

# Aproximación a la etiología de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial desde los usuarios mapuche – williche, un aporte a la interculturalidad en salud

*Sergio Hernán Bermedo Muñoz*

---

## Introducción

Reportes oficiales y diferentes estudios de morbi-mortalidad muestran que las condiciones de salud y las expectativas de vida de los pueblos originarios son inferiores a la población general (OMS/OPS, 1998; IWGIA, 2006; FID, 2013), siendo una expresión de la inequidad estructural que los afectan y que se mantienen, no obstante los avances que realizan los Estados en la implementación de políticas y programas de mejoramiento en el acceso y calidad de los servicios de salud.

En Chile, en las últimas décadas, se han generado importantes iniciativas de investigación y de conocimiento con el objeto de comprender más cabalmente las condiciones epidemiológicas de los pueblos originarios del país, demostrándose que como usuarios tienen un perfil de morbi-mortalidad distinto y en desventaja con el del resto de la población. El *Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en el área de cobertura del servicio de salud Osorno* señala que:

La población mapuche de la Provincia de Osorno no sólo presenta una tasa general de mortalidad más alta que la población no mapuche -al igual que en los demás territorios estudiados a través del proyecto de Epidemiología Sociocultural- sino que, además, ésta constituye la mayor tasa registrada hasta ahora para esta población (Pedrero, 2012:76).

En el caso de las enfermedades del sistema circulatorio, el estudio concluye que esta población tiene un riesgo 60% mayor de morir por este grupo de causas, además de identificar el doble de riesgo en la población mapuche residente en la ciudad, respecto a quienes continúa viviendo en las zonas rurales(Gráfico1).

Las causas específicas de muerte por el sistema circulatorio se debe a enfermedades cerebrovasculares. En esta causa específica, la población Mapuche registra un 34,3 % comparado con el 29,9% que alcanza la población no Mapuche. Estos últimos tendrían una mayor comprensión de este tipo de enfermedades y un acceso más oportuno a la atención de salud. Le siguen las muertes por isquemias cardíacas y las enfermedades hipertensivas. En todas ellas, el riesgo de morir es más alto entre la población mapuche. Para el caso de las enfermedades cerebrovasculares el riesgo de morir es para los Mapuche Williche es un 80% más elevado y un 30% mayor para la isquemia cardíaca y las enfermedades hipertensivas.

Para Pedreros (2012:53) la elevada tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio podría estar vinculada con “la pérdida

---

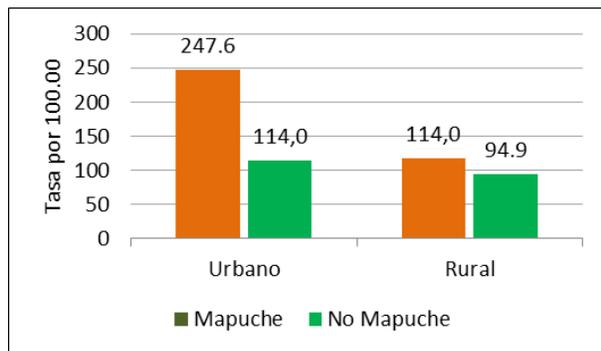
**Sergio Hernán Bermedo Muñoz.** Asistente Social. Docente Carrera de Enfermería Universidad de Los Lagos. Osorno. Chile, Departamento de Salud. Municipalidad de Río Negro, Chile. y Alumno Programa de Magister en Estudios y Desarrollo de la Familia. Universidad de la Frontera, Chile.

Correo-e: [serbemun@yahoo.es](mailto:serbemun@yahoo.es)

**Financiamiento:** Programa de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) , Departamento de Salud. Municipalidad Río Negro, Chile.

de los factores protectores propios de la cultura mapuche y a la incorporación en situación desventajosa de la modernidad”; factores que están relacionados con su identidad cultural, como son los modos de vida tradicionales, la existencia y el reconocimiento de autoridades tradicionales y de cultores de la medicina, la participación en ceremonias espirituales, la disponibilidad de espacios sagrados, la vinculación con la tierra, etc. En este sentido, Ibacache, Mc Fall & Quidel (2002:15) señalan que “el grado de identidad mapuche es un indicador muy prevaleciente en la medicina mapuche. En la medida que avanza el *wigkawün*<sup>1</sup> de los y las mapuches, avanzan del mismo modo las diversas enfermedades que hasta el día de ayer eran desconocidas para la medicina mapuche”.

**Gráfico 1**  
**Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en población mapuche y no mapuche por área de residencia habitual (trienio 2004-2006)**



Fuente: Pedrero, 2012

Los indicadores epidemiológicos diferenciados sobre población indígena y no indígena, contruidos a partir de la implementación de un modelo de diagnósticos epidemiológicos sobre la situación de salud de los pueblos indígenas en Chile, han permitido conocer sus condiciones sanitarias en áreas de influencia de distintos servicios de salud del país. En el caso de los estudios epidemiológicos realizados en los Servicios de Salud del Biobío, Arauco, Araucanía Norte, Araucanía Sur, Valdivia, Osorno, Chiloé y de Reloncaví, las tasas mortalidad son mayores en

<sup>1</sup> *Wigkawün*: refiere a personas que han asumido una conducta o un estilo de vida cada vez más lejano de lo mapuche.

la población mapuche que en la no mapuche, ubicándose el Servicio de Salud de Osorno en tercer lugar entre los que tuvieron tasas mayores de mortalidad general (Gráfico 2).

El informe de la ONU (2010) sobre la *Situación de los pueblos indígenas del mundo* reporta sobre los "niveles alarmantes de diabetes. En todo el mundo más del 50% de los adultos indígenas de más de 35 años de edad padece diabetes tipo 2, y se prevé que estas cifras aumenten. En algunas comunidades indígenas, la diabetes ha alcanzado proporciones epidémicas y pone en peligro la existencia misma de la comunidad" (Pág. 164). Por su parte, la Federación Internacional de Diabetes (2013, FID) señala que si bien esta patología está presente en todo el mundo, los pueblos indígenas soportan una carga desproporcionadamente mayor.

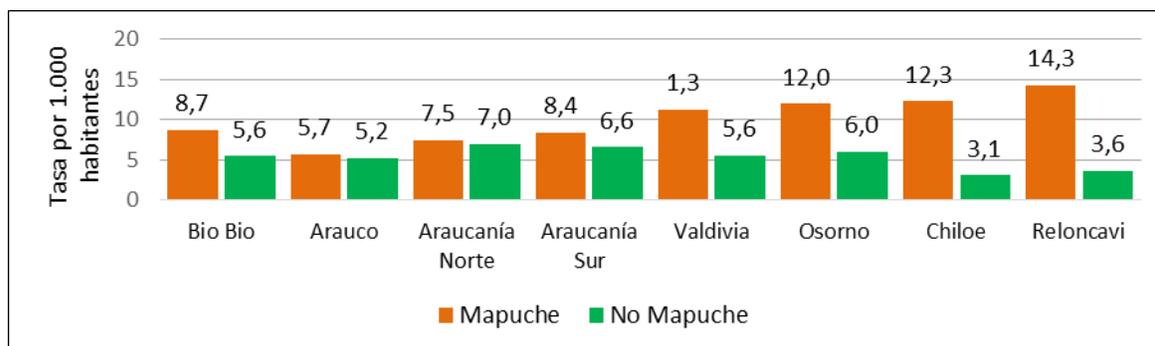
Para indagar sobre la percepción que poseen los usuarios Mapuche-Williche diabéticos e hipertensos sobre este tipo de enfermedades y describir el conocimiento y las prácticas de la medicina ancestral que se integran a los proceso de salud convencional durante su itinerario terapéutico, se realizó el estudio exploratorio - descriptivo con usuarios mapuche-williche que se mantiene en control en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) del Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF) de Riachuelo y las Estaciones Médico Rurales (EMR) de Millantue y Costa Río Blanco. Todos establecimientos de atención de salud primaria, ubicados en el Territorio Cacical de Riachuelo.

## Material y método

El universo son 320 personas, que corresponde al total de usuarios diabéticos e hipertensos en control en el PSCV, según el REM de junio del 2012.<sup>2</sup> Los criterios de inclusión fueron ser diabético y/o hipertenso, independientemente del estado de compensación; con diagnóstico y tratamiento ingresados al Sistema de Información para la Gestión de Garantías de Salud (SIGGES), de acuerdo a la Ley N° 19.966 sobre el Régimen de Garantías en Salud; tener al menos un apellido mapuche y/o estar su calidad de indígena acreditada ante la CONADI. El diseño fue no

<sup>2</sup> Registro Estadístico Mensual. Serie P-4, junio 2012.

**Gráfico 2**  
**Tasa ajustada de mortalidad general en población mapuche y no mapuche. Servicios de Salud seleccionados. Trienio 2004 – 2006.**



Fuente: elaboración propia, a partir de la *Serie de Perfiles Epidemiológicos Población Mapuche* (2016).

probabilístico, de acuerdo el carácter cualitativo de la investigación. Las técnicas de recolección de la información fueron un cuestionario estructurado y entrevistas en profundidad semiestructurada, siendo: “La entrevista uno de los medios para acceder al conocimiento, las creencias, los rituales de vida de una sociedad o cultura, obteniendo datos en el propio lenguaje de los sujetos”(Rodríguez, Gil & García, 1999:168).

**Distribución población que participo en el estudio, según patología.**

Sector	DM	HTA	DM/HTA	Total
Riachuelo	5	54	17	76
Millantue	0	4	2	6
Costa Río Blanco	1	10	4	15
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>68</b>	<b>23</b>	<b>97</b>

Fuente: elaboración propia

Del total de la muestra un 57,3 % corresponde a mujeres. Además de los 97 usuarios bajo control en el PSCV se considera la participan de 3 Lawenche<sup>3</sup> y 2 Lawentuchefe<sup>4</sup> de los sectores en los que se realizó el estudio.

<sup>3</sup> Lawenche: Persona que conoce los remedios pero no los prepara.

<sup>4</sup> Lawentuchefe: persona que, no siendo Machi, posee el don de conocer todo tipo de remedios, los prepara y los administra. Además reconoce la enfermedad por medio de un diagnóstico o práctica médica Mapuche - Williche.

Ambos instrumentos tuvieron como ejes de interés:

- i) los conocimientos y las prácticas de la medicina mapuche-williche,
- ii) los mecanismos de transmisión del conocimiento y las prácticas de la medicina tradicional,
- iii) el itinerario terapéutico seguidos por los usuarios,
- iv) la percepción de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial y
- v) la relación establecida con el sistema de salud oficial.

Para el análisis de la información se utilizó el análisis categorial aplicado a las entrevista en profundidad, construyendo dimensiones e integrando categorías y sus propiedades se indagando en las analogías y la diferencia de los contenidos, teniendo presente que el estudio es de carácter exploratorio, cuyos hallazgos requieren una mayor profundización.

**Resultados**

Del total de usuarios bajo control en el PSCV 32,8% son de origen mapuche-williche, con una edad promediode 67 años, incrementándose significativamente con la edad el número de personas indígenas diabéticas e hipertensas, concentrándose el 45% en el grupo etario de 70 y más años, siendo más mujeres.

Un 74% de los hogares tiene como ingreso principal *pensiones* (de invalidez o vejez) que

tienen su base en el actual pilar solidario<sup>5</sup> o pensiones producto de haber cotizado en el Ex Seguro Social<sup>6</sup> o en alguna AFP<sup>7</sup>, pero por el ingreso mínimo o por trabajos ocasionales. El monto promedio de este tipo de pensiones circunda en los \$ 85.000 mensuales. Con este valor promedio de ingresos, más del 65% de los hogares se sitúa entre el primero y el segundo quintil de ingresos, según los tramos de puntaje de la Ficha de Protección Social, que definen los quintiles de vulnerabilidad social.

De los usuarios encuestados un 13,4% viven con su esposa(o) o hijos(as) y el 83,6% con otros familiares, principalmente nietos o sobrinos. Un 76% no cursó la educación básica.

Del 32,8% de los pacientes Mapuche – Williche que se mantienen en control en el PSCV, un 64,9% ha consultado algún especialista de la medicina mapuche-williche y un 67% declara usar hierbas medicinales para tratar diversas dolencias; estableciéndose diferencias entre quiénes tienen conocimientos generales de la medicina tradicional como parte de la construcción colectiva del conocimiento del cuidado familiar y quiénes poseen el *kimün* (sabiduría) para en el tratamiento de enfermedades más complejas y que ejercer en la comunidad el rol de *Machi*, *Lawenche*, *Lawentuchefe*, *Ngüitamchefe*, etc.

Es parte del discurso de los usuarios señalar que la diabetes y la hipertensión son “enfermedades que no se conocían antes” que llegaron con la incorporación de alimentos procesados con alta cantidad de grasa y azúcar, propios de la vida moderna.

---

<sup>5</sup> Ley N° 20.255 promulgada el 11 de marzo del 2008. Establece Reforma Previsional. El Pilar Solidario es un conjunto de beneficios del Estado, que se concreta a través de un subsidio para las cotizaciones, un aporte para elevar el monto final de la pensión o para otorgar una pensión a quienes no pudieron ahorrar para ella.

<sup>6</sup> Ley N° 18.689 promulgada el 13 de enero de 1988, que fusiona las Cajas de Previsión al Instituto de Normalización Previsional.

<sup>7</sup> Decreto Ley N° 3.500 del 13 de noviembre de 1980 y sus posteriores modificaciones. Que rige el Sistema de Pensiones basado en la capitalización individual.

Esta modernidad no sólo tiene su impacto en la vida de las comunidades indígenas, más bien traspasa las barreras étnicas de los pueblos, alcanzando a la sociedad en general. Al respecto, Bengoa (1996:7), puntualiza:

Los procesos de modernización acelerada representan en todas partes un desafío y una amenaza para las sociedades indígenas. En Chile más de una década de crecimiento económico acelerado, está provocando cambios muy profundos y a veces imperceptibles en el conjunto de la sociedad nacional. La modernización entendida como la adaptación acrítica de normas, conductas y bienes provenientes de los países denominados modernos es un fenómeno generalizado.

Desde la primera consulta en los establecimientos de salud, los usuarios inician un itinerario terapéutico, asumiendo con independencia de las indicaciones médicas estrategias de complementariedad, sustitución y/o alternancia de la terapia biomédica por la medicina mapuche-williche, de esta forma sintetizan, articulan, mezclan o yuxtaponen los tratamientos; buscando en la integración de las terapias un mejor resultado de los tratamientos.

## Discusión

La enfermedad como experiencia humana es universal y particular en cada cultura, en cuanto al desarrollo de modelos, procedimientos y especialistas para hacer frente a los padecimientos y recuperar el estado de salud. En el sistema medicina mapuche-williche la enfermedad se relaciona con la ruptura del orden natural, social y espiritual. Las personas se enferman por haber alterado el equilibrio de su propia naturaleza, por la transgresión de las leyes o normas de equilibrio y armonía establecida por el *ad mapu* (ley de la tierra), *ad che* (ley de la gente) o el abandono de prácticas espirituales u otras propias de la cultura. Siguiendo este racionamiento los usuarios señalan que el *abandono de los hábitos tradicionales de alimentación* es la causa de la diabetes y la hipertensión. La modificación en los patrones de alimentación tradicional ocurrió cuando las familias comenzaron a tener limitaciones para elaborar sus propios alimentos. Una de las personas entrevistadas refiere que ellos dejaron de

consumir el “miltsrin” o “catuto” que es un producto Mapuche – Williche que reemplaza al pan y que está hecho de granos de trigo cocido y pelado, debido a que tuvieron que comenzar a comprar el trigo. Lo mismo ocurrió con otros productos elaborados en base a la papa o la harina:

*mi mamá ya no hizo más catuto; cuando ella dejó de hacer, porque ya no lo podía hacer y nosotros ya no lo hacíamos, porque después ya empezó a escasear el trigo. Había que estarlo comprando, porque antes mi abuelito lo cosechaba. Antes se sembraba y se cosechaba el trigo y ahí se hacía eso. Y también las papas, se hacía milcao, comíamos mucho el trutruyeco, que le dicen. Eso que se hace en palo, se hace como un rollito y se comía con miel, con dulce (E10MUCRB).*

Según la Federación Internacional de Diabetes (2013:80) diversas investigaciones de prevalencia e incidencia de la diabetes en comunidades indígenas han concluido que “algunas poblaciones que todavía viven con un estilo de vida muy tradicional tienen una prevalencia relativamente baja”

El perfil sociodemográfico, la escolaridad y las condiciones económicas de los usuarios mapuche-williche que participaron del estudio muestran una deficiente red de apoyo familiar y social para sobrellevar enfermedades que demanda una importante vigilancia en el control y seguimiento de los tratamientos, como son las cardiovasculares. La posición económica, el género y la etnia, según el enfoque de los Determinantes Sociales de Salud, de la Organización Mundial de la Salud, son factores que determinan la exposición y la vulnerabilidad diferencial al daño en salud, esto lo demuestra la serie de estudios epidemiológicos comparados en población indígena del país, que permiten constatar importantes brechas de equidad en salud.

Los usuarios con diabetes y/o hipertensión en un contexto de *pluralismo médico* (Kazianka, 2012) – no exento de conflicto– inician su *itinerarioterapéutico* y de *conducta frente a la enfermedad* con las primeras consultas en alguno de los sistemas médicos, asumiendo determinadas conductas, lo que incluye el reconocimiento de los síntomas, la búsqueda de ayuda, el uso de servicios

médicos, el cumplimiento de prescripciones terapéuticas, las respuestas de afrontamiento de la enfermedad, etc.

En este itinerario terapéutico o “trayectoria del padecimiento” como lo denomina Mercado (1998) citando a Corbin & Strauss (1992), aparecen como aspectos relevantes los procedimientos del profesional médico y el de los usuarios. El primero tiende a desconocer la historicidad del usuario y su contexto cultural de origen y sólo exige el uso de la biomedicina,

*los médicos no me dicen nada por tomar hierbas. Lo único que me obligan que tome todos estos remedios”(E8MUR).*

Para Lerín (2007:752)

las barreras culturales entre el personal de salud y los pacientes indígenas se refieren al uso de lenguas distintas, al alto analfabetismo, a una “falta de cultura médica” de las poblaciones indias y a la descalificación que el médico hace de las terapias tradicionales.

El actuar coercitivo del médico al momento de informar el diagnóstico y la evolución desastrosa de la enfermedad de no seguir el tratamiento tal como se indica, determina que las personas sientan temor a posibles represalias del sistema si reconocen que no se adhieren al tratamiento biomédico o que usan otro tipo de terapia. Por lo tanto, optan por ocultar que no se toman medicamentos,

*porque si me muero dicen que no me van a recibir en el hospital [...] a veces los doctores te dicen que si no tomas los medicamentos te va a pasar esto y esto y uno queda con miedo. Te dicen que te vas a quedar ciega. Son muy crueles; deberían decirlo de otra forma. Estuve súper mal [pensaba] que mis hijos iban a quedar solos(E1MUR).*

Este proceder del profesional alópata no se condice con lo señalado en Art. 25 del Convenio N° 169, respecto a que los estados deben “velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados [...], a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental”(OIT, 1989)<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> El Convenio N° 169 de la OIT fue ratificado por el Estado de Chile el 15 de septiembre de 2008.

Por su parte, los usuarios, si bien asisten regularmente a sus controles y retiran sus remedios, una vez en su casa determinan autónomamente reducir, aumentar o espaciar las dosificaciones indicadas o abandonar el tratamiento, señalando, entre las razones de esta última decisión, los efectos adversos que les producen los fármacos. En el caso de mantener la adherencia al tratamiento, ésta es más por condicionamiento que por convicción en la efectividad de la terapia farmacológica, señalando que al profesional médico no se le pueden contradecir sus indicaciones ya que ellos siempre tendrán la razón, “[...] si uno no le gana a ellos” (E5MUCRB).

Según lo referido por los usuarios(as) entrevistados(as), en ocasiones el equipo de salud –en especial el profesional médico– se comporta con indiferencia si sabe que una persona usa medicina mapuche–williche y sólo “obliga” el uso de la biomedicina,

*el doctor no me dice nada, los médicos no me dicen nada por tomar hierbas. Lo único que me obligan es a que tome todos estos remedios”* (E8MUR).

*porque el doctor me dijo la otra vez que tenía que seguir tomado las pastilla no más, aunque me hicieran mal* (E6MUCRB).

Para Seppilli (2000:38) este tipo de relación clínica está más bien centrada en un “proceso patológico, masque en el enfermo y en su subjetividad, una despersonalización y un empobrecimiento emocional de la correlación interna entre el médico y el paciente”.

La estructura de un discurso positivista de la salud usado como estrategia para perpetuar el modelo biomédico deberá ser entendido en el contexto que las instituciones legitiman dicho conocimiento y práctica. Esto trae consigo la instauración de una relación asimétrica de los saberes e importantes barreras culturales –lingüísticas y de comunicación– entre prestadores y usuarios de los servicios de salud, que no favorece el diálogo y la construcción de una salud intercultural en territorios con una importante presencia de población indígena y en un complejo mundo de creencias y valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados a la experiencia de salud

y enfermedad. Interculturalidad en salud, en donde según Myrna Cunningham (2002:9):

todos los sistemas de salud cuentan con la posibilidad de ser practicados en igualdad de condiciones por las personas que lo han hecho tradicionalmente, pero también significa que cuentan con recursos y espacios para el intercambio de conocimientos, saberes, dones y prácticas que aseguren su desarrollo, revitalización y reproducción.

Por su parte, Wash (2010:78) refiere que “la interculturalidad se entiende como una herramienta, como un proceso y proyecto que se construye desde la gente”, pero, en la realidad, se evidencia algo muy distinto, encontramos un modelo biomédico que va configurando en el usuario la idea de que son exclusivamente los profesionales de la salud oficial, especialmente el médico, quiénes poseen los conocimiento y las herramientas para los diagnósticos y dictar el tratamiento que deben seguir las personas para aliviar sus dolencias, sin considerar los modelos explicativos construidos culturalmente por los usuarios sobre las causas de las enfermedades.

Siguiendo a Illich (1975:146) “los médicos se apoderan del lenguaje: la persona enferma queda privada de palabras significativas para expresar su angustia, que aumenta más aún con la mistificación lingüística”. La estructura de un discurso positivista de la salud usado como estrategia para perpetuar el modelo biomédico trae consigo la instauración de una relación asimétrica de los saberes, que no favorece el diálogo y la construcción de una salud intercultural en territorios con una importante presencia de población indígena, que supere las barreras lingüísticas y de comunicación y que respete las distintas concepciones del proceso salud/enfermedad/atención, que forman parte de la cosmovisión de los pueblos originarios.

## Conclusiones

El Enfoque Intercultural en el Programa de Salud Cardiovascular se entenderá como una estrategia teórica-metodológica de visibilización, comprensión y de respeto de la diversidad cultural en el abordaje del proceso salud/enfermedad.

Concebido el sistema cultural de salud mapuche-williche como un cúmulo de conocimientos construidos desde la necesidad vital de dar respuesta a las experiencias de enfermedad, dolor, sufrimiento y muerte, las conceptualizaciones biologicistas utilizadas por la biomedicina para definir la diabetes y/o la hipertensión no son parte de su matriz cultural. Por lo tanto, un su reemplazo podríamos hacer referencia a “usuarios o personas con padecimiento crónicos” como experiencia individual, con una mirada desde la epidemiología sociocultural y considerando que la medicina mapuche-williche trata a “la persona” y no a la enfermedad o a la patología.

Al no haber identidad cultural con este tipo de enfermedades se presentarán importantes dificultades para dar continuidad a tratamientos farmacológicos prolongados el cual se espera que logren restituir el estado de salud y no aumentar el daño del organismo, dándole una resignificación a la farmacopea dispuesta por la medicina oficial, tomando distancia del modelo explicativo de la biomedicina y de su cartera de servicios; poniendo en tela de juicio la efectividad del tratamiento biomédico para la diabetes mellitus y la hipertensión arterial en población indígena. En el caso en particular y parafraseando a Bonfil (1987) sobre el control cultural, diríamos que el sistema médico occidental es parte de una “cultura impuesta” y hegemónica en donde, tanto las concepciones clínicas de diabetes e hipertensión, como el tratamiento farmacológico son elementos culturales ajenos o externos a la cultura propia de los usuarios Mapuche – Williche.

Si bien existen importantes instrumentos jurídicos nacionales e internacionales ratificado por el Estado de Chile que establecen estándares mínimos del derecho a la salud de los pueblos indígenas, incluido el de participar activamente en la elaboración y la determinación de los programas de salud, al momento de indagar sobre la implementación del PSCV en territorios con alta concentración de población indígena, como el caso de la Jurisdicción Cacical de Riachuelo, queda en evidencia que el programa de salud tiene escasa pertinencia cultural o son “*culturalmente inapropiados*” como refiere Montenegro & Stephens (2006:1865), siendo necesario avanzar en

la transversalización del enfoque intercultural, teniendo en consideración lo señalado por el Ministerio de Salud respecto a que el “modelo científico occidental no es el único deseable y válido” (MINSAL, 2013) y que tanto el sistema cultural de salud mapuche-williche, como los usuarios indígenas, poseen sus propios modelos explicativos del proceso salud/enfermedad/atención, adquiriendo la enfermedad una connotación cultural estrechamente vinculada con las creencias y valores de las personas, debiéndose consensuar mecanismos que permitan la articulación de dichas racionalidades.

Las intervenciones en salud no deben tener por objetivo el sólo modificar los factores de riesgo, sino más bien lograr un abordaje holístico e integral de la persona. Para Silvestre (2012:156):

se ha mostrado que una de las falencias en las intervenciones mediante la implementación de programas es la no consideración de los factores contextuales y socioculturales que enmarcan los procesos de salud y la cotidianeidad de las personas.

La salud intercultural como estrategia de salud pública en territorio mapuche-williche implica, por un lado, un cambio en el paradigma del ejercicio de la medicina oficial, contemplando acciones que mejoren las competencias interculturales de los equipos de salud que trabajan en contexto culturales diferenciados y dinámicos, que no sólo signifique aceptar y reconocer la existencia de terapias de sanación mapuche, sino también considerar el corpus ideológico que forma parte indisoluble del sistema médico mapuche-williche(ONU, 2007).

Interculturalidad en salud significa llevar a la práctica lo señalado por el Ministerio de Salud respecto a una “modificación de los programas de salud [...] para darles coherencia con la cosmovisión y prácticas de salud propias de los pueblos indígenas” (MINSAL, 2012, Pág. 22) para de esta forma aproximarse al universo cultural de los usuarios desde el enfoque la epidemiología sociocultural y del Derechos a la Salud de los Pueblos Indígenas. En esta misma línea y como reflexión final quisiera citar Fuenzalida (2015:123):

las materializaciones de salud interculturalidad corresponde a la negociación, consulta y participación política entre los pueblos indígenas y el Estado. Corresponde al Estado reformar, reestructurar, adecuar y/o crear la institucionalidad necesaria para asegurar la efectividad de las políticas de salud intercultural [...]. Además, de formar a sus funcionarios para que estos desarrollen actitudes dialógicas que les permitan comprender, interactuar y construir relaciones interculturales con los pueblos indígenas...

## Financiamiento

Programa de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI), Departamento de Salud. Municipalidad Río Negro, Chile.

## Referencias

- Bengoa, José (1996) Población, familia y migración mapuche. Los impactos de la modernización en la sociedad mapuche 1982 – 1995. *Revista N° 6*. Recuperado el 10 de enero del 2016 de <http://200.10.23.169/images/publ/PENTU6.pdf>
- Bonfil, B. (1987). La teoría del control cultural en el estudio de procesos étnicos. *Revista papeles de la casa Chata*, 2(3), pp 23-43. Recuperado el 02 de julio del 2016 de [http://www.ciesas.edu.mx/publicaciones/Clasicos/00\\_CCA/Articulos\\_CCA/CCA\\_PDF/001\\_BONFIL\\_Teoriadelcontrol\\_20140703.pdf](http://www.ciesas.edu.mx/publicaciones/Clasicos/00_CCA/Articulos_CCA/CCA_PDF/001_BONFIL_Teoriadelcontrol_20140703.pdf)
- Cunningham, M. (2002). Etnia, Cultura y Salud. La experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las Regiones Autónomas de Nicaragua. Managua, Nicaragua. Programa de Políticas Públicas y Salud División de Salud y Desarrollo Humano Organización Panamericana de la Salud Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Editorial OPS/OMS. Recuperado el 02 de julio del 2016 de <http://www.ops.org.bo/textocompleto/ipi20593.pdf>
- Federación Internacional de Diabetes (2013), Atlas de la Diabetes. Editorial FID. Bélgica. Versión online del Atlas de la Diabetes. ISBN: 2-930229-80-2. 6ta. Edición.
- Fuenzalida, P. (2015) Algunas aproximaciones político-conceptuales sobre la salud intercultural. En: *Pichi Leufu, srewel srakizuum kimel pus lawentu. Río Chuelo, espacio de pensamientos y saberes en salud intercultural*. Bermedo S. (Ed.) Comunidad Indígena CO - RAYEN. Río Negro. Chile. Recuperado el 25 de enero del 2016 de <http://www.rionegrochile.cl/www/Documentos/Pd>
- fs/Libro%20PESPI\_R%C3%ADo%20Negro\_2015.pdf
- Fuenzalida, P. (2015) Algunas aproximaciones político-conceptuales sobre la salud intercultural. En: *Pichi Leufu, srewel srakizuum kimel pus lawentu. Río Chuelo, espacio de pensamientos y saberes en salud intercultural*. Bermedo S. (Ed.) Comunidad Indígena CO - RAYEN. Río Negro. Chile. Recuperado el 25 de enero del 2016 de [http://www.rionegrochile.cl/www/Documentos/Salud\\_Intercultural\\_RioNegro.pdf](http://www.rionegrochile.cl/www/Documentos/Salud_Intercultural_RioNegro.pdf)
- Ibacache, J., McFall, S., & Quidel, J. (2002) Rume Kagenmew Ta Az Mapu. Epidemiología de la transgresión en Makewe-Pelale. Editor General: Jorge Calbucura. Impreso en Chile. ÑukeMapuförlaget. Recuperado el 10 de enero del 2015 de [http://www.mapuche.info/wps\\_pdf/Ibacache020200.PDF](http://www.mapuche.info/wps_pdf/Ibacache020200.PDF)
- Illich, I. (1975) *Némesis médica*. Barcelona-España. Pág. 146.
- IWGIA (2006) Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas. *El Mundo Indígena 2006*. Compilación y edición: Sille Stidsen. Copenhague, Dinamarca. Impresores, Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 02 de junio del 2016 de [http://www.iwgia.org/iwgia\\_files\\_publications\\_files/0533\\_EL\\_MUNDO\\_INDIGENA\\_2006.pdf](http://www.iwgia.org/iwgia_files_publications_files/0533_EL_MUNDO_INDIGENA_2006.pdf)
- Lerín, S., & Ríos (2007) E. Salud mental y alcoholismo: un tema intercultural olvidado. Propuesta de capacitación para el personal de salud que atiende a población indígena. *Estudios de Antropología Biológica*. 13(2). Pp 751-772. Editoras: Magalí Civera, Cerecedo Martha Rebeca Herrera Bautista. Universidad Autónoma de México. Recuperado el 02 de junio del 2016 de <http://revistas.unam.mx/index.php/eab/article/view/26416>
- Mercado, J., Robles, S., Ramos, H., Torres, T., Alcantara, H., & Moreno, L. (1998). La trayectoria de los enfermos con diabetes en el sector popular de Guadalajara. *Investigación Cualitativa en Salud. Perspectivas desde el Occidente de México*, pp 223-246. Recuperado el 02 de junio del 2016 de [https://www.academia.edu/10091854/La\\_trayectoria\\_de\\_los\\_enfermos\\_con\\_diabetes\\_en\\_el\\_sector\\_popular\\_de\\_Guadalajara](https://www.academia.edu/10091854/La_trayectoria_de_los_enfermos_con_diabetes_en_el_sector_popular_de_Guadalajara)
- Ministerio de Salud (2013). Orientaciones para la Programación en Red. Recuperado el 02 de junio del 2016 de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/cd34d7da59bfbd48e0400101650154ea.pdf>
- Ministerio de Salud (2012). Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar. Recuperado el 02 de junio del 2016

de<http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>

- Montenegro, R. A., & Stephens, C. (2006). Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *The Lancet*, 367(9525), pp. 1859-1869. Recuperado el 02 de junio del 2016 de [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/articles/lancet\\_montenegro.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/articles/lancet_montenegro.pdf)
- OIT (1989) Convenio 169 Sobre Pueblos Indígenas y Tribales. En Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, [en línea]. Recuperado el 02 de julio del 2016 de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=279441>
- Kaziank, B. (2012) ¿El pluralismo médico como concepto adecuado en el contexto de la biomedicina “global” y la medicina indígena “local”? un ensayo sobre la realidad médica de los mayasitzaes en San José, Guatemala. *Scripta Ethnologica*, 34, pp 39-68. Recuperado el 15 de enero del 2016 de <http://www.redalyc.org/pdf/148/14828711003.pdf>
- OPS /OMS (1998) Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas Informe de Progreso. Recuperado el 02 de junio del 2016 de <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/15-Esp%20IND8.pdf>
- ONU (2010) *Informe mundial de la situación de salud de los pueblos indígenas*. Foro Permanente de las Naciones Unidas para las Cuestiones Indígenas. Nueva York. Capítulo V Salud. Pág. 164. Recuperado el 02 de junio del 2016 de [http://www.cinu.org.mx/pueblosindigenas/docs/Informe\\_Completo\\_Ingles.pdf](http://www.cinu.org.mx/pueblosindigenas/docs/Informe_Completo_Ingles.pdf)
- ONU (2007) Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. Recuperado el 02 de junio del 2016 de [http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS\\_es.pdf](http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf)
- Pedrero, M. (2013) Perfil epidemiológico básico de la población mapuche-williche residente en el área de cobertura del Servicio de Salud Chiloé y del Reloncaví. Serie Análisis Situación de los Pueblos Indígenas de Chile. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.
- Pedrero, M. (2012) Perfil Epidemiológico Básico de la Población Mapuche residente en el área de cobertura del Servicio de Salud Osorno. Serie Análisis Situación de los Pueblos Indígenas de Chile. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.
- Rodríguez, G., Gil, J., & García, E. (1999) *Metodología de la investigación cualitativa*. 2da. Edición. Editorial ALJIBE. España.
- Silvestre, C. (2012) Aspectos Socioculturales de la Intervenciones en Salud. *Revista Chilena de Salud Pública*. Vol. 16 (2) (Pág.156). Recuperado el 03 de diciembre del 2015 de <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/20308/21475>
- Seppilli, T. (2000) De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. A modo de presentación. En: *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Editores Perdiguero y Comelles. EdicionesBellaterra. España. (pp 33 – 44).
- Walsh, C. (2010) Interculturalidad crítica y educación intercultural. En J. Viaña, L. Tapia y C. Walsh (comp.), *Construyendo interculturalidad crítica*. Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello. Bolivia. (pp 75 – 88).

**Recibido:** 17 de febrero de 2015.

**Aprobado:** 30 de julio de 2015.

**Declaración de intereses:** ninguno.



**Medicina Social**  
Salud Para Todos