Acta Bioethica 2022; 28 (1): 25-34

LA INTERCULTURALIDAD VACÍA: DERECHO A LA SALUD INTERCULTURAL DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y PERSONAS MIGRANTES EN CHILE

Liliana Galdámez Zelada[1], Salvador Millaleo Hernández[2]

Resumen: Este trabajo analiza el desarrollo de la perspectiva intercultural en la protección y garantía del derecho a la salud en pueblos indígenas y población migrante en Chile desde el punto de vista jurídico. Revisa las prácticas y experiencias prevalentes en el ámbito de la salud pública en Chile, para establecer la forma y alcance de la interculturalidad en la protección del derecho a la salud y la manera en que tributa a la interculturalidad. La perspectiva intercultural en el acceso a la justicia en Chile es débil, formal, se trata de iniciativas incipientes en el caso de los pueblos indígenas, mientras en el caso de las personas migrantes apenas abordan barreras idiomáticas.

Palabras clave: salud pública, derecho a la salud, pueblos indígena, migrantes

Empty interculturality: the right to intercultural health of indigenous peoples and migrants in Chile

Abstract: This work analyzes the development of the intercultural perspective in the protection and guarantee of the right to health in indigenous peoples and migrant population in Chile from the legal point of view. It reviews the prevalent practices and experiences in the field of public health in Chile, to establish the shape and scope of interculturality in the protection of the right to health, and the way in which it contributes to interculturality. The intercultural perspective on access to justice in Chile is weak, formal, these are incipient initiatives in the case of indigenous peoples while in the case of migrants, they hardly address language barriers.

Keywords: public health, right to health, indigenous peoples, migrants

A interculturalidade vazia: direito à saúde intercultural dos povos indígenas e pessoas migrantes no Chile

Resumo: Este trabalho analisa o desenvolvimento da perspectiva intercultural na proteção e garantia do direito à saúde nos povos indígenas e população migrante no Chile do ponto de vista jurídico. Revisa as práticas e experiências prevalentes no âmbito da saúde pública no Chile, para estabelecer a forma e alcance da interculturalidade na proteção do direito à saúde e à forma com que contribui à interculturalidade. A perspectiva intercultural no acesso à justiça no Chile é débil, formal, tratando-se de iniciativas incipientes no caso dos povos indígenas, enquanto que no caso das pessoas migrantes apenas abordam barreiras idiomáticas.

Palavras chave: saúde pública, direito à saúde, povos indígenas, migrantes

[1] Universidad de Valladolid, España.

[2] Universidad de Bielefeld, Alemania.
Correspondencia: smillaleo@derecho.uchile.cl

Introducción

La interculturalidad es un enfoque imprescindible para una aproximación coherente con el reconocimiento de la diversidad como elemento constitutivo de las sociedades contemporáneas. Esta premisa se enfrenta en Chile, sin embargo, con un ordenamiento jurídico interno, instituciones y prácticas que carecen de un desarrollo consistente de la interculturalidad, la cual es debilitada hasta un nivel incluso contradictorio con su reconocimiento. Esta institucionalidad y sus prácticas desarrollan una retórica de interculturalidad, pero son experiencias funcionales a modelos de exclusión de la diferencia, y la vacían de contenido*(1)*. El resultado sigue siendo un Estado que no se configura desde un sujeto de derecho heterogéneo.

Centraremos el análisis en la protección del derecho a la salud, desde la perspectiva intercultural, debido a su rol central para evidenciar el carácter reducido de la interculturalidad, de manera que el sistema de salud chileno no puede ser realmente calificado de "intercultural".

El objetivo de este trabajo es analizar, desde una perspectiva jurídica, el acceso a la salud intercultural en el caso de las personas migrantes y los pueblos indígenas, y los desafíos teóricos y concretos que enfrenta la sociedad chilena en el siglo XXI.

Metodología

Desarrollaremos un abordaje a las concepciones más relevantes de la interculturalidad, destacando el enfoque crítico y su aplicación respecto de la salud. Luego revisaremos los principales desarrollos jurídicos de la interculturalidad en materia de salud, tanto para pueblos indígenas como para personas migrantes, primero en el nivel internacional y luego en el nivel del Derecho interno de Chile, relevando las evaluaciones disponibles respecto de su implementación práctica.

La perspectiva intercultural y la salud

Las políticas de interculturalidad son políticas de identidad, esto es, reivindican identidad contextualizada en una historia colectiva y muchas veces un territorio, procurando responder a tres preguntas: cómo los individuos y grupos de personas de diferentes culturas interactúan entre sí; cómo viven bien juntos a pesar de las diferencias relacionadas con el idioma, la cultura, la religión, la etnicidad y otras identificaciones socioculturales; cómo resuelven los conflictos que surgen de malentendidos interculturales y cómo su encuentro diario con la diversidad da forma a sus actitudes, comportamientos y experiencias*(2)*. El punto focal de la interculturalidad consiste en el contacto entre sujetos y grupos de diferentes culturas en la interacción directa y cotidiana, antes que las relaciones institucionales o políticas*(3)*. En definitiva, lo definitorio de la interculturalidad es un pluralismo integrador centrado en una articulación equilibrada de la relación mayoría/minorías y concebido con un espíritu de síntesis, que tiene en cuenta las diversas dimensiones inherentes a la gestión de la diversidad*(4)*.

Tubino y Walsh han distinguido una interculturalidad funcional y otra crítica*(5-7)*. La interculturalidad funcional busca promover el diálogo intercultural sin tocar las causas de la injusticia cultural, mientras la interculturalidad crítica busca suprimirlas. La interculturalidad crítica es deconstructiva y propositiva al mismo tiempo: hace una lectura crítica de la realidad social que nos permite visualizar y deconstruir la discriminación y el racismo como problemas estructurales e históricos, y busca generar espacios de reconocimiento como un proyecto ético-político de transformación en democracia de las causas de las inequidades económicas y culturales.

En su componente descriptivo, el enfoque intercultural no enfatiza la composición del grupo, sino el tipo y la calidad de las relaciones intergrupales dentro de la sociedad en términos de poder: el poder de definir quién pertenece a una mayoría y quién es estigmatizado como minoría. En su dimensión normativa, el enfoque intercultural busca transformar las relaciones entre estos grupos, tanto mediante el empoderamiento de ciertas agrupaciones, como mediante la alteración de las percepciones mayoritarias y promoción de procesos recíprocos de identificación entre grupos históricamente privilegiados y grupos excluidos(8).

Las teorías de la interculturalidad tienen tres fuentes: anglosajona, continental europea y latinoamericana*(8)*. La perspectiva anglosajona pondrá

énfasis en la convivencia pacífica y aceptación interracial, prestando poca atención al racismo institucionalizado y a la desigualdad estructural. La perspectiva europea continental se desarrolla con políticas destinadas a proporcionar una integración individual de miembros de grupos migrantes. La latinoamericana surge como un discurso que busca redefinir las relaciones entre los Estados poscoloniales y los pueblos indígenas, proponiendo cambiar los modelos estatal y económico vigentes para posibilitar el respeto de los derechos indígenas, siendo recientes y menos explorados los desafíos en cuanto a las personas migrantes.

En su desarrollo, la interculturalidad se irá distinguiendo del multiculturalismo, pese a que en el ámbito anglosajón estaban entrelazados en sus primeras etapas. Al multiculturalismo, además de atentar contra la cohesión social*(9,10)*, se le ha reprochado generar divisiones etnoculturales segregadas, estimular un racismo creciente, sentimientos xenófobos e incrementar las desigualdades socioeconómicas crecientes. Si bien la interculturalidad procura evitar estas derivaciones del multiculturalismo, permanecen con un contenido común en cuanto a las expectativas normativas de reconocimiento de las diferencias culturales y demandas de equidad entre ellas*(11)*.

En materia de salud, específicamente, el rol de la cultura en la atención y eficacia práctica de la salud está siendo reconocido crecientemente*(12,13)*. Los valores culturales de los grupos destinatarios de las prácticas de salud deben entenderse y considerarse, además de respetar sus derechos culturales colectivos e individuales, procurando evitar y superar los estereotipos y la perpetuación de las inequidades*(14)*. Diversos enfoques procuran desarrollar formas de una medicina integrativa que sea capaz de abordar esas tareas.

En una perspectiva más bien funcional, el enfoque de la competencia cultural en salud se refiere a "la conciencia, el conocimiento y las habilidades y los procesos que necesitan los individuos, profesiones, organizaciones y sistemas para funcionar de manera efectiva y apropiada en situaciones culturalmente diversas en general y en particular, encuentros de diferentes culturas"*(15)*.

En otros enfoques, más críticos, la perspectiva de la "seguridad cultural" se refiere a la evolución desde conciencia cultural, que implica una comprensión de las diferencias entre culturas, hacia la sensibilidad cultural, en la que estas diferencias se consideran legítimas, y luego hasta la seguridad cultural, en la cual ya no hay un desafío a la identidad cultural, en virtud del respeto y entendimiento común*(16)*. Por su parte, la perspectiva del "camino de la curación" implica que cada sistema de prácticas médicas de un pueblo indígena u otro grupo étnico posee su propia dinámica, de acuerdo con sus concepciones ancestrales y el acceso a los servicios de salud, que se pueden integrar complementariamente para el servicio de las personas y comunidades atendidas para la recuperación de la salud*(17)*.

La interculturalidad crítica en salud corresponde más a la calidad de cada sistema en cuanto a cómo establece las relaciones con el paciente, que a la calidad de la relación abstracta entre los sistemas de salud, generando así una interculturalidad operativa, construida desde la perspectiva de los pacientes, su autodeterminación individual y la autodeterminación de sus comunidades, que distinguen lo que es pertinente de los saberes médicos disponibles para tomar decisiones sobre un tratamiento de curación*(18)*. Solo mediante esta visión, la incorporación de saberes tradicionales y culturales con los biomédicos occidentales puede contribuir a reducir las barreras que a menudo existen en la atención médica.

Esto coincide con el enfoque actual que han ido adoptando las instituciones globales de salud. La estrategia europea "Salud 2020" enfatiza valores relativos a una perspectiva de ciclo de vida, un compromiso multisectorial e interdisciplinario y un enfoque de salud y bienestar de toda la sociedad centrado en las personas*(19)*.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la perspectiva intercultural en el campo de la salud promueve la paridad de trato entre los diferentes grupos culturales, considera la salud como un derecho fundamental y entiende como implícita la capacidad de los profesionales de la salud de poder integrar el conocimiento con las creencias y la prácticas tradicionales al momento de enfrentar una enfermedad*(20)*.

Ya la Declaración de Alma-Ata, de 1978, señalaba

que la atención primaria en salud debía incorporar en lo posible a la medicina tradicional. En 2017, la OPS adoptó la Política sobre Etnicidad y Salud*(21)* con el fin de mejorar las condiciones de equidad para los pueblos indígenas, afrodescendientes, romaníes y miembros de otros grupos étnicos, garantizando un enfoque intercultural de la salud. Para ello se decidió promover modelos de salud intercultural que, a través del diálogo, incorporen la perspectiva de la sabiduría y prácticas ancestrales y espirituales de dichos colectivos, incluyendo su participación en las políticas de salud.

En la Declaración de Astaná, de 2018*(22)*, se establece el principio del empoderamiento de las personas y las comunidades para que se sientan dueñas de su salud dentro de la atención primaria, sosteniendo la necesidad de la participación de las personas y las comunidades en el diseño, planificación y manejo de sus sistemas de salud.

Así también, la Declaración Política sobre la Cobertura Universal de Salud señala, en su párrafo 47, que se debe "Explorar formas de integrar, según corresponda, servicios de medicina tradicional y complementaria seguros y basados en evidencias dentro de los sistemas de salud nacionales y/o subnacionales, particularmente en el nivel de la atención primaria de salud, de acuerdo con el contexto y las prioridades nacionales"*(23)*. La estrategia de la Organización Mundial para la Salud (OMS) ya había ratificado en 2013 el propósito de facilitar la integración de la medicina tradicional en los sistemas de salud*(24)*.

Derecho internacional de la salud intercultural

La perspectiva intercultural en el ámbito de la salud se configura en el Derecho internacional a partir de distintos dispositivos y presenta un desarrollo débil en el Derecho de los tratados ratificados por Chile —vg., Convenio 169 y Convención Internacional sobre Protección de Todos los Trabajadores Migrantes y sus Familiares— y otro más fuerte en el marco del soft law.

Pueblos indígenas: En el caso de los pueblos indígenas, la interculturalidad se constituye como una exigencia doble pero entrelazada: el acceso a los servicios de salud y el reconocimiento de sus propios sistemas médicos.

En el Convenio 169 de 1989 aparece, art. 15, la obligación de los Estados de establecer que los servicios de salud deben planearse y administrarse en cooperación con los pueblos indígenas, y tener en cuenta sus condiciones culturales y métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

En el contexto del quinto centenario de 1492, la OPS tomó en 1993 su resolución V*(25)* sobre salud de los pueblos indígenas, instando a los gobiernos a que promoviesen la transformación de los sistemas de salud y apoyaren el desarrollo de modelos alternativos de atención de población indígena, dentro de la estrategia de los sistemas locales de salud, incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre su calidad y seguridad (punto 2.d). Esta resolución realiza el derecho a la autodeterminación que había sido adoptado como principio rector por la iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas (SAPIA) de la OPS.

En el año 2000, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales formuló la Observación General N° 14*(26)*, sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. En el párrafo 27 se refirió a los pueblos indígenas. El comité identifica elementos que contribuyen a identificar su derecho a la salud. Junto con el acceso, señaló que los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural, significando con ello tener en cuenta cuidados preventivos, prácticas curativas y medicinas tradicionales. Los Estados deben proporcionar recursos para que los pueblos indígenas establezcan, organicen y controlen esos servicios, de suerte que puedan disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. También deberán protegerse plantas medicinales, animales y minerales que resultan necesarios para el pleno disfrute de la salud de los pueblos indígenas.

El sistema internacional de derechos humanos reconoció, en 2007, en términos más claros, el derecho de los pueblos originarios a sus prácticas de medicina tradicional. El art. 24 de la Declaración de Derechos de los Pueblos Indígenas de Naciones Unidas reconoce el derecho colectivo de los pueblos indígenas a sus medicinas tradicionales, a mantener sus prácticas y medios de sanación, incluyendo plantas medicinales, animales y minerales.

La OPS, en su estrategia sobre etnicidad y salud 2019-2025, planteó, como objetivo para los países miembros, contar con al menos una ley, política o estrategia para reconocer, respetar, proteger e incorporar la medicina tradicional, ancestral y complementaria en los sistemas nacionales de salud*(27)*.

Personas migrantes: en la Convención Internacional sobre protección de todos los trabajadores migrantes y sus familiares (CTMF), de 1990, la perspectiva intercultural no tiene un reconocimiento expreso, aunque se desprende del reconocimiento del derecho a la identidad cultural (art. 17 N° 1). Aunque resulta más contundente que el Convenio 169 que no profundiza en esta perspectiva.

La CTMF articula la perspectiva intercultural a partir del reconocimiento del derecho a la identidad cultural. La convención transita desde establecer un deber de protección de la identidad cultural de las personas migrantes, con consecuentes deberes de hacer y no hacer, como el respeto de la identidad cultural de los trabajadores migratorios y de sus familiares, y no impedir mantener vínculos culturales con sus Estados de origen (art. 31), hasta una debilitada concreción en algunas disposiciones. Por ejemplo, respecto a personas privadas de libertad (art. 17), la Convención establece que las personas migrantes serán tratadas dignamente con respeto a su identidad cultural; también reconoce la identidad cultural en relación con el derecho a participar en reuniones de asociaciones y sindicatos para proteger sus intereses culturales (art. 26); introduce como derecho el acceso a la vida cultural, que extiende a los familiares de los trabajadores migrantes (art. 43 g); establece un deber respecto de los trabajadores migratorios documentados, en orden a facilitar a la enseñanza de su lengua y cultura maternas (art. 45 N° 3); asimismo, en relación con trabajadores migrantes documentados, la Convención señala que, en la promoción de condiciones satisfactorias, equitativas, dignas y lícitas relativas a la migración internacional de trabajadores y sus familiares, se tendrá debidamente en cuenta no solo las necesidades y recursos de mano de obra, sino también las necesidades sociales, económicas, culturales y de otro tipo (art. 64.2).

En cuanto al derecho a la salud, la CTMF distingue entre trabajadores migrantes documentados e indocumentados, desarrollando otras normas aplicables a ambos. Entre las normas comunes, se encuentra el art. 25, en el que se señala que trabajadores migratorios tendrán un trato no menos favorable que el que se aplica a los nacionales, que incluye seguridad y derecho a la salud, entre otros, aunque sin referencias al derecho a la identidad cultural. Respecto de trabajadores indocumentados, el art. 28 afirma que tienen derecho a atención médica en casos de urgencia, cuando esta es necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud en condiciones de igualdad de trato con los nacionales. Entretanto, acerca de los trabajadores migrantes documentados, se establece que gozarán de igualdad de trato respecto de los nacionales en cuanto al acceso a servicios de salud cuando cumplan los requisitos de acceso para participar en esos planes.

Como puede apreciarse, los derechos y deberes de protección asociados con la identidad cultural no se extienden de la misma manera a la protección de la salud, ya que esta se configura como un acceso a atención imprescindibles para asegurar la vida (indocumentados) o en condiciones de igualdad bajo respecto los nacionales bajo ciertas condiciones (migrantes documentados).

La citada Observación General N° 14 señala que, respecto de las personas migrantes, todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, pueblos y comunidades.

También la OMS, en su 61ª Asamblea Mundial de la Salud de 2008, reconoció la importancia del desarrollo de la perspectiva de la interculturalidad en el aseguramiento del derecho a la salud de las personas migrantes y exhortó a los Estados para que fomenten entre los proveedores y los profesionales de los servicios de salud la sensibilidad a los factores culturales y las cuestiones de género al abordar los problemas sanitarios de los migrantes*(28)*. En el campo de la salud mental, la OMS también promueve la comunicación intercultural y respuesta psicosocial y de salud mental en el caso de las personas migrantes, y la consideración de la diversidad cultural en la provisión de cuidados de salud mental*(29)*.

La OPS ha elaborado un Documento de Orien-

tación sobre Migración y Salud (2018) que contempla entre sus líneas de acción: "Brindar capacitación a la fuerza laboral de salud para desarrollar equipos interprofesionales en el primer nivel de atención con competencias combinadas en atención completa y enfoques de salud interculturales y de determinantes sociales"*(30)*.

En cuanto a la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en sus sentencias la Corte se pronuncia sobre las dificultades y omisiones en el acceso a la salud en casos contenciosos*(31)*, mientras que la perspectiva intercultural se introduce en la Opinión Consultiva N° 21*(32)*.

El derecho a la salud intercultural en el Derecho chileno

En el ordenamiento nacional, la perspectiva intercultural es ajena al texto de la Constitución de 1980. Presenta un mayor desarrollo en cuanto a los pueblos indígenas que respecto de personas migrantes, pero sus resultados apuntan a una debilidad profunda en el país.

Pueblos indígenas: En cuanto a ellos, la interculturalidad en salud se ha referido a la capacidad de establecer mecanismos de comunicación entre el equipo de salud dentro del sistema estatal y las personas pertenecientes a uno de los pueblos originarios reconocidos en la Ley Indígena, Ley N° 19.253 de 1993. Esto se traduce también en la generación de estrategias para favorecer la complementariedad y la elaboración de un plan de salud culturalmente pertinente*(33)*.

El Programa Mapuche (PROMAP) fue creado en 1992 como primer programa de salud intercultural. Surgió en el marco de recomendaciones provenientes de la OPS y en virtud de los compromisos contraídos por el primer gobierno democrático en el acuerdo de Nueva Imperial. También fue consecuencia de la Comisión Especial de Pueblos Indígenas y de la influencia de la OPS*(34)*. El objetivo del PROMAP fue mejorar la calidad de la atención de la población mapuche en los centros de salud, siendo sus ejes la capacitación, la investigación, el conocimiento comunitario y la docencia.

La Ley Indígena estableció como deber del Estado, a través de sus instituciones, respetar, proteger y promover el desarrollo de los indígenas, sus culturas, familias y comunidades, adoptando medidas adecuadas para tales fines. De igual forma señala, en su art. 34, que los servicios de la administración del Estado y organizaciones de carácter territorial, cuando traten materias que tengan injerencia o relación con cuestiones indígenas, deberán escuchar y considerar la opinión de las organizaciones indígenas que reconoce esta ley. Ello implica el deber del Estado de respetar y proteger los significados y prácticas de medicina indígena, así como la participación de sus organizaciones.

A consecuencia de aquella ley, en 1996 fue creado el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI), desde el Departamento de Atención Primaria, en coordinación con diversos niveles administrativos subnacionales y con organizaciones indígenas. Es el programa más antiguo y aún vigente en materia de salud intercultural. El Programa se desarrolla desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria (DIVAP), y se coordina con referentes de los Servicios de Salud a lo largo del país. Su impacto ha sido positivo, en la medida en que han instalado el discurso sobre la necesidad de incorporar un enfoque intercultural en las prestaciones de salud indígena*(35)*.

La Ley de Autoridad Sanitaria, Ley N° 19.937, en su art. 4, función N° 16, señala que entre las funciones del Ministerio de Salud está la de formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena. Esto fue reforzado por el art. 21 del Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud de 2004, Decreto N° 135.

El Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, Decreto N° 140, señala como una de las facultades del Director del Servicio, programar, ejecutar y evaluar, en conjunto con los integrantes de la Red y con participación de representantes de comunidades indígenas, estrategias, planes y actividades que incorporen en el modelo de atención y en programas de salud, el enfoque intercultural en salud.

Posteriormente, la Norma General Administrativa N° 16, Sobre Interculturalidad en los Servicios de Salud, fue aprobada mediante Resolución Exenta

N° 261 del Ministerio de Salud de 28 de abril de 2006. Esta norma desarrolla directrices orientadoras en la implementación de la pertinencia cultural, interculturalidad y complementariedad en los Servicios de Salud. Fue elaborada a partir de un grupo de trabajo técnico, que buscó desarrollar las conclusiones de la Comisión de Verdad Histórica y Nuevo Trato.

Finalmente, la Ley N° 20.584, que Regula los Derechos y los Deberes que tienen las Personas vinculadas a su atención de salud, establece, en su art. 7, la obligación de los prestadores institucionales públicos en los territorios de alta concentración de población indígena, de asegurar el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos originarios a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, que se expresará en la aplicación de un modelo de salud intercultural validado ante las comunidades indígenas, que deberá contener, al menos, el reconocimiento, protección y fortalecimiento de conocimientos y prácticas de los sistemas de sanación de pueblos originarios; la existencia de facilitadores interculturales y señalización en idioma español y del pueblo originario que corresponda al territorio, y el derecho a recibir asistencia religiosa propia de su cultura.

En el nivel asistencial, la primera iniciativa de salud intercultural se concretará en el hospital Makewe, en la comuna de Padre las Casas, en la Araucanía*(36)*. La asociación mapuche Makewe Pelale asumió de manera autogestionada en 1999 la iniciativa, incorporando las prestaciones de medicina tradicional mapuche*(37)*.

En la implementación normativa y práctica de la política de salud intercultural indígena se constatan avances, como la incorporación de prácticas indígenas, la generación de diagnósticos epidemiológicos en las regiones con alta población indígena, la construcción de equipos especializados en el trabajo intercultural, la realización de múltiples encuentros territoriales con participación de agentes comunitarios, el desarrollo de protocolos e incorporación de facilitadores interculturales en recintos de salud. Sin embargo, aparecen en la evaluación de las políticas de salud intercultural de manera constante una serie de obstáculos, incluyendo la falta de espacios de participación, gruesa desigualdad en los recursos, carencia de lenguaje común, no aceptación de la diversidad, paternalismo institucional, relación asimétrica y una difícil relación del sistema estatal con los médicos alópatas*(38)*. Se ha cuestionado que este sistema no respeta la complementariedad de otras medicinas ni acoge conocimientos alternativos, los cuales se basan en la espiritualidad y el respeto a la naturaleza*(39)*. Por ello, se ha concluido que la salud intercultural en Chile constituye más bien un espacio de reproducción de relaciones de hegemonía y subalternidad*(40)*.

En dicha posición de subalternidad de los saberes indígenas se legitima el saber biomédico occidental como hegemónico, y esto se adjudica a la falta de reconocimiento de los derechos humanos de los pueblos por parte del Estado, en especial, el derecho de los pueblos indígenas a participar en la toma de decisiones que les afectan*(41)*. En este contexto de subalternidad, se siguen deteriorando las prácticas propias de medicina tradicional, a la vez que las hierbas medicinales se hacen más escasas y los cultores más vulnerables.

Personas migrantes: En el caso de las personas migrantes, las normas que son aplicables son dos. Por una parte, el DL N° 1094 de 1975, que establece disposiciones sobre extranjeros en Chile, no se refiere al derecho a la salud ni tampoco a la interculturalidad. Por otra parte, la nueva Ley de Migración y Extranjería, N° 21.325, publicada aunque no vigente en espera de la publicación de su reglamento, señala en su art. 6 que el Estado, a través de la Política Nacional de Migración y Extranjería, propenderá a la integración e inclusión de los extranjeros dentro de la sociedad chilena en sus diversas expresiones culturales, fomentando la interculturalidad, con el objeto de promover la incorporación y participación armónica de los extranjeros en la realidad social, cultural, política y económica del país, para lo cual deberá reconocer y respetar sus distintas culturas, idiomas, tradiciones, creencias y religiones. Se trata de una norma que introduce el deber de hacer, respetar y promover la integración e inclusión, pero no un derecho. Se trata solo de un deber de fomentar la interculturalidad, asociado a un deber de respeto.

En cuanto al derecho a la salud, en la nueva ley se configura en los siguientes términos en su art. 15: "Los extranjeros residentes o en condición migra-

toria irregular, ya sea en su calidad de titulares o dependientes, tendrán acceso a la salud conforme a los requisitos que la autoridad de salud establezca, en igualdad de condiciones que los nacionales. Todos los extranjeros estarán afectos a las acciones de salud establecidas en conformidad al Código Sanitario, en resguardo de la salud pública, al igual que los nacionales".

La interculturalidad es una perspectiva presente, pero de escaso desarrollo normativo. La ley resalta la idea de la integración a la sociedad, concepto que tensiona con la idea de la interculturalidad. La forma y materialidad de la interculturalidad se incorpora como una declaración relevante, pero vacía de contenido desde el punto de vista de su desarrollo.

En cuanto a la salud, lo que se asegura en la ley es el acceso no el derecho a la salud, y bajo una fórmula críptica, pues remite a los requisitos que la autoridad establezca, aunque a continuación señale que será en igualdad respecto de los nacionales. El acceso a la salud, configurado en la ley, no posee los elementos que nos permitan identificar a la salud como un derecho. Se trata propiamente de una prestación que no va a acompañada de mecanismos jurisdiccionales y normativos, por tanto, su definición queda en el amplio margen de la discrecionalidad de la autoridad. El acceso a la salud de las personas migrantes no desarrolla elementos que permitan concretar la declarada interculturalidad que reconoce y declara proteger la ley.

El documento "Política de Salud de Migrantes Internacionales", de 2017, es el único que incorpora el enfoque de interculturalidad, proponiendo una mirada de vinculación, en la que la diferencia se comprende como una forma de enriquecer la sociedad, que impide considerar que un grupo social está por sobre otro y que favorece el respeto, la inclusión y la buena convivencia*(42)*. Sin embargo, esto no ha recibido un desarrollo sistemático de políticas públicas.

Una experiencia positiva ha sido el rol de los facilitadores interculturales en atención de salud primaria de la población migrante. Pero hay que destacar las dificultades burocráticas para implementar esta figura en los hospitales, en cuanto la inserción de esta nueva figura a los equipos de salud ha dependido más de voluntades particulares que de un reglamento específico*(43)*.

En general, las investigaciones disponibles sobre la salud de la población migrante han mostrado que la discriminación pareciera ser la principal causa de una peor salud, tanto física como mental, en dicha población, incluyendo un menor bienestar psicológico y calidad de vida*(44)*. Las personas migrantes están en una posición de abierta desventaja en el ejercicio de su derecho a la salud, en términos de su acceso a previsión de salud, una menor consulta, cobertura o satisfacción de necesidades de salud a corto y largo plazo*(45)*.

En particular, el acceso a la salud de las personas migrantes indocumentadas es particularmente precario: son consideradas como pacientes ilegítimos, de manera que los funcionarios cuestionan su acceso a la salud a partir de la diferenciación de su estatus jurídico, reproduciendo desigualdad en el acceso a la salud entre nacionales y extranjeros*(46)*.

Conclusiones

La construcción del derecho a la salud intercultural en Chile es sumamente limitada. Siendo completamente embrionaria, no representa un sector relevante, allí donde existe. El análisis nos muestra una interculturalidad vacía, carente de contenidos y, cuando los tiene, completamente orientada a la subordinación de los grupos cuyas perspectivas deberían integrarse de manera respetuosa y complementaria en los tratamientos médicos.

El derecho a la salud intercultural en el mundo ha sido desarrollado por algunos tratados a partir del derecho a la identidad cultural —los más importantes ratificados por Chile y vigentes— y, sobre todo, por el soft law a través de las instituciones más importantes de gobernanza global en materia de salud, la OMS y la OPS, así como también por la ONU.

En materia de pueblos indígenas, normas internas y políticas de salud intercultural no traspasan el umbral de iniciativas incipientes que aspiran a una interculturalidad funcional. No logran asomarse hacia la construcción de una interculturalidad crítica que permita transformar las relaciones de inequidad, sino que las reproduce.

En cuanto a las personas migrantes, dichas normas no cuentan con contenidos concretos ni políticas

que las implementen, de manera que la interculturalidad declarada es completamente impotente para contribuir a resolver las inequidades que padecen los migrantes en asuntos de salud, no existe en la práctica un reconocimiento a una identidad diversa, más allá de reconocer las barreras idiomáticas.

Agradecimientos

Agradecemos a ANID, proyecto PIA SOC 180008 "Migraciones Contemporáneas en Chile: desafíos para la democracia, la ciudadanía global y acceso a los derechos para la no discriminación", por su apoyo en el desarrollo de esta investigación.

Referencias

1. Walsh C. Interculturalidad crítica y educación intercultural. In: Viaña J, Tapia L, Walsh C, eds. *Construyendo la Interculturalidad Crítica*. La Paz: CAB, Convenio Andrés Bello; 2010.
2. Elias A, Mansouri F. A Systematic Review of Studies on Interculturalism and Intercultural Dialogue. *Journal of Intercultural Studies* 2020; 41(4): 490-523.
3. Modood T. Interculturalism: Not a new policy paradigm. *Comparative Migration Studies* 2018; 6(1): 1-8.
4. Bouchard G. *L'Interculturalisme, Un point de vue québécois*. Quebec: Boreal; 2012.
5. Tubino F. Del interculturalismo funcional al interculturalismo crítico. En: Samaniego M, Garbarini CG, comps. *Rostros y fronteras de la identidad*. Temuco: Universidad Católica de Temuco; 2004.
6. Tubino F. *La Interculturalidad en cuestión*. Lima: Fondo Editorial de la PUCP; 2016.
7. Walsh C. Interculturalidad y colonialidad del poder: Un pensamiento y posicionamiento otro desde la diferencia colonial. En: Walsh C, García-Linera A, Mignolo W, eds. *Interculturalidad, descolonización del Estado y del conocimiento*. Buenos Aires: Ediciones del Signo; 2003.
8. Dietz G. Interculturality. In: Callan H, ed. *The International Encyclopedia of Anthropology*. Oxford: Wiley Blackwell; 2018.
9. Levrau F, Loobuyck P. Introduction: mapping the multiculturalism-interculturalism debate. *Comparative Migration Studies* 2018; 6(1): 1-13.
10. Putnam R. E pluribus unum: Diversity and community in the twenty-first century. *Scandinavian Political Studies* 2007; 30(2): 137-74.
11. Guilherme M, Dietz G. Difference in diversity: multiple perspectives on multicultural, intercultural, and transcultural conceptual complexities. *Journal of Multicultural Discourses* 2015; 10(1): 1-21.
12. Napier AD. *Culture matters: using a cultural contexts of health approach to enhance policy-making*. Policy Brief N° 1. Copenhagen: WHO Europe; 2017.
13. Napier AD, Ancarno C, Butler B, et al. Culture and health. *Lancet* 2014; 384(9954): 1607-39.
14. Knipper M. Más allá de lo indígena: Salud e interculturalidad a nivel global. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 2010; 27(1): 94-101.
15. Bean R. *The effectiveness of cross-cultural training in the Australian context*. Canberra: Department of Immigration and Multicultural Affairs; 2006.
16. Ramsden I. Cultural safety: implementing the concept – the social force of nursing and midwifery. In: Whaiti PT, McCarthy M, Durie A, eds. *Mai i Rangiatea*. Auckland: Auckland University Press; 1997.
17. Sanchez Parga J. Los caminos de la cura. En: Sanchez Parga J., ed. *Política de salud y comunidad andina*. Quito: CAAP; 1982.
18. Herrera D, Hutchins F, Gaus D, et al. Intercultural health in Ecuador: an asymmetrical and incomplete project. *Anthropology & Medicine* 2019; 16(3): 328-44.
19. WHO. *Health 2020: the European policy for health and well-being*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.
20. OPS. *Diversidad Cultural y Salud*. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/diversidad-cultural-salud
21. PAHO. *Resolution CSP29.R3*, refered to Document CSP29/7, Rev. 1. 29th Panamerican Sanitary Conference 69th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas. Washington, DC; 2017.

22. OMS. *Declaración de Astaná: Conferencia mundial sobre atención primaria de salud*. Astaná (Kazajstán), 25 y 26 de octubre de 2018. Geneva: WHO; 2018.
23. United Nations. *Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage*. Universal health coverage: moving together to build a healthier world. New York: UN; 2019.
24. WHO. *WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023*. Geneva: WHO; 2013.
25. PAHO. *CD37-R5 Initiative "Health of the Indigenous Peoples of the Americas"*, adopted at the fourth plenary session, 28 September 1993. Washington, DC; 1993.
26. CESCR. *Observación General 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR. Geneva: CESCR; 2000.
27. OPS. *Estrategia y Plan de Acción sobre Etnicidad y Salud 2019-2025* (OPS/EGC/21-0005). Washington: OPS; 2021.
28. OMS. *Salud de los migrantes, Resolución WHA61.17*. 61ª Asamblea Mundial de la Salud, del 19 al 24 de mayo del 2008. Ginebra: OMS; 2008.
29. Oficina Internacional de Migraciones. *Comunicación Intercultural y Respuesta Psicosocial y de Salud Mental*. Disponible en: https://www.iom.int/es/comunicacion-intercultural-y-respuesta-psicosocial-y-de-salud-mental
30. OPS. *Documento de orientación sobre migración y salud*. Washington: OPS; 2018.
31. Corte IDH. *Caso Nadege Dorzema y otros vs. República Dominicana*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de octubre de 2012. Serie C N° 251, párrafo 109. San José: Corte IDH; 2012.
32. Corte IDH. *Derechos y garantías de niñas y niños en el contexto de la migración y/o en necesidad de protección internacional*. Opinión Consultiva OC-21/14 de 19 de agosto de 2014. Serie A N° 21, Párrafo 104. San José: Corte IDH; 2014.
33. MINSAL. *Guía Metodológica para la Gestión del Programa, Orientaciones Técnicas*. Santiago: PESPI; 2016.
34. Poblete M. *Política de salud intercultural en Chile, desde PROMAP hasta la normativa vigente en Chile*. Asesoría Técnica Parlamentaria. Valparaíso: BCN; 2019.
35. Manríquez-Hizaut MN, Lagos-Fernández C, Rebolledo-Sanhuesa J, Figueroa-Huencho V. Salud intercultural en Chile: Desarrollo histórico y desafíos actuales. *Revista de Salud Pública* 2008; 20(6): 759-63.
36. Bolados P. Neoliberalismo Multicultural en el Chile Postdictadura: La Política Indígena en Salud y sus Efectos en Comunidades Mapuches y Atacameñas. *Chungará* 2012; 44(1): 135-44.
37. Ibacache J, Chureo F, McFall S, Quidel J. *Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El Caso de los Mapuche de Makewe-Pelale de Chile*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2001.
38. CEPAL. *Informe Seminario-Taller Pueblos Indígenas de América Latina: Políticas y Programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?* Santiago: CEPAL; 2007.
39. Agurto K. Tensiones en el conocimiento y el sistema de salud intercultural, basado en el papel asumido por la mirada occidental en la Araucanía. En: Rojas M, ed. *Una Nueva Constitución: Una Propuesta desde La Araucanía*. Temuco: Ediciones de la Universidad Católica de Temuco; 2021.
40. Piñones C, Liberona N, Montecino B. La subordinación ideológica del saber médico andino en la salud intercultural chilena. *Polis* 2019; 18(54): 141-53.
41. Pérez C, Nazar G, Cova F. Facilitadores y obstaculizadores de la implementación de la política de salud intercultural en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2016; 39(2): 122-7.
42. MINSAL. *Política de salud de migrantes internacionales*. Elaborada por Equipo Asesor Sectorial de Salud de Migrantes del Ministerio de Salud, FONASA y la Superintendencia de Salud. Santiago: MINSAL; 2017.
43. Sepúlveda C. *Estudio cualitativo del rol de los facilitadores interculturales en la atención de salud de migrantes internacionales en dos comunas de la Región Metropolitana: Quilicura y Santiago*. Tesis para optar al grado de Magíster en Gestión y Políticas Públicas. Santiago: U. de Chile, FCFM; 2019.
44. Urzúa A, Cabiéses B. Salud y Bienestar en población migrante en Chile: el aporte de los proyectos FONDECYT a la evidencia internacional. *Cuadernos Médico Sociales* 2018; 58(4).
45. Cabiéses B, Oyarte M. Acceso a salud en inmigrantes: identificando brechas para la protección social en salud. *Revista de Sáude Pública* 2020; 54: 1-13.
46. Concha N, Mansilla M. Pacientes ilegítimos: Acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile. *Salud Colectiva* 2017; 13(3): 507-20.

Recibido: 15 de noviembre de 2021

Aceptado: 13 de diciembre de 2021