

Interculturalidad en salud de acuerdo a prácticas de medicinas indígenas y complementarias, y su introducción en el sistema de Salud Público en Chile: Hallazgos de un estudio etnográfico

Alexandra Obach^{1a}, Báltica Cabieses^{2b}, Margarita Bernales^{3c}

1. ICIM, Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

2. ICIM, Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile. Visiting Research Fellow, Department of Health Sciences, University of York.

3. ICIM, Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

a Antropóloga Social, PhD; b Enfermera, Epidemióloga Social, PhD. c Psicóloga, PhD

Correspondencia a: Margarita Bernales, margaritabernales@udd.cl

Abstract

Objectives: To analyze the process of incorporation of non-allopathic therapies in the public health system at the primary and hospital care level in the city of Santiago de Chile, exploring the cultural, social and political implications that this phenomenon entails both at the level of individuals and in the health institutions.

Materials and methods: Multi-located ethnographic qualitative study that explored the introduction of indigenous medicine and complementary and alternative medicine (CAM) in public health facilities in the city of Santiago. The techniques of data collection used were semi-structured interviews (n=55) and participant observation. Thematic analysis was carried out.

Results: Three main thematic axes are observed: the use of non-allopathic therapies as a mechanism of resistance to biomedicine; users of non-allopathic therapies from a gender perspective, since women are the ones who report frequently moving between different therapies; and the introduction of non-allopathic therapies in public health institutions in a context of great interest of the public health system to incorporate non-allopathic therapies.

Discussion: This study recognizes the growing search for other forms of healing in Chile, beyond the public health system (a concept defined in this study as a "society of tandem"). This requires greater understanding and institutional consideration due to its possible effects in public health. These findings could inform new ways of defining and implementing intercultural health in Chile.

Key words: Health systems; complementary therapies; medicine, traditional; interculturality

Resumen

Objetivos: Analizar el proceso de incorporación de terapéuticas no alópatas en el sistema de salud público a nivel de atención primaria y hospitalario en la ciudad de Santiago de Chile, explorando las implicancias culturales, sociales y políticas que este fenómeno conlleva tanto en el plano de los individuos como en el de las instituciones de salud.

Materiales y métodos: Estudio cualitativo etnográfico multi-situado, que indagó desde dicho paradigma la introducción de medicinas indígenas, y alternativas y complementarias (MAC) en establecimientos públicos de salud de la ciudad de Santiago. Se utilizaron las técnicas de entrevistas semi-estructuradas (n=55) y de observación participante. Se realizó análisis temático.

Resultados: Se observan tres ejes temáticos principales: el uso de terapias no alópatas como mecanismo de resistencia a la biomedicina por parte de usuarios/as; usuarios/as de terapias no alópatas desde una perspectiva de género toda vez que las mujeres son quienes reportan transitar con frecuencia entre distintas terapias; y la introducción de terapéuticas no alópatas en instituciones públicas de salud en un contexto de gran interés por parte del sistema público de salud por incorporar terapias no alópatas.

Discusión: Se reconoce la creciente búsqueda por parte de las personas por otras terapias o formas de sanar en Chile, proceso definido en este estudio como una "sociedad del tanteo". Dicho fenómeno requiere de mayor comprensión y consideración institucional por sus posibles efectos en salud pública. Estos hallazgos podrían informar nuevas formas de definir e implementar la salud intercultural en Chile.

Palabras clave: Sistemas de salud; terapias complementarias; medicina tradicional; interculturalidad

Introducción

Una de las áreas de la interculturalidad con mayor desarrollo en América Latina en las últimas décadas ha sido la de la salud intercultural, concepto que hace referencia a un conjunto de acciones y políticas que tienden tanto a visibilizar e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud, como a generar una comunicación y diálogo entre personas pertenecientes a distintas culturas (1). En América Latina la mayor parte de las estrategias de salud intercultural implementadas hasta la fecha han estado centradas en la relación entre los pueblos originarios y la sociedad mestiza, y responden a razones históricas, sociopolíticas y epidemiológicas particulares de cada contexto. Esto ha tenido como consecuencia el desarrollo de acciones y políticas que consideran la diversidad solo desde las variables étnico-culturales de la población indígena en el proceso de atención de salud (2), dejando de lado una serie de prácticas que los sujetos despliegan para enfrentar los procesos de salud y enfermedad, independiente de su etnia, y que forman parte de las culturas sanitarias de las sociedades (3). Junto con lo anterior, una limitada reflexión respecto a las implicancias en salud poblacional de los enfoques desde los cuales se han desarrollado las iniciativas de salud intercultural, las cuales en muchos casos reproducen las relaciones de dominación y de colonización propias de la región (4,5).

Dado este panorama, las políticas y programas de salud intercultural instalados tanto en América Latina, y en Chile en particular, responden en forma limitada a las prácticas que los sujetos están desplegando en la actualidad en torno al cuidado de la salud (5-7), las cuales en general funcionan al margen del sistema oficial de salud, y tienen que ver tanto con aspectos propios de las culturas locales, como también con movimientos globales tales como la migración o acceso a medios de comunicación de masas (8). A partir de estas manifestaciones sociales, el sistema de salud está introduciendo algunas de estas prácticas dentro de su quehacer (9), por medio de programas de atención que si bien no son masivos, dan cuenta de ciertas transformaciones en la cultura biomédica local (7). Todos estos fenómenos están enriqueciendo y ampliando el pluralismo médico, término que hace referencia al uso potencial que la mayoría de la población hace de varias

formas de atención no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud (9). Esto implica que una persona puede manejar una amplia gama de modelos explicativos de la salud y el cuerpo, pudiendo coexistir varias interpretaciones dentro de un mismo sujeto o grupo social (10,11). Si bien históricamente el *pluralismo médico*, tanto en la región como en el país, comprendía básicamente a las medicinas indígenas (de los pueblos originarios), las populares (aquella que nace del encuentro entre las medicinas indígenas y la protomedicina traída por los conquistadores) y la biomedicina (medicina científica occidental considerada como el sistema médico oficial en gran parte del mundo) (12), hoy el abanico se extiende incluyendo nuevas opciones terapéuticas como las Medicinas Alternativas y Complementarias (MAC) (13-15), las que provienen de acervos culturales ajenos a los tradicionales de la región y el país. Bajo esta denominación se agrupan una serie de prácticas terapéuticas de diversos orígenes y procedencias, especialmente de tradiciones orientales. Con esto, se introducen en la cultura sanitaria local elementos provenientes de otras latitudes, produciendo con ello una síntesis entre lo global y local en los ámbitos de la salud, y ampliando el itinerario terapéutico de los sujetos.

En Chile este tema ha adquirido cierta visibilidad en el último tiempo, pero con escasa investigación asociada. Se estimó el año 2012 que el 55% de la población ha utilizado o utiliza MAC, siendo este uso diferenciado según sexo, edad y nivel socioeconómico (16). Esta introducción ha llevado a enriquecer la cultura sanitaria del país, así como a plantear el desafío de complejizar las definiciones en torno a la salud intercultural. En este sentido, se entiende que la diversidad cultural en salud traspasa las fronteras de lo indígena, y se inserta en un marco global caracterizado por la fluidez y la interconexión de la información y las prácticas sociales (17). En este marco, la investigación que se presenta tuvo como objetivo indagar acerca del proceso de incorporación de terapéuticas no alópatas (tanto de medicinas indígenas como de MAC) al interior del sistema de salud público en Chile, explorando las implicancias culturales, sociales y políticas que este fenómeno conlleva tanto en el plano de los individuos como en el de las instituciones de salud. La pertinencia de esta investigación radica en que no existen mayores estudios nacionales al respecto desde las ciencias sociales y la

salud pública. Se privilegió una mirada cualitativa ya que al ser un estudio exploratorio, interesaba indagar en la percepción de los diversos actores involucrados respecto al fenómeno.

Materiales y Métodos

Enfoque metodológico

La investigación se llevó a cabo desde el paradigma cualitativo, el cual busca indagar en cómo las personas dan sentido a su entorno social y de qué manera lo interpretan (18). Metodológicamente se realizó a través de la etnografía, la cual observa y describe las prácticas culturales de grupos sociales (19). Para efectos de la investigación se realizó etnografía multi-situada, con el fin de incluir de forma paralela múltiples escenarios sociales que permitieran mostrar la simultaneidad de los procesos involucrados en el fenómeno de estudio (20). El trabajo de campo se llevó a cabo durante los años 2007 y 2008 abarcando tanto el nivel de atención primaria en salud, como hospitales y comunidades, con el fin de lograr una aproximación a las complejidades que cada uno de estos escenarios presenta a la hora de implementar programas en esta línea.

Participantes

Se constituyó de acuerdo a criterios prácticos y de factibilidad. La muestra final de la investigación fue de 55 participantes, con la cual se logró la saturación de contenidos temáticos (21). Los sujetos fueron reclutados en los contextos abordados en el sistema público de atención de salud -el cual fue seleccionado ya que es el que tiene mayor cobertura a nivel nacional-, utilizando la técnica de bola de nieve de acuerdo a los criterios de inclusión utilizados.

Técnicas de recolección de información

Observación participante en los siguientes contextos:

1) Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas implementados en Atención Primaria en tres comunas del sector occidente de la Región Metropolitana (RM); 2) Programa de medicinas alternativas y complementarias, y de salud intercultural, de un hospital público del sector central de la RM; 3) Programa de Salud Integral de un hospital público del sector norte de la RM; 4) Comunidad mapuche ubicada en la IX re-

gión de Chile, donde se realizó observación participante de un *nguillatun*, principal rito religioso del pueblo mapuche (22).

Entrevistas semi-estructuradas a distintos actores sociales involucrados en la temática: médicos, autoridades de salud, usuarios y terapeutas de medicina indígena (machi (22,23), lawentuchefe (23), y otros agentes informales) y terapeutas de MAC. El total de entrevistas semi-estructuradas fue de 55.

Tabla 1. Resumen entrevistas semi-estructuradas

Contextos	Autoridades de salud	Equipos de salud	Agentes medicina mapuche	Terapeutas MAC	Usuarios	Total
Atención Primaria en 3 comunas sector occidente de RM	2	6	5		11	24
Hospital Público zona centro de RM	1	3	1	2	8	15
Hospital Público zona norte de RM	1	3		4	8	16
Total	4	12	6	6	27	55

Análisis

Toda la información se convirtió en material escrito. Las notas de campo y las entrevistas fueron transcritas palabra por palabra y ordenadas cronológicamente. El material fue analizado utilizando la estrategia de análisis temático, método de análisis cualitativo que permite identificar y analizar patrones temáticos a partir de los datos recolectados (21).

Criterios de rigurosidad

Para garantizar la credibilidad y confiabilidad de esta investigación se consideraron los siguientes criterios de rigurosidad (21): (i) Triangulación de método (entrevistas semi-estructuradas y observación participante) y de participantes; (ii) Audit Trail, a través de la creación de un diario de campo donde se registraron las ideas y experiencias del equipo de investigación, material fundamental para el análisis y proceso de la escritura; (iii) Revisión de Pares, a través del Comité Académico del Programa de Doctorado en Antropología Social y Cultural de la Universidad de Barcelona.

Criterios éticos

Para el análisis de las implicancias éticas de este proyecto, se consideraron los siete requerimientos pro-

puestos por Emanuel, Wendler y Grady (24) para la realización de investigación en el ámbito clínico. La propuesta fue aprobada por el Comité de Doctorado en Antropología Social y Cultural de la Universidad de Barcelona.

Resultados

Los principales resultados de esta investigación, realizada en los años 2007 y 2008, si bien aportan a la reflexión y discusión de la temática, no representan la situación actual del fenómeno. Estos resultados han sido ordenados en torno a tres ejes: uso de terapias no alópatas como mecanismo de resistencia a la biomedicina, usuarios/as de terapias no alópatas desde una perspectiva de género y la introducción de terapéuticas no alópatas en instituciones públicas de salud.

Uso de terapias no alópatas como mecanismo de resistencia a la biomedicina

Los sujetos usuarios de las diversas terapéuticas abordadas por el estudio reportan un interés creciente por buscar opciones de salud no alópatas, principalmente ya que perciben que la biomedicina no les está brindando la mejoría esperada. Los sujetos dicen sentirse vulnerables y desprotegidos en medio de los riesgos que acechan, riesgos percibidos como consecuencias derivadas principalmente del desarrollo biotecnológico e industrial del mundo actual. En este marco, las personas perciben a las prácticas biomédicas como fuente de riesgo. Frente a este temor buscan otras alternativas terapéuticas, sin hacer mayor diferenciación entre ellas. A estas opciones las califican de manera general como “medicina natural” ya que dicen que representan alternativas no farmacológicas para tratar las enfermedades y, como han sido utilizadas por diversas culturas a través de los siglos, les dan confianza:

“La naturaleza qué le va a hacer de malo a una, por eso confía una” (Mujer, usuaria medicina mapuche).

“Yo confío en la medicina de los mapuche porque trabaja con la tierra y la tierra es santa, la madre tierra como le decimos, entonces yo pienso que aquí está la curación de la persona porque todo lo que sea de la madre tierra es bueno para la salud” (Hombre, usuarios medicina mapuche).

Cabe destacar la escasa diferenciación que los sujetos hacen entre la medicina mapuche y las MACs, especialmente las personas sin una identificación étnica. Ambas medicinas aparecen en el imaginario de las personas como opciones terapéuticas que califican como “sanas” versus la biomedicina que es significada como una medicina artificial y altamente medicalizada:

“Toda la gente acá del hospital llevan tanto tiempo tomando tanto antiinflamatorio, remedios, y siguen igual, entonces quieren buscar algo nuevo (...)o lo que me pasó a mi, yo no usaba lentes pero la cortisona me cortó la vista, entonces uno se da cuenta de esas cosas y por eso quiere buscar cosas naturales” (Mujer, usuaria MAC).

Más allá de la desconfianza que genera la biomedicina, las personas dicen otorgar gran valor al hecho de que sean las propias instituciones biomédicas las que ofrecen alternativas no alópatas de tratamiento, esto porque aun cuando existe una noción de riesgo respecto a la biomedicina, ésta se mantiene en la percepción de las personas como la medicina oficial y le confieren autoridad. De esta manera, se presenta una interesante paradoja ya que las personas confían a la vez que dudan del sistema biomédico, es decir, les acomoda que las terapéuticas no alópatas se acrediten al alero de una institucionalidad que perciben como riesgosa. Esto se puede apreciar tanto en los niveles de atención primaria, como hospitalarios y comunitarios abordados en la investigación.

Usuarios/as de terapias no alópatas desde una perspectiva de género

Desde una perspectiva de género es posible observar que las mujeres son quienes más reportan percibir efectos negativos de la denominada sobremedicalización de la biomedicina, no así los hombres quienes no dan mayor importancia a los asuntos vinculados con el cuidado de la salud:

“Ni me hable del consultorio porque yo perdí el oído por el consultorio, ahí no te hacen nada (...) quedé sorda de este oído, puro ruido, ruido, nunca más. No le tengo fe al consultorio” (Mujer, usuaria medicina mapuche).

Los hallazgos sugieren que las mujeres son quienes

más transitan entre terapias, sin cuestionarse su pertenencia identitaria para con ninguna de ellas. Ellas son quienes más utilizan los recursos de salud estudiados y, a la vez, quienes relatan ejercer con mayor soltura y fluidez un tránsito permanente entre diversas estrategias de salud:

“Yo voy a todas partes donde me puedo mejorar en cambio mi marido no porque no le interesa, no busca su mejoría como la busco yo que la busco en todas partes” (Mujer, usuaria MAC).

“Llegan más mujeres, mira para que un hombre vaya a consultar tiene que estar bien para el gato, hay mucha más conciencia de la necesidad de estar mejor o percibir los desequilibrios en la mujer” (Equipo salud, Hospital).

Uno de los principales motivos que reportan las mujeres para realizar este tránsito tiene que ver con una búsqueda de relaciones médico-paciente diferentes a aquella que ofrece la biomedicina, la que califican como fría y distante, y que potencia el desconcierto y la desconfianza para con la atención alópata:

“Siento que acá se respeta más a la persona, no se me trata como a una cosa, por eso me gusta que haya esto. (...) Aquí es distinto, tú eres persona. Esa es como la diferencia que siento yo. Que la hace sentir persona y la hace volver a uno mismo. Por eso me gusta” (Mujer, usuaria MAC).

La introducción de terapéuticas no alópatas en instituciones públicas de salud

Los resultados de la investigación dan cuenta del interés creciente que existe por parte de las instituciones públicas de salud por incorporar elementos de otras tradiciones terapéuticas:

“Uno siente que en este hospital hay más gente interesada en estas cosas, hay más gente desde los trabajadores y desde los médicos también que es un nicho que siempre ha costado tanto que entren estas cosas” (Equipo salud, Hospital).

Existe un interés por parte de la biomedicina por ampliar su oferta terapéutica y, con ello, dar respuestas a dolencias que en la actualidad no está siendo capaz de

entregar:

“Porque mi médico tratante, yo tengo una enfermedad reumática, él se dio por vencido, llevaba ocho meses con licencia, no me mejoraba, estaba con las rodillas súper hinchadas, con un problema de gota también, súper complicada, entonces me dijo sabes, es hora que tú busques alternativas y las alternativas que nos gustaría que vieras son las abejas, y me dijo en el hospital está la doctora D, por qué no la vas a ver, y llegué donde la doctora D y me dijo que estaban haciendo apiterapia acá” (Mujer, usuaria MAC).

Dicha incorporación conlleva en muchos casos una adecuación de las terapéuticas no alópatas a la lógica biomédica. Ejemplo de esto son las exigencias que ponen algunas instituciones biomédicas a las terapéuticas no alópatas para que se acomoden a los espacios, tiempos y sistemas de medición de eficacia de la medicina alópata:

“(...) las mayores dificultades es que no conocemos tanto de esto no más, y ahí hay harta ignorancia de cómo uno lo instala, porque uno quiere aplicar los mismos moldes como instala otros proyectos, con esos mismos factores, evaluaciones, indicadores” (Autoridad salud).

Discusión

La interculturalidad en salud analizada desde las prácticas de las personas se construye desde una lógica que denominamos como la de una sociedad del tanteo en los ámbitos de la salud. Este concepto, el cual se acuña a partir de los resultados de la investigación, hace referencia al hecho que en la actualidad los sujetos prueban diversas terapias de salud sin con ello poner en juego pertenencias. Las personas no se quedan atados a una identidad específica, sino que circulan por diversos universos de significado sin por ello sentirse en contradicción. De este modo, en estas prácticas más que una búsqueda por una identidad específica (por ejemplo, la indígena), lo que los sujetos persiguen son respuestas frente al panorama incierto y riesgoso que representa el mundo actual, y que perciben también representa la biomedicina. Esto coincide con lo expuesto por diversos autores que sostienen que las personas buscan,

a través de diversas estrategias terapéuticas, expandir sus estrategias de cuidado de la salud más allá de las fronteras de la medicina convencional (9,10,25,26). En este escenario, tanto los usuarios como los operadores de atención de salud están exigiendo la revitalización de los servicios de salud y haciendo hincapié en una atención individualizada y más centrada en la persona, elementos centrales en las terapias no alópatas (27).

De acuerdo a los hallazgos de la investigación se puede decir que la sociedad del tanteo en salud se construye como un recurso que nace desde las personas para agenciar la propia salud. Eso sí, resulta interesante analizar la manera en que el sistema biomédico se incorpora dentro de la lógica del tanteo en salud, y la forma en que pone a disposición de las personas una amplia variedad de tratamientos y productos de salud, lo cual abarca un extenso espectro de posibilidades terapéuticas. Además, cabe destacar el hecho que las personas valoran el que la biomedicina incorpore estos recursos. Esto coincide con lo que sucede en otras partes del mundo. En Suiza, por ejemplo, alrededor de tres cuartos de los profesionales de atención primaria practican las MCA o derivan a sus pacientes a terapias de MCA (28). En el Reino Unido se han establecido diversas recomendaciones para políticas públicas que apuntan hacia el desarrollo de un marco que permita el acceso de los pacientes a las MCA, específicamente en atención primaria (29).

Si bien se puede suponer que este fenómeno democratiza el acceso a la salud y visibiliza la diversidad cultural del país, también puede ser leído como una apropiación por parte de la biomedicina de otros saberes terapéuticos en un momento de gran demanda por este tipo de estrategias de salud. Esta mirada crítica respecto a la introducción de terapéuticas no alópatas dentro del quehacer biomédico reconoce de todos modos que las iniciativas llevadas a cabo por el Estado representan interesantes ejemplos de apertura, democratización y equidad del aparato estatal en el campo de la salud al incluir las diferencias y generar programas e iniciativas de incorporación de tradiciones terapéuticas indígenas. Pero también representan nuevas estrategias de control y dominio sobre los cuerpos humanos, principalmente de los cuerpos femeninos ya que son ellas quienes más resisten al sistema biomédico y generan mayores prácticas de tanteo en salud. Esto permite ob-

servar que la variable género juega un rol fundamental en la temática abordada (30-33), ya que las mujeres son quienes más utilizan los recursos de salud estudiados y, a la vez, son ellas quienes relatan ejercer con mayor soltura y fluidez un tránsito permanente entre diversas estrategias de salud. Una de las razones para explicar este fenómeno puede ser el histórico vínculo que las mujeres han establecido con los ámbitos de la salud, al estar éstos asociados a los espacios privados de la cultura, por ende, a los espacios femeninos. Al estar históricamente las mujeres vinculadas a los ámbitos de la salud, parecieran ser más proclives a experimentar con nuevas alternativas en este campo siendo capaces de traspasar las fronteras de lo local para incorporar dentro de sus saberes prácticas y conocimientos que vienen de lo global.

La investigación ha buscado abrir la discusión en torno a la definición y los alcances de la salud intercultural, y pone el énfasis en la necesidad de observar tanto las prácticas de los sujetos así como de las instituciones para comprender los significados que la diversidad en salud está teniendo en la actualidad, y la manera en que lo global se funde con lo local para dar como resultado productos terapéuticos nuevos, originales, cuyos alcances tanto terapéuticos como sociales requieren ser analizados en el marco de la Salud Pública.

Existen varias implicancias de este estudio para la práctica en salud. Destacamos la importancia de hacer diagnóstico de sistema de salud en Chile sobre este tema, que es dinámico en el tiempo, actualizar estudios de prevalencia de prácticas reales nacionales y locales en torno a los usos y significados que medicinas indígenas y complementarias tiene tanto para usuarios como para las instituciones de salud, y por último avanzar en marcos conceptuales basados en evidencia mundial y pertinencia cultural para Chile desde la autoridad sanitaria, que permitan determinar adecuados indicadores de monitoreo de necesidad, uso y efectividad. Futuros estudios podrían apoyar en la urgente necesidad en Chile y la región de vincular en forma efectiva y no dogmática los diferentes sistemas médicos, incluido el tema emergente de migrantes, para un enfoque renovado de interculturalidad y actualizado de interculturalidad en salud.

Referencias Bibliográficas

1. Alarcón AM, Vidal A, Neira Jaime. 2003. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica de Chile*; 131: 1061-1065.
2. Alarcón A., Astudillo P, Barrios S, Rivas E. 2004. Política de salud intercultural: perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile. *Revista Médica de Chile*. 2004; 132: 1109-1114.
3. Haro J. 2000. Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En: Perdigüero, Comelles, editores. *Medicina y Cultura*. Barcelona: Edicions Bellaterra: 101-165.
4. Boccara G. 2007. Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile. *Chungará, Revista de Antropología Chilena*; 39 (2): 185-207.
5. Walsh C. 2010. Interculturalidad crítica y educación intercultural. En: Viaña, Tapia, Walsh, editores. *Construyendo interculturalidad crítica*. Instituto Internacional de Integración. La Paz: Convenio Andrés Bello.
6. Perdigüero, E. 2009. Sobre el pluralismo asistencial. En: Comelles, Martorell, Bernal, editores. *Enfermería y Antropología*. Barcelona: Icaria; 113-137.
7. Comelles J. 2004. El regreso de las culturas. Diversidad y práctica médica en el siglo XXI. En Fernández G, coordinador. *Salud e Interculturalidad en América Latina*. Quito: Abya Yala: 31-52.
8. Larrea C, Martínez A. 2006. Antropología Médica y políticas transnacionales. Tendencias globales y experiencias locales. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia. Sèrie Monogràfics* 22. Barcelona: Editorial UOC.
9. Menéndez E. 2004. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En: Spinelli, compilador. *Salud Colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial: 11-47.
10. Blair O'connor B. 1995. *Healing traditions. Alternative medicine and health professions*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
11. Johannessen H, Lázár I. 2006. *Multiple Medical Realities. Patients and Healers in Biomedical, Alternative and Traditional Medicine*. Oxford: Bergham Books.
12. Citarella L. 2000. *Medicina y culturas en la Araucanía*. Santiago: Editorial Sudamericana.
13. Ernst, E. Surveys of CAM usage. *International Journal of Clinical Practice*, 66: 915-916. DOI: 10.1111/j.1742-1241.2012.03002.x
14. Eisenberg D, David Rt, Ettner SI. 2001. Complementary and Alternative Medicine-An Annals Series. *Annals of International Medicine*: 135-208.
15. Calderón D, Rojas R. 2008. *Medicinas alternativas. Avances en el bienestar y calidad de vida*. Santiago: Editorial Renacimiento.
16. MINSAL. 2012. Estudio sobre conocimiento, utilización y grado de satisfacción de la población chilena en relación a las Medicinas Complementarias Alternativas. Subsecretaría de Salud Pública, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Santiago: Gobierno de Chile.
17. Bauman S. 2002. *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
18. Creswell J. 2014. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 4 ed. California: SAGE Publications.
19. Creswell J. 2013. *Qualitative Inquiry and Research Design*. London: Sage Publications.
20. Marcus G. 2001. Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal. *Revista Alteridades*; 11(22): 111-127.
21. Patton M. 2002. *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Thousand Oaks, CA. Sage.
22. Montecino S. Mitos de Chile. 2003. *Diccionario de seres, magias y encantos*. Santiago: Editorial Sudamericana.
23. Bacigalupo AM. 2001. La voz del Kultrun en la modernidad. Tradición y cambio en la terapéutica de siete machi mapuche. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
24. Emmanuel E, Wendler D, Grady C. 2000. What makes clinical research ethical? *Jama*; 283 (20): 2701-2711.
25. López Piñero, J.M. 2001. *Breve historia de la medicina*. Madrid: Alianza Editorial.
26. Lupton, D. 2000. *Medicine as culture: illness, disease and the body in western societies*. London: SAGE Publications.
27. Veziri et al. 2017. Barriers to conduct an application of research in complementary and alternative medicine: a systematic review. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 16:166. DOI: 10.1186/s12906-017-1660-0.
28. Busato, A. and Künzi, B. 2010. Differences in the quality of interpersonal care in complementary and conventional medicine. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 10:63.
29. Maha, N. and Shaw, A. 2007. Academic doctors' view of complementary and alternative medicine (CAM) and its role within the NHS: an exploratory qualitative study. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 7:17. Doi: 10.1186/1472-6882-7-17.
30. Scott J. 1990. El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: *Las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*. Valencia: Institut d'Estudis Valencians:23-56.
31. Lamas M. 1999. Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. *Papeles de población*, julio-septiembre, número 021, Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México: 147-178.
32. Montecino S. 2003. Hacia una antropología del género en Chile. En: *Mujeres. Espejos y Fragmentos*. Santiago: Aconcagua.
33. Rohlf I. 2003. Género y salud: diferencias y desigualdades. *Revista Quark: Ciencia, Medicina, Comunicación y Cultura*. N°27. Enero-Marzo. Barcelona: 36-40.