiento de la cultura propia:** El modelo de atención intercultural implementado en Maquehue ha fortalecido la identidad cultural mapuche; por su parte los funcionarios del equipo de salud no han abandonado patrones de la cultura occidental.

- **La eliminación de prejuicios:** Los miembros del equipo de salud han eliminado todo tipo de prejuicios relacionados con la cultura mapuche, como aquel que señala que los mapuches son ignorantes; por su parte los pacientes mapuches, en el transcurso de las relaciones comunicativas, eliminan prejuicios relacionados con una supuesta superioridad de la cultura occidental.

- **Ser capaces de empatizar:** Los profesionales de la salud han desarrollado mecanismos para lograr una eficaz empatía con los usuarios mapuches, como el protocolo de saludo, cuando arriba un paciente al Hospital.

- **Saber metacomunicarse:** Los profesionales de la salud tienen la capacidad de decir lo que se pretende decir cuando dicen algo. En la interacción comunicativa con los pacientes mapuches, los profesionales manejan las palabras adecuadas para que el mensaje sea comprendido por los miembros de la otra cultura.
- **Tener una relación equilibrada:** En el Hospital Maquehue están establecidas las bases para el intercambio intercultural, dado que el diálogo intercultural entre funcionarios y pacientes, se realiza dentro de un marco de igualdad generalizada. Ni el paternalismo occidental, ni el victimismo mapuche están presentes en las relaciones interculturales desarrolladas en el Hospital Maquehue.

Las frases más representativas de esta categoría son las siguientes:

- Poder entenderse entre dos culturas.
- Comprender por qué hay ciertas actitudes y formas de pensar de la otra persona que son así. Aceptarlas y lograr entender que ellos tienen una realidad distinta.
- Reconocer que hay otra cultura que tiene sus propios sistemas de comunicación verbales y no verbales. Esa es la base para poder comunicarte, por que si tú llegas mirándolos como algo inferior, ya no podrás comunicarte.

CATEGORÍA: CULTURA.

En el tema de la cultura los participantes concordaron en que es complicado entender tradiciones y creencias distintas a las propias.

En este sentido, manifestaron pleno respeto por la cultura mapuche y por sus creencias.

Por otra lado, las diferencias de los sistemas médicos, característicos de cada cultura –occidental y mapuche- son respetadas y valoradas.

En este aspecto, las relaciones interculturales en Maquehue cumplen con algunos requisitos básicos que aseguran un eficaz intercambio de conceptos culturales -occidentales y mapuches- como el reconocimiento de culturas ajenas, la eliminación de prejuicios y el re-conocimiento de la cultura propia.

A nivel interpretativo, se infiere que todos los participantes en los grupos de discusión, aceptan, reconocen y respetan aspectos de la cultura y la medicina mapuche. Aunque de todas formas, consideran un proceso complicado llegar a entender los tópicos de una cultura disímil a la propia.

Algunos comentarios típicos relacionados con la categoría de la cultura fueron los siguientes:

- Es muy difícil llegar a entender una cultura distinta.
- El mundo mapuche no es mundo más ignorante que el occidental. Son dos culturas.
- El concepto de salud es muy distinto para ambas culturas.
- Acá somos personas comunes y corrientes capaces de entender la cultura mapuche.
- Para trabajar en salud intercultural hay que entender las dos culturas.

CATEGORÍA: RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE

En esta categoría está representada gran parte del fenómeno de la interculturalidad en salud, dado que en relación médico paciente se producen gran cantidad de procesos comunicativos que son de interés descubrir en la investigación.

En primer lugar, el lenguaje cumple un rol gravitante en esta relación. La interacción comunicativa se efectúa mediante la utilización de un idioma determinado. En este caso, el castellano. Cuando el paciente no sabe comunicarse en español, es necesario recurrir al facilitador intercultural para que se logre una eficaz comunicación intercultural entre el doctor y el paciente, utilizando el idioma mapudungun.

Los datos obtenidos en la fase de categorización permiten interpretar que la relación médico paciente esta fuertemente ligada a la relación establecida entre los agentes de ambos sistemas médicos.

Por un lado, los profesionales de la salud reconocen cierta dificultad al entrar en contacto con miembros de una cultura distinta a la que pertenecen. Las dificultades se presentan cuando los pacientes aprecian al médico como algo superior, otorgándole a veces un carácter milagroso, ya que creen que con sólo mirarlos está capacitado para diagnosticarles su enfermedad.

Los restantes miembros del equipo de salud, reconocen cierto grado de sumisión por parte de los pacientes para con ellos. Sin embargo, una vez establecidas varias conversaciones, la interacción se torna más de confianza y el paciente olvida los prejuicios de inferioridad presentes en la primera interacción.

Por último se infiere que otro aspecto presente en esta relación es el temor que sienten, en una primera instancia, los enfermos para con el doctor. Pero, como se ha explicado antes, a medida que se establece una relación de confianza entre los miembros del equipo de salud y los pacientes usuarios del Hospital Maquehue, dichas posiciones de temor e inferioridad desaparecen para dar paso a una interacción de respeto recíproco.

Los comentarios más frecuentes referentes a esta categoría fueron los siguientes:

- Otro concepto que tenían del médico es que cómo había estudiado (en la universidad) debía adivinar la enfermedad.
- Las dificultades pueden comenzar por la baja autoestima de los pacientes. Frente al servicio de salud, ellos se sienten “bajitos”.

CATEGORÍA: RELACION SISTEMA MAPUCHE - SISTEMA DE SALUD OCCIDENTAL

Esta categoría fue de especial interés para los participantes, debido a que mediante los procesos de esta relación, se auto construyen las realidades de los profesionales de la salud que laboran en el Hospital Maquehue.

Las bondades de ambos sistemas son respetados mutuamente, y es el reconocimiento recíproco por parte de los agentes occidentales y mapuches, de los aspectos de las dos medicinas, lo que conforma el sistema de salud intercultural implementado en Maquehue.

A nivel interpretativo se infiere que hay un alto grado de respeto por la actitud de los pacientes que se atienden en Maquehue. Los tratamientos médicos y de recetas son readecuados de acuerdo a las creencias de la

cultura mapuche. Las indicaciones no son las mismas que se le entregarían a un habitante occidental. Es decir, el conocimiento que poseen los profesionales de la salud de las actitudes culturales de los pacientes mapuches, condicionan las recetas y tratamientos a seguir por estos últimos.

Las opiniones más frecuentes de los participantes fueron las siguientes:

- Las recetas se ajustan a una realidad distinta.
- No es la idea estar todos los días con medicamentos.

CATEGORÍA: IMPOSICIÓN SISTEMA DE SALUD OCCIDENTAL

Esta categoría se refiere a los aspectos relacionados con cierto grado de imposición por parte de los profesionales de salud para con los pacientes. En este punto, hubo plena concordancia en que jamás se imponen los conocimientos de la medicina occidental. El paciente es libre de aceptar las ideas occidentales que estime conveniente para el tratamiento de su enfermedad.

A nivel interpretativo, se infiere que los profesionales del sistema médico occidental intentan lograr un acuerdo en el que estén presentes aspectos de la cultura mapuche, y básicamente tratamientos propios de la medicina tradicional. Además, los profesionales de la salud, aceptan y están

convencidos de que los pacientes mapuches no son ignorantes. Sólo piensan distinto.

En resumen, esta categoría descarta de plano la imposición occidental sobre los pacientes usuarios del Hospital Maquehue.

Las opiniones más categóricas correspondientes a esta categoría fueron las siguientes:

- Cuando uno impone algo, en este caso una receta, uno está presuponiendo que el otro no sabe.
- Los enfermos están en su derecho de elegir. No se les puede obligar a operarse.

CATEGORÍA: SALUD E INTERCULTURALIDAD

Esta categoría se refiere a la relación que hay entre el concepto de salud y el concepto de interculturalidad, y cómo autocomprenden ambos conceptos los profesionales de la salud.

Los conceptos son fundamentales para el funcionamiento del sistema de salud implementado en Maquehue. En primer lugar, ambas culturas poseen un grado de diferencia múltiple del concepto de salud.

En la cultura occidental la salud se relaciona con malestares físicos. Para los miembros de la cultura mapuche la salud se relaciona con el alma.

Este aspecto es reconocido y respetado por los profesionales de la salud. Conocen la relación de las creencias mapuches con las enfermedades que padecen los miembros de esta cultura originaria.

De esta forma, se da un aspecto de la interculturalidad. El reconocimiento de las costumbres distintas a las propias

Por otra parte, la cultura mapuche otorga gran importancia a la convivencia social entre sus pares. Si hay inconvenientes con algún miembro de su cultura, es probable que se relacione alguna enfermedad con aquello, a diferencia de la cultura occidental que no asocia las patologías con las relaciones sociales.

A nivel interpretativo se puede afirmar que los profesionales de la salud reconocen que ha ciertos aspectos en la explicación de fenómenos de la salud que tienen la misma validez que la medicina occidental.

En este punto, se infiere que hay un conocimiento que está presente. Que el conocimiento mapuche constituye una nueva ventana de información y explicación de las patologías en el ámbito de la salud intercultural.

Los comentarios más característicos de esta categoría son:

- Para los mapuches, si no estás bien del alma no estas bien del cuerpo.
Tú para estar sano debes estar bien socialmente.
- Lo que dicen los mapuches acerca que la pena es una enfermedad.
Pueden tener razón.

CATEGORÍA: RECONOCIMIENTO DE LA CULTURA OCCIDENTAL POR PARTE DE LOS PACIENTES MAPUCHES:

Esta categoría se refiere a la aceptación de los pacientes mapuches a los aspectos propios de la cultura occidental, ajena a sus costumbres y realidades.

El aspecto histórico cumple un rol gravitante en este punto, dado que la cultura mapuche desde la época de la Conquista ha asimilado aspectos culturales distintos. Desde este punto de vista, los pacientes mapuches no sólo aceptan los tópicos occidentales referidos a la medicina, si no que otros aspectos relacionados con la vida cotidiana, como la alimentación, vestuario, etc.

Los profesionales de la salud están concientes de aquello, y fijan su posición desde otra perspectiva. El trato que le dan a los pacientes es de un carácter más igualitario. Se desentienden de la hegemonía cultural que el occidentalismo ha sobrepuesto a la cultura mapuche durante años.

Algunas de las frases propias de esta categoría son:

- Los mapuches son más interculturales.
- También creen (los mapuches) en los doctores.

CATEGORÍA: INTERCULTURALIDAD EN EL HOSPITAL MAQUEHUE (AUTOCOMPRENSIÓN)

Esta categoría se refiere al grado de autocomprensión que poseen los profesionales de la salud respecto del proceso intercultural que se desarrolla en el Hospital Maquehue.

El respeto hacia las creencias culturales mapuches es la clave de acceso a la interculturalidad en salud. A partir de esta base los funcionarios del sistema de salud fundamentan su autocomprensión de la labor que desempeñan como artífices del primer modelo de atención intercultural en Chile.

El reconocimiento a la validez del pensamiento, la identidad y cultura mapuches es el pilar del modelo antes citado.

Además, los profesionales de salud plantean que es un proceso que construye. Y que es sólo el inicio de un modelo que se debe perfeccionar para que sea más intercultural.

- En el Hospital Maquehue hay un clima de mucho respeto por ambas partes. Nosotros respetamos mucho a los pacientes.
- La interculturalidad es un proceso. Es un inicio que acá no se da. Son los primeros pasos.

CATEGORIA: FALENCIAS SISTEMA DEL SALUD INTERCULTURAL

Esta categoría básicamente se refiere a los aspectos que faltan para perfeccionar el modelo de atención intercultural implementado en el Hospital Maquehue.

Las anteriores categorías indican que los profesionales de la salud aún consideran lejana la producción de una interculturalidad plena.

La ausencia de un reconocimiento constitucional del pueblo mapuche es gravitante, según ellos, para el desarrollo de una interculturalidad que cumpla con los requisitos que certifiquen la salud intercultural.

Más que falencias, esta categoría señala los tópicos que se deberían perfeccionar en el modelo intercultural. En términos generales los profesionales de la salud concuerdan que el trabajo realizado hasta ahora en

el Hospital Maquehue cumple con los requerimientos interculturales trazados para un modelo de atención con estas características. El trabajo constante y la mantención de los lineamientos de la labor desarrollada en el presente contrubuirían a mejorar el modelo.

- El pueblo mapuche tiene todas las características para ser considerados por el Estado.
- Falta poner a la par al pueblo mapuche.
- Creo que el reconocimiento mutuo entre ambas culturas puede seguir ayudando a mejorar la interculturalidad.

CATEGORÍA: DIFERENCIAS HOSPITAL MAQUEHUE DE OTROS CENTROS HOSPITALARIOS

La autocomprensión de las realidades particulares de los funcionarios del sistema de salud permite categorizar las diferencias que el recinto hospitalario de Maquehue tiene respecto de otros servicios de salud de la Región de La Araucanía.

La característica que diferencia al citado recinto es el grado de compromiso que poseen sus funcionarios con el trabajo intercultural.

Desde esta base, se posicionan hacia el respeto y el reconocimiento a los agentes y prácticas médicas mapuches. También poseen cierto grado de orgullo implícito por aquello, dado que en otros recintos el respeto hacia la cultura mapuche es nulo. Además, existe una aceptación hacia la medicina mapuche, sus cultores son apreciados por tener sabiduría para sanar.

La presente categoría permite interpretar que no hay otro recinto en el país donde se le otorgue tanta importancia y validez a las personas de origen mapuche. Además del carácter imprescindible que le otorgan a la comunicación. Al diálogo con los pacientes mapuches. Categóricamente se puede inferir que en ningún otro hospital es tan importante el aspecto comunicativo.

Algunos de los comentarios más frecuentes referentes a esta categoría fueron los siguientes:

- El que no entiende las diferencias culturales, no puede trabajar en salud intercultural. Tiene que entender los dos mundos.
- Hay que reconocer que la medicina occidental no es la única opción médica para algún tratamiento
- Aquí se trabaja la complementariedad entre el sistema médico occidental y el sistema médico mapuche

CATEGORÍA: EXPERIENCIAS DE LA CULTURA MAPUCHE Y SU COMPRENSIÓN EN LA CULTURA OCCIDENTAL

Esta categoría se refiere a las experiencias de la cultura mapuche que los profesionales de la salud consideran válidas en el área de la salud intercultural. Básicamente se relaciona con las otras categorías, en el sentido de la aceptación de la existencia de aspectos culturales ajenos a los propios, que conforman un cuerpo de conocimiento distinto al occidental.

Para la investigación, es igualmente satisfactorio conocer en detalle estas experiencias, como la del quebrador de empacho, que sin pertenecer al pueblo mapuche, conoce dichas prácticas, debido a que ha vivido gran parte de su vida en territorio mapuche. Las soluciones terapéuticas que propone el quebrador de empacho son satisfactorias para el equipo de salud. No sólo las reconocen sino que aceptan que dicha problemática de salud, no tiene tratamiento en la medicina occidental.

Algunos de las frases más características pertenecientes a esta categoría fueron las siguientes:

- Es increíble, pero para la medicina occidental no tiene remedio. (el empacho).
- Debemos ser capaces de reconocer que hay ciertas cosas que puede mejorar un sistema y otras que puede mejorar el otro sistema.

- Significa que él (quebrador de empacho) es capaz de identificar una enfermedad que nosotros todavía no identificamos. Es capaz de identificarla y de tratarla, y nosotros no somos capaces de hacer eso.

CATEGORÍA: SURGIMIENTO CONOCIMIENTO NUEVO

En esta categoría, los participantes fueron muy cautelosos a la hora de emitir sus opiniones. Hubo concordancia en que la posibilidad de que surja un nuevo tipo de conocimiento, producto de la complementariedad de saberes de dos sistemas médicos distintos, es remota y difícil de concretar debido, según ellos, al grado de inferioridad en el que se encuentra el pueblo mapuche con el resto de la sociedad chilena. La ausencia de un reconocimiento constitucional de los mapuches, por parte del Estado, es una de las trabas más citadas por los participantes, para explicar el grado de dificultad del surgimiento de un nuevo conocimiento.

Sin embargo, no es descartado de plano. La posibilidad está latente. Esto indica que en el futuro, con un modelo de salud intercultural de varios años de construcción, surgan nuevos conocimientos, ideas, informaciones, relacionadas con el ámbito de la salud, y cuyo gran eje de movimiento sea la comunicación intercultural, que permite el intercambio de conceptos y creencias diversas.

Interpretativamente, se deduce que hay cierto grado de temor por parte de los profesionales de la salud, a reconocer que en Maquehue están dadas las condiciones para generar un nuevo tipo de conocimiento. La aceptación recíproca, entre habitantes del pueblo mapuche y personas occidentales; el respeto y complementación de los agentes médicos de ambos sistemas, la cimentación de un modelo de atención intercultural en salud, la eficaz comunicación intercultural y el grado de involucración por parte de los actores, visualiza notables condiciones para que surga un futuro cercano una nueva cultura. Ese es el desafío.

Las voluntades particulares y políticas en permiten el desarrollo de la interculturalidad en salud en el Hospital Maquehue.

Los comentarios más cercanos a esta categoría fueron los siguientes:

- -Yo creo que hablar de cosas nuevas es algo temerario por que no hay nada nuevo... en relación a algo nuevo no sé, yo creo que lo nuevo puede estar en aceptar las cosas, así como se acepta la homeopatía.
- A nivel de la comunicación, no lo sé, pero cuesta, por que uno no puede llegar y cambiar todo.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES FINALES

En esta fase de la investigación se presentarán y analizarán los resultados de la aplicación de la técnica de los grupos de discusión en el ámbito de la salud intercultural y la comunicación intercultural.

El resultado de las preguntas aplicadas a los ocho profesionales de la salud del Hospital Maquehue - médico, enfermera, auxiliares paramédicos, matrón, facilitadora intercultural - arrojó como resultado la presencia de las siguientes categorías, enumeradas a continuación según trascendencia e importancia para la investigación:

1) Interculturalidad; 2) Comunicación; 3) Comunicación Intercultural; 4) Surgimiento Conocimiento Nuevo; 5) Salud; 6) Relación Sistema de salud occidental – Sistema de salud mapuche; 7) Cultura; 8) Imposición Sistema Salud Occidental; 9) Relación Médico – Paciente; 10) Reconocimiento Cultura Occidental por parte de los mapuches; 11) Interculturalidad en Hospital Maquehue (Autocomprensión); 12) Falencias Sistema de Salud Intercultural; 13) Diferencias Hospital Maquehue respecto de otros centros; 14) Experiencias de la Cultura Mapuche y su comprensión en la Cultura Occidental.

Sobre las base del análisis de estas categorías se infiere que: el modelo de atención intercultural implementado en el Hospital Maquehue es un proceso en construcción, “Este es un proceso intercultural que está recién

comenzando, faltan aspectos por mejorar todavía, la complementariedad e interculturalidad en salud es algo que se va construyendo día a día”, afirman los profesionales de la salud.

Este proceso se sustenta en el permanente desafío de los integrantes de los equipos de salud, en desarrollar estrategias, modelos y líneas de acción que apunten a la consolidación de la interculturalidad en salud en el área de contacto interétnico en que se ha convertido el Hospital Maquehue.

El modelo de atención intercultural implementado en Maquehue apunta al reconocimiento y protección efectiva de la diversidad cultural, a través de la adecuación progresiva de los planes y servicios de salud a la cosmovisión, creencias y prácticas culturales de las comunidades mapuches, dentro de una perspectiva intercultural.

De lo anterior, se desprende que el Hospital Maquehue es un espacio donde se practica la relación interétnica, orientada a la búsqueda de diálogos interculturales, cimentada en la comunicación intercultural, que permiten reducir las desigualdades culturales y actitudes de racismo presentes en nuestra sociedad.

Por otra parte, es innegable que para el perfeccionamiento del modelo, es necesario un reconocimiento constitucional por parte del Estado,

del pueblo mapuche y de sus prácticas culturales, incluidas las prácticas médicas tradicionales, propias de la cosmovisión de esta cultura ancestral. Las citas de los profesionales de la salud lo certifican: “la cultura mapuche, al igual que otras culturas no son reconocidas por el Estado, es bastante complicado, hay que partir por lo básico, que es el reconocimiento de los pueblos originarios”.

En cuanto a la complementariedad de los sistemas médicos, se concluye que esta desarrolla en forma óptima, dado que existe un reconocimiento mutuo entre profesionales de la salud y agentes tradicionales, y queda plasmado en los planteamientos de los agentes occidentales: “Debemos ser capaces de reconocer que hay ciertas cosas que puede mejorar un sistema y otras que puede mejorar el otro sistema y ser capaces de reconocer que una cultura puede asociarse con otra y complementarse”.

En lo referente al sustento teórico de la comunicación intercultural se infiere que en Maquehue están dadas todas las condiciones y requisitos para el cumplimiento de una eficaz comunicación intercultural, según los planteamientos de Miquel Alsina: 1) Una lengua común.; 2) El conocimiento de la cultura ajena;

3) El re-conocimiento de la cultura propia.; 4) La eliminación de prejuicios.

5) Ser capaz de empatizar.; 6) Saber metacomunicarse.; 7) Tener una

relación equilibrada.

Por tanto, se concluye, que en en los diálogos interculturales producidos en Maquehue, los actores están permanentemente abiertos al cambio, no hay posiciones universales, y por ende nada está cerrado, cualquier situación puede reabrirse.

Respecto a la Teoría de la Construcción de la Tercera Cultura, y el modelo de Casmir, que plantea que en un contacto interétnico, dos o más seres humanos buscan el beneficio mutuo, es claro que en el contexto de la salud intercultural, los agentes de ambos sistemas médicos han desarrollado sus propias estructuras, sistemas de valores y de comunicación, para crecer mutuamente y buscar la complementariedad de las prácticas biomédicas con las tradicionales.

En el modelo de atención implementado en Maquehue se cumple el principio “que a partir de un contacto inicial, dos o más personas pueden ir confluyendo en una tercera cultura compartida” según los modelos citados por Alsina en su libro Comunicación Intercultural, específicamente el modelo propuesto por Casmir, que indica que “dos o más seres humanos de distintas culturas buscan el beneficio mutuo”. En el caso del Hospital Maquehue, los agentes médicos del sistema occidental buscan orientaciones de la medicina

tradicional, a través del contacto con las machis, para beneficio de los habitantes del sector de Maquehue.

Por último, esta investigación concluye que: en el contexto del modelo de atención implementado en el Hospital Maquehue se dan dos situaciones:

1) Fortalecimiento de la experiencia intercultural:

Este fortalecimiento se manifiesta a través del respeto por las especificidades interculturales, por parte de los actores del modelo, que poseen un fuerte arraigo por los aspectos propios de la cultura a la que pertenecen. Esto, no significa que no estén abiertos a replantearse alguna situación, producto del contacto interétnico, ya que reconocen que “la Interculturalidad es reconocer dos culturas y es el intercambio de conceptos entre distintas culturas”. Por su parte, el citado modelo ha permitido un potenciamiento de la identidad cultural mapuche, manifestado en el reconocimiento de los agentes médicos tradicionales y las perspectivas de desarrollo intercultural de los habitantes del sector de Maquehue, según la opinión de los profesionales de la salud: “Este modelo ha hecho que los médicos conozcan a los mapuches y estos a ellos, esto permite que se fortalezca la cultura mapuche”.

2. Potencialidad de convertirse en una cultura nueva, diferente de las dos anteriores. En este aspecto, se concluye que el diálogo intercultural, y las estrategias de desarrollo intercultural podrían producir una fusión de conocimientos, producto de la complementariedad de los sistemas médicos y que en futuro cercano los conocimientos biomédicos y tradicionales constituirán potencialmente un nuevo tipo de conocimiento, o cultura. Lo anterior, parte de la base de reconocer que existen otras visiones de concebir el mundo y que existe un intercambio de conceptos e ideas de las culturas mapuche y occidental.

De todas formas, para los profesionales de la salud aún es prematuro este tema, y aunque reconocen muy difícil el surgimiento de un nuevo tipo de conocimiento, no lo descartan categóricamente, “es muy difícil, producto de que la cultura mapuches es una cultura milenaria y los conocimientos que tiene está desde hace muchos años, y generar un conocimiento es muy difícil, aunque no es descartable”.

VI. BIBLIOGRAFÍA

Alarcón, Ana María; 1995: "El desafío de la interculturalidad en salud: El facilitador cultural". Chile, - Temuco, UFRO. Facultad de Educación y Humanidades.

Alsina, Miquel; 1999: "Comunicación Intercultural" .Anthropos Editorial. Barcelona. España.

Barth, Fredrick; 1976: "Los grupos interétnicos y sus fronteras". Fondo de Cultura Económica. México.

Casimir, Fred; 1993: "Toward Culture Buildings: A paradigm shift for International and Intercultural Communication" S.A. Deetz, Londres.

Casimir, Fred; Lande, Asunción; 1989: "Intercultural Communication Revisited: Conceptualization" J.A. Anderson. Londres.

Citarella, Luca; 1994: "Medicinas y Cultura en la Araucanía". México Sudamericana.

Hernández, Roberto; 1991: "Metodología de la Investigación". Interamericana. México.

•
Durán, Teresa; 1994: “Contacto Interétnico Chileno Mapuche en la 9na. Región”. CUHSO, Vol. N° 1 Temuco.

Alarcón, Ana María; 1995: “El desafío de la interculturalidad en salud: El facilitador cultural”. Chile, Temuco, UFRO. Facultad de Educación y Humanidades.

Stella, Isabel; 1997: Diagnóstico y propuesta de sistema de salud intercultural para indígenas. Bases para una propuesta de seguro indígena. Chile, Temuco, UFRO. Instituto de Estudios Indígenas.

Oyarce, Ana María. Ibacache. Jaime; 1996 : Reflexiones para una política intercultural en salud. Primer encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas. Instituto Estudios Indígenas.

Proyecto de Documentación Ñuke Mapu; 1996: Texto: La Salud, el desarrollo y la equidad en un contexto intercultural. Instituto Estudios Indígenas.

Kropotkin, Peter; 1970: “El apoyo mutuo. Un factor de la evolución”. Editorial Universal. Buenos Aires.

INDICE

Resumén.....	1
I.-	
Introducción.....	4
1.1. Presentación de Problema.....	6
1.2. Objetivos.....	7
1.3. Preguntas de Investigación.....	10
1.4. Justificación.....	11
1.5. Pertinencia Disciplinaria Área Comunicación.....	13
1.6. Resultados Esperados.....	15
II.-Marco Teórico.....	16
2.1. Sistema Médico.....	16
2.2.Cultura.....	21
2.3. Comunicación.....	23
2.4.Comunicación Intercultural.....	25
2.5. Elementos Caracterizadores Comunicación Intercultural.....	31
2.6.Teoría Construcción Tercera Cultura.....	32
2.7.Palo Alto.....	34
2.8.Interaccionismo Simbólico.....	40
2.9.Ámbitos Modelo Tercera Cultura.....	43