



## Salud desde las perspectivas indígena y occidental: el caso mapuche en Chile una mirada panorámica

*Health From the Indigenous and the Western Perspectives:  
A Panoramic View of the Mapuche Case in Chile*

**Andrea Patricia Valenzuela Toledo<sup>1</sup>**

 <http://orcid.org/0000-0002-8559-7736>

**Katerin Arias Ortega<sup>2</sup>**

 <http://orcid.org/0000-0001-8099-0670>

<sup>1</sup> Universidad Católica de Temuco. Temuco, Chile

<sup>2</sup> Universidad Católica de Temuco. Facultad de Ciencias de la Salud. Departamento de Psicología. Temuco, Chile

### Correspondencia:

Katerin Arias Ortega  
karias@uct.cl

**Recibido:** 24/11/2021

**Revisado:** 06/12/2022

**Aprobado:** 02/02/2023

### Conflicto de intereses:

Las autoras declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

### Contribuciones de las autoras:

Las autoras son responsable pelo desarrollo del artículo.

### Financiamiento:

Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo de Chile (ANID). Proyecto "Sentido de la escuela y educación escolar en contexto indígena según agentes del medio educativo y social: bases para una relación educativa intercultural" FONDECYT DE INICIACIÓN 11200306.

### Agradecimientos:

al Proyecto Fondecyt Regular N°1240540

**Copyright:** Esta licencia permite compartir – copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato; adaptar – remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente.



### RESUMEN

El estudio expone una revisión del estado del arte sobre la concepción de salud desde las perspectivas indígena y occidental. Los materiales y métodos utilizados se circunscriben a un diseño cualitativo de tipo exploratorio y de carácter descriptivo, en el que, a través de una revisión de 51 artículos científicos, se problematiza acerca del objeto de estudio. Los resultados dan cuenta de la existencia de tensiones epistemológicas sobre la concepción de salud desde las perspectivas indígena y occidental. Concluimos que estas problemáticas han traído consigo un aumento en las desigualdades en la salud respecto al acceso a esta, según ubicación geográfica y territorial de la población indígena. Asimismo, discutimos sobre cómo la atención de salud en territorios indígenas se distingue por ser ofrecida con un carácter monocultural, aumentando la marginalización de la persona indígena. Sostenemos que es imperioso abordar las desigualdades de salud en el contexto indígena, tanto en el acceso a esta como en las formas de atención a los usuarios, desde una perspectiva intercultural.

**Palabras clave:** Enfoque Intercultural; Salud Indígena; Salud Occidental; Tensiones Epistemológicas.

### ABSTRACT

This study presents a review of the state of the art on the conception of health from the indigenous and the western perspectives. The materials and methods used are circumscribed to an exploratory and descriptive qualitative design, in which, through a review of 51 scientific articles, the object of study is problematized. The results show the existence of epistemological tensions on the conception of health between the indigenous and the western perspectives. We conclude that these problems have led to an increase in health inequalities in terms of access to healthcare, according to the geographical and territorial location of the indigenous population. Likewise, we discuss how healthcare in indigenous territories is distinguished for being offered with a monocultural character, increasing the marginalization of the indigenous person. We argue that it is imperative to address health inequalities in the indigenous context, both in access to healthcare and in the forms of care provided to users, from an intercultural perspective.

**Keywords:** Intercultural Approach; Indigenous Health; Western Health; Epistemological Tensions.

## Introducción

El interés en reducir las desigualdades sociales, territoriales, económicas y de salud para los Pueblos Indígenas de las Américas, es una realidad que inicia su abordaje durante los últimos siglos. Esto se documenta en tratados internacionales como el Convenio N°169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en países independientes de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Este tratado explicita que para responder a las desigualdades en salud que han enfrentado los pueblos indígenas, es necesario reconocer que, en dichos territorios, estos no han podido gozar de los Derechos Humanos en el mismo grado que el resto de la población no indígena (OIT, 1989). También, admitir que ha existido invisibilización de las formas en que viven los pueblos indígenas y que sus leyes, valores, costumbres y perspectivas a menudo han sufrido un deterioro, debido a su baja consideración en las distintas instituciones ya sea de salud o educativas (OEA, 2016). En relación a lo anterior, la Comisión Económica para América Latina (CEPAL, 2014) plantea que para garantizar el derecho a la salud indígena se deben crear y fortalecer mecanismos de exigibilidad y evaluación del cumplimiento de políticas, normas y programas por parte de los Estados, considerando la libertad de determinación de los pueblos indígenas y su participación en las decisiones que les afecten. Además, existen instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos, que buscan proteger y aumentar el bienestar en salud de las poblaciones indígenas, entre estos encontramos que tanto la Organización de las Naciones Unidas (ONU) como el Sistema Interamericano de Derechos humanos, tienen un cuerpo importante de instrumentos jurídicos que se pueden citar para asegurar y proteger los derechos y libertades de los pueblos indígenas (VÁSQUEZ, 2008). Desde esta perspectiva, los servicios de salud, en lo posible, deberán organizarse a nivel comunitario, planearse y administrarse en cooperación con los pueblos indígenas. Para ello, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (ONU, 2008), enfatiza el derecho a vivir con dignidad, fortalecer y mantener sus instituciones, cultura y tradiciones, y a perseguir su desarrollo, en conformidad con su propia cosmovisión, intereses y necesidades. Del mismo modo, en el documento Registros Oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su preámbulo de la Constitución expresa su posicionamiento respecto de la salud, la que se concibe como:

La salud se define, no negativa o estrictamente como la ausencia de dolencias o enfermedades, sino positiva y ampliamente como un estado de completo bienestar físico, mental y social, cuyo disfrute debe ser parte del legítimo patrimonio de todo ser humano sin distinción de raza, religión, creencia política, condición económica o social (WHO, 1946).

De este modo, es posible constatar que la salud implica el bienestar integral de los seres humanos.

En Chile, la ratificación del Convenio 169 de la OIT, puesto en vigencia en el año 2009, establece que los pueblos indígenas deben ser consultados sobre las medidas legislativas y normativas que les afecten (OIT, 1989). De esta manera, el Estado debe trabajar de forma coordinada con los pueblos indígenas con el fin de proteger sus derechos y garantizar el resguardo de su identidad, educación, salud, territorio y organización (CHILE, 2017b). Lo anterior, guarda coherencia con los lineamientos de la declaración de la Ley Indígena N° 19.253, que establece que es deber del Estado, mediante sus instituciones, respetar, proteger y promover el desarrollo de los indígenas, sus culturas, familias y comunidades (CHILE, 1993). Entre estos aspectos encontramos la salud, el territorio y la identidad sociocultural, por lo que es urgente adoptar medidas adecuadas para tales fines velando por la preservación del saber ancestral indígena en los distintos ámbitos a nivel nacional. Sin embargo, se constata que aun cuando a nivel internacional y nacional existen lineamientos que buscan dar respuesta a las problemáticas indígenas, en general no son considerados.

El objetivo del artículo es discutir sobre la concepción de salud desde la perspectiva indígena y occidental, que se sustenta en una metasíntesis cualitativa que considera una literatura amplia, variada y significativa sobre el objeto de estudio, incorporando artículos que han abordado la temática en los últimos 20 años. Esta discusión teórica nos permite develar las tensiones epistemológicas que emergen y persisten en la concepción de salud desde la perspectiva indígena y occidental, la que se amplía en la medida que entran en interacción marcos epistémicos disímiles.

## Materiales y métodos

Metodológicamente, la revisión de literatura consideró la delimitación del corpus de artículos científicos y su posterior análisis en tres momentos. En un primer momento se elaboró una búsqueda de literatura en bases de datos en línea (ERIC, Google Scholar, Scielo, Scopus y Web of Science), lo que se justifica en la necesidad de revisar artículos científicos indexados en base de datos de reconocimiento internacional o que provengan de fuentes con alto nivel de sistematización en la literatura especializada (BLANCO-FIGUEREDO; ARIAS ORTEGA, 2022a). Los motores de búsqueda, para la selección del corpus de información, se focalizaron en el uso de palabras clave: (i) salud indígena; (ii) barreras de salud en un contexto indígena; (iii) salud y población indígena; (iv) desigualdades en salud en la población indígena y; (v) salud e interculturalidad. Precisamos que el uso de estas palabras claves, aun cuando no son sinónimos, son términos que en su esencia abordan el objeto de estudio en relación a la concepción de salud desde la perspectiva indígena y occidental. Lo anterior, permite asegurar que la literatura aborde el tema de interés, desde distintas perspectivas culturales y disímiles posicionamientos científicos (BLANCO-FIGUEREDO; ARIAS ORTEGA, 2022b). Asimismo, se consideró que la literatura consultada tuviese un alcance nacional e internacional, con la finalidad de comprender desde lógicas y contextos distintos los tratamientos metodológicos a problemáticas de las ciencias de la salud en contextos indígenas. En este paso fueron seleccionados 105 textos.

En un segundo momento se procedió a revisar el corpus de documentos, uno a uno, y se registraron en una planilla Excel las palabras clave, el resumen y los principales temas que abordan en sus contenidos. Posteriormente, se comenzó con la selección de artículos que consideran los siguientes criterios de inclusión: (i) artículos de divulgación de resultados de investigación sobre la salud en contextos indígenas e interculturales, en idioma inglés, francés, portugués y español; (ii) artículos científicos publicados entre los años 1990 a 2020; (iii) se consideraron 10 documentos gubernamentales que tratan sobre el contenido central del artículo. Precisamos que se excluyen todos los artículos que no cumplen con los criterios anteriormente señalados, como también aquellos artículos que se encuentran repetidos o que no abordan la temática de salud indígena. En este proceso se seleccionaron los 51 artículos que conforman el corpus de análisis central del estudio.

En este segundo momento, se procesó la información de los 51 artículos seleccionados, lo que implicó una metasíntesis cualitativa. Este proceso se inició con la lectura en profundidad de los resúmenes de los artículos seleccionados, los títulos, palabras claves y temas centrales. Esto implicó la construcción de una segunda planilla Excel, en la que se vertió la información de los documentos seleccionados. Además, se incorporó un pequeño resumen de los contenidos centrales de los artículos, asociados a hallazgos, problemas y desafíos de la salud en contextos indígenas, lo que permitió una primera identificación de la saturación teórica del corpus de información. De este modo, la metasíntesis cualitativa nos permitió determinar los principales temas que emergen del análisis conformando una matriz, según criterios de interés y calidad, para pasar a un tercer momento de análisis de contenido (PINELA MORÁN, 2018).

Finalmente, el tercer momento implicó analizar la información. Para ello, se utilizó el proceso de análisis temático (KRIPPENDORFF, 1990) que permite identificar unidades de sentidos y significados, a partir de contenidos concretos (QUIVY; CAMPENHOUDT, 2005) y implícitos expresados en el texto con relación al objeto de estudio (GAUTHIER; BOURGEOIS, 2020). Operacionalmente, esto implicó capturar conceptos clave e interpretar de manera inductiva los hallazgos de los artículos seleccionados en relación al objeto de estudio, para reflexionar y obtener nuevas conclusiones en torno a la concepción de salud desde las perspectivas indígena y occidental en Chile. De esta forma, en la comprensión y explicación del objeto de estudio intervienen desde la metasíntesis cualitativa, procedimientos de análisis-síntesis, inducción-deducción hasta la triangulación teórica (GAUTHIER; BOURGEOIS, 2020), lo que permite el manejo, organización e interpretación de la información. Para ello, el análisis temático nos permite descomponer la información en partes para estudiar en profundidad cada área relacionada a la salud desde la perspectiva indígena y occidental. Así, se eliminan los conceptos irrelevantes y repeticiones hasta simplificar los datos en unidades más pequeñas de significados. Luego, se agrupan los contenidos explícitos y latentes en diferentes categorías en concordancia con su vínculo teórico, para comprender y explicar el objeto de estudio en categorías de mayor orden de complejidad. Finalmente, a través de la saturación teórica es posible integrar, sin yuxtaposición, los datos analizados (CRESWELL, 2014), para otorgarle a las unidades de significados extraídas del texto una nueva interpretación en torno al objeto de estudio.

## Resultados

### I La desigualdad en salud en contexto indígena

Pese a los marcos normativos de las políticas públicas, aún se percibe inequidad en la salud de los pueblos indígenas (CARDONA; ACOSTA; BERTONE, 2013). Esto, plantea el desafío de comprender la salud desde una mirada sistémica, que considere los distintos factores que en ella inciden como los aspectos económicos, culturales, sociales de género entre otros. Así, es de vital importancia cuestionar y visibilizar las diferencias innecesarias, evitables e injustas en salud hacia la población indígena. De esta manera, por ejemplo, la salud y su inequidad en el contexto indígena se explicita, por una parte, en el acceso a los servicios básicos de salud, por otra parte, en la no incorporación de las especificidades culturales propias a la atención a los usuarios (DURIE, 2004). Lo anterior, confirma que aún faltan elementos para que exista igualdad en salud entre indígenas y no indígenas, tanto en el acceso a la salud como en sostener el bienestar integral de los usuarios ofreciendo una adecuada atención sanitaria, independiente de su origen étnico y cultural (SEN, 2002).

En una perspectiva histórica, la revisión de la literatura nos permite identificar tensiones y desigualdades, en este ámbito de la salud, que sientan sus raíces en el período de la colonización eurocéntrica occidental en contextos indígenas, lo que ha traído consigo problemáticas a nivel social, educativo y de salud, como los siguientes:

(ii) La desigualdad social (MACAULAY, 2009), que se manifiesta, por ejemplo, en la pobreza y acceso a servicios básicos de los indígenas, respecto a los no indígenas (ANDERSON, 2015). En Costa Rica, México, Perú y Chile los indígenas tienen menores niveles socioeconómicos, situándose en los quintiles más pobres y vulnerables a nivel país, respecto de la población no indígena, lo que implica un bajo acceso a las necesidades básicas de salud, alimentación y educación (CHILE, 2017b).

(ii) La desigualdad educativa, ámbito en el que la instalación de un sistema escolar monocultural aumenta la exclusión y deserción del indígena en su proceso de escolarización

formal. Esto se refleja, por ejemplo, en los menores resultados académicos (BISHOP *et al.*, 2012) y acceso a la educación superior de los indígenas respecto a los no indígenas (ARIAS-ORTEGA; QUINTRIQUEO, 2021a). A modo de ilustración, en Chile se constata que en la población de 25 años o más, es común observar una diferencia de 2% y hasta 9% en relación con diferentes niveles educativos entre los grupos indígenas y no indígenas (ARIAS-ORTEGA; QUINTRIQUEO, 2021b).

(iii) La historia de violencia explícita e implícita hacia los indígenas en la educación escolar, por ejemplo a través de las residencias como es el caso de Canadá (COMMISSION..., 2015), los internados en el caso de México y Chile, en el que la violencia física, simbólica, abusos y violaciones ha afectado la salud de los pueblos indígenas y su identidad sociocultural (MANSILLA SEPÚLVEDA; HUAQUIÁN BILLEKE; DIOS POZO MENARES, 2018).

(iv) Las desigualdades laborales y el acceso, ya que los pueblos indígenas ocupan los puestos laborales de mano de obra bruta, como ha pasado, por ejemplo, con el pueblo mapuche en Chile (BENGOA, 2008).

(v) Las influencias negativas en la construcción y revitalización de la identidad sociocultural, que ha generado la vergüenza étnica, etiquetándolos y atribuyendo estereotipos y prejuicios hacia el ser indígena como carentes cognitivamente en tanto se constituyen en razas que no son suficientemente avanzadas CAMINO-ESTURO, 2017).

(vi) La pérdida del territorio que ha enajenado sus tierras indígenas y por ende, ha mermado sus formas de vida y prácticas ancestrales tradicionales (PAILLALEF, 2018).

(vii) La desigualdad en salud reflejada en sus disparidades (ADELSON, 2005), que dan como resultado la carga desproporcionada de problemas de salud y sufrimiento social entre las poblaciones indígenas (LANGDON; GARNELO, 2017).

(viii) La prohibición de vivir de acuerdo a su marco epistemológico propio, en el que se les ha negado a los niños hablar su lengua vernácula, asimismo, la mayoría han sido abusados emocional, física y sexualmente (COMMISSION..., 2015).

Lo expuesto, configura un conjunto de problemáticas que ha traído como consecuencia la destrucción de la autoestima y ha socavado las habilidades de los padres, quienes se han negado, en general, a transmitir los saberes y conocimientos educativos propios a las nuevas generaciones, como una forma de evitar que continúen sufriendo procesos de discriminación y racismo. Lo anterior, ha causado la fragmentación de las comunidades indígenas y originado un trauma multigeneracional producto de las huellas que ha dejado el colonialismo en sus vidas, territorios y comunidades, afectando su salud y bienestar (MACAULAY, 2009). En contextos indígenas como es el caso de México, África y Canadá, por ejemplo, se ha constatado que en el ámbito de la salud de la población indígena existe alta tasa de mortalidad en lactantes y niños pequeños, alta tasa de morbilidad y mortalidad materna, y una alta carga de enfermedades infecciosas (CAMPOS NAVARRO; PEÑA SÁNCHEZ; MAYA, 2017). Asimismo, se constata que existen bastantes casos de desnutrición y retraso del crecimiento; baja esperanza de vida, enfermedad y muerte relacionadas con el tabaquismo, problemas sociales; enfermedades y muertes relacionadas con el abuso de alcohol y otras drogas (ANDERSON, 2015). En consecuencia, este conjunto de problemáticas nos permite sostener que la salud de los pueblos indígenas está en una profunda crisis. Estos se enfrentan cada día al intento de acceder a los servicios de salud, lo que trae consigo la subordinación y discriminación, condicionados por su pertenencia cultural, lingüística o política (HASEN NARVÁEZ, 2012), lo que ha contribuido a disparidades importantes en materia de salud entre indígenas y no indígenas (CCNSA, 2013). Sostenemos que esta realidad es producto de las tensiones respecto de la concepción de salud desde el punto de vista de lo indígena y eurocéntrico occidental.

## II La concepción de salud desde la perspectiva indígena y eurocéntrica occidental

La concepción de salud desde el marco epistémico indígena se caracteriza por una perspectiva de bienestar emocional, físico, mental, social y espiritual (GRACEY; KING, 2009). De esta manera, la salud en el contexto indígena se sustenta en una concepción holística del bienestar que comprende un sano equilibrio entre el sujeto y su medio material e inmaterial. Esto implica establecer una relación de reciprocidad, armoniosa y equilibrada en sus vínculos con los seres humanos, los seres vivos y el universo. Así, la salud evoca tanto un estado de ánimo como la certeza de que el bienestar consiste en cultivar nuestro deseo de estar en armonía en todo, en el tiempo y en el espacio (LÉVESQUE *et al.*, 2019). En este sentido se refleja un equilibrio en el que las diferentes dimensiones y fuerzas se despliegan de manera combinada e integrada a nivel individual, familiar, comunitario, territorial y cosmogónico (CLOUTIER, Edith *et al.*, 2018).

En esa perspectiva, las prácticas indígenas implican desarrollar una conciencia colectiva de los impactos positivos que los servicios anclados en la cultura y basados en los principios de compartir y de ayuda mutua, pueden tener sobre la salud y el bienestar de las personas, desde su propio marco sociocultural. En el contexto indígena, la mejora de la salud va de la mano con el fortalecimiento de las condiciones físicas, sociales, económicas y culturales tanto a nivel individual como comunitario<sup>35</sup>. En efecto, la concepción de salud indígena se refiere a un continuo colectivo e intergeneracional, donde la salud es colectiva y no solo individual, en el que inciden las complejas relaciones socioculturales y espirituales con la tierra y los ecosistemas, desde su propia base epistemológica. Es así como, para responder a las problemáticas de salud en el contexto indígena, se reconoce que el arte de curar no es una predilección que hace el sujeto por su propia voluntad, a diferencia de la lógica eurocéntrica occidental en la que el sujeto elige serlo. En el contexto indígena, el sujeto no solamente tiene que elegir serlo, sino que, además, tiene que ser elegido por factores ajenos a su voluntad o que escapan de su directa influencia, del legado familiar, de los espíritus, los vientos, entre otros elementos (JAMIOY MUCHAVISIOY, 1998). Sin embargo, en el contexto de relaciones interétnicas con la sociedad hegemónica esta base de saberes y conocimientos sobre la salud se ha visto afectada. Por ejemplo, las enfermedades y los conflictos han incidido en la población indígena y han contribuido a la destrucción e invisibilización de su sistema de conocimientos. Esto, aun cuando ha mejorado en los últimos años, la salud de los indígenas sigue siendo muy inferior, respecto de los no indígenas (CCNSA, 2013). Esto puede estar asociado a las tensiones epistemológicas, respecto de cómo es comprendida la salud, desde el conocimiento eurocéntrico occidental.

Desde la concepción eurocéntrica occidental, la salud se define en términos generales como un estado completo de bienestar físico, cognitivo, emocional, social y espiritual, y no consiste solo en la ausencia de enfermedad o dolencia, en un contexto cultural (WHO, 1946). Esta definición es coherente con el concepto indígena que engloba las dimensiones física, mental, emocional y espiritual del ser y que asume una relación armoniosa con la familia, la comunidad, la naturaleza y el medio ambiente (ANDERSON, 2015). Sin embargo, el problema radica en la práctica médica que está inscrita en un sistema histórico y cruzada por sistemas económicos y de poder que invisibiliza lo indígena y su cosmovisión respecto de la salud (LÉVESQUE *et al.*, 2019). Es así como en el conocimiento eurocéntrico occidental, predomina un modelo positivista y biomédico de la salud en el cual se considera básicamente la enfermedad (VALLEJO SAMUDIO, 2006). Así, la salud desde un enfoque biomédico hegemónico que no respeta, generalmente, las particularidades e individualidades del modelo indígena, las que obstaculizan la realización de su derecho a la salud (LANGDON; GARNELO, 2017).

### III La concepción de salud desde la episteme mapuche en el contexto chileno

Chile se caracteriza por su diversidad social, cultural y lingüística producto de la presencia de pueblos indígenas y población migrante que poseen su propio marco social y cultural, y que interactúan con la lógica de la sociedad hegemónica (ARIAS-ORTEGA; QUINTRIQUEO, 2021b). Esta diversidad constituye un elemento enriquecedor, pero a la vez, desafiante para el desarrollo del país que debiera responder desde un sentido de pertenencia social, cultural, territorial y geográfico a las necesidades de la población en el ámbito de la salud (ARIAS-ORTEGA; QUINTRIQUEO, 2021a). En este contexto de diversidad social y cultural en Chile, la población que se autoreconoce como indígena se aproxima a un total de 2.185.792 personas, de esta cifra 1.745.147 se reconocen pertenecientes al pueblo mapuche, equivalente a 9,9% del total de la población chilena (CHILE, 2017a).

El pueblo mapuche posee una episteme propia para comprender la salud, lo que implica algo espiritual del sujeto con su medio material e inmaterial, producto de romper o transgredir alguna regla o norma con la naturaleza y los espíritus que allí cohabitan (MARILEO, 2002). Desde el conocimiento mapuche la salud va más allá del cuerpo, implica una estrecha relación entre el equilibrio del sujeto con los aspectos físicos observables, los de índole espiritual y experiencial. De esa manera, la concepción mapuche de salud comprende una paridad entre el equilibrio/desequilibrio, la energía positiva/negativa como elementos del cosmos que inciden directamente en la manifestación de una enfermedad que puede ser física o espiritual (DÍAZ MUJICA *et al.*, 2004).

En esta perspectiva, la salud y la falta de ella se puede observar en la presencia o ausencia de dolor en tanto es una expresión de la maduración de la enfermedad que ha ingresado a la vida de la persona, mediante la absorción de energías negativas (AUKANAW, 2001). En este conocimiento, para reestablecer el equilibrio del sujeto es necesario llevar a cabo un conjunto de prácticas que porta la machi. La machi es la autoridad espiritual mapuche, quien a través de un conjunto de prácticas socio religiosas busca reestablecer el equilibrio en la persona, mediante la directa interrelación con los espíritus (CHILE, 2006). La machi para la sanación del sujeto no ataca el síntoma sino la causa de la enfermedad. Esto requiere establecer un vínculo con los espíritus para solicitar que dejen libre a la persona que aquejan.

En el conocimiento mapuche, existen también otras figuras reconocidas por la comunidad, encargadas de orientar esta lógica de salud, entre ellos encontramos: (i) Lawentuchefe persona que tiene un conocimiento profundo de las distintas hierbas medicinales del territorio, requeridas para lawen (remedio); (ii) Gütamchefe persona conocedora de la forma, funciones y posición de los huesos, encargada de componerlos cuando han sufrido roturas o alteraciones en su posición (SALAVERRY, 2013); (iii) Puñeñelchefe, persona especialista en maternidad y conocimiento de cómo debe nacer un niño y de cómo solucionar los problemas que se presentan en el parto; (iv) Gūlamchefe, persona encargada de orientar la formación de los niños, jóvenes y adultos de la comunidad de acuerdo al marco social y cultural propio, esta persona es reconocida como un sabio quien producto de su educación familiar, transmite consejos a las nuevas generaciones, con la finalidad de preservar la cultura.

En síntesis, para el mapuche el cuerpo esta interconectado con la espiritualidad, emociones y los pensamientos, por lo cual para reestablecer el equilibrio y la salud de los sujetos es necesario reordenar los elementos materiales e inmateriales (MARILEO, 2002). De esta manera, frente a una enfermedad mágico-religiosa se reconoce la incompetencia de la salud occidental para responder a sus necesidades. En ello se refleja la carencia de políticas de salud para la población indígena, que respeten la

particularidad de las culturas, revirtiendo con ello el rechazo más o menos global a las bases ontológicas de la medicina indígena (RAMIS OLIVO, 2016).

En ese sentido, uno de los desafíos de la salud en el contexto chileno tiene relación con reconocer que existen distintas formas de hacer o entender la salud y que una estrategia para abordar este escenario es la apertura hacia otras concepciones de salud sustentadas en su episteme propia (AUKANAW, 2001). En Chile, algunas de las acciones que buscan dar respuestas a las necesidades indígenas en el ámbito de la salud han sido:

(i) el Programa de Salud Mapuche (PROMAP) en 1992, que surge en línea con las orientaciones de la Organización Panamericana de la Salud para potenciar acciones participativas en la Atención primaria de salud y las orientaciones del Convenio 169 de la OIT (OIT, 1989). Esto se concreta mediante acciones como la creación de las oficinas de Amuldungun, incorporándose la figura del facilitador intercultural, con el objeto de sobrellevar los problemas de comunicación entre hablantes de mapuzugun (lengua mapuche) y los agentes hospitalarios (ALARCÓN; VIDAL; NEIRA ROZAS, 2003);

(ii) el Programa Especial de Salud para los Pueblos Indígenas (PESPI), en el año 1996, que tiene por objetivo contribuir al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas, incorporándolos en la formulación y evaluación de planes de salud con pertinencia cultural conociendo sus reales necesidades de salud (MANRÍQUEZ-HIZAUT *et al.*, 2018). Este programa cuenta con el apoyo de Organizaciones No Gubernamentales que han permitido la generación de experiencias de hospitales interculturales como el Hospital de Makewe y el Hospital Boroa ñi Lawentun de Imperial;

(iii) el Programa Orígenes, iniciado el año 2000 para desarrollar modelos interculturales de salud, promover la sensibilización y otorgar pertinencia cultural, para mejorar el acceso a los servicios de salud intercultural;

(iv) la Norma General Administrativa N.º 16 del Ministerio Nacional de Salud elaborada en el año 2006, que estipula la necesidad de avanzar en pertinencia cultural, interculturalidad y complementariedad en materia de salud, según las siguientes directrices: (a) orienta el actuar administrativo de los establecimientos y servicios de salud en materia del reconocimiento de la cultura indígena; (b) promueve espacios de reflexión e incorporación de la mirada cultural indígena presente en los territorios, la participación de sus referentes en la toma de decisiones (cuando los haya); (c) establece parámetros para la implementación de programas y otras acciones concretas, como la validación de figuras espirituales como la machi al interior de los establecimientos de salud; y (d) promueve la eficacia de la atención de salud para proteger los saberes de la cultura indígena (CHILE, 2006). Este último elemento conforma la base de la normativa vigente en Chile, iniciado con la Reforma de salud con la Ley de Autoridad Sanitaria N.º 19.937 del año 2004 (CHILE, 2004), donde se señala entre las funciones del Ministerio de Salud el deber de incorporar el Enfoque de Salud Intercultural en los programas dirigidos a comunas con alta concentración de población indígena.

En este sentido, aun cuando en Chile existen lineamientos que buscan dar respuesta a las problemáticas indígenas en el ámbito de salud, se constatan algunas limitaciones para favorecer el Derecho a la salud indígena. Por ejemplo, al revisar los programas PROMAP y PESPI, se observa el uso del concepto de salud de la sociedad dominante, centrado en los determinantes de la salud y enfermedad con los modelos médicos, la explicación y fundamentos de corte eurocéntrico occidental (ALARCÓN; VIDAL; NEIRA ROZAS, 2003). Esta lógica hegemónica no incorpora elementos de la cosmovisión de los pueblos indígenas, como la armonía con la naturaleza y los aspectos espirituales, esenciales para asegurar el bienestar y equilibrio del ser indígena.



Así, en la medida que se han implementado lineamientos de salud intercultural, éstos han evidenciado limitados avances respecto de las necesidades y demandas indígenas, tangibles en las ambigüedades y contradicciones de las políticas medio ambientales del país. Lo anterior interpela a los sistemas de salud, para convertirse en un espacio que promueva una visión holística y pertinente desde una perspectiva intercultural que busque el bienestar de los individuos y que responda a sus especificidades particulares.

#### IV Posibilidades y desafíos para repensar una salud intercultural

En correlación a las problemáticas presentadas en los párrafos anteriores, nos plantean el desafío de desarrollar procesos de salud desde un enfoque intercultural. En efecto, pensar la salud de esta manera implica contrarrestar las desigualdades entre los habitantes de los territorios indígenas y no indígenas. Para ello, a nivel internacional y nacional se han creado algunos lineamientos y políticas que buscan respaldar y proteger los derechos de los indígenas en el ámbito de la salud, los que han quedado plasmados en diferentes normativas (ver Tabla 1).

**Tabla 1.** Experiencias de Políticas asociadas a la salud en el contexto indígena

País	Políticas asociadas a la salud en el contexto indígena
Organismos Gubernamentales	<p>Convenio 169 de la OIT que busca fortalecer a las organizaciones indígenas en sus reivindicaciones por poseer territorios propios y un ámbito de libertad suficiente para desarrollar sus propios valores y culturas.</p> <p>Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que en su Observación 14, plantea el derecho de los pueblos indígenas a mejorar su acceso a los servicios de salud que proporcionen una atención con pertinencia cultural.</p> <p>Organización Panamericana de Salud promueve el aseguramiento y el bienestar de los indígenas.</p> <p>Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo (1994–2004) promovido por las Naciones Unidas.</p> <p>Declaración de Alma-Ata, que reconoce el valor de los conocimientos tradicionales para los servicios de salud primaria.</p>
Canadá	<p>Ley del Departamento de Servicios Indígenas S.C. 2019, c. 29, art. 336</p> <p>Ley Constitucional de 1982, artículo 35 que declara el derecho y reconocimiento de los pueblos indígenas.</p>
México	<p>Asociaciones de Terapeutas Indígenas</p> <p>Reconocimiento Jurídico a sus actividades curativas</p>
Perú	<p>Estrategias Sanitarias Nacionales de Salud de los Pueblos Indígenas.</p> <p>Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI), es responsable de la Salud de los Pueblos Indígenas.</p> <p>Instituto Nacional de Medicina Tradicional (INMETRA), para investigar, rescatar y revalorizar los conocimientos tradicionales de las diversas etnias del país.</p>
Colombia	<p>Ley 100 de 1993 instaura el sistema nacional de salud que incluye a los indígenas en un nivel especial del régimen subsidiado, sin costo alguno a estas poblaciones.</p> <p>Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) 2011, incorpora adecuaciones interculturales y la formación del recurso humano tradicional en salud.</p> <p>Ley 1751 de 2015 y la sentencia C-313 de 2014 defienden la salud como ley fundamental brindando apoyo especial a la salud de las comunidades indígenas</p>
Costa Rica	<p>Constitución Política que reconoce el derecho a la salud derivado del derecho a la vida y el disfrute de un ambiente sano y ecológicamente equilibrado según lo establecen los artículos 21 y 50, pasando por la Ley Indígena de 1977 N.º 6172.</p> <p>Decreto N.º 8489-G de 1978, instrumentaliza artículos de la Ley Indígena, y las Asociaciones de Desarrollo Integrales indígenas que regirán las vidas de los indígenas en sus territorios.</p> <p>CONASPI 2006, impulsa propuestas en salud para la población indígena y apoya la participación de los representantes de los indígenas.</p>
Brasil	<p>El subsistema de salud indígena (SASI), a partir de la Ley 9836/99, regulado por la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas (PNASPI) en 2002.</p>
Chile	<p>Programa de Salud para Población Mapuche (Promap), (1992)</p> <p>Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) (1996)</p>

Elaboración de las autoras con base en documentos normativos

De este modo, en la Tabla 1, podemos constatar cómo tanto a nivel internacional como nacional se han implementado políticas de los Estados, que buscan ofrecer a la población indígena un sistema de salud con pertinencia social y cultural. Esto ha implicado que, en algunos contextos, se ha incorporado progresivamente una base de saberes y conocimientos indígenas, para la atención de usuarios a través de hospitales interculturales. En otros, se ha incorporado personal indígena como mediadores entre el paciente y médico para ofrecer una atención más contextualizada, como facilitadores indígenas, que colaboran con la interacción lingüística. Finalmente, en algunos contextos se ha elegido avanzar en la sensibilización del personal, para ofrecer atención en perspectiva intercultural, que revierta progresivamente el desconocimiento y racismo característicos de las instituciones de la salud, que inciden en el acceso de los indígenas al sistema y son producto de situaciones de racismo y discriminación.

## Discusión y conclusiones

La revisión de la literatura a nivel internacional y nacional, respecto de la salud en contextos indígenas nos ha permitido constatar tensiones epistemológicas en la concepción de salud desde la perspectiva indígena y eurocéntrico-occidental. Dichas tensiones epistemológicas están asociadas a prácticas de minorización, asimetría y hegemonía del conocimiento de raíz eurocéntrico occidental, respecto de otros conocimientos como el de los pueblos indígenas, campesinos y locales, llamados peyorativamente como alternativos (SANTOS, 2010). Lo anterior, resta su validez epistémica, por no surgir desde las verdades absolutas del llamado conocimiento "científico" de corte positivista. En este contexto, las tensiones epistemológicas, se desarrollan dado que la concepción indígena de salud contiene un enfoque holístico y está asociada a una lógica de bienestar emocional, físico, mental y social integral, a nivel individual y colectivo de los miembros de la comunidad, no limitándose solo a la ausencia de enfermedad o dolencia (TOULOUSE, 2018). De este modo, el bienestar está asociado con la autoestima, un sentimiento de paz y felicidad, desde su marco cosmológico, para comprender el mundo, que incluye las ontologías relacionales (ESCOBAR, 2014) donde los territorios son espacios-tiempos vitales de la familia-comunidad, por lo que guían la interrelación de las personas con el mundo natural que las circunda, y son parte constitutiva de éste, construyendo sistemáticamente una sinergia y una complementariedad dentro de muchos mundos indígenas, donde se entiende que todo tiene vida y que inciden, por ende, en la lógica de bienestar y salud de los miembros de la comunidad. En suma, la lógica de salud y bienestar desde la episteme indígena considera la espiritualidad, comunidad, creatividad y tecnologías, para mantener una relación con el medioambiente como una forma de cuidar la vida humana, el espacio y el tiempo, el lenguaje, el pensamiento y la percepción sobre la naturaleza y los sentimientos humanos, su relación con los seres humanos, el cosmos y la realidad sociocultural (CAJETE, 1999).

En cambio, desde la concepción eurocéntrica occidental la salud es concebida desde un modelo positivista, en el que el conocimiento se sustenta en la lógica de la enfermedad y su semiología. Esta perspectiva, concibe al sujeto que enferma como el agente, el cuerpo depositario de la enfermedad, al que hay que tratar a través de medicamentos, pero no en cuanto sujeto inscrito en un marco referencial determinado más allá del cuerpo, como lo es lo espiritual y lo emocional (VALLEJO SAMUDIO, 2006). De este modo, las diferencias conceptuales evidenciadas tienen en la base una historia de violencia explícita e implícita, de desarraigo social, cultural y territorial que han contribuido a la construcción de tensiones epistemológicas en la historia de la humanidad. En este sentido la historia común del colonialismo en Las Américas, el racismo institucionalizado y la marginación económica, social y cultural que han vivido los pueblos indígenas han tenido un impacto importante en su salud.

En suma, esta revisión de la literatura nos permitió identificar las principales concepciones de salud desde lo indígena y eurocéntrico occidental que se constituyen en tensiones epistemológicas entre ambas lógicas. También, nos ha permitido identificar algunas problemáticas de desigualdad social respecto a la salud en el contexto indígena, tanto en acceso como trato, lo que contribuye a la urgencia de discutir y repensar la salud, desde un enfoque intercultural con pertinencia territorial y geográfica, sustentado en los distintos marcos legales, normativos y jurídicos.

En ese sentido, es de suma urgencia otorgar mejor atención para los pacientes, ofreciendo programas adecuados, desarrollados con aportes de los indígenas y evaluados adecuadamente desde un enfoque intercultural (BROSSARD, 2019). Esto nos plantea el desafío de luchar contra las manifestaciones de racismo institucional y discriminación que influyen en las interacciones de muchos pueblos indígenas con médicos y cuidadores (ALLAN; SMYLIE, 2015), considerando evitar que estos caigan en meros trámites administrativos y de burocracia o paternalismo institucional. Aportar en esta materia, implica el desafío de aumentar el número de profesionales de pueblos indígenas que trabajan en salud, para asegurar la atención con una perspectiva de pertenencia social, cultural y territorial. Para los profesionales no indígenas se plantea el desafío de asumir una actitud de humildad cultural, de respetar las tradiciones locales y tener cuidado para no imponer sus propios valores (MACAULAY, 2009). Así, es de vital importancia que los profesionales de la salud no indígenas comprendan cómo éstos interpretan su experiencia de enfermedad y cómo responden a los regímenes de tratamiento, respetando la lógica y la razón de ser de otro sistema de pensamiento. Esto, implica adaptar su plan de tratamiento y programas educativos a los contextos culturales, sociales y económicos de sus pacientes indígenas y reconocer que muchas comunidades son geográficamente remotas y tienen poco acceso a servicios especializados.

Concluimos con la necesidad de proporcionar capacitación en habilidades culturales a todos los profesionales de la salud, aumentando la sensibilización de los mismos, aprehendiendo los temas relacionados con la salud que afectan a los indígenas. Esto, implica ofrecer capacitaciones sobre competencias en términos de aptitud intercultural, resolución de disputas, derechos humanos y lucha contra el racismo. En efecto, es importante que quienes trabajan en el sistema de salud tomen conciencia del legado que el colonialismo ha dejado en los pueblos indígenas y de las características sociales y culturales, sus fundamentos, enfoques y prácticas basadas en las nociones de respeto, confianza en la alteridad, proximidad y pertenencia comunitaria, asegurando una salud con enfoque intercultural.

## Referencias

- ADELSON, Naomi. The embodiment of inequity health disparities in aboriginal Canada. *Canadian Journal of Public Health*, v. 96, n. 2, p. 45-61, mar. 2005. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6975716/pdf/41997\\_2005\\_Article\\_BF03403702.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6975716/pdf/41997_2005_Article_BF03403702.pdf).
- ALARCÓN, Ana M.; VIDAL, Aldo; NEIRA ROZAS, Jaime. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista médica de Chile*, v. 131, n. 9, p. 1061-1065, 2003. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v131n9/art14.pdf>. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>.
- ALLAN, Billie; SMYLIE, J. *First peoples, second class treatment: the role of racism in the health and well-being of indigenous peoples in Canada*. Toronto-ON: The Wellesley Institute, 2015. Discussion Paper.
- ANDERSON, Thomas. *Les déterminants sociaux d'un niveau élevé de souffrance mentale chez les Inuits*. Enquête auprès des peuples autochtones. Ottawa: Statistique Canada, 2015.

- ARIAS-ORTEGA, Katerin; QUINTRIQUEO, Segundo. Relación educativa entre profesor y educador tradicional en la educación intercultural bilingüe. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, v. 23, e05, p. 1-14, 2021a. Disponible en: <https://redie.uabc.mx/redie/article/view/2847/2082>. <https://doi.org/10.24320/redie.2021.23.e05.2847>.
- ARIAS-ORTEGA, Katerin; QUINTRIQUEO, Segundo. Tensiones epistemológicas en la implementación de la Educación Intercultural Bilingüe. *Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação*, v. 29, n. 111, p. 503-524, 2021b. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ensaio/a/sHyrKtVqzPcfR9C6wR5PrHs/?lang=es#>. <https://doi.org/10.1590/S0104-40362020002802249>.
- AUKANAW. *Medicina y psicología mapuche*. Rosario-AR: Biblioteca Nueva Era Rosario, 2001.
- BENGOA, José. *Historia del Pueblo Mapuche* (siglo XIX y XX). Santiago: Ediciones Sur, 2008.
- BISHOP, Russell *et al.* *Te Kōtahitanga: Maintaining, replicating and sustaining change*. Nueva Zelanda: University of Waikato, 2012.
- BLANCO-FIGUEREDO, Lázaro Liusvanys; ARIAS ORTEGA, Katerin Elizabeth. Enfoques, bases epistémicas y éticas de la formación del pensamiento pedagógico intercultural en contextos indígenas. *Form. Univ.*, La Serena, v. 15, n. 2, p. 71-82, abr. 2022a. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/formuniv/v15n2/0718-5006-formuniv-15-02-71.pdf>. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062022000200071>.
- BLANCO-FIGUEREDO, Lázaro Liusvanys; ARIAS ORTEGA, Katerin Elizabeth. Perspectiva decolonial de la evaluación escolar en contexto de diversidad social y cultural. *Perfiles Educativos*, v. 44, n. 177, p. 168-181, 2022b. Disponible en: [https://servicioseditoriales.unam.mx/fperfiles\\_ojs33015/index.php/perfiles/article/view/60546/53033](https://servicioseditoriales.unam.mx/fperfiles_ojs33015/index.php/perfiles/article/view/60546/53033). <https://doi.org/10.22201/iisue.24486167e.2022.177.60546>.
- BROSSARD, Louise. Les peuples autochtones: des réalités méconnues à tout point de vue. *l'ICÉA*, n. 76, jan. 2019. Disponible en: <https://icea-apprendreagir.ca/les-peuples-autochtones-des-realites-meconnues-a-tout-point-de-vue/>.
- CAJETE, Gregory A. *Ignite the sparkle: an indigenous science education curriculum model* Skyland. Durango: Kivaki Press, 1999.
- CAMINO-ESTURO, Edorta. La política educativa colonial en África lusófona: un modelo de asimilación y colonización de las mentes. *Cadernos da FUCAMP*, v. 16, p. 61-79. 2017. Disponible en: <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/1086>.
- CAMPOS NAVARRO, Roberto; PEÑA SÁNCHEZ, Edith Yesenia; MAYA, Alfredo Paulo. Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en México (1990-2016). *Salud colectiva*, v. 13, n. 13, p. 443-455, 2017. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v13n3/1851-8265-sc-13-03-00443.pdf>. <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2017.1115>.
- CARDONA, Doris; ACOSTA, Laura; BERTONE, Cardona. Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010). *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, v. 27, n. 4, p. 292-297, 2013. <https://www.scielosp.org/pdf/gs/2013.v27n4/292-297/es>.
- CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DE LA SANTÉ AUTOCHTONE (CCNSA). *Aperçu de la santé des Autochtones au Canada*. Canada: Université du Nord de la Colombie Britannique, 2013. Disponible en: <https://www.ccnsa.ca/docs/context/FS-OverviewAboriginalHealth-FR.pdf>.
- CHILE. Republica de Chile. Instituto Nacional de Estadística (INE). *Censo de Población y Vivienda*. Chile, 2017a. Disponible en: [https://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/censos-de-poblacion-y-vivienda#:~:text=El%20%20C3%BA%20censo%20de%20poblaci%C3%B3n,51%2C1%25\)%2C%20mujeres](https://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/censos-de-poblacion-y-vivienda#:~:text=El%20%20C3%BA%20censo%20de%20poblaci%C3%B3n,51%2C1%25)%2C%20mujeres).
- CHILE. Republica de Chile. *Ley Indígena n° 19.253*. Modifica el D.L. N° 2.763, DE 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. 2004. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=221629>.
- CHILE. Republica de Chile. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Casen*. Chile, 2017b. Disponible en: <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2017>.
- CHILE. Republica de Chile. Ministerio de Salud (MINSAL). Dpto. Asesoría Jurídica. *Norma General Administrativa n. 16*. Interculturalidad en los Servicios de Salud. Resolución Exenta n° 261 DE 2006. Santiago-CL: Ministerio de Salud, 2006. .
- CLOUTIER, Edith *et al.* *Le Mino Pimatisiwin: un rapport autochtone au mieux-être*. Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. Quebec-CA, 2018. Disponible en: [https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers\\_clients/Documents\\_deposes\\_a\\_la\\_Commission/P-729.pdf](https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_deposes_a_la_Commission/P-729.pdf). .
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). *Panorámica Social de América Latina 2014*. Naciones Unidas CEPAL, 2014. Disponible en: <https://www.cepal.org/pt-br/publicaciones/37706-panorama-social-america-latina-2014-sintese>. .

COMMISSION DE VÉRITÉ ET RÉCONCILIATION DU CANADA. Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir: Sommaire du rapport final de la Commission de Vérité et Réconciliation du Canada. Montréal et Kingston: McGill-Queens University Press, 2015. Disponible en: [https://publications.gc.ca/collections/collection\\_2016/trc/IR4-7-2015-fra.pdf](https://publications.gc.ca/collections/collection_2016/trc/IR4-7-2015-fra.pdf).

CRESWELL, John. *Research Design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. 4th ed. Thousand Oaks-CA: Sage, 2014. .

DÍAZ MUJICA, Alejandro *et al.* Conceptos de enfermedad y sanación en la cosmovisión mapuche e impacto de la cultura occidental. *Ciencia y enfermería*, Concepción, v. 10, n. 1, p. 9-16. 2004. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v10n1/art02.pdf>. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532004000100002>. .

DURIE, Mason. Understanding health and illness: research at the interface between science and indigenous knowledge. *International Journal of Epidemiology*, v. 33, n. 5, p. 1138–1143. 2004. Disponible en: <https://academic.oup.com/ije/article-pdf/33/5/1138/1731455/dyh250.pdf>. <https://doi.org/10.1093/ije/dyh250>.

ESCOBAR, Arturo. *Sentipensar con la tierra: nuevas lecturas sobre desarrollo, territorio y diferencia*. Medellín-CO: Ediciones UNAULA, 2014. Disponible en: [https://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/escpos-unaula/20170802050253/pdf\\_460.pdf](https://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/escpos-unaula/20170802050253/pdf_460.pdf). .

GAUTHIER, Benoit; BOURGEOIS, Isabelle. *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données*. Québec: Presses de l'Université du Québec, 2020.

GRACEY, Michael; KING, Malcolm. Indigenous health part 1: determinants and disease patterns. *The Lancet*, v. 374, n. 9683, p. 65-75, 2009. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60914-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60914-4).

HASEN NARVÁEZ, Felipe Nayip. Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. *Ciencia y enfermería*, Concepción, v. 18, n. 3, p. 17-24, 2012. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000300003>.

JAMIOY MUCHAVISOY, José Narciso. Los saberes indígenas son patrimonio de la humanidad. *Revista Nomadas*, Colombia, n. 7, p. 64-72. 1998. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1051/105118909006.pdf>.

KRIPPENDORFF, Klaus. *Metodología de análisis de contenido teoría y práctica*. Barcelona: Ediciones Paidós, 1990.

LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza. Articulación entre servicios de salud y medicina indígena: reflexiones antropológicas sobre política y realidad en Brasil. *Salud colectiva*, v. 13, n. 3, p. 457-470. 2017. Disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/scol/2017.v13n3/457-470/es>. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1117>.

LÉVESQUE, Carole *et al.* Innovation sociale et transformation institutionnelle en contexte autochtone. La Clinique Minowé au Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or. Montreal-CA: Alliance de recherche ODENA, Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG) et Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec, 2019. (Cahier ODENA, n. 1). Disponible en: <https://reseaudialog.ca/wp-content/uploads/2020/11/CahierODENA-2019-01-CliniqueMinowe-VF.pdf>.

MACAULAY, Ann C. Améliorer la santé des Autochtones: quelle contribution les professionnels de la santé peuvent-ils apporter? *Can Fam Physician*, v. 55, n. 4, p. 337-339, Apr. 2009. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2668991/#:~:text=Tous%20les%20professionnels%20de%20la,les%20centres%20de%20soins%20tertiaires>.

MANRÍQUEZ-HIZAUT, Mónica Natalia *et al.* Salud intercultural en Chile: desarrollo histórico y desafíos actuales. *Revista de Salud Pública*, Colombia, v. 20, n. 6, p. 759-763, 2018. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/65625/72536>. <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n6.65625>.

MANSILLA SEPÚLVEDA, Juan Guillermo; HUAQUIÁN BILLEKE, Claudia Andrea; DIOS POZO MENARES, Gabriel Alfonso de. Infancia mapuche encerrada: internados de las escuelas-misiones en la Araucanía, Chile (1900-1935). *Rev. Bras. Educ.*, v. 23, 2018. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/hmgdzDVhjtzLG8Fvw4yZxqy/?format=pdf&lang=es>. <https://doi.org/10.1590/S1413-24782018230046>.

MARILEO, Armando. *Mundo mapuche*. Chile: Meridión Comunicaciones, 2002.

ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). *Declaración Americana de los Derechos de los pueblos indígenas*. Departamento de Inclusión social de la secretaría de acceso a derechos y equidad de la secretaría general de la Organización de los Estados Americanos. Washington D.C. 2016. Disponible en: <https://www.oas.org/es/sadye/documentos/DADPI.pdf>. Acceso en: 21 dic. 2023

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT). *Convenio n° 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales*. 1989. Disponible en: [https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::p12100\\_instrument\\_id:312314](https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::p12100_instrument_id:312314).

ORGANIZACIÓN NACIONES UNIDAS (ONU). *Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los pueblos indígenas*. Naciones Unidas, 2008. Disponible en: [https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS\\_es.pdf](https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf).

PAILLALEF, Julio. *Los mapuches y el proceso que los convirtió en indios: psicología de la discriminación*. Editorial Catalonia, 2018.

PINELA MORÁN, Nory Analidhia. El uso de la metasíntesis en la investigación. *RES NON VERBA*, v. 8, n. 2, p. 111-122, 2018. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/hevila/ResnonverbaGuayaquil/2018/vol8/no2/6.pdf>.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, LucVan. *Manual de investigación en Ciencias Sociales*. Mexico: Limusa, Noriega Editores, 2005.

RAMIS OLIVO, Álvaro. Bioética narrativa y salud intercultural mapuche aportes a su fundamentación y complementación. *VERITAS*, Chile, n. 34, p. 93-116, 2016. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/veritas/n34/art05.pdf>.

SALAVERRY, Oswaldo. Interculturalidad en salud. *Revista Perú. Med. Exp. Salud pública*, Lima, v. 27, n. 1, p. 80-93, 2013. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v27n1/a13v27n1.pdf>.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Montevideo: Ediciones Trilce, 2010.

SEN, Amartya. ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panameña de Salud Pública*, Washington-DC, v. 5, n. 6, p. 302-309, 2002. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2002.v11n5-6/302-309/es>.

TOULOUSE, Pamela Rose. Chaque enfant a un don à partager: Nourrir l'identité autochtone et le sentiment d'appartenance. In: PENSAR, sentir, agir: valoriser l'enfant durant la moyenne enfance. Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2018. p. 16-25. Disponible en: <https://files.ontario.ca/edu-think-feel-act-empowering-children-in-the-middle-years-fr-2021-01-29.pdf>.

VALLEJO SAMUDIO, Álvaro Roberto. Medicina indígena y salud mental. *Act. Colomb. Psicol.*, v. 9, n. 2, p. 39-46, 2006. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v9n2/v9n2a05.pdf>.

VÁSQUEZ, Javier. Derechos humanos y Salud. Pueblos indígenas. Organización Panamericana de la Salud, 2008. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/5630>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Official Records of the World Health Organization*, n. 2 p. 100, 1946. Disponible en: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85573/Official\\_record2\\_eng.pdf;jsessionid=FF696B58E5881AD1EEB66656D85FD7CF?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf;jsessionid=FF696B58E5881AD1EEB66656D85FD7CF?sequence=1). Acceso en: 21 dic. 2023.