

# VEINTICINCO AÑOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD INDÍGENA, MEDICINA TRADICIONAL E INTERCULTURALIDAD EN LA REGIÓN ANDINA. UNA APROXIMACIÓN A LOS CASOS DE CHILE, BOLIVIA Y VENEZUELA (1990-2015)

**Twenty-five years of public policies on indigenous health,  
traditional medicine and multiculturalism  
in the Andean Region. An approach to the cases  
of Chile, Bolivia and Venezuela (1990-2015)**

**Roberto Campos Navarro  
Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México**

**Resumen:** El presente texto aborda las políticas públicas en tres países andinos que han desarrollado programas específicos de salud indígena en los últimos veinticinco años. Existen avances cualitativos, pero aún se requiere la influencia de políticas públicas en las estadísticas de morbilidad y mortalidad de América Latina. Chile inició una plausible estrategia intercultural, mejorando los servicios de salud en los pueblos originarios. Bolivia dedicó sus mayores esfuerzos a la legalización de sus medicinas ancestrales y la formación de médicos universitarios alineados en la interculturalidad. Y Venezuela desarrolló con eficiencia las oficinas de facilitadores interculturales en los hospitales ubicados en territorios indígenas.

**Palabras clave:** salud, interculturalidad, Chile, Bolivia, Venezuela.

**Abstract:** This paper looks at the public policies in three Andean countries that have developed specific programs regarding indigenous health during the last 25 years. There have been relevant qualitative improvements, however, the influence of public policies still needs to be reflected in the morbidity and mortality rates. Chile started a plausible intercultural strategy, improving the healthcare services within native populations. Bolivia has devoted its biggest efforts to the legalization of ancestral medicines, and to including the intercultural perspective as a cross-disciplinary issue in medical training. Finally, Venezuela has efficiently developed offices for intercultural facilitators inside hospitals which are located in indigenous territories.

**Keywords:** health, intercultural, Chile, Bolivia, Venezuela.

## Introducción

Desde hace veinticinco años, han surgido una serie de acciones gubernamentales dirigidas específicamente a la atención médica de los pueblos indígenas americanos. Algunas acciones han sido creativas, tanto en su concepción como en su implementación, mientras que otras representan la continuidad de programas convencionales. Dichas acciones aparecieron en la década de 1990 en regiones indígenas de México, donde primaron los hospitales con atención mixta, proporcionando cuidados biomédicos. Se considera que la participación intramuros de los médicos indígenas se reproduciría más adelante en otros espacios nacionales y en países del área andina (Zolla, 2011: 201-231).

La novedad ha sido la incorporación institucional en establecimientos del sur de la República de Chile. Sus responsables son los denominados «facilitadores interculturales», es decir, personajes indígenas bilingües que conocen bien la cultura propia y la cultura médica occidental. Dichos facilitadores proporcionaron una mejora en la relación entre médico y paciente en el espacio chileno (Ancavil, 2009: 111-112), y tuvo una réplica en la República de Bolivia (Zangari, 2010: 393-408) y, en especial, en la República de Venezuela (Fernández, 2006: 17).

Acompañando estos procesos de cambio, encontramos los cursos y diplomados de salud intercultural. Dichos cursos tenían por objetivo brindar una plataforma teórico-práctica que validara la pertinencia y competencia cultural de los trabajadores de la salud. No nos referimos solo a los indígenas volcados en una mejor y satisfactoria atención a los usuarios indígenas, sino también a los servicios médicos estatales y privados. Así, en Chile, Bolivia y Perú, los tres países analizados en este artículo, se realizaron múltiples ensayos educativos tendientes a fortalecer las acciones interculturales (Campos, 2004: 129-151).

Producto de todo ello fue la creación, en el año 2005, de la Comisión Andina de Salud Intercultural, en el seno del ORAS-CONHU, y que tuvo como sede la ciudad de Lima (Perú). Es un organismo asesor de los ministerios de salud, cuyos objetivos son desarrollar y consolidar las políticas públicas que beneficiarán la salud de los pueblos indígenas del área.<sup>1</sup> Estas políticas han influido, en mayor o menor medida, en los servicios de salud de toda la región de las Américas. Han contado además con el apoyo directo de la OPS, que en 1993 estableció en Winnipeg (Canadá) una iniciativa de salud para los pueblos indígenas, añadiendo luego el enfoque de interculturalidad.<sup>2</sup>

Ha transcurrido un cuarto de siglo y es necesario hacer balance de dichas políticas públicas. También una reflexión sobre sus avances, sus limitaciones y sus posibles adecuaciones. Voces expertas, críticas y reflexivas han surgido al compás de la implementación de los hospitales mixtos, que permiten actuar a

---

1. Disponible en: [www.orasconhu.org/areas-accion/comisi%C3%B3n-andina-de-salud-intercultural](http://www.orasconhu.org/areas-accion/comisi%C3%B3n-andina-de-salud-intercultural) (consulta: 18 de abril de 2016).

2. *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*. Washington: Pan American Health Org, 2008, págs. 36-38.

los mediadores interculturales y a los diplomados. En general, se trata de la concepción estatal de la salud intercultural. En este artículo nos preguntamos: ¿cuáles han sido las políticas públicas contemporáneas en Bolivia, Chile y Venezuela, sobre la atención a la salud de los pueblos indígenas? ¿Cuándo se iniciaron? ¿Cómo se han implementado? ¿La adopción del concepto de interculturalidad ha sido homogénea? ¿Cómo ha sido su interpretación y empleo desde las instituciones gubernamentales y desde los propios pueblos indígenas? ¿Cuáles han sido los resultados concretos en las tasas de morbilidad y mortalidad general, materna e infantil? ¿Cuáles fueron las críticas sobre este paradigma, por el momento dominante, en los ministerios de Salud de América del Sur? ¿Qué caminos faltarían por recorrer? ¿Cuál es el papel de las Ciencias Sociales en este proceso, y, en especial, el de la antropología médica?

En este trabajo entendemos por «política pública» implementada entre los pueblos indígenas el conjunto de acciones y omisiones de los gobiernos, en cuanto a la solución de problemas que atañen a dichos grupos sociales. En nuestro caso particular, a las actividades institucionales de salud dirigidas a los pueblos indígenas americanos. Por «pluriculturalidad», en su acepción más general, entendemos la existencia de diversas culturas dentro de un mismo territorio, donde los encuentros se dan entre diferentes conjuntos sociales. Dichos conjuntos constituyen la «interculturalidad», considerando que dichos contactos están inmersos en desiguales procesos económicos, sociales y políticos. Se trata de grados variables del ejercicio del poder, en un contexto de relaciones evidentes o subyacentes de dominación/subordinación.

En contraste, entendemos por «multiculturalismo» el conjunto heterogéneo de movimientos sociales, tanto contestatarios como reivindicatorios, que son propios de la segunda mitad del siglo xx. La heterogeneidad fue escenificada por actores sociales con determinadas características identitarias, entre ellos afroamericanos, mujeres feministas, «chicanos», indígenas..., en especial en la búsqueda de su reconocimiento social, y en la elaboración y ejecución de derechos que les han sido conculcados (Dietz, 2007: 250). En el caso de los pueblos indígenas de Latinoamérica, esto ha supuesto la aplicación gradual de políticas indigenistas, tanto de asimilación como participativas, dirigidas a la consideración de proyectos indígenas de carácter autónomo.

Durante el último medio siglo, los gobiernos efectuaron acciones indigenistas de carácter integracionista, pero a partir de la década de 1990 se iniciaron otras políticas públicas de indigenismo participativo que dieron origen a diversos y novedosos ensayos que empezaron a ser calificados de «interculturales». Sin embargo, desde una perspectiva crítica, en esta etapa han aparecido, en forma cada vez más creciente, diversos estudios sociales y antropológicos que demuestran el carácter discriminatorio y excluyente de las políticas públicas. Dichas políticas se aplican en pueblos indígenas y afrodescendientes, que expresan la enorme desigualdad social a la que se enfrentan.

En el plano de la atención biomédica, existen barreras económicas y políticas —y no tanto culturales— que impiden un acceso real a los servicios de sa-

lud (Haro, 2011: 15-28). De acuerdo con los censos efectuados sobre poblaciones indígenas entre 2000 y 2002, dichas barreras van desde el máximo del 66% de Bolivia, al 1,49 de Venezuela, pasando por el 4,6% de Chile, y acabando por el 1,49% de Venezuela. En este recuento histórico, y en estricto orden cronológico, abordamos el tema desde la perspectiva de tres países de América del Sur que promovieron, implementaron y desarrollaron políticas públicas de salud en el campo intercultural.

## 1. Chile

Desde el Estado, las acciones calificadas como «interculturales» se inician en 1992 en el sur de Chile, con la creación en la región de la Araucanía del Programa de Salud con Población Mapuche. Al año siguiente, tuvo lugar la inauguración de un servicio inédito en América: la presencia de facilitadores interculturales. El Servicio de Salud de dicha región incorporó la figura de la oficina de orientación y comunicación intercultural llamada Amuldungún, que funcionó en los hospitales de Galvarino y Temuco, con el auxilio de la Cooperación Italiana CIPREVICA y de la UFRO. La finalidad era mejorar los canales de comunicación e interacción con los usuarios de origen mapuche (Citarella, 1995: 567).

Los responsables de la mediación fueron personajes bilingües, de lengua mapuche-española, conocedores de ambas culturas y de sus medicinas. Los objetivos quedaron recogidos en un manual de procedimientos que acompañaba a la facilitadora Elsa Ancavil, del Hospital Regional de Temuco. Según ella, el objetivo era facilitar la orientación del paciente mapuche y de su familia; y «dar a conocer las costumbres, creencias y prácticas de salud del pueblo mapuche entre el personal de los diferentes servicios [del hospital], adecuar la educación para la salud a las necesidades del consultante mapuche y su familia» (Ancavil, 2009: 109).

Estas funciones rebasan la figura de un simple traductor, e implican una incorporación novedosa en el servicio de salud, el facilitador, que goza de una categoría laboral específica y diferente, y que forma parte de la institución sanitaria. En 1996, durante el encuentro nacional realizado en la comuna de Puerto Saavedra, por ejemplo, los facilitadores empezaron a ofrecer sus primeras evaluaciones internas. Reconocieron la ausencia de una formación técnica más elaborada, junto al desconocimiento de una estructura más bien jerarquizada. Esta estrategia demostró la carencia de apoyo tanto por parte de los profesionales de la salud, como de las propias organizaciones indígenas mapuches.

Hacia 1999, la facilitadora Doralisa Millalen, del hospital ubicado en Nueva Imperial, resaltó los logros obtenidos, y los comparó con las actividades de mediación intercultural. Lo hizo a través de seis unidades médicas hospitalarias, y de dos entidades de atención primaria. Solicitó que estas entidades fueran permanentes «en los Servicios de Salud», y «que nuestros conocimientos culturales y bilingüismo sean considerados en nuestras demandas». No solo de una

manera técnica, sino también profesionalizada en el escalafón institucional (Millalen, 1999: 12-13).

No obstante, se detectaron debilidades. El modelo se expandió y fue retomado en el extremo norte de Chile. En 1996, una organización civil aymara de Arica organizó un grupo temporal de voluntarios en el Hospital Juan Noé, que retomó algunas de las acciones de mediación cultural que se habían implementado en el sur chileno. No fue sino hasta el año 2000 cuando los servicios de salud de Arica incorporaron, de manera oficial, a los facilitadores interculturales en el hospital mencionado, junto al consultorio de atención primaria.

En la década de 1990, y durante los primeros meses del 2000, se crearon tres significativas iniciativas, de características tanto interculturales como autonómicas. Primero, el Hospital Makewe, en el que una asociación mapuche se hizo cargo de la dirección y administración de la unidad médica. Mantuvo un estrecho contacto con las machis de la región, y el personal de salud se fijó un propósito de entendimiento intercultural (Álvarez, 2005). Segundo, el Complejo de Salud Intercultural de Nueva Imperial sustituyó al insuficiente y mal orientado, en términos de cosmovisión indígena, hospital regional, dejando así un espacio específico para el ejercicio de la medicina mapuche en consultas externas y en el marco de la hospitalización. Y tercero, se inauguró en 2003 el Centro de Salud de Boroa-Filulawen, a iniciativa de los propios campesinos mapuches, con la presencia tanto de la biomedicina como de la medicina mapuche, pero con dominancia de la primera.

Todos estos cambios producidos en unidades médicas del servicio público de salud quedaron enmarcados en las actividades ministeriales desde la creación, en el año 2000, del PESPI. Dicho programa daría origen a la Unidad de Salud y Pueblos Indígenas en el propio Ministerio de Salud de Chile. Sin duda, el parteaguas de esta nueva política pública ministerial sería el encuentro que tuvo lugar en Puerto Saavedra, durante el mes de noviembre de 1996. Allí se conjugaron los esfuerzos de múltiples organismos internacionales, estatales y no gubernamentales, pero también una incipiente y creciente participación de los pueblos indígenas, en especial de organizaciones de indígenas mapuches (Sáez y Jélves, 2009).

A partir de este primer encuentro se sucedieron un conjunto de seminarios, talleres y reuniones que han conducido a una expansión de la ahora denominada perspectiva intercultural en salud. Ello significó extenderla a casi todas las regiones del país, con múltiples iniciativas ministeriales pero también de autogestión, como las de Makewe, Nueva Imperial y Boroa Filulawen, que viven cada año la inseguridad del apoyo financiero. En gran parte, aún dependen del Estado chileno para su existencia y supervivencia, que sufre problemas administrativos ante las nuevas e inéditas formas de organización de los pueblos indígenas.

Un sustancial avance en este lapso de tiempo ha sido la elaboración de minuciosas y detalladas investigaciones sobre epidemiología básica. Dichos estudios se hicieron basándose en el enfoque sociocultural, que explicita estadísticamente la diferenciación étnica de la morbilidad y de la mortalidad, todo ello

en diversas regiones del país. Así, por primera vez, Latinoamérica cuenta con información estadística confiable sobre las condiciones de salud de sus indígenas, y también de su población no indígena, ubicada en territorios con mayor concentración de población originaria (Oyarce y Pedrero, 2006, 2013). Es un material fundamental y relevante que da a conocer la situación real de salud de la población indígena, y que también permite una planificación más adecuada y eficaz sobre la salud pública, las actividades y los programas específicos.

Tienen su lugar las actividades desplegadas por las organizaciones mapuches, ya que un buen número de indígenas ha migrado a Santiago de Chile. Se han conformado diversas asociaciones que tienen el propósito de preservar la cultura originaria y de ofrecer continuidad a sus necesidades de atención médica mapuche en el área metropolitana. Entre ellas destaca el Centro de Salud Mapuche Rayen Foye, que funciona en la comuna de Pudahuel con el mandato otorgado por la Asociación Consejo Mapuche Pudahuel, que en el año 2000 inició actividades de salud. En la actualidad, está conformado por un dirigente y asesor cultural, dos *machis*, cuatro facilitadoras interculturales y una persona dedicada al apoyo técnico. Este centro lleva adelante actividades curativas y preventivas. Funciona con apoyo del Servicio de Salud Metropolitano Occidente del Ministerio de Salud, y atiende a pacientes mapuches y a personas no indígenas (Llancapan, 2013: 22). Desde el año 1998, han aparecido otras experiencias urbanas en la comuna de La Pintana, Lo Prado, Barrio Cívico, así como en zonas de Santiago de Chile (Musalem, 2000: 43-49; Espinoza, 2000: 39-42; Castellano, 2006, 2007; Aguas, 2000: 51-54)

En noviembre del 2014, los mapuches metropolitanos realizaron un seminario-taller internacional en Santiago de Chile, con la participación de diversas organizaciones indígenas agrupadas en la Red Salud Intercultural «Warriache». También contó con el apoyo del CONADI y del Ministerio de Salud. En sus conclusiones, los mapuches determinaron fortalecer y consolidar sus respectivas asociaciones de autogestión, volcadas en la salud, y ejercer su derecho adquirido de que el Estado les proporcione los apoyos técnicos y financieros necesarios para su desarrollo. Este encuentro formó parte del primer diplomado de Salud y Pueblos Indígenas, organizado por la propia Red «Warriache», la USACH y la CONADI, y sus contenidos fueron definidos por los propios mapuches.

Además de las acciones concretas en la región de Araucanía y en la capital del país, Santiago de Chile, desde la autonomía indígena se han escuchado voces mapuches que convocan a una nueva relación con el Estado chileno. En este sentido, se ha defendido en diversos foros la necesidad de transformar la «interculturalidad *light*», folclorizante y reduccionista del Estado. Se habla de una «interculturalidad crítica», que lleve a un verdadero autogobierno en los procesos de salud, enfermedad y atención. Es decir, se pretende lograr una «apropiación Mapuche de los Servicios de Salud al interior de los territorios», y que no desconozca procesos regionales generadores de enfermedad (Cuyul, 2014: 150-152). Hablamos especialmente de la contaminación por monocultivos forestales, la escasez de tierra laborable y el despojo del territorio ancestral, entre otros.

## 2. Bolivia

A comienzos del siglo XXI se inician actividades «interculturales» dedicadas a la atención de establecimientos públicos de salud. Serán, primero, instituciones internacionales, europeas y asiáticas, las que elaboren proyectos y programas de cooperación técnica, y, luego, entidades retomadas o abandonadas por las dependencias estatales bolivianas.

La Cooperación Italiana fijó su modelo de aplicación en el departamento de Potosí, remodelando en profundidad el Hospital Daniel Bracamonte. Dicho hospital no solo recibió la necesaria infraestructura material, sino que también se aplicó en su funcionamiento un nuevo concepto de atención a los usuarios indígenas de la región. Trasladando la experiencia chilena de la oficina Amuldungún —dedicada a la mediación intercultural ya existente en hospitales de la Araucanía—, se crea en Bolivia, durante el año 2000, la oficina Willaqkuna, en la que se incorporaron tres facilitadores de origen indígena. Se trata de hablantes de español, quechua y aymara, además de conocedores de la cultura biomédica e indígena tradicional. Sus principales funciones fueron las de informar y orientar a los usuarios, en particular sobre los servicios brindados por el hospital. También facilitar la comunicación de los usuarios, indígenas y no indígenas, con el personal de salud, en especial con los médicos. Su finalidad ha sido resolver conflictos generados por el uso de los diferentes idiomas de la región, además de capacitar al personal sobre los principios filosóficos y pragmáticos de la interculturalidad. A esto se sumó el fortalecimiento de la medicina tradicional, a través de cursos y diplomados dedicados al tema intercultural (Zangari, 2010: 397-403).

Esta oficina Willaqkuna brindó durante seis años un importante servicio al hospital. En el 2004, se registraron alrededor de 4.000 atenciones mensuales, centradas en la atención médica, de laboratorio y otras demandas, incluyendo un escaso 2% de reclamaciones (Zangari, 2010: 399). En el 2007, cerró sus puertas debido a la no apropiación del proyecto por parte de la institución hospitalaria receptora. A estos motivos se unieron conflictos de transferencia de recursos económicos de la Cooperación Italiana, dedicada a las instancias nacionales, y la ausencia de la categoría laboral en el profesiograma sanitario estatal, el documento que organiza las conexiones técnico-organizativas por medio de una gráfica.

Tinguipaya, ubicada a 100 kilómetros de la ciudad de Potosí, es una de las zonas quechuas más pobres y marginadas de Bolivia. Tiene una elevada mortalidad materna, y allí se implementó otro significativo proyecto que tenía por objetivo abatir los altos índices de mortalidad mediante la articulación de la biomedicina, y de la perenne presencia de la medicina indígena. Se erigió un gran centro de salud, llamado oficialmente «hospital», con un atractivo componente arquitectónico intercultural. Se estimuló entonces la formación intercultural del personal de salud, ya que fueron capacitadas las parteras en el marco del reconocimiento de elementos de alto riesgo obstétrico. Los materiales didácticos,

sencillos y adecuados a la región, se introdujeron junto a los médicos indígenas, dentro del establecimiento hospitalario. Se elaboró también un buen número de medicamentos de herbolario en un laboratorio artesanal (Pérez y Fuertes, 2007).

Lamentablemente, el proyecto se fue diluyendo con los cambios de las autoridades municipales, el retiro de la Cooperación Italiana y la falta de sustentabilidad y apoyo por parte de las autoridades nacionales y departamentales (Tapia y Delgadillo, 2010: 411-437). Los usuarios se quejaron de que el hospital se encontraba en la periferia del pueblo, en una dificultosa cuesta muy cercana al cementerio local. El laboratorio dejó de funcionar, y los médicos indígenas desistieron de reunirse al no existir un apoyo mínimo para viáticos y alimentación. Los que permanecían en el hospital y no formaban parte de alguna categoría laboral institucional dejaron de acudir (Tapia y Delgadillo, 2010: 432). En el caso de la partera, pasó a ser la portera vigilante del hospital. La evidente subordinación hacia la biomedicina no pudo ser superada, y los autores refieren en su análisis crítico que:

La interculturalidad en salud se mantiene a nivel teórico discursivo, mientras que se da valor, por razones políticas, al rescate de la medicina tradicional. Este rescate se inserta en un contexto político institucional muy contradictorio y complejo, en el que no se ha logrado definir cuál debería de ser [el] rol de los médicos tradicionales en la mejora de la salud de la población boliviana (Tapia y Delgadillo, 2010: 434).

Por otra parte, y de manera discordante, una funcionaria de la Cooperación Italiana señala una disminución de la mortalidad materna en Tinguipaya, una de las más altas de todo el territorio boliviano. Refiere que gracias al esfuerzo conjunto de los biomédicos, no solo del hospital, los médicos indígenas y la población en general, se han logrado frutos dignos de mencionarse, como la disminución de la mortalidad materna, aunque no se ofrece información cuantitativa detallada sobre esta cuestión (Fuertes, 2013: 270).

En el mismo Potosí, y en ciertas zonas de Tarija, se estableció entre 2007 y 2008 otro magno proyecto denominado PROHISABA. Esta entidad se fijó como metas la instalación de agua potable para construir centros de salud, un consultorio para el médico tradicional y otro espacio para la atención del parto «humanizado». La formación del personal para el trato comunitario se sumó a este proyecto. En el informe sobre las actividades realizadas, se plantearon algunos problemas surgidos con la apertura de los consultorios de medicina tradicional, que no forman parte de la cultura local. De hecho, los responsables reconocen de manera autocrítica la posible artificialidad de esta propuesta de consultorios impuesta por los financiadores (Lamele y Dijoux, 2009: 204).

Por su parte, los españoles establecieron dos proyectos en el Departamento de La Paz. El primero, en la provincia de Bautista Saavedra, activo en el año 2003, que organizó en San Pedro de Curva un establecimiento mixto de salud, introduciendo así la consulta de los servicios de médicos indígenas kallawayas, uno de los grupos más reconocidos a nivel nacional e internacional (Fernández, 1998; Baixeras, 2006: 271-287; Loza, 2004). Los resultados de esta asociación

de sistemas médicos fueron poco satisfactorios al no lograrse la articulación entre ellos, y al no gestarse una adecuada asistencia de usuarios a los dos servicios (Callahan, 2006: 289-303).

El segundo proyecto se implementó en el municipio de Patacamaya, provincia de Aroma, ubicado a 101 kilómetros de La Paz. Allí se construyó el Hospital Boliviano Español, con una sala de atención al parto intercultural, «un espacio cálido y familiar, que no se pareciera a una sala de hospital, donde las mujeres aymaras y sus familias se sintieran cómodas al momento del parto». Empezó a funcionar desde noviembre del año 2008. En esta sala, la mujer aymara podía

[...] estar acompañada de un familiar, vestir sus propias prendas y no una bata, beber alguna infusión durante el primer periodo del parto, elegir la posición de su preferencia para el momento del parto y recibir la placenta al nacer su bebé (Zuazo, 2014: 42, 53).

Los resultados, y sus altibajos, fueron tangibles. Se procedió a la construcción de otras dos salas, el montaje de un modesto vivero de plantas medicinales, y la réplica de este modelo en otros centros de salud de la región. Los conflictos que persisten en este marco son el impago de la retribución económica, por parte de la alcaldía, a las cinco parteras; la ausencia de una normativa de sus actividades específicas; la inestabilidad laboral, así como una gran oposición por parte de los médicos, acostumbrados a la manera occidental de atender los partos. La consideración técnica de espacios «contaminados» se da en el interior del nosocomio (Zuazo, 2014: 87).

Con la adopción de la orientación intercultural promovida en Potosí, se inició en el año 2008 el modelo SAFCI. Primero con cursos y diplomados en las principales ciudades donde se encuentran las oficinas de salud departamentales (Rodríguez y Trujillo, 2014). Más tarde, con una especialización de un posgrado en SAFCI, del que hasta el año 2015 han egresado poco más de 300 residentes.

En marzo de 2015, algunos de los protagonistas de la política intercultural han expresado contrastados puntos de vista. Unos han expresado una franca desilusión: «es un rotundo fracaso». Otros observan «inmovilización, estancamiento y supervivencia». Las activas ONG señalan «avances de proyectos específicos» en unidades médicas de Sucre y La Paz. Las universidades están realizando cambios en las mallas curriculares para incorporar, en diferentes carreras, las principales nociones de medicina tradicional e interculturalidad (Pareja, 2013: 250-251). El Ministerio de Salud ha establecido tres lineamientos estratégicos para el periodo 2012-2016: primero, desarrollar y fortalecer la medicina tradicional y la interculturalidad; segundo, lograr un posicionamiento institucional, y tercero, promover la investigación de los saberes y prácticas de las medicinas ancestrales, reconocidas constitucionalmente.<sup>3</sup>

---

3. *Lineamientos estratégicos de Medicina Tradicional e Interculturalidad en salud. 2012-2016.* La Paz: Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia, 2013, págs. 31-43.

Con una visión crítica, y sobre la base de estudios etnográficos dedicados a Potosí, Patacamaya y otras regiones bolivianas, se analiza la política de salud intercultural aplicada por el Estado y las ONG (Ramírez, 2009, 2011). En términos generales se coincide con algunas de sus reflexiones sobre el papel de la globalización, aplicable en las políticas públicas de salud en América Latina. También en la política intercultural, sin considerar el enorme deterioro de los servicios públicos de salud, o la escasa resolución de problemas en los centros de atención primaria e incluso en los hospitales. Se constata una elevada frecuencia de negligencias médicas y maltratos, o la reducción de la interculturalidad a la sola interacción entre la biomedicina y la medicina tradicional, junto al desconocimiento de las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que influyen en la salud intercultural, con presencia de relaciones conflictivas, aunque se expresen deseos de respeto, igualdad y armonía.

No obstante, algunas de sus observaciones habría que matizarlas. Por ejemplo, en el Hospital Boliviano Español de Patacamaya, al construirse un espacio especial para la atención intercultural del parto, aumentó el número de mujeres aymaras parturientas usuarias del servicio, lo que requirió una ampliación, por lo que ahora el hospital cuenta con tres ambientes. Y en el caso de la formación de posgrado en Potosí, las actividades educativas lograron resultados en cuanto a objetivos e impactos locales, nacionales e internacionales (Zangari, 2010: 380).

El mencionado posgrado fue una actividad formativa llevada a cabo por la UATF y la UNAM. Esta iniciativa fue encabezada por L. Citarella y R. Campos, y se efectuó en dos ocasiones: entre los años 2001-2002, y entre el 2005 y el 2006. Contaron así con la participación de médicos y antropólogos de amplia y notoria trayectoria, como Eduardo Menéndez, Andrea Caprara, Xavier Albó, Gerardo Fernández Juárez, entre un largo etcétera.

Este proceso influyó en la adopción del modelo de salud intercultural, establecido por el Ministerio de Salud de Bolivia, el cual reprodujo los cursos en diversos departamentos bolivianos. Forjó la apertura de la Residencia de Medicina, Familiar, Comunitaria e Intercultural, y estimuló la proyección internacional, al reproducirse en Perú e influir en Venezuela. Finalmente, sus recomendaciones, que apuntaban al cambio estructural, plantearon qué hacer entre tanto, y motivaron reformas al vigente sistema de salud (Ramírez, 2009: 203-205; 2014: 767).

### **3. Venezuela**

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999, de carácter multiétnico y pluricultural, incluye en los artículos 119 a 125 el reconocimiento de la existencia de los derechos político-sociales, económicos y culturales de los pueblos indígenas. En especial el artículo 122 establece que las personas del territorio venezolano tienen derecho a poseer una salud integral, y «el Estado reconocerá su medicina tradicional y las terapias complementarias, con sujeción a principios bioéticos». Sin embargo, no fue hasta el año 2004 cuando se

incorporó la estrategia intercultural de la CISPI, y luego, la CSI, convertida esta última, un año más tarde, en la DNSI, dentro de la estructura del Ministerio de Salud de Venezuela.

Con más de 35 pueblos indígenas —el 1,5% de la población total venezolana—, las condiciones de salud son calificadas como muy precarias, sobre todo en tres zonas: la poblada por los yanomami, en el Alto Orinoco; los indígenas warao, en el delta del mismo río, y los indígenas pumé, que habitan en los llanos del Apure (Kelly, 2011: 419; Freire y Tillet, 2007: 13-14).

Entre las primeras acciones de la CISPI figuran el apoyo técnico y la dotación de recursos humanos y materiales, para las regiones indígenas aisladas y en peores condiciones de salud, estableciéndose planes particularizados. Se trata del Plan de Salud Yanomami, el Plan Delta con los Warao y el Plan Integral de Salud Indígena Apure. Por otra parte, se inició la apertura de oficinas de atención a los indígenas, primero en el SAHUM, cuyo modelo se repetiría en otros veinte hospitales, con servicios destinados a los pueblos indígenas.<sup>4</sup>

El Plan de Salud Yanomami surge a consecuencia de la masacre de 1993, en la comunidad de Hashimú, donde los mineros brasileños mataron a casi veinte indígenas. Para evitar una demanda internacional por abandono institucional, el gobierno venezolano se comprometió años después, en 1999, a realizar un proyecto de mejoramiento general en la región yanomami, que incluyó el componente de salud.

El programa empezó a funcionar en 2000, pero a partir de 2004, al encomendarse a la CSI, se observó una mayor contundencia en los objetivos trazados, lo que significó consolidar la red de salud existente, ampliar la cobertura de salud, formar personal de salud local e implantar instancias de participación social (Kelly y Carrera, 2007: 372). Estas acciones permitieron avances en la presencia regular de médicos graduados venezolanos y cubanos, la apertura de más centros de salud y el suministro suficiente de medicamentos y combustibles en la mayoría de los establecimientos de salud. Se formaron veintitrés agentes indígenas de salud, con una capacitación dictada en su propia lengua. No se exigió, como antes, que supieran español. Se empleó a los veteranos, experimentados e insustituibles auxiliares de salud, en su versión de medicina simplificada, que han fungido como mediadores interculturales desde hace más de dos décadas en la región. Finalmente, se implantó una enseñanza basada en problemas concretos sucedidos en la relación Estado-pueblo yanomami (Kelly y Carrera, 2007: 273-274). J. A. Nelly, antropólogo responsable del Plan de Salud Yanomami entre el año 2003 y el 2007, formó parte de esta notable expansión, lo cual no le impidió hacer una reflexión crítica en torno a dos cuestionamientos institucionales: el primero, sobre la insistencia unilateral de apoyo a la medicina tradicional chamánica de los yanomamis, y el segundo, sobre los persistentes desencuentros entre funcionarios e indígenas.

---

4. «Implementación de la Oficina Intercultural en el SAHUM». *Boletín Intercultural de Salud*, vol. 1, MS-Venezuela, 2005, págs. 1-6.

Sobre los warao y los pumé, con quienes se han establecido sendos planes integrales de salud, se reconoce que sus condiciones de vida y de salud son completamente frágiles: una encuesta realizada por W. Wilbert y C. Ayala (2007: 376, 385) entre los warao —sobre doscientas madres de familia, pertenecientes a dos generaciones, y con un total de 2.400 hijos e hijas— remarca que casi el 39% fallecieron antes de llegar a la adolescencia, de los cuales un 78% murieron antes de los cuatro años de vida. Las principales causas de morbimortalidad son las enfermedades infecciosas, tanto respiratorias como gastrointestinales, así como la desnutrición. Los warao acuden regularmente a sus terapeutas y no guardan recelo ni desconfianza hacia la biomedicina; sin embargo, el problema es la inaccesibilidad a los servicios de salud, así como las grandes deficiencias de recursos humanos y materiales: médicos graduados, auxiliares indígenas de salud, embarcaciones de motor, gasolina, medicamentos... Por ejemplo, un hospital en Tucupita y dos unidades de atención quedaron al cargo de dos o tres médicos en servicio rural obligatorio.

Un panorama similar se vive entre los pumé. Un estudio sobre mortalidad infantil, fechado en el año 1991, demostró que en 28 comunidades el porcentaje de mortalidad era del 35%. Y en algunas comunidades alcanza el 50% (Barreto y Rivas, 2007: 311). En el 2004, se produjeron 45 muertes en una misma comunidad por infección gastrointestinal, más una grave desnutrición en los infantes. Sin dudar, los autores consideran que estas muertes infantiles constituyen un enorme escándalo que compromete a todos los organismos estatales de salud en sus diferentes niveles.

Por todo ello, la urgencia de la DNSI pasa por enfrentar el grave desafío de la mortalidad infantil entre los warao y los pumé, con la implementación de planes urgentes y específicos para estas poblaciones. Desde el 2005 se ha intentado mejorar la infraestructura sanitaria con clínicas y módulos de salud, capacitación de auxiliares indígenas de salud, presencia de médicos egresados, una ambulancia fluvial, etc. Pero todas estas intervenciones deben ir acompañadas de otras medidas que mejoren las condiciones de vida de los pumé, en especial la dotación de tierras, agua potable y educación (Barreto y Rivas, 2007: 316).

Con respecto a la formación y capacitación del personal de salud, ha sido relevante en cuanto a los agentes indígenas de salud, paramédicos y, de manera especial, los 165 estudiantes de medicina pertenecientes a 28 pueblos indígenas que se están formando en una universidad pública del estado de Guárico, donde empezaron sus estudios en el 2010 y egresarán en 2016, con el propósito de conseguir biomédicos indígenas permanentes en sus comunidades de origen.<sup>5</sup>

Finalmente, de las actividades desarrolladas por la DNSI destacan los denominados SAOI dentro de los hospitales ubicados en todo el país, una idea retomada de las oficinas Amuldungún de la Araucanía y Willaqkuna de Potosí; así,

---

5. *Proyecto Cacique Nigale 2010-2016*. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud – Universidad Rómulo Gallegos – Dirección de Salud Indígena (MPPS-UNERG-DSI), 2012.

la incorporación de facilitadores interculturales se ha convertido en una de las acciones más ejemplares y productivas del enfoque intercultural en Venezuela.

En forma operativa, en abril de 2005 se inauguró la primera oficina de SAOI en el HUM, que presta atención a los pacientes de las etnias barí, añú, wayuú, yukpa y japrería. La propuesta de intervención se basó en tres ejes. Primero, crear una oficina intercultural que «contribuya a mejorar la calidad de atención al usuario». Segundo, apoyar la capacitación del personal hospitalario sobre temas de salud intercultural. Y tercero, promover la elaboración de protocolos y normas de atención hospitalaria, incorporando contenidos interculturales.<sup>6</sup> Esta oficina ha pasado de tener un equipo mínimo en sus inicios, compuesto por media docena de integrantes, a poco más de 30 integrantes en 2015.

La sustentabilidad del SAOI se consolidó mediante el Decreto Presidencial núm. 7856 del 29 de noviembre de 2010, donde se brinda un blindaje institucional a los facilitadores como una nueva categoría laboral en los hospitales públicos. Y es que, hasta 2014, un informe general recogía la existencia de 32 oficinas de SAOI en 10 estados del país, con 257 funcionarios, de los cuales 140 son facilitadores interculturales, ubicables en los principales hospitales del país, con atención a pueblos indígenas. Con ello, ha sido posible atender a alrededor de 60.000 personas anualmente (Fernández, 2014).

## Conclusiones

En este artículo hemos descrito las políticas públicas sobre salud indígena que han desarrollado los ministerios de Salud de Chile, Bolivia y Venezuela. Sus planes, programas y estrategias se unen a los avances, las limitaciones, los retos y desafíos, las contradicciones y ambigüedades. En las últimas décadas, el recuento histórico de la evolución de la atención específica en los tres países señalados ha permitido el reconocimiento jurídico de sus sistemas indígenas de salud, y el inicio de actividades interculturales promovidas por el Estado. En la década 1980, solo aparecen el decreto presidencial de 1984, que reconoce la personería jurídica de los médicos tradicionales agrupados, SOBOMETRA, y el decreto ministerial del año 1987, donde se pretende una primera reglamentación de sus actividades curativas.

En la siguiente década, destacan tres acontecimientos. Primero, la presencia de una dependencia oficial chilena dedicada exclusivamente a velar por la salud indígena, que se materializará en la formulación de un programa especial de salud con el pueblo mapuche. Segundo, la ratificación por parte del gobierno boliviano, en 1991, del Convenio 169 de la OIT, por el cual se reconocen los derechos de los pueblos indígenas a desarrollar planes y proyectos de salud in-

---

6. «Implementación de la Oficina Intercultural en el SAHUM». *Boletín Intercultural de Salud*, vol. 1, MS-Venezuela, 2005.

dígena y de medicina tradicional, sin que deban renunciar al derecho a un acceso sin discriminación alguna a la biomedicina. Tercero, la proclamación de la Constitución de Venezuela —impulsada en 1999 por Hugo Chávez—, donde se reconocen los derechos de los pueblos indígenas y de sus medicinas tradicionales.

Ya instalados en el siglo *xxi*, los tres países se encuentran involucrados, en mayor o menor grado, en políticas públicas de salud específicas para los pueblos indígenas. Bolivia no ha establecido oficina especial alguna. En Chile, la Unidad de Salud y Pueblos indígenas, ya presente desde la década de 1990, se transforma en el Programa de Salud de Pueblos Indígenas, operativo en la actualidad. Y en Venezuela, la coordinación inicial crecería y se convertiría en la vigente Dirección Nacional de Salud Indígena.

En cuanto a los planes y programas de medicina tradicional y salud intercultural, hubo un crecimiento completo en todos los países, destacando el caso boliviano, donde a partir de la nueva Constitución de 2009, promovida por el presidente Evo Morales, se creó el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, y se dio pleno reconocimiento constitucional a la medicina tradicional ancestral. Esto derivó en la Ley 459, de diciembre de 2013, que señala los deberes y las obligaciones tanto de los terapeutas tradicionales como de los usuarios (Campos, 2015: 281-282).

En el caso chileno, pese a la continuidad de su programa de salud en pueblos indígenas desde la década de 1990 hasta hoy, y aun considerando los avances legislativos previos (Cavieres, 2006), apenas en 2008 el gobierno chileno —fue el último en América Latina— se comprometió con la firma del Convenio 169 de la OIT. En Venezuela, se firmó en 2001, dos años después de la emergencia de la Constitución chavista. Excepto Chile, todas las constituciones y leyes subsidiarias ya poseen en la actualidad el reconocimiento directo y explícito de las medicinas tradicionales.

Con esta breve revisión histórica se puede apreciar la incorporación gradual, paulatina, simultánea y heterogénea de la política pública de salud intercultural en los tres países, con diferentes énfasis y compromisos estatales. En términos administrativos, no es lo mismo una coordinación, una dirección como se hizo en Venezuela, un programa como se hizo en Chile, o un viceministerio como el de Bolivia. Tampoco son iguales los recursos humanos, y los materiales, que les son asignados de manera escasa, por ejemplo en Bolivia; o los ya obtenidos en Venezuela. Ni la estabilidad laboral lograda por el personal ministerial que ha permanecido por más de una década en Chile.

Quedaría pendiente analizar los posibles impactos o la influencia de todos estos proyectos y políticas públicas interculturales sobre las tasas de morbimortalidad, y su relevancia en los propios sistemas de atención a la salud. Bajo una óptica epidemiológica sociocultural, todavía falta mucho trecho por recorrer debido a la falta de información particularizada de la salud-enfermedad en los pueblos indígenas. Algunos ministerios recién han incluido el rubro de pertenencia étnica en sus protocolos de admisión en los establecimientos de salud, sea con el uso de la variable lingüística, la autoadscripción o el reconocimiento por apellidos.

Algunas dependencias lo hacen de manera irregular e inconsistente. Únicamente el Ministerio de Salud chileno ha emprendido de manera ejemplar investigaciones epidemiológicas serias, sistematizadas y en profundidad sobre las graves disparidades nacionales, regionales y locales en cuanto a la salud de sus pueblos indígenas. Todo ello aún sin tomar en cuenta la relación de las variables de atención intercultural y morbilidad. ¿Es posible observar transformaciones en los perfiles epidemiológicos, por ejemplo de mortalidad materno-infantil, que nos permitan vislumbrar el efecto de las acciones interculturales?

Tenemos la certeza de que gracias a estudios epidemiológicos puntuales y rigurosos en microrregiones y regiones con proyectos materno-infantiles con este enfoque se podrán observar los cambios y analizar las posibles relaciones causa-efecto, pues a nivel departamental, e incluso nacional, será necesario un monitoreo a mediano y largo plazo.

Respecto a la relación entre cultura y salud, aparecen recomendaciones generales sobre el mejoramiento intercultural de los servicios médicos (Napier *et al.*, 2014). Con el fortalecimiento y consolidación de los servicios biomédicos, resta iniciar verdaderamente una política pública inclusiva e intercultural de valoración, reconocimiento, respeto y aceptación de las otras prácticas médicas, que tienen en un momento prioridad y exclusividad, y en otros, diversos grados de complementariedad. Como sabemos, estos sistemas de autoatención, de medicinas tradicionales y complementarias forman parte de los recursos reales en la trayectoria de atención del enfermo, tal y como se ha demostrado en las múltiples etnografías latinoamericanas que ya se han realizado sobre el tema (Osorio, 2001; Idoyaga, 2002).

Para finalizar —y a propósito de las etnografías—, un comentario sobre el papel de las ciencias sociales, y en especial de la antropología médica, en esta perspectiva de la interculturalidad en el contexto de la salud pública latinoamericana. Es fundamental la presencia de la impronta antropológica en este campo, por las aportaciones teóricas y metodológicas, pero también por el área de intervención. Algunas contribuciones valiosas se han dado en el marco de los determinantes sociales de la enfermedad y de la salud colectiva, y también en el desarrollo de la interculturalidad. Con el tiempo se está logrando cada vez más la comprensión de la perspectiva cualitativa unida a la investigación cuantitativa, y es sobre todo la aplicación de la etnografía en el proceso salud-enfermedad-atención la que está brindando beneficios que ahora están siendo reconocidos (e incluso utilizados) por otros colegas procedentes de la sociología, la psicología, e incluso epidemiólogos a veces reacios a la mirada cualitativa:

La antropología es la única disciplina social abocada al estudio de lo contemporáneo que tiene un instrumento fino, que ha mostrado ser sensible a múltiples transformaciones teóricas y conceptuales: la etnografía. [Y continúa diciendo:] Será a través de la etnografía que la antropología podrá reconstruir su lugar en la sociedad mexicana [y nosotros añadiríamos latinoamericana]. Pero para conseguir un lugar en el debate público, la antropología de hoy va a necesitar de algo que no tiene aún, y que es una estrategia de colaboración y diálogo con otras disciplinas (Lomnitz, 2014).

Depende de las presentes y futuras generaciones de antropólogos médicos lograr, con el uso de la etnografía y otros instrumentos cuali-cuantitativos, la ampliación y consolidación de espacios no solo académicos sino también de aplicabilidad práctica, que permitan fortalecer la presencia, por el momento precaria e insuficiente, en las políticas públicas de salud. Una de las medidas que se requiere es la creación de un observatorio o mirador no gubernamental multidisciplinario que dé cuenta de estas políticas públicas en los países latinoamericanos, y que investigue en profundidad los resultados de las actividades, incluidas las acciones privadas, desarrolladas en salud en pueblos indígenas y afrodescendientes, que valore los adelantos, las dificultades, las ambigüedades y los desafíos que permitan un mejoramiento de la atención a dichos pueblos.

Se han exagerado los estudios en América Latina sobre los terapeutas tradicionales, y se ha concedido una escasa atención a procesos más sencillos pero no menos complejos relacionados con las multidimensionales trayectorias de los enfermos ante las enfermedades, sean estas infectocontagiosas, crónico-degenerativas, o enfermedades culturalmente delimitadas (Menéndez, 2015: 306).

Queda pendiente también un estudio profundo del papel de las mujeres — madres de familia, abuelas, tías, suegras— en la conformación de una medicina doméstica o casera de enorme relevancia y hasta ahora despreciada e invisibilizada; de la perspectiva de los actores sociales ante la biomedicina, y también de los propios trabajadores de la salud correlacionados, que acompañan los nuevos intentos de trabajo intercultural en salud desarrollados por el Estado y algunas ONG internacionales y nacionales, y de los efectos de estas políticas de interculturalidad en las estadísticas de morbilidad y mortalidad general, materna e infantil, en cada uno de nuestros países.

Igual se ha cometido alguna exageración respecto a la presencia de los médicos indígenas en los espacios biomédicos, cuando en realidad la llamada medicina tradicional está inserta en las comunidades, y así ha satisfecho las necesidades de las poblaciones desde hace siglos. Lo observado en las diversas experiencias latinoamericanas donde se han incorporado a los médicos indígenas en hospitales o centros de salud, avala, hasta este momento, el ejercicio de la hegemonía biomédica, que muestra, en forma directa o solapada, una descalificación y subordinación de la medicina tradicional.

Los avances desde la antropología médica crítica y la epidemiología socio-cultural orientan hacia una mejor comprensión de los fenómenos desde donde se entienden las limitaciones estructurales, y las desigualdades sociales, de la atención biomédica, así como el auténtico papel de las medicinas tradicionales y la autoatención en las comunidades rurales y urbanas de América Latina. Con todo lo expuesto, necesitamos hoy, más que nunca, un diálogo formal, flexible y constructivo para la incorporación de la antropología médica, y otras disciplinas, en los problemas contemporáneos de salud, tanto de pueblos indígenas y afrodescendientes como de la ciudadanía en general.

## Siglas utilizadas

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe  
CIPREVICA: Centro de Investigación para la Prevención de la Violencia en Centroamérica  
CISPI: Coordinación Intercultural de Salud con Pueblos Indígenas  
CONADI: Corporación Nacional de Desarrollo Indígena  
CONHU: Convenio Hipólito Unanue  
CSI: Coordinación de Salud Indígena  
DNSI: Dirección Nacional de Salud Indígena  
DSI: Dirección de Salud Indígena (Venezuela)  
HUM: Hospital Universitario de Maracaibo  
MPPS: Ministerio del Poder Popular para la Salud (Venezuela)  
MS-Venezuela: Ministerio de Salud de Venezuela  
MSyD-Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia  
OIT: Organización Internacional del Trabajo  
ONG: Organización no gubernamental  
OPS: Organización Panamericana de la Salud  
ORAS: Organismo Andino de Salud  
PESPI: Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas  
PROHISABA: Programa de apoyo al Sector de la Higiene y Salud de Base  
SAFCI: Salud Familiar Comunitaria Intercultural  
SAHUM: Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo  
SAOI: Servicios de Atención y Orientación al Indígena  
SOBOMETRA: Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional  
UATF: Universidad Autónoma Tomás Frías  
UFRO: Universidad de la Frontera (Chile)  
UNAM: Universidad Nacional Autónoma de México  
UNERG: Universidad Rómulo Gallegos  
USACH: Universidad de Santiago de Chile

## Bibliografía

- AGUAS, Marisol (2000). «Medicina indígena en Santiago». En: ACUÑA DÍAZ, L. (ed.). *Primer Seminario Nacional de Salud Intercultural y Políticas Públicas*. Santiago: Ministerio de Planificación y Cooperación – Ministerio de Salud, págs. 51-54.
- AGUIRRE BELTRÁN, Gonzalo (1995). *Problemas de la salud en la situación intercultural*. México-Veracruz: Instituto Nacional Indigenista – Fondo de Cultura Económica – Universidad Veracruzana – Gobierno del Estado de Veracruz.
- ALBÓ, Xavier (2004). «Interculturalidad y salud». En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: Abya-Yala, págs. 65-74.
- ÁLVAREZ DÍAZ, Nancy Andrea (2005). *Interculturalidad en salud y desarrollo de comunidades mapuche: estudio de caso en Mekewe Pelale*. Tesis para obtener el grado

- de magíster en Gestión en Desarrollo Rural y Agricultura Sustentable. Temuco: Universidad Católica de Temuco.
- ANCAVIL, Elsa (2009). «Experiencia desde los facilitadores interculturales». En: SÁEZ, M., y JÉLVES, L. (eds.). *Memoria Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas. Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud*. Santiago: Servicio de Salud Araucanía y Programa Salud y Pueblos Indígenas – Ministerio de Salud, págs. 111-112 (1.ª ed., 1996).
- BAIXERAS, José Luis (2006). «Salud intercultural. Relación de la medicina Kallawayá con el Sistema de Salud Pública en San Pedro de Curva». En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: Abya-Yala, págs. 271-287.
- BARRETO, Daisy, y RIVAS, Pedro (2007). «Los Pumé (yaruro)». En: FREIRE, G., y TILLET, A. (eds.). *Salud indígena en Venezuela*. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud, págs. 245- 327.
- CALLAHAN, Mollie (2006). «El hospital kallawayá “Shoquena Huasi” de Curva. Un experimento en Salud Intercultural». En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: Abya-Yala, págs. 289-303.
- CAMPOS NAVARRO, Roberto (2004). «Experiencias sobre salud intercultural en América Latina». En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: Abya Yala, págs. 129-151.
- CAMPOS NAVARRO, Roberto (2015). *Nadie nos puede arrancar nuestro conocimiento. El proceso de legalización de las medicinas tradicionales indígenas en México y Bolivia*. México: UNAM – Programa Universitario de Estudios de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad.
- CASTELLANO SALAS, Ángela (2006). «La ilusión de una espera, impresiones en el consultorio de una machi». *Enfermería comunitaria*, vol. 2, núm. 2 (en línea). Disponible en: [www.index-f.com/comunitaria/v2n2/ec1706r.php](http://www.index-f.com/comunitaria/v2n2/ec1706r.php) (consulta: 13 de marzo de 2016).
- CASTELLANO SALAS, Ángela (2007). «Guardiana del espíritu de una machi y sus sueños». *Index de Enfermería*, vol. 16, núm. 57, págs. 65-69.
- CAVIERES SEPÚLVEDA, Yénive (2006). *La experiencia internacional en materia de reconocimiento de la medicina tradicional indígena. Estudio de derecho comparado en cinco países de América*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
- CITARELLA, Luca (comp.) (1995). *Medicinas y culturas en la Araucanía*. Santiago de Chile: Sudamericana.
- CUYUL SOTO, Andrés (2014). «Pensar la autonomía mapuche en salud o la persistencia del dispositivo intercultural» (en línea). Disponible en: [www.mapuexpress.org/?p=2377](http://www.mapuexpress.org/?p=2377) (consulta: 13 de marzo de 2016).
- DIETZ, Gunther (2007). «Multiculturalismo». En: BARAÑANO, A.; GARCÍA, J. L.; CÁTEDRA, M., y DEVILLARD, M. (eds.). *Diccionario de relaciones interculturales. Diversidad y globalización*. Madrid: Complutense, págs. 250-254.
- ESPIÑOZA, Carolina (2000). «Atención en salud a comunidad mapuche. Consultorio Yazigi, comuna de Lo Prado, Santiago». En: ACUÑA DÍAZ, L. (ed.). *Primer Seminario Nacional de Salud Intercultural y Políticas Públicas*. Santiago de Chile: Ministerio de Planificación y Cooperación – Ministerio de Salud, págs. 39-42.
- FERNÁNDEZ CAROMOTO, Noly (2006). «Salud indígena del Hospital Universitario benefició a más de 15 mil pacientes». *Voces Indígenas*, vol. 1, pág. 17.

- FERNÁNDEZ CAROMOTO, Noly (2014). «Servicios de atención y orientación al indígena (SAOI). 9 años hilando el tejido intercultural hospitalario». En: *Primer Congreso Nacional de Salud Indígena «Tejiendo la interculturalidad»*, Maturín, Venezuela.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (1998). *Los kallawayas: medicina indígena en los Andes bolivianos*. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- FREIRE, Germán, y TILLET, Aimé (eds.) (2007). *Salud indígena en Venezuela*. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud.
- FUERTES, Azucena (2014). «El modelo de salud intercultural en Tinguipaya». En: ROOSTA, M. (coord.). *Salud materna en contextos de interculturalidad. Estudio de los pueblos Aymara, Ayoreode, Chiquitano, Guaraní, Quechua y Yuqui*. La Paz: CIDES-UMSA – OPS-OMS – UNFPA, págs. 241-277.
- HARO, Armando (2011). «Prólogo. Interculturalidad en salud, viejos pretextos, nuevos desafíos». En: RAMÍREZ HITA, S. (coord.). *Salud Intercultural. Crítica y problematización a partir del contexto boliviano*. La Paz, Bolivia: Instituto Superior Económico Andino de Teología, págs. 15-28.
- IAMELE, Giuseppe, y DIJOUX, Marie J. (2009). *Para que se acuerden de nosotros*. La Paz: República de Bolivia – PROHISABA – Unión Europea – Plural.
- IDOYAGA MOLINA, Anatilde (2002). *Culturas, enfermedades y medicinas. Reflexiones sobre la atención de la salud en contextos interculturales de Argentina*. Buenos Aires: Instituto Universitario Nacional de Arte.
- KELLY, José Antonio (2011). «Equívocos sobre identidad y cultura: un comentario sobre la formulación de políticas para los pueblos indígenas en Venezuela». En: FREIRE, G. (ed.). *Perspectivas en salud indígena. Cosmovisión, enfermedad y políticas públicas*. Quito: Abya-Yala, págs. 417-461.
- KELLY, José Antonio, y CARRERA, Javier (2007). «Los yanomami. Relaciones con la biomedicina». En: FREIRE, G., y TILLET, A. (ed.). *Salud indígena en Venezuela*. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud, págs. 263-380.
- LLANCAPAN, Pedro; HUENULLAN, Carmen, y MILLAHUAL, Violena (2013). *Centro de Salud Mapuche Rayen Foye*. Santiago de Chile: Asociación Consejo Mapuche Pudahuel – Servicio de Salud Metropolitano Occidente – Ministerio de Salud.
- LOMNITZ, Claudio (2014). «La etnografía y el futuro de la antropología en México». *Nexos*, (en línea) Disponible en: [www.nexos.com.mx/?p=23263](http://www.nexos.com.mx/?p=23263) (consulta: 13 de marzo de 2016).
- LOZA CARMEN, Beatriz (2004). *Kallawayas. Reconocimiento Mundial a una Ciencia de los Andes*. La Paz, Bolivia: Fundación Cultural del FCB – Viceministerio de Cultura – Unesco.
- MENÉNDEZ, Eduardo (2015). «Las enfermedades ¿son sólo padecimientos? Biomedicina, formas de atención “paralela” y proyectos de poder». *Salud Colectiva*, vol. 11, núm. 3, págs. 301-330.
- MILLALEN, Doralisa (1999). «Saludo de facilitadores interculturales». En JÉLVES, I. (comp.). *Memoria Tercer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas*. Temuco: Ministerio de Salud – CONADI Servicio de Salud Araucanía – Asociación de Municipalidades de la Araucanía, págs. 12-14.
- MUSALEM BENDEK, Ricardo (2000). «Proyectos de medicina intercultural para la población mapuche residente en Santiago». En: ACUÑA DÍAZ, L. (ed.). *Primer Seminario Nacional de Salud Intercultural y Políticas Públicas*. Santiago de Chile: Ministerio de Planificación y Cooperación – Ministerio de Salud, págs. 43-49.
- NAPIER, David et al. (2014). «Culture and health». *The Lancet*, vol. 384, núm. 9.954, págs. 1607-1639.

- OSORIO, Rosa María (2001). «Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles». México: Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana. CIESAS – INI – INAH – CONACULTA.
- OYARCE, Ana María, y PEDRERO MALVA, Marina (2006). *Elementos para un diagnóstico epidemiológico con enfoque sociocultural*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
- OYARCE, Ana María, y PEDRERO MALVA, Marina (2013). *Perfil epidemiológico básico de la población mapuche-williche residente en el área de cobertura de los Servicios de Salud Chiloé y del Reloncaví*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
- PAREJA TEJADA, María Eugenia (coord.) (2013). *Imaginario en salud. Percepciones de salud y enfermedad en los municipios de Achacachi, Charazani, Tiwanaku, El Alto y La Paz*. La Paz, Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés.
- PÉREZ MENDOZA, Rosario, y FUERTES MAMANI, Azucena (2007). *Encuentro de dos culturas: la biomedicina y la medicina tradicional. La experiencia en Tinguipaya*. La Paz, Bolivia: Cooperazione Italiana – Cooperazione Internazionale – Embajada de Italia.
- RAMÍREZ HITA, Susana (2009). *Calidad de Atención. Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymará del altiplano boliviano*. La Paz, Bolivia: OPS-OMS.
- RAMÍREZ HITA, Susana (2011). «Salud Intercultural. Crítica y problematización a partir del contexto boliviano». La Paz, Bolivia: Instituto Superior Económico Andino de Teología.
- RAMÍREZ HITA, Susana (2014). «Aspectos interculturales de la reforma del sistema de salud en Bolivia». *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, vol. 31, núm. 4, págs. 762-768.
- RODRÍGUEZ, Pablo Daniel, y TRUJILLO, Franz (comp.) (2014). *Curso de educación permanente en la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y el Sistema Único de Salud*. La Paz, Bolivia: Ministerio de Salud.
- SACO, Santiago (2010). *Reducción de la mortalidad materna con estrategia intercultural en Cusco, Perú* (en línea). Disponible en: [www.alames.org/documentos/EJE02-55.pdf](http://www.alames.org/documentos/EJE02-55.pdf) (consulta: 12 de abril de 2016).
- SÁEZ, Margarita, y JÉLVES, L. (eds.) (2009). *Memoria Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas. Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud* (1996). Santiago: Servicio de Salud Araucanía y Programa Salud y Pueblos Indígenas – Ministerio de Salud.
- TAPIA, Ingrid, y DELGADILLO, Juan Carlos (2010). «El modelo de salud intercultural del municipio de Tinguipaya». En: CAMPOS NAVARRO, R.; CITARELLA, L., y ZANGARI, Alessia (eds.). *Yachay Tinkuy. Salud e Interculturalidad en Bolivia y América Latina*. La Paz, Bolivia: PROHISABA – Cooperación Italiana – Gente Común, págs. 337-360.
- WILBERT, Werner, y AYALA, Cecilia (2007). «Los warao». En: FREIRE, G., y TILLET, A. (eds.). *Salud indígena en Venezuela*. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud, págs. 331-396.
- ZANGARI, Alessia (2010). «La experiencia de la Oficina Intercultural Willaqquna en el Hospital Daniel Bracamonte». En: CAMPOS NAVARRO, R.; CITARELLA, L., y ZANGARI, A. (eds.). *Yachay Tinkuy. Salud e Interculturalidad en Bolivia y América Latina*. La Paz, Bolivia: PROHISABA – Cooperación Italiana – Gente Común, págs. 411-437.
- ZOLLA, Carlos (2011). «Del IMSS-Coplamar a la experiencia del Hospital Mixto de Cuetzalan. Diálogos, asimetrías e interculturalidad médica». En: ARGUETA VILLAMAR, A.;

CORONA-MARTÍNEZ, E., y HERSCH, P. (coord.). *Saberes colectivos y diálogo de saberes en México*. Cuernavaca: UNAM – INAH – Universidad Iberoamericana, págs. 201-231.

ZUAZO, Susana (2014). *Sistematización del Proceso de Implementación de la Estrategia para la Atención del Parto con Adecuación Cultural en el Hospital Municipal Boliviano Español de Patacamaya*. La Paz: Ministerio de Salud.

---

Fecha de recepción: 20 de junio de 2016  
Fecha de aceptación: 30 de agosto de 2016  
Fecha de publicación: 2 de mayo de 2017