



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO**

**INTERCULTURALIDAD EN SALUD (MENTAL)
ANÁLISIS CRÍTICO DE LAS POLÍTICAS SANITARIAS DIRIGIDAS AL PUEBLO RAPA NUI**

Tesis para optar al grado de Magister en Psicología, mención Psicología Comunitaria

YILLIAN PAKOMIO BAHAMONDES

**Directora:
Andrea Peroni Fiscarelli**

Santiago de Chile, marzo, 2021

Resumen

Dentro del territorio de Rapa Nui, existe sólo un prestador de servicios de salud: El Hospital Hanga Roa, el que reúne a su vez, al único Programa de Salud Mental ubicado en la isla, que surge a partir del año 2009. En efecto, esta investigación revisa, desde un Enfoque de Interculturalidad, cómo se ha ido tejiendo el trabajo en torno a la Salud Mental a partir de un análisis de los diseños de las Políticas Públicas en materia sanitaria, y, por otro lado, su implementación desde la visión de los profesionales y la población indígena que se atiende en el Programa de Salud Mental. Si bien, el estudio muestra que en las últimas décadas, existe una intencionalidad y una aproximación de parte del Estado chileno en incorporar el Enfoque de Interculturalidad en sus políticas sanitarias, no es suficiente cuando la comprensión del fenómeno pareciera obviar elementos que son propios de la interculturalidad como: el reconocimiento de la diversidad; el respeto a las diferencias; las relaciones equitativas y el enriquecimiento mutuo, lo que en consecuencia, afecta en la nula participación e involucramiento de los y las Rapa Nui en los procesos de diseños de las Políticas Públicas, la utilización de diagnósticos y tratamientos estandarizados y homogéneos para toda la población, el no uso de la lengua nativa, el escaso diálogo entre la medicina Rapa Nui (Papa Ra'au) y la medicina occidental y, finalmente, la baja pertinencia cultural del Programa de Salud Mental.

Palabras clave: Rapa Nui, Interculturalidad, Pueblos Indígenas, Políticas Públicas, Políticas sanitarias, Implementación.

Yillian Pakomio Bahamondes

yillian.pakomio@gmail.com

Abstract

Within the territory of Rapa Nui, there is only one health service provider: The Hanga Roa Hospital, which provides the only Mental Health Program located on the island, since 2009. Indeed, this research reviews, from an Intercultural Approach, how the Program has been developed from a description and analysis of the design of Public Policies in health matters, and, on the other hand, analyze its implementation from the perspective of the professionals and treated indigenous population in the Mental Health Program. Although the study shows that in recent decades, there is an intention and an approach from the Chilean State in incorporating the Intercultural Approach into its health policies, it is not enough when the understanding of the phenomenon seems to obviate elements that are inherent of the interculturality such as: the recognition of diversity; respect for differences; equitable relationships and mutual enrichment, which consequently affects the null participation and involvement of Rapa Nui people in the design processes of Public Policies, the use of standardized and homogeneous diagnoses and treatments for the entire population, the non-use of the native language, the scarce dialogue between Rapa Nui medicine (Papa Ra'au) and Western medicine and the low cultural relevance of the Program.

Keywords: Easter Island, Interculturality, Indigenous People, Public Policies, Health Policies, Implementation.

Yillian Pakomio Bahamondes
yillian.pakomio@gmail.com

Dedicatoria

Este trabajo lo dedico a todas las mujeres y hombres Rapa Nui que consultaron alguna vez en el Programa de Salud Mental. A aquellos que se decepcionaron por su funcionamiento, y a aquellos que siguen creyendo en él. También para quienes no lo legitiman, espero que esta sea una contribución hacia todos los profesionales Rapa Nui que problematizamos la forma en que se construye Salud Mental en Rapa Nui.

Yillian Pakomio B.

Agradecimientos

En primer lugar, a la Profesora Andrea Peroni Fiscarelli. Por su orientación, su confianza en mi trabajo, pero, sobre todo, por sus palabras de apoyo en momentos críticos.

A mis compañeras del Magíster en Psicología Comunitaria, a quienes admiro profundamente por compartir conmigo sus aprendizajes en cada clase y fuera de ellas.

A mis hermanos y hermanas, ¡que son hartos! Gracias a cada uno de ellos, pude comprender distintas formas que moldearon la problematización de esta investigación. Gracias Jany por ayudarme a transcribir. Y a ti, Jeremy. Gracias por tus constantes revisiones y por tu infinita paciencia. Ma'u ru uru.

A mis padres: Gracias por estar presentes.

A Maarten y Maeva: Agradezco su amor, cariño, respeto y apoyo. Gracias a ustedes esta investigación tuvo un inicio y un final. Gracias.

Y a todos y todas quienes formaron parte anónima de esta investigación. Al equipo de Salud Mental del Hospital Hanga Roa, a los usuarios y usuarias del programa. Les agradezco su valioso tiempo y compromiso con el estudio.

Tabla de contenido

Prólogo	1
Capítulo 1: Antecedentes y Contexto. Aproximaciones al problema y objeto de estudio	11
Capítulo 2: Aproximaciones metodológicas	18
Capítulo 3: Políticas Públicas de Salud Mental y Marco Jurídico	28
3.1 Políticas Públicas de Salud Mental en Chile	29
3.1.1 Planes nacionales de Salud Mental	36
3.1.2 MINSAL y el trabajo de la Salud Mental con pueblos indígenas	42
3.2 Derecho indígena en Chile.....	45
3.2.1 El Convenio 169.....	49
Capítulo 4: De la Comunidad Rapa Nui y su cosmovisión	54
4.1 Comunidad como concepto	55
4.2 Comunidad Rapa Nui.....	55
4.3 Evolución de la Comunidad Rapa Nui	59
4.4 Salud- Salud Mental	63
Capítulo 5: Programa de Salud Mental en Rapa Nui	69
5.1 Surgimiento del PSM en Rapa Nui.....	70
5.2 Evolución del PSM.....	72
5.2.1 Logros.....	72
5.2.2 Desafíos.....	73
5.3 Las tensiones entre el diseño y la implementación.....	77
5.3.1 Diseño percibido como flexible, pero... ¿Viable?	77
5.3.2 Políticas Públicas basadas en la cuantificación.....	81
Capítulo 6: Interculturalidad en el Programa de Salud Mental en Rapa Nui	89
6.1 El Enfoque Intercultural en Salud.....	90
6.1.1 Conocimiento de las Políticas de Salud Mental y pueblos indígenas	93
6.1.2 Conocimiento de la Cultura Rapa Nui	97
6.1.3 Diagnóstico y Tratamiento	105
6.1.4 Papa Ra'au: Medicina Rapa Nui	119
6.1.5 Diálogo entre la Medicina Occidental y la Medicina Tradicional Rapa Nui	122
6.1.6 Participación Comunitaria en el PSM	125

6.1.7 ¿Hay Pertinencia Cultural en el PSM?	128
Capítulo 7: Reflexiones Finales	133
Glosario de siglas y acrónimos	142
Referencias Bibliográficas	143
Anexos.....	155

Índice de Tablas

Tabla 1 Pueblos indígenas en Chile.....	13
Tabla 2 Composición de la muestra.....	24
Tabla 3 Características de Políticas, Planes y Programas en Salud Mental	30
Tabla 4 Evolución del Presupuesto de Salud Mental en Chile	32
Tabla 5 Legislación y normativa específica en Salud de pueblos indígenas	43
Tabla 6 Cuerpo normativo de la Medicina tradicional indígena en Chile	45
Tabla 7 Artículo 25 de la parte V del Convenio 169 relativo al ámbito de la Salud.....	51
Tabla 8 Definición de Comunidades	57
Tabla 9 Evolución Población Rapa Nui.....	60
Tabla 10 Población total Censo 2002 y Censo 2017	60
Tabla 11 Diferencias entre un perito y un/a terapeuta.....	75
Tabla 12 Tasa de denuncias (c/100.000 hab.) por delitos de violencia intrafamiliar (VIF), años 2014 a 2016 en Rapa Nui.....	111

Índice de Figuras

Figura 1 Perfil Epidemiológico 2018 Hospital Hanga Roa.....	14
Figura 2 Distribución del presupuesto de salud mental entre hospitales psiquiátricos y otros establecimientos de salud mental en América Latina y el Caribe, 2013.....	32
Figura 3 Diagrama de la Red Temática Salud Mental en la Red General de Salud.....	36
Figura 4 Cuatro principios de la Interculturalidad	90

Prólogo (a modo de introducción)

La historia de Rapa Nui sólo se ha podido perpetuar gracias a los relatos orales que dan cuenta de sus antiguos estilos de vida, sus prácticas y lógicas, siendo transmitidos de generación en generación, lo que hace de esta isla, un misterio. Es así como, las fechas, migraciones y orígenes de su pueblo, han sido supeditadas a la historia oral, que sólo empieza a transcribirse¹ a partir de las primeras embarcaciones que llegan a la isla, en 1722, con el holandés Jacob Roggeveen, pero en mayor profundidad con los primeros misioneros que llegaron a evangelizar a sus habitantes a fines del siglo XIX² y entremedio, con una sucesiva oleada de arqueólogos europeos que, a través de etnografías, investigaron el territorio y su gente (Routhledge 1919; Metraux 1940; Chauvet 1946; Heyerdahl 1957).

¹ Si bien, en Rapa Nui existió un sistema de escritura, conocido como “Rongo Rongo”, se trata de una tablilla de madera con símbolos que, a la fecha, no han podido ser descifradas.

² Véase a Sebastián Englert, un misionero capuchino que escribió: “El diccionario Rapa Nui-español” (1938), “Tradiciones de la Isla de Pascua” (1939) y “Las Leyendas de Isla de Pascua”, editado de forma póstuma en 1980. No obstante, “La Tierra de Hotu Matu’a”, editada por primera vez en 1948, es su obra principal.

Rapa Nui es una isla de 163.6 km² de superficie, ubicada en medio del Océano Pacífico, frente a la localidad de Caldera, III Región de Atacama, a más de 3.800 kilómetros al oeste de la costa chilena, a 4.250 de Papeete (Tahiti) y a unos 2.000 kilómetros de las Islas Pitcairn, de la colonia británica. Este lugar ha sido popularmente conocido por sus gigantescos monumentos de piedra; los Moai, pero, además, por ser la isla más aislada del mundo. Interesante resulta entonces, que, por varios siglos, se cree que sus habitantes originarios, no tuvieron contacto con otros asentamientos humanos fuera de la Polinesia.

En efecto, Rapa Nui constituye una parte del triángulo polinésico, pero las circunstancias históricas determinaron que se convirtiese en la única isla de la Polinesia reclamada por un país latinoamericano: Chile, en el año 1888. Este hecho, permite reconocer una característica central de la comunidad Rapa Nui, su carácter autónomo, que pudo prolongarse por más de 300 años en comparación con el resto del territorio chileno, que ha experimentado un proceso de colonización europea desde el siglo XVI. Comenzaría entonces, el proceso de colonización en la isla, que implicaría un nuevo acercamiento a formas de conocimiento.

Estas condiciones han dado lugar a la configuración de una identidad propia de su pueblo, con una idiosincrasia que se distingue de la población continental. A lo anterior, se agrega la progresiva influencia en la dinámica social, la llegada de migrantes tanto de Chile continental como de otras partes del mundo, que, de alguna forma, ha generado cambios, un inminente mestizaje y un proceso de aculturación que ha influido en su cosmovisión.

Así, en un comienzo, el proceso de colonización en Rapa Nui, se remitió a la conquista por el territorio, pero rápidamente se experimentó la casi exterminación de sus habitantes, a propósito de los constantes descuidos y negligencias del Estado chileno. Hacia 1862, Rapa Nui fue allanada por esclavistas peruanos que se llevaron entre 800 a 1.000 nativos por la fuerza a Perú. Se estima, que, del total, el 90% murió uno o dos años después de salir de la isla. Según los relatos, los que volvieron, habrían sido menos de diez, portando tuberculosis y viruela³ (Metraux, 1940, p. 20).

³ Traducción de la autora.

Otros, huyeron en balsas construidas por ellos mismos, las cuales nunca llegaron a desembarcar (situaciones que aún son recordadas por los isleños). Quienes perecieron por la peste, no recibieron ayuda y además fueron reclusos a un sector específico, llamado “La Colonia”. Producto de la esclavitud en Perú, migraciones a Tahiti y Mangareva y el contagio y muerte de gran parte de la población por la viruela (Cristino y Fuentes, 2011, p. 131) en el año 1877 quedaron sólo 111 Rapa Nui vivos dentro de la isla (Metraux, 1940, p.23). Este capítulo de la historia, constituye una herida abierta, y está en la memoria colectiva incluso de las nuevas generaciones (Cortés, Fajreldin, Salazar y Carrasco, 2006, p.114), lo que ha sido difícil comprender por quienes aún cuestionan la percepción negativa que tiene la gente local hacia el estado chileno y, por consiguiente, sus ciudadanos.

A fines del siglo XIX, y principios del XX, llega la “religión de los blancos”. Los primeros misioneros jugaron un papel fuertemente civilizatorio, con el sesgo que históricamente ello implica, introduciendo a los y las rapa nui a vidas europeizadas (Porteous, 1981, en Zurob, 2009, p.40)⁴. Posteriormente, desde su anexión a Chile, entre 1888 y 1895 comienza la instalación de los primeros ciudadanos chilenos y de tres familias de colonos que suman un total de doce personas de habla castellana y la partida de los europeos y tahitianos radicados en la isla (Cristino & Fuentes, 2011, p. 34).

En 1917 se aprueba la Ley N° 3.222, por cuanto la isla pasa a depender de Valparaíso. Aún explotada por la compañía ganadera⁵ en el año 1933, el Estado chileno la inscribe como bien raíz y en 1952 deshace el convenio con la compañía ganadera, quedando al año siguiente bajo control de la Armada Chilena (Gutiérrez, D. en OPS, 1998, p. 22).

⁴ Según Cristino & Fuentes (2011) entre 1866 y 1868, los regalos de los misioneros y la llegada regular de una goleta con mercancías para la misión hacen ver a los isleños que estando de parte de los misioneros podrán acceder a estos bienes, lo que acelera y refuerza su conversión. Quienes se resistían a esta idea eran algunos jefes reacios a renunciar a sus prerrogativas. Se sumó a lo anterior la prohibición establecida por los misioneros de que los isleños anduviesen desnudos, como también la de tatuarse (p. 21).

⁵ El Estado chileno se centró en la oportunidad que le brindaba el territorio insular y fue utilizado como una concesión a una empresa francesa, Merlet y cía. Así, y a partir de ese escenario, los y las rapa nui se enfocaron a una actividad económica hegemónica, impuesta e imperante hasta 1965: el desarrollo de la ganadería. De esta manera, los habitantes de la isla que solían ser grandes navegantes, pescadores y agricultores ven su medio transformado en forma profunda y “la explotación ganadera determina nuevas formas de asentamiento, trabajo y organización social, incluyendo formas de inquilinaje y el aprendizaje de toda la tecnología vinculada a esta actividad” (Cristino & Fuentes, 2011, p. 38). Según estos autores, a partir de este momento, se da inicio a la “cultura ganadera” comenzando por el uso masivo del caballo, rodeos, esquilas, talabartería y actividades agrícolas remuneradas, cambio que afectará definitivamente la relación del isleño con su medio, lo que sólo cambiará con el advenimiento de la “sociedad moderna” en 1965 (p.38).

En materia de la Salud, la autoridad naval asumió, en conjunto con la administración ganadera, el costo de las primeras instalaciones de salubridad en la isla, con escaso apoyo desde el continente, lo que, sumado a la distancia, repercutió en una mala calidad de la atención y de las instalaciones existentes (Cortés et al., 2006, p.116). Por su parte, el surgimiento y tratamiento de la lepra fue exponencialmente grave, puesto que se mandaba al leproso aquellos con síntomas de lepra, pero, además, a todos quienes no se lograban adaptar a esta nueva sociedad, lo que ha sido parte de un imborrable recuerdo, que ha mediado la relación de la comunidad isleña con las instituciones de salud continentales (Cortés 2006, p.116) hasta la fecha.

De esta forma, el proceso de colonización chileno fue impactando fuertemente en la vida de las y los rapa nui, lo que fue repercutiendo no solo en su economía y organización, sino también en su cotidianeidad: las interacciones y dinámicas relacionales. Mientras antes prevalecía una mayor interacción y vida en comunidad, esto fue cambiando progresivamente, dando paso a una alteración en la conexión de sus habitantes con su entorno, su familia, su vida, educación, salud y espiritualidad.

A mediados de los años 60, la comunidad Rapa Nui protagonizó una verdadera revolución en contra de la administración naval, poniendo fin a la misma (Cortés et al, 2006) lo que, impulsará, en 1966, la Ley N° 16.441, conocida popularmente como la “Ley Pascua”, bajo el gobierno del presidente Eduardo Frei Montalva. Esta ley reconoce los derechos civiles de sus habitantes y a su vez su ciudadanía chilena. Junto a ello, se crea la provincia y comuna de Hanga Roa⁶, lo que impulsó la llegada del Juzgado, Gobernación Provincial y Municipalidad en Rapa Nui. Por consiguiente, sus programas. De esta manera, si bien, desde el primer contacto con los europeos, ya se avistaban los primeros intercambios entre culturas, la entrada en vigencia de la Ley Pascua, genera el ingreso de las Políticas Públicas de manera formal, con normativas que orientarían la configuración social de sus habitantes.

Ese mismo año, se da formalidad al primer recinto de salud: el Hospital Hanga Roa⁷, cuyas instalaciones, que habían sido del edificio de la Armada de Chile (Cortés 2006;

⁶ La que, a la fecha, sigue siendo el único centro urbano, donde se concentra más de la mitad de la población.

⁷ Aunque este aspecto no ha sido clarificado por ningún autor, y la historia de la llegada de la medicina occidental a Rapa Nui está plasmada de situaciones contradictorias (Fajreldin, 2002), sí hay estudios que señalan que, en 1917 ya se habían obtenido los primeros fondos para la construcción de un primer establecimiento destinado a

Gutiérrez, 1998), pasaron a depender directamente del Servicio Nacional de Salud. Contaba con 10 camas, 1 médico, 1 matrona, 6 auxiliares de enfermería y 6 auxiliares de servicios (Gutiérrez, D. en OPS, 1998, p. 22). En 1976 se inauguró el Hospital nuevo que, en palabras críticas del Dr. David Gutiérrez Tanabe, director del Hospital entre los años 1995 y 2000, “es bien occidental”, con una dotación de 39 funcionarios (Gutiérrez, D. en OPS, 1998, p. 22).

En 1976 se entregó un nuevo edificio para el hospital, y la administración pasó a formar parte del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio a principios de la década de 1980 (Cortés 2006, p.116), lo que cambiaría en marzo de 2007, cuando fue traspasado al Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO), correspondiente a la Región Metropolitana, con el objetivo de simplificar el proceso de referencia. Lo anterior, considerando el nivel de resolución que presentaba esta red y su ubicación geográfica, lo que venía a facilitar el acceso a la salud de la población isleña (<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2011/09/Historia-Hospital-Hanga-Roa-de-Isla-de-Pascua.pdf>).

Desde sus inicios y a la fecha, el Hospital Hanga Roa es el único prestador de Salud en Rapa Nui, el que, fue definido por la Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión⁸ como un establecimiento de baja complejidad (ex tipo 4), y que, en el año 2011, pasaría a transformarse en el actual “Hospital Hanga Roa, Hospital de la Familia y la Comunidad”⁹. Este sistema de salud incorpora Atención Primaria de Salud (APS), Policlínico, sistema de Hospitalizados, Urgencia y cuenta con 140 funcionarios (Hospital Hanga Roa, 2020).

De esta manera, no existen otras redes asistenciales en la misma isla con atención secundaria o de otro tipo. Tampoco existen otros centros de salud privatizados, razón por la cual la totalidad de la población se atiende en el Hospital Hanga Roa. Las excepciones, las

recibir a los enfermos, en especial a quienes habían contraído la lepra en el “Lazareto de Leprosos”, administrado por el Obispo por encargo del Presidente de la República de la época. Esta administración obedece a que los misioneros católicos llevaban operando en Rapa Nui desde mediados de la década de 1860 (En: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2011/09/Historia-Hospital-Hanga-Roa-de-Isla-de-Pascua.pdf>).

⁸ Ley N° 19.937.

⁹ Formando así, parte de la estrategia de atención primaria, desde los hogares hasta los hospitales, en la que la prevención es tan relevante como la cura y en la que se invierten recursos de forma racional en los distintos niveles de atención, brindando una amplia gama de servicios de atención ambulatoria, cerrada, urgencia, domiciliaria y hacia la comunidad; todo ello desde la perspectiva de las necesidades y preferencias de la población del territorio al que pertenece, considerando como tal, aquel de dónde proviene la población que acude al centro (Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL, s.f., p.17).

presentan aquellas personas que, por sus propios medios, optan por viajar al continente para atenderse en algún sistema privado fuera de la isla. Pero se trata de casos puntuales. Es por tal razón que el sistema más usado por la comunidad rapa nui es el Fondo Nacional de Salud, FONASA, con un 86,3% (Hospital Hanga Roa, 2020) superando incluso la media nacional¹⁰.

En síntesis, el Hospital tiene distintivas particularidades: debe dar respuesta a la alta demanda de su población (que según el CENSO 2017, serían 7.750 personas¹¹), al ser el único prestador de Salud, debe atender cualquier previsión de Salud (también a quienes no tienen previsión), y su Red de Atención de Salud se encuentra a 3.700 kilómetros de distancia, lo que ha llevado a que este Hospital “haya desarrollado una mayor capacidad resolutive que otros establecimientos de similar complejidad ubicados en zonas de igual tamaño poblacional” (<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2011/09/Historia-Hospital-Hanga-Roa-de-Isla-de-Pascua.pdf>).

Un aspecto interesante, es que, el Hospital Hanga Roa no es autogestionado. En Chile y otras partes de la región latinoamericana, existen Centros de Salud que están ubicados en lugares donde existe una alta concentración de personas de descendencia indígena, como es el caso del Hospital de Makewe¹², el cual es administrado por la misma comunidad mapuche en el Sur¹³.

En relación al trabajo de Salud Mental que se ha realizado al interior del Hospital, las primeras aproximaciones de las que se tiene registro (Entrevistado T I), parten el año 2006¹⁴, con las rondas psiquiátricas del Dr. Lastra, del Servicio Metropolitano Oriente, hasta el 2008¹⁵, periodo donde es sustituido por el Dr. Sebastián Sepúlveda hasta junio del 2017, que,

¹⁰ La población beneficiaria de FONASA en Chile, equivale a un 78,0% (CASEN, 2017).

¹¹ Según datos del CENSO 2017, Rapa Nui habría sido la única ciudad de Chile que duplicó el número de habitantes entre el CENSO aplicado en el 2002 y el 2017 (INE, 2017).

¹² Durante el año 1999, este hospital pasa a manos de la organización comunitaria "Asociación Indígena para la Salud Maquehue-Pelale", como resultado lógico de un proceso de participación y autogestión de la comunidad para asegurar su funcionamiento (<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2011/09/Historia-Hospital-Makewe.pdf>)

¹³ Pese a esta buena iniciativa de los Estados, Cuyul señala los peligros que hay en la patrimonialización de la medicina mapuche. Para mayor información, véase Cuyul, A. (2009).

¹⁴ En el 2008, se debe tomar en cuenta que, la ONG Maroa, en conjunto con la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI), generó una alianza con el Hospital Hanga Roa, lo que dio lugar a rondas de psiquiatría y psicología a partir del 2008, dando las primeras luces de un equipo interdisciplinar, que abarcaba a más profesionales que ampliaba la oferta médica.

¹⁵ Uno de los entrevistados (T.I) añade que el Enfoque bajo el cual se trabajaba hasta ese entonces, era más bien Biomédico, centrado únicamente en el tratamiento farmacológico del “paciente”.

a su vez, es sucedido y esta vez de forma fija y estable por la Dra. Magdalena González, hasta que cesó funciones en enero del 2020.

La atención exclusiva de un médico general, empezó en el 2009 con la llegada del Dr. Jorge Fernández. Se cree que fue en este periodo en que se compone por primera vez un equipo de Salud Mental en Rapa Nui (Entrevistado T I). En el 2012 hay dos psicólogas y un Trabajador Social que atiende a la población. Mientras que, en marzo del 2015, se incorpora un nuevo programa a la Atención Primaria de Salud (APS), en convenio SENDA-MINSAL, “Tika Kuhane”, Programa General para el tratamiento ambulatorio básico e intensivo de personas con consumo problemático de drogas, donde trabajan en total, tres funcionarias.

En cuanto a la utilización de diagnósticos, los y las profesionales hacen uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 10¹⁶, lo que determina así, la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad¹⁷. Esto es, desde la teoría del déficit y el modelo biomédico. Pese a ello, el equipo reconoce intencionar las intervenciones hacia un Enfoque de Interculturalidad, situación que será problematizada en capítulos posteriores.

A nivel país, para optimizar el funcionamiento de los servicios de Salud Mental en lugares con alta concentración de población indígena, se han estipulado orientaciones técnicas para la incorporación del Enfoque de Interculturalidad. Estos lineamientos no han estado ajenos a discusiones y críticas. Por un lado, se habla de Interculturalidad, más su definición no ha podido generar cierto consenso acerca de si se trata de un Enfoque, mirada, perspectiva, estilo de vida, ni tampoco de cómo se inserta en materia de Políticas Públicas.

Catherine Walsh ha intentado problematizar el concepto en Latinoamérica. Para la autora, ante todo, la interculturalidad es un proyecto que convoca al cuestionamiento de los patrones de poder que mantienen y siguen reproduciendo el racismo, la racialización, la deshumanización de algunos y la súper y sobrehumanización de otros, la subalternización de

¹⁶ En su versión en inglés *ICD*, son las siglas de *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*.

¹⁷ Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd> : WHO. Classifications. International Classification of Diseases (ICD)

seres, saberes y formas de vivir. De esta manera, Walsh sostiene que la interculturalidad no tiene que ver con un nuevo paradigma totalizante, sino como “perspectiva, proceso y proyecto de vida por construir”, basado en la transformación social y política, la transformación de las estructuras de pensar, actuar, soñar, ser, estar, amar y vivir (Walsh, 2009, p.15).

Mientras que, en el campo de las prácticas de la salud, la Salud Intercultural es concebida como la práctica y el proceso relacional que se establece entre el personal de salud (médicos, enfermeras, etc.) y los pacientes (y sus familiares), en el que ambas partes pertenecen a culturas diferentes, y en el que se requiere de un entendimiento recíproco para que los resultados del contacto (consulta, intervención, orientación) sean satisfactorios para ambas partes (Campos, R., en Citarella, 2009, p. 35), lo cual, pone de manifiesto la necesidad de la horizontalidad, el respeto y el reconocimiento de las relaciones de poder que se dan en un sistema médico hegemónico como lo es el actual Modelo Biomédico.

En este sentido, esta investigación pondrá en tensión las manifestaciones teórico-prácticas del Programa de Salud Mental a través de un análisis de las Políticas Públicas¹⁸ de Salud Mental dirigidas al pueblo indígena Rapa Nui, desde un Enfoque de Interculturalidad.

El documento que se presenta en las próximas páginas, se divide en 7 capítulos. Los 6 primeros capítulos presentan los resultados de esta investigación, de manera dialógica con los conceptos teóricos, y a su vez, van reflexionando respecto de cada objetivo específico de esta investigación, conforme los hallazgos del estudio. Es así como, no existe un capítulo de marco conceptual o teórico, pues se ha optado por integrar la teoría con los hallazgos de la investigación a través de la presentación descriptiva y analítica de las categorías emergentes durante el proceso. En efecto, el último capítulo incorpora las reflexiones finales, discusiones y conclusiones de la investigación. A continuación, se detalla un panorama general de cada capítulo.

El primer capítulo, **“Antecedentes y Contexto: Aproximaciones al problema y objeto de estudio”**, da un panorama y contexto situado con respecto a dos ideas rectoras de

¹⁸ Para efectos prácticos, la connotación de Políticas Públicas, abordará los tres Planes Nacionales de Salud Mental, las Orientaciones Técnicas para la atención de salud mental con pueblos indígenas y la normativa vigente en materia de Salud Mental desde el MINSAL. De esta manera, para efectos de esta investigación, el concepto de Políticas Públicas será usado de manera genérica.

esta investigación. Ellas son: la revisión de los diseños provenientes del Estado en materia de Políticas Públicas en Salud Mental y la idea de Comunidad Rapa Nui y su cosmovisión en relación a la Salud y, por consiguiente, la Salud Mental. Posteriormente, se hace alusión a la pregunta de investigación que guía este trabajo y la relevancia de ésta para las Ciencias Sociales.

El segundo capítulo, “**Aproximaciones Metodológicas**”, presenta la metodología utilizada para este estudio, planteando el enfoque metodológico, proceso de muestreo y la muestra final. El capítulo finaliza con la justificación de las técnicas de producción y análisis de información empleadas.

El tercer capítulo, “**Políticas Públicas de Salud Mental y Marco Jurídico**” realiza una descripción y análisis de las políticas sanitarias en materia de Salud Mental y el marco jurídico que lo sustenta en Chile. Para ello, se revisan los tres Planes de Salud Mental, y se dan luces de sus primeras aproximaciones con la interculturalidad y pertinencia cultural, Desde el marco normativo, se destacan algunos momentos que marcaron hitos para el reconocimiento de derechos en asuntos indígenas. Se revisan leyes vigentes y el Convenio 169.

El cuarto capítulo, “**De la Comunidad Rapa Nui y su cosmovisión**”, aborda conceptos que son incorporados por las Políticas sanitarias, tales como: Comunidad, Salud y Salud Mental, desde la concepción de las mismas personas Rapa Nui. De esta manera, se realiza una deconstrucción del concepto de Comunidad desde la visión de los usuarios del Programa, y cómo ha ido evolucionando según la percepción de los mismos entrevistados.

El quinto capítulo, “**Programa de Salud Mental en Rapa Nui**” describe la aparición del Programa de Salud Mental en el contexto insular desde la mirada de los técnicos. Se recopilan antecedentes históricos, políticos y sociales que fueron dando origen a la aparición del primer Programa en la isla, y los matices que fue tomando en la conformación de su equipo para que se fuera adaptando a la realidad local. Finalmente, se muestran las tensiones entre los diseños de las Políticas Públicas y su implementación, que derivó en cierto malestar e insatisfacción en los usuarios.

El capítulo sexto “**Interculturalidad en Salud**”, profundiza y pone en tensión el concepto de la Interculturalidad, mediante su aplicación en el Programa de Salud Mental del Hospital Hanga Roa. Ello se realiza mediante el análisis de diferentes elementos que debieran estar incorporados dentro del Enfoque tales como: Manejo de las Políticas de Salud Mental y pueblos indígenas, Conocimiento de la Cultura, Diagnóstico y Tratamiento pertinentes, Incorporación de la medicina tradicional Rapa Nui (Papa Ra’au), Diálogo entre la medicina occidental y Papa Ra’au, Participación Comunitaria y Pertinencia Cultural.

Finalmente, el capítulo séptimo, “**Reflexiones Finales**”, entrega una discusión que integra todos los elementos vistos en los capítulos anteriores, problematizando el funcionamiento del Programa de Salud Mental en Rapa Nui a partir de los diseños y su implementación.

Capítulo 1: Antecedentes y Contexto.

Aproximaciones al problema y objeto de estudio

Con el paso del tiempo, se ha creado un consenso internacional para utilizar en países independientes la definición contenida en el Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales, a partir de la cual, es posible identificar al menos cuatro dimensiones relacionadas a los pueblos indígenas: el reconocimiento de la identidad, el origen común, la territorialidad y la dimensión lingüística y cultural (CEPAL, 2014, p. 40). A lo anterior, se le ha sumado en las últimas décadas, la concepción que, aquellas personas que se consideran indígenas, se deben autodefinir como tales, como parte del derecho a la libre determinación, lo que, ha promovido una modificación en la pregunta sobre la pertenencia étnica en la aplicación del Censo en distintos países del mundo.

De esta manera, Pueblos indígenas y tribales¹⁹ es una denominación común para más de 370 millones de personas que se encuentran en más de 70 países del mundo, los que constituyen aproximadamente el 5% de la población mundial (OIT, 2013, p.2).

¹⁹ En adelante, Pueblos indígenas.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) estima que, sobre la base de la información oficial recogida de los censos de la región, al año 2010, existe una población indígena cercana a los 45 millones de personas, con una alta heterogeneidad según países: en un extremo están México y Perú, con casi 17 millones y 7 millones de población indígena respectivamente; y en el otro, Costa Rica y Paraguay, con poco más de 100.000 personas indígenas, mientras que Uruguay tendría casi 80.000 personas indígenas (CEPAL, 2014, p.42).

De acuerdo con el Banco Mundial (2015), la población indígena representa un 7.8% de la población total de Latinoamérica y el Caribe²⁰, 43% de los hogares indígenas vive en situación de pobreza, mientras que el 24% vive en situación de pobreza extrema, donde, además, existe abundante evidencia que en general, las condiciones de vida de los pueblos indígenas siguen estando marcadas por la discriminación y la exclusión (Martínez Cobo en ONU, 1987; Banco Mundial, 2015; ONU, 2016).

Según datos del Grupo de Trabajo Internacional sobre Asuntos Indígenas, los pueblos indígenas siguen estando al margen de la sociedad: son los más pobres, con un menor nivel de educación, mueren a una edad más temprana, hay más probabilidades de que se suiciden y, en términos generales, tienen peor salud que el resto de la población (PAHO, 2006).

En Chile, la Ley N° 19.253 conocida popularmente como “Ley Indígena”, reconoce a los siguientes pueblos indígenas: Mapuche, Aymara, Rapa Nui, Lican Antai, Quechua, Colla, Kaweskar, Yagán y pueblo Diaguita²¹. Según datos del CENSO abreviado que se aplicó en el 2017 por el Instituto Nacional de Estadísticas, el 12,8% de la población nacional se declara perteneciente a uno de los 9 pueblos, es decir, un total de 2.185.792 de personas se identifica como indígenas (INE, 2017). El mayor peso demográfico lo tiene el pueblo mapuche con un 79,8%, (MINSAL, 2018d, p.17) mientras que para el caso del pueblo Rapa Nui asciende a un 0,4%.²². Ver Tabla 1.

²⁰ Aunque se reconoce que determinar el número exacto y la distribución de los pueblos indígenas en América Latina y el Caribe no es fácil por varias razones, que van desde la falta de información precisa y asequible hasta la naturaleza misma de las identidades indígenas (Banco Mundial, 2015, p. 18)

²¹ Todos estos pueblos originarios fueron reconocidos a través de la Ley 19.253 en 1993. Sin embargo, los diaguita fueron reconocidos como pueblos indígenas por la Ley 20.117 recientemente en el 2006.

²² Esta investigación no considera los datos entregados por la encuesta CASEN 2017 relacionada a los pueblos indígenas, puesto que la misma encuesta, reconoce que el marco muestral utilizado para su estudio, no incluyó

Tabla 1*Pueblos indígenas en Chile*

Pueblo	Población	
	N	%
Total	2.185.792	100,0
Mapuche	1.745.147	79,8
Aymara	156.754	7,2
Diaguíta	88.474	4,1
Quechua	33.868	1,6
Lickan Antay	30.369	1,4
Colla	20.744	0,9
Rapa Nui	9.399	0,4
Kawésqar	3.448	0,1
Yagán o Yámana	1.600	0,1
Otro	28.115	1,3
Ignorado	67.874	3,1

Fuente: INE, 2017

Ahora bien, los estudios sobre población indígena realizados en la última década a nivel nacional, confirman que Chile tiene un perfil de morbimortalidad distinto de la población no indígena, caracterizado por una mayor carga de enfermedad y mortalidad (Oyarce y Pedreros, 2007, en Gavilán et al, 2018, p. 322).

De hecho, diversos estudios epidemiológicos han mostrado una alta prevalencia de enfermedades mentales entre las personas pertenecientes a pueblos indígenas, con un perfil epidemiológico diferente al del resto de la población, siendo la depresión, el suicidio, el consumo perjudicial o dependencia de alcohol y el estrés, los problemas de salud mental que más los afectan (MINSAL, 2006, en MINSAL 2017, p. 156).

Para el Ministerio de Salud, estos problemas de salud mental están en directa relación con factores sociales, materiales, medio ambientales, históricos y culturales asociados a las situaciones históricas y de violencia estructural que afecta a los pueblos indígenas. En efecto, el MINSAL utiliza el concepto de determinantes sociales, para describir los factores estructurales e históricos que afectan a la población indígena, en el entendido que las personas pertenecientes a pueblos indígenas han estado históricamente expuestas a situaciones de

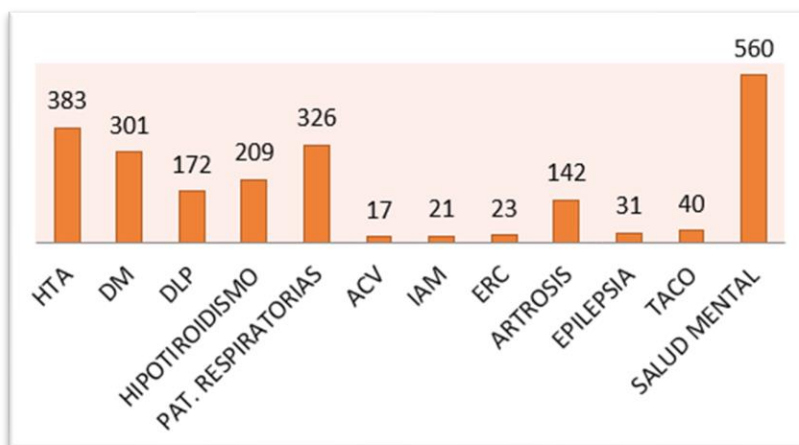
áreas de difícil acceso definidas por el INE, “como fue el caso de Isla de Pascua, lo que afectó principalmente la representación del pueblo Rapa Nui, ya que sólo se capturó la información de la población residente en Chile continental” (CASEN, 2017).

discriminación sistemática, desarraigo familiar y territorial y falta de oportunidades laborales, entre otras (MINSAL, 2016b, p.14).

En materia de Políticas Públicas, el gran marco jurídico es la Ley N° 19.253, que establece normas para la protección, fomento y desarrollo de la población indígena (MINSAL y Banco Mundial, 2017). Para el caso de las políticas sanitarias en Chile, además, está la Ley N° 20.584 de Derechos y Deberes de los Paciente, la Ley de Autoridad Sanitaria N° 19.937, el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, la Norma General Administrativa N° 16 sobre Interculturalidad en los Servicios de Salud y el artículo 25 del Convenio 169 de la OIT que se refiere a la Salud de los pueblos indígenas (Gavilán et al., 2018). De esta manera, el Ministerio de Salud ha diseñado estrategias para avanzar hacia el mejoramiento de sus condiciones de salud y para el reconocimiento de las diferencias culturales en salud de la población que se adscribe a alguno de los nueve pueblos identificados (p. 322).

En lo que respecta a Rapa Nui, resulta interesante, que, la demanda del Hospital Hanga Roa -el único dispositivo del territorio insular- ha ido exponencialmente en alza, particularmente por personas que consultan en el área de Salud Mental del Hospital. Según el Plan de Gestión 2020 realizado por el equipo directivo del Hospital, en el año 2018, el número de consultas de Salud Mental fueron las más solicitadas, superando a las consultas por Hipertensión Arterial, Patologías Respiratorias y Diabetes Mellitus. Ver Figura 1.

Figura 1 Perfil Epidemiológico 2018 Hospital Hanga Roa



Fuente: Presentación Plan Gestión 2020, Hospital Hanga Roa. Documento sin publicar.

En efecto, desde un Enfoque de Interculturalidad, se amerita revisar, cómo se ha ido tejiendo el trabajo en torno a la Salud Mental en el único servicio de Salud que funciona en Rapa Nui, desde una descripción y análisis de los diseños de las Políticas Públicas en materia sanitaria, y, por otro lado, analizar su implementación desde la visión de los técnicos y la población que se atiende en el Hospital, que al ser familiar y/o paciente directo, han formado parte del Programa de Salud Mental.

De este modo, se propone la siguiente pregunta de investigación: **¿Cómo se han implementado las Políticas Públicas de Salud Mental en Rapa Nui desde un Enfoque de Interculturalidad?** Para responder a esta pregunta, se propone como objetivo general **analizar la implementación de las Políticas Públicas de Salud Mental en Rapa Nui desde un Enfoque de Interculturalidad.** Este propósito se desglosa en los siguientes objetivos específicos:

a) Analizar los diseños de Políticas Públicas de Salud Mental y el Marco Jurídico que generan los lineamientos sobre los cuales se implementa el Programa de Salud Mental en Rapa Nui;

b) Caracterizar la Comunidad Rapa Nui y su relación con la Salud Mental;

c) Describir la historia, características y auge del Programa de Salud Mental del Hospital Hanga Roa; y

d) Problematizar cómo ha sido comprendido el Enfoque de Interculturalidad en el proceso de diseño e implementación de las Políticas de Salud Mental aplicado en el Programa de Salud Mental del Hospital Hanga Roa.

Si bien, existen (escasos) estudios que se refieren a la Salud²³, se toma la decisión de trabajar esta línea, a la luz de la escasa información documentada que existe en relación con la problematización de la política sanitaria en materia de Salud Mental proveniente del Estado

²³ Aunque para muchos pueblos indígenas, la Salud Mental se entiende como una extensión del cuerpo y en ningún caso de un binarismo que separa el cuerpo de la mente, para este estudio, “Salud” se referirá al concepto biomédico tradicional, asociado principalmente al bienestar físico separado de la Salud Mental, para así, ir problematizando más adelante estos conceptos ocupados en los diseños de las Políticas Públicas.

chileno. En este caso, a través de la implementación del Programa de Salud de Mental del Hospital Hanga Roa.

Para ello, el texto realiza un recorrido a partir del surgimiento del programa de Salud Mental en el Hospital Hanga Roa en el 2007, pasando por su historia, evolución y la constitución actual del equipo de Salud Mental del establecimiento hospitalario que, hasta la fecha del trabajo de campo, contaba con 7 profesionales que trabajan en el área. De esta manera, se va observando una tensión entre las Políticas Públicas y su puesta en práctica por parte de los profesionales, pero también, desde la misma comunidad que se ha atendido en el programa.

En último lugar, se debe aclarar que este documento está contextualizado en América Latina, ya que Rapa Nui pertenece administrativamente a Chile, y, por tanto, las Políticas Públicas que se implementan, devienen de este país. Sin perjuicio de lo anterior, y como se mencionó anteriormente, dado que la isla es parte (culturalmente) de la Polinesia, en investigaciones futuras merece ser abordado y profundizado, en especial, lo que se ha entendido por pertinencia cultural en las políticas sanitarias de estas localidades, reconociendo la influencia de dicha cultura, también²⁴.

Respecto de la relevancia de este estudio para las Ciencias Sociales es alta. A nivel teórico, genera un análisis descriptivo que pone en tensión el diseño de una política de Estado que es puesto en práctica a través de su implementación. Así, los alcances del conocimiento producido por esta investigación, son de relevancia teórica/aplicada, puesto que establece una sistematización de análisis de documentos y percepciones de distintos agentes involucrados en el proceso de formulación de las Políticas Públicas, dando a conocer las ventajas, brechas y desafíos de su funcionamiento actual, y que, a la fecha, no ha sido documentado.

Otro aspecto que pone en relevancia este estudio tiene relación con la problematización sobre cómo ha sido entendida la implementación de la Política Pública por

²⁴ En “*A descolonizar las metodologías*” (2016), Linda Tuhiwai -investigadora maorí- nos invita a la reflexión en torno a la investigación de pueblos indígenas polinésicos, problematizando la mirada epistemológica que nos sitúa como investigadores y que deviene del movimiento descolonizador del conocimiento en distintas partes del planeta.

quienes ejecutan el Programa de Salud Mental. En este punto, y como se profundizará más adelante, cabe relevar que, a partir de la segunda mitad del siglo XX en Latinoamérica surgió una corriente liderada por médicos de formación antropológica que, venían a manifestar no sólo la necesidad de que el médico permita al paciente narrar su enfermedad, sino que, además, aprenda a decodificar cultural y médicamente el significado de dichas narrativas. Desafortunadamente, esta propuesta operaría más en el plano de la reflexión teórica, de las experiencias universitarias y de algunos grupos especiales, más no en el ámbito de los servicios de salud, los cuales suelen orientarse en un sentido inverso al recomendado por los que analizan y reflexionan sobre la relación médico-paciente y su papel dentro de los servicios de salud oficiales o privados (Menéndez, E. en Citarella, 2009, p. 100). Por lo tanto, esta investigación, permitirá problematizar estos significados asumidos por los profesionales del Programa de Salud Mental del Hospital Hanga Roa en relación con los procesos de salud-enfermedad y sus derivados.

A nivel político, si bien los resultados de esta investigación no son generalizables a otros contextos, sí podrían sugerir un lineamiento que guíe la acción de una Política Pública pertinente a nivel local, facilitando en un futuro, la creación de orientaciones en lugares donde exista una alta concentración de población indígena, y su consecuente ejecución de estas políticas desde un Enfoque de Interculturalidad que tenga sentido para los diferentes involucrados.

Capítulo 2: Aproximaciones metodológicas

Considerando que esta investigación está inmersa en problemáticas sustantivas, el estudio utiliza un *diseño metodológico de tipo cualitativo*, ya que, emerge del análisis de un sector de la realidad cultural, tal cual ella se manifiesta en la práctica y no a partir de conceptualizaciones previas realizadas desde alguna de las disciplinas ocupadas del estudio de lo humano, lo cual es sólo realizable a través del contacto directo con una manifestación concreta de una realidad humana, social o cultural (Sandoval, 2002, p. 115).

De esta manera, el diseño cualitativo es interactivo y reflexivo; en tanto la investigadora es sensible a los efectos que causa sobre las personas que participan en el estudio; es naturalista ya que se trata de comprender a las personas dentro de su marco de referencia; es rigurosa, puesto que en ella se busca resolver los problemas de validez y confiabilidad mediante la exhaustividad (análisis detallado y profundo) y del consenso intersubjetivo (interpretación y sentidos compartidos) (Sandoval, 2002).

Este último punto, nos aproxima a una comprensión de las subjetividades, lo que significa poner énfasis en las subjetividades de los actores o sujetos sociales, en el sentido que le confieren a sus acciones y a las de los miembros de su grupo, para desde ahí comprender y analizar la red de significaciones e intersubjetividades que conforman su cultura (Geertz, 2000). Esta concepción, nos lleva a adoptar “un concepto semiótico de la cultura”, y situar en el centro de la actividad antropológica la interpretación cultural, es decir aprehender la concepción del significado –de las acciones, discursos y conductas humanas desde “el punto de vista del actor de la cultura” (Geertz, 2000).

En efecto, el significado que el sujeto le atribuye a las acciones y conductas sociales de su grupo, se organiza y expresa en sistemas simbólicos y de signos, como el lenguaje verbal. Así, esta clase de expresiones “son el mecanismo por el que la subjetividad del agente se manifiesta –ante sí mismo y ante los demás-, por ello suministran el indicio más directo y revelador de la estructura de esa subjetividad y del sentido de sus acciones” (Navarro & Díaz, 1994).

En este sentido, cabe destacar que este documento se ha posicionado desde el enfoque emic y etic, que, a diferencia de lo que se creía el siglo pasado, no son contradictorios ni dicotómicos (González, 2009), sino que, pasan a ser dos extremos de un continuo, necesarios de considerar especialmente en ciencias de la salud, tomando en cuenta que es dentro de la experiencia profesional y a la vez, como actores sociales, que mantenemos la reflexividad al vernos y percibirnos desde fuera, etic, y analizar a su vez a los usuarios desde dentro, desde su propia forma de entender el proceso salud-enfermedad (García-Orellán, 2016).

Esta decisión metodológica se sustenta en los procesos de reflexividad de la autora, como psicóloga del Hospital Hanga Roa (específicamente en el Programa de drogas entre abril del 2015 a marzo 2018), siendo a la vez, parte de la etnia y de la comunidad Rapa Nui.

Cabe agregar que, desde esa fecha a la actualidad de este informe, la autora sigue realizando funciones en el sistema público de Salud, pero, en un CESFAM fuera de la isla, que pertenece a la red del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, el cual, coincidentemente, se trata del mismo Servicio que utiliza la red de Rapa Nui.

De este modo, lo “emic” se vislumbra en la intención de captar la experiencia subjetiva e intersubjetiva desde dentro, (los mismos implicados: técnicos y usuarios) por lo que, al tomar esta postura, se asume que existen conceptos, parámetros y valores que son propios de la cultura de los entrevistados, en especial, si nos aproximamos al concepto de enfermedad o sus formas de entender la salud (García-Orellán, 2016). En tanto, lo “etic”, queda de manifiesto en el momento en que los investigadores somos parte de eso que se está observando, de ese sistema de acción social, dentro del cual el investigador también usa un marco de códigos producidos en su contexto, en su sociedad de investigadores y que también hace uso de eso que llamamos emic (García Soto, 2018). De esta manera, ambos aspectos se intentan comprender desde su naturaleza en conexión y en constante diálogo.

Siendo un estudio cualitativo, adquiere relevancia el análisis de casos concretos en su particularidad temporal y local, a partir de las expresiones y actividades de las personas en sus contextos locales (Flick, 2007). En este sentido, se debe considerar que esta investigación no pretende generalizar sus resultados, sino que, precisamente, producir un conocimiento local y situado, que aporte a la comprensión del fenómeno de las Políticas Públicas en materia de Salud Mental en Rapa Nui.

Vale añadir que, a la fecha, no existen estudios que aborden la problematización de las políticas sanitarias en Salud Mental dirigidas al pueblo Rapa Nui desde ninguna mirada (antropológica, cultural, salubrista, etc.), por lo que, la investigación cualitativa permitirá abordar un sector de la realidad humana “no documentado”, por lo que se requiere de un trabajo de producción teórica sustantiva (Sandoval, 2002, p. 115-116).

Por otro lado, se trabajó con un *diseño emergente*, que se estructura a partir de los sucesivos hallazgos que se van realizando durante el transcurso de la investigación (Sandoval, 2002, p.30), lo que permitió, que, las decisiones metodológicas que se iban tomando, estuvieran acorde a la información que se iba recopilando y descubriendo en el proceso de investigación.

Estructura de la muestra

La muestra cualitativa es aquella que intenta representar una red de relaciones, de modo que cada participante puede entenderse como una posición en una estructura. En efecto, la muestra tiene la misma forma que su colectivo representado. Aquí cada participante es distinto a los otros y representa una perspectiva diferenciada, componente de la perspectiva común que el grupo reúne (Canales, 2006).

Esta investigación utilizó el **muestreo teórico**, que corresponde a una estrategia gradual de muestreo que ha sido desarrollada ampliamente por Glaser y Strauss antes de la década de los 70'. Será utilizado, debido a que el estudio pretende que las decisiones sobre la elección y la reunión del material empírico en cuanto a los casos, grupos, instituciones, u otros, se tomen en el proceso de recoger e interpretar los datos (Flick, 2007) lo que favorecerá que algunos informantes clave, den paso a otros informantes.

Teniendo a la vista que este tipo de muestreo permite al investigador encontrar categorías en las que profundizar, su preocupación principal es hallar información relevante para la teoría que se está buscando, más que el número correcto de unidades o de su selección al azar. Para ello, en etapas iniciales el muestreo se consideraron criterios generales que permitieron acotar la producción de información según los objetivos del estudio, aunque con la flexibilidad de que se sumen nuevos criterios de inclusión o selección en base al trabajo de campo. De esta manera, el muestreo no acaba hasta que dejen de surgir nuevos conceptos, es decir, hasta que se saturan los datos.

Por su parte, la **saturación teórica** se alcanza cuando el investigador entiende que los nuevos datos comienzan a ser repetitivos y dejan de aportar información novedosa (Trinidad et. al., 2006). Entre los beneficios que conlleva la utilización de este tipo de muestreo, encontramos que proporciona una dirección a seguir en la investigación; ofrece una guía y un procedimiento activo para la recogida de datos; concede una gran variedad a las categorías que han surgido; y permite que el desarrollo teórico sea fluido (op. cit.).

Así, el universo a analizar son las percepciones en el campo de las atenciones en Salud Mental en el Hospital Hanga Roa en Rapa Nui desde la mirada de trabajadores de la Salud Mental (implementadores o técnicos) y usuarios del Programa de Salud Mental. La

delimitación temporal es el período 2009-2019, dado que es recientemente en ese periodo que empieza a gestarse el Programa de Salud Mental en el Hospital. En efecto, el trabajo de campo fue realizado en periodos alternados entre enero de 2019 y enero del 2020.

Teniendo en cuenta lo anterior, además de tener presentes los instrumentos de producción de información que se usaron (grupo focal y entrevistas semiestructuradas, que se explican más adelante), los atributos de identidad (criterios de selección) utilizados para seleccionar la muestra según cada instrumento, fueron los siguientes:

-Conformación del Grupo Focal

Este grupo lo representan los implementadores actuales del Programa de Salud Mental. Es decir, aquellos y aquellas profesionales del área de la Salud conformados por: Psicólogas (3), Psiquiatra (1). Todas son mujeres adultas, y sólo una de ellas pertenecía a la etnia Rapa Nui. En el caso de los 2 Trabajadores Sociales que eran parte del Programa, por temas personales, ese día no pudieron estar presentes y fueron obviados por este estudio. Este grupo focal se llevó a cabo en enero del 2019.

-Conformación de las entrevistas semiestructuradas

Este apartado se diferencia a su vez entre técnicos y usuarios/familiares del Programa de Salud Mental.

-Técnicos (T): Tienen diferentes características según sus roles y funciones y se dividen en

- 1) Aquellos que alguna vez evaluaron el programa o parte de él como Gestor/Gestora de Calidad desde el continente
- 2) Aquellos que formaron parte de los inicios del Programa de Salud Mental
- 3) Aquellos que siguen trabajando como técnicos, pero no son parte del Programa de Salud Mental de forma directa, por trabajar desde la medicina tradicional Rapa Nui o **Papa Ra'au** (personas que manejan y practican la medicina tradicional Rapa Nui al interior del Hospital Hanga Roa). En este caso, cabe contextualizar esta entrevista. En un inicio, se pensó que esta persona podría ser una informante clave en el proceso de recopilación de información, pero como parte de la comunidad. Finalmente, pasó a ser técnico, porque ella misma en la entrevista, se describe como una “persona que ejerce la medicina Rapa Nui”, por lo que

conceptualmente, pasó a formar parte de los técnicos. Otra salvedad que se hace al respecto es que esta entrevista, fue realizada en su propia casa. Si bien, esta iba a ser una entrevista a una persona, su hija llegó a los minutos de empezar y preguntó si podía ser parte de la conversación, por lo que fue considerada como una participante más. Luego, después de dos horas de conversación, llega una prima quien está escuchando atentamente la entrevista y empieza a opinar. Si bien, no fue parte del encuadre, y, por tanto, no se le pasó el consentimiento informado, se estimó necesario considerarla para el análisis de la información de esta tesis, pues se cree que los dos momentos en que ella interrumpe la conversación, da información relevante para esta investigación.

-Usuarios/Usuarías (U): Su principal atributo consiste en que son personas que han sido o son parte del Programa de Salud Mental del Hospital Hanga Roa. En la totalidad de los casos entrevistados, mencionaron, además, ser familiares de algún “paciente” del mismo programa.

Además, se escogieron personas a partir de los 18 años cumplidos, dado que, esta investigación se centra en un proceso de reflexión con un mayor nivel de abstracción que el que, por etapas del ciclo de la vida del ser humano, carecen niños y niñas. En el caso de jóvenes, estos requerían un proceso administrativo de consentimientos de sus tutores legales, por lo que ellos y ellas tampoco forman parte de este estudio. Sin embargo, sería interesante, para investigaciones futuras profundizar en estudios que abordasen la problemática separados por rango etéreo, incluyendo a la población juvenil.

Por otra parte, todos los entrevistados que formaron parte del grupo de usuarios del Programa de Salud Mental, pertenecían a la etnia Rapa Nui y se identificaban como tales. Esto quiere decir, que consanguíneamente, tenían como ascendiente a una madre, padre (o ambos) pertenecientes a la etnia Rapa Nui según lazo sanguíneo. Finalmente, se optó por la opción de que todos los entrevistados residieran en la isla, por lo que, la totalidad de este grupo, si bien, ha viajado al continente, al momento de la entrevista, realizaban su vida cotidiana en la isla y conocían el funcionamiento de las instituciones públicas en Rapa Nui.

A todas las personas que participaron en esta categoría, se les preguntó en el mismo momento sobre su interés en participar y, por tanto, fueron entrevistadas sin horario pre establecido, en sus casas o lugares de trabajo. Estas entrevistas se realizaron entre octubre y diciembre del 2019.

A continuación, se presenta un cuadro resumen con la muestra y los atributos de identidad (criterios de selección) que fueron utilizados para escogerla, en relación con la técnica de producción de información usada en cada caso. En total, se trabajó con 14 personas. Ver Tabla 2.

Tabla 2

Composición de la muestra

Técnica	Atributos de identidad	Muestra
Grupo Focal	Ejercicio de cargo público en Programa de Salud Mental, Hospital Hanga Roa	Se realizó un grupo focal a 4 personas que integraban el equipo de Salud Mental en Rapa Nui (3 psicólogas y 1 psiquiatra).
Entrevista semi-estructurada		Se entrevistó individualmente a 1 persona: -Gestor del Programa de Salud Mental del Hospital Hanga Roa.
	Ejercicio de cargo público a nivel de gobierno local	Se entrevistó individualmente a 1 persona: -Gestora de Calidad Programa Tika Kuhane (en Convenio con SENDA)
	Ejercicio de Papa Ra'au ²⁵ al interior del Hospital Hanga Roa	Grupalmente, se entrevistó a 1 persona (Las otras dos fueron consignadas en la parte de usuarias): -Mujer, integrante del Papa Ra'au
	Usuarios, ex usuarios y/o familiares del Programa de Salud Mental en Rapa Nui.	Se entrevistó individualmente a 5 personas: - Usuaría, 23 años , Gestora Cultural, Maori Hapi ²⁶ de Cultura y bailarina de Danza Rapa Nui. - Usuario, 55 años , Muto'i ²⁷ , pescador, buzo, artesano. - Usuaría, 47 años , Maori Hapi. También dirige escuela de verano para niños y niñas. - Usuario, 33 años , abogado, independiente. - Usuario, 45 años , Servicios técnicos varios. Grupalmente, se entrevistó a 2 personas: (Hubo una persona más, pero fue consignada en Papa Ra'au) - Usuaría, 24 años , servicios comerciales informales (vendedora de comida, ropa, etc.) - Familiar de usuaria del Programa Salud de Mental, 19 años.

Fuente: Elaboración propia.

²⁵ Persona que practica la medicina tradicional Rapa Nui.

²⁶ Profesora

²⁷ Guardián o vigilante de zonas del parque Rapa Nui.

Técnicas de producción de información

Las técnicas utilizadas para la producción de la información recopilada fueron: *Análisis documental*, *Grupo focal* y *Entrevistas semi-estructuradas*.

Para la revisión de las Políticas Públicas se utilizó el *Análisis Documental*, dado que, las políticas públicas, al tratarse de documentos su uso y publicación -pública- se convierten en una fuente fidedigna y práctica para revelar los intereses y las perspectivas de comprensión de la realidad, que caracterizan a los que lo han escrito (Sandoval, 2002).

Para su utilización, se siguieron cinco etapas: En la primera, se realizó el rastreo e inventario de los documentos existentes y disponibles; en la segunda, se hizo una clasificación de los documentos identificados; en la tercera, se realizó una selección de los documentos más pertinentes para los propósitos de la investigación; en la cuarta, se hizo una lectura en profundidad del contenido de los documentos seleccionados, lo cual facilitó la extracción de elementos de análisis y consignarlos como notas que registraron los patrones, tendencias, convergencias y contradicciones que se fueron descubriendo; finalmente, en el quinto paso, se realizó una lectura cruzada y comparativa de los documentos en cuestión, ya no sobre la totalidad del contenido de cada uno, sino sobre los hallazgos previamente realizados, de modo que fue posible construir una síntesis comprensiva total, sobre la realidad analizada (Sandoval, 2002).

En relación al grupo Focal, si bien, en un comienzo, se pensó en realizar dos; uno con usuarios y otro con la red de técnicos, solo este último se pudo llevar a cabo, dado que, los distintos usuarios entrevistados, tenían dificultad para juntarse todos en un mismo horario²⁸.

Considerando que la red de técnicos tiene menor interés como persona que en su calidad de experto para cierto campo de actividad, aquí el “experto” se integra en el estudio, no como un caso individual, sino como representación de un grupo (Flick 2007), lo que generó amplia información en términos cualitativos.

²⁸ Esto podría tener su explicación en la multifuncionalidad de la totalidad de los entrevistados, propio de la cosmovisión Rapa Nui. Todos se dedicaban al menos, a realizar más de un oficio. Así, cuando se les consultó sobre su trabajo, aludían a una serie de oficios.

En efecto, el grupo focal, concebido como un “espacio de opinión para captar el sentir, pensar y vivir de los individuos, provocando auto explicaciones para obtener datos cualitativos” (Hamui-Sutton, A. & Varela-Ruiz, M., 2012, p. 56), es una buena técnica para obtener datos de investigación, pues permite recolectar y analizar información de manera de responder a una interrogante de investigación. En este caso, esta técnica generó un espacio que favoreció la discusión, el debate y les permitió compartir experiencias sobre la temática de Salud Mental en la isla.

Por su parte, el uso de las entrevistas semi estructuradas implicó una serie de ventajas: un mayor grado de flexibilidad -en comparación con las entrevistas estructuradas-, debido a que parten de preguntas planeadas que pueden ajustarse a los entrevistados, y la posibilidad de adaptarse a los entrevistados, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos (Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M. & Varela-Ruiz, M., 2013).

En esta investigación, la entrevista semi estructurada fue utilizada como técnica exploratoria en un comienzo para entrevistar a informantes clave de la red de técnicos, y, terminó por ser también, la herramienta escogida para recopilar información entre los usuarios del programa.

-Técnicas de análisis de la información

Finalmente, la información recopilada fue analizada desde el *análisis de contenido*, el cual tiende a obtener indicadores por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes, permitiendo la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción (contexto social) de estos mensajes (Bardin, 1996, en Andréu, J., 2001).

El análisis de contenido tiene como objetivo lograr la emergencia del sentido manifiesto y latente que se produce de las prácticas sociales y cognitivas que, instrumentalmente, recurren a la comunicación para facilitar la interacción que subyace a los actos comunicativos concretos y la superficie material del texto. En efecto, esta técnica permitió indagar en ciertas categorías relacionadas con las significaciones otorgadas por los sujetos a su propia experiencia, tanto técnicos como usuarios del Programa de Salud Mental.

Para lograrlo, se siguieron diferentes pasos: 1) Determinar el objeto o tema de análisis; 2) Determinar las reglas de codificación; 3) Determinar el sistema de categorías; 4) Comprobar la fiabilidad del sistema de codificación-categorización, y finalmente 5) Inferencias (Andréu, J., 2001).

Capítulo 3: Políticas Públicas de Salud Mental y Marco Jurídico

A continuación, se realiza un análisis exhaustivo de las Políticas Públicas de Salud Mental y del ordenamiento jurídico que sigue vigente a la actualidad. Aunque se observan avances, seguirían presentándose dificultades y brechas en sus diseños e implementación.

3.1 Políticas Públicas de Salud Mental en Chile

A grandes rasgos, cabe destacar que el modelo que rige la forma de hacer políticas sanitarias (Salud física/mental), tanto en Chile como en otros lados del mundo, es aquella que se sustenta bajo el paradigma del sistema biomédico. Este consiste en un universo de saberes y prácticas reconocido y legitimado como científico, oficial y académico a nivel universal. Desde el punto de vista de las Ciencias Sociales, este sistema ha sido identificado como representativo de una específica cultura occidental y mercantilista. Este procedimiento equivale al modelo médico hegemónico, es decir, al conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la medicina científica, el cual, desde fines de siglo XVIII, ha logrado identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado (Menéndez, en Citarella, 2009, p. 5).

Las principales características del modelo médico hegemónico, biomédico, son: biologicismo, asociabilidad, ahistoricidad, aculturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, salud-enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas y a la escisión entre teoría y práctica (Menéndez, en Citarella, 2009, p. 5), que de paso, irá configurando una forma de constituir Políticas de salud en Chile.

Revisando la historia sobre la cual se van tejiendo los procesos políticos de la Salud Mental en el país, encontramos que, a principios de la década de los 90', la Declaración de Caracas generó un cambio paradigmático en Salud Mental, cuyos principales objetivos comprometían, por una parte, la promoción de la superación del modelo de servicios psiquiátricos basado en el hospital psiquiátrico y por otro lado, la lucha contra todos los abusos y la discriminación que son víctimas las personas con problemas de salud mental, que terminaron por adoptarse como las grandes metas y a su vez desafíos de todos los movimientos de reforma de salud mental ocurridos en América Latina y el Caribe a partir de 1990 (Caldas de Almeida, en Rodríguez, J. (Ed.), 2007, p. 21).

Aun cuando, la declaración de Caracas no se refería explícitamente al desarrollo de Planes Nacionales de Salud Mental, la declaración impulsó la formulación de un Plan Nacional de Salud Mental²⁹ en un 56,5% del total de los países de las Américas entre los años 1991 y 2001 (Minoletti, A., en Rodríguez, J. (Ed.), 2007, p. 122). Chile, no fue la excepción, y comenzó progresivamente a adaptarse a los acuerdos internacionales, que exigían entonces, trabajar desde un Enfoque de Derechos Humanos y con énfasis en la desinstitutionalización de los grandes Hospitales psiquiátricos en Chile³⁰.

En el entendido que, una Política y Plan Nacional de Salud Mental explícitos constituyen una herramienta esencial para que un Ministerio de Salud responda adecuadamente a las necesidades de salud mental de la población, dando paso a la definición de objetivos que se quieren alcanzar y estrategias principales que contribuyen a lograrlos (Minoletti, A., en Rodríguez, J. (Ed.), 2007 p. 121), y ante la ausencia de Políticas Públicas de Salud Mental en el país, en 1993 surge el primer Plan Nacional de Salud Mental.

Aquí, será importante revisar las diferencias entre Política, Plan y Programa, que plantea uno de sus precursores en Chile, el Dr. Alberto Minoletti. Ver Tabla 3.

Tabla 3

Características de Políticas, Planes y Programas en Salud Mental

	Política	Plan	Programa
Foco	-Visión -Valores -Principios -Objetivos amplios	-Estrategias -Cronograma -Financiamiento -Recursos -Metas	-Intervenciones específicas -Recursos -Presupuesto
Determinación de prioridades	Entre salud mental y otros problemas de salud y entre temas de salud mental	Áreas de acción y tipos de estrategia	Enfoque específico sobre las prioridades de corto plazo
Amplitud del contenido	General	General o específico	Específico
Duración	Larga (5 a 10 años)	Media (3 a 8 años)	Corta (1 a 5 años)
Área geográfica	País o división mayor de un país	País o división menor de un país	País o áreas locales pequeñas

Fuente: Minoletti, A., en Rodríguez, J. (Ed.), 2007, p.122.

²⁹ En adelante, PNSM.

³⁰ Con el retorno a la democracia, en 1990, Chile se encontraba con una oferta de salud mental centrada en cuatro instituciones psiquiátricas, que disponían de 74% del presupuesto (Minoletti, 2018, p.3), lo que irá cambiando paulatinamente.

Si bien, el cuadro anterior grafica diferencias conceptuales y prácticas, el autor sostiene que, en la realidad no son rígidas ni excluyentes entre sí, y sus límites son imprecisos. En efecto, cuando más adelante, revisa la historia de los Planes de Salud Mental en Chile, afirma que el término “plan” al menos, en su estudio, se entenderá en un sentido amplio, incluyendo elementos conceptuales de política y programa de acuerdo a las definiciones de la OMS (Minoletti, A., en Rodríguez, J. (Ed.), 2007, p. 122).

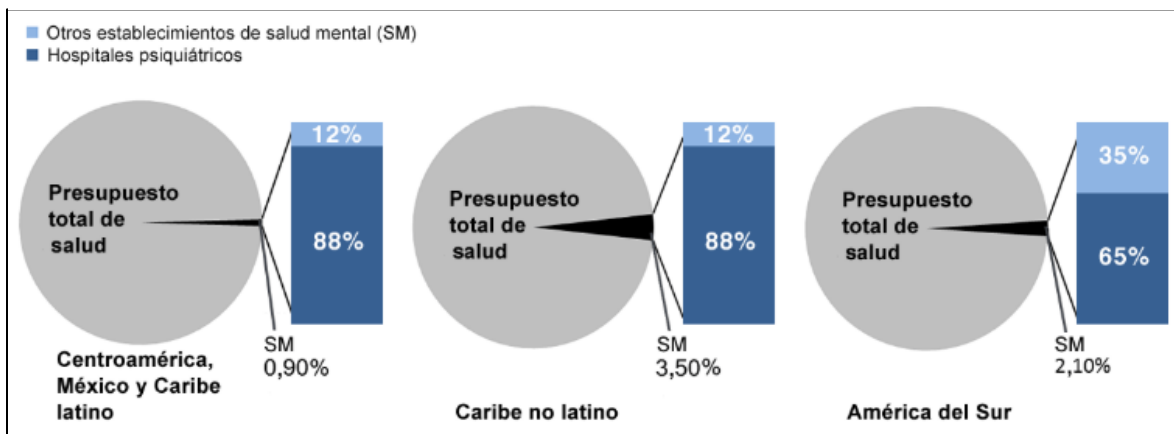
Este traslape de conceptos, también es posible reconocerlo, en un documento redactado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales proveniente del MINSAL, a la Comisión especial Mixta de Presupuesto del Senado, el cual alude a que la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 constituye una “Política Pública en Salud diseñada con el fin de contar con un marco y sistema de planificación sanitaria para este periodo”³¹ (MINSAL, 2018a, s/p) sobreponiendo una vez más, el concepto de “Política Pública”.

Henao et al., (2016), en su estudio sobre el estado del arte de las Políticas Públicas vigentes de Salud Mental en Suramérica, concluyen que países como Colombia, Argentina, Paraguay, Brasil, Perú, Ecuador y Uruguay cuentan con disposiciones normativas vigentes (acuerdos, resoluciones y leyes) que sustentan el contenido de las políticas públicas en materia de salud mental. Sin embargo, países como Chile, Bolivia y Venezuela fundamentan sus políticas en mecanismos administrativos (programas, planes y proyectos) sin apelar a la norma de obligatorio cumplimiento (p.184), tema que resulta de vital interés, ya que, complejiza el estudio y abordaje de las Políticas de Salud Mental en Chile.

Otro aspecto relevante en las políticas sanitarias, es el presupuesto que se entrega de Salud a Salud Mental, lo cual ha sido fuertemente criticado por los implementadores de los diferentes servicios de Salud Mental, más todavía, por los servicios de atención primaria. Ver Figura 2.

³¹ En lo que respecta a la salud de pueblos indígenas, en su Objetivo Estratégico N° 5, establece que se debe: Reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen las determinantes sociales y económicas de la salud. Mientras que el Objetivo Estratégico 5, alude a las inequidades en pueblos originarios, para lo cual, establece 12 indicadores de proceso.

Figura 2 Distribución del presupuesto de salud mental entre hospitales psiquiátricos y otros establecimientos de salud mental en América Latina y el Caribe, 2013



Fuente: Adaptado de WHO-AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe. OPS; 2013.

En el caso de Chile, el año 2015, se contaba con sólo el 1,45% para Salud Mental del presupuesto de Salud³²(MINSAL, 2017), situación que se ha repetido en el transcurso del financiamiento de la Política de Salud Mental. Ver tabla 4.

Tabla 4

Evolución del Presupuesto de Salud Mental en Chile

	2011	2012	2013	2014	2015
Porcentaje de Salud Mental del total de Salud con SENDA	1,75%	2,15%	2,26%	2,24%	2,13%
Porcentaje de Salud Mental del total de Salud SIN SENDA	1,27%	1,65%	1,61%	1,56%	1,45%

Fuente: Elaboración propia basada MINSAL, 2017, p. 88.

De esta manera, es posible identificar que el 1,45%, del 2015, está muy debajo del 5,0% que propuso como meta el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría anterior (2000), proyectado para el año 2010 (MINSAL, 2000, p. 36).

En efecto, si se considera que, en Chile, la cobertura de atención en Salud Mental alcanza a poco más del 20% de las personas afectadas por trastornos mentales, mientras que en países de medianos ingresos la misma cobertura alcanza aproximadamente al 50%, existen

³² Aquí, no se considera el aporte del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), proveniente del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, con el cual el porcentaje llegaría a un 2,13%.

importantes brechas en la oferta de servicios con pertinencia territorial y de curso de vida en los tres niveles de atención, por cuanto, es posible apreciar que el presupuesto destinado a salud mental ha sido insuficiente para la resolución de la brecha de atención del Sistema de Salud en Chile (MINSAL, 2017).

Esta situación preocupa aún más, cuando los agentes encargados de tomar decisiones parecieran manifestar diferencias provenientes del mismo rubro. A modo de ejemplo, el Plan Nacional de Salud Mental (realizado por el Ministerio de Salud) critica el bajo presupuesto que entrega Salud a Salud Mental. Y, por otro lado, en la última Cuenta Pública 2018, el mismo MINSAL se refiere mínimamente a la “*Salud Mental*”, palabra que aparece mencionada una sola vez en la presentación, dentro de la agenda legislativa a modo de “Proyectos en trámite”, sin expresar ninguna claridad en relación a sus objetivos ni plazos.³³ Lo que da paso a inconsistencias dentro del mismo Ministerio.

Para Errázuriz, Valdés, Vöhringer y Calvo (2015), comparado con otros países de ingreso alto y medio alto, el porcentaje del presupuesto asignado a salud mental en Chile parece relativamente bajo y se sitúa muy por debajo de los porcentajes que muestran otros países de ingresos altos como Estados Unidos de Norteamérica (6,0%), Australia (9,6%), Reino Unido (10,0%), Suecia y Nueva Zelanda (11,0%), y al promedio mundial (2,8%) (p.1181), y muy distante del promedio de otros países de la región de las Américas.

Para estos autores, destinar un mayor porcentaje del presupuesto público de Salud a Salud Mental, es necesario para alcanzar al menos 5% que se había propuesto hace más de una década para el 2010 y que se acerca a 5,1% destinado por los países de altos ingresos. Mientras que al 2020 proyectaron que se podría plantear una meta de 10%, la cual estaría acorde al gasto económico que significan las enfermedades mentales para el país (Errázuriz et al., 2015), sugerencia que dista mucho de la realidad actual.

Según el último PNSM, se estima que “el presupuesto de salud mental debiera superar el 6% del presupuesto de salud, permitiendo cubrir las acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, cuyo fin es colaborar que las personas, familias y comunidades alcancen el mayor nivel de bienestar posible” (MINSAL, 2017, p. 94), esperando que de

³³ Véase Cuenta Pública MINSAL, 2018e, en: <https://www.minsal.cl/ministro-santelices-en-cuenta-publica-del-minsal-no-les-damos-la-espalda-a-los-problemas-los-estamos-abordando-y-aqui-damos-cuenta-de-ello/>

forma adicional a este 6%, se consideren los recursos de inversión necesarios para la construcción de nuevos centros o transformación de nueva infraestructura.

Por último, aunque la literatura ponga en relieve el presupuesto financiero para una adecuada implementación de servicios de Salud Mental, según el último informe de la ONU, no sólo tiene que ver con el presupuesto asignado, sino, además con un análisis costo-beneficio. El informe concluye que a pesar de las limitaciones que afectan a los presupuestos de salud mental en la Región de las Américas, hay un margen considerable para hacer mejoras sustanciales y, a la vez, priorizar el financiamiento de los servicios de salud mental comunitarios y de atención primaria en lugar de asignar la mayor parte a los hospitales especializados (ONU, 2018, p. 34).

En relación a la mención de la atención primaria que enfatiza la ONU, se revisarán brevemente los niveles de atención en salud mental, para luego, continuar con el análisis de los Planes Nacionales de Salud Mental que se han implementado hasta la fecha en Chile.

Los niveles de atención en salud son una forma de organizar los recursos en tres niveles de atención (Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A., 2011, p. 11) y son parte de las orientaciones de la OMS. Principalmente están ordenados según función y nivel de complejidad. Salud Mental no es la excepción, de hecho, el MINSAL, en el 2018, a través del documento “Modelo de Gestión. Red temática de Salud Mental en la red general de salud”, enfatiza la óptima articulación entre las redes de salud mental.

Observamos pues, que la Atención Primaria corresponde a la atención abierta³⁴ y ambulatoria. Es el nodo articulador del sistema de atención de la red de salud general que otorga atención de salud mental a personas con enfermedad mental estabilizada o de menor gravedad. Además, realiza acciones de promoción y prevención de enfermedades en todo el continuo del curso de vida. Al estar instalado en la comunidad, es el más cercano al territorio y a la población beneficiaria (MINSAL, 2018c, p. 136). Otro aspecto relevante es que todos estos centros debieran cumplir con la implementación del Modelo de Atención Integral de

³⁴ Se entenderá por atención abierta como aquella donde la persona puede recibir atención ambulatoria en horario diurno.

Salud Familiar y Comunitario³⁵. La Atención Primaria de Salud incluye los Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), Postas de Salud Rural (PSR), Hospitales Comunitarios y los servicios de urgencia (SAPU, SAR, SUR).

Luego, la atención secundaria corresponde a la atención abierta de especialidad. Incluye: Centro de Salud Mental Comunitaria (COSAM), Hospital de Día, Centro de Apoyo Comunitario para personas con demencia y los Centros de Atención Ambulatoria para personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (Centro de tratamiento).

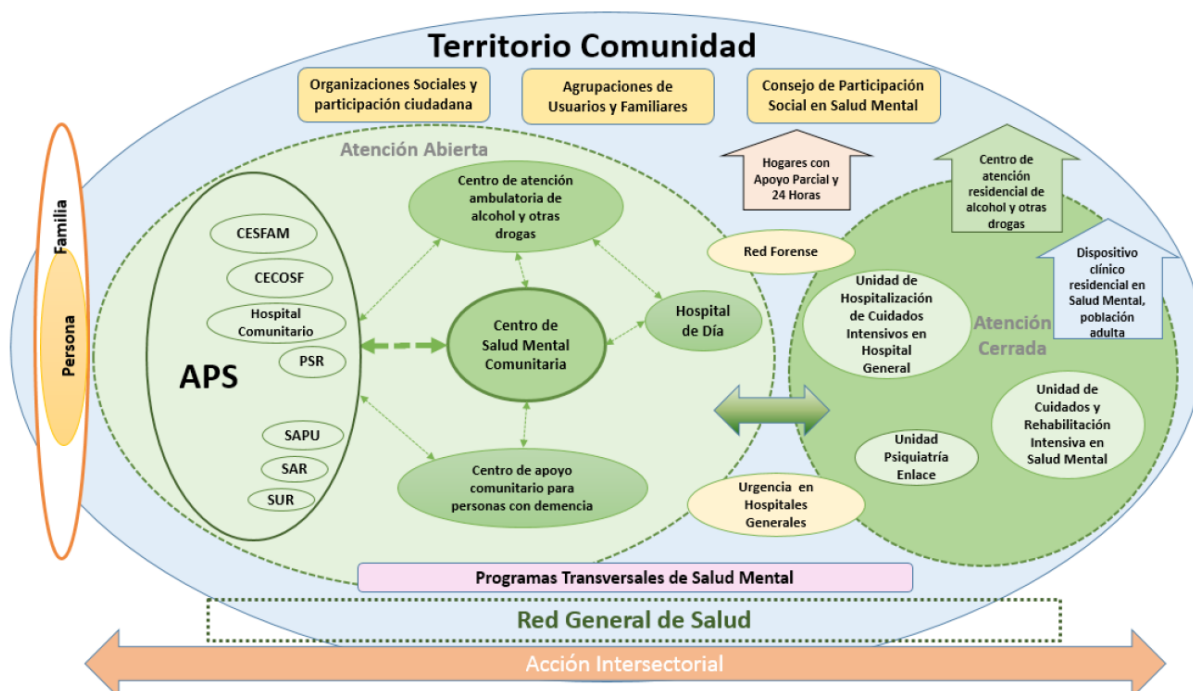
La atención terciaria alude a la atención cerrada de especialidad. Incluye la Unidad de Hospitalización Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP); Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en Centros Privativos de Libertad, población adolescente; Unidad de Psiquiatría de Enlace, Psicología de la Salud y Medicina Psicosomática y; los Centros de Atención Residencial para personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (Centro de tratamiento residencial).

Lo interesante de estas tres atenciones, es que están concentradas geográficamente, lo que, como se verá en el capítulo del Programa de Salud Mental, no ocurre en Rapa Nui, puesto que el área insular sólo concentra la Atención Primaria de Salud al interior del Hospital Comunitario de Hanga Roa, sin las atenciones restantes de los otros niveles de especialidad.

A continuación, se presenta un esquema donde es posible apreciar la red temática de Salud Mental en la red general de salud. Ver Figura 3.

³⁵ Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas (usuarios) en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer (incluido el intersector) y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales (MINSAL, 2008, p.14-15).

Figura 3 Diagrama de la Red Temática Salud Mental en la Red General de Salud



Fuente: MINSAL, 2018c, p. 87

3.1.1 Planes nacionales de Salud Mental

Hasta la fecha, Chile ha tenido tres planes de Salud Mental. El primero, impulsado por la declaración de Caracas, se promulgó en 1993 por el MINSAL. El plan define el desarrollo de la salud mental en la APS y una red de servicios de especialidad en todas las áreas sanitarias. También propicia, la instalación de centros de salud mental comunitarios y la reinserción social de las personas con discapacidad psíquica internadas en hospitales psiquiátricos. Este plan estableció objetivos y opciones estratégicas que persisten hasta hoy (Minoletti A., Sepúlveda R., Gómez, M., Toro O., Irarrázabal M., Díaz, R., 2018, p. 3).

El primer Plan Nacional de Salud Mental (PNSM), facilitó la introducción de prácticas innovadoras que sirvieron de base para formular el segundo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en el año 2000, en el cual se explicitó la necesidad de implementar un modelo basado en una atención inserta en la comunidad, que permitiera la integración social de los usuarios y usuarias, y que respetara sus derechos y el de sus familias, junto con entregar de modo eficiente y sostenido una respuesta como Estado a todos los ciudadanos/as que sufren enfermedades mentales (MINSAL, 2017, p. 19).

Por su parte, el segundo plan, define con mayor precisión la red de salud mental comunitaria, coloca en el centro del modelo a la APS, asociada al centro de salud mental comunitaria como lugar privilegiado de la especialidad ambulatoria, promueve la creación de hospitales de día, la instalación de servicios de psiquiatría en hospitales generales y la desinstitucionalización mediante la creación de programas de rehabilitación psicosocial y hogares protegidos (Minoletti, et al., 2018, p. 3).

Aquí, los valores fundamentales de este Plan consideraban el desarrollo humano, el acceso universal, el involucramiento y participación de los pacientes y familiares, financiamiento asegurado para toda la población y, finalmente, la consideración de las particularidades y aportes de las culturas minoritarias (MINSAL, 2000, p.6). Por lo tanto, ya en el año 2000, se pueden reconocer las primeras aproximaciones entre la Política de Salud Mental, y el concepto de “culturas minoritarias”.

En este Plan, conviene revisar una de las seis estrategias³⁶ y ámbitos prioritarios para las acciones de intersectorialidad: La Salud Mental de pueblos indígenas, que promueve el desarrollo de comunidades indígenas existentes, reforzar su identidad cultural y aumentar su grado de cohesión social interna con el resto de la comunidad nacional y potenciar la sabiduría ancestral de su forma de vida y medicina tradicional, concentrando mayores recursos per cápita que para la población general (MINSAL, 2000, p.10). Algunas líneas que contempla son: definir prestaciones que incorporen la cosmovisión del pueblo indígena, su identidad, lenguaje y organización social, favorecer las actividades entre los agentes de salud de las culturas indígenas con los equipos de salud general y de salud mental, desarrollar, evaluar y comparar programas piloto en comunidades y con población indígena dispersa, entre otros (MINSAL, 2000, p.10).

Mucho más tarde, después de 17 años de ausencia de un Plan nacional adecuado a los tiempos, surge el tercer (y último) más reciente Plan, con el nombre “Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025”, poniendo énfasis en la legislación y los derechos humanos, la provisión

³⁶ Las seis estrategias y ámbitos prioritarios para las acciones del ámbito de “Insectorialidad” propuestas por el PNSM 2000 son: 1) Salud Mental en la educación preescolar y escolar, 2) Salud Mental y trabajo, 3) Salud Mental en barrios, poblaciones y comunas, 4) Salud Mental de personas en conflicto con la justicia, 5) Salud Mental de pueblos indígenas y 6) Comunicación social para una mejor Salud Mental.

de servicios, la intersectorialidad, desde la promoción hasta la inclusión social y la participación, entre otros elementos (Minoletti, et al., 2018, p. 3).

Para Minoletti et al., (2018) en este plan, se reconocen las brechas de servicios (60% según estándares del plan previo) y las distorsiones observadas respecto del modelo deseado de red comunitaria. A modo de ejemplo, la presencia aún hegemónica de tres de los cuatro hospitales psiquiátricos en sus áreas sanitarias; persistencia de personas institucionalizadas; coexistencia de especialidad ambulatoria en hospitales y en la comunidad; insuficiente inclusión de salud mental en el modelo de salud familiar de APS; e insuficiente colaboración intersectorial (p. 3).

Por su parte, el último PNSM promueve valores tales como el Respeto y la promoción de Derechos Humanos; la persona como un ser integral e indivisible física y mentalmente y la Equidad del servicio. Es interesante que dentro de los principios que guían el valor de la Equidad, se establece la Accesibilidad, Cobertura universal, Intersectorialidad y Pertinencia, donde esta última, pone el foco en “la consideración de las particularidades de la población a la que están destinados, incluyendo los enfoques de género, interculturalidad y vulnerabilidad” (MINSAL, 2017, p. 41).

A continuación, se revisarán aspectos que el PNSM 2017-2025, propone desde sus lineamientos en materia indígena. Primero, el Plan reconoce que el Estado ha fallado en el principio de Igualdad y No discriminación especialmente en lo relativo al resguardo de los derechos de personas pertenecientes a diversos grupos al momento de tener una enfermedad mental, tales como mujeres, niños y niñas en condición de vulnerabilidad y personas pertenecientes a pueblos indígenas (p.47), por lo que, enfatiza el resguardo en esta temática.

Luego, en la Línea de Regulación y Derechos Humanos, el Plan establece la mantención actualizada de los instrumentos regulatorios vigentes y desarrollar las regulaciones necesarias para resguardar los derechos de las personas con enfermedad mental, en lo relativo al acceso a la salud e inclusión social, incorporando en la normativa consideraciones respecto de Derechos Humanos y de determinantes sociales tales como la pertenencia a pueblos indígenas. Para lograrlo, se proponen distintas estrategias, como, la constitución de grupos consultivos para evaluar pertinencia de la normativa en reconocer e incorporar el respeto a los Derechos Humanos, la dispersión geográfica, pertenencia a

pueblos indígenas, género, personas migrantes internacionales, poblaciones vulnerables, entre otros determinantes sociales (MINSAL, 2017 p. 53).

Por otro lado, desde la Línea de Participación, el Plan sostiene que se debe “Fortalecer y fomentar la participación social en salud”, llamando a “incorporar a las culturas locales, en la comprensión y promoción de la salud mental, así como en las definiciones para el abordaje de los trastornos mentales”, lo que implica que cada cultura (urbana, rural, religiosa, indígena), pueda contribuir con sus puntos de vista respecto de su salud mental y de los trastornos mentales, los cuales deben ser considerados por la red de salud. Añade que es de relevancia: “fortalecer los vínculos y los espacios dados a los practicantes de medicinas tradicionales y populares, además de otros sectores informales en la entrega de servicios vinculados a mejorar el bienestar psicosocial de las personas, así como el autocuidado de la salud mental” (MINSAL, 2017, p. 139), asumiendo que debiera darse la cabida a la medicina tradicional indígena. Interesante se vuelve entonces, cómo y en qué condiciones se da este escenario. Esta situación será problematizada más adelante.

Finalmente, en la Línea de Intersectorialidad, se sostiene que el objetivo es “generar estrategias colaborativas entre el sector salud, otros sectores del Estado y de la Sociedad Civil, para abordar temáticas comunes en el ámbito de la salud mental” (p.144) y para ello, se sostiene que hay poblaciones específicas que requieren de un abordaje intersectorial especial, para responder a sus necesidades en materia de salud mental. A modo de ejemplo, menciona a Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) con vulneración de derechos y/o sujetos a Ley de Responsabilidad Penal Adolescente, Adultos privados de libertad, Población migrante y Pueblos indígenas (MINSAL, 2017, p. 155-156).

Al respecto, diversos estudios epidemiológicos manifiestan que la salud mental de las personas pertenecientes a pueblos indígenas, han mostrado una mayor prevalencia de enfermedades mentales, por lo que el Plan releva la importancia de la coordinación intersectorial y un trabajo articulado a nivel territorial para apoyar el desarrollo de las comunidades indígenas que ya existen, reforzando su identidad cultural y compatibilidad con la medicina tradicional y generando aportes técnicos más integrales en el abordaje de los problemas de salud mental de las personas pertenecientes a pueblos indígenas (MINSAL, 2017, p. 155-156).

Entre los objetivos estratégicos para la Línea de Intersectorialidad, se propone elaborar e implementar planes de acción intersectoriales para dar respuesta a las necesidades en salud mental, particularmente en el caso de poblaciones específicas como la indígena, cuyas estrategias promueven la coordinación e integración de políticas y programas públicos, considerando definición, formulación, ejecución y financiamiento complementario, y, por otro lado, la implementación de mecanismos intersectoriales para facilitar la inscripción y vinculación de poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, con la red pública de salud, considerando sus realidades y necesidades particulares, entre otros.

Mientras que, entre las metas para lograr su objetivo, se propone que al año 2025, ya se debiera contar con planes intersectoriales para responder a las necesidades en salud mental de poblaciones que se encuentren en condiciones de vulnerabilidad y que ese mismo año, el 100% de los nodos de la red temática de salud mental debieran incorporar el enfoque intercultural en la atención, de acuerdo a las Orientaciones Técnicas para la Atención de Salud Mental con Pueblos Indígenas (MINSAL, 2017, p. 162).

Así, es posible dilucidar que el último Plan, dio las primeras luces concretas del trabajo con pueblos indígenas, proponiendo objetivos, estrategias y metas asociadas a ella.

Ahora bien, otro tema que es relevante revisar del PNSM 2017-2025, es que, el documento es bastante crítico con respecto al escenario constitucional, destacando la necesidad de una legislación que se ajuste a los estándares internacionales. Así, el documento asume que, pese a que propone estrategias y líneas de acción a seguir, reconoce que la carencia de una legislación que esté a la par con la normativa legal vigente a nivel internacional, complica el escenario de la implementación de este Plan. Al respecto:

“Chile no cuenta con un solo cuerpo normativo articulado y coherente, que sea marco y soporte suficiente para el conjunto de las acciones de mejoramiento de la salud mental contenidas en el presente Plan. Así también, la mayor parte de los documentos regulatorios sectoriales relacionados con personas con trastornos mentales y discapacidad mental se encuentran desactualizados y no consideran los nuevos convenios internacionales suscritos, como tampoco los cambios introducidos por la reforma del sector o aquellos que se han producido en la red asistencial” (MINSAL, 2017, p. 45).

Es interesante que, entre los objetivos estratégicos del Plan de acción el PNSM 2017-2025, se propone contar con una Ley de Salud Mental y sus reglamentos, establecido como meta al 2020, situación que, a la fecha, aún no se ha podido concretar.

Por otra parte, la Constitución Política de Chile garantiza el derecho al *acceso a la salud*, pero no *el derecho a la salud*, lo cual afecta directamente el derecho a la salud mental (MINSAL, 2017, p. 46), lo que complejiza aún más el debate, si consideramos que actualmente, la Constitución que rige a la actualidad, es la de 1980, que, en lugar de configurar un Estado Social, promovió el rol del Estado como un ente Subsidiario³⁷.

Para Allard, Hennig y Galdámez (2016), la diferencia entre ambas configuraciones de Estado es vital porque “juegan un papel absolutamente central a la hora de definir el sentido y alcance de la protección del derecho a la salud” (p. 96). Así, mientras que el Estado subsidiario se arraiga fuertemente en el individualismo, tanto a la hora de reconocer el derecho a la salud como al momento de garantizarlo, el Estado social enfatiza en sus garantías, ya que las múltiples dimensiones de los derechos fundamentales hacen que se refuercen entre sí y contribuyen para que sean tomados en serio, como es el caso de la Constitución de Brasil de 1988.³⁸

En conclusión, la aparición y evolución paulatina de los tres PNSM, ha sido un aporte para la implementación de los servicios de salud mental, como también, un conducto para los trabajadores y trabajadoras que implementan sus directrices, que les ha permitido seguir algunos lineamientos en común. Sin perjuicio de lo anterior, las metas propuestas han tenido dificultades en su implementación, varias de las cuales, a la fecha, no se han cumplido.

Indudable es que, la Declaración de Caracas en los 90 generó un cambio paradigmático en el funcionamiento de los servicios de Salud Mental, que antes estaban mayormente focalizados en el servicio psiquiátrico (de institucionalización) y basados en el

³⁷ En “El derecho a la salud y su (des)protección en el estado subsidiario” Allard et al., (2016), reflexionan sobre el rol que ha tenido el Estado en las Políticas sociales, en especial en materia de Salud, desde el análisis entre el “*Estado Social de Derecho*”, que se identifica con el modelo de la Constitución alemana de la posguerra y que se adopta en Brasil a partir de la redemocratización del país en 1988 y del “*Estado subsidiario*” (más próximo al constitucionalismo clásico) y que sería el que está vigente en Chile desde la Constitución de 1980 (Allard et al., 2016, p.96-97).

³⁸ Lo que, por otro lado, ha llevado a un fenómeno de judicialización de la salud en Brasil. Véase Allard et al., 2016.

modelo biomédico, para luego transitar hacia la focalización de recursos en la atención primaria de salud y a trabajar en redes, pero claramente fueron insuficientes para la población general que se atendía en los servicios de salud mental a nivel nacional. Con este panorama a cuestas, el MINSAL empieza a organizar mesas de trabajo para indagar qué se estaba haciendo en materia de Salud Mental con respecto a los Pueblos indígenas, lo que dio origen, en el 2017 a las Orientaciones Técnicas para trabajar la salud mental de los pueblos indígenas.

3.1.2 MINSAL y el trabajo de la Salud Mental con pueblos indígenas

Bien cabe aclarar que, en lo práctico, las regulaciones legales no siempre se sostienen desde un solo Ministerio. Esto es, si bien desde el MINSAL se ha promovido iniciativas, hay otras normativas generales (como el Convenio 169 o el Artículo 7 de la Declaración de las Naciones Unidas de los pueblos indígenas) que van más allá de un Ministerio. De este modo, esta sección enfatiza el cuerpo normativo vigente del MINSAL, o bien, que afecta en la toma de decisiones de la temática de Salud, y, por tanto, de la Salud Mental.

En cuanto a la legislación y normativa específica en el campo de la salud, se ha establecido el derecho de los pueblos indígenas a la participación y pertinencia cultural en la provisión de servicios de atención, prevención y promoción de salud en particular para dicha población y que son aplicables a la programación nacional y local en salud (MINSAL y Banco Mundial, 2017, p.5). Ver tabla 5.

Ahora bien, además de la normativa legal vigente, ha habido otras aproximaciones desde el Ministerio de Salud. Desde el año 2000, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, y la División de Atención Primaria (DIVAP), el MINSAL implementa el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI)³⁹, definiendo tres principios que posteriormente se ven reflejados en la Política de Salud y Pueblos Indígenas (2006)⁴⁰ y en la legislación vigente sobre la materia (MINSAL y Banco Mundial, 2017, p.11).

³⁹ Su objetivo principal es: “Contribuir a la disminución de brechas de inequidad, en la situación de salud de los pueblos indígenas, a través de la construcción participativa de planes de salud que reconozcan la diversidad cultural, promuevan la complementariedad entre sistemas médicos y provean servicios de salud adecuados que respondan a necesidades, derechos y perfiles epidemiológicos específicos” (MINSAL, 2016a, p. 4).

⁴⁰ Plantea como principal desafío el desarrollo de un Modelo de Atención con enfoque intercultural orientado a la disminución de las desigualdades sociales en salud y que incorpore en el proceso la participación indígena (MINSAL, 2018a).

Tabla 5*Legislación y normativa específica en Salud de pueblos indígenas*

Normativa	Año	Aspecto que regula
Ley 20.584, artículo 7	2012	Establece que los prestadores institucionales públicos deberán asegurar el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos originarios a recibir una atención de salud con pertinencia cultural.
Convenio 169 de la OIT, artículo 25	2009	Sostiene entre otros aspectos, tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.
Norma General Administrativa N° 16 sobre Interculturalidad en los Servicios de Salud	2006	Establece diversas directrices para la acción de los Servicios de Salud en su relación con los pueblos indígenas, como, por ejemplo: la atribución a un establecimiento la calidad de Hospital Intercultural, que deberá adoptar un enfoque que integre tanto el conocimiento de salud que tiene la cultura indígena predominante en la localidad con el conocimiento aportado por la medicina occidental.
Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, artículo 21	2005	Señala entre las funciones del Ministerio de Salud, formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud, permitiendo y favoreciendo la colaboración y complementariedad en salud para obtener resolución integral y oportuna de sus necesidades de salud en su contexto cultural.
Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, artículo 8 letra e	2005	Establece facultades del director del Servicio, quien: deberá programar, ejecutar y evaluar en conjunto con los integrantes de la Red y con participación de representantes de las comunidades indígenas, estrategias, planes y actividades que incorporen en el modelo de atención y en los programas de salud, el enfoque intercultural en salud.
Ley de Autoridad Sanitaria N° 19.937, artículo 4	2004	Establece que el Ministerio de Salud tendrá, entre otras, las siguientes funciones: N° 16: Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena.
Ley Indígena 19.253	1990	Reconocimiento hacia las etnias indígenas. Crea la CONADI. En su art. 1 señala que es deber de la sociedad en general y del Estado en particular, a través de sus instituciones respetar, proteger y promover el desarrollo de los indígenas, sus culturas, familias y comunidades, adoptando las medidas adecuadas para tales fines.

Fuente: Elaboración propia en base a documentos del MINSAL vigentes.

Esto es, los principios de equidad, interculturalidad y participación, los cuales debían ser entendidos de manera transversal en los distintos ámbitos de gestión en el sector público de salud, los que, además, debían reflejarse en lineamientos técnicos y estrategias construidas, ejecutadas y evaluadas participativamente, siguiendo lo estipulado en el Convenio 169 (MINSAL, 2009, p.8). Así, la cobertura del PESPI había ascendido entre el año 2006 y el 2018 a 22 de 29 en el caso de los Servicios y de 138 a 181 para el caso de las comunas (MINSAL, 2018a).

En materia específica de Salud Mental, en julio del 2016, el MINSAL lanza las “Orientaciones Técnicas para la atención de salud mental con pueblos indígenas: hacia un enfoque intercultural”, documento inédito hasta ese momento referido específicamente a la pertinencia de la Salud Mental de pueblos originarios de Chile.

En ese entonces, se detectaba que “una de las principales necesidades en materia de salud mental y pueblos indígenas era contar con un instrumento o documento orientador que entregara información clave a los equipos de salud mental para dar una atención de salud con pertinencia cultural” (MINSAL, 2016b, p.6), por lo que estas Orientaciones, venían a dar respuesta a esas necesidades. Así, su objetivo establece:

“Entregar elementos conceptuales y prácticos respecto al enfoque intercultural, con el propósito de que los equipos de salud que se desempeñan en la atención primaria, secundaria y terciaria, proporcionen a las personas pertenecientes a pueblos indígenas una atención en salud **con pertinencia cultural**⁴¹” (MINSAL, 2016b, p.7).

El documento mismo, sostiene que, la pertinencia cultural, “se traduce en acciones tales como respeto, reconocimiento a las prácticas culturales propias de los pueblos indígenas, es la atención o prestación de salud toma en cuenta las características socio-culturales particulares de los grupos de población de las localidades en donde se brinda atención” (sic) (MINSAL, 2016b, p.7).

En relación con la consideración de las denominadas “prácticas culturales propias” pareciera ser que es un tanto difusa su aproximación, pero deja entrever que podría aludir a la medicina tradicional indígena. Al respecto, esta materia ha sido regulada desde diferentes cuerpos normativos, que teóricamente, permitirían su implementación. Ver tabla 6.

⁴¹ Énfasis de la autora.

Tabla 6*Cuerpo normativo de la Medicina tradicional indígena en Chile*

Medicina Tradicional Indígena
Normativas Internacionales y Sectoriales ⁴²
Ley Indígena n° 19.253
Ley que Regula los Derechos y los Deberes que tienen las Personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud
Ley de Autoridad Sanitaria N° 19.397 (2004). Art. 4, n° 16
Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud (2005). Art. 21
Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud (2005). Artículo 8 letra e)
Norma General Administrativa N°16 sobre “Interculturalidad en los Servicios de Salud” (2006)
Política de Salud y Pueblos Indígenas. (2006)
Ley 20.584 (2012) Art.7
Programa de Salud y Pueblos Indígenas (1996).
Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (2000)

Fuente: Elaboración propia basado en la Biblioteca virtual en Salud de la OPS. Recuperado de: <http://mtci.bvsalud.org/regulaciones-y-politicas-en-mtci/>

De lo anterior entonces, lo que interesa, es saber cómo, estas regulaciones han sido implementadas (o no), consideradas (o no), y dispuestas (o no) al interior del Programa de Salud Mental del Hospital Hanga Roa.

Por lo demás, varias de las leyes o disposiciones de este cuadro resumen, son parte de regulaciones generales que no sólo conciernen al Ministerio de Salud, volviéndose necesaria la revisión del Derecho indígena en Chile y sus implicancias para el funcionamiento del Programa de Salud Mental del Hospital Hanga Roa.

3.2 Derecho indígena en Chile

Según datos del Ministerio de Salud (2016), la gran mayoría de los países latinoamericanos presenta una gran diversidad étnica y cultural, la que se reproduce tanto en espacios urbanos como rurales. En la última ronda de Censos en América Latina la población indígena alcanza los 36.6 millones de personas, lo que representa el 7% de la población total. México, Guatemala, Perú y Bolivia concentran las poblaciones más numerosas en términos absolutos y porcentuales, dado que ostentan más del 80% del total (p.9).

⁴² Incluye: -Convenio 169 de la OIT sobre Derechos de los Pueblos Indígenas y Tribales en países independientes- Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas - Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares. En: <https://dipol.minsal.cl/departamentos-2/salud-intercultural/normativas-internacionales-y-sectoriales/>

Durante la década de los pueblos indígenas⁴³ (Restrepo & Orduz, 2006, p. 19) diversas comunidades indígenas del continente latinoamericano, se organizaron para manifestar sus demandas ante las autoridades estatales. En países como Bolivia y Ecuador, se organizaron Asambleas Constituyentes entre el 2006 al 2008, dando lugar a la presentación de las nuevas Constituciones concebidas desde y a partir de principios de pluralidad que reemplazaría a los de unicidad, y de Interculturalidad en lugar de los de monoculturalidad (Walsh, 2009). Ambas Asambleas, promovieron las nuevas discusiones que según la autora jamás han sido registradas en la esfera pública sudamericana, puesto que enfatizaban “cuestiones referidas al carácter racista, racializado y excluyente de las sociedades actuales y a la impericia tanto de la modernidad en tanto colonialidad” (Walsh, 2009, p. 14).

De esta manera, en Latinoamérica, comienza la problematización de lo “político-constitucional, una consideración real, concreta y profunda sobre la diferencia, la diversidad y la interculturalidad en países acostumbrados a –y fundados sobre– la uninacionalidad⁴⁴, la monoculturalidad y la inferiorización casi naturalizada de pueblos de raíz ancestral, y de sus saberes, racionalidades y sistemas de vida” (Walsh, 2009, p. 14). Lo anterior, venía a interrumpir un modelo que, no era cuestionado por ningún agente social, lo que da paso al cuestionamiento del orden político establecido de un Estado que, hasta entonces, tenía carácter único e inquebrantable. Aparece así, el giro decolonial que marca y apunta los actuales esfuerzos de repensar y refundar los Estados, y cuáles son los ejes y sentidos sociales, culturales, epistémicos, existenciales y políticos de este vuelco y de esta lucha de re-fundación⁴⁵ (Walsh, 2008, p. 135).

⁴³ La “década de los pueblos indígenas” se declaró el año 1993 y fue asumida por los gobiernos y el Sistema de Naciones Unidas en 1994. Dicha década se concibió como una oportunidad para dar visibilidad a la situación de los pueblos indígenas de todo el mundo, para luchar contra las injusticias que se han cometido contra ellos y para reconocer sus derechos civiles, sociales, culturales y económicos (Restrepo & Orduz, 2006).

⁴⁴ Para Walsh (2009) la uninacionalidad encuentra sus raíces en la dominación y exclusión históricas, económicas, políticas y sociales de las que han sido objeto los indígenas en las estructuras y las formas estructurales de esta dominación y exclusión que durante siglos les han mantenido en los márgenes del imaginario de la sociedad y del Estado “nacionales” (p. 106).

⁴⁵ “Estos interrogantes parten de la perspectiva de que lo decolonial –y la decolonialidad– no son planteamientos nuevos ni tampoco categorías teórico-abstractas. Han sido, desde la colonialización y esclavización, ejes de lucha de los pueblos sujetos a esta violencia estructural, asumidos como actitud, proyecto y posicionamiento – político, social y epistémico– ante (y a pesar de) las estructuras, instituciones y relaciones de su subyugación” (Walsh 2009, p.14).

Es así como, la concentración del debate entre sus pares latinoamericanos, se centró en la problematización del paradigma del Estado-Nación imperante de ese momento, en contraste con la idea de la plurinacionalidad, que reconoce la diversidad de naciones dentro de un Estado a través de su Constitución, que se autoproclama como tal, como ha sido el caso de otros países latinoamericanos que han avanzado en esta materia como Bolivia, Ecuador, México y Perú (entre otros), lo que, en consecuencia, les ha permitido a estos países generar políticas que vayan en la línea del reconocimiento y posterior a ello, la detección de necesidades de los pueblos indígenas, bajo el amparo de una carta magna que lo sustenta.

En Chile, desde el retorno de la democracia, la aprobación de la Ley 19.253 en 1993, (o “Ley Indígena”), es uno de los principales hitos nacionales en materia indígena. La Ley, entre otras facultades, motivó la creación de la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI) como un organismo descentralizado, al alero del entonces Ministerio de Planificación, cuya dirección está a cargo de un Consejo Nacional⁴⁶. Desde entonces, la CONADI ha sido la institución más relevante en Chile en materia de diseño e implementación de política indígena (Aninat & Hernando, 2019, p. 9).

En el 2001, el ex presidente Ricardo Lagos, a través del Decreto 19, crea la Comisión Verdad Histórica y Nuevo Trato con los Pueblos Indígenas, destinada a asesorar al Presidente de la República, en el conocimiento de la visión de los pueblos indígenas sobre los hechos históricos del país y a efectuar recomendaciones para una nueva política de Estado, que permitiera avanzar hacia el nuevo trato de la sociedad chilena y su reencuentro con los pueblos originarios.⁴⁷ La Comisión tuvo sesiones en forma plenaria y también se constituyó en grupos de trabajo por áreas temáticas y por etnias, que concluyó con un Informe final, que fue presentado en octubre del 2003⁴⁸.

⁴⁶ Este Consejo está integrado por el director nacional, nombrado por el Presidente de la República, cinco subsecretarios o sus representantes (Segegob, MDS, Minagri, Mineduc y BB.NN.), tres consejeros determinados por el Presidente de la República y ocho consejeros elegidos por los pueblos indígenas: cuatro mapuches, un aimara, un atacameño, un rapanuí y un indígena de un área urbana del territorio nacional (Aninat et al., 2019, p. 9).

⁴⁷ Véase: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=182027&idVersion=2003-09-03>

⁴⁸ Esta Comisión fue presidida por el expresidente Patricio Aylwin Azócar.

Este Informe⁴⁹, entre otros temas, reconocía que el Estado y la sociedad chilena estaban en deuda con los Pueblos Indígenas, y que la reparación suponía “escuchar a estos pueblos en sus propias voces, que habían sido silenciadas, y que, por tanto, se les debía reconocer el derecho a vivir y desarrollarse de conformidad a sus propias identidades y sistemas culturales” (Biblioteca del Congreso Nacional, p. 3. Disponible en: http://transparencia.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/11824/5/90525_90525_PS_FG_CVHNT_11072011.pdf) y establecía que dichas recomendaciones debían estar referidas a mecanismos institucionales, jurídicos y políticos para una plena participación, reconocimiento y goce de los derechos de los pueblos indígenas en un sistema democrático, sobre las bases de consenso social y reconstrucción de la confianza histórica (Comisión, 2008). En efecto, el informe, impulsó la creación de Políticas Públicas orientados a pueblos indígenas en el territorio nacional, lo que no estuvo exento de discordia⁵⁰.

Estudios actuales, indican que, pese al compromiso estatal establecido en ese entonces, las propuestas gubernamentales han sido escasas y poco articuladas entre sí (Aninat et al., 2019). De hecho, una de las falencias de estas políticas es la falta de articulación entre programas. Para Aninat et al., (2019), la oferta de Programas para pueblos indígenas que devienen de Políticas Públicas del Estado (no sólo de salud) mantiene una brecha en comparación con la población que recibe los mismos beneficios del programa pero que no es perteneciente a un pueblo indígena. El estudio, concluyó que la situación de los pueblos indígenas está lejos de haber experimentado una mejoría significativa, y que si bien, la

⁴⁹ Otros aspectos del Informe sostenían que: 1) Los pueblos indígenas de Chile son los descendientes de los primeros habitantes del territorio, por lo que preexisten al del Estado de Chile; 2) La nación chilena se constituye sobre la base del intento por asimilarlos y de apropiarse de sus territorios, lo que fue exitoso en el objetivo de servir a la formación del Estado Nación chileno, pero que tuvo consecuencias para esos pueblos que se arrastran hasta el presente; 3) La identidad de estos pueblos se ha constituido en relación y conflicto con el proyecto de construcción del Estado nacional, correspondiendo dar cabida a una nueva oportunidad histórica y un nuevo trato para el entendimiento; 4) Definir y poner en vigencia un estatuto jurídico especial, que comprenda un conjunto de derechos cuya titularidad corresponde a los Pueblos Indígenas, modificando y perfeccionando el ordenamiento legal, a través del conjunto de propuestas y recomendaciones. (En Biblioteca del Congreso Nacional Disponible en: http://transparencia.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/11824/5/90525_90525_PS_FG_CVHNT_11072011.pdf)

⁵⁰ Felipe Larraín, uno de los comisionados sostuvo: “Un nuevo trato debe establecer límites y las partes deben establecer compromisos y responsabilidades. El Informe de la Comisión abre demasiadas expectativas y genera incertidumbres que podrían redundar en una situación aún peor que la actual” (p.17), poniendo énfasis en la alta cantidad de demandas, pero, que, sin embargo, los recursos de estas demandas no se habían cuantificado, que reafirmaba la posición más conservadora de la sociedad de ese entonces. En: https://www.cepchile.cl/cep/site/docs/20160304/20160304093138/rev92_larrain.pdf.

pobreza y la vulnerabilidad se ha reducido en esa población, ambas han mejorado más lentamente que el resto de la sociedad beneficiaria de programas generales, lo que muestra que la política focalizada no ha sido efectiva en reducir las brechas entre ambos grupos (Aninat et al.,2019, p.50).

Así, los autores, problematizan el complejo escenario relativo a cómo hacerse cargo de una supuesta política indígena que, en la práctica, se ha traducido en programas en los que abundan la dispersión, la incoherencia y la falta de efectividad (p.47), que “pone en evidencia una notable falta de coordinación entre las instituciones ejecutoras de las distintas iniciativas que rara vez articulan entre ellas las acciones que implementan” (p.50).

Más adelante, en el año 2007, Chile votó a favor de la adopción de la Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. Esta declaración establecía un marco universal y estándares mínimos para la supervivencia, dignidad, bienestar y derechos de los pueblos indígenas del mundo. La Declaración aborda, entre otras temáticas los derechos individuales y colectivos incluyendo aspectos referentes a la identidad cultural, la educación y la salud. Frente a este último, conviene revisar el Artículo 23, que sostiene el derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, así como administrar esos programas mediante sus propias instituciones, y el Artículo 24, inciso 1, que sostiene el derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud⁵¹.

Esta declaración, impulsó, al año siguiente, la ratificación del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el cual entró en vigencia el 15 de septiembre del año 2009, bajo el gobierno de la expresidenta Michelle Bachelet Jeria.

3.2.1 El Convenio 169

La primera mitad del siglo XX dio inicio a las primeras aproximaciones del mundo jurídico en la cuestión indígena. Pionera, fue la Organización Internacional del Trabajo⁵² (OIT), agencia de Naciones Unidas, que comenzó a problematizar la explotación laboral de los indígenas, principalmente por las discriminaciones asociadas a su pertenencia étnica.

⁵¹ Recuperado de: https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf

⁵² La OIT fue creada en 1919, como parte del Tratado de Versalles que terminó con la Primera Guerra Mundial, y reflejó la convicción de que la justicia social es esencial para alcanzar una paz universal y permanente.

El interés de la OIT por los pueblos indígenas data de los años veinte y tuvo su origen en el intento por superar las condiciones de discriminación laboral a las que estaban expuestos los pueblos indígenas (OIT, 2013, p.xi). Luego, en la década de los 50', se fue evidenciando que las condiciones laborales de estos pueblos, eran consecuencia de injusticias y prejuicios profundamente arraigados y ligados intrínsecamente a cuestiones más amplias de identidad, idioma, cultura, costumbres y tierras (OIT, 2013, p.4).

Así, la OIT ha impulsado políticas en materia de pueblos indígenas y tribales durante los últimos noventa años, siendo además, responsable del Convenio sobre pueblos indígenas y Tribales, 1989 (núm. 169)⁵³, siendo éste el único tratado internacional vinculante abierto a ratificaciones que trata específicamente del tema (OIT, 2017, p. 1). En Chile, el Convenio 169 fue ratificado en el 2008 y a partir del 15 de septiembre de 2009, forma parte de la legislación chilena (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile/BCN)⁵⁴.

Este Convenio, hace hincapié a los derechos del trabajo, así como también al derecho a la tierra y al territorio, a la salud y a la educación de los pueblos indígenas y tribales. Por otra parte, establece como mecanismo de participación, el derecho a consulta de los pueblos indígenas cada vez que se prevean medidas legislativas o administrativas susceptibles de afectarles directamente (Art. 6). Esto, permite visibilizar las consecuencias de las decisiones que los afectan en un marco de interculturalidad (Meza-Lopehandía, M., 2010, p.56).

Según Aninat & Herando (2019), hasta la fecha, el Estado ha realizado 76 consultas indígenas⁵⁵, sin embargo, para el caso de Salud, se ha realizado sólo una consulta (p.10), situación que pone en relieve el escaso compromiso del Estado con la facilitación de un espacio que promueva la participación indígena en temas de salud.

Al respecto, el artículo 25 de la parte V referida a la Seguridad Social y Salud, dispone de 4 dimensiones que son de relevancia para el ámbito de Salud. Ver tabla 7.

⁵³ En adelante, Convenio 169.

⁵⁴ Recuperado de: <https://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/convenio-169-oit>

⁵⁵ Destacándose el Ministerio de Obras Públicas con 43 procesos relacionados con el diseño de obras de desarrollo. Le siguen los Ministerios de Desarrollo Social y de Bienes Nacionales, con 6 consultas cada uno; el de Energía, con 5; Educación, con 4, y luego los ministerios de las Culturas, Interior, Medio Ambiente y el Consejo de Monumentos Nacionales, cada uno con 2 consultas. Agricultura, Economía y Defensa han realizado una consulta cada uno (Aninat & Herando, 2019, p.10).

Tabla 7

Artículo 25 de la parte V del Convenio 169 relativo al ámbito de la Salud

<p>1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.</p>
<p>2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.</p>
<p>3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.</p>
<p>4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.</p>

Fuente: Elaboración propia adaptado del Manual OIT, 2013, p. 43

Finalmente, aunque diversos autores han reconocido un avance importante en materia de derecho, con la ratificación del Convenio 169 por parte del Estado de Chile, hay una crítica en relación con la factibilidad de implementación de este documento, ya que entra en tensión con leyes fundamentales de la Constitución. De hecho, pese a la buena intención de este Convenio, la misma OIT reconoce que pese a los esfuerzos desplegados, subsisten brechas en la implementación de este instrumento, a causa de, “entre otras, debilidades institucionales, la poca predictibilidad de los procesos y el desconocimiento de los alcances del instrumento de parte de los actores interesados” (OIT, 2017, p.2).

A modo de ejemplo, para Quilaqueo (2018) los problemas de implementación del Convenio, van más allá del modelo procedimental de su aplicación, que lleva al desencanto de los líderes y organizaciones indígenas (p.150), lo que podría explicarse porque “los derechos que defienden los pueblos indígenas ponen en tensión la arquitectura basal del sistema de derechos generado por el modelo de vida occidental” (p. 151), que estaría bajo el amparo de la racionalidad moderna, desde donde emergieron los derechos humanos y, a posteriori, los derechos de pueblos indígenas (Quilaleo, F. 2018). En efecto, la dificultad estaría entonces, en cómo se ha concebido la idea de la Convención, dispuesta por personas

con una cosmovisión preformada en relación con materias importantes para los pueblos indígenas, es decir, desde la otredad, y que poca pertinencia tiene con la realidad de los pueblos indígenas.

De esta manera, se abre una brecha entre lo que espera la autoridad del Estado y por otro lado, los pueblos indígenas, lo que pone en tensión el dispositivo jurídico interno del Estado, que no estaría dispuesto a aceptar ningún fraccionamiento o dilución de los dogmas sobre los cuales se construyó el Estado autoproclamado como uninacional, entendida ésta como *una* nación única e indivisible, la división de poderes, la democracia liberal, el sistema penal y la titularidad sobre los recursos naturales (Quilaleo, F.2018, p.150), ante lo cual, urgen medidas que puedan ir revisando si las propuestas actuales del Estado son medidas estructurales, o más bien, accesorias a las necesidades del mundo indígena.

Al respecto, para Aninat et al., (2019) si bien, las políticas públicas en materia indígena son por esencia multisectoriales, abordando los distintos ámbitos que son parte de la realidad de los pueblos indígenas, en la práctica terminan cayendo en los peligros de la multisectorialidad. Esto es, la dispersión, la fragmentación, la incoherencia y la ausencia de una estrategia general, ante lo cual queda en evidencia la necesidad de una futura institucionalidad que cuente con herramientas para una política indígena coordinada y efectiva (p. 53).

Para concluir este capítulo, se observa que, un hecho relevante en materia indígena ocurre en la década de los 90', con la problematización del rol del Estado en temas indígenas, influenciado por toda una oleada latinoamericanista que comenzó a dar cuenta de los abusos y descuidos hacia la población indígena de parte de los Estados. Esto dio lugar a la introducción de conceptos que paulatinamente se fueron observando en las políticas multisectoriales, tales como “interculturalidad” y “pertinencia cultural”. Al respecto, se vuelve necesario profundizar en las metodologías propuestas.

Un hito importante en Salud Mental también en la década de los 90', tiene que ver con la transición de una atención intrahospitalaria a una atención ambulatoria, lo que permitió el avance desde un modelo biologicista a un modelo biopsicosocial, poniendo énfasis en el territorio y las comunidades donde habitan las personas. Además, la Declaración de Caracas,

impulsó en varios países latinoamericanos, los Planes Nacionales de Salud Mental. En Chile, el primero se desarrolló en 1993, le sigue el segundo Plan del 2000 y el último del 2017-2025. Este último, aunque, duramente criticado por su tardía aparición, incorpora el Enfoque de Interculturalidad y se refiere por primera vez a la pertinencia cultural.

Observamos que, desde la política sanitaria, hay una fuerte crítica hacia el bajo presupuesto destinado al gasto público de Salud Mental si se le compara con otros países, lo que impide generar propuestas de calidad. De manera que la implementación de programas de Salud Mental se ven afectados en su factibilidad si no hay recurso destinado para ello.

Respecto de las Políticas Públicas de Salud en materia indígena, necesitan de una articulación y coordinación intersectorial, que promueva el diálogo entre ministerios y servicios, de manera que los programas e intervenciones estén al servicio de los pueblos indígenas y no al revés.

Finalmente, en relación al Convenio 169 y el ordenamiento jurídico disponible, urge la necesidad de ir evaluando la implementación de estas leyes, analizar su factibilidad y revisar de qué manera se están realizando las consultas indígenas, de manera de no repetir una lógica eurocéntrica con mecanismos participativos que poco sentido tienen desde la cosmovisión indígena.

Capítulo 4:

De la Comunidad Rapa Nui y su cosmovisión

Para el análisis de las Políticas de Salud Mental, se problematizan conceptos bajo los cuales se diseñan las Políticas Públicas, tales como Comunidad, Salud y Salud Mental. Estos conceptos, que devienen de la comprensión de las mismas personas Rapa Nui, irán dialogando con referentes teóricos en estas materias, lo que permitirá deconstruir, para aproximarse al fenómeno de manera integral. Se hace la salvedad, que, esta sección, incorpora no sólo el relato de usuarios del Programa de Salud Mental, sino, además, el relato de la Papa Ra'au, ya que ella, a diferencia del resto de los técnicos, maneja conceptos desde la cosmovisión de la cultura Rapa Nui, que parecieron ser obviados por los demás técnicos.

Así, este capítulo, comienza con la definición de “comunidad” como concepto. En seguida, se da paso a la (de) construcción del significado de “comunidad Rapa Nui”, a partir de quienes la conforman. Luego, se dan algunos indicios de la evolución que ha tenido la “Comunidad Rapa Nui”, que ha sido percibida como negativa por los mismos usuarios. Finalmente, se muestran las concepciones de Salud-Salud Mental según los isleños, que al parecer, tendría que ver con un continuo, no binario.

4.1 Comunidad como concepto

Para comprender qué se entenderá por Comunidad Rapa Nui, primero, cabe problematizar qué se entenderá epistemológicamente por comunidad. Al respecto, Rozas (2018) asume que este concepto ha tenido una evolución histórica, donde es de relevancia reconocer frente a qué tipo de comunidad nos enfrentamos, para luego, generar líneas de intervención, aspecto de relevancia, pues, el autor indica que “al conceptualizar la comunidad en la que trabajamos definimos también el foco donde debemos intervenir” (p.15).

En este eje, pareciera ser que, existe un acuerdo generalizado de lo que se entiende por Comunidad. Los usuarios hacen referencia al territorio, sentido de pertenencia, objetivos y lazos en común: “*Para mí la comunidad es un conjunto de personas que están unidas (...) enlazadas unas con otras, por algún sentimiento en común, o por alguna cuestión en común...*” (10-UV).

“*...comunidad lo entiendo como una organización, un conjunto de personas (...) es el tema de vivir en un mismo lugar, en una comuna (...) somos personas de un lugar, somos la organización de un lugar, pertenecemos a un lugar...*” (17-UVI)

Así entonces, la definición de Comunidad que entregan los propios usuarios, permite, no sólo desmenuzar el concepto para comprender la mirada del fenómeno desde su propia cosmovisión, sino, además, entrega la primera aproximación hacia un marco referencial epistemológico que promueve un análisis integral, incorporando variables tales como: desde dónde, cómo y qué estrategias escoger para intervenir. Sin embargo, si la Comunidad se trata de personas que comparten un territorio y/o una identidad común, ¿Todos los habitantes de la isla serían parte de la Comunidad Rapa Nui?

4.2 Comunidad Rapa Nui

En esta parte, los usuarios del programa realizan una diferencia en relación a quienes son parte de la Comunidad Rapa Nui y quienes no, haciendo una distinción según la pertenencia étnica, es decir, conformarían la Comunidad Rapa Nui, sólo aquellos que, por

algún lazo consanguíneo, son descendientes del linaje ancestral Rapa Nui (11-TVII; 30-UII; 14-UV).

“...para mí comunidad la relaciono como matá o clan, porque ese es nuestro origen: nuestro origen es clan...” (11-TVII).

“...La comunidad Rapa Nui. Mira. Se supone que son 36 clanes...” (30-UII).

“...como pertenezco al pueblo Rapa Nui me es difícil entender que la comunidad Rapa Nui está incluida por personas que no son o no pertenecen al pueblo porque no veo...más allá de que muchos de ellos pueden tener relación con personas Rapa Nui, no veo que compartan ni ancestros comunes ni una identidad común o una visión del territorio o de la isla en común...” (14-UV).

Estos relatos de la composición de la Comunidad Rapa Nui, nos recuerda a Sarason (1974, en Sánchez Vidal, 2007) que define el Sentido de Comunidad como “el sentimiento de que uno pertenece a, y es parte significativa de, una colectividad mayor”. Así, el Sentido de Comunidad equivale a sentimiento de pertenencia, mutualidad e interdependencia voluntaria (p.172).

Ahora, si bien la Comunidad Rapa Nui, estaría socialmente construido desde un fuerte componente étnico, que favorece el Sentido de Comunidad, y por tanto, el Sentido de Pertenencia a una cultura específica, para efectos más prácticos como, por ejemplo, la convivencia, o, la atención en diferentes instituciones públicas, indican que la Comunidad Rapa Nui deja el hermetismo de lado para dar apertura a quienes también habitan el territorio insular, independiente de su etnia (9-UIV; 12-U; 23-UVI; 17-TVII), lo que nos recuerda que las comunidades se caracterizan por su dinamismo, interacción y relaciones, pero además desde su funcionalidad. Vale decir, dependiendo de los objetivos prácticos que se persigan (para qué), se evalúa quiénes la conforman.

“...cuando nosotros hablamos de Comunidad indígena ahí nosotros, justamente en decir comunidad indígena, nosotros estamos diferenciándonos de las personas que no son

Rapa Nui o desde el pueblo Rapa Nui. Pero cuando hablamos de la comunidad Rapa Nui, nosotros queremos o no queremos estamos mezclando a todos” (23-UVI), idea que invita a problematizar la funcionalidad como un componente importante a la hora de aproximarse al concepto de Comunidad Rapa Nui, según el énfasis que se le quiera adjudicar.

Así, se vuelve interesante analizar el concepto según su énfasis. Rozas (2018), afirma que, si, bien la Comunidad, no es algo concreto, si no, más bien un proceso humano dinámico (p. 162), si se pudieran agrupar las definiciones de Comunidad, surgirían tres grupos principalmente, y un último que ha surgido con la modernidad (p.15). Ver tabla 8.

Tabla 8

Definición de Comunidades

Comunidades	Énfasis
<i>Grupo 1</i>	Territorialidad o Localización Geográfica.
<i>Grupo 2</i>	Objetivos o intereses de sus miembros.
<i>Grupo 3</i>	Aspecto subjetivo: Son comunidad aquellas que se definen como tales.
<i>Grupo 4</i>	Comunidades simbólicas: Aquí habría dos grupos: 1) los construidos externamente por el Estado o grupos de poder y 2), aquellos que se constituyen a través de procesos identitarios.

Fuente: Elaboración propia en base a Rozas, 2018, p. 15.

Entonces, si realizamos el ejercicio de analizar dónde la Comunidad Rapa Nui está poniendo el énfasis en su descripción, habría, en primer lugar, que identificar lo que los entrevistados proponen; mirar desde la funcionalidad, es decir, para qué fin se pretende distinguir a sus participantes.

Por ejemplo, para el caso de la reciente conformación de la Comunidad indígena Ma’u Henua, que administra el Parque Rapa Nui desde agosto del 2016 (Cristino, T., 2018, P. 80), la misma comunidad llamó a votar por su directiva. Y aquí, se hizo un filtro automático, que permitió que pudieran votar sólo aquellos que pertenecían a la etnia Rapa Nui. La idea de “filtro automático”, alude a que, nadie se atrevió a cuestionar sobre quiénes tenían derecho a voto, y sólo pudieron votar los que sí eran pertenecientes a la etnia Rapa Nui, obviando a más de la mitad de personas que en ese entonces habitaban de forma permanente la isla, y que, no eran de la etnia (Aun cuando muchos de ellos, eran residentes hace más de una década). A

partir de esta idea, se podría argumentar que la Comunidad de la isla correspondería al Grupo 3, ya que el énfasis estaría puesto en la composición étnica, y al parecer, este aspecto predominaría ante cualquier otro. Al respecto, Rozas (2018), dirá: “su conformación pasa por las interacciones sociales que establece una población determinada consigo misma y con otros. En esta interacción dinámica se configura un nosotros, una identidad, un proyecto y quiénes son los miembros participantes de esta construcción” (p.132).

Por otro lado, para el caso de las Políticas Públicas, sus diseños están pensados desde la homogenización de sus programas y no se pone el acento en el contexto donde se desenvuelven. Así, las intervenciones, no tienen mayor consideración sobre particularidades propias del territorio, pero tampoco de sus integrantes, pues su carácter universalista, construido externamente por y desde el Estado, implementa sus programas sin tomar en cuenta la diversidad de personas y características culturales, por lo que se trataría de “comunidades a las cuales se les define externamente una personalidad y comportamientos asociados, aunque ninguno de sus miembros se relacione entre sí” (Rozas, 2018, p.17). Desde esta funcionalidad que el mismo Estado le otorga a través de sus Programas Sociales, la Comunidad Rapa Nui, a partir de la mirada del Estado, se ubicaría en el Grupo 4.

Ahora, para los entrevistados, un aspecto relevante de su cultura, es también, el territorio, concepto asociado a la tierra, al lugar. Aunque pareciera ser contradictorio, de igual forma, quienes emigran de la isla, siguen siendo percibidos por el resto, como parte de esta comunidad.

“...para mí, comunidad significa lo mismo que una congregación, así mismo es para mí, ¿Quiénes congregamos? Todos los que viven en la isla, para mí esa es mi comunidad, incluso los Rapa Nui que están en otros lados porque igual vuelven a llegar...” (7-UIV).

De esta manera, aunque se observa la prevalencia de una comunidad orientada hacia un fuerte sentido de pertenencia étnica, también se aprecia un fuerte componente territorial, por lo que se podría decir que, desde la percepción de la misma comunidad Rapa Nui, hay una identificación con el Grupo 1 (territorio) y 3 (pertenencia étnica). Y aquí vemos la primera tensión, a partir de un concepto (Comunidad) que es entendido de forma diferenciada por los diseñadores de Políticas Públicas y los Rapa Nui entrevistados.

Una particularidad del territorio, desde el sentido estrictamente geográfico, es que, a diferencia de otros pueblos indígenas de Chile, incluso a nivel latinoamericano, la isla fue conquistada en una época posterior a la colonización de Latinoamérica por parte de los europeos. En Rapa Nui, esto empieza a ocurrir posterior al año 1722 por el holandés Roggeveen. Y no fue hasta finales del siglo XIX que empieza la progresiva/agresiva destrucción de su cultura, historia y saberes comunitarios.

Si bien, esto ocasionó el tránsito a una época de oscurantismo, despojes y violaciones a los Derechos Humanos, la Ley Pascua en 1966 trajo consigo la apertura de una nueva oleada de migraciones hacia la isla, que comenzaría a aumentar el flujo de visitantes y personas que llegarían a residir en el territorio. Lo anterior, nos aproxima a un importante factor en su definición de Comunidad. Esto es, su historia.

4.3 Evolución de la Comunidad Rapa Nui

Como se dijo, en 1966, bajo el gobierno del expresidente Eduardo Frei Montalva, se promulga la Ley N° 16.441, conocida popularmente como la “Ley Pascua”⁵⁶, que reconoce los derechos civiles de sus habitantes y a su vez la ciudadanía chilena. Junto a ello, se crea la provincia y comuna de Isla de Pascua, lo que impulsó la llegada del Juzgado, Gobernación Provincial, Municipalidad y Hospital en Rapa Nui. Por consiguiente, sus programas. En efecto, el Estado chileno, instaló una “administración civil con representantes de distintos servicios públicos” (Ramírez, s/f, en Cristino et al, 2011). Además, llega por primera vez la Oficina del Registro Civil, que promovió la inscripción formal de las personas Rapa Nui, dando origen al registro formal en el Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

La llegada de la institucionalidad, trajo consigo el registro estadístico, lo que facilitó posteriormente, el análisis de datos demográficos de sus habitantes. Hernández, García-Moro y Esparza (2016) en su investigación sobre la evolución de la población Rapa Nui, concluyeron que, entre los años 1877 y 1992 la población Rapa Nui pasó de 110 a 2764 personas⁵⁷, con variaciones en cuanto a la pertenencia étnica. Al respecto, los autores dirán:

⁵⁶ Disponible en: (<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=28472>). Actualmente, se está abriendo la discusión en Rapa Nui hacia la modificación del Art. 13 y 14 (que afectaría únicamente a estos artículos) que rebaja las penas y generaría beneficios en ciertos delitos cometidos por “personas naturales de Rapa Nui”. Ver nota al pie N° 70.

⁵⁷ Los datos censales hasta 1934 están citados en Drapkin (1935) y después son datos del Instituto Nacional de Estadísticas, INE (Hernández, García-Moro y Esparza, 2016, p. 6).

“A partir de 1934 la población crece y se consolida hasta llegar al siglo XXI con 3791 habitantes en el año 2002, de los que 2324 (el 60 %) eran étnicamente rapanuis (sic). Después de 1982 (1936 habitantes) se acelera el crecimiento debido al creciente asentamiento de foráneos que en la primera mitad del siglo no habían superado el 5 % de la población” (p. 6). Ver tabla 9.

Tabla 9

Evolución Población Rapa Nui

Año	1877	1982	1992	2002	2017
Población total	111	1.936	2.764	3.791	7.750
Perteneciente a la etnia Rapa Nui	-	-	-	2.324	3.512

Fuente: Elaboración propia en base a estudio de Hernández, García-Moro y Esparza (2016) y el INE.

De la estadística anterior se desprende que, entre el 2002 y el 2017 se observa un aceleramiento y crecimiento poblacional, siendo una variación significativa que superó ampliamente la media regional y nacional, la que habría aumentado en más de un 50%. En cuanto a la procedencia étnica, aunque, debe considerarse que en el 2017 se ajustó la pregunta del Censo⁵⁸, se observa un aumento significativo: Mientras que, en el 2002, 2.269⁵⁹ personas se declararon pertenecientes al pueblo Rapa Nui, lo que representaba el 59,85% de la totalidad, en el 2017, 3.512 indicaron que se consideraban pertenecientes al pueblo Rapa Nui, representando un 47,07% de la totalidad⁶⁰. Ver tabla 10.

Tabla 10

Población total Censo 2002 y Censo 2017

Unidad territorial	Censo 2002	Censo 2017	Variación %
Comuna de Isla de Pascua	3.791	7.750	104,43
Región de Valparaíso	1.539.852	1.815.902	17,93
País	15.116.435	17.574.003	16,26

Fuente: Censos de Población y Vivienda 2002 y 2017, INE.

⁵⁸ Mientras en el 2002, la formulación de la pregunta respecto a pertenencia a pueblos originarios en el Censo 2002 fue: “¿Pertenece usted a alguno de los siguientes pueblos originarios o indígenas?”, en el Censo 2017, la pregunta formulada fue: “¿Se considera perteneciente a algún pueblo indígena u originario?”, lo que generó cambios también en las respuestas referidas a los pueblos originarios.

⁵⁹ Este dato difiere en el estudio de Hernández et al., (2016) quienes señalan que, en realidad, son 2.324.

⁶⁰ Para ver más detalles: https://reportescomunales.bcn.cl/2017/index.php/Isla_de_Pascua#Poblaci.C3.B3n_total_Censo_2002_y_Censo_2017

Para Hernández et al., (2016) un factor que influyó en el crecimiento poblacional, fue la Ley Pascua, al traer consigo la administración civil chilena y con ello, la primera construcción del aeropuerto “Mataverí” lo que facilitó la llegada de extranjeros, incrementando significativamente su población e incentivando el nacimiento de hijos de uniones exógamas (Hernández, et al., 2016, p. 7), cuestión inusual antes de la fecha.

Si bien, hubo un crecimiento importante del 2002 al 2017, ya en los 90’, el crecimiento poblacional había empezado a dar luces. Por una parte, la producción de la película “Rapa Nui” potenció el turismo como una fuente de importancia económica para el territorio, y, por ende, la necesidad de mayor mano de obra, que escaseaba en ese entonces.

Por otro lado, el proceso de transición a la democracia en Chile⁶¹, generó una inyección de presupuesto financiero para la implementación de políticas sociales (Larrañaga, 2010) que a su vez, fueron impactando paulatinamente en el territorio insular, puesto que la oferta pública de servicios sociales comenzó a ser muy exitosa a nivel nacional, al considerar que el gasto público social prácticamente se duplicó en términos reales en la década del 90; con aumentos de 178%, en educación y 166%, en salud (p.14), que, al ser limitados en la isla, obligó al Estado a traer profesionales foráneos. De esta manera, la intervención del Estado a través de sus programas, facilita entonces, las migraciones desde el continente chileno a la isla.

Bajo este escenario sociopolítico e histórico, la población Rapa Nui se ha visto envuelta en una vorágine de experiencias que han ido condicionando e influyendo su autopercepción como cultura ancestral, remitiéndose a la emergencia de una historia común, con hitos que marcaron a distintas generaciones, lo que, en palabras de Rozas, se traduciría en una configuración en torno procesos identitarios (Rozas, 2018, p.17), con sucesos que los unen.

⁶¹ El proceso de transición a la democracia de inicios de los 90 supuso un gran desafío para los gobiernos de la Concertación, puesto que debían dar respuesta a múltiples demandas sociales de sectores que habían sido postergados o reprimidos por el régimen militar, a la vez que transitaban hacia la restauración de las instituciones democráticas. En la esfera de la política social hubo una considerable inversión de recursos fiscales con miras a pagar los déficits acumulados en educación, salud y demás sectores (Larrañaga, 2010, p. 13-14).

En esta reflexión histórica, los usuarios hacen énfasis en que la Comunidad actual, dista mucho de la Comunidad Rapa Nui que existía en otros tiempos, de manera que el pasado, es mirado con nostalgia y percibido con mayor unión y espacios para compartir entre ellos, dando énfasis en la vida en comunidad, más que en las familias nucleares (16-UIII; 24-UIV; 24 TVII; 28-UII).

“...yo lo que entiendo por la Comunidad Rapa Nui ahora en la época actual es que ha cambiado mucho...antes era más unión, mas Umanga (Compartir todos), más apoyo entre todos. Ahora como que estamos todos así... separados...” (6-UI).

“...el otro tema que está muy malo acá en la isla es que la gente hoy en día no es unida. La gente antiguamente era súper unida ...” (15-UVI).

“...ahí se nota cómo va cambiando la gente por su propio beneficio, no por el beneficio común, común de comunidad. Estamos hablando de comunidad, en cuanto a política para nuestra comunidad Rapa Nui...” (68-UIV).

Por otro lado, la idea romántica de Comunidad debe problematizarse, más aún en relación a las comunidades indígenas que tienden a ser asociadas a lugares pequeños, con pocos habitantes y con escasa influencia externa. Esta visión va de la mano con la utopía de la convivencia en comunidad. Esto se sustentaba a través de ciertas teorías antropológicas que señalaban que la vida en comunidad suponía un nivel de armonía y ayuda mutua entre sus integrantes, partiendo de la idea del intercambio como base en las relaciones. Sin embargo, esta mirada impide ver que en todo intercambio hay en el fondo una relación de poder (Escribens, P. y Portal, D., 2008, p. 34).

De esta manera, aunque el concepto de vida en comunidad alude a los beneficios de su pertenencia a un colectivo, esto no significa que todos los comuneros y comuneras perciban que la comunidad brinda igualdad o justicia (Theidom, 2004).

La reflexión que realizan los entrevistados, va de la mano con la construcción que van haciendo en la percepción que tienen de sí mismos en relación a la otredad y las influencias

mutuas. En las entrevistas, señalan que cuando defienden la pertenencia étnica, para diferenciarse de otros, sienten que su discurso es castigado por el resto (en especial por personas que no son de la etnia), quedando como “racistas”, cuando en realidad, ponen en relieve la distinción en el componente étnico para salvaguardar lo que se siente como propio: Su construcción y proceso identitario que los van configurando.

“...la palabra racista, no existe en el Rongo Rongo⁶² (...) lo que pasa es que hay un mal concepto... (Los Rapa Nui) terminamos siendo como los racistas. Factores negativos que contribuyen a que seamos (percibidos) como racistas, y a que nos veamos como racistas, es que los Rapa Nui no saber vananga tire (hablar español). Como yo sí sé un poco más que los míos mayores, yo les digo a mis hijos y a mi gente, que no saben decir “nuestras luchas son en contra de las políticas públicas del estado”, entonces terminamos diciendo (que es contra) “los tire” (los chilenos) ...” 17-TVII.

En síntesis, y a partir de los mismos relatos, la Comunidad Rapa Nui ha sido comprendida como un grupo de personas que comparten una territorialidad específica y que se configuran con procesos identitarios propios (Rozas, 2018), conformada sólo por aquellos habitantes de Rapa Nui que pertenecen a la Cultura Rapa Nui por lazos consanguíneos, estén o no, habitando en el territorio delimitado geográficamente. Sin embargo, para efectos de las Políticas Públicas, la Comunidad Rapa Nui, ha sido asimilada con un grupo de personas que sólo por el hecho de habitar la isla, conforman “la Comunidad”, lo que se verá más adelante, generará tensiones en la implementación del Programa de Salud Mental, puesto que, en su falta de diferenciación de la población atendida, caería en una homogeneización que afectaría la pertinencia cultural.

4.4 Salud- Salud Mental

En esta sección, se revisará la percepción del concepto de Salud y Salud Mental desde la mirada de los usuarios y la Papa Ra’au. Asimismo, se revisarán similitudes y diferencias con el concepto manejado desde el Ministerio de Salud (MINSAL) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus influencias de occidente.

⁶² Ver nota al pie N°1.

La OMS define salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2004, p. 7). Para el MINSAL, la Salud Mental es “la capacidad de las personas para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común” (MINSAL, 2017, p.31).

Por otro lado, para los usuarios y Papa Ra’au, no hay una clara distinción entre Salud y Salud Mental. Más bien, pareciera tratarse de un continuo mirado desde su integralidad. Y esta forma integral, representaría a la persona dentro de un medio, y no sólo, cómo se siente consigo misma, sino, y más importante aún, cómo se siente con (*y no en*) su entorno (26-U11).

Esta percepción, es muy parecida a otros pueblos indígenas, como, por ejemplo, en la cultura andina, donde la noción de elementos diferentes que dialogan y se integran, es probablemente, la más importante, tanto en lo que concierne a la salud corporal como a la salud social, incluyendo la salud mental, ya que en rigor no existe una categoría comparable a lo “mental” en el mundo andino, al menos no en los términos de occidente (Escribens, P. y Portal, D., 2008, p. 36-37).

En quechua, está el concepto de Allín Kausay término que puede remitirnos a la salud mental como balance entre los diferentes elementos, y por ende al bienestar. Se podría entender como buen vivir, que implica un cierto equilibrio entre pensamientos, sentimientos, trabajo, naturaleza, divinidades y otros (Escribens, P. et al., 2008, p. 37), concepto muy similar a la concepción de salud del pueblo mapuche, que está arraigada a la categorización del mundo y por tanto, entendiendo las nociones de bienestar (*küme felen*) y enfermedad (*kutran*) como dualidad, es decir, opuestos complementarios en la cual se define la vida (Citarella, et al, 2000) y como parte integral de un buen vivir (*küme mongen*) más amplio (Cuyul, A., 2013a, p.23).

En tanto, el concepto de salud no se encuentra en el repertorio conceptual mapuche, porque la salud está integrada a todos los fenómenos de la vida misma, estar bien o estar mal, es salud. En cada momento que se vive, por cotidiano que este sea, se va evaluando el transcurso de la vida (Quidel, J., en OPS, 2001, p.15).

Para la cultura andina, la causa de la enfermedad está relacionada con la idea de unidad ecológica; puesto que, al menos una parte de las enfermedades tiene que ver con transgresiones del equilibrio entre persona y entorno (Veslasco, O. en Citarrella & Zangari, 2009, p.130). Por lo tanto, al producirse desajustes, no sólo podría afectar al individuo, sino, además, a una comunidad, más aún cuando este colectivo posee una historia y códigos comunes asociados a experiencias traumáticas como guerras y esclavitud.

Y es así, también, como se aprecia en los relatos de los entrevistados, donde habría una inclinación a referirse a la “sociedad enferma”, dejando de lado el concepto individualista de la enfermedad, que si bien, es concebida como tal, sería parte de la sociedad, más que de la persona en sí misma (11-UVI): “...*Una persona que tiene un dolor, equis dolor y equis causa, es una sociedad con dolor. Eso es lo más síntesis que puedo ser posible. Ya, ahora sumemos. ¿Por qué tiene dolor el pueblo Rapa Nui? Porque fueron esclavizados, fueron acribillados, asesinados, encarcelados, matados, fichados de indio...*” (153-TVII). Lo que implica también, considerar el fenómeno del dolor en su componente histórico.

Aquí, el Trauma Colonial ayudaría a entender este fenómeno, pues nos aproxima a la comprensión del sufrimiento de los pueblos indígenas como una forma única de trauma, ya que es complejo, continuo, colectivo y acumulativo con la resultante transmisión de trauma perpetuado a través de las generaciones (Mitchell et al., 2019).

A modo de ejemplo, en algunas comunidades indígenas canadienses, se ha vinculado la alta tasa de suicidios en pueblos aborígenes con el trauma histórico, la pérdida cultural y la agitación social derivados de las políticas de asentamiento, colonización y asimilación, como las escuelas residenciales indígenas. Los efectos duraderos de estas experiencias incluyen la erosión de las prácticas culturales, la estructura familiar y las redes de apoyo

comunitarias, así como los problemas mentales y de abuso de sustancias. Para ello, la propuesta del Estado de Canadá parte por el reconocimiento de que la cultura es un factor clave en la protección de la salud mental, lo cual ha dado lugar a iniciativas gubernamentales fundamentadas en la cultura y pertinentes desde una perspectiva cultural, como la estrategia nacional de prevención de suicidios de jóvenes aborígenes. De esta manera, el Ministerio de Salud de Canadá, apoya a los equipos de salud mental comunitarios y multidisciplinarios que prestan servicios de salud mental seguros y competentes desde el punto de vista cultural (https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=canada&lang=es).

Lo anterior, nos permite tener una aproximación diferente respecto del fenómeno, pues nos acerca a una comprensión que incorpora elementos históricos a partir de los distintos relatos de los usuarios. De esta manera, se entiende que algunas causas que alteran el equilibrio de la persona y, por tanto, generaría perturbaciones en la salud “física/mental”, está asociada a heridas familiares, pero también ancestrales, que han ido mutando en cada generación (16-UIII; 153-TVII; 193-TVII) dificultando los procesos de sanación o “Autosanación” (192-UVII) percibidos por las personas.

“...hay un problema de (...) salud mental (...) hoy día tenemos un problema grave en esta sociedad (...) hay mucha violencia intrafamiliar y todas esas otras cosas y en el fondo muchas veces las personas no saben cómo atacarla o muchas veces son familias o personas o individuos que nacen dentro de una familia que no está bien constituida, es una familia tóxica, y donde, realmente, ellos, piensan en algún momento que es normal...” (11-UVI).

Finalmente, es interesante que la noción de Salud Mental no sería un tema que le compete sólo al Hospital Hanga Roa como institución del Estado, sino también, al resto de las instituciones, pero, además, a las mismas personas que conforman la Comunidad Rapa Nui (113-UV; 115-UV; 93-UVI; 141-UIV; 140-TVII), relevando el valor de otras instituciones y de las personas naturales que no tienen cargo alguno en instituciones públicas o privadas, pero que al ser habitantes de la Comunidad, tienen una responsabilidad como sujetos políticos en su prevención, promoción y tratamiento: “...no es que sólo la responsabilidad de todo lo que esté pasando en cuestiones de salud mental sea de los

profesionales. Es culpa, no sé, mía, de mi familia, del tío que recoge la basura, del alcalde, de toda la comunidad en general, porque todos hacemos la comunidad...” (115-UI).

En este capítulo, entonces, es posible destacar que los conceptos bajo los cuales operan las Políticas Públicas, tales como Comunidad, Salud y Salud Mental, están lejos de la cosmovisión de las personas entrevistadas.

Por un lado, la concepción de “comunidad” que deviene de las Políticas Públicas, tiende a homogeneizar a la población, tratando indistintamente a los Rapa Nui de los no Rapa Nui, que, deliberadamente, intenciona la asimilación de sus habitantes. Mientras que, los mismos entrevistados, realizan una clara distinción entre aquellos que residen en la isla pero no pertenecen a la etnia Rapa Nui (los “tire” o “continentales”), y aquellos que sí tienen ascendencia Rapa Nui. Si bien, los mismos usuarios relevan la *funcionalidad* como parámetro efectivo que ayuda a definir a la Comunidad Rapa Nui, pareciera ser que esta *funcionalidad* no se ha comprendido desde los lineamientos del Estado. Lo que también nos llevaría a pensar que una aproximación cercana a la cosmovisión isleña tiene que ver con el dinamismo de los roles y funciones que cumplen las personas, y qué es lo que resulta práctico en el día a día⁶³, siempre en función de “aquello que sirve”. Esta diferencia es relevante, en tanto que, existiría una configuración identitaria propia de los pertenecientes a la etnia que entraría en tensión con lo que se propone en materia de lineamientos teóricos.

En relación con la evolución de la comunidad Rapa Nui, es posible encontrar relatos asociados con la nostalgia del pasado, el que es percibido como una época de mayor unión familiar, hecho considerado como uno de los principales responsables de la aparición de los problemas de salud mental en su gente. Factores que habrían incidido en estos cambios serían la llegada de la administración civil chilena con la Ley Pascua en 1966, la explosiva migración que ocurre en el siglo XXI y los matrimonios exógamos que dieron origen a una nueva configuración de la familia Rapa Nui.

⁶³ A modo de ejemplo, todos los entrevistados naturalizan su polifuncionalidad. Ninguno tiene sólo un oficio, y en general, tienen distintas destrezas (artísticas, musicales, corporales, manuales y muchos se dedican además a la pesca artesanal, agricultura, etc.)

Observamos que, como en otros pueblos indígenas, la Salud Mental no es concebida por los entrevistados de forma categórica o binaria. De hecho, no hay una clara distinción entre Salud y Salud Mental, y se hace referencia a un continuo de Salud y Salud Mental, mirado de forma integral, donde el medio, es decir, el entorno, juega un papel crucial. En este sentido, el énfasis está puesto en cómo se siente la persona con (y *no en*) su entorno, lo que le da una mirada protagónica al ámbito relacional que existe entre sujeto-entorno, y las influencias y confluencias mutuas. De lo anterior, se desprende la importancia que tienen las personas como sujetos políticos de acción, que va más allá de lo individualizante, que se propone en los lineamientos del Programa de Salud Mental, donde la comunidad pareciera tener un rol secundario a la persona misma.

Por último, los entrevistados concuerdan en que una “persona enferma” (mentalmente) es una “sociedad enferma”, por lo que la responsabilidad no sólo recaería en los técnicos del programa, sino además, en todos quienes son parte de la comunidad, lo que invita a buscar actores que no necesariamente sean los implementadores de las políticas de salud mental, generar vínculos con redes institucionales, pero también de la sociedad civil, que promueva una mayor apertura, colaboración y compromiso de parte de todos para mejorar la salud mental en la isla.

En términos de tratamiento de la salud mental, se habla de una herida del pasado, que tiene que ver con la esclavitud, despojes y violaciones de Derechos Humanos que hubo entre el Estado chileno y Rapa Nui. Mientras no exista reconocimiento y reivindicación, se observa complejo poder avanzar en algo concreto y específico con la Salud Mental de sus habitantes. Para ello, la teorización que se ha realizado en torno al Trauma Colonial en pueblos indígenas como en Canadá, podría dar luces de estrategias de intervención concretas desde la institucionalidad, lo que nos invita a mirar a las personas como sujetos políticos e *históricos*, ya no desde la definición equívoca de vulnerabilidad social.

Capítulo 5:

Programa de Salud Mental en Rapa Nui

En este apartado, se entregan antecedentes del contexto en el territorio de Rapa Nui a medida que se van incorporando las distintas Políticas Públicas de Salud Mental en la isla desde la perspectiva de los mismos técnicos. Para este fin, aparecen consignadas sólo las entrevistas de los profesionales que trabajaron o trabajan en el Hospital Hanga Roa, y profesionales que en algún momento asesoraron la implementación de estas Políticas desde el Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO). También se incorpora la entrevista a la Papa Ra'au.

5.1 Surgimiento del PSM en Rapa Nui

A continuación, se muestran antecedentes contextuales e históricos entregados por sus mismos protagonistas, desde el año 2009 en adelante, que es el periodo en que empieza a funcionar por primera vez el Programa de Salud Mental⁶⁴ al interior del Hospital Hanga Roa, bajo el liderazgo de un médico familiar con experiencia en Salud Mental. Por ese entonces, ya se apreciaba una precarización de la Salud en general, en cuanto al servicio prestado a la comunidad (10-TII).

“Cuando llegué a la isla, (2009) la situación era bastante precaria. Había muy pocos médicos. Me acuerdo que éramos tres, cuatro médicos en total. Y había una psicóloga, que, había llegado también hace muy poco.” (10-TII; 12-TII), añadiendo que ninguno de los médicos que estaba, se hacía cargo de los temas de salud mental (18-TII).

En relación al contexto en la isla, parecía ser que, existía una percepción colectiva de que había problemas de Salud Mental, pero que no había sido estudiada ni problematizada por las instituciones formales hasta ese momento: *“en la isla había como una necesidad no evidenciada de los temas de salud mental. (Estaba) la sensación de que había mucho problema de salud mental por pacientes puntuales que por lo general eran los más disruptivos. Disruptivos en la urgencia, disruptivos en la comunidad, en una comunidad tan chica, sobre todo pacientes esquizofrénicos, pacientes crónicos no compensados, pero no había como una mirada epidemiológica, una mirada de salud pública, de mirar si la realidad de la isla se parecía a lo esperable con la realidad nacional* (22-TII).

De esta manera, la aparición tardía de un PSM bajo el alero del Hospital Hanga Roa, era similar a la lenta aparición de otras instituciones en la isla: *“...el contexto cultural (...) de la isla, en las instituciones públicas, por lo menos lo que a mí me dio la impresión cuando llegué era que había un atraso como de unos 30 años respecto de lo que se estaba haciendo en el continente en cómo se llevaban las instituciones públicas...”* (22-TII).

En medio de este contexto, entonces, surge el Programa de Salud Mental, cuyos pacientes (término usado por el mismo entrevistado) estaban desprovistos de atenciones

⁶⁴ En adelante, PSM.

integrales de salud mental, las que tampoco se realizaban de forma continua y desde un equipo que condujera dichas atenciones (18-TII).

“...no había más supervisión porque (...) solamente cuando tenían que repetir alguna receta se las pedían a algún médico de allá, entonces los pacientes estaban como bien abandonados, como bien dejados de atención. Y, como la psicóloga (...) era nueva también y ella quería hacer algo en salud mental pero tampoco veía cómo hacerlo. Entonces empezamos a trabajar en conjunto...” (18-TII)

“...Y en esa atención conjunta empezamos a inventar cosas. Empezamos a inventar la hoja de ingreso de salud mental con todo lo que tenía que tener, empezamos a tener una hoja de seguimiento para poder distinguir las atenciones de salud mental dentro de las fichas, empezamos a revisar el arsenal farmacológico, empezamos a organizar las rondas que venían de psiquiatra adulto y psiquiatra infantil a la isla y a hacer atenciones en conjunto con ellos para presentarles a los pacientes y de esa manera fuimos estructurando el inicio del programa...” (18-TII)

Es interesante, cuando enfatiza en cómo la atención integral entre la parte médica y la parte psicológica fue innovadora en materia de Salud Mental dentro del Hospital Hanga Roa. Y a ello, añade que, la psicóloga, al pertenecer a la etnia Rapa Nui, parecía manejar códigos que ayudaban en la comprensión del fenómeno psicosocial, al incorporar elementos de la pertinencia cultural.

Además, se añade una nueva variable: El Hospital Hanga Roa se configuró como el único prestador de Salud, y por tanto de Salud Mental (hasta la actualidad). De este modo, como se vio en el capítulo de Políticas Públicas, sus niveles de atención (o de especialidad) no están diferenciados como en el continente chileno, y tampoco existen redes de derivación geográficamente próximas, siendo las más cercanas, las que están a 3.700 kms. (Santiago).

“...lo que se estaba haciendo en la isla distaba mucho de lo que ya se estaba haciendo acá en el continente en cuanto a los términos de salud mental. Que acá (continente chileno) estaba mucho más estructurado el tipo de atención, los ingresos, lo que podía hacer (...) Cabe destacar que en la isla por ser único punto de atención se fundían los tres tipos de atención el nivel primario, el nivel secundario y nivel terciario con la hospitalización, pero

tampoco estaban estructurados de esa manera, así como salud mental...” (22-TII). Poniendo en evidencia que, lo que estaba ocurriendo en Rapa Nui, estaba muy lejos de lo que se estaba haciendo en materia de Políticas Públicas de Salud Mental en Chile continental.

5.2 Evolución del PSM

En esta sección, se muestran los avances y brechas actuales que presenta el Programa de Salud Mental en Rapa Nui desde la mirada de los técnicos.

5.2.1 Logros

En experiencia del equipo, dentro de la implementación del Programa de Salud Mental, ha habido logros, tales como: 1) *La incorporación de 44 horas de psiquiatra* a partir del 2017 (421-TIII), que venía a reemplazar las rondas psiquiátricas semestrales o cada cuatro meses que se hacían en el Hospital Hanga Roa de parte de psiquiatras del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (18-TII), 2) *Contar con un programa especializado en alcohol y drogas* (66-TI), y 3) *Sensibilización y validación de la Salud Mental* como tópico, lo que implicó que las personas se involucraran en el Programa.

“...dentro de la comunidad también nos fuimos posicionando como “los que atendían a las personas con problemas de salud mental” ...” (44-TII)

“...el que existan más personas hablando y trabajando en Salud Mental también hace que el Programa se posicione dentro del Hospital (...) derivando todos estos estereotipos con respecto a la Salud Mental, que son de los locos, que son de gente enferma, en fin. Más que antes. O sea, antes la gente consultaba mucho menos y yo creo que eso también repercutía en otros ámbitos del funcionamiento social...” (421-TIII).

“...dentro de la comunidad, también empezar como a saber que no tenían que esperar la ronda para tomar una hora en salud mental, y que se fueran acostumbrando un poco a que nosotros estábamos trabajando con el tema de salud mental...” (46-TII).

En el momento en que se realizó el grupo focal al equipo de Salud Mental actual del Hospital Hanga Roa, estaba constituido por 3 profesionales APS y 3 profesionales de especialidad: *“...en Salud Mental, del área de APS, hay 88 horas disponibles de Psicólogo,*

más 10 horas de Asistente Social., Eso es lo que se cuenta en APS, Salud Mental. Ahora, como más en especialidad en alcohol y drogas, ahí la disponibilidad de horas son 44 psicólogo y 44 asistente social” (251-TIII) y una Psiquiatra con modalidad de especialidad en población adulto e infanto-juvenil⁶⁵ en horas de Policlínico, Hospitalización y eventualmente Urgencias. En el caso de Urgencias, se debió a las necesidades territoriales, pero en ningún caso, respondía a funciones asociadas formalmente a su cargo.

5.2.2 Desafíos

En primer lugar, se hace énfasis en que no existe un Programa de Salud Mental diferenciado, como en el continente chileno (19-TIII) ya que también hay prestaciones de especialidad, como el caso de las intervenciones realizadas por la psiquiatra y las trabajadoras del Programa de Drogas, lo que lo transforma en un programa que no sólo le compete a APS, puesto que hay diversas prestaciones que trascienden el nivel de complejidad de los casos y el nivel de especialización (31-TIII).

Por otro lado, habría necesidades que aún no han sido resueltas desde los inicios del PSM en relación a las dificultades que ha presentado, donde destacan: 1) **requerimientos del Poder Judicial** (249-TIII; 66-TII); 2) **Recurso Humano y económico insuficiente** (68-TII; 98-TII) y 3) la **inexistencia de una red de derivación secundaria de atención en Salud Mental en el territorio de Rapa Nui** (68-TI; 22-TII; 52 y 463-TIII).

“esto que se nos adose o que se nos solicite más trabajo que no es parte. O sea, si uno lo quiere ver de manera integral, sí, pero dentro de las metas o dentro del propio quehacer sanitario, no es nuestro deber poder responder a las necesidades del Poder Judicial, por ejemplo, y que, a pesar de eso, que no es pertinente a nuestras competencias lo tenemos que hacer y eso significa recursos en horas, en tiempo en espacios...” (431-TIII).

Los requerimientos del Tribunal aluden a la percepción de la alta demanda que las profesionales reciben de parte de esta institución, pues dentro de su jornada laboral, deben además, dar respuesta a los peritajes o informes psicosociales que solicita el Tribunal de

⁶⁵ Si bien, en el sistema de APS puede haber atención indiferenciada para adultos y niños/as, en atención secundaria de salud, se espera que los profesionales atiendan de manera diferenciada a ambos grupos.

Letras, Garantía y Familia de Isla de Pascua. Esto implica distribuir sus tiempos en: conocer los hechos, leer los documentos que contextualizan la situación, en ocasiones, sostener una reunión con otros miembros de la red institucional para debatir sobre la situación familiar, la citación para las entrevistas de los periciados, ejecución de las mismas y el posterior tiempo administrativo que deben dedicar para la realización de los informes, que a veces les toca comparecer en el Tribunal.

Algo que complejiza aún más este trabajo, tiene relación con el rol que cumplen ante la comunidad, pues estarían por un lado periciando, y por otro, haciéndose cargo del mismo tratamiento, ya que, una vez que el Juzgado resuelve la causa, envía a los mismos entrevistados a realizar su tratamiento al Programa de Salud Mental del Hospital Hanga Roa, lo que está comprobado, genera un deterioro y desconfianza en la relación profesional-paciente, lo que les parece aún peor.

Para algunos autores, el tipo de vinculación que debe existir entre la persona a ser objeto de peritaje y el/la experto/a que realizará dicha pericia debe estar claramente diferenciado (Mora, 2007). Es decir, el/la perito no puede ser el acompañante psicológico, debido a que el/la perito debe ser un/a experto/a que haya evaluado a la persona y cuya voz se constituye en la de un/a experto/a al que se le consulta de manera específica sobre un tema, para lo cual el/la perito debe dar una respuesta de manera objetiva (Raffo et al., 2004), sin lugar a una vinculación emocional. Al respecto, hay autores que han profundizado en el tema de las diferencias entre el contexto clínico y forense. Ver tabla 11.

Contrario entonces a lo que la literatura recomienda, es inherente a las profesionales desarrollar un doble vínculo con los periciados, en tanto que, por experiencia, saben que, en algún momento, aquella persona que fue evaluada, llegará al Hospital por resolución del Tribunal para iniciar tratamiento, o peor aún, por necesidad e iniciativa personal, dado que la red de apoyo psicosocial es limitada en Rapa Nui. Por otro lado, al tratarse de una comunidad pequeña, la posibilidad de volver a encontrarse con la persona periciada, en un contexto fuera del Hospital, es muy alta, pues las profesionales además generan un vínculo

ya sea porque se trata de familiares, vecinos, apoderados de curso, u otro, que viene a sumar complejidades éticas en su rol profesional.

Tabla 11

Diferencias entre un perito y un/a terapeuta

Dimensión	Contexto Clínico	Contexto forense
Eje	Psicodiagnóstico Ajuste de Personalidad Tratamiento	Determinado por el sistema legal (solo ocasionalmente interesan las necesidades de tratamiento)
Importancia de la perspectiva del evaluado	Lo más importante es la perspectiva y visión de mundo del evaluado	Lo más importante es la credibilidad de la información (se usan fuentes colaterales para corroborarla)
Voluntariedad	Relación usualmente voluntaria	Usualmente a pedido de una autoridad judicial
Autonomía	Evaluated al tanto de los objetivos y procedimientos de evaluación	Los objetivos de la evaluación son usualmente intrusivos y restrictivos de la autonomía
Amenazas a la validez	Evaluated y evaluador buscan una agenda común basados en las necesidades de tratamiento del primero	Debido a la naturaleza relativamente coercitiva e la evaluación, existe una amenaza de distorsión consciente e intencional
Relación y dinámica	Las interacciones orientadas al tratamiento enfatizan el cuidado, la confianza y la comprensión empática para construir una alianza terapéutica	El evaluador tiene una posición más desvinculada (función principal es más adversarial y confrontativa)
Ritmo y contexto de la evaluación	La evaluación sigue un ritmo lento y el diagnóstico puede ser reconsiderado en el curso del tratamiento	El acceso al evaluado en múltiples ocasiones es bastante limitado debido a factores como tiempo y recursos

Fuente: Mora, 2007, p. 12. Adaptado de Melton y otros (1997).

Respecto del recurso financiero dedicado a subvencionar los Programas de Salud Mental a nivel nacional, es percibido como bajo por las profesionales, lo que también es considerado como tal por distintas investigaciones (Errázuriz, Valdés, Vöhringer y Calvo, 2015; ONU, 2018). Como se revisó en el capítulo de Políticas Públicas, es posible identificar que el 1,45% destinado a Salud Mental correspondiente al año 2015, está muy debajo del 5,0% que propuso como meta el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000, proyectado para el 2010 (MINSAL, 2000, p. 36) planteadas según recomendaciones de

organismos internacionales. Y si a ello se le suma el aporte del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) no suma más de 2,13% en el 2015, lo que sigue siendo bajo según estas investigaciones.

“...Una de las críticas que yo pienso y tengo con respecto a los Planes Nacionales al menos, de que el 3,8, ó 3,7% del presupuesto de Salud se va a Salud Mental, o sea, no podemos llegar a generar toda una planificación como lo que...que se ve muy bonito en el papel, en este Plan de Salud Mental, con mucho trabajo Comunitario, pero con un presupuesto paupérrimo, entonces, como a nivel nacional, ¿cómo pretendemos llegar a alcanzar eso? (463-TIII).

(...) por ejemplo, a tener un servicio de especialidad en Salud Mental (...) Muchos años se ha solicitado y que no nos alcanza, entonces lo que decíamos anteriormente, cómo medimos los recursos que son asignados a los territorios, no nos corresponde tener nada porque somos pocos, (...) entonces no sé si podemos planear tantas actividades en Salud Mental en todas sus áreas de intervención porque no tenemos esos recursos asociados (...) Entonces una de las críticas sería que no va en coherencia lo que se propone a nivel central con los recursos asociados a eso...” (463-TIII).

En relación a la inexistencia de una red de derivación secundaria de atención en Salud Mental en el territorio Rapa Nui, se basa en que la derivación más próxima está en Santiago, a más de 3.700 kms. Para que la derivación se haga efectiva, se debe cumplir con protocolos del Servicio correspondiente, que para el caso de Rapa Nui corresponde al Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO). Lo anterior, implica una tramitación entre reuniones, videoconferencias con el posible lugar de derivación, con la encargada de Salud Mental del Servicio, informes, y estar en la lista de espera de cupos en los Hospitales o centros (según sea el caso) en el continente. Por su parte, el paciente, tiene que estar a la espera de que se concrete la derivación, lo que implica que será enviado en avión a algún centro en el continente, que estará alejado de la realidad de su cotidianeidad en la isla. A ello se le suma, la imposibilidad de involucrar a las redes de apoyo de la persona.

5.3 Las tensiones entre el diseño y la implementación

5.3.1 Diseño percibido como flexible, pero... ¿Viable?

En relación a las ventajas del diseño, se plantea que es bueno que las Políticas Públicas de Salud Mental no se construyan desde la rigidez, porque facilita su flexibilización, y, por tanto, permite la adecuación a las características del territorio.

“...No entregan un diseño de cómo poder hacer trabajo de Salud Mental en Isla de Pascua, pero creo que tampoco es malo que no lo entreguen (...) porque te permite tener la flexibilidad de adecuar esta Política más general al contexto más local. Si entregaran un diseño sería pensado desde el nivel central (...) y lo más probable es que no se adecúe. Entonces también (...) al menos en Salud Mental (...), no se entrega un diseño precisamente por eso, porque para tener una cierta como adecuación de los lineamientos de acuerdo a la realidad local...” (146-TIII).

Ahora bien, la idea de flexibilización en las Políticas Públicas, entra en tensión, cuando se analiza que la capacidad de ser flexibles ante los diseños, pasa a un segundo plano al ser limitados por metas concretas que hay que cumplir, dejando poco espacio a necesidades del territorio local. Otro factor relevante, es que, al ser el único dispositivo de Salud Mental, tienden a atender más la contingencia, que dedicarse a la Promoción y Prevención de enfermedades de Salud Mental. Al respecto, como se dijo anteriormente, en Rapa Nui, solo existe el nivel de atención primaria de salud mental, por lo que los niveles de especialidad de salud mental, no existen en la isla. Esto lleva a que los profesionales terminan centrándose en la estabilización de los trastornos mentales, y da poco espacio a la promoción de la salud mental o la participación y prevención comunitaria.

“Yo habría apostado por (...) un modelo que tuviera ojalá más de un nivel de intervención. Que el nivel primario sí estuviera siempre. Y el nivel primario muy enfocado a la promoción y a la participación comunitaria. Que eso nos faltó. Y el nivel secundario, encargado ya de los pacientes que tenían problemas más de largo plazo o más crónicos y que necesitan una estrategia distinta” (80-TII).

Desde el nivel central, se afirma: “...en muchas oportunidades conversábamos (con el equipo de la isla) que había ciertas cosas que no parecían aplicar mucho en la isla. Por ejemplo, la Ficha de Integración Social⁶⁶, hay ciertas cosas que están súper aseguradas en la isla, como el tema de la vivienda (...) en el continente es una realidad absolutamente diferente, tener ciertos recursos para cierto tipo de cosas, estudios, trabajo, entonces siempre se le pidió al equipo (...) generar estrategias locales y pertinentes...” (18-TI).

Sin embargo, pareciera ser que estas estrategias y propuestas locales, son una dificultad para el equipo, en la medida que no se destinan horas protegidas para ello, mientras que la priorización está de lado del logro de las metas.

“...yo creo que también desde el Servicio (...) ellos nos piden que podamos aterrizar todo esto en la práctica diaria (...) y que casi diseñemos un plan de trabajo local de Salud Mental y todo. Yo creo que eso es súper importante pero las horas clínicas de verdad que se nos van en collera, o sea, estamos tan sobredemandados en términos asistenciales, que en general, sentarnos a construir un plan local, con protocolos, con flujos (...) el tiempo de ponerse a pensar en esto y con horas (...) resguardadas no horas así entre pasillo, la idea es hacerlo en conjunto con el equipo, entonces hacer coincidir esos tiempos yo creo que es una dificultad...” (461-TIII).

Al respecto, el PNSM 2017-2025, reconoce que, para la Gestión Clínica, no existen espacios asegurados para la retroalimentación y mejora de los procesos clínicos. También se reconoce una importante brecha en el diseño, transferencia técnica y utilización de orientaciones y guías clínicas basadas en la mejor evidencia disponible y con pertinencia en enfoque de derechos, género e interculturalidad, lo que da cuenta del fenómeno experimentado por el equipo de Salud Mental de la isla (MINSAL, 2017, p.102).

⁶⁶ El diagnóstico global de necesidades de integración social es una herramienta de valoración (comprensiva, no estadística) de los recursos que tienen las personas que están en los programas de tratamiento y considera una valoración en base a los recursos físicos, sociales y humanos (SENDA, 2017), la cual era utilizada dentro de los programas ambulatorios de alcohol y otras drogas del Hospital Hanga Roa.

Y aquí aparece una duda razonable. ¿Es posible implementar un diseño de Políticas Públicas en Salud Mental proveniente de un diseño centralizado? ¿Cuán viable es? Uno de los técnicos, es categórico al señalar que los diseños no se adecuaban a la realidad en Rapa Nui. En relación a los diseños, afirma: “...Yo creo que no se adecuaban porque los que diseñan los programas no han vivido en la isla ni saben la realidad local...” (124-TII). Sin embargo, añade que el diseño es viable en la medida que la implementación esté a cargo de un equipo comprometido (considerando al equipo de Salud Mental y los cargos directivos de un Hospital), lo que releva el contraste entre el diseño y la implementación.

“...yo creo que fue viable todo el tiempo. ¿En qué tal vez puede haber topado después que nos fuimos? (...) en el tema de la continuidad. En que para tener la continuidad se necesitan personas que estén interesadas en la salud mental y convencidas de que es un área que es importante de abordar. Y parece que eso ha sido como un problema después de que nos fuimos, el tema de la continuidad...” (78-TII), aludiendo a ciertas características que tendría que tener, por un lado, el equipo de Salud Mental, y por otro, las autoridades locales, en la toma de decisiones políticas como Hospital.

En relación al compromiso de los equipos, desde el nivel central manifiestan: “La verdad, más que un Enfoque, el compromiso de los profesionales. La vocación de trabajo, el trabajo constante. Yo lo que más vi, fue esfuerzo, trabajo, constancia y buenos profesionales que fueron marcando los avances, enviando los documentos, la sistematización de resultados, experticia, la formación...” (34-TI).

Respecto del programa de drogas, indica “... lo han (refiriéndose al equipo), hecho viable, ha funcionado, ha seguido funcionando desde el principio, se ha ido robusteciendo, se justificó (...) que se pudiera invertir más este año, a pesar de que no había presupuesto para nada, pero en un programa que se pensó invertir más fue en este, por los resultados satisfactorios que obtiene, la adherencia de las personas al tratamiento (...) Por lo tanto, ha sido viable y ahora es más viable ya que cuentan con un poco más de recursos...” (32-TI).

Y aquí, cabe problematizar la tensión diseño-implementación. Se pensaba que la implementación era un paso que se daba automáticamente después de haber diseñado la política, obviando el proceso de reflexividad entre el diseño y su aplicación. Sin embargo,

para Buendía (1998), resulta muy difícil predecir con anticipación el comportamiento de todos los actores que participan en el proceso de Políticas Públicas, aun cuando previamente, en la formulación misma de la Política, se haya realizado un ejercicio exhaustivo de ajuste de metas, causas y efectos (Buendía, 1998, en Tapia et al., 2010, p. 60), lo que viene a agregar una complejidad más en el proceso de las Políticas Públicas, pues esto repercutiría en que no sólo en la formulación de las Políticas está el desafío, sino también en cómo se concreta la implementación territorial del diseño, o bien, cómo se ha entendido este diseño por los ejecutores de programas.

Meny y Thoenig (en Peroni, 2018), indican que la implementación se revela como un escenario en el que intervienen actores que no permanecen neutros ni pasivos. Ocurre, con cierta frecuencia, que, una Política Pública es concebida y moldeada sin prestar atención a la manera en que los actores sociales son capaces de sortearla o neutralizarla y, en consecuencia, numerosas Políticas terminan naufragando en interminables cadenas de ajustes y oposiciones. Así, según este enfoque, los ejecutores irían encontrando el “espacio” en que pueden actuar e impulsar las políticas y programas públicos (Peroni, 2018).

Para Martínez Nogueira (en Cortázar, 2007) el éxito de las intervenciones dirigidas a remediar situaciones inaceptables por razones de justicia y solidaridad, como la pobreza, la exclusión o la discriminación, depende en gran medida de la calidad de la implementación. Señala que la literatura sobre políticas y programas sociales suele privilegiar el tratamiento de las concepciones que los gobiernan y sus contenidos, relegando a un segundo plano las cuestiones de la ejecución (p.63). Para Etzioni, Brehm y Gates (como se citó en Cortázar, 2007), esta implementación consiste en:

“Transitar un sendero que conduce desde el mundo simbólico altamente plástico de quienes toman decisiones, planificadores y productores de conocimiento, al más incierto y resistente de realidades sociales cristalizadas en escasez de recursos, relaciones de poder, conflictos de valores, resistencias, retraimiento y pasividad” (Etzioni et al., en Cortázar, 2007, p. 63).

Martínez Nogueira (1995) añade que una de las problemáticas que debe ser fuente de análisis por las políticas públicas consiste en considerar la incertidumbre como variable relevante. Incertidumbre en tanto “conocimiento imperfecto como la movilización de

recursos de poder por parte de diferentes actores hace que no pueda anticiparse con certeza cuáles serán los impactos efectivos de las políticas públicas” (p. 11-12). Entender que los diseños muestran un marco regulatorio, también es entender que se opera en condiciones de incertidumbre, es decir, con información incompleta sobre los resultados e impactos que podrían darse en el mismo proceso de implementación, de los cuales no se hacen cargo los diseños.

Para Víctor Martínez (2006), uno de los criterios generales de acción para diseñar, conducir, hacer el seguimiento, evaluar, sistematizar y modelizar intervenciones comunitarias tiene que ver con la capacidad de desenvolverse en altos niveles de incertidumbre. Para ello, los interventores comunitarios deben saber desenvolverse en espacios dominados por altos niveles de incertidumbre, lo que implica una conducción de tipo estratégico, que se retroalimenta en forma permanente del contexto en que está actuando, redefiniendo cada vez en el proceso los problemas que orientan la intervención y ajustando o corrigiendo el plan de actividades, preservando así la direccionalidad principal que originalmente se dio a la intervención (Martínez, V., 2006, p. 29).

En efecto, si se considera a Rapa Nui como un territorio con características particulares, como la distancia geográfica con otros lugares, la alta concentración de población indígena, un territorio que durante años estuvo ajeno a lo que ocurría en Chile continental, vemos que la llegada paulatina de diversas políticas sanitarias y sociales, fue generando tensiones entre los diseños y su implementación, que hasta el momento no ha ofrecido satisfacción de sus usuarios, como se profundizará en el capítulo siguiente.

5.3.2 Políticas Públicas basadas en la cuantificación

Por otra parte, está la percepción que las Políticas Públicas se construyen sobre una base cuantificable, mediante números, lo cual no permitiría acceder a la realidad integral del contexto, dejando fuera, por ejemplo, una variable relevante: el aislamiento de la Comunidad Rapa Nui con lugares geográficos próximos (460-TVI).

“...otra cosa del diseño que cruza todas las variables que no son solo salud mental es esto del diseño, de pensar que porque es un lugar con una población chica, entonces basta con que tenga estas prestaciones que son básicas y nada más, porque lo demás se deriva a

otro lugar donde está todo el resto de las prestaciones, sin considerar el aislamiento. Por lo tanto, nos quedan fuera un montón de prestaciones para los usuarios que requieren algo más complejo y que obligan o a que el paciente sea derivado o que quede sin nada y ahí es como una ola extra gigante, tanto en atención abierta como cerrada sobre todo” (163-TIV).

“...cómo se estructura o cómo entiende el Estado (...) en términos de números ¿no? O sea, un COSAM por cada 50.000 habitantes (...) y, cómo también, estructura o hace funcionar este sistema de salud en base a las metas (...) Si es eso a lo que tú te refieres con diseño de salud, a mí me parece terrible. Porque siempre va a ser de una mirada mucho más cuantitativa, claramente de números más que de lo cualitativo y de las (...) gravedades que existen en cada localidad (...) porque podemos ser 300, pero 200 con psicopatía, no sé, (...) entonces no es lo mismo verlo desde lo cuanti a lo cuali. Pero, claro el Estado estructura todo esto en base a cosas que yo creo que se están alejando, o sea, que no cumplen las necesidades reales de la población, en general, o sea, a nivel nacional.” (164-TIII).

Ahora, en relación a la prevalencia de enfermedades de salud mental, según el equipo, sería más alta que la prevalencia nacional (103-TIII) *“las prevalencias que existían (...) del tipo de diagnósticos más prevalente y comparándolo con la prevalencia nacional, y efectivamente, (...) la prevalencia nacional son 22,5 en infante y 22,2 en adultos y lo comparé (...) en base a registros del REM (en Rapa Nui) que son súper poco fiables, porque hay un subregistro importante. Pero a pesar de eso, y como para tener una orientación, saqué las prevalencias y estábamos por sobre lo que aparecía en el registro a nivel nacional del sistema de servicios de salud. Por sobre, no sé 2 puntos, tampoco es mucho, o sea puede ser significativo en algunos casos (...) lo cual significa que damos más prestaciones, según este subregistro y todo, que lo que se hace a nivel nacional por los registros del servicio, del sistema del servicio de salud. O sea, eso es súper importante porque...como a nivel nacional (...) estamos por arriba. Ahora los diagnósticos son muy parecidos, o sea son los mismos, trastornos de ansiedad, depresión, consumo de sustancias, hipercinéticos en niños y trastornos emocionales en niños (...) Los mismos diagnósticos (...) Y por supuesto, estamos dando menos atención según la prevalencia nacional. O sea, no llegamos a un 22,5. Ni nosotros ni nadie en el país”.*

En relación a este punto, no se encontraron estudios epidemiológicos de Salud Mental actualizados en Rapa Nui que pudieran confirmar lo mencionado por el equipo. Sin embargo, es relevante en tanto estimativo, pues indicaría que si ese tratara de prevalencia, tampoco sería pertinente el modelo de atención, ya que, si la prevalencia es mayor, ello requiere a su vez mayor número de atenciones, afectando la factibilidad y calidad de las intervenciones si se considera la cantidad de horas profesionales del programa.

Así, esta mirada reduccionista que cuantifica los fenómenos sociales a un número, impacta en las decisiones que va tomando el equipo de Salud Mental. A modo de ejemplo, el equipo explica que se ha solicitado un Centro de atención secundaria de Salud Mental (COSAM) para atender a aquellas personas que necesitan de una intervención más frecuente, continua y especializada, quienes, en la actualidad, sólo puedan acceder a prestaciones básicas, o bien, son los mismos profesionales de atención primaria quienes terminan por resolver la demanda con los escasos recursos (humanos, financieros, etc.) disponibles (164-TIII).

Para enfrentar esta problemática, los profesionales asumen y resuelven la demanda evadiendo la burocracia que implica la demora en la derivación a otros centros del SSMO, y, por otro lado, se evita el desarraigo de las personas en relación a su comunidad (68-TI; 66-TII). No obstante, esto va desencadenando una serie de consecuencias. La más notoria: Se deja de lado actividades propias de la atención primaria en salud, como es la Promoción y prevención de enfermedades de Salud Mental (109-TIII).

Por su parte, esta idea de lo cuantificable, viene acompañada del cumplimiento de metas mensuales y anuales que el equipo debe cumplir, que son medibles según registros y medios de verificación (72-TI ;22-TII; 156-TIII). Al respecto, las plataformas virtuales que se utilizan para el registro de intervenciones de Salud Mental, estarían muy reducidas, lo que no les permite reflejar la realidad de las intervenciones: “...a la hora de medir y de que tú puedas vaciar toda esta información a una planilla en registro mensual que es el REM, el de estadística, es súper acotado...” (156-TIII).

Sumado a lo anterior, el registro no sólo es reducido, además, no se enfoca en metas que bien podrían estar ligadas a la cultura (467-TIV). “...creo que las metas deberían estar enfocadas a otras cosas muy distintas, por ejemplo, en un estudio intercultural, porque no se mide nada (...) en cuanto a prestaciones de conocimiento de la interculturalidad, entonces eso no se incentiva a que se haga porque se prioriza el tiempo para cumplir con las cosas que piden las metas. Y que ninguna está asociada a este componente...” (133-TIV), situación que pone en manifiesto que las metas de Salud Mental en Rapa Nui, son las mismas que en otros lugares de Chile, obviando particularidades del contexto local, como, por ejemplo, la medición del componente de interculturalidad, como se revisará en el capítulo siguiente.

Al respecto, los técnicos manifiestan que el paradigma cuantitativo impide considerar variables propias del contexto local, como la distancia geográfica con otras redes institucionales, obviando que “...en Isla de Pascua no existe otro dispositivo de derivación en Salud Mental...” (52-TIII). “... (en el continente) los pacientes tienen todo un repertorio de alternativas que pueden usar (...) No son tantas las plazas, pero existen. Por ejemplo, (en Rapa Nui) no hay un Hogar Protegido, no hay Hospitales de Día. Entonces no hay esas estrategias que se pueden usar acá en el continente. Y eso era lo más complicado para nosotros...” (66-TII).

Observamos pues, que el diseño no sólo está pensado desde una mirada cuantitativa, sino que, además, fragmenta y reduce el fenómeno a una generalidad. Como dirá Rozas, “la realidad no es la misma que nos plantea muchas veces la ciencia, especialmente cuando se aleja de lo humano, de la subjetividad y, cuando privilegia procedimientos exclusivamente numéricos, tras una pretendida objetividad” (Rozas, 2018, p. 83).

Respecto de lo anterior, conviene revisar brevemente aspectos que le conciernen al control de la gestión pública. El modelo de gestión pública alude al conjunto de definiciones clave que es necesario visualizar desde un inicio, respecto de cómo el Estado (en este caso) creará valor (público o privado), y lo llevará a sus clientes, usuarios y *stakeholders* de carácter político y estratégico (Waissbluth, M. & Larraín, F., en Tomicic V. y García C. 2009). Para los autores, el modelo debe considerar aspectos de carácter estratégico y de implementación.

Por lo tanto, no se trata únicamente de definir políticas públicas, asignar recursos y legislar al respecto, sino también de asegurar la eficacia en la ejecución, y contener respuestas para los grandes desafíos (Waissbluth, M. & Larraín, F., en Tomicic V. y García C. 2009, p. 542).

La Ley N° 19.553, que concede asignación de modernización y otros beneficios, fue materializada por el Ministerio de Hacienda mediante la creación del denominado Sistema de Evaluación y Control de Gestión (SCG)⁶⁷ cuyo objetivo es “mejorar la eficiencia y eficacia del gasto público, vinculando la asignación y uso de recursos a los resultados de gestión de las instituciones, utilizando sistemáticamente la información de desempeño para la toma de decisiones presupuestarias” (Arenas y Berner en Morales, 2014).

Eficiencia en el gasto público, entendida como la optimización en la utilización de los recursos disponibles en relación con la inversión pública y efectividad en tanto grado donde se cumplió con los objetivos esperados de una intervención determinada (Morales, M., 2014). La eficacia de una política o programa podría entenderse como el grado en que se alcanzan los objetivos propuestos. De esta manera, un programa es eficaz si logra los objetivos para que se diseñara (Mokate, K., en CEPAL, 2002, p. 2).

Sin embargo, y como lo señalan algunos autores, para el caso de los indicadores de desempeño institucional (IDI), estos no serían un buen indicador de beneficios externos del programa, dado que “la gran mayoría de ellos están destinados a medir la eficacia, eficiencia, economía y calidad de procesos internos y/o productos de las agencias, pero no valoran los efectos que las actividades del gobierno producen en el ámbito social” (Morales, M., 2014, p. 425), dejando de lado una arista importante que tiene relación con el impacto social (o cambios) de los programas de gobierno en comunidades donde son implementados.

En efecto, el Sistema de Evaluación y Control de Gestión genera una brecha, ya que, todos los programas son medidos según un estándar homogéneo, sin considerar particularidades del territorio donde son aplicados. Entonces, tanto los recursos que llegan

⁶⁷ El SCG está compuesto por cuatro instrumentos de seguimiento y evaluación: los balances de gestión integral (BGI); las evaluaciones de programas gubernamentales; los indicadores de desempeño institucional (IDI) y el formato estándar de presentación de iniciativas al presupuesto. De manera adicional, incluía tres mecanismos de incentivo al desempeño: El programa de mejoramiento de la gestión (PMG); la ley médica y las metas de eficiencia institucional (MEI).

para la implementación de este programa como la evaluación que se realiza, son los mismos que llegan para otros programas en el país.

De hecho, los técnicos aluden a ciertos factores que se dan dentro del contexto de la isla cuando se implementa un diseño de Política Pública, en cualquier ámbito, no sólo de la Salud Mental (164-TIII). Uno de los factores identificados como obstaculizadores de una implementación adecuada al contexto, es la limitada inyección de recursos, que si bien, es un problema que se daría a nivel nacional (164-TIII), en la isla se agudiza cuando el presupuesto que se asigna a Salud Mental, no corresponde con el costo de vida en la isla, que tiende a ser más elevado: “...yo creo que los presupuestos no se ajustan a lo que quieren o nos sugieren que hagamos (...) entonces (...) no te permite mucha creatividad o rediseño...” (148-TIII).

Desde la Región Metropolitana, al respecto señalan: “...Yo creo que hicieron maravillas con muy poco. La verdad, creo que faltaban recursos (...) La vida en la isla es más cara. Entonces, lo que acá en el continente financia el mismo monto, puede financiar un equipo con más horas...” (28-TI). Esto a propósito de que, el financiamiento para un programa determinado, está valorado por prestaciones de Salud, y no está diferenciado según su territorialidad. A modo de ejemplo, en Santiago, el presupuesto para un equipo de 4 ó 5 personas para el tratamiento de drogas, alcanzaba para 3 personas en Rapa Nui (28-TI), lo que ponía en tensión la mantención del Centro de tratamiento de drogas en la isla.

Así, los implementadores hacen alusión al último Plan Nacional de Salud Mental, donde se proponen variadas y tentativas metodologías y enfoques de acercamiento para la intervención con la comunidad, no obstante, el presupuesto económico para lograrlo desde el punto de vista humano y financiero, no alcanzaría, generando frustraciones al interior del equipo profesional. Al respecto, el presupuesto de salud mental debiera superar el 6% del presupuesto de salud, permitiendo cubrir las acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, cuyo fin es colaborar que las personas, familias y comunidades alcancen el mayor nivel de bienestar posible” (MINSAL, 2017, p. 94), situación que no ocurre en la actualidad.

Y lo que complejiza aún más la situación, es que, el acceso a atención en salud mental y la calidad de ella varían enormemente según el Servicio de Salud, la ciudad y comuna, y el centro APS donde el beneficiario esté inscrito (OPS, 2014, WHO-AIMS, p. 25). Para el caso de Rapa Nui, el gasto en la isla es superior a otros programas que funcionan bajo el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, por lo que muchas veces, es el mismo Hospital el que se ve obligado a cubrir dichos gastos, en lugar del Servicio.

Para el MINSAL, una de las brechas que deben ser resueltas para elaborar un programa de financiación de Salud Mental, es la falta de información diferenciada respecto al gasto en Salud Mental para los diferentes grupos poblacionales. Si se considera que cada grupo poblacional (migrantes, adolescentes, niñas, indígenas, etc.) tiene perfiles epidemiológicos distintos, por consecuencia, ello requerirá de acciones sanitarias diferentes, asegurando la continuidad de cuidados (MINSAL, 2017, p. 91).

Finalmente, y para concluir este capítulo, se observa un retraso en la llegada de las políticas sociales, lo que provocó la lenta aparición de la oferta pública de programas de parte del aparato estatal que comienza a partir del 2009, año en que se avistan las primeras luces de la instalación del Programa de Salud Mental en Rapa Nui, de la mano de un médico de familia. Este hito, marcó a la comunidad al convertir a la Salud Mental en un tópico. El programa inició con la oferta médica, rondas psiquiátricas una vez al año en promedio, tratamiento psicológico y farmacológico.

En cuanto a los avances del Programa de Salud Mental, las profesionales del Programa destacaron el aumento de profesionales, la llegada de una psiquiatra fija, que venía a reemplazar las rondas anuales o bianuales, la instauración de un Centro especializado de drogas y la sensibilización sobre el tema de Salud Mental dentro de la comunidad. Dentro de sus principales brechas, aparece la constante presión de parte del Tribunal local para la realización de informes psicosociales, que ha generado mayor dedicación al área pericial-diagnóstica y disminución en actividades de promoción de la salud mental y prevención. También se hace mención a la falta de un centro de atención especializada en Salud Mental en la isla, puesto que, al no existir redes de derivación (geográficamente) próxima, dificulta

la “atención integral, oportuna, de alta calidad y resolutive” (MINSAL, 2008, p. 14) promovida por el mismo Modelo de Salud Familiar y Comunitario del MINSAL.

Por otro lado, si la asignación de recursos para Salud Mental es baja, más aún lo es si se considera Rapa Nui como una zona especial, donde el costo de la implementación de cualquier programa es aún mayor que en el continente chileno. Por ende, genera dificultades en la implementación de cualquier orientación técnica proveniente del MINSAL.

En relación a la implementación del programa y su viabilidad, algunos técnicos aluden a que es viable en la medida que el equipo es comprometido con el programa. Sin embargo, cabe cuestionarse el nivel de compromiso, pues alude a la responsabilidad de los equipos en hacer que funcione. Lo que podría ser una fortaleza, pero a la vez la piedra de tope del programa, pues dependería de las competencias, conocimientos, capacitación y manejo que tengan los profesionales. Otros técnicos fueron tajantes en que los diseños están alejados de la realidad local, porque tienden a la cuantificación, lo que impide cierta factibilidad. Este mismo técnico indicó que es importante la disposición de las autoridades del mismo Hospital para generar mayor y mejor coherencia en el Programa.

Finalmente, aparece la idea de lo cuantificable en las acciones de Salud Mental, lo que invita a la reflexión sobre la construcción y los diseños de Políticas que al bajar e implementarse en distintos territorios, son distantes de la realidad local, sin considerar la incertidumbre que provoca la implementación, a la cual aludía Martínez Nogueira.

Capítulo 6:

Interculturalidad en el Programa de Salud Mental en Rapa Nui

En este capítulo, se profundiza sobre la Interculturalidad como concepto, y su implicancia para las Políticas Públicas sanitarias, en especial, para el caso de Salud Mental, En consecuencia, se problematiza el asunto de la Interculturalidad aplicada al Programa de Salud Mental en Rapa Nui. En este sentido, se le pregunta a la comunidad sobre la pertinencia cultural del programa, así como a los implementadores cómo ha sido entendido y aplicado este concepto en la realidad local.

6.1 El Enfoque Intercultural en Salud

El Enfoque Intercultural es un concepto que no ha estado exento de discusiones. Por lo tanto, lo primero que sugieren diversos autores, es una clarificación terminológica ya que conceptos como interculturalidad o multiculturalidad han recibido definiciones distintas, cuando no, contradictorias (Alsina, 1997).

Aunque es un concepto recientemente socializado en el ámbito de la salud, varios investigadores de la comunicación y la cultura, se han interesado por su definición, aplicación y desarrollo, ya que su principal característica y diferencia con otros conceptos como el multiculturalismo y el pluralismo, es su intención directa de promover el diálogo y la relación entre culturas y no solamente su reconocimiento y visibilización social (Almaguer et al., 2014, p. 17).

Para estos autores, la Interculturalidad se sustenta en cuatro principios básicos (Ver figura 4) y propone la definición de condiciones específicas para la interacción equitativa entre grupos culturales diferentes, cada uno con una verdad, una visión especial de mundo (cosmovisión) y un marco de referencia y paradigmas respecto a diferentes aspectos de la realidad. Así, se presupone que no existe una verdad única, inamovible y permanente, pues, todos los paradigmas están en continuo cambio y responden a diferentes aproximaciones de la realidad, que difícilmente pueden ser absolutas (Almaguer et al., 2014, p. 18).

Figura 4 Cuatro principios de la Interculturalidad



Fuente: Elaboración propia basada en Almaguer, Vargas & García, 2014.

Sin embargo, para Walsh, la interculturalidad va más allá de un tema de convivencia, es término, concepto y principio de lucha, cuya visión no descansa en la simple convivencia, tolerancia o inclusión sino en la edificación de una sociedad, lo que incluye una autoridad política y gobierno del Estado radicalmente distintos, pensados para el país en su conjunto y no sólo para los pueblos indígenas (Walsh, 2009), enfatizando así, su rol como sujeto político.

Es de esta manera que, la Interculturalidad termina poniendo al descubierto, la constitución nacionalista de aquellos países que se han declarado como uninacionales, lo cual transgrede los principios de la Interculturalidad. Para esta discusión se debe considerar a la Interculturalidad como una herramienta y proyecto necesario en la transformación del Estado y de la sociedad, y para que sea trascendental, necesita romper con el marco uninacional, recalcando lo plural-nacional, no como división sino como estructura más adecuada para unificar e integrar (Walsh, 2009, p. 96), y cómo no, si consideramos que la apuesta por la interculturalidad enfrenta no sólo a las posturas intransigentes del racismo cultural, sino también a los intereses políticos y económicos de los Estados que van creando la imagen de los enemigos según sus propias conveniencias históricas (Alsina, 1997).

En el ámbito de las Políticas de Salud, según Zapata-Barrero (en Zapata & Pinyol, 2013) la política de interculturalidad es ante todo una política que busca intervenir en las dinámicas de diversidad e influenciar en ella, de una determinada manera (promover espacios abiertos y de acceso libre), aplicando una técnica concreta (la interacción) y buscando generar unos efectos a corto (socialización), medio (cultura de la diversidad) y largo plazo (desarrollo personal y social, cohesión) (p.48), lo que hace de la interculturalidad, un estilo de orientar políticas y la promoción de un comportamiento en un contexto de creciente diversidad (p.8).

Bajo este contexto, uno de los peligros que debe enfrentar la Interculturalidad, ocurre cuando es asumida simplemente como la meta, restándole su significado como proyecto y proceso de continua negociación y acción. En este sentido, la interculturalidad es algo por construir y no una meta por alcanzar (Walsh, 2009, p. 142).

En Chile, el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) describe la interculturalidad en Salud, como:

“aquella acción que desarrollan los equipos de salud (directivos, médicos, personal de salud y administrativos) y los equipos de facilitadores interculturales al interior de los establecimientos para cubrir las necesidades de accesibilidad, oportunidad en la atención de morbilidad, adecuación de la organización de salud y atención de salud apropiada a las necesidades de los pueblos” (MINSAL, 2016a, p. 5).

Y, aunque se trata de una aproximación hacia el mundo indígena sin precedentes, el problema de la escasez de estudios antropológicos-médicos, y la carencia de estrategias e indicadores que vayan en la línea de investigación en temas de Salud indígena, particularmente del pueblo Rapa Nui, son otra muestra de esta bien intencionada idea, pero que finalmente no destina estrategias concretas para ello.

Por otro lado, según el Modelo de Salud Familiar, el enfoque intercultural es “el respeto y la consideración de la cosmovisión de los pueblos, sus modelos de salud y sus itinerarios terapéuticos (o sistema de medicina indígena) en el diseño e implementación de las políticas de públicas” (MINSAL, 2008, p.31). De este modo, la incorporación del enfoque intercultural en salud “debe conllevar necesariamente un proceso de negociación y mediación permanente con las autoridades tradicionales de un territorio, que permita establecer las bases de los cambios que se desean implementar en las acciones de salud” (MINSAL, 2013, p.21). Sin embargo, esta presunción desconoce que el sistema bajo el cual se quiere implementar esta orientación, se da a partir de un Modelo Biomédico, y esa ha sido la cosmovisión desde la cual también, se han formado los implementadores que deben “capacitarse” en esta nueva forma de convivir con la otredad.

En base a lo anterior, se revisarán elementos que, para la autora debieran estar incorporados en el Programa de Salud Mental, cuales son: Conocimiento de las Políticas de Salud Mental y pueblos indígenas, Manejo de la Cultura, Diagnóstico y Tratamiento

pertinentes, Incorporación de la medicina tradicional Rapa Nui (Papa Ra'au), Diálogo entre la medicina occidental y Papa Ra'au, Participación Comunitaria y Pertinencia Cultural.

6.1.1 Conocimiento de las Políticas de Salud Mental y pueblos indígenas

Para que exista un diálogo entre el diseño y la implementación, se espera que, al menos, las Políticas Públicas sean conocidas por parte de los técnicos. Es decir, que el equipo de Salud Mental, además de dar cumplimiento a las metas sanitarias, cuente con un programa de capacitación continua que les permita acceder a información actualizada en temas y contenidos de salud mental (MINSAL, 2017), pero también espacios de retroalimentación formales que les permita dialogar y discutir en torno a ello. Sin embargo, como se verá, existe escaso conocimiento acerca de cuáles son estas políticas, en cuanto a sus recomendaciones, sugerencias y lineamientos, lo que complicaría entonces, el diálogo entre el diseño y la implementación.

6.1.1.1 (Des) Conocimiento de los lineamientos del MINSAL

Este ítem, sintetiza el escaso conocimiento que existe de parte de los técnicos en relación con, al menos, dos de las propuestas del Estado en materia de Políticas Públicas de Salud Mental. Esto es, el “Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025”, y, para el caso concreto de los pueblos originarios, las “Orientaciones Técnicas para trabajar la Salud Mental con pueblos originarios 2017” (112-TII; 271-TIV; 332-TV; 158-TVI; 281-TVI).

En el caso del “Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025”, el poco manejo de estos lineamientos, tendría su raíz en que no se destinan horas protegidas para aquello: “...*porque ni acá ni en la quebrada del ají no te destinan tiempo para leerte el Plan Nacional de Salud Mental, o las Orientaciones Técnicas de interculturalidad u otras estrategias (...) no se valora eso como importante...*” (159-TIV).

Al respecto, una de las profesionales, indica haber leído el Plan Nacional, por temas personales “...*lo que quiero recalcar es que ha sido casi una cosa personal y (...) no debería ser, porque todas las personas que trabajamos en Salud Mental deberíamos hacerlo (...) en horario laboral (...) conversarlo en una jornada de trabajo, que se nos dé el espacio para aquello...*” (275-TIII).

En relación a las “*Orientaciones Técnicas para trabajar la Salud Mental con pueblos originarios 2017*”, es menos conocido que el último Plan Nacional. Y de igual manera, tampoco ha sido sociabilizado ni informal, formal o sistemáticamente como para aterrizar el documento al territorio insular (298-TIII).

Vuelve así, el discurso autodidacta “... *yo alcancé a leer la mitad de las Orientaciones Técnicas. Me la encontré por casualidad esa guía, lo que lamento mucho porque me hubiera gustado como no sé po, haberme enterado antes po, no sé... como a través de la Referente del Servicio antes de venirme para acá...*” (285-TIV). De lo que pudo revisar, se trataría de un documento centrado en algunos grupos de pueblos originarios: “...*lo que me di cuenta es que están diseñados demasiado al pueblo mapuche y que tiene un perfil como de los determinantes sociales súper diferentes a los de acá. Entonces, por ejemplo, como súper centrado en la pobreza. Y eso es totalmente distinto a cómo funciona acá*” (285-TIV).

En este sentido, Roberto Campos (en Citarella, 2009) añade que una característica común de Latinoamérica “es su diversidad de culturas originarias, mestizas y foráneas, con valores, normas y prácticas de origen múltiple” (p.33). Así, el autor pone varias interrogantes que, desde el punto de vista de la planificación sanitaria y la atención médica, se deben plantear sobre las orientaciones de la medicina pública e institucional que se practica en cada país latinoamericano⁶⁸.

Ahora bien, para las profesionales del equipo, ambos documentos del MINSAL promueven enfoques que no corresponden con las metas que se miden, al menos desde APS: “...*Una incoherencia, claro, porque te promueven un trabajo súper comunitario, pero a la vez te miden por un trabajo súper asistencial, entonces, eso es una incoherencia que no sabí cómo demostrar al final la pega y a nuestros jefes les piden que a nosotros nos midan por rendimiento...*” (454-TIII), “... *por lo tanto, el Plan puede ser decir cosas muy lindas y*

⁶⁸ Campos señala que algunas interrogantes que nos abrirán el camino hacia la mejora de las Políticas Públicas en esta materia, podrían ser: “¿qué tipo de servicios de salud se deben ofrecer en regiones interculturales con mayoría (e incluso minoría) indígena?, ¿qué significa el proceso de interculturalidad?, ¿qué es la interculturalidad en salud?, ¿cuáles han sido las políticas de interculturalidad en salud por parte del Estado y de las entidades no gubernamentales?, ¿cuáles han sido sus alcances y sus limitaciones? y ¿qué se puede hacer en el futuro? (Campos, R., en Citarella, 2009, p.33).

atractivas de alcanzar, pero al final lo que baja acá...” (451-TIV)” refiriéndose a que no existe tal correspondencia entre los lineamientos y lo que realmente se mide o exige.

Lo anterior es muy concordante con las conclusiones del estudio de Henao et al., (2016), quienes sostienen que, en el contenido de las Políticas Públicas de Salud Mental vigentes en Suramérica:

“la noción de salud mental que subyace a cada Política Nacional hace énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, desde una concepción positiva del bienestar que resalta el papel activo de los sujetos y poblaciones, las capacidades y libertades disponibles; **sin embargo, los recursos, estrategias, acciones y metas están orientados sobre la base de un modelo biomédico que prioriza el diagnóstico y el tratamiento de trastornos mentales**”⁶⁹ (Henao et al., 2016, p. 184).

Lo que explicaría en alguna medida, la paradoja entre lo que promueve el MINSAL a través del último Plan de Salud y lo que se mide como meta sanitaria.

6.1.1.2 (Des) Conocimiento del Marco jurídico

Si bien, el gran marco jurídico de los asuntos indígenas es la Ley N° 19.253 (MINSAL y Banco Mundial, 2017), el Convenio 169 es el encargado (entre otros aspectos) de tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

Respecto de este Convenio, de manera excepcional, sólo la Papa Ra’au entrevistada (72-TVII) y una técnica (338-TIII) -la única perteneciente a la etnia Rapa Nui- conocen estos lineamientos. El resto de los técnicos, indican desconocerlo (335-TVI; 336-TIV; 337-TV). Esta información es relevante, pues, si se contrasta con la información arrojada por los usuarios, de todos los entrevistados, sólo una usuaria indica no conocer el Convenio (56-UI).

Interesante es, analizar la opinión de quienes no conocen el Convenio 169, de modo que, cuando se les entrega información de la Parte V del documento referente al apartado de Salud, lo asocian de forma inmediata con el trabajo realizado por las Papa Ra’au (341-TV), lo que deja de manifiesto, la reducción del fenómeno de la medicina tradicional Rapa Nui,

⁶⁹ Énfasis de la autora

dando paso a una categoría aislada y sin conexión con el PSM del Hospital. De esta manera, el Convenio, cuando se pronuncia sobre la pertinencia de los servicios de salud en términos culturales, se torna relevante la figura de las Papa Ra'au, aunque con sus alcances, pues no tendría conexión directa con el equipo del PSM.

Esta forma reduccionista de entender la interculturalidad, es muy concordante con lo que describe Cuyul, con el pueblo mapuche, quien indica que, en su operatividad, se termina implementando un abordaje equivocado, atomizado y folclórico respecto a los verdaderos problemas de salud (Cuyul en Nanhuelpan et al., 2013b, p. 270). Así también, la medicina tradicional Rapa Nui quedaría relegada a un plano accesorio y como una fuente inconexa del PSM. Otra dificultad presente tiene que ver con que tampoco existe una propuesta de autogestión de la salud, diferente a lo que se ha ido trabajando desde el pueblo mapuche.

Por su parte, la Papa Ra'au, advierte situaciones complejas dentro del Convenio, como es la incoherencia entre el reconocimiento de derechos de los pueblos indígenas, que están bajo el alero de una Constitución que reconoce a estos pueblos dentro de un Estado que se declara nacional, y no plurinacional.

“...Lo malo, es cómo se usa el Convenio (...) Todos los pueblos originarios deben ser apoyados por su Estado, si es que no los dejan independientes, económicamente, socialmente y políticamente (pero) el Estado no lo hace. Partiendo porque el Estado no reconoce la existencia de ningún pueblo ni originario, ni siquiera de sus propias identidades. No trata de sanear eso, al contrario, sigue con su modelo (de) globalización. Nosotros nos manejamos al revés y al derecho con eso, lo entendemos, pero ¿y? qué hacemos? El Estado lo usa en su beneficio, y en contra nuestro...” (74-TVII).

Lo anterior, es interesante abordarlo, en tanto que añade una lectura política, social y económica que termina moldeando la forma en que los Estados terminan deslegitimando a los pueblos indígenas. En Suramérica, sólo Chile, acompañado de Uruguay y Surinam, carecen de un reconocimiento explícito de los pueblos indígenas en su Constitución (Meza-Lopehandía, en BCN, 2016, p.1).

De esta manera, diversos autores se refieren a la irrupción, durante las últimas décadas, de diversos movimientos indígenas reclamando, en general, una nueva relación con

sus Estados, basada justamente en el reconocimiento de los derechos colectivos que les corresponderían en su calidad de pueblos pre-existentes al propio Estado (Bengoia, 2000 en Meza-Lopehandía, en BCN, 2016, p.2) Para Adolfo Albán, no hay un reconocimiento hacia las comunidades indígenas y afro como productoras de conocimiento, tradicionalizándolas y reduciéndolas socialmente al folclore y la cultura, deslegitimando el acumulado histórico que ellas poseen y que les ha permitido resistir y mantenerse en medio de los procesos actuales de la globalización (Albán, A. en Walsh, 2009, p. 192), situación que aún está en pleno debate en el país.

Por otro lado, la cita de la Papa Ra'au, también nos remite a la sensación de injusticia social percibida por la comunidad, que cuestiona el ordenamiento de un otro, en este caso, el Estado, que se posiciona en territorio ajeno, haciendo un despoje de una parte importante de la identidad cultural de Rapa Nui.

Con respecto al Convenio, un usuario señala que la parte del Convenio 169 que se refiere a Salud: *“... no se aplica, no, los programas son programas nacionales (...) no creados con co-participación de la comunidad (...) con cero no sólo pertinencia, sino que, con relevancia de las características especiales de ser un pueblo originario, claramente la cita no se cumple en la isla. Quizá ahí la cita dice “en la medida de lo posible”, y puede ser que claro, esa medida no existe. No existe ni los recursos, no existen ni los profesionales. Considerar además que muchos profesionales del área de salud que están aquí en la isla, son profesionales que pueden ser muy buenos desde el punto de vista psicológico, pero no necesariamente tienen el conocimiento del área cultural, o del área indígena...”* (99-UV).

Lo que reafirma lo que veíamos en el capítulo de las Políticas Públicas en materia del ordenamiento jurídico en Chile, donde existirían problemas de implementación del Convenio 169, que no sólo tienen relación con el modelo procedimental de su aplicación, si no de su estructura basal, dando origen a la inviabilidad de la implementación del Convenio 169 al estar planteado desde la otredad, y no necesariamente desde los pueblos indígenas.

6.1.2 Conocimiento de la Cultura Rapa Nui

En esta sección, se alude al manejo y conocimiento de discursos y prácticas Rapa Nui de parte de los técnicos. Esto es: su cosmovisión, tradiciones, creencias, composición y funcionamiento familiar. La información entregada, indica que habría una intención que se

inclina hacia el reconocimiento de la cultura Rapa Nui para generar intervenciones pertinentes. Por otro lado, se trata de un conocimiento que se da más desde lo volitivo, que como política del Hospital (327-TV), lo que deja en manos del compromiso-interés de los profesionales (los implementadores) su involucramiento en la comprensión de la cultura local (320-TIII) aunque, en ocasiones, cae en la folclorización de las prácticas tradicionales.

Como un aspecto relevante, los usuarios del PSM, relevan que quienes trabajen en la isla, si no pertenecen a la etnia Rapa Nui, están en su deber de informarse sobre su cultura antes de planificar cualquier intervención (60-UI; 63-UII; 35-UVI; 136-UIV).

Es en este plano, que cobra sentido el concepto de sujeto comunitario, que según Rozas se trata de actores sociales que cuentan con una historia, en un contexto situado y que disponen de una concepción de mundo, una cosmovisión, que les permite y los hace poseedores de un paradigma de sociedad (Rozas, 2018). Así, este sujeto comunitario requiere un reconocimiento no como pobres, ni vulnerables, sino como sujetos con características propias, capacitados, diferentes. No como objetos, sino como sujetos (Rozas, 2018, p. 83).

6.1.2.1 Conocimiento de la cosmovisión Rapa Nui

Aquí, el equipo de profesionales de SM del Hospital, asocia aspectos culturales con la *composición, historia, funcionamiento familiar y aspectos legales*, variables que son analizadas en reuniones de caso: “... yo creo que en reuniones clínicas, cuando se abordan los casos (...)el tema de, de, como más culturales, ¿cachai? cómo funciona por ejemplo las familias acá en Rapa Nui, cómo se va desarrollando la historia de las propias familias emmm eso sí está presente constantemente en los análisis de caso. Temas, por ejemplo, legales que igual impactan de alguna manera...” (314-TV), refiriéndose al Art. 13 y 14 de la Ley Pascua⁷⁰.

⁷⁰ Los artículos 13 y 14 de la Ley Pascua rebajan penas y otorgan beneficios carcelarios a condenados por delitos sexuales, cometidos por naturales de la Isla de Pascua en su territorio, situación que se encuentra en proceso de consulta indígena en la actualidad y que ya fue presentado por un grupo de diputados en agosto del 2020 como proyecto de ley que deroga ambos artículos.

Aunque, lo anterior, quedaría a merced de la voluntad y compromiso de los profesionales, y no de un documento sistematizado como política local del Hospital: “...yo creo que sí hay una...o sea, es una práctica. No está como en algún protocolo, ¿cachai? no es un protocolo. Pero yo creo que cuando, en general sí es una política del equipo de hacer una revisión de caso y expresar (...) cómo funciona la familia y ahí cada persona que conoce el caso, el trabajo desde lo cultural se hace siempre...” (322-TV).

Por su parte, cuando los usuarios son consultados sobre el involucramiento de los profesionales del Programa en la realización de intervenciones familiares, de pareja, visitas domiciliarias, indican que este contacto es nulo o escaso, de manera que las intervenciones suelen ser clínicas, orientadas al individuo, y realizadas en su mayoría, en el box al interior del Hospital (73-UII; 58 y 62-UIII; 134-UIV;77, 79 y 81-UV; 128-TVII) aunque sí se les pregunta por vínculos familiares para conocer características de su composición familiar o información que ellos manejan (76-UI; 91-UVI).

“...Cuando yo fui la primera vez a un tratamiento con la psicóloga en el hospital, por mi hija, y yo tratándome de entender quién soy y por qué terminé así, yo le dije- ¿podemos hacer esto en conjunto con otros hermanos, cada uno con su sesión, y después juntos, y mi mamá también y cosas así? - “No. No. Eso es imposible, es que ¿se imaginan?” me decía. - “Sí po, sí me lo imagino, por eso te lo estoy preguntando, cada uno en su sesión, en diferentes días, cosas así. Es una familia entera que vas a ayudar a reconstruir, y que va a evitar ciertos problemas entre ellos-...” (134-UIV) manifestando su interés en que el tratamiento hubiese tenido mejores resultados en la medida que fuera integral, incorporando al resto de la familia.

Probablemente, la respuesta de la profesional del Programa, tiene su sustento en la idea de que el proceso de enfermedad-salud-atención-intervención-tratamiento, viene acompañado de una epistemología de base que está relacionada con que el sector salud y la biomedicina oficial tienden a negar, ignorar o marginar a la mayoría de los saberes y formas no biomédicos de atención de las dolencias (Menéndez, E. en Citarella 2009, p. 87). Por consiguiente, cuando la enfermedad es vista y diagnosticada de una forma, en consecuencia, su forma de tratarla, también. En el ejemplo anterior, la usuaria hacía mención a un tipo de

tratamiento que a ella le hacía sentido: la intervención familiar basada en la “reconstrucción”. Sin embargo, según su experiencia, para los profesionales parecía ser una estrategia poco asertiva, impertinente o quizás, poco viable.

De esta manera, la cosmovisión de los usuarios va generando tensiones con el paradigma biomédico, lo que queda expuesto, por ejemplo, en la concepción del origen de la enfermedad. En el diálogo que se muestra a continuación, se observa cómo la mirada occidental, nuevamente es predominante.

32-Técnico II: *Muchas veces nos tocó, por ejemplo, pacientes que referían que un trastorno psicótico les había venido de cuando habían ido al campo y habían recogido un objeto sagrado que no tenían que sacar de ahí y que se lo habían llevado. Y que era una piedra, o que era una punta de flecha o algo de hueso y se lo llevaban y a raíz de eso, habían entrado a una crisis de psicosis (ríe).*

33-Entrevistadora: *¿Y eso era diagnosticado como una Psicosis?*

34-TII: *Sí.*

35-E: *¿O se entendía desde el contexto de la persona?*

36-TII: *En la visión Rapa Nui era una especie de “mal”, una especie de esto relacionado con los “tabú”, pero para nosotros era una **crisis psicótica**.*

Se verá entonces, que esta clasificación diagnóstica, es ampliamente utilizada (principalmente) por profesionales que no pertenecen a la etnia Rapa Nui (116 y 118-TVII), lo que se contrapone a tener una disposición a escuchar, entender y comprender a las personas, sin rechazar las explicaciones que la gente efectúa sobre sus estados de salud, sobre el origen de los padecimientos y tomarlos como parte constitutiva del diagnóstico (MINSAL, 2016b, p. 25).

Según Eduardo Menéndez, desde los años setenta, surgió una corriente liderada por médicos de formación antropológica que, vienen planteando no sólo la necesidad de que el médico permita al paciente narrar su enfermedad, sino que, además, aprenda a decodificar cultural y médicamente el significado de dichas narrativas. Sin embargo, para el autor, esta propuesta opera más en el plano de la reflexión teórica, de las experiencias universitarias y de algunos grupos especiales, más no en el ámbito de los servicios de salud, los cuales suelen

orientarse en un sentido inverso al recomendado por los que analizan y reflexionan sobre la relación médico-paciente y su papel dentro de los servicios de salud oficiales o privados (Menéndez, E. en Citarella, 2009, p. 100).

A partir de lo anterior, se entiende que la decodificación cultural debiera parecerse a un diálogo que va entre lo que el paciente describe y lo que el profesional interpreta de esa experiencia, que le permita colocar dentro de un contexto cultural lo que el paciente va relatando, desde el respeto y la validación. Entonces, en la cita revisada anteriormente, se observa que sí se da un espacio a escuchar de dónde proviene su “mal”, sin embargo, al momento de escuchar la justificación, esta es invalidada de forma inmediata, deslegitimando sus causas que son asociadas con lo “sobrenatural”. En efecto, se observa una complejidad, en tanto no existiría una aproximación desde el respeto hacia las creencias culturales de los usuarios del programa, sino por el contrario, una total deslegitimación al asociarlo con el mundo “menos científico” y, por tanto, menos válido.

De esta manera, el peligro radica en que la institución (en este caso el Hospital) es concebida como la depositaria del saber científico y técnico, a partir del cual proporciona y distribuye servicios especializados a las personas y comunidades en una amplia gama de ámbitos críticos de la existencia social. Esta relación de “experto/institución vs no experto/comunidad”, da origen en la práctica a una relación donde el poder está mayoritariamente concentrado en las instituciones (Martínez, V., 2006, p.15) occidentales, por lo demás. En efecto, y siguiendo a Víctor Martínez, la tensión se observaría entre el mundo de la vida (comunidad) con el mundo del sistema (dispositivos institucionales). Entendiendo el mundo de la vida, entre otros aspectos, con el mundo del sentido, de las significaciones, de las vivencias cotidianas, con sus usos y costumbres, saberes y valores (Martínez, V., en Martínez, Canales y Valdivieso, 2018, p.14).

Este conflicto, está supeditado por las instituciones, las que buscan construir a su imagen y semejanza el mundo al que se dirigen, donde se dan ciertas presunciones: no tratan con comunidades, sino con individuos aislados adscritos a categorías colectivas ficticias y artificiales (pacientes, usuarios); no les interesan las relaciones de los individuos entre sí,

sino la relación de estos individuos con la institución; esperan, en una perspectiva muy auto referencial, que los individuos, en su relación con la institución y en su vida cotidiana, se conduzcan de acuerdo a las reglas y valores propios de la misma institución (orden, jerarquía, racionalidad, eficiencia, eficacia, etc.) y finalmente, esperan que los individuos acepten sin demasiado cuestionamiento su poder “experto” para decidir sobre sus vidas (Martínez, V., 2006, p.13), en este caso sobre su propia salud, lo que, sin duda, va generando mayor alienación entre la institución y su propio mundo cotidiano.

6.1.2.2 Valoración del conocimiento de profesionales Rapa Nui

Aquí, los usuarios hacen una distinción en relación a la etnia del técnico, siendo más favorable y mejor recibido cuando el profesional que atiende es Rapa Nui (60-UI; 63-UII): *“...porque los Rapa Nui nos entendemos más rápido con los Rapa Nui. Entonces, ese Rapa Nui profesional, va a saber transmitir la información correcta. Porque aparte los Rapa Nui hablamos muy rápido, fuerte, y con una cara que aquí, que te está comiendo. Entonces, si es un tire⁷¹, al tiro te va a decir me estai faltando el respeto...”* (145-UIV).

Una usuaria del programa (UI), desde su experiencia, cuenta que estuvo dos veces con psicóloga; la primera ocasión, con una profesional de la etnia, y luego, con una psicóloga no perteneciente a la etnia. En su análisis, ella enfatiza la importancia de quienes no pertenezcan a su cultura, deben involucrarse en la cosmovisión Rapa Nui, como fue el caso de la segunda psicóloga que la atendió: *“...Yo con mi psicóloga fuimos como trabajando en conocer primero cómo éramos. Entonces, ella me preguntaba cosas. Fue informándose primero. No es como que vino y trató de hacer sus cosas, no. Empezó a informarse, a informarse, a informarse. Saber cómo funcionaban las cosas acá (...) cosas simples, porque aquí todos hacen de todo... y encontré que primero informarse... es bueno, súper bueno...”* (52-UI).

“...yo he tenido psicólogas que son de la etnia Rapa Nui que ven todo así totalmente diferente porque son de acá, pero por ejemplo los que vienen tienen que informarse (...) primero...” (60-UI). A modo de ejemplo: *“...antes de hacer una terapia con alguien o antes*

⁷¹ Chileno

de decirle, por ejemplo, de ayudarle (...) informarse quién eres, qué haces, no sólo ¿por qué estay aquí?, que ¿cómo te sentí? No. ¿Quién eres, de dónde vienes?, no sé po. O por último, ¿has vivido toda tu vida acá en la isla?, así como de verdad, yo pienso que lo primero, lo primero y lo repito todo el rato porque la gente tiene que informarse...” (68-UI), relevando el rol del contexto cultural en el que se desenvuelven, desarrollan y relacionan las personas.

Ahora, si bien, los usuarios hacen una valoración positiva a la atención profesional proveniente de un profesional de la etnia, por otro lado, se percibe que la principal desventaja de ello sería la facilidad en que la información sea divulgada dentro del mismo Hospital o fuera de él, lo que debilita el proceso de la confidencialidad como principio de una atención profesional y genera desconfianza y menor adherencia de las personas que están en tratamiento (80 y 82-UI; 136-UIV).

“... a mí igual me funcionó con X (psicóloga de la etnia Rapa Nui), por ejemplo, porque era Rapa Nui entonces me entendía mucho más rápido, habían palabras en Rapa Nui que yo no sé decir en español, y me entendía súper rápido. Lo único fome de la hermana, es que salía a la esquina y ya todos sabían po, a boca abierta, cachai, entonces esa cuestión fue la que más me dañó por parte de ser Rapa Nui, el cahuín, uno tiene que ser profesional en eso, al final lo corté, y no fui como en dos años, y mi hija se lo sufrió, mi mamá se lo sufrió...” (136-UIV).

6.1.2.3 Lengua, Prácticas y Facilitadores Interculturales

Por otro lado, se pone énfasis en el dominio de la lengua Rapa Nui para entender la cosmovisión, que permita una comprensión integral de la cultura (145-UIV;175-TVII) *“...Todos, o la mayoría de los que están en instituciones públicas que no sean Rapa Nui, deberían aprender a hablar un poco Rapa nui...”* (180-UIV). Lo anterior, considerando que dentro del Programa de Salud Mental del Hospital Hanga Roa, la totalidad de las intervenciones son realizadas en español.

Al respecto, un técnico no perteneciente a la etnia, valora el componente cultural en la atención en dupla con una profesional de la etnia: *“...fue muy importante trabajar con X*

como dupla (...) A mí me quedaron siempre muy grabados cosas que hablamos que tenían que ver con que había por ejemplo palabras que no tenían traducción del Rapa Nui al español o del español al Rapa Nui. Entonces era un poco difícil hacer la transmisión de las emociones o de los sentimientos muchas veces. Había también ciertas costumbres, ciertas creencias que también influían probablemente en la salud mental de los pacientes o en el bienestar de ellos...” (26-TII).

Por su parte, según el reporte del sistema de salud mental en Chile (Who-Aims, en OPS, 2013), se reconoce la importancia que los Servicios de Salud Mental instalados en población indígena, con su diversidad de idiomas y culturas, plantea a los sistemas de salud mental desafíos aún no resueltos de manera satisfactoria para poder asegurar a las poblaciones el acceso a los servicios en lo que se refiere a la aceptabilidad, tal como lo plantean las convenciones internacionales de Derechos Humanos (p.4).

Además, los usuarios relevan como necesario, que las intervenciones estén enfocadas en prácticas comunitarias, no sólo en conversaciones, las que debieran funcionar de manera continua e integral (30-UIII), poniendo el énfasis en la persona, en sus recursos, y no sólo en la enfermedad (179-TVII): “...que ellos⁷² se entretengan. Los llevai a pescar, a nadar, me entendí, a plantar, a enseñarles cosas a ellos y ellos se entretienen. Yo tuve al X⁷³ como 8 meses viviendo conmigo y le pasé un un toro recién nacido para criarlo y él me lo amansó (...) era un toro jorobado que era muy agresivo y él lo amansó. Cada vez que yo llegaba en la tarde le decía -X, ¿te fuiste a dar agua? - Sí. - Muéstrame- Y lo llamaba y el toro iba. Yo quedé impresionado con eso. Y la inteligencia que tenía el X era increíble (26-UII).

Otra usuaria comenta: “...yo tengo una academia de verano (...) me ha servido mucho, porque me doy cuenta que los niños son muy felices y me he dado cuenta que los papás sienten que los niños se levantan con mucha alegría a mi academia (...) yo me he dado cuenta que los niños necesitan mucho cariño, mucho amor...” (30-UIII).

⁷² Aludiendo a personas diagnosticadas con trastornos mentales.

⁷³ Alude a un hombre de 40 años diagnosticado con Esquizofrenia, conocido por la comunidad Rapa Nui, que mantiene tratamiento psicológico y psiquiátrico desde los inicios de la instalación del PSM.

Por último, los usuarios estiman necesario que exista un Facilitador Intercultural en todas las instituciones públicas, de manera que sea el nexo entre la comunidad y las personas que “vienen de afuera” “... *A mí igual me gustaría que hubiese un Facilitador Intercultural al menos en las instituciones públicas. Es súper bueno, y ojalá en todos lados...*” (180-UIV), de manera de tener una concepción integral de las personas, desde la mirada cultural, que vaya más allá de un diagnóstico.

Al respecto, el MINSAL (2016b) enfatiza que, en la atención de salud mental con enfoque intercultural, los equipos de salud deben "procurar contar con un facilitador intercultural de modo que se dé la oportunidad a la persona consultante de hablar sobre su malestar en su propia lengua, facilitando así la sintonía afectiva entre el equipo tratante y el consultante" (p. 28). Sin embargo, no entrega estrategias concretas para su implementación, dejando a voluntad del equipo, su “apertura” frente a la lengua nativa del usuario, aludiendo a que “si los profesionales están abiertos al diálogo y conocen en parte la cultura médica de sus pacientes, ésta no será un obstáculo infranqueable en la relación profesional-paciente” (MINSAL, 2016b, p. 29).

6.1.3 Diagnóstico y Tratamiento

En esta sección, se verá que, finalmente, según la visión de los usuarios y usuarias, el Programa de Salud Mental, trabaja bajo la misma dinámica que otros Programas del continente chileno, en relación a la concepción de diagnóstico y tratamiento, los que están alejados del paradigma de integralidad de la cultura Rapa Nui, que termina en categorías y dicotomías propias de Occidente, que facilitan la fragmentación de los fenómenos psicosociales, impidiendo la mirada holística e integral de estos (36-TII;103-TIII).

6.1.3.1 Diagnóstico: Utilización de instrumentos de medición basados en métodos occidentales

Para el diagnóstico, se utiliza el CIE 10, o, en su defecto el DSM 5. Para las pruebas de evaluación, se ocupan los tradicionales test gráficos, y, además, otros test proyectivos tales como el Rorschach, TRO, CAT, TAT, TRO, por nombrar algunos, los que, a su vez, son ocupados también a la hora de recopilar información para la realización de un diagnóstico que permite luego, levantar el plan de tratamiento de la persona (18-TI; 114-TVII).

114-TécnicaVII (Papa Ra'au): *Estas maripositas que traen, la técnica de (...) yo lo tengo de mil ochocientos po, yo tengo ese libro, son todas viejas. ¿Acaso no evolucionamos? ¿De mil ochocientos catorce hasta hoy día, seguimos pensando las mismas cosas? ¿Seguimos actuando de la misma forma? No creo, hay que actualizarlo. Varios test son, quizá los test de hoy en día te pueden servir los más modernos, más resumidos, pero esos son viejas escuelas.*

115-Entrevistadora: *Tú te refieres a estos test como el de Rorschach, que tiene como las láminas que te dicen ¿qué ves aquí? Donde hay gente que ve mariposas, murciélagos; ¿a esos te refieres? ¿A los test? Qué piensas de eso, cuando los profesionales de la salud mental aplican esos test acá en la isla, ¿qué pertinente es eso?*

116-TVII: *Nada, porque nos estai analizando con patrones ajenos.*

Un profesional que ejerce labores en el Poder Judicial, se refiere a la universalidad y similitud de los informes psicológicos emitidos por el Hospital en causas de Familia: “(...) *no hay un test especial, no hay un ítem especial, no hay un apartado que haga referencia que este niño pertenece al pueblo Rapa Nui y, por tanto, quizás puede que su situación sea producto de esto, de esto otro, a beneficio o en desmedro del niño (...) o sea no hay nada de referencia a algo cultural. Eso. Sólo una tabla como de aplicación general común para todos sean niños continentales o niños Rapa Nui y he tenido las dos experiencias, donde los informes, como te digo, son exactamente el mismo. Cambia el nombre, cambia obviamente la información, pero la pauta es exactamente el mismo...*” (49-UV).

Para Muñoz et al., la metodología del estudio de caso, permite, justamente, acercarse de mejor manera a las personas en sus distintos contextos y dimensiones. Al respecto, enfatizan que se debe superar el enfoque ‘externo’, despersonalizado e institucionalizante, de herramientas estadísticas, aplicación de pruebas y tests, que, resultan muy poco útil y menos aún pertinente cuando se trabaja con personas en modalidad de proximidad comunitaria⁷⁴.

⁷⁴ Los Programas de Proximidad Comunitaria (PPC) son aquellos que -teniendo como zona primaria de operación el territorio local- trabajan en contacto directo con las personas y grupos en situación de vulnerabilidad. Este posicionamiento especial obliga a estos programas a ajustarse localmente a las realidades situacionales donde operan. Este ajuste local significa que los programas dejan de ser aplicados en forma mecánica y automática, es decir, implementados tal cual están definidos en los textos programáticos, basándose únicamente en criterios universales, homogeneizantes y elementales (Weller, 2003, pág. 432, en Martínez, V. et al., 2018, p.5). De esta manera, se proponen nuevas aproximaciones metodológicas dentro de las que destacan el Acompañamiento Personalizado y la Gestión del Conocimiento (Martínez, V. et al., 2018, p.5). Bajo esta conceptualización, el Programa de Salud Mental sería un PPC.

Lo anterior, para aplicar un enfoque más ‘interno’, que nos permita la comprensión de las situaciones de vulneración como una totalidad compleja y desde la perspectiva de las personas, captando sus formas propias de configurarse, de autogobernarse y entenderse a sí misma y su mundo (Muñoz, González, Quiróz y Martínez, en Martínez, et al., 2018, p.55).

Ahora bien, según lineamientos del MINSAL, no sólo deben reconocerse los aspectos de la institucionalidad de salud basada sobre todo en diagnósticos nosológicos categorizados en los manuales (CIE 10; DSM 5), sino que también deberá diferenciarse los aspectos que escapan al marco usual de referencia del sistema sanitario, incluyendo la significación de los problemas de salud desde los sistemas de salud propios de los pueblos indígenas (MINSAL, 2016, p. 34). Sin embargo, tampoco se observa una estrategia concreta que le permita al equipo de profesionales tener un lineamiento sobre cómo hacerlo tangible. Situación que ocurre, por ejemplo, con en el registro estadístico, donde las categorías registradas, vienen dadas según el CIE 10 o DSM, pero no hay cabida al diagnóstico integral cualitativo que pudiera referirse al espectro interpretativo de las personas.

En relación con el uso de los manuales diagnósticos, existe un desconocimiento de parte de los profesionales del programa respecto del abordaje cultural. Si bien el CIE ha sido duramente criticado al no incorporar esta variable, por su parte, el DSM 5, publicado el 2013, ha relevado la noción de considerar las pautas propias de cada cultura, hito destacado por etnopsiquiatras y otros profesionales de la salud. De hecho, algunos autores, sostienen que *la Formulación Cultural*⁷⁵ es quizás una de las secciones que puede tener mayor aplicabilidad para la psiquiatría latinoamericana (Muñoz y Jaramillo, 2015). Una de las novedades incorporadas corresponde a la guía de Entrevista de Formulación Cultural (EFC), la cual fue probada en estudios de campo para uso clínico y consta de 16 preguntas que se enfocan en la experiencia individual y los contextos sociales del problema clínico, estableciendo 4 dominios de evaluación⁷⁶. Según Gómez, Astete, Infante, Muñoz y Florenzano (2016), con

⁷⁵ Incluida en la sección III del manual.

⁷⁶ Estos dominios, son: Definición cultural del problema, Percepciones culturales de la causa, contexto y apoyo, Factores culturales que afectan el auto-afrontamiento y la búsqueda de ayuda previa y Factores culturales que afectan la actual búsqueda de ayuda, incluyendo además una versión para informantes, con el fin de recolectar información colateral relevante de miembros de la familia y cuidadores (Muñoz y Jaramillo, 2015, p.116).

el propósito de evitar o prevenir estereotipos, la EFC se centra en el paciente individual y puede extenderse a otros informantes, para lo cual se recomienda su uso en todo tipo de pacientes psiquiátricos (Gómez et al., p. 363).

Para Muñoz et al., la EFC representa un avance con respecto al DSM-IV, donde la Formulación Cultural era muy precaria y no había una guía clara que permitiera evaluar mejor los aspectos culturales relevantes de cada paciente. Además, sostienen que la práctica psiquiátrica común suele dirigirse hacia la percepción por parte del psiquiatra acerca del problema del paciente, obviando en muchas ocasiones la opinión de éste o su familia. Por lo anterior, se volvía necesario contemplar preguntas en dicha formulación enfocadas en evaluar la percepción propia del paciente de sus problemas, así como una evaluación detallada de los mecanismos de afrontamiento, lo que, podría derivar en mejoras en la atención y tratamiento al obtener un mayor conocimiento del paciente, sin centrarse únicamente en los hallazgos psicopatológicos (Muñoz & Jaramillo, 2015, p. 116).

El estudio realizado por Gómez et al., que pretendía revisar y analizar los estudios cualitativos y cuantitativos sobre la aplicación de la Entrevista de Formulación Cultural del DSM 5 en la práctica clínica, mostró aspectos relevantes a considerar. Primero; la experiencia internacional propone el uso del mismo idioma que el paciente, en conjunto con el entrenamiento de los clínicos entrevistadores. Por otro lado, el paciente entrevistado con la EFC, ya cuenta con una patología de salud mental diagnosticada, y su entrevistador posee previamente formación especial sobre entrevista cultural. Entonces, dado que el entrevistador se comunica en el mismo idioma de origen del paciente, mediante la EFC puede revisar el motivo por el cual el paciente se encuentra en tratamiento, su problemática y relación con su identidad cultural (Gómez et al., p. 363).

En segundo lugar, desde el punto de vista de la utilidad de la EFC, el estudio muestra que presenta ventajas tales como la mejoría en la comunicación médico-paciente, índices de aceptabilidad y utilidad clínica favorables referidos por familiares de pacientes que participan de la entrevista. Finalmente, la EFC demostró un favorecimiento en la integración del contexto sociocultural de la experiencia de enfermar del paciente realizándose una evaluación

del contexto psicosocial, lo cual es relevante para un diagnóstico psiquiátrico válido y que no se realiza comúnmente en una entrevista de salud mental (Gómez et al., 2016, p. 363).

En relación al futuro de la EFC, el estudio enfatizó ciertas barreras que obstaculizan su uso en la práctica profesional diaria, tales como la falta de motivación y aceptación tanto de clínicos como de pacientes, presupuestos bajos para Salud Mental en contraposición al tiempo prolongado en el que se desarrolla la entrevista, pocas instancias formativas sobre la Entrevista Cultural y la existencia de 12 módulos suplementarios oficiales que, aunque complementan la EFC en casos de adolescentes, migrantes o pacientes de mayor complejidad, termina siendo una entrevista de mayor duración y menos reproducible en la práctica clínica (Gómez et al., 2016).

Finalmente, si bien, el estudio muestra ventajas y desventajas en el uso de la EFC, se concluye que la entrevista “es un instrumento factible, aceptable y clínicamente útil que puede ayudar a obtener información culturalmente relevante” (Gómez et al., 2016, p. 363). Pese a estos hallazgos, la EFC, no es utilizada al interior del Programa de Salud Mental del Hospital.

En otro ámbito, respecto de los lineamientos de trabajo del PSM, los implementadores indican que utilizan el Enfoque de Género, Derecho, Interculturalidad, Comunitario, Ciclo Vital e Intersectorial (16 y 18-TI; 120 y 324-TIII; 117-TV; 118-TIV) que propone el MINSAL: “...siempre incorporamos al individuo inserto tanto en su entorno más cercano como a la familia y también al entorno más ...menos cercano (...) la comunidad...” (117-TV).

En efecto, el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 propone un trabajo desde el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental. El plan manifiesta que “lo comunitario no lo define el espacio físico, sino que se refiere fundamentalmente a prácticas de intervención que reflejan una serie de interacciones entre las diferentes redes sociales que constituyen la vida de un barrio determinado” (MINSAL, 2017, p. 36), lo que implica que la atención de salud mental está inmersa y participa de esa realidad comunitaria y de su

complejidad, lo que permite localizar recursos y crear alianzas para la salud mental de esa población. Así, el modelo releva la importancia del contexto en la recuperación de la persona, favorece su inclusión social y provee de las condiciones para el pleno ejercicio de sus derechos con el fin de mejorar su calidad de vida (MINSAL, 2017, p. 36).

Ahora si bien, la emergencia en el país de una nueva generación de Políticas Públicas construye una superficie favorable al Enfoque Comunitario, la presencia en Chile de una institucionalidad con una arquitectura muy tradicional y burocrática de funcionamiento, obstaculiza y distorsiona en su lógica y espíritu el despliegue de estrategias comunitarias, puesto que las instituciones chilenas no están diseñadas para trabajar con el Enfoque Comunitario (Martínez, V., 2006, p. 13).

Respecto de las atenciones de salud mental que se brinda a la población general en la isla, aparecen ciertos datos importantes de destacar reportados por el equipo de Salud Mental. Primero, se observa *mayor atención de usuarios no pertenecientes a la etnia*, en lugar de pertenecientes a la etnia Rapa Nui (62-TIII). Luego, se observan diferencias entre el perfil de usuarios que se atiende en el Hospital Hanga Roa, y aquellos que se atienden en el continente chileno (de acuerdo a la experiencia laboral de las profesionales que han trabajado fuera de la isla), donde los usuarios pertenecientes a la etnia Rapa Nui presentarían: 1) **Mejor ingreso económico** (64-TV); 2) **Ausencia de Pasta Base de Cocaína** (63-TIV); 3) **Normalización de la marihuana** (70-TI; 38-TII; 91-TV); y 4) **Violencia intrafamiliar** como variable que atraviesa todos los diagnósticos (40-TII; 42-TII; 66-TVI). Aunque este último punto no es compartido por todo el equipo (67 y 69-TIV).

En lo que concierne a este último punto, las estadísticas, muestran que la tasa de denuncias por Violencia Intrafamiliar en Rapa Nui es más alta que la regional y la nacional⁷⁷. Ver tabla 12.

77

Véase: https://reportescomunales.bcn.cl/2017/index.php/Isla_de_Pascua#N.C3.BAmero_de_establecimientos_de_Salud.2C_seg.C3.BA_n_tipo_de_establecimiento_o_estrategia_implementada.2C_junio_2018

Tabla 12

Tasa de denuncias (c/100.000 hab.) por delitos de violencia intrafamiliar (VIF), años 2014 a 2016 en Rapa Nui

Tasa de VIF	2014	2015	2016
Comuna de Isla de Pascua	2.315,33	2.655,18	2.200,49
Región de Valparaíso	566,69	532,99	496,97
País	587,52	541	519,62

Fuente: Subsecretaría de Prevención del Delito, Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

En cuanto a la pobreza, una profesional afirma “...como que la pobreza no es tan común o que impacte masivamente como la gente que uno ve en el sistema público allá...” (65-TIV). Así, esta variable es importante, en tanto que el MINSAL, a propósito de las orientaciones de la OPS, ha dispuesto la consideración de los *determinantes sociales de la salud*⁷⁸, para la configuración de un diagnóstico integral de las personas.

Lo anterior resulta relevante de analizar, en tanto que, los determinantes sociales de la salud, han sido homogenizados hacia todos los pueblos indígenas, sin tener la precaución que cada pueblo debe ser estudiado de forma diferenciada para mejorar su aproximación y comprensión. Este intento de homogeneizar también se da cuando las políticas se refieren al mundo indígena como si se tratara de uno solo, lo que muchas veces termina reduciendo a los pueblos en términos cuantitativos a aquel que tiene la mayor representación numérica; el pueblo mapuche.

Respecto del factor pobreza, no sería un elemento preponderante a nivel estructural en Rapa Nui. Una de las razones que podría explicar este fenómeno, es que la mayoría conserva al menos un lugar donde residir. Mientras que algunos postulan a subsidios habitacionales, otros, de forma autodidacta, con los conocimientos de sus antecesores, construyen viviendas propias. Además, es común que las personas tengan más de un trabajo, que si bien, no forma parte de los empleos formales, sí les genera una remuneración

⁷⁸ Este término se emplea para designar las condiciones del ambiente físico, social y económico en que los individuos nacen, viven y se desarrollan, incluidas tanto las que tienen una connotación material como las que tienen connotaciones físicas y sociales (OPS, 2017, p.8). Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (https://www.who.int/social_determinants/es/).

independiente. Los mismos entrevistados, cuando se les preguntó sobre su oficio, todos contestaron que se dedicaban a más de uno (Ejemplo: “soy profesora y bailarina. Soy muto”i (fiscalizador de la Municipalidad), pescador, agricultor, etc.), aludiendo al carácter multifuncional de las labores que realizan diariamente, lo que podría ser considerado como un factor protector de la salud mental, en el contexto de los determinantes sociales.

Por otra parte, el diagnóstico descriptivo que realizan los técnicos sobre el perfil de usuario que se atiende en el PSM, contrasta con la percepción de algunos pacientes, quienes incorporan variables más estructurales, históricas, evolutivas y culturales de Rapa Nui.

“...Se necesita como una estadística del tipo de necesidad que necesitan los Rapa Nui, primordialmente con el tema de Salud, del tema mental, y a base de esas estadísticas, viendo desde el punto de vista de los Rapa Nui, no continentales, porque nosotros por ejemplo para el tema de la sanación que sea espiritual, sea mental, tenemos otro sistema muy diferente (...) porque por ejemplo ustedes le llaman ansiedad. Algo que nosotros nunca conocimos, y antiguamente siempre se dijo, por ejemplo, yo me acuerdo que Pedro Atán cuando era alcalde, él siempre decía - “Hay que tomarse las cosas con calma”- si uno se fija en los videos antiguos de la gente Rapa Nui, ninguno tenía ansiedad, así que en realidad la ansiedad llegó ¿cuándo qué? Cuando llegó la evangelización, llegó la globalización...” (190-UVII).

Desde el punto de vista de los usuarios del PSM, las problemáticas de Salud Mental identificadas son: 1) **Violencia Intrafamiliar** (16-UIII; 46-UIV; 31-UV; 11-UVI), 2) **Alto nivel de agresividad en las juventudes** (63 y 85-UII; 10 y 16-UIII) 3) **Alcoholismo** (59-UII; 44-UIII; 11-UVI), 4) **Drogas** (6-UI; 44-UIII; 105-UIV; 97-UVI;) y 5) **Quiebre y desunión en las familias**, lo que conlleva a la falta de comunicación, problemas con la disciplina y respeto (6-UI; 12 y 16-UIII; 97-UVI). Cabe destacar que, el concepto de drogas usado por los usuarios corresponde al de drogas duras, principalmente, cocaína, mientras que la marihuana no es percibida como una droga. Sólo hubo una usuaria, (consumidora de thc), que problematizó su consumo, en medio de su tratamiento en el PSM (105-UIV).

Por último, se debe considerar que, para las consultas espontáneas de Salud Mental (excepto el Programa de Drogas), el flujograma exige que primero, se debe pasar por médico general, y éste, dependiendo de su impresión clínica, es quien deriva para la atención dentro del Programa de Salud Mental, lo cual, genera desacuerdo entre los usuarios.

“...tú tienes que ir a pedir una hora con un médico general y si ese médico te evalúa y (...) te dice te tienes que ir a la psicóloga, tú puedes ir (...) Me pasó una vez po, que yo dije yo quiero hablar con la psicóloga (...) al final el médico me dijo que no era necesario...” (14-UI). Y luego profundiza: *“...en ese momento en que yo fui a pedir la hora (...) sinceramente, fue como ¿quién eres tú para decirme qué es lo que yo necesito? Después dije, no, igual, se supone que él es el profesional...pero ¿por qué tengo que pasar por muchas, muchas personas, preguntar o contar mi caso o decir lo que yo sentía a muchas personas para ver si es que de verdad necesitaba ir con una psicóloga o de verdad necesitaba terapia?, así...encuentro que no...no está bien. No está bien. A parte que con lo difícil que es conseguir una hora acá...”* (16-UI).

Aquí, es interesante analizar la figura que representa el profesional, con esto de que “él sabe”, lo cual tiene una raíz colonial, asociado a la sabiduría y legitimación del saber experto que es propia de la medicina occidental, concebida como un conocimiento absoluto, pues deviene de las “ciencias exactas”, situación que ocurre tanto en la isla como en otros lugares del planeta. Frente a lo anterior, Zicri Orrellana (en Rozas, 2018) devela la importancia del rol que juega la Psicología Social Comunitaria, la cual debe empezar a problematizar este tipo de categorías coloniales que no corresponden a la filosofía naturalmente latinoamericana. En este caso, polinésica, por lo que sugiere “Una psicología que se sienta en una relación horizontal con el otro, que investiga con los subalternos; que realmente valora la afectividad; una psicología que se distancia de la ciencia y se reencuentra con la sabiduría ancestral de las mujeres y la tierra” (p. 106), y que va en línea con los principios de la Interculturalidad (Reconocimiento de la diversidad, respeto a las diferencias, enriquecimiento mutuo y las relaciones equitativas), como es el caso de las Papa Ra’au.

6.1.3.2 Tratamiento occidental: Psicoterapia, Farmacología y Consultas psiquiátricas

El tratamiento de SM al interior del Hospital, contempla un plan de intervención que depende de la procedencia del usuario. Si es derivado de Tribunal, accede a talleres grupales (Habilidades Parentales- Control de Impulsos- Consumo Problemático y, según el caso, es derivado a tratamiento farmacológico con psiquiatra) y en casos excepcionales acceden a prestaciones individuales. Por otro lado, si es una consulta espontánea, se considera como

voluntario, por lo que accede a prestaciones individuales que se definen como clínicas-comunitarias (3-TV) que comprenden la psicoterapia individual, atenciones en dupla psicosocial (24-TV) y visitas domiciliarias sólo cuando es posible realizarlas por tiempo (32-TV; 447-TIII).

Desde la visión de los usuarios, se pone el énfasis en que, un buen tratamiento debiera considerar la resolutiveidad de la atención en Salud Mental: “...*encuentro que aquí se debiese ayudar más a las personas (...) no es como ah ya no puedo, ya, te mando a otro lugar. Y eso pasa yo creo que con todas las familias de la isla. O con toda la comunidad en general, porque desde la gente más adulta, hasta los niños todos pueden tener (...) necesidades...*” (98-UI). Mientras que, los técnicos, insisten en que no es posible la resolutiveidad de la atención, debido al bajo nivel de especialización del mismo Hospital Hanga Roa, en este caso, en materia de Salud Mental (68-TI; 22-TII; 52 y 463-TIII), lo que termina, en ocasiones en la derivación de pacientes desde la isla al continente chileno.

Respecto del punto anterior, surge el temido desarraigo, idea que se basa en la percepción que tienen los usuarios de que, dado que en la isla no existe un sistema más resolutivo y pertinente, esto obliga (o condiciona) a los pacientes a emigrar de la isla, por tratarse de una zona aislada, sin redes de derivación próximas, y porque los profesionales no se encuentran capacitados para ese nivel de especialización (que no es exigido dado el tipo de Hospital). Así, muchos de los casos terminan siendo derivados a la Región Metropolitana, lo que sistemáticamente, va impactando no sólo en el bienestar de la persona, si no, también en su entorno y redes de acompañamiento.

“...*encuentro que no es la manera adecuada de poder tratar a alguien porque no...que te saquen de tu lugar para ir a recuperarte...y sobre todo a nosotros que nos gusta, o sea que disfrutamos nuestro lugar, encuentro que aquí debiese haber más, más ayuda. Más ayuda en general. No sólo del hospital...*” (102-UI).

“... ¿Por qué no lo tratamos acá y traemos profesionales? Se hace lo mismo (pero) acá. Se hace un gasto, pero enorme al llevar un niño de aquí pa allá o la familia no lo puede ir a ver, muchas cosas. No... es un problema muy grave...” (14-UII).

“(basta)...con solo ir a ver (...) el Aguilucho o en el Salvador a donde llevan la gente de aquí, pero por favor, viven en una miseria. La última vez...mi papá se murió por eso. Negligencia del Hospital X (refiriéndose a un Hospital de la red) ...” (81-UII).

“...yo tengo amigos que se han enfermado, y la mayoría se tiene que ir de acá porque aquí no hay como un buen grupo que los asesore, o que los tome, o como que los ayude. No, todos se van, se van, se van. Vuelven acá, vuelven acá y vienen a lo mismo, y aquí lo único que se decide es trasladarlo porque aquí no hay las herramientas para poder ayudar a las personas...” (32-UI).

En relación a la utilización de medicamentos como parte del tratamiento integral entregado por el equipo de Salud Mental, los usuarios rechazan los medicamentos provenientes de la Medicina Occidental (48-UIII; 46-UIII; 24-UII; 48-UIV; 51-UV) argumentando incluso, los efectos secundarios de su consumo (67-UVI; 22-UII): *“...Los medicamentos que le dan aquí no es...no es tan efectivo” (20-UII).*

Son críticos al hablar del negocio de las farmacéuticas que comercializan los medicamentos que se dan para la estabilización de la Salud en todos sus formatos, no sólo para el caso de la Salud Mental, también de los medicamentos como paracetamol, ibuprofeno, etc. (75-UVI).

“...todos sabemos que las farmacéuticas pucha, tienen un desarrollo (...) donde se basan en propagandas, y todo el tema, y en el fondo sutilmente a la población le dicen oye tómate una aspirina no sé...hoy en día la gente no sé, es un tema del Hospital po, si en el fondo cuando tenía un dolor de cabeza o tenía una molestia, ¿pa qué va al Hospital, si en el Hospital te van a ofrecer ibuprofeno o los remedios conocidos? (...) yo incluso le decía un comentario a un médico, le decía -Oye, ¿por qué no colocan mejor un surtidor? (61-UVI).

Aunque pareciera ser paradójico a la idea anterior, la mayoría de los entrevistados ha probado algún medicamento de Salud Mental, o mantienen el tratamiento farmacológico, aunque advierten que no es lo más adecuado, debiendo ser usado como último recurso. Esta contradicción, podría explicarse entendiendo que el tratamiento dominante sigue siendo el tratamiento farmacológico acompañado de la psicoterapia individual.

“...primero, ojalá medicina natural, ojalá. En todo ámbito, ya sea porque fuiste al doctor general y te vio no sé qué cuestión, a menos que de verdad te lo diagnostique que tú necesitas tal remedio, vale, pero si no, prueba medicina natural primero, porque uno llega y se droga, se droga, se droga y estamos todos acostumbrados a drogarnos, con uno u otro tapsin, paracetamol, ibuprofeno, (...) entonces, si siempre vemos como primera opción, fármacos, psiquiatras, psicólogos, al final vemos como la medicina natural como que es una basura, y no po, por ahí se parte...” (48-UIV).

Respecto a los métodos de prevención, las prácticas curativas y los medicamentos tradicionales, Citarella (2009) releva el valor del respeto y la tolerancia como aspectos constitutivos del quehacer de los trabajadores en salud (p. 63), que facilite una aproximación epistemológica distinta hacia la comprensión de las prácticas de la medicina indígena.

Lo anterior, es muy concordante con lo que Terry Mitchell ha estudiado en pueblos indígenas en Canadá, que concentra un poco más del 4% de población aborigen, donde en las últimas décadas ha habido un fuerte trabajo de parte del Estado hacia el reconocimiento de los derechos históricamente despojados que vivieron los pueblos nativos del país. Para la autora:

“cambiar el enfoque y el diálogo sobre la salud mental indígena de lo individual a lo colectivo, y de lo personal a lo político, requiere el desarrollo de caminos políticos para la curación [...] Cuestiones de racismo sistémico, políticas de asimilación, la lucha por la tierra y los recursos, genocidio cultural y trauma colonial son raramente

identificados dentro de la cultura dominante como factores explicativos en relación con la crisis de salud indígena contemporánea” (Mitchell, 2016, p.145)⁷⁹.

En efecto, el Estado canadiense, ha ido en la búsqueda de servicios óptimos para los pueblos indígenas, teniendo una comprensión holística, integral y de incorporación de elementos histórico-culturales en sus Políticas Públicas, que trasciende la psicoterapia individual. De esta manera, problemas como las adicciones, alcoholismo, violencia, ansiedad y depresión son problematizadas desde una mirada política que permite ver a los pacientes como personas que durante siglos, sus antepasados, vivieron luchas de colonización por el territorio, y en la actualidad, no viven si no un proceso de colonización de acuerdo a los tiempos actuales, es decir, a través de la deslegitimación de sus propios modos de vida, cosmovisión, lengua y modos de autosanación, que quedan relegados por la ciencia dominante.

Para Mitchell, Arseneau y Thomas (2019), el Trauma Colonial, es un determinante político clave de la salud que sirve como factor explicativo de las inequidades en salud soportado por los pueblos indígenas. De esta manera, el colonialismo en sí mismo debe abordarse y tomarse en la sociedad en su conjunto y en los servicios de salud mental. No identificar la fuerza traumática actual de las formas contemporáneas de colonialismo perpetúa la patogenicidad de los pueblos y comunidades indígenas (Maxwell, 2014) mientras que no aborda la enfermedad del colonialismo que inflige "atroces heridas en la población indígena que ellos [colonizadores] se propusieron civilizar" (Henderson & Wakeham, 2009, p. 11, en Mitchell et al., 2019, p. 86).

Es así como, según los autores, se vuelve necesario modificar considerablemente los determinantes sociales de la salud para incluir dimensiones políticas. A modo de ejemplo, aluden a la implementación de políticas gubernamentales, legislación ambiental y extractivismo, como elementos fundamentales para proteger y mejorar el estado de salud de las poblaciones indígenas (Mitchell et al., 2019, p. 86).

⁷⁹ Traducción propia.

Canadá, ha apostado por una estrategia gubernamental relativa a los determinantes sociales, que intenta mejorar la infraestructura social, fortalecer las oportunidades y condiciones socioeconómicas de la clase media, promover un crecimiento inclusivo, y reducir la pobreza y las desigualdades. Asimismo, el Estado canadiense reconoce una mayor preocupación hacia estos determinantes en cuanto a la necesidad de mejorar las condiciones sociales y de salud en las que viven los pueblos indígenas (https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page_t_es=informes%20de%20pais/canada&lang=es).

A partir de lo anterior, se desprende que el trabajo en Salud Mental, debiera trascender a la labor puramente clínica, biomédica y psicoterapéutica, añadiendo elementos para el abordaje y profundización de aspectos políticos e históricos que han influido y a veces determinado la vida de las personas indígenas que terminan siendo las más afectadas en salud.

Lo anterior, inevitablemente, nos cuestiona el concepto de vínculo terapéutico utilizado principalmente en Psicología Clínica, pero también en las Ciencias Sociales. Entender que las formas de vinculación que desarrollan las personas Rapa Nui son distintas a las de otros pueblos indígenas (y no indígenas), es un componente relevante para el desarrollo de estrategias de acción pertinentes. Entender que el lenguaje, las expresiones culturales y las formas de relacionarse que tienen las y los Rapa Nui son parte de una cosmovisión particular, no sólo le permitirá al profesional una mayor validación dentro de la comunidad, sino, además, favorecerá lazos de confianza que son necesarios para el establecimiento de acuerdos y propósitos en cualquier Programa de Proximidad Comunitaria.

Desafortunadamente, desde el modelo Biomédico, el vínculo está reducido a dirigir, llevar o tutelar. Mientras que el Acompañamiento Psicosocial, comprendido desde la Psicología Comunitaria, reconoce al usuario del programa como un protagonista de su propio proceso. De esta forma, “el acompañamiento es una forma de entender la relación entre profesional y persona atendida, en una relación horizontal, donde el profesional se sitúa en una posición de ayuda, orientación, apoyo y no de control” (Raya & Caparrós, 2014, en Arriagada, 2018). Entonces, el rol principal del profesional del acompañamiento (que pueden ser psicólogos, trabajadores sociales u otros afines) consiste en “favorecer la capacidad reflexiva de la persona y/o grupo respecto de sí misma, sus vinculaciones y sus posibilidades

de transformación para mejorar sus condiciones de vida, promoviendo la capacidad de acción, cambio y vinculación comunitaria” (Arriagada, P., en Martínez et al., 2018, p. 110). Pero antes de lograr aquello, es necesario identificar cómo se vincula la persona en su propio medio, con su entorno, familia y comunidad.

Al respecto, la autora nos recuerda que todo acompañamiento, conlleva un encuadre, con normas y límites predefinidos desde el comienzo del acompañamiento, lo que finalmente, enmarca el vínculo entre el profesional y el participante (y/o su familia). En efecto, la generación de un vínculo entre los profesionales y la persona, corresponde a un aspecto central en el desarrollo del acompañamiento, ya que, es la base donde se co-construye la relación de apoyo, ayuda y colaboración orientada a promover el proceso de cambio del destinatario del Programa (Arriagada, en Martínez, 2018).

Se observa entonces, que para el caso del PSM, aún existe la prevalencia en el establecimiento del vínculo terapéutico derivado de la Psicología Clínica, más asociado al control de la terapia que al acompañamiento psicosocial, lo que, va dificultando la confianza y por tanto, la mantención de la adherencia de las personas.

6.1.4 Papa Ra’au: Medicina Rapa Nui

Este ítem se refiere a la utilización de la medicina natural o tradicional Rapa Nui (Papa Ra’au) y sus prácticas al interior del Hospital Hanga Roa. Con medicina natural o tradicional Rapa Nui, se hace referencia a prácticas culturales que solían tener los ancestros, con la incorporación de plantas, hierbas medicinales (49-UVI; 54-UII) y masajes (o tauromi) (62-UIII) y que hoy en día, son roles que ocupan principalmente, personas mayores. Para el caso del Hospital, son 8 mujeres quienes ejercen como Papa Ra’au.

La historia de cómo nace Papa Ra’au en el Hospital Hanga Roa, data de abril del 2007, momento en que se constituyó una mesa intercultural de salud denominada “Papa Ra’au”. Ello fue posible fruto del esfuerzo de un grupo de mujeres dedicadas a recuperar y desarrollar los conocimientos tradicionales de medicina Rapa Nui. Ese mismo año, a partir del 23 de noviembre, esta agrupación comienza a trabajar dentro del Hospital Hanga Roa, cuyo principal objetivo consiste en promover el uso de hierbas medicinales para aliviar y tratar malestares por medio de terapias complementarias tales como baños medicinales,

tauromi (masajes), haka ora varua (armonización), entre otras. Por otro lado, pretenden activar las redes intersectoriales de participación y fomento de la tradición Rapa Nui, incorporando también medicinas alternativas reconocidas a nivel mundial (Secretaría Técnica de Patrimonio Rapa Nui, s.f).

Esta labor fue financiada de forma compartida entre el Hospital Hanga Roa, el aporte de instituciones locales (como la Municipalidad de Isla de Pascua y la sede provincial de CONADI) y el Programa Especial de Salud y Pueblos indígenas (PESPI) del Ministerio de Salud (Secretaría Técnica de Patrimonio Rapa Nui, s.f).

Aquí, se debe considerar que, diagnóstico y tratamiento son un continuo que se van retroalimentando mutuamente, por lo que no se trata exclusivamente de un tratamiento o diagnóstico, ni tampoco se hace la diferencia de la atención especializada (como sí se realiza en los servicios de salud mental, que segmentan a la persona según su “complejidad”) ya que, el paradigma que hay detrás es que la persona no se fragmenta ni se desintegra. Por último, se parte del principio de *creer* en la persona, sin poner en duda su relato.

“...Por ejemplo, si yo hago mi estadística y pongo “trastorno del ánimo” y yo no lo puse porque yo lo puse, porque el me’e (la cosa) lo dijo el paciente. (Luego, le señalan desde la administración del Hospital) “Cuidado, no te metai con cosas clínicas porque tú no eres psiquiatra”. Entonces le pongo en Rapa Nui “Ko mamae o te kohane o te vi’e nei” “Ah, pero haz la traducción”. O sea por todo me hueveai, no hueí. ¿Tengo que inventar cosas físicas solamente? No poh. El paciente me dice “tengo un trastorno del ánimo” - ¿Por qué? (le pregunta la Papa Ra’au) “Porque tengo angustia” - ¿Por qué? (le pregunta nuevamente) “Porque tomé malas decisiones” - ¿Y por qué crees que tomaste malas decisiones? (le pregunta) “Porque me fui pa otro lado, terminé arrendando con seis, para abaratar costo, y se fueron los seis, o me echaron los seis, y terminamos peleados”(…)¿Me entendí? Entonces yo no lo puse porque yo lo quise hacer. Yo parto del respeto de que mi paciente me dice su pensamiento...” (Papa Ra’au, 179-TVII).

Según los usuarios, la utilización de la Medicina Rapa Nui, aunque es de suma importancia, concuerdan en que no ha sido legitimada institucionalmente ni por el Hospital Hanga Roa ni por otras autoridades políticas, y al parecer, muy poco por las mismas personas (62-UIII; 64-UIII; 57-UVI). Una de las usuarias, hace referencia a que las Papa Ra’au, trabajan en un espacio físico que las aísla del resto del Hospital, no son visibles a primera

vista y, además, trabajan al interior de un box de atención como cualquier otro: “...*En salud, por ejemplo, lo que a mí más me da pena, es lo de la medicina Rapa Nui. Porqué. Primero que nada, porque pareciera que es un baño atrás. O sea, eso debería estar adelante, adelante, para que tú sepas que esa es tu primera opción...*” (70-UIV).

Y lo anterior, probablemente tiene relación con la idea de que sus conocimientos tradicionales y aptitudes no son necesariamente valorizadas (Manual para el Convenio 169, OIT, p.5) por el sistema hegemónico imperante.

Profundizando en las causas por las que no se legitima, indican“...*la gente ya dejó de empezar a usar el tema ancestral (...) Yo rescato el tema de mi abuela que ocupaba la higuierilla (...) para los males del ojo (...) pero yo no sabía lo de las hojas de guayaba para el sueño, entonces lo que podemos decir es que hay mucha desinformación social hoy en día (...) considero que son súper pocos, contados con los dedos que podemos hablar que sepan algo de salud o remedios ancestrales, entonces, mayormente hoy, para la gente es más fácil ir a la farmacia, ir al Hospital, pedir un ibuprofeno, pedir algo para el dolor...*” (77-UVI).

Desde la mirada integral de una Papa Ra’au, la gente no valida la medicina Rapa Nui como antes porque, se trataría de generaciones que se han criado con otras formas de solución a sus problemas, propias de la era moderna, lo que es posible observar en esta conversación:

55-E: *¿Y creen que ha bajado la fe en la medicina tradicional?*

56-UIV: *100%, o sea todo el mundo ha bajado la fe, o sea el Mana ya se fue escondido por ahí.*

57-TVII: *Depende, depende. La generación que cree que estamos en la vida moderna, y que parece enfermarse, y médico e inyección, es porque nació con eso, no se le puede criticar. Es como decirte, los niños chicos nacen sabiendo manejar un i-phone y yo todavía no cacho cómo mandar un (mensaje por) celular, ¿por qué? Porque ellos son nativos, y los nativos nacen con esa cultura.*

Por último, Citarella (2009) enfatiza en que no sólo se debe aceptar el uso de terapias indígenas, sino, además, convencerse de sus valores y la legitimidad intrínseca de sus saberes y prácticas, lo que supone una labor reflexiva, gradual y progresiva que conduzca a una ruptura epistemológica del paradigma médico occidental, es decir, del modelo médico

hegemónico (Citarella, 2009, p. 63), lo cual debiera darse tanto a nivel de las autoridades políticas e institucionales, como también desde los mismos usuarios, familiares y comunidad.

6.1.5 Diálogo entre la Medicina Occidental y la Medicina Tradicional Rapa Nui

En esta sección, se observa que el diálogo entre Papa Ra'au y la Medicina occidental es bastante acotado, sin embargo, desde el PSM existiría una intencionalidad en abrir este canal. Pese a ello, y hasta el momento, la medicina occidental sigue siendo la protagonista.

Un aspecto interesante, es que entre los años 2012-2015, momento en que el equipo de Salud Mental, estaba compuesto en gran medida por profesionales de la etnia Rapa Nui, sí se le daba mayor relevancia al trabajo que realizaban las Papa Ra'au: *“... en algún momento, en la práctica del Programa hemos trabajado muy de la mano con las Papa Ra'au, o sea, desde Salud Mental para mí y mi antigua colega (profesional de la etnia se refiere a su colega también de la etnia Rapa Nui) era importante que si la persona no estaba vinculada al (PSM) o no quería un tratamiento farmacológico, se derivaban y se ofrecían estas prestaciones de las Papa Ra'au que fuese no sé, flores de Bach, baños de terapia, masajes... y se consideraban dentro de las posibles (...) formas de intervenir...”* (265-TIII).

Aunque esta idea, se basa en la derivación de usuarios, más que en el trabajo en conjunto, lo que, de alguna manera, pone en conflicto el diálogo entre ambas, pues se mantiene el paradigma de la derivación entre o hacia especialidades, fragmentando la atención de la persona. Al respecto, cuando al equipo de SM se les pregunta si las Papa Ra'au son parte del equipo de SM, la respuesta es que *“No, no tienen horas exclusivas de Salud Mental (...) es como un Programa que funciona dentro del Hospital Hanga Roa, pero nosotros como área de atención de Salud Mental no tenemos horas propias de una persona que trabaje con un Enfoque Intercultural propiamente tal en el Programa...”* (259 y 261-TIII).

A propósito de lo anterior, desde las Papa Ra'au está la percepción de que su trabajo no está legitimado desde el mismo PSM:

“... (El Programa de) *Salud Mental nos utiliza. Salud mental nos usa en qué sentido: Por ejemplo, esta es una experiencia. Llegó el psiquiatra, y el X (paciente diagnosticado con Esquizofrenia) no estaba (...) pero el psiquiatra llegó, y yo lo vi personalmente, a un local, localizó al (X) y le dice, “(X) vamos al hospital porque tienes que controlarte” Y el (X) le dice “Espérate que estoy comprando mis cigarros”. Y le toma la mano, le tironea, y el (X) reacciona y pum. Un combo en el ojo al psiquiatra. Pacos, el (X) al Hospital., Y el (X) viene hediondo. –“Ya (TVII), báñate al (X)” - “Ningún problema. Tráeme ropa, toalla, shampoo”- “Ah sí, sácale los bigotes, sácale el pelo”. -Ok, tráeme todo eso. Ahí está la tina, está el agua y que se bañe. Y con carabineros dentro, y yo no atiendo con carabineros. O sea, ¿(soy) la persona para que se bañe, la peluquera, la barbera? No po, no está bien...” (Papa Ra’au, 76-TVII).*

Así, para esta Papa Ra’au, su trabajo termina siendo reducido a una folclorización y por tanto una deslegitimación hacia su trabajo, lo que, además, según Gavilán et al., significa la incorporación a un sistema económico diferente del tradicional, lo que va generando complejos procesos individuales, y diferencias económicas frente al resto de los miembros de la comunidad (Gavilán et al., 2009).

En síntesis, encontramos una brecha entre el PSM y las Papa Ra’au, donde la deslegitimación del trabajo de las últimas tiene relación con la dominación de la medicina biomédica y occidental, por lo que la capacitación en esta materia, en equipos que ejercen la biomedicina, se vuelve un componente esencial a la hora de ejercer labores en los servicios de salud.

A propósito de lo anterior, en el 2006, se publica una investigación sobre el “Estado del arte del conocimiento sobre la salud de los pueblos indígenas de América: Salud mental de los pueblos indígenas”, que tenía como objetivo realizar una revisión de la literatura indexada internacional y nacional⁸⁰, con el propósito de examinar y evaluar la investigación que se ha llevado a cabo para abordar la Salud Mental de los pueblos indígenas de América, lo que se realizó durante *la década de los pueblos indígenas*⁸¹ entre el periodo de 1995 al año

⁸⁰ Sus entidades ejecutoras fueron: la Universidad de Antioquía, la Facultad nacional de Salud Pública, el Área de comportamiento humano y Salud, el Grupo de investigación en Salud Mental y la Organización indígena de Antioquía. Todas, de la República de Colombia.

⁸¹ Ver pie de página número 43.

2005⁸² (Restrepo & Orduz, 2006, p. 19). Si bien, se habían realizado investigaciones similares en países americanos, especialmente en Estados Unidos, este documento, en particular, realizó un componente esencial; los escasos estudios del estado del arte en relación a la Salud Mental de los Pueblos Indígenas de América⁸³, hecho que favoreció la sistematización de investigaciones ejecutadas hasta esa fecha. En este sentido, el documento aclara que levanta información en base a estudios realizados, y no necesariamente representan la realidad de cada país. Una de las interesantes conclusiones de la investigación alude que:

“La educación intercultural al personal de salud es vital para poder brindar ayuda a diferentes problemáticas (...) También se ha encontrado mayor éxito en tratamientos tradicionales comparándolo con el tratamiento occidental y existe menor demanda de servicios de salud en comunidades aculturizadas. Hay una necesidad de formar recurso humano capacitado para enfrentar con coherencia cultural la atención de los indígenas” (Restrepo et al., 2006, p.14).

Por otro lado, los autores añaden: “mientras que en occidente se establecen principalmente intervenciones en el comportamiento, el mejoramiento de habilidades, la reducción de síntomas o el aumento de la prevención, los nativos buscan reequilibrar el entorno, restaurar, renacer o transformar su ambiente. Esta reconexión se llama “curación” (Restrepo et al., 2006, p 15). Para ello, refuerzan la idea de reconocer las diferencias epistemológicas de ambos sistemas y que a su vez se distinga las fortalezas de ambas para ir mejorando esas tensiones.

El documento además pone el énfasis en torno a la construcción del concepto de salud mental y el análisis de los fenómenos relacionados, los cuales no están referidos solo a la presencia o ausencia de trastorno mental, como se asume comúnmente, sino que además,

⁸² Este informe contiene entonces el resultado de una búsqueda sistemática para conocer lo que se ha investigado sobre la salud mental, y la diversidad de elementos significativos en este campo para los pueblos indígenas, conservando la visión médica y epidemiológica de los trastornos, de los sistemas de salud y del acceso a los servicios como parte de la problemática psicosocial (Restrepo & Orduz 2006, p.18).

⁸³ La razón para focalizar la atención sobre las poblaciones indígenas de América fue dada por su situación de desigualdad frente a otras poblaciones de la región que al parecer han tenido acceso a otras formas de desarrollo; lo anterior implica unas condiciones diversas para lograr niveles de salud deseables, resultando la hipótesis de peores condiciones de salud y medios insuficientes para mejorarlas (Restrepo et al., 2006, p.16).

debe incorporar como aspecto relevante la inclusión en los estudios de factores influyentes en la conducta humana como lo son los de índole étnico, cultural, demográfico, geográfico, económico y étéreo que caracterizan especialmente a cada pueblo (Restrepo et al., 2006).

Desde una mirada más crítica, Tuhiwai, profesora e investigadora maorí, señala que uno de los proyectos indígenas que representan un desafío en la actualidad, consiste en “Reenmarcar”, concepto que alude a tomar mucho más control sobre la manera en que se discuten y se manejan los asuntos indígenas y los problemas sociales (Tuhiwai, 2016, p. 206). Señala que esto ocurre en contextos en donde los pueblos indígenas se resisten a ser puestos en una caja y a ser etiquetados de acuerdo a categorías que no encajan. Añade que esta es una de las razones por las cuales muchas iniciativas sanitarias a nivel comunitario en Nueva Zelanda se dirigen a toda la comunidad, a su historia y a un contexto más amplio como parte del problema y la solución (p. 207), lo que claramente, exigiría ir a la par con la participación de las comunidades indígenas.

6.1.6 Participación Comunitaria en el PSM

Esta sección, muestra que la participación de la Comunidad en el diseño, planificación, implementación, evaluación y sistematización del PSM, es nulo. Desde el Programa afirman que se ha realizado esfuerzos en citar a la población, por ejemplo, a los talleres de acompañamiento familiar de pacientes agudos crónicos. No obstante, se trataría de estrategias aisladas que no trascienden a la problematización sobre cómo está estructurado el Programa de Salud Mental.

6.1.6.1 Participación en el diseño, la implementación, y evaluación del PSM

Respecto de la participación en Políticas Públicas, los usuarios entrevistados, indican que no han sido convocados en ninguna de las etapas de su desarrollo en materia de Salud Mental. Ni desde el nivel central ni desde el mismo territorio local (desde el Hospital Haga Roa): “... yo creo que no, yo creo que los programas que hay aquí en la isla, desconozco si tiene que ser así o no, pero está todo arreglado, todo pauteado, reglado. Está todo pauteado. No hay una participación del punto de vista de la dinámica del tratamiento del programa que dependa un poco del paciente, o de la persona que va a ser tratada, menos en el caso de los niños...” (69-UV).

En relación a la participación de las personas en los diseños, se indica: “...yo creo que menos, porque son políticas públicas nacionales, ¿ya? Entonces, menos participación hay...” (71-UV), ni en el tratamiento mismo (83-UV) Y, finalmente, tampoco habría participación en la evaluación del PSM (73-UV).

Por otro lado, algunos usuarios han escuchado iniciativas del Hospital para hacerlos participar, pero que no tiene que ver con el PSM directamente, si no con el tema de Salud, asociado con los padecimientos físicos de la persona, refiriéndose al CODESA⁸⁴: “...por lo que he escuchado en la televisión y por las charlas que han invitado a participar del Programa de Salud de los pueblos originarios, pero yo veo que con el tiempo no funciona, nos llaman a la comunidad y la comunidad no va o van muy pocos. ¿Por qué? Pienso que como lo hacen otras personas que no son de acá de la isla, no tiene validez. Si lo hiciéramos nosotros de la etnia, tendría un poco más de convocatoria...” (52-UIII).

Con una mirada más crítica, se establece que muchas veces, estas convocatorias, están enmarcadas desde el funcionamiento del sistema público, que va más allá del tema de Salud y Salud Mental, e influye a todos los programas que provienen de Ministerios y por consecuencia, sus metas: “... porque tienen que cumplir con el trabajo nada más, porque tienen que hacerlo porque es un programa del Ministerio de Salud, y sin eso no pueden avanzar con las metas, sino pasa lo mismo que acá en Educación...” (56-UIII).

De esta manera, cuando sienten que no han sido considerados para conocer su opinión sobre el proceso de las Políticas Públicas, son críticos al manifestar que, al menos, los diseños, no están pensados para la realidad Rapa Nui: “...Las políticas públicas nos imponen a nosotros a ser de una manera, a entrar a un boceto no diseñado desde nuestra cosmovisión...” (17-TVII). Aquí, la Papa Ra’au, reflexiona y comenta que, en ocasiones, las personas Rapa Nui quedan tachadas como racistas, “cuando en realidad la lucha es contra el Estado y sus Políticas”, y no las personas como individuos. Y que estos diseños, diagnósticos y tratamientos, podrían construirse desde la misma isla (42-UIII, 91-UII), con voluntades

⁸⁴ Consejo De Desarrollo de Salud.

políticas a nivel local para generar o liderar estas propuestas, por ejemplo, en materia de no incentivar el uso de fármacos (59-UVI).

Por su parte, el equipo indica que se ha hecho intentos de convocatoria en al menos un grupo específico, los familiares de pacientes con trastorno psiquiátrico severo, como se aprecia en la cita a continuación:

175-TIII: *Yo creo que no existe fijaté. No existe una participación, así como concertada de personas que voluntariamente vienen a contarnos o que nosotros los hayamos como convocado a que hagan de cero o planificar un programa de Salud Mental participativo comunitario.*

176-TIV: *Sí se dio la oportunidad (...) orientado a los familiares de los pacientes con trastorno psiquiátrico severo se hicieron hartos esfuerzos de convocatoria e incluso diseñado por los mismos integrantes de ese grupo, que ellos dieran ideas de cómo era mejor convocar a sus propios pares para aportar en esto de lo que tú dices, pensando en prestaciones que faltan para atención secundaria y no, no hubo interés en participación cuando llegó el momento de los quihubo.*

177-TIII: *No hubo quórum*

178-TIV: *No hubo quórum. O sea, cuando, en el pre... o sea del juntarse ya ok, pero ya cuando llegó el día como clave como de ahora hay que juntarse y organizarse y decir lo que quieren, no hubo interés y ¿por qué? porque la impresión que a mí me queda es que el interés aparece en el momento de la crisis, pero cuando están las cosas en calma, se pierde un poco el valor de la participación por las mismas personas.*

Desafortunadamente, esta participación, tampoco considera factores estructurales propios de pueblos indígenas caracterizados por una historia de represión, vulneraciones y despojos a los que han sido expuestos durante siglos. El peligro de no considerar estos elementos, radica en que, cuando se habla de participación en Políticas Públicas, se asume que la responsabilidad en la movilización, motivación e interés de los usuarios del Programa de Salud Mental, tiene relación con el carácter intrínseco de las personas por involucrarse en políticas, que por lo demás, están alejadas de su cosmovisión y realidad. De esta manera la participación ciudadana queda asociada a un componente volitivo individualizante (algo parecido a “es culpa de las personas si quieren o no participar, porque la convocatoria se hizo”).

En esta discusión, Verónica Figueroa añade que, si bien los pueblos indígenas han adquirido un mayor protagonismo en la vida política de los Estados, esto no ha significado una mayor participación en la toma de decisiones efectiva (Figueroa, V., 2014, p.33).

6.1.7 ¿Hay Pertinencia Cultural en el PSM?

6.1.7.1 Percepción de los técnicos

En esta parte, hay opiniones divididas. Mientras algunos, afirman que no hay pertinencia cultural en los diseños de Políticas Públicas, otros indican que el problema no es el diseño en sí mismo, si no en la incoherencia entre los diseños y lo que se mide a través de las metas.

“...Es que yo creo que no está mirada la Salud Mental con...no está pensada con un tema de Pertinencia Cultural específica para ningún grupo. Yo creo que, para ningún grupo específico étnico, o de minorías, no está pensada la Política de Salud Mental. Yo creo que está pensada en los grandes números ¿Por qué? Porque las estrategias de salud hablan de qué cosa: de disminuir la mortalidad por suicidio, de mejorar las coberturas, pero no hablan de adaptar los lineamientos y las Políticas a... un poco el pensamiento o la estructura de los grupos étnicos, la Pertinencia Cultural, o verla en conjunto como un tema de salud mental comunitaria, como de la comunidad salgan las estrategias para mejorar su propia salud mental. No están hechas así las Políticas...” (106-TII).

En efecto, las políticas de homogeneización representan un planteamiento discriminatorio, que corresponden a intereses de segmentos conservadores de la sociedad. Entonces, cuando se habla de desarrollar la comunidad, no cabe fortalecerla para construir de ella un símil de lo deseable dentro de la sociedad sino, por el contrario, para apoyar su configuración propia, de manera que surjan sus diferencias y particularidades (Rozas, 2018, p. 81), lo que, pareciera ser una amenaza hacia las políticas del Estado más que una riqueza.

Este técnico, si bien, reconoce avances en la incorporación de la Comunidad en las Políticas Públicas, indica que todavía sigue siendo un desafío en materia de Salud Mental:

“...yo creo que desde otros ámbitos se ha apuntado más a incorporar a la comunidad respecto de su propia salud. Pero no específicamente de la salud mental...” (110-TII).

Por otro lado, otros técnicos entienden la pertinencia como la aplicabilidad de los diseños de las Políticas Públicas en su implementación, lo cual es referido como complejo, ya que, si bien, el diseño, permite cierta flexibilidad, las metas no están orientadas a particularidades del territorio, sino más bien, están centradas en temas asistenciales, y finalmente son evaluados por el cumplimiento de metas, y no por la adecuación de los diseños a las necesidades de un territorio específico (449-TIV).

“...la Pertinencia tiene que ver con el nivel de aplicabilidad que estas Políticas puedan tener en un territorio. Y yo creo que las hacen de manera súper, o sea, bastante amplia para que cada equipo pueda diseñar según las necesidades. Esto, a nivel de Política Pública. ¿Ya? Ahora, lo otro es, por lo cual a ti te miden y lo que te miden es súper específico y no está mucho en coherencia con este Enfoque de trabajo comunitario...” (458-TIII) o de pertinencia cultural.

Otro factor que analiza el equipo es que la pertinencia de un PSM entra en tensión al momento en que el diseño sugiere y los recursos disponibles son acotados: *“...(a) mucha de esa información no se le da la importancia a nivel de Política Pública, por ejemplo, el tema de la participación social (...) les importa el generar participación comunitaria, pero a la hora de otorgar tiempo de los profesionales, espacios, recursos, movilización, horas de planificación, eso como que no se considera para nada ...”* (156-TIII).

Por su parte, la Papa Ra’au, indica que uno de los grandes problemas en Rapa Nui, es el asistencialismo proveniente de las Políticas Públicas en su sentido más amplio, no sólo de Salud Mental, pues partirían de la base del déficit y que las personas no pueden por sí mismas autogestionar sus propios recursos (25-TVII). Según su visión: *“...Las políticas públicas implementadas actualmente, no tienen ninguna pertinencia cultural...”* (21-TVII) y agrega: *“...somos Papa ra’au los que le damos la pertinencia. Yo le doy la pertinencia. Los que*

*trabajamos en medicina natural, le damos pertinencia (...) darle Matu'a Pua'a*⁸⁵, *es pertinencia. Analizarlo desde la cultura Rapa Nui, verlo cómo lo haríamos nosotros como Rapa Nui, es pertinencia; pero el Hospital darle pertinencia a salud mental como tal, no lo da...*" (112-TVII). Para ella, una clave para darle pertinencia cultural al PSM es entender cómo funciona la cultura Rapa Nui (118-TVII).

6.1.7.2 Percepción de los/as usuarios/as

Por su parte, los usuarios asocian la idea de Pertinencia Cultural con la adecuación del Programa de Salud Mental a las necesidades de la cultura Rapa Nui, ante lo cual, piensan que no hay Pertinencia.

"...Es nulo. Pa mí, cero. Porque no he visto ni una solución con todos los problemas que hay aquí, con los problemáticos que hay aquí, con los niños, no he visto ni un avance en nada..." (34-UII).

"...No, cuando les conviene sale pertinencia, pero no. Cuando llega un ministro o ministra o una autoridad ahí está todos bonitos para la pertinencia, pero durante el año no, nada..." (72-UIII).

"...Es que no es en comunidad al final con nosotros, porque no tenemos los mismos intereses. Porque tampoco aterrizan la realidad de los Rapa Nui al papel, que no es la misma que en el continente..." (22-UIV).

"...Yo estoy viendo que hay una desvalorización, ya lo sea como interculturalidad, de parte de la etnia, de los pueblos originarios, del convenio 169, no...La gente ya está cansada, que sean como conejillos de India para todo este programa que no funciona y no solamente en salud, también educación, social, etc..." (78-UIII).

⁸⁵ Planta natural de Rapa Nui que, combinada con otras hierbas, puede ser utilizada en la reparación de fracturas o utilizada como antídoto. También alivia quemaduras, dolores de huesos, esguinces y contusiones.

“... (los psicólogos que trabajan en la isla) *tienen muchos conocimientos psicológicos, pero no conocimiento indígena, y no conocimiento cultural de un pueblo, entonces hacen el trabajo muy bien desde el punto de vista psicológico, pero no bien desde el punto de vista de la conexión con el pueblo...*” (99-UV).

Una descripción de pertinencia cultural: “...*donde demuestro todo lo que sea ancestral, el Mana⁸⁶, el respeto, el kainga, te hua´ai, la familia, todos los umu, eso para mí es pertinencia, que lo que tengo, lo debo transmitir...*” (70-UIII), lo que pone énfasis en que la Pertinencia cultural tiene que ver con la idea de la comprensión, diálogo, validación y respeto por la cosmovisión de una cultura donde el poder entre culturas debiera transitar, en lugar de que quedar inamovible dentro de una cultura dominante.

Por otro lado, apoyan la existencia de un PSM (97-UVI), pero con mayor nivel de resolutiveidad (32-UI) y ajustado a sus propias necesidades (68-UI; 63-UII; 70-UIII; 136-UIV; 49-UV). Sin embargo, en esta parte cabe problematizar la capacidad de autogestión de los servicios de salud y salud mental en la isla, los que, a diferencia de lo que ocurre con otros pueblos indígenas como en Perú, Bolivia, México, y para el caso de Chile, algunas experiencias de interculturalidad como el Hospital de Makewe, en Rapa Nui esta realidad es bastante distinta, puesto que, en gran parte, el sistema institucional mantiene su proceso de colonialismo a través de sus políticas y programas, de manera que todo lo que funciona en el territorio insular en materia judicial, educacional, de salud etc., son copias idénticas a lo que ocurre en el resto del país. Para el caso concreto de Salud, a la actualidad, no existen programas autogestionados desde la comunidad Rapa Nui.

6.1.7.3 ¿Cómo te imaginas un Programa de Salud Mental ideal para Rapa Nui?

Se menciona la necesidad de aumentar la cantidad de profesionales que trabajan en Salud Mental en la isla (52-UII) y que sean provenientes de la misma etnia Rapa Nui: “...*que más Rapa Nui se integren a eso, y que la comunidad entienda y se eduque, en cuanto a lo que yo te decía, que no tengan miedo de ir al psicólogo, que no tengan miedo del psiquiatra, que no tengan miedo de que uno quiera pedir ayuda...*” (60-UI), aludiendo también, a la responsabilidad social compartida con la comunidad.

⁸⁶ Poder, energía.

Se enfatiza la importancia de que los profesionales de SM generen intervenciones basadas, primeramente, en el reconocimiento, legitimación, respeto y comprensión sobre la cultural local: “... (que el profesional) *esté sincronizado con el Rapa Nui, en todo ámbito, así mismo, en simples palabras. Ya sea, cómo lo siente el Rapa Nui, por qué lo sintió así, en qué momento, en qué lugar, por qué, con quién, y con quién se está tratando...*” (136-UIV).

Lo anterior, viene de la mano con los principios de la interculturalidad según los mexicanos, Almaguer, Vargas & García (2014), para quienes la interculturalidad “se refiere a la interacción entre culturas, de una forma respetuosa, horizontal y sinérgica, donde se concibe que ningún grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia de ambas partes” (p. 17).

Por último, manifiestan que la cultura Rapa Nui tendría ciertas particularidades relacionadas con el conocimiento ancestral que viene de muchas generaciones atrás, y el Mana, lo que debe guiar cualquier tipo de intervención: “...*Tenemos un conocimiento muy grande, nosotros mismos de salud, que más que el proyecto, más que un programa, vuelvo a usar la palabra de valorización, nosotros, los mismos doctores que hay, que son de Rapa Nui, que fueron a estudiar está bien, pero ellos tienen que rescatar esto, la valorización de la medicina Tupuna y no ponerlo como un programa, demostrarle a los niños, empezar a transmitirlo, eso es lo que tenemos que hacer...*” (74-UIII).

En efecto, la idea anterior estaría asociada a la movilización de recursos de la propia persona y comunidad, dejando de institucionalizar o patrimonializar prácticas que son propias de una cultura no institucional: “...*significa que dentro de cada uno de nosotros como Rapa Nui, tenemos creatividad, tenemos conocimiento, sabiduría...*” (36-TVII), asociado a la capacidad de autogestión.

Finalmente, se hace referencia a la importancia de abrir un canal entre la medicina occidental clásica y la medicina tradicional Rapa Nui, las Papa Ra’au “... *para salud mental les hace bien la medicina Rapa Nui, le hace bien el masaje, le hace bien los baños medicinales, le hace bien ser oído...*” (177-TVII).

Capítulo 7: Reflexiones Finales

Hasta aquí, hemos revisado distintas aristas problemáticas de los diseños y la implementación en materia de Salud (Mental) que iremos concluyendo en este capítulo.

En cuanto al Enfoque de Interculturalidad, se reconoce que, en las últimas décadas, existe una intencionalidad y una aproximación de parte del Estado chileno en incorporar el concepto en sus políticas sanitarias. El problema de ello radica en que este acercamiento no es suficiente cuando la comprensión del fenómeno pareciera obviar elementos que son propios de la interculturalidad como: el reconocimiento de la diversidad; el respeto a las diferencias; las relaciones equitativas y el enriquecimiento mutuo.

En efecto, una de las fortalezas de este enfoque, propone que, ante la formulación de diseños homogéneos (propios de cualquier Política Pública) la participación ciudadana es relevada como un eje clave para el desarrollo de estrategias con pertinencia cultural y étnica. Desafortunadamente, esta participación, tampoco considera factores estructurales propios de los pueblos indígenas caracterizados por una historia de represión, vulneraciones y despojos a los que han sido expuestos durante siglos. Esto nos lleva a pensar que cuando se habla de participación en Políticas Públicas, se asume que la responsabilidad en la movilización, motivación e interés de los usuarios (para este caso, del Programa de Salud Mental) tiene relación con el carácter intrínseco de las personas por involucrarse en políticas, que por lo demás, están alejadas de su cosmovisión y realidad. De esta manera la participación ciudadana queda asociada a un componente volitivo individualizante (algo parecido a “es culpa de las personas si quieren o no participar, porque la convocatoria se hizo”).

Los hallazgos de esta investigación exponen que los peligros de esta presunción radican en la falta de una mirada política cohesionada, integradora y carente de la incorporación de un análisis histórico-cultural que permita una aproximación diferente respecto del fenómeno de las Políticas Públicas en población indígena.

En relación a los diseños, se observa un fuerte predominio de las ciencias exactas, dando cabida al Modelo Biomédico asistencialista, el que termina, por un lado, centrándose en los diagnósticos y tratamientos (a través de categorías que por lo general son binarias, absolutistas, patologizantes y estigmatizantes) y, por otra parte, invalidando otras formas de saberes comunitarios.

Tal es el caso de la medicina tradicional Rapa Nui (Papa Ra’au). Si bien, desde el mismo Hospital, se ha realizado el esfuerzo a través del programa PESPI, de implementar una línea que vaya en su rescate, lamentablemente, queda reducido a espacios inconexos,

aislados y con una falta de coordinación entre el resto de las redes intra y extra hospitalarias. Esto va generando desgaste en las mujeres que practican Papa Ra'au, que perciben escasa valoración hacia su trabajo, y que muchas veces, son estigmatizadas como personas poco útiles por el mismo sistema sanitario, cuando se mira desde el paradigma moderno cuya estructura basal es la eficiencia y eficacia de los trabajadores. Esto en términos sanitarios se reduce al tratamiento individualizado, alto rendimiento y resolutivez de la atención, lo que va en contra de los mismos principios de la medicina Rapa Nui, que funciona con un ritmo diferente y se enfoca en una comprensión integral de la persona en relación con su entorno, familia y comunidad.

Precisamente, otro conflicto asociado a los diseños, corresponde a la comprensión sobre lo que implica el concepto de Comunidad, el que tiende a homogeneizar a la población. Los mismos usuarios entrevistados, todos pertenecientes a la etnia Rapa Nui, declararon que un aspecto que debiera formar parte de un Programa de Salud Mental en la isla, consiste en comprender que el usuario Rapa Nui es diferente al usuario que no es de la etnia. El hecho de asimilar a la “comunidad Rapa Nui” como un todo absolutista, favorece la idea de la unión romántica y utópica, que poco representa las diferencias generacionales, étnicas y culturales de la sociedad Rapa Nui. Esta falta de diferenciación promovería aspectos idealistas propios de las Políticas Públicas, que muchas veces termina influyendo en la formación de la identidad cultural provenientes de un sujeto idealizado por parte de los diseños.

Este intento de homogeneizar también se da cuando las políticas se refieren al mundo indígena como si se tratara de uno solo, lo que muchas veces termina reduciendo a los pueblos en términos cuantitativos a aquel que tiene la mayor representación numérica en Chile; el pueblo mapuche. Uno de los hallazgos de esta investigación mostró la diferencia en los determinantes sociales de la salud que son asumidos desde las Políticas para todos por igual. A modo de ejemplo, los técnicos, aludieron que el factor pobreza, no es un factor preponderante a nivel estructural en Rapa Nui. Una de las razones que podría explicar este fenómeno, es que la mayoría conserva al menos un lugar donde residir. Mientras que algunos postulan a subsidios habitacionales, otros, de forma autodidacta, con los conocimientos de sus antecesores, construyen viviendas propias. Además, es común que las personas tengan más de un trabajo, que si bien, no forma parte de los empleos formales, sí les genera una

remuneración independiente. Otro tema que se evidenció, fue el carácter multifuncional de las personas de la etnia, ya que la gran mayoría no dedica su tiempo a la realización de un solo oficio, sino que, distribuyen sus tiempos en múltiples tareas, formando así, parte de sus factores protectores para el cuidado de la salud mental, puesto que cuando algo no les resulta, el ingenio les permite reinventarse.

En materia jurídica, aunque diversos autores han reconocido un avance importante en temas de derecho con la ratificación del Convenio 169 por parte del Estado de Chile, hay una crítica en relación con la factibilidad de implementación de este instrumento, ya que entra en tensión con leyes fundamentales de la Constitución. Respecto del artículo 25 de la parte V del Convenio 169 relativo al ámbito de la Salud, es desconocido por la mayoría de los implementadores, no así por parte de los usuarios, quienes perciben con frustración que finalmente, se encuentran en un vacío legal que impide lograr avances concretos. Misma situación ocurre con las consultas indígenas en salud, realizados desde una lógica eurocéntrica con mecanismos participativos que poco sentido tienen desde la cosmovisión indígena.

En cuanto a los diseños propuestos por el MINSAL, estos promueven enfoques que no corresponden con las metas sanitarias que finalmente se miden. Lo anterior es muy concordante con las conclusiones del estudio de Henaó et al., (2016), quienes sostienen que, en el contenido de las Políticas Públicas de Salud Mental vigentes en Suramérica, se destaca el énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad desde una concepción positiva del bienestar. Sin embargo, “los recursos, estrategias, acciones y metas están orientados sobre la base de un modelo biomédico que prioriza el diagnóstico y el tratamiento de trastornos mentales” (p. 184). Lo que explicaría en alguna medida, la paradoja entre lo que promueve el MINSAL a través del último Plan de Salud Mental y lo que se mide como meta sanitaria. En este sentido, es relevante considerar que los diseños deben agregar estrategias para el abordaje, con metas que estén dirigidas a ello, de lo contrario, queda en un complejo vacío que termina responsabilizando a los implementadores de su aplicación.

Desde la implementación, es decir, cuando los lineamientos bajan a los territorios donde se aplicarán las orientaciones, metas sanitarias y estrategias, se observa, en primer lugar, la falta de un programa de capacitación continua que aborde el componente cultural.

Probablemente, esto impidió que el equipo de Salud Mental pudiera estar actualizado con respecto al último Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 y las Orientaciones Técnicas para la atención de salud mental con pueblos indígenas (2016), aspectos relevantes si se considera la necesidad de diálogo entre lo que se propone (diseño) y lo que se ejecuta (implementación).

En segundo lugar, y relacionado con el punto anterior, existe desconocimiento acerca de las nuevas propuestas para la formulación de diagnósticos que consideren el aspecto cultural como un factor clave para el abordaje integral de las personas en contextos de población indígena. Tal es el caso del DSM 5, publicado en el 2013, que, a diferencia del CIE, ha incorporado la variable cultural como parte de los elementos constitutivos de la configuración de un diagnóstico a través de la Entrevista de Formulación Cultural (EFC). Si bien, diversos autores, han referido que existen algunos obstáculos en su aplicación (presupuestos bajos para Salud Mental en contraposición al tiempo prolongado en el que se desarrolla la entrevista, pocas instancias formativas sobre la Entrevista Cultural), finalmente hay acuerdo de que se trata de “un instrumento factible, aceptable y clínicamente útil que puede ayudar a obtener información culturalmente relevante” (Gómez et al., 2016, p. 363).

En efecto, cuando el diagnóstico carece de una perspectiva cultural, favorece la estigmatización de las personas a través del uso de categorías ajenas a su cosmovisión y comprensión de sí mismos, de los otros y del mundo. Esto finalmente podría influir en la baja adherencia, bajo impacto de los tratamientos y/o desinterés de la persona en comprometerse en su proceso, porque finalmente ni el diagnóstico ni el tratamiento le hacen sentido. Se debe añadir que, por lo general, los tratamientos rara vez involucran a sus familias, situación que muchos de los entrevistados indicaron como un factor relevante en sus procesos.

Otro elemento que estuvo ausente en este programa de capacitación continua del equipo, fue la falta de formación en el aprendizaje de la lengua nativa de los Rapa Nui. Lo que genera una dificultad en las intervenciones considerando que la totalidad de las intervenciones son realizadas en lengua española, y, por lo tanto, son los usuarios quienes deben asimilarse no sólo a las reglas provenientes de la institución, sino, además, adaptarse al lenguaje propio de la institucionalidad. Esto, termina provocando una tensión donde se espera que los individuos, en su relación con la institución y en su vida cotidiana, se

conduzcan de acuerdo a las reglas y valores propios de la misma institución (orden, jerarquía, racionalidad, eficiencia, eficacia, etc.) y finalmente, esperan que los individuos acepten sin demasiado cuestionamiento su poder “experto” para decidir sobre sus vidas (Martínez, V., 2006, p.13), en este caso sobre su propia salud, lo que, sin duda, va generando mayor alienación entre la institución y su propio mundo cotidiano.

Respecto de los tratamientos, si bien, se siguen los lineamientos propuestos del MINSAL, como la consideración del Enfoque de Derechos, de Género, Comunitario, Interculturalidad, entre otros mencionados por los técnicos, se observa una brecha en relación con la falta de un componente clave que debiera trascender la labor puramente clínica y psicoterapéutica. Esto es, el Trauma Colonial, entendido como un determinante político clave de la salud que sirve como factor explicativo de las inequidades en salud soportado por los pueblos indígenas (Mitchell, Arseneau & Thomas, 2019). Este elemento debiera permitir profundizar y abordar aspectos políticos e históricos que han influido y a veces determinado la vida de las personas indígenas que terminan siendo las más afectadas en salud mental. Lamentablemente, cuando el Estado chileno no realiza un reconocimiento de estos procesos históricos, mantiene su dominación sobre los pueblos indígenas, y por tanto perpetúa el neocolonialismo.

Desde lo concreto, la integración del Trauma Colonial en Políticas Públicas en países como Canadá, ha permitido que paulatinamente, el Estado haya incorporado este elemento no solo en sus políticas, sino desde la misma intervención profesional de quienes trabajan en programas con población indígena. De esta manera, y a modo de ejemplo, los problemas de violencia intrafamiliar, depresión, alcoholismo son tratados desde un contexto situado e histórico, que les permite a los profesionales comprender que, probablemente, estos problemas forman parte de la sintomatología proveniente de siglos de exterminio, abandono y negligencia de un Estado que fue provocando daños emocionales transgeneracionales en esta población. Esta situación, claramente, está lejos de la aproximación del Estado chileno hacia sus propios pueblos indígenas, y, por lo tanto, influye también, en la mirada que terminan teniendo los implementadores del Programa de Salud Mental en la isla.

Lo anterior, nos remite a la problematización del concepto de vínculo terapéutico. Entender que las formas de vinculación que desarrollan las personas Rapa Nui son distintas

a las de otros pueblos indígenas (y no indígenas), es un componente relevante para el desarrollo de estrategias de acción pertinentes. Entender que el lenguaje, las expresiones culturales y las formas de relacionarse que tienen las y los Rapa Nui son parte de una cosmovisión particular, no sólo le permitirá al profesional una mayor validación dentro de la comunidad, sino, además, favorecerá lazos de confianza que son necesarios para el establecimiento de acuerdos y propósitos en cualquier Programa de Proximidad Comunitaria.

Desafortunadamente, desde el modelo Biomédico, el vínculo está reducido a dirigir, llevar o tutelar. Mientras que el Acompañamiento Psicosocial, comprendido desde la Psicología Comunitaria, reconoce al usuario/a del programa como un protagonista de su propio proceso. De esta forma, “el acompañamiento es una forma de entender la relación entre profesional y persona atendida, en una relación horizontal, donde el profesional se sitúa en una posición de ayuda, orientación, apoyo y no de control” (Raya & Caparrós, 2014, en Arriagada, 2018). Entonces, el rol principal del profesional del acompañamiento (que pueden ser psicólogos, trabajadores sociales u otros afines) consiste en “favorecer la capacidad reflexiva de la persona y/o grupo respecto de sí misma, sus vinculaciones y sus posibilidades de transformación para mejorar sus condiciones de vida, promoviendo la capacidad de acción, cambio y vinculación comunitaria” (Arriagada, P., en Martínez et al, 2018, p. 110). Al respecto, la autora nos recuerda que ello, conlleva un encuadre, con normas y límites predefinidos desde el comienzo del acompañamiento, lo que finalmente, enmarca el vínculo entre el profesional y el participante (y/o su familia). En efecto, la generación de un vínculo entre los profesionales y la persona, corresponde a un aspecto central en el desarrollo del acompañamiento, ya que, es la base donde se co-construye la relación de apoyo, ayuda y colaboración orientada a promover el proceso de cambio del destinatario del Programa (Arriagada, P., en Martínez, 2018).

Finalmente, cabe recordar que el actual proceso neocolonizador de un Estado chileno que se autodeclara nacionalista, no sólo desconoce a los pueblos indígenas, además, los homogeniza a su propio estándar de semejanza, y lo que es más grave aún, ha sido favorecido por un modelo económico capitalista que irrumpió la forma en que los y las Rapa Nui tenían de concebir la vida, el mundo, los otros. Esto también fue quebrando la manera en que se concebía la salud, asociado con la espiritualidad y en una conexión entre el cuerpo y el alma,

lo físico y lo mental, la salud y la enfermedad, que, sin ser polarizados, formaban parte de un continuo que hoy en día está en constante conflicto, pues existe mucho cuestionamiento sobre la medicina tradicional Rapa Nui, la que lejos de ser validada, ha sido relegada a un plano folclórico, deslegitimando sus saberes y prácticas.

Hoy en día, se podría argumentar que, la sociedad Rapa Nui se encuentra en una fase de profundo dolor que se ha manifestado con el aumento de protestas y manifestaciones ante un Estado con dificultades en llegar a acuerdos concretos. Ha sido lamentable que estas manifestaciones aún no sean entendidas desde un proceso histórico de un pueblo que ha estado bajo la amenaza de su exterminio. La capacidad del Estado chileno y sus instituciones de entregar un servicio de salud (“mental”) que reproduce parámetros, categorías, diagnósticos, tratamientos, conceptos y prácticas ajenos de la cosmovisión Rapa Nui, ponen en peligro la conservación de los saberes ancestrales. La falta de diálogo entre la medicina occidental y la medicina tradicional ha hecho que la primera sea dominante, pues es lo que finalmente se ha promovido desde las políticas sanitarias.

La discusión en torno a la dominación de la única institución que presta servicios de salud en Rapa Nui, el Hospital Hanga Roa, ha sido, analizada y problematizada solo desde el punto de vista asistencialista, propio de la idiosincrasia de los diseños de las políticas. Es decir, existe un cuestionamiento hacia el número de camas, falta de profesionales especializados, falta de recurso humano, entre otros. Sin embargo, la tensión queda enfrascada en la misma forma de hacer políticas. Lo que se propone aquí, es comenzar a mirar aspectos estructurales desde donde se construye salud en Rapa Nui, de modo que esto, permita problematizar y cuestionar un ordenamiento *per se*, y, por otro lado, que permita ir construyendo sentidos compartidos desde un conocimiento situado, donde el diálogo tiene que ser el canal que permita que fluyan los saberes.

Para ello, se requerirán estudios futuros que vayan no sólo en la línea epidemiológica, si no también incorporando una mirada médica-antropológica que permita analizar profundamente lo que está pasando con la salud (y la “salud mental”) del pueblo Rapa Nui. Estudios que incorporen elementos propios de la Interculturalidad y de la Psicología Comunitaria que vayan pavimentando las intervenciones pertinentes futuras.

Vemos, con tristeza cómo decaen progresivamente los saberes comunitarios arrasados por el paradigma biomédico occidental. Pero vemos también con optimismo, que las nuevas y futuras generaciones, van problematizando y cuestionando desde una dimensión estructural el ordenamiento impuesto caracterizado por un neocolonialismo vigente.

El cuestionamiento entonces, podría ser clave, para implementar un Programa de Salud Mental con un Enfoque de Interculturalidad, culturalmente pertinente.

Glosario de siglas y acrónimos

APS: Atención Primaria de Salud

CESFAM: Centro de Salud Familiar

CODESA: Consejo de Desarrollo de Salud

CONADI: Corporación Nacional de Desarrollo Indígena

COSAM: Centro Comunitario de Salud Mental

HHR: Hospital Hanga Roa

PNSM: Plan Nacional de Salud Mental

PSM: Programa de Salud Mental

SENDA: Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol

SS: Servicio de Salud

SM: Salud Mental

SSMO: Servicio de Salud Metropolitano Oriente

OT: Orientaciones Técnicas

OIT: Organización Internacional del Trabajo

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de Naciones Unidas

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PP: Políticas Públicas

PPC: Programa de Proximidad Comunitaria

Referencias Bibliográficas

- Abril, G. (1994). Análisis semiótico del discurso. En J. M. Delgado, J. Gutierrez, & (coords.). Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales (págs. 427-463). Madrid: Síntesis.
- Allard Soto, Raúl, Hennig Leal, Mônia Clarissa, & Galdámez Zelada, Liliana. (2016). El derecho a la salud y su (des)protección en el estado subsidiario. Estudios constitucionales, 14(1), 95-138. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-52002016000100004>
- Almaguer, J., Vargas, V., & García, H. (2014). Interculturalidad en Salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. Biblioteca Mexicana del Conocimiento. 3ra edición, México.
- Alsina, Miguel (1997). Espacios de la interculturalidad. Elementos para una comunicación intercultural. Revista Cidob d'afers internacionals 36, pp. 11-21.
- Aninat, I., Hernando, A. en Centro de Estudios Públicos (CEP) Mapeando el laberinto de la Política Pública Indígena en Chile. Estudios Públicos 153 (verano 2019), 7-56.
- Arriagada, P., (2018). La práctica del acompañamiento psicosocial. aspectos metodológicos. En Martínez, V., Canales, M. & Valdivieso, P. (Eds.) *Cuaderno de trabajo N°1. Programas de Proximidad Comunitaria*. (p. 110-122). Magister Psicología Comunitaria. Universidad de Chile. Santiago: Chile.
- Banco Mundial (2015). Latinoamérica Indígena en el Siglo XXI. Primera década. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Bardin, 1996, en Andréu Abela, J. (2001). Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada. Fundación Centro Estudios Andaluces, Universidad de Granada, v.10, n. 2, pp. 1-34. Revisado el 25/10/2020. En <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2018/02/Andreu.-analisis-de-contenido.-34-pags-pdf.pdf>

- Biblioteca del Congreso Nacional (BCN). Reporte estadístico comunal Isla de Pascua. Consultado:https://reportescomunales.bcn.cl/2017/index.php/Isla_de_Pascua#Poblaci.C3.B3n_total_Censo_2002_y_Censo_2017
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (BCN). Convenio 169 de la OIT. Consultado en: <https://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/convenio-169-oit>
- Biblioteca del Ministerio de Salud Dr. Bogoslav Juricic Turina. (s.f). Historia Hospital “Hanga Roa” de Isla de Pascua. Consultado en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2011/09/Historia-Hospital-Hanga-Roa-de-Isla-de-Pascua.pdf>
- Biblioteca del Ministerio de Salud (MINSAL). Hospital Makewe: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2011/09/Historia-Hospital-Makewe.pdf>
- Biblioteca virtual en Salud. (Red MTCI). Medicinas Tradicionales Complementarias e Integrativas Consultado en: <http://mtci.bvsalud.org/regulaciones-y-politicas-en-mtci/>
- Canales, M. (2006). Metodologías de investigación social. Santiago de Chile: LOM.
- CEPAL (2002)
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2002). Eficacia, Eficiencia, Equidad, Sostenibilidad. Consultado en: https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/9/37779/gover_2006_03_eficacia_eficiencia.pdf
- _____ (2014). Los pueblos indígenas en América Latina. Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos. Consultado en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/37050-pueblos-indigenas-america-latina-avances-ultimo-decenio-retos-pendientes-la>
- Citarella, L. & Zangari, A. Editores (2009). Yachay Tinkuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina. Editorial Gente Común. Bolivia.

- Comisión Verdad Histórica y Nuevo Trato, Informe de la Comisión de Verdad y Nuevo Trato de los Pueblos Indígenas, Informe. Editado por el Comisionado Presidencial para Asuntos Indígenas. Primera Edición, Santiago de Chile, octubre 2008. Consultado en: http://www.memoriachilena.gob.cl/602/articles-122901_recurso_2.pdf
- Cortés, M., Fajreldin, V., Salazar, G. y Carrasco, A. (2006) En los dominios de la salud y la cultura estudio de caracterización de los factores de riesgo y vulnerabilidad frente al vih/sida en pueblos originarios. Colección Publicaciones CONASIDA. MINSAL. Santiago.
- Cristino Kohumoetini, T. (2018). Una perspectiva desde el enfoque territorial: el caso de la Comunidad Indígena Polinésica Ma’u Henua en Rapa Nui. Seminario para optar al título de Administrador Público, USACH, Santiago, Chile.
- Cristino, Claudio & Fuentes, Miguel. (2011). La compañía explotadora de Isla de Pascua. Patrimonio, memoria e identidad en Rapa Nui. Escaparate Ediciones, Concepción, Chile.
- Cuyul, A. (2013a). Ensayo. La política de salud chilena y el pueblo Mapuche. Entre el multiculturalismo y la autonomía mapuche en salud. Salud Problema. Segunda época / año 7 / núm. 14 / julio-diciembre 2013.
- Cuyul, A., en Nanhuelpan et al., (2013b). TA IÑ FIJKE XIPA RAKIZUAMELUWÜN. Historia, colonialismo y resistencia desde el país Mapuche. Ediciones Comunidad de Historia Mapuche. Temuco, Chile.
- Díaz-Bravo, Laura, Torruco-García, Uri, Martínez-Hernández, Mildred, & Varela-Ruiz, Margarita. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. Investigación en educación médica, 2(7), 162-167. Consultado el 15 de octubre de 2020, en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000300009&lng=es&tlng=es
- Errázuriz, Paula, Valdés, Camila, Vöhringer, Paul A, & Calvo, Esteban. (2015). Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. *Revista médica de Chile*, 143(9), 1179-1186. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000900011>

- Escribens, P. y Portal, D. (2008). Reconociendo otros saberes. Salud mental comunitaria, justicia y reparación. Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer (DEMUS). Lima, Perú.
- Fernando Muñoz, Luis, & Jaramillo, Luis Eduardo. (2015). DSM-5: ¿Cambios significativos? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), 111-121. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000100008>
- Figueroa Huencho, V. (2015) Formulación de políticas públicas indígenas en Chile: Evidencias de un fracaso sostenido. 1ª edición. Editorial Universitaria. Santiago, Chile.
- Flick, U. (2007). Introducción a la investigación cualitativa. Madrid: Morata.
- García-Orellán, Rosa (2016). Investigación de enfermería, metodología, retos y emergencias. *Opción*, 32(11),630-636. [fecha de Consulta 18 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=310/31048902035>
- García Soto, Rocío (2018). Las explicaciones antropológicas emic/etic para comprender la confrontación en investigación y escuela en el tratamiento de la diversidad cultural (segregación versus integración). *Gazeta de Antropología*, 34(1): artículo 08. [fecha de Consulta 20 de diciembre de 2020]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/54702>
- Gavilán, V. et al. (2009). Buena Salud: Médicos, Conocedores y Sanados. Conocimientos y Prácticas en Salud: Patrimonio Cultural de los Pueblos Originarios Tarapaqueños. Iquique: Oñate impresores.
- Gavilán, V., Viguera, P., Madariaga, C., Parra, M. (2018). Interculturalidad en salud. Análisis crítico de las políticas sanitarias dirigidas al pueblo aymara del norte chileno. *Interciencia*, Vol. 43, núm. 5, pp. 322-328. Asociación Interciencia.
- Geertz, C. (2000). “La interpretación de las culturas”. España, Editorial Gedisa.
- González Echevarría, Aurora (2009) La dicotomía emic/etic. Historia de una confusión. Barcelona, Anthropos, en García Soto, Rocío (2018), *Gazeta de Antropología*, 34(1): artículo 08 (2018).

- Gutiérrez, D., en Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1998) Capítulo 1: “Panel condiciones de salud y vida de los pueblos indígenas, en “7. Memoria del Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud” OPS, p 22-23.
- Hamui-Sutton, Alicia, & Varela-Ruiz, Margarita. (2012). La técnica de grupos focales. *Investigación en educación médica*, 2(5), 55-60. Recuperado el 28 de noviembre de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000100009&lng=es&tlng=es
- Hasen Narváez, Felipe Nayip. (2012). Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. *Ciencia y enfermería*, 18(3), 17-24. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000300003>
- Henao, Silvia, Quintero, Sebastián, Echeverri, Jonathan, Hernández, Jonathan, Rivera, Eliana, & López, Stephanie. (2016). Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(2), 175-183. <https://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n2a07>
- Hernández, Miguel, García-Moro, Mireia. (2016). Censos, familias y apellidos en la población de la Isla de Pascua. *Revista Antropo*, 36, 1-13. En: www.didac.ehu.es/antropo.
- Hospital Hanga Roa (2020). Plan de Gestión 2020. Equipo directivo Hospital Hanga Roa. Documento sin publicar.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE) 2017. Consultado en: <https://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf>
- Martínez Nogueira, R. (2007), en Cortázar, Ed. Entre el diseño y la evaluación. El papel crucial de la implementación de los programas sociales. Banco Interamericano de Desarrollo, Washington D.C., Estados Unidos.
- Martínez Nogueira, R. (1995). Análisis de Políticas Públicas. Trabajo preparado para el Instituto Nacional de la Administración Pública. Documento sin publicar. Disponible

en:https://www.academia.edu/11915294/ANALISIS_DE_POLITICAS_PUBLICAS_Roberto_Mart%C3%ADnez_Nogueira.

- Martínez, V., Canales, M. & Valdivieso, P. (Eds.) (2018). *Cuaderno de trabajo N°1. Programas de Proximidad Comunitaria*. Magister Psicología Comunitaria. Universidad de Chile. Santiago: Chile.
- Martínez, V. (2006). El enfoque comunitario. Estudio de sus modelos de base. Magíster Psicología Comunitaria. Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile.
- Metraux, A. (1940) *Ethnology of Easter Island*. Bernice P. Bishop Museum, Bulletin 160, Honolulu, Hawaii.
- Meza-Lopehandía, M., en Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (BCN) (2016). *Pueblos Indígenas y Constitución*. Departamento de estudios, extensión y publicaciones. Consultado en:<https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/22690/1/FINAL%20-%20Pueblos%20ind%C3%ADgenas%20y%20Constituci%C3%B3n.pdf>
- Meza-Lopehandía, M., Sierra, L., Rivera, T. & Salazar, F. (2010) *Desafíos y alcances de la implementación del Convenio N° 169 de la OIT en Chile* / pp. 51-67. Simposio.
- Ministerio de Salud, MINSAL (1993). *Plan Nacional de Salud Mental 1993*. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.
- _____ (2000). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2000*. Ministerio de Salud. Santiago, Chile. Santiago, Chile.
- _____ (2006). *Norma General Administrativa N° 16. Interculturalidad en los Servicios de Salud*. Resolución Exenta N° 261. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.
- _____ (2008). *Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de la Red de Atención de Salud*. SERIE CUADERNOS DE REDES N°18. Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

- _____ (2009). Salud y Derechos de los Pueblos Indígenas en CHILE. Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales de la OIT. Subsecretaría de Salud Pública y Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud. Santiago, Chile
- _____ (2013). Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.
- _____ (2016a) Orientaciones Técnicas y Guía Metodológica Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.
- _____ (2016b) Orientaciones Técnicas para la atención de Salud Mental con Pueblos Indígenas: Hacia Un Enfoque Intercultural. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.
- _____ (2017). Plan Nacional Salud Mental 2017-2025. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.
- _____ (2018a). Informe Glosa, Ley de Presupuesto. Programa Especial de Salud de Pueblos indígenas que habitan el territorio de Chile. Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.
- _____ (2018b). Orientaciones para la implementación del Modelo de atención Integral de Salud Familiar Y Comunitaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.
- _____ (2018c). Modelo de Gestión. Red temática de salud mental en la red general de salud. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.
- _____ (2018d). Orientaciones Técnicas. Pertinencia cultural en los sistemas de información en salud. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.
- _____ (2018e) Cuenta Pública 2018. Ministro Emilio Santelices. Consultado en: <https://www.minsal.cl/ministro-santelices-en-cuenta-publica-del-minsal-no-les-damos-la-espalda-a-los-problemas-los-estamos-abordando-y-aqui-damos-cuenta-de-ello/>

- _____ (s.f) Subsecretaría de Redes Asistenciales. Marco referencial Hospitales de la Familia y la Comunidad. Serie cuadernos de Redes N°20. En <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/20.pdf>.
- Ministerio de Salud y Banco Mundial (2017). Plan para Pueblos Indígenas. Proyecto de Apoyo al Sector Salud. Ministerio de Salud y Banco Mundial. Santiago, Chile.
 - Minoletti A, Sepúlveda R, Gómez M, Toro O, Irrázabal M, Díaz R, et al. Análisis de la gobernanza en la implementación del modelo comunitario de salud mental en Chile. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42: e131. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.131>
 - Mitchell, T. (2016). Colonial trauma and political pathways to healing. In S. L. Stewart, R. Moodley, & A. Hyatt (Eds.) *Indigenous cultures and mental health counselling: Four directions for integration with counselling psychology* (pp. 141-154). New York: Routledge Press.
 - Mitchell, T.; Arseneau, C.; & Thomas, D. (2019). Colonial Trauma: Complex, continuous, collective, cumulative and compounding effects on the health of Indigenous peoples in Canada and beyond. *International Journal of Indigenous Health*, 14(2), 74 – 94.
 - Mokate, K. (2002). Eficacia, eficiencia, equidad y sostenibilidad: ¿Qué queremos decir? Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES). Disponible en https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/9/37779/gover_2006_03_eficacia_eficiencia.pdf.
 - Mora, C. (2007) Peritaje psicológico forense aplicado en contextos judiciales y en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos. San José, Costa Rica. Consultado en: <https://biblioteca.iidh-jurisprudencia.ac.cr/index.php/documentos-en-espanol/verdad-justicia-y-reparacion/1627-peritaje-psicologico-forense-aplicado-en-contextos-judiciales-y-en-el-sidh/file>
 - Morales Casetti, Marjorie. (2014). Nueva Gestión Pública en Chile Orígenes y efectos. *Revista de ciencia política* (Santiago), 34(2), 417-438. Consultado en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-090X2014000200004>

- Muñoz, M., González, G., Quiróz, R. y Martínez, V. (2018). El análisis reflexivo de las prácticas. En Martínez, V., Canales, M. & Valdivieso, P. (Eds.) *Cuaderno de trabajo N°2. Gestión del Conocimiento desde el Enfoque Comunitario*. (p. 52-69). Magister Psicología Comunitaria. Universidad de Chile. Santiago: Chile.
- Navarro, Pablo y Díaz Capitolina (1994). Análisis de Contenido. En: Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales, Delgado y Gutiérrez (comp.). Madrid, Editorial Síntesis.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2013). Comprender el Convenio sobre pueblos indígenas y tribales, 1989 (núm. 169). Manual para los mandantes tripartitos de la OIT. Oficina Internacional del Trabajo, Departamento de Normas Internacionales del Trabajo. Ginebra: OIT, 2013.
- _____ (2017). Foro Regional sobre implementación del Convenio sobre pueblos indígenas y tribales, 1989 (núm. 169). Compartiendo experiencias, construyendo alianzas y sosteniendo el progreso. Lima, noviembre 2017 Documento de Trabajo.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004). Invertir en Salud Mental. OMS; 2004. Consultado en: https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2008). Declaración sobre los derechos de los pueblos indígenas. Consultado en: https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf
- _____ (2018) La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, Washington, DC, EE.UU.
- Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2017) Salud en las Américas. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington DC.
- _____ (2006). Grupo de Trabajo Internacional sobre Asuntos Indígenas [IWGIA]. El mundo indígena 2006. Consultado en: https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=83:salud-pueblos-indigenas&Itemid=213

- _____ (s.f) Estado de salud de la población. La salud mental en la Región de las Américas. Consultado en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=la-salud-mental-en-la-region-de-las-americas&lang=es
- Peroni, A. (2018). [Material del aula]. Sesión7: La implementación de políticas públicas, desde los paradigmas clásicos hasta las teorías neomanageriales. Presentado en Universidad del Valle, Colombia.
 - Porteous, (1981), en Zurob, C. Tā'aku Poki. 2009. Cambio y Continuidad en las Estrategias de Crianza Rapa Nui: Un acercamiento a la transmisión en diferencia. Memoria para optar al título de Antropóloga Social. Santiago, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, p-40.
 - Rodríguez, Jorge J. (Editor) (2007). La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas: OPS. Washington, D.C, EE.UU.
 - Quidel, J., en Organización Panamericana de la Salud (OPS). Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El Caso de los Mapuche de Makewe-Pelale. Noviembre de 2001 Washington, D.C.
 - Quilaleo, F. (2018) La implementación del Convenio 169 de la OIT en Chile: La paradoja de los derechos indígenas. Anuario de los Derechos Humanos. Número 14, págs. 141-153.
 - Raffo, P. (2005). Acompañamiento psicológico y terapia psicológica. Asistencia psicológica a víctimas de tortura ante el sistema interamericano, IIDH, San José.
 - Restrepo, V. & Orduz J. (2006) Estado del arte del conocimiento sobre la salud de los pueblos indígenas de américa: salud mental de los pueblos indígenas. Universidad de Antioquía. Medellín, Colombia.
 - Rodríguez, J. (Ed.) La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington, D.C: OPS, 2007.
 - Rozas, G. (2018). Decolonialidad, desde la Psicología Social Comunitaria. Santiago, Chile. Universidad Austral de Chile. Santiago, Chile.

- Sánchez Vidal, A. (2007). Manual de Psicología Comunitaria. Ediciones Pirámide. Madrid, España.
- Sandoval, C. (2002) Investigación Cualitativa. Arfo Editores e Impresores Ltda. Bogotá, Colombia.
- Saúl Gómez H., Valeria Astete, Bárbara Infante, Carolina Muñoz & Ramón Florenzano (2016) Aplicación de la entrevista de formulación cultural del DSM-5. Rev GPU 2016; 12; 4: 359-364.
- Secretaría Técnica de Patrimonio Rapa Nui. Consejo de Monumentos Nacionales de Chile (s.f). *Papa Ra'au. Hospital Hanga Roa*. [Díptico]. Rapa Nui: Autor.
- Servicio Nacional de Prevención y Rehabilitación de Drogas y Alcohol (SENDA) y Ministerio de Salud (MINSAL). Informe Semestral Evaluación Técnica Convenio SENDA-MINSAL, 2017. Consultado en: <https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2020/05/Informe-Semestral-2017-Poblaci%C3%B3n-General-Adulta.pdf>
- Tapia, M., Campillo, B., Cruickshank, S., Morales, S. (2010) Manual de incidencia en Políticas Públicas. Ed. Alternativas y capacidades ac. México.
- Theidom, K. (2004). Entre prójimos: el Conflicto armado interno y la política de reconciliación en el Perú. IEP. Lima, Perú.
- Trinidad, A.; Carrero, V. & Soriano, R. (2006). Teoría Fundamentada: La construcción de la teoría a través del análisis interpretacional. Cuadernos Metodológicos 37. Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid: Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado.
- Vignolo, Julio, Vacarezza, Mariela, Álvarez, Cecilia, & Sosa, Alicia. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Archivos de Medicina Interna, 33(1), 7-11. Recuperado el 16 de noviembre de 2020, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es

- Waissbluth, M. & Larraín, F., 2009. “Modelos de gestión pública: Implicancias para la planificación, evaluación y control de gestión del Estado. En Tomicic V. y García C. (Coordinación y Edición), Un mejor Estado para Chile: Propuestas de Modernización y Reforma. Consultado en: <http://www.sistemaspublicos.cl/publicacion/modelos-de-gestion-publica-implicancias-para-la-planificacion-evaluacion-y-control-de-gestion-del-estado/>

- Walsh, C. (2008). Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: las insurgencias político- epistémicas de refundar el Estado. *Tabula Rasa: revista de humanidades*, ISSN 1794-2489, N°. 9, 2008, págs. 131-152.

- Walsh, C. (2009) Interculturalidad, estado, sociedad luchas (de)coloniales de nuestra época. Universidad Andina Simón Bolívar, Ediciones Abya-Yala. Quito, Ecuador.

- Zapata-Barrero, R. & Pinyol Jiménez, G. (Eds.) (2013). Manual para el diseño de políticas interculturales. Gritim-UPF Policy Series: Barcelona, España.

Anexos

Anexo1: Consentimiento Informado

Estimada o estimado _____ -

Usted ha sido invitada/o a participar en la investigación “Pertinencia de las Políticas Públicas en Salud Mental en Rapa Nui”, dirigido por la Psicóloga Yillian Pakomio Bahamondes, cuya tutora de tesis es la Socióloga Andrea Peroni, académica del Magíster en Psicología Comunitaria de la Universidad de Chile. El objetivo de esta investigación es describir la pertinencia en materia de Políticas Públicas de Salud Mental en Rapa Nui.

Por intermedio de este documento se le está solicitando que participe en esta investigación, porque usted ha sido atendido/a o sigue atendiéndose en el Programa de Salud Mental del Hospital Hanga Roa.

El propósito de esta investigación es generar conocimiento acerca de la implementación de las Políticas Públicas en Salud Mental en Rapa Nui.

Este estudio permitirá identificar cuán pertinente es la Política Pública de Salud Mental en pueblos indígenas, específicamente en Rapa Nui.

Su participación es voluntaria, consistirá en una entrevista que se realizará en Isla de Pascua. Se le pedirá que responda a algunas preguntas en grupo, lo que tendrá por duración aproximadamente una hora.

El que Ud. decida participar de esta investigación no conlleva riesgos para su salud ni su persona debido a que no existen riesgos previsibles.

Su participación en esta investigación no involucra ningún daño o peligro para su salud física o mental y es voluntaria. Usted puede negarse a participar o dejar de participar total o parcialmente en cualquier momento del estudio sin que deba dar razones para ello ni recibir ningún tipo de sanción. Su participación en este estudio no contempla ningún tipo de compensación o beneficio. Cabe destacar que la información obtenida en la investigación será **confidencial y anónima**, y será guardada por la investigadora responsable en dependencias privadas de la investigadora y sólo se utilizará en los trabajos propios de este estudio.

Una vez finalizada la investigación los y las participantes tendrán derecho a conocer los resultados del mismo para lo cual se enviará la tesis con los principales resultados vía correo electrónico, por lo que es importante que deje este al final de la hoja.

La participación es totalmente confidencial, ni su nombre ni su RUT ni ningún tipo de información que pueda identificarla aparecerá en los registros del estudio, ya que se utilizarán códigos. El almacenamiento de los códigos estará a cargo de la investigadora Responsable.

Usted no se beneficiará de participar en este estudio, sin embargo, la información que pueda obtenerse a partir de su participación será de utilidad para generar conocimiento en materia de salud indígena.

El participar en este estudio no tiene costos para Usted y no recibirá ningún pago por estar en este estudio. Si Ud. desea, se le entregará un informe con los resultados de los obtenidos una vez finalizada la investigación.

Ud. puede negarse a participar en cualquier momento, lo cual no la perjudicará ni tendrá consecuencias para Usted, tampoco le afectará en física ni emocionalmente. El retirarse del estudio no le representará ningún perjuicio.

Una vez concluida la investigación Usted tendrá derecho a conocer los resultados, los que recibirá una vez aprobada la tesis. Los resultados del estudio serán utilizados con fines científicos.

Su colaboración en esta investigación es muy importante pues permitirá hacer más eficientes y efectivas las actividades que se realizarán.

Si tiene dudas o consultas respecto de la participación en la investigación puede contactar a la investigadora responsable de este estudio, Yillian Pakomio al mail yillian.pakomio@gmail.com o al teléfono de contacto +569 8254 67 34.

Si durante la investigación, Usted tiene algún comentario o preocupaciones relacionadas con la conducción de la investigación o preguntas sobre sus derechos al participar en el estudio, puede dirigirse la tutora de tesis, Socióloga Andrea Peroni, Académica del Magíster en Psicología Comunitaria al mail aperoni@uchile.cl.

Parte del procedimiento normal en este tipo investigación es informar a los participantes y solicitar su autorización (consentimiento informado). Para ello le solicitamos contestar y devolver firmada la hoja adjunta a la brevedad.

Agradezco desde ya su colaboración, y le saludo cordialmente.

Quedando claro los objetivos del estudio, las garantías de confidencialidad y la aclaración de la información, acepto voluntariamente participar de la investigación, firmo la autorización.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En marzo del 2018, se comenzó a realizar un proyecto de tesis enmarcado en cómo se ha estado implementando la Política Pública en materia de salud mental en Rapa Nui, a través de las Orientaciones Técnicas que vienen del Ministerio de Salud y otras normativas a las cuales ha estado adscrito Chile (Como el Convenio 169, entre otros).

El proyecto se titula: “Pertinencia de las Políticas Públicas en Salud Mental en Rapa Nui”, cuya autora es Yillian Pakomio, estudiante de Magíster en Psicología Comunitaria 2018-2019, de la Universidad de Chile. El objetivo de la tesis es: Analizar la Pertinencia de las Políticas Públicas en Salud Mental en Rapa Nui. Lo cual, se espera que contribuya a generar un insumo para la formulación, desarrollo y evaluación de diseños de programas de salud mental atingentes al territorio insular.

Con la finalidad de generar información para la tesis, es que, dentro del trabajo de campo, se ha establecido diferentes entrevistas o grupos focales donde se le ha invitado para su participación en el presente estudio.

Si usted desea participar y acepta a ser grabada la conversación, favor firmar a continuación.

Nombre /Apellido	Cargo	Firma
------------------	-------	-------

Si usted tiene dudas o consultas puede usted dirigirse a:

Yillian Pakomio	Yillian.pakomio@gmail.com	Autora del Estudio	
Nombre/ Apellido	Mail	Cargo	Firma

Atte.

Yillian Pakomio Bahamondes.

Hanga Roa, octubre, 2019.

Anexo 2: Pauta de Grupo Focal a equipo de Salud Mental

Consigna: Bienvenidos y Bienvenidas todos y todas a esta reunión que tiene como objetivo generar información para mi tesis sobre la Pertinencia de las Políticas Públicas en Salud Mental en Rapa Nui.

Es importante que sepan que los datos serán utilizados de forma anónima y confidencial. Todas las opiniones son valiosas, no hay ni buenas ni malas respuestas.

Dimensión	Subdimensión	Preguntas
Identificación de las y los asistentes	-Caracterización	1. Para empezar, les pediré que se presenten con su nombre, el cargo y funciones principales que tienen en el Hospital Hanga Roa y el tiempo que llevan trabajando allí.
	-Vinculación con el Programa de Salud Mental	
Caracterización de cada Programa	-Tipos de Programas de Salud Mental	2. ¿Cuáles son los programas de salud mental que ofrece el HHR a la actualidad?
	-Características del perfil de usuarios por cada programa	3. Cuáles son las estadísticas del perfil de usuarios/usuarioas?
Diseño del Programa	-Población objetivo	4. ¿Bajo qué lineamientos funcionan los PSM del HHR?
	-Componentes y líneas de acción	5. ¿Cuáles son los enfoques que incorporan?
	-Coherencia interna de los Programas	6. ¿Cómo creen que se adecúa (o no) el diseño de los distintos PSM a la comunidad? ¿Qué aspectos positivos y/o negativos podrían destacar de esta vinculación?
	-Adecuación del modelo de institucionalidad de los programas	7. ¿En qué medida consideran que el diseño del Programa genera posibilidades para la adaptación en la comunidad Rapa Nui? 8. ¿Cuál es el nivel de participación de los usuarios en los diseños, metodologías y evaluaciones de los programas? 9. ¿Qué cabida tiene la medicina tradicional Rapa nui (Papa Ra'au) en el Programa de Salud Mental?
Viabilidad del Programa	-Recursos	10. ¿Consideran que la dotación de recursos materiales y humanos son suficientes (o no) para la implementación de los Programas?
	-Capacidad de actores y organizaciones	
	-Condiciones políticas y técnicas	11. Según su parecer, ¿Cuán viable son los PSM en su propuesta de intervención? 12. ¿Cómo evalúan el Plan de Salud Mental 2017-2025? ¿Cuál es su percepción de los cambios del plan anterior?

Implementación	<p>-Funcionamiento</p> <p>-Pertinencia</p>	<p>13. ¿Cómo han interpretado y puesto en práctica las Orientaciones Técnicas (OT) para la atención de SM con pueblos indígenas?</p> <p>14. ¿Qué prácticas podrían destacar que se han aplicado considerando esas OT?</p> <p>15. ¿Qué dificultades se han presentado durante el funcionamiento del programa?</p> <p>16. ¿Cuáles son los principales logros alcanzados?</p> <p>17. Según su parecer, ¿cuán pertinente es el PSM de HHR en Rapa Nui?</p> <p>18. ¿En qué consisten las OT, brevemente ¿las podría describir en sus aspectos centrales? ¿Qué significa para ustedes la pertinencia de la Política Pública de Salud Mental en Rapa Nui? ¿Cómo aplican esta pertinencia?</p>
Evaluación y Recomendaciones	<p>-Monitoreo y evaluación del programa</p> <p>Recomendaciones</p>	<p>19. ¿Con qué sistema de registro de datos se cuenta el programa para la medición de los objetivos?</p> <p>20. A su juicio, y con respecto a los requerimientos planteados por el diseño del programa a nivel nacional, ¿creen que se adecúan a las necesidades de la comunidad Rapa Nui? ¿Por qué motivo?</p> <p>21. Y, llegando al final de las preguntas, ¿Qué sugerencias o críticas harían a los diseños de los programas en los cuales ustedes trabajan?</p> <p>22. ¿Quisieran señalar algo más...?</p> <p>Muchas gracias.</p>

Anexo 3: Pauta de entrevista a los usuarios y usuarias del Programa de Salud Mental

Consigna: Gracias por su disposición y tiempo para esta entrevista que tiene como objetivo, generar información para mi tesis sobre la Pertinencia de las Políticas Públicas en Salud Mental en Rapa Nui. Para ello, se invitó a personas que son o hayan sido pacientes del Programa de Salud mental en el Hospital Hanga Roa.

Es importante que sepas que los datos serán utilizados de forma anónima y confidencial. Todas las opiniones son valiosas, no hay ni buenas ni malas respuestas.

Dimensión	Subdimensión	Preguntas
Identificación	-Caracterización	Para empezar, te pediré que te presentes con tu nombre, edad, a qué te dedicas y cuánto tiempo permaneciste en el Programa de Salud Mental (PSM) del Hospital Hanga Roa (HHR).
Comunidad Rapa Nui		- ¿Qué entienden por Comunidad? - ¿Quiénes conforman la Comunidad Rapa Nui?
Salud Mental		- ¿Qué entiendes por Salud Mental?
Políticas Públicas	-Diseños -Enfoque de Interculturalidad -Conocimiento del Convenio 169 -Utilización de la medicina tradicional Rapa Nui (Papa Ra'au)	- ¿Qué conocen del PSM del HHR? - ¿Qué opinión tienen del PSM? -Pensando en el diseño del programa, uno de los lineamientos que debiera considerar, al estar inserto en Rapa Nui, es el Enfoque de Interculturalidad. ¿Cómo entiendes ese concepto, y cómo creen que se ha aplicado en el PSM? -¿Crees que el programa de Salud Mental trabaja desde un Enfoque de Interculturalidad considerando que acá hay una cultura diferente? (Si la persona no tiene claridad sobre el concepto, comentar que dentro de la Interculturalidad, hay cuatro elementos que debieran estar presentes. Lo primero es el reconocimiento de la diversidad, El respeto a la diferencia, la equidad en las relaciones y el enriquecimiento mutuo. Describir cada una de ellas. -¿Conoces el Convenio 169? ¿Qué sabes de él? Si lo desconoce, contarles que en la parte 5 del Convenio 169, en su apartado de Seguridad Social y Salud, menciona la importancia de que todo lo que se implemente a nivel de salud, específicamente en salud mental, sea co-construido también en relación a la comunidad. De hecho, dice textual: “ <i>Los servicios de salud deberán organizarse en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones</i> ”

	<p><i>económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales”</i> Lo que acabo de leer, ¿crees que se aplica acá desde el equipo de Salud Mental? (Sí: De qué forma No: ¿Por qué?)</p> <p>- ¿Qué piensas de la aplicación de la medicina ancestral o tradicional? ¿Es parte del Programa de Salud Mental?</p> <p>-En Salud Mental ¿se ofrece la posibilidad de que hayan algunos antídotos naturales basados en hierbas para trabajar algunos malestares de salud mental?</p> <p>¿Cuál es la importancia que se le da a la medicina ancestral tradicional?</p> <p>- ¿Qué es para ti la Pertinencia Cultural?</p> <p>- ¿Hay pertinencia cultural en el PSM?</p> <p>- ¿A quién le corresponde hacerse cargo de la Salud Mental en la isla?</p>
<i>Conculusiones</i>	<p>Programa soñado</p> <p>- ¿Cómo te imaginas un programa soñado de Salud Mental? ¿Qué es lo que tiene que incorporar?</p>
<i>Fin de las preguntas</i>	<p>¿Alguna pregunta o comentario que quiera añadir?</p>

Muchas gracias.

Anexo 4: Pauta de entrevista a informante clave: Entrevista al Gestor del Programa de SM

Consigna: Bienvenido. Esta reunión tiene como objetivo generar información para mi tesis sobre la Pertinencia de las Políticas Públicas en Salud Mental en Rapa Nui. Para ello, se te invitó como un informante clave que podría generar información relevante para este estudio.

Es importante que sepas que los datos serán utilizados de forma anónima y confidencial. Todas las opiniones son valiosas, no hay ni buenas ni malas respuestas.

Dimensión	Subdimensión	Preguntas
Identificación del Entrevistado	-Caracterización	1. Para empezar, te pediré que te presentes con tu nombre, el cargo que tenías en el PSM en el Hospital Hanga Roa, las principales funciones que realizabas y el tiempo que estuviste trabajando allí. Finalmente, tu cargo actual.
	-Vinculación con el Programa de Salud Mental	2. ¿Cuál es tu experiencia en el tema desde que trabajas en Salud Mental?
Antecedentes del Programa	-Problema que da origen al Programa	3. ¿Cómo se gestó el PSM del Hospital Hanga Roa? (indagar en manifestaciones, cifras o perfiles de la población)
	-Atención de la problemática previa al inicio del programa	4. ¿En qué momento y bajo qué contexto social y nacional se inicia el Convenio del PSM del Hospital Hanga Roa?
Diseño del Programa	-Proceso de gestación del programa	5. Según tu opinión, ¿cómo era trabajado el tema antes de la llegada del PSM?
		6. A tu juicio, ¿qué papel juega la cosmovisión rapa nui, qué importancia tiene para el diseño e implementación de un programa de estas características?
		7. ¿Cómo percibiste los cambios que se han producido desde la instalación del Programa a la fecha? ¿Qué aspectos positivos y negativos podrían rescatarse durante este periodo?
	-Población objetivo	8. ¿Bajo qué lineamientos funcionaba en aquel entonces el PSM del HHR?
	-Componentes y líneas de acción	9. ¿Cuáles son los enfoques que incorporaba?
	-Coherencia interna del Programa	10. ¿Cómo percibías la interacción entre la coherencia interna del programa y la intervención comunitaria?
	-Adecuación del modelo de institucionalidad del programa	11. ¿Cómo crees que se adecuaba (o no) el diseño del PSM a la comunidad? ¿Qué aspectos positivos y/o negativos podrías destacar de esta vinculación?

<i>Viabilidad del Programa</i>		12. ¿En qué medida consideras que el diseño del Programa creaba posibilidades para la adaptación en la comunidad Rapa Nui?
	-Recursos -Capacidad de actores y organizaciones -Condiciones políticas y técnicas	13. ¿Considerabas que la dotación de recursos materiales y humanos era suficiente o insuficiente para la implementación del Programa? 14. ¿De qué forma se realizaban las supervisiones del Servicio, considerando el aislamiento geográfico? 15. Según tu parecer, ¿De qué forma era viable o inviable el PSM en su propuesta de intervención? 16. ¿Qué modelo te parecía más adecuado para otorgar viabilidad al Programa? 17. ¿Observaste algún enfoque que se pueda destacar mediante el cual funcionó el programa? 18. ¿Cómo viste la interpretación del equipo del PSM con el Plan Nacional de Salud de ese entonces?
<i>Implementación</i>	-Funcionamiento -Pertinencia	19. Considerando del día que empezaste al día en que cesaste tus labores en el PSM, ¿Cómo evaluas el funcionamiento y desarrollo de las actividades del programa? 20. ¿Qué dificultades se presentaron durante el tiempo que llevabas en el cargo? 21. ¿Se alcanzaban las coberturas y plazos programados? (En caso contrario) ¿Qué factores han intervenido para que esto no sea así? 22. A nivel de visibilidad del programa, ¿cuáles son los principales logros alcanzados en la región? 23. Según tu parecer, ¿cuán pertinente era el PSM de HHR en Rapa Nui? 24. Según tu opinión, ¿cuál fue el principal aporte del Programa de Salud Mental?
	-Monitoreo y evaluación del programa -Recomendaciones	25. ¿Con qué sistema de registro de datos contaba específicamente el programa para la medición de los objetivos? 26. A tu juicio, y con respecto a los requerimientos planteados por el diseño del programa a nivel nacional, ¿crees que se adecúan a las necesidades de la comunidad Rapa Nui? ¿Por qué motivo?
<i>Evaluación y Recomendaciones</i>		

Muchas gracias.

Anexo 5: Pauta de la primera Entrevista realizada a informante clave: Gestora de Calidad del Programa de Tratamiento de Drogas Tika Kuhane

Consigna: Gracias por su disposición y tiempo para esta entrevista que tiene como objetivo, generar información para mi tesis sobre la Pertinencia de las Políticas Públicas en Salud Mental en Rapa Nui. Para ello, se te invitó como un informante clave que podría generar información relevante para este estudio.

Es importante que sepas que los datos serán utilizados de forma anónima y confidencial. Todas las opiniones son valiosas, no hay ni buenas ni malas respuestas.

Dimensión	Subdimensión	Preguntas
Identificación del Entrevistado/a	-Caracterización -Vinculación con Senda	-Para empezar, le pediré que se presente con su nombre, cargo en la institución, las principales funciones que realiza y el tiempo que lleva trabajando en Senda - ¿Cuál es su experiencia en el tema desde que trabaja como Gestor de Calidad?
Antecedentes del Programa	-Problema que da origen al Programa -Atención de la problemática previa al inicio del programa -Proceso de gestación del programa	- Según su parecer, ¿cuáles son las características asociadas al consumo abusivo de alcohol en la comuna de Hanga Roa? (indagar en manifestaciones, cifras o perfiles de consumo) - ¿En qué momento y bajo qué contexto se inicia el Convenio Senda-Hospital Hanga Roa? -Según su opinión, ¿cómo era trabajado el tema antes de la llegada del Programa Tika Kuhane? - ¿Cómo percibe los cambios que se han producido desde la instalación del Programa a la fecha? ¿Qué aspectos positivos y negativos podrían rescatarse durante este periodo?
Diseño del Programa	-Población objetivo -Componentes y líneas de acción -Coherencia interna del Programa	- ¿A quiénes atiende el programa? - ¿Bajo qué lineamiento funciona Tika Kuhane? - ¿Cuáles son los enfoques que incorpora, que según su opinión son necesarios de destacar?

	-Adecuación del modelo de institucionalidad del programa	<p>- ¿Cómo percibe la interacción entre la coherencia interna del programa y la intervención comunitaria?</p> <p>- ¿Cómo cree que se adecúa (o no) el diseño del Programa Tika Kuhane al tratamiento en consumo abusivo de alcohol y otras drogas? Qué aspectos positivos y/o negativos podrían destacar de esta vinculación?</p> <p>- ¿En qué medida considera que el diseño del Programa crea posibilidades para la adaptación en la comunidad Rapa Nui? ¿A qué atribuye estas posibilidades?</p>
Viabilidad del Programa	<p>-Recursos</p> <p>-Capacidad de actores y organizaciones</p> <p>-Condiciones políticas y técnicas</p>	<p>- ¿Considera que la dotación de recursos materiales y humanos es suficiente o insuficiente para la implementación del Programa?</p> <p>-En su Calidad de Gestor, ¿de qué forma se puede realizar un proceso de gestión de calidad considerando el aislamiento geográfico?</p> <p>-Según su parecer, ¿De qué forma ha sido este programa viable, o inviable en su propuesta de intervención?</p> <p>- ¿Qué modelo le parece más adecuado para otorgar viabilidad al Programa?</p> <p>- ¿Observó algún enfoque que se pueda destacar mediante el cual ha funcionado el programa?</p> <p>- ¿Cómo ha visto la mediación entre la norma técnica del programa de tratamiento y el Programa en sí mismo, Tika Kuhane?</p>
Institucionalización del Programa	Modelos de gestión para implementación del Programa	<p>- ¿Cuáles son los canales de comunicación y coordinación que establecen con Senda Nacional? ¿Estos canales resultan eficientes y adecuados para su coordinación?</p> <p>- ¿Cómo funcionan los canales de comunicación con el Hospital Hanga Roa, considerando que el convenio está hecho con esta institución?</p>

		<p>-A su juicio, ¿cómo es la comunicación con el Programa mismo? ¿Considera que existe una complementariedad en esta relación?</p> <p>- En cuanto a la plataforma virtual donde se registran las intervenciones del programa, ¿obedecen a los realizados por los profesionales del programa?</p> <p>- ¿Cómo se ha vinculado el programa con las redes intersectoriales en Isla de Pascua, tanto en temática de drogas como otras asociadas?</p> <p>-¿Cómo percibe este vínculo con las redes en Santiago?</p>
<p>Implementación</p>	<p>-Funcionamiento</p> <p>-Evaluación resultados iniciales</p> <p>-Coberturas alcanzadas</p>	<p>-Al momento actual, ¿Cómo evalúa el funcionamiento y desarrollo de las actividades del programa?</p> <p>-Qué dificultades se han presentado durante el tiempo que lleva en el cargo?</p> <p>- ¿Se han alcanzado las coberturas y plazos programados? (En caso contrario) ¿Qué factores han intervenido para que esto no sea así?</p> <p>-En qué medida se han percibido efectos sobre la concientización del consumo de alcohol y otras drogas en la comunidad Rapa Nui? ¿De qué forma fue evaluado?</p> <p>-A nivel de visibilidad del programa, ¿cuáles son los principales logros alcanzados en la región?</p> <p>-Desde su instalación en marzo del 2015, ¿cuáles eran los objetivos esperados en esta materia de parte de Senda? ¿Qué factores contribuyeron a que se alcanzaran o no se alcanzaran?</p> <p>-Según su opinión, ¿cuál ha sido el principal aporte del Programa Tika Kuhane?</p> <p>-Con qué sistema de registro de datos cuenta específicamente el programa para la medición de los objetivos?</p>

		-Este registro, ¿responde a las intervenciones realizadas por los profesionales del programa Tika Kuhane?
Evaluación y Recomendaciones	-Monitoreo y evaluación del programa -Recomendaciones	<p>-A su juicio, con respecto a los requerimientos planteados por el diseño del programa a nivel central, ¿cree que se adecúan a las necesidades de la comunidad Rapa Nui? ¿Por qué motivo?</p> <p>-A la fecha, ¿Qué problemas se han presentado para la obtención y registro de datos de monitoreo y evaluación de los objetivos? ¿Qué recursos o acciones serían necesarias para superar estas dificultades?</p> <p>-Para finalizar, y tomando en consideración la experiencia de la implementación del programa en Isla de Pascua: ¿Cuál serían sus recomendaciones para fortalecer el programa en términos de logros y de objetivos esperados?</p> <p>- ¿Cuál serían sus recomendaciones para fortalecer el programa en términos de recursos monetarios, humanos, y de tiempo, en función de alcanzar los objetivos?</p> <p>-En la misma línea, ¿qué buenas prácticas que se haya dado en el Programa Tika Kuhane, pueden ser traspasadas a otras en términos de potencial mejora para el diseño e implementación de otros programas en la misma u otra comuna? ¿Por qué motivo?</p> <p>Muchas Gracias.</p>