

Develando las concepciones del desarrollo y la situación sanitaria en niños diaguita en el marco de atención primaria en salud

Unveiling Conceptions of Development and Health Status in Diaguita Children within the Framework of Primary Health Care

Desvelando as concepções de desenvolvimento e a situação sanitária em crianças diaguita no âmbito da atenção primária em saúde

Olga Susana Faúndez Madrid¹, ORCID 0009-0007-0520-8360

Camila Lucchini-Raies², ORCID 0000-0001-5704-9778

Francisca Márquez-Doren³, ORCID 0000-0001-8093-4687

^{1 2 3} Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile

Resumen: Introducción: La supervisión del crecimiento y desarrollo infantil es un deber que responde a imperativos jurídicos, éticos y de salud pública, fundamentales para el bienestar biopsicosocial y el potencial humano. A pesar de los avances en políticas sanitarias, las infancias indígenas de Chile presentan peores indicadores sanitarios que la población general. Objetivo: Entender el significado de desarrollo y salud de las infancias diaguita atendidas en el marco de la atención primaria en salud. Metodología: Diseño cualitativo fenomenológico a través del análisis secundario de 11 entrevistas a 8 madres de familias diaguita y 3 profesionales de salud que atienden a esta población. Resultados: El análisis reveló 3 categorías principales: I. Percepciones sobre los aspectos tradicionales del desarrollo y bienestar infantil; II. Legado cultural y comunitario diaguita; y III. Experiencias con los sistemas de salud. Conclusión: Las familias diaguita de Atacama entienden el desarrollo infantil desde una visión holística, vinculada a su cosmovisión y legado ancestral compartida en las familias y comunidad. Su experiencia con la atención sanitaria afecta su evaluación y adherencia a la atención primaria y salud, al percibir escaso interés hacia su cultura y tratos discriminatorios. El personal de salud también reconoce la falta de herramientas para ofrecer una atención culturalmente pertinente.

Palabras clave: desarrollo infantil; pueblos indígenas; competencia cultural.

Abstract: Introduction: Monitoring child growth and development is a duty that responds to legal, ethical, and public health imperatives, and is fundamental to biopsychosocial well-being and human potential. Despite advances in health policies, indigenous children in Chile exhibit worse health indicators than the general population. Objective: To understand the meaning of development and health for Diaguita children cared for within the framework of PHC. Methodology: A qualitative phenomenological design was used, involving secondary

analysis of 11 interviews with 8 Diaguita mothers and 3 health professionals who serve this population. Results: the analysis revealed 3 main categories: I. Perceptions about traditional aspects of child development and well-being; II. Diaguita cultural and community heritage; and III. Experiences with health systems. Conclusion: Diaguita families in Atacama understand child development from a holistic perspective, closely linked to their worldview and ancestral heritage, which is shared within their families and communities. Their experience with healthcare impacts their assessment and adherence to primary care, as they perceive a lack of interest in their culture and discriminatory treatment. Healthcare personnel also recognize a lack of tools to provide culturally relevant care.

Keywords: child development; indigenous people; cultural competency.

Resumo: Introdução: A supervisão do crescimento e desenvolvimento infantil é um dever que responde a imperativos jurídicos, éticos e de saúde pública, fundamentais para o bem-estar biopsicossocial e o potencial humano. Apesar dos avanços nas políticas sanitárias, as crianças indígenas do Chile apresentam piores indicadores sanitários do que a população geral. Objetivo: Compreender o significado de desenvolvimento e saúde das crianças diaguita atendidas no âmbito da atenção primária em saúde (APS). Metodologia: Desenho qualitativo fenomenológico, por meio da análise secundária de 11 entrevistas com 8 mães de famílias diaguita e 3 profissionais de saúde que atendem essa população. Resultados: A análise revelou 3 categorias principais: I. Percepções sobre os aspectos tradicionais do desenvolvimento e bem-estar infantil; II. Legado cultural e comunitário diaguita; e III. Experiências com os sistemas de saúde. Conclusão: As famílias diaguita do Atacama compreendem o desenvolvimento infantil a partir de uma visão holística, vinculada à sua cosmovisão e ao legado ancestral compartilhado nas famílias e na comunidade. Sua experiência com a atenção sanitária afeta sua avaliação e adesão à atenção primária à saúde, ao perceberem escasso interesse por sua cultura e tratos discriminatórios. A equipe de saúde também reconhece a falta de ferramentas para oferecer uma atenção culturalmente pertinente.

Palavras-chave: desenvolvimento infantil; povos indígenas; competência cultural.

Recibido: 15/05/2025

Aceptado: 04/11/2025

Cómo citar:

Faúndez Madrid OS, Lucchini-Raies C, & Márquez-Doren F. Develando las concepciones del desarrollo y la situación sanitaria en niños diaguita en el marco de atención primaria en salud. Enfermería: Cuidados Humanizados. 2025;14(2):e4604. doi: 10.22235/ech.v14i2.4604

Correspondencia: Francisca Márquez-Doren. E-mail: fmarquez@uc.cl

Introducción

La supervisión del crecimiento y desarrollo infantil constituye una normativa esencial dentro del sistema de salud, enmarcada en las estrategias de salud pública orientadas a la protección integral de las infancias. Esta práctica surge como respuesta no solo a

directrices técnicas, sino también éticas y jurídicas de alcance internacional y nacional, ⁽¹⁾ que resguardan el bienestar integral y los derechos de las infancias en función de su condición humana e identidad. Su implementación contribuye a la protección del capital humano, al desarrollo de futuras generaciones y a la promoción de la equidad social. ^(2,3) En este contexto, una comprensión integral de la salud y el desarrollo infantil debe considerar la diversidad familiar y las circunstancias de la vida, adoptando un enfoque holístico que abarque crecimiento físico tanto como dimensiones sociales, emocionales y cognitivas. ⁽⁴⁾

La etnia es un determinante social estructural que afecta la salud de los individuos, ⁽⁵⁾ vinculado a procesos históricos de discriminación. Corresponde a un constructo social utilizado muchas veces para establecer divisiones y justificar prácticas segregacionistas en diversas sociedades. ⁽⁶⁾ Estas diferencias sociales han sido históricamente instrumentalizadas por grupos dominantes en función de características físicas selectivas, generando desigualdades estructurales. El enfoque de los determinantes sociales de la salud permite disminuir estas barreras, abordar problemas complejos vinculados a esta inequidad y favorecer la transición hacia la salud universal. ⁽⁷⁾

En este marco, la comprensión de la etnicidad como un factor estructural permite contextualizar las desigualdades observadas en la población infantil indígena, donde esta categoría interactúa con otros factores de estratificación social, como el nivel socioeconómico. La pobreza es posiblemente el determinante individual más importante, de manera que juntos amplifican el riesgo de inequidades en salud. ⁽⁸⁾ Las infancias de pueblos indígenas de las Américas han presentado históricamente mayor nivel de violencia, menores niveles de escolaridad, de acceso a servicios básicos y mayor pobreza. ⁽⁹⁾ Esta situación encuentra un correlato en el contexto chileno donde, según el Censo 2017, 596.582 infancias y adolescencias pertenecen a un pueblo originario representado mayoritariamente por mapuche (79 %); aymara (8 %) y diaguita (4,3 %). De este último, un tercio reside en Región de Atacama. ⁽¹⁰⁾ Según las encuestas Casen 2017 y 2022, las infancias y adolescencias indígenas presentan altos índices de pobreza por ingreso y pobreza multidimensional, siendo las personas menores de 3 años las más vulnerables. Las comunidades indígenas también presentan peores indicadores sanitarios que la población general, debido a problemas de salud vinculados a necesidades básicas no satisfechas denominada como *acumulación epidemiológica*, en cuyo patrón epidemiológico persisten simultáneamente altos niveles de infecciones comunes, enfermedades degenerativas y/o crónicas y lesiones. ⁽¹¹⁾

Los pueblos originarios de Latinoamérica conciben la salud como una forma de bienestar integral, que articula la conexión entre el ser humano, la naturaleza y lo sagrado, y se fundamenta en principios de equilibrio, reciprocidad y respeto por la vida. Este enfoque ha influido en avances legislativos orientados a fortalecer sistemas de salud coherentes con las políticas de etnicidad y salud promovidas por la OPS/OMS. ⁽¹²⁾ No obstante, pese a estos progresos normativos, persisten importantes desafíos en su implementación. En particular, la atención primaria en salud (APS) enfrenta dificultades para el monitoreo de la salud infantil, debido a la escasa evidencia que respalde dichos avances. Esto se relaciona, en parte, con deficiencias en la obtención y gestión de datos estandarizados sobre salud indígena, lo que ha limitado los estudios a experiencias o casos aislados.

Dado que la APS cumple un papel clave en el seguimiento del desarrollo infantil, resulta necesario profundizar en la comprensión de las realidades de las comunidades indígenas. En este marco, la presente investigación busca aportar a la comprensión integral del concepto de desarrollo para las familias diaguita y de la situación sanitaria de sus infancias en el contexto de la atención primaria en la Región de Atacama.

Metodología

Este estudio, de carácter cualitativo y con enfoque fenomenológico, se basó en el análisis de datos secundarios obtenidos de once participantes entrevistados entre el 2 y el 5 de octubre de 2023. Las entrevistas fueron realizadas en el contexto de una investigación primaria, de carácter mixta, solicitada por el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), sobre los tres pueblos originarios con mayor población del país.

El presente trabajo analizó las entrevistas realizadas en la población diaguita correspondientes a ocho madres de familias con niños y niñas menores de nueve años, y tres integrantes del equipo de salud que brindan atención en el nivel primario a esta población infantil. Para la selección de los participantes se contó con la colaboración de referentes de los pueblos originarios de la región, considerando además la vinculación de las familias con la red pública de salud, información que fue corroborada con el MINSAL. A través de un muestreo intencionado, se acordó el reclutamiento de al menos ocho familias y dos profesionales de la salud directamente relacionados con su atención.

El estudio primario, titulado “Estudio mixto sobre concepciones de desarrollo, evaluación y situación de salud de niños y niñas indígenas en el marco de la supervisión de salud integral que se realiza en la atención primaria”, publicó los resultados preliminares de la línea base en el informe técnico “Las infancias invisibilizadas: desafíos de los datos estadísticos e indicadores biopsicosociales de niños y niñas indígenas y migrantes”, ⁽¹³⁾ en 2024. La publicación de los resultados del trabajo integral aún está en proceso.

Los datos del estudio primario se recolectaron mediante una entrevista en profundidad semiestructurada. La pregunta orientadora fue: “¿Qué entiende usted y su familia por crecimiento y salud infantil?”. A partir de las respuestas obtenidas, se solicitó a las participantes profundizar en los temas emergentes, complementando la conversación con preguntas orientadas a los cuidados colectivos en la infancia, los cuidados personales y familiares durante esta etapa, así como a las experiencias vividas en el sector salud.

El análisis utilizado en esta investigación posee un enfoque fenomenológico de carácter descriptivo, inspirado en Edmund Husserl ⁽¹⁴⁾ orientado a identificar unidades de significado y categorías esenciales de la experiencia vivida en las familias. Tras la transcripción de los audios originales, se realizó un análisis interpretativo con el apoyo del programa Dedoose. ⁽¹⁵⁾ La estructura del fenómeno fue desarrollada y validada en conjunto con las autoras del estudio original.

Para garantizar el rigor metodológico, se aplicaron los criterios de Guba y Lincoln ⁽¹⁶⁾ (credibilidad, auditabilidad y transferibilidad), supervisados por las mismas expertas, quienes también actuaron como tutora y revisora de este trabajo. Durante todo el proceso se respetaron los principios éticos establecidos por Ezequiel Emanuel ⁽¹⁷⁾ para estudios cualitativos, y se contó con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (ID: 231222001).

Resultados

Las familias estuvieron representadas por mujeres diaguita, todas ellas madres de infancias diaguita, cuyas edades oscilaron entre 31 y 46 años. La mayoría tenía más de un hijo o hija y contaba con al menos siete años de experiencia en controles de salud infantil en APS. Cuatro de ellas trabajaban o habían recibido formación en el área de la salud, mientras que el resto se dedicaba principalmente a labores domésticas, complementadas con trabajos

esporádicos de carácter informal. Todas residían o participaban activamente en comunidades diaguita, principalmente de sectores rurales.

Las edades de los niños y niñas se situaron entre los 2 y 9 años. En cuanto al grupo profesional, estuvo conformado por dos profesionales de enfermería y una profesional del área de nutrición, todos con una experiencia laboral mínima de diez años en el nivel de atención primaria.

El análisis en profundidad de las entrevistas reveló tres categorías fenomenológicas: I. Percepciones tradicionales del desarrollo y bienestar infantil; II. Legado familiar y cultural diaguita y III. Experiencias en el sistema de salud.

Percepciones relacionadas a los aspectos tradicionales del desarrollo y bienestar infantil

En esta categoría, las entrevistas a las madres develaron subcategorías que se relacionan con 1) la salud física y desarrollo cognitivo; 2) la salud emocional y afectiva; 3) la salud social y espiritual; 4) los hábitos alimenticios; 5) enseñanzas respecto al autocuidado y 6) la valoración de personas significativas en la crianza.

En los relatos de las madres, la salud física y el desarrollo cognitivo de sus hijos aparece como una preocupación persistente que atraviesa toda la experiencia de crianza. Esta dimensión es comprendida en el marco del crecimiento y desarrollo infantil, y se asocia con los desafíos que enfrentan las infancias al adaptarse a distintas exigencias personales y sociales. Junto a ello, las madres otorgan un valor central al bienestar emocional y al desarrollo afectivo, entendidos como procesos vinculados a la emergencia y consolidación de los sentimientos. Asimismo, reconocen que la forma en que sus hijos construyen una imagen de sí mismos tendrá un impacto decisivo en su desarrollo emocional y en su capacidad de desenvolverse socialmente en el futuro.

La he visto más grande, y yo le he visto, que a ella le salieron pe... que ya como que estaba desarrollada, como que el cuerpo se está desarrollando como de una niña de 10 años. Entonces yo tengo que tener precaución con eso porque ya a la niña la pueden mirar de otra manera (FMD1).

Por la sospecha que tiene (voz baja y pausada) no se ha visto mucho cambio, él en este momento no habla, eh no da indicios de... por ejemplo de... interactuar con uno, eh no... señala tampoco, el comportamiento de él a diario, es... se mete a su carpa y juega, y ese es su comportamiento diario (FMD3).

Acá son libres de ir a jugar, de [pausa] el J vive lleno de tierra él pesca la tierra y a la chuña pa arriba de la cabeza, así se llena de tierra, así es feliz [...]. Él es un niño feliz aquí (FMD2).

Usted sabe que es un niño, un niño cuando ya está adulto tiene su dentadura mala, es mal mirado, eso le va a bajar mucho su autoestima (FMD4).

Los hábitos alimenticios de estas familias están estrechamente vinculados a las costumbres familiares, las cuales se comparten también dentro de la comunidad que viven o participan. Estas costumbres, transmitidas de generación en generación, constituyen una parte fundamental de su patrimonio cultural, como el uso de hierbas en la preparación de sus alimentos, aprendidas de generaciones anteriores. Desde la perspectiva de los profesionales de la salud, las prácticas observadas no resultan fácilmente diferenciables de aquellas presentes en otras comunidades, incluyendo familias de otros pueblos originarios, grupos migrantes o población general.

Igual lo que son los montes y cosas así, con eso siempre a nosotros le hemos dado la leche a los niños, la leche de cabra, la leche de vaca, siempre se la damos con ese, con monte (FMD5).

Pero sí sólido, siempre vemos como que la alimentación la comienzan antes, pero qué alimento exclusivo, no (PSE1).

En cuanto a la alimentación [...] es urbana entonces cuando compran un alimento, ¿dónde van? al súper o locales comerciales, entonces no hay algo especial que... para la comida, la alimentación (PSN).

Las madres entrevistadas mencionan que enseñan directamente a sus hijos sobre los riesgos a los que estarán expuestos durante su crecimiento, así como sobre las prácticas de autocuidado que deben aprender. Estas enseñanzas se llevan a cabo principalmente en el ámbito familiar, con el apoyo de la comunidad.

Entonces voy con ella, me cepillo los dientes con ella le enseño cómo se tiene que cepillar los dientes. Ahora le estoy enseñando también a bañarse sola (FMD1).

Ahora le estoy enseñando a él, el tema para que se sepa hacer sus cosas, poner la tetera en caso de que yo no estoy (FMD2).

Mi hija me dice “mamá, yo quiero ir a donde una amiga”: “no, donde mis ojos te vean [...] yo no conozco la mamá de esa niña y no conozco el papá de esa niña y yo no te puedo mandar a una casa siendo que yo no conozco los padres de esa niña” (FMD8).

La valoración de personas significativas en la crianza de los hijos, como la influencia especialmente de las abuelas así como guías espirituales de su cultura, es otro aspecto valorado en el proceso de crianza.

Ella (machicúa) me decía el otro día... lo miró y me dice: “Eli, ¿sabí que J tiene un problema en su ojo?”. Yo lo había notado [...], como sería que lo vio mirando en el este, se fijó, me dice: “El J se le va un ojito”, sí, yo lo había notado, nadie más lo ha notado” (FMD2).

Legado familiar y cultural diaguita de la comunidad

En esta categoría emergen aspectos relacionados con: 1) el aporte que les brinda ser parte de una de estas comunidades; 2) la transmisión de valores que puede favorecer esta instancia; 3) la medicina ancestral y 4) la percepción las competencias culturales de los profesionales que los atienden.

Para las madres entrevistadas, la comunidad les otorga un apoyo relevante en aspectos trascendentales como la seguridad y cuidado en la crianza.

Lo bueno que en la comunidad siempre estamos todos pa todos (FMD2).

A los niños les hace bien, están mucho más conectados con la comunidad, eh, se desconectan también de lo que [son] los aparatos, se relacionan mucho más, aprenden también mucho más del origen de la comunidad, del pueblo [...] Los llevo, porque se relacionan mucho más con lo que, lo que son en verdad (FMD3).

Yo le digo que acá los niños, al menos de la edad de M, se están criando bien, lejos de mucha maldad que hay pa abajo (FMD4).

No ves, eh, toda la maldad que está abajo, [...] imagínate los robos, los asaltos, los portonazos, en cambio aquí tú por lo menos se puede decir entre comillas es un poco más liberal, más tranquilo [...], entonces eso también me ha hecho quedarme aquí por tranquilidad y por seguridad, por decirlo así (FMD8).

Integrar una comunidad fortalece la identidad cultural y otorga a las familias sentimientos de pertenencia y orgullo. La transmisión de valores se da principalmente en el contexto familiar en donde el respeto es el más referido.

Yo hablé con ella y la llevé para que le pidiera perdón [...] como se tiene que hacer [...] acá nosotros no decimos esas palabras (FMD1).

Yo en mi caso sí, y estoy aprendiendo todavía, de que los niños sigan el mismo patrón como me criaron a mí, en el sentido de respeto, siempre ante todo el mundo, la persona que sea y entre ellos, es lo primordial (FMD6).

Cuando hay adultos ustedes callan, los adultos conversan y los niños no se meten en la conversación (FMD7).

El uso de medicina natural es una conducta habitual y como primera opción destacada por las madres. Estas prácticas familiares y comunitarias son poco conocidas por los profesionales de salud que los atienden. Ninguna de las entrevistas reveló conocimiento de participación de machicúas diaguita en centros primarios de atención, solo se mencionó la presencia de sanadores de la cultura colla por una madre entrevistada.

Aquí cuando uno está enfermo lo primero que uno pasa usando... (es) toda la medicina natural (FMD4).

Prefiero la medicina natural que intoxicarla con, con medicamento y antibióticos [...] tiene que ser mucho para que las vea también con médico (FMD7).

Yo creo que a la final se puede incorporar mayormente, esas medicinas por así decirlo, porque muchas personas prefieren lo natural que tantos químicos y cosas así que uno se toma a diario, entonces yo creo que eso igual es importante po [...] tener la decisión si realmente quiere la natural o la medicina... [alópata] (FMD6).

Cuando los niños se enferman, cosas así, las hierbas, claro, los tipos de hierbas que indican ahí, claro [...] son nombres raros, claro... pero no sabría los nombres, pero, claro, dicen cuando están con dolor de guatita les dan hierbas, claro, creen mucho en la... [medicina natural] (PSN1).

Respecto a la valoración de la competencia cultural existente en los profesionales, se observa un escaso conocimiento de la población diaguita que atienden. Hubo, en uno de los relatos de profesionales, expresiones relacionadas con reticencias de las familias respecto a ciertas prácticas sanitarias consolidadas en como la vacunación en las infancias, pero no esclarecían a qué cultura o grupo.

La diferencia que más noto son con los inmigrantes los que han llegado, pero con personas así, indígenas, no. Le repito, este es un centro donde se atiende a la mayor cantidad de población y todo, pero diaguitas y cosas así no, y si hay están como le digo, mimetizados. Son parte de la comunidad (PSN1).

Yo la verdad es que nunca he atendido a familias que digan que son de algún pueblo originario. Yo creo que también puede ser porque la entrevista que

nosotros hacemos nunca va dirigida a saber si ellos pertenecen... a un pueblo indígena (PSE2).

Las vacunas que igual hay que estar ahí como buscándolos para administrar las vacunas, no es como tan normado que se vacunen. A lo mejor sus creencias..., deben pensar que a lo mejor las enfermedades no le van a hacer nada (PSE1).

Experiencias en el sistema de salud

En esta categoría se observaron tres grandes temas: 1) las experiencias sanitarias familiares en los sistemas de salud; 2) las experiencias de los hijos menores en los centros de APS y 3) la valoración profesional de la atención en APS.

Respecto a las experiencias familiares con los sistemas de salud, las madres destacaron la atención del parto carente de perspectiva intercultural en donde no se había respetado su derecho a ser atendido por su propia partera o de no respetarse su decisión de tener un parto natural.

Cuando yo caí, yo le dije po: “necesito que me llamen a la meica”, le digo yo, “porque ella me va a ser mi parto”. “Es que contáctela usted, po”. ¡Pero cómo!, si yo estaba con todos mis dolores y toda la esta... (FMD2).

No, no se respeta ese derecho, no se respeta tampoco que uno puede, nosotros podamos decidir con quién tener nuestros... porque, así como la matrona no sé, po, te ponen anestesia, nosotros no, po, nosotros pedimos tenerlo así normal no más y eso, es nuestra partera, po, pero tampoco nos dejan tenerla así (FMD5).

También compartieron experiencias negativas percibidas como conductas negligentes y discriminatorias que se asociaron a sentimientos de frustración, incertidumbre y vulnerabilidad asociadas a la atención directa hacia sus hijos y también hacia ellas.

En los consultorios, son distintas las maneras de atender, porque la que me atendió el primer día ni siquiera la miró [...] y el otro día que fui de nuevo [...] ahí la revisó entera. Totalmente diferente, [...] por qué tanto la diferencia de, de los profesionales (FMD1).

Entonces ella me decía “te voy a mandar pa allá” y me ponía todos los datos, pero no sé si se lo olvidaba, no sé, pero la cosa es que nunca lo mandó, po, le ponía todos los datos, “la vamos a llamar y le vamos a mandar esto para que usted practique con él”, con el niño en la casa. “Se lo voy a mandar por wasap”, me anotaba el número, nunca, po. J aprendió a hablar solo (FMD2).

Yo encuentro que si bien mi hijo, todavía es chiquitito, eh, pero entre todo este tiempo, eh, de que está la sospecha [...] se ha perdido tiempo que puedo haber sido útil para él [...] es frustrante, eh, tener que depender del sistema de salud para poder ver, eh, tener acceso a un médico (FMD3).

En la atención en APS también se identificaron experiencias discriminatorias en la atención de sus hijos relacionadas con desinformación en los profesionales de los contextos familiares lo que dificulta el desarrollo de la empatía en la atención brindada.

Yo me sentí incómoda, [...] llegó la enfermera y me dijo: “pero sáquele la calceta. Todo” [...] Yo con qué vergüenza sacándole, así como el calcetín y las enfermeras se quedaron como mirando así, como que: viene con los pies sucios [...], no me

dijeron nada, pero yo sentí, po [...], hubiese sido más fácil que me hubiesen preguntado ¿por qué viene así el niño? [...] y como que todos entraban como a ver eso, como que vayan a ver al niño que está... (FMD2).

La nutricionista no lo quiso tocar. Se orinó y le tocaba hacerle el examen. “Ah no”, dijo, “yo no lo voy a tocar”, ¡pero es un niño! [...], y quería que le limpiara hasta el piso (FMD2).

Debe ser mucho para ir al Cesfam, [...] al M le estaban viendo la dentadura y le quedaba una sesión, me dieron la hora, me llamaron para cambiarme a que me iban a volver a llamar para reagendarla. Nunca lo hicieron (FMD4).

Referente a la atención de sus propios hijos, las entrevistadas describieron el control de salud del niño sano como un proceso mecanizado, rápido, simple. Esta evaluación no es percibida como suficiente para abarcar todos los aspectos relevantes del crecimiento, desarrollo y estado de salud de las infancias.

La revisión es como algo como tan rápido, así como que el niño entró y salió [...] como que ahí nomás lo pesan, lo miden, como que lo miran y ya, vístalo (FMD2).

Es algo súper simple, que llegan, eh: “la talla, cuánto pesa”, le toman la presión, “te sientes bien, te sientes mal, a ver muéstrame los dientes... ah ya, estamos listos, control en 1 año más” [...] como que no toman muchos antecedentes (FMD6).

No voy a dejar que la E la siga viendo el médico y vea a mi meica. Lo que pasa es que [...] hay muchos consultorios que solamente tienen, tienen colla. Entonces ese es el tema, po, yo no voy a llevar a mi hija a que un colla la vea. Obvio que quiero que mi meica diaguita la vea, porque tienen distinta visión de las cosas (FMD1).

Primero que nos respetarán por nuestra, nuestra cultura, y bueno, lo que es en salud, pongámosle, nosotros que tenemos nuestra machicúa, es muy diferente en lo que son los remedios, la manera de tratar en la salud (FMD5).

Yo creo que en la primera entrevista decirle al preguntar [lo] típico, si pertenece a alguna etnia y desde ahí comenzar, no sé, si utiliza alguna medicina alternativa quizá, y que si uno encuentra que si eso le resuelta al paciente o no (FMD6).

Para los niños yo creo que lo mismo que hay para los adultos, la medicina alternativa. Yo creo que hace falta [...], porque no he escuchado que haya alguna medicina alternativa para ellos, que nos faciliten esa posibilidad de optar a decidir uno como papá esa medicina (FMD7).

Desde la perspectiva de los profesionales, sus relatos destacan una limitada preparación para brindar atención a las familias de pueblos originarios relacionado a un desconocimiento de sus hábitos y a la carencia de herramientas pertinentes. Particularmente, se destaca la falta o inexistencia de instancias de capacitación, lo que incide en la omisión de esta dimensión como un elemento relevante en los procesos de valoración familiar.

El trato, el trato es lo mismo, no hay diferencia ¡ya!, no hay diferencia, como lo digo aquí yo, uno... tienes tu agenda, se citan en general, no se citan así en forma

especial, no se citan así en un horario especial. En general no hay un programa especial, así como para atender así a población indígena (PSN1).

Debería haber como más capacitaciones y cosas con relación al pueblo indígena, porque uno no sabe mucho su cultura, entonces, claro uno trata de imponer cosas que a lo mejor ellos no hacen (PSE 1).

Pienso que a lo mejor algunos papás se pueden sentir como discriminados porque les están preguntando si participan, o sea, si son de algún grupo indígena. No sé, yo en mi opinión yo creo que no lo preguntaría (PSE2).

Discusión y conclusiones

Las concepciones de las familias diaguita respecto al desarrollo, bienestar y salud infantil se fundamentan en una visión holística que, si bien se encuentra considerada en el modelo de salud vigente del sistema de salud, no se refleja con igual profundidad ni coherencia en su aplicación práctica. Esta perspectiva en las familias integra de manera interrelacionada las dimensiones física, emocional, social, espiritual y cognitiva, junto con una conexión estrecha con la naturaleza y el entorno, expresando una cosmovisión propia y profundamente arraigada en los pueblos originarios.⁽¹⁸⁻²⁰⁾ En esta relación con el entorno, las madres describen con énfasis el valor del juego infantil en la naturaleza de manera libre como un aspecto esencial para el desarrollo saludable, resaltando la importancia de este entorno para que puedan aprender y desarrollarse de manera armónica.⁽²¹⁾

Los aspectos relacionados a la pertenencia a una comunidad muestran que la crianza en las familias diaguita se centra en la transmisión de valores, la participación comunitaria y la práctica de la medicina natural ancestral, lo que vuelve a reforzar el enfoque holístico de la salud y su cosmovisión. La pertenencia a la comunidad es clave para fortalecer la identidad y el orgullo familiar, permitiendo la preservación de tradiciones y la transmisión de valores fundamentales como el respeto hacia la autoridad, el prójimo y la naturaleza.⁽²⁰⁾ Este hallazgo subraya la relevancia de los lazos comunitarios en el proceso de crianza y pueden asimilarse con hallazgos en familias mapuche con hijos menores de zonas rurales agrícolas, que destacan dentro del desarrollo de sus hijos la adquisición de valores como la responsabilidad, el respeto y la formación de habilidades sociales y productivas.⁽²²⁾ Los pueblos originarios de Latinoamérica mantienen prácticas educativas basadas en la observación y participación comunitaria, que han evolucionado y perdurado en el tiempo.

Por otra parte, la medicina natural, ancestral, tradicional o actualmente llamada medicina complementaria, según OMS, y definida como “el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas sean o no explicables”⁽²³⁾ usados con fines terapéuticos, constituye un pilar en las culturas indígenas para el bienestar en las familias. A pesar de que su inclusión sea una estrategia en la salud pública, como expuso la OMS, aún no se encuentra interiorizada en nuestro sistema de salud. En esa línea, la falta de interés y aceptación por parte de los profesionales de la salud hacia estas prácticas es un aspecto instaurado dentro del debate y reflexión de la interculturalidad en salud.⁽²⁴⁾ La evidencia, aunque aún incipiente, apunta a similares resultados⁽²⁵⁾ que podrían asociarse a una insuficiente internalización del concepto interculturalidad en salud en los equipos sanitarios relacionada, en parte, a una estructuración social que perpetúa la subordinación de grupos minoritarios y que no propician la integración respetuosa y transformadora en base a las desigualdades.⁽²⁶⁾

La construcción del derecho intercultural en Chile comienza con la Ley Indígena, orientada al reconocimiento contextual de identidades colectivas según historia, territorio y relaciones interculturales. También incorpora mecanismos específicos de resolución de conflictos. Este proceso se enfoca explícitamente en el ámbito sanitario durante la Reforma de Salud (2000–2005), con la promulgación de la Ley de Autoridad Sanitaria (2004). Posteriormente, se suma la Norma General Administrativa sobre Interculturalidad en los Servicios de Salud (2006). Finalmente, la Ley 20.584 (2012) asegura el derecho de las personas de pueblos originarios a recibir atención en salud con pertinencia cultural.⁽²⁷⁾ En este mismo contexto se requirió actualizar los sistemas de registros elaborándose orientaciones técnicas ministeriales en esta materia. La pregunta sobre la pertenencia a pueblos indígenas, establecida en la Norma N.º 820 sobre Estándares de Información en Salud, incorporó el enfoque intercultural al modelo de atención bajo el estándar del art. 7 de la Ley 20.584.⁽²⁸⁾ La omisión de esta pregunta podría deberse al desconocimiento de las obligaciones legales por parte de los funcionarios de salud. Esta situación genera sentimientos de injusticia en las familias entrevistadas, quienes perciben vulneración de su derecho a una atención culturalmente competente. Dicho derecho implica calidad y adecuación a sus necesidades, en concordancia con los resultados de un estudio sobre salud intercultural desde la perspectiva mapuche.⁽²⁹⁾

Respecto a la valoración del programa de crecimiento y desarrollo infantil en APS, las percepciones negativas se centraron en la forma de realizar las atenciones, destacando que el tiempo era acotado lo que no permite la evaluación integral de las infancias que podría relacionarse con una sensación de limitado beneficio.

La conceptualización que emerge de los relatos de las madres, tanto de aquellas con formación o experiencia en el ámbito de la salud como de quienes no la poseen, revela una comprensión semejante sobre la salud y el desarrollo infantil. Esto sugiere que las experiencias vividas y los saberes culturales compartidos prevalecen por sobre la influencia del enfoque biomédico, articulando una comprensión más amplia, relacional y contextual del bienestar y del desarrollo infantil, en concordancia con lo planteado por Menéndez.⁽³⁰⁾ Un aspecto relevante a considerar es la calidad de los registros estadísticos disponibles para la evaluación de las poblaciones infantiles. Paleczek Alcayaga y Bravo Uribe, tras un análisis crítico de las fuentes de datos e indicadores de salud biopsicosocial de las infancias indígenas y migrantes en Chile, evidencian importantes rezagos derivados de la falta de un mapeo consolidado que unifique las fuentes, la ausencia de indicadores específicos para población indígena y la escasa participación de las comunidades en su elaboración.⁽³¹⁾

Los hallazgos de este estudio evidencian que el significado atribuido al crecimiento y desarrollo de las infancias diaguita por parte de las familias atendidas en APS, si bien se alinea con las directrices establecidas en los programas de supervisión infantil, es percibido como insuficiente para realizar una valoración integral de sus hijos. Esta percepción emerge de la consideración de dimensiones socioculturales y comunitarias que no siempre se encuentran representadas en los instrumentos clínicos y normativos vigentes.

Asimismo, la pertinencia cultural continúa siendo un aspecto escasamente desarrollado entre los equipos profesionales responsables de la atención de estas familias. Esta limitación es interpretada como una amenaza en la calidad de los cuidados recibidos, dado que puede reproducir prácticas estandarizadas que desconocen la diversidad cultural presente en los territorios. La falta de adecuación cultural en los servicios impacta en la experiencia del cuidado y en la percepción de justicia sanitaria.

Las experiencias acumuladas en el sistema de salud pueden afectar negativamente el proceso sanitario, dado que la falta de reconocimiento cultural puede deteriorar la relación entre usuarios y prestadores. Lo anterior tiene implicancias en la confianza hacia el sistema, la adherencia a las indicaciones terapéuticas y la continuidad de los cuidados, dimensiones ampliamente documentadas en contextos interculturales.

Este estudio cumple su objetivo al identificar los aspectos valorados por las familias diaguita en torno al desarrollo y la salud de sus hijos en el contexto de la APS. Asimismo, aporta evidencia sobre la necesidad de un abordaje integral de la multiculturalidad en salud, promoviendo que las políticas públicas y los programas ministeriales se traduzcan en iniciativas locales sostenibles. Los resultados refuerzan la importancia de avanzar hacia modelos de atención culturalmente competentes, que aseguren equidad, respeto y pertinencia en el cuidado de las infancias indígenas. En este proceso, el personal de enfermería desempeña un papel estratégico como agente facilitador del cambio, mediante la sensibilización de los equipos en consonancia con el modelo de salud familiar en APS. Esto implica incorporar la interculturalidad mediante formación continua, reconocimiento e intercambio de saberes y prácticas, y la adopción de una perspectiva crítica orientada a intervenir en las inequidades desde la interacción cotidiana. Además, se requieren metodologías participativas que favorezcan el diálogo, la construcción de acuerdos y la evaluación permanente.

Las principales limitaciones de este estudio se relacionan con el uso de datos secundarios, lo que restringe la profundidad y contextualización del análisis sobre los conceptos de desarrollo y salud infantil. No obstante, se garantiza la credibilidad y coherencia interpretativa mediante criterios rigurosos del análisis cualitativo.

Sería beneficioso profundizar en futuras investigaciones desde diversas perspectivas cualitativas y complementarlas con estudios cuantitativos. Esto permitirá desarrollar indicadores más precisos sobre la salud de la población infantil diaguita y avanzar hacia una comprensión más amplia de su bienestar desde un enfoque culturalmente situado.

Referencias bibliográficas

1. Truffello P. Tratados internacionales y legislación sobre infancia (1989–2020): recomendaciones internacionales del Comité de Derechos del Niño [Internet]. Santiago de Chile: BCN Chile; 2020 [citado 2025 ene 15]. Disponible en: https://www.bcn.cl/asesoriasparlamentarias/detalle_documento.html?id=76604
2. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Cuidado para el desarrollo infantil: adaptado para la región de América Latina y el Caribe [Internet]. Washington DC: OPS; 2019 [citado 2025 ene 15]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51620>
3. Organización Panamericana de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Desigualdades en salud en América Latina y el Caribe: una línea de base para los Objetivos de Desarrollo Sostenible para mujeres, niños y adolescentes [Internet]. Washington DC: OPS; 2023 [citado 2025 feb 12]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57794/9789275326282_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

4. Ministerio de Salud de Chile. Norma técnica para la supervisión de la salud integral de niños y niñas de 0 a 9 años en la atención primaria de salud: actualización 2021. Capítulo 3 [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; 2021 [citado 2025 feb 12]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/12/Capi%CC%81tulo-3-Web.pdf>
5. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud [Internet]. Washington DC: OPS; 2025 [citado 2024 nov 23]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
6. Otero Puime A, Zunzunegui Pastor MV. Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención sanitaria. En Zurro AM, Jodar i Solá G, editores. Atención familiar y salud comunitaria: conceptos y materiales para docentes y estudiantes. Barcelona: Elsevier; 2011, p. 88-99.
7. Monteiro L, Pellegrini A, Solar O, Rígoli F, Malagón L, Pastor Castell-Florit A, et al. Determinantes sociales de salud, cobertura universal de salud y desarrollo sostenible: estudios de casos en países latinoamericanos. MEDICC Rev. [Internet]. 2015[citado 2025 may 12];17(Supl):S53–61. Disponible en: <https://mediccreview.org/determinantes-sociales-de-salud-cobertura-universal-de-salud-y-desarrollo-sostenible-estudios-de-caso-en-paises-latinoamericanos/>
8. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud [Internet]. Washington DC: OPS; 2025 [citado 2024 nov 23]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
9. Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Pobreza infantil en los pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina [Internet]. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2012 [citado 2024 nov 23]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/8d456b8b-7803-4174-af70-3f81903d0890/content>
10. Instituto Nacional de Estadísticas. Resultados CENSO 2017 [Internet]. Santiago de Chile: INE; 2025 [citado 2025 mar 20]. Disponible en: <http://resultados.censo2017.cl>
11. Servicio de Salud Coquimbo. Anexo 7. Diagnóstico de salud de los pueblos indígenas de Chile [Internet]. Coquimbo: SSC; 2021 [citado 2024 nov 20]. Disponible en: <https://www.sscocoquimbo.cl/gob-cl/documentos/files/aps/19-11-2021/ANEXO-07-2022.pdf>
12. Organización Panamericana de la Salud. Política sobre etnicidad y salud [Internet]. Washington DC: OPS; 2017 [citado 2024 nov 23]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/ethnicityhealth-policy-2017-es.pdf>
13. Martínez D, Alcayaga C, Farías A, Márquez F, Lucchini C, González M, et al. Las infancias invisibilizadas: desafíos de los datos estadísticos e indicadores biopsicosociales de niños y niñas indígenas y migrantes. Temas de la Agenda Pública [Internet]. 2024[citado 2025 mar 20];19(180):1-22. Disponible en: <https://politicaspublicas.uc.cl/publicacion/las-infancias-invisibilizadas-desafios-de-los->

datos-estadisticos-e-indicadores-biopsicosociales-de-ninos-y-ninas-indigenas-y-migrantes/

14. Husserl E. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. Trad. Gaos J. México: Fondo de Cultura Económica; 1992.
15. Socio Cultural Research Consultants, LLC. Dedoose [Internet]. Los Ángeles, CA; 2023. Disponible en: <https://www.dedoose.com>
16. Castillo E, Vázquez M L. El rigor metodológico de la investigación cualitativa. Colombia Médica. 2003[citado 2025 oct 10];34(3):164-167. Disponible en: <https://www.redalyc.org/comocitar.oe?id=28334309>
17. Emanuel EJ, Wendler D, Grady C. What makes clinical research ethical? JAMA. 2000 May 24-31;283(20):2701-11. doi: 10.1001/jama.283.20.2701.
18. Sánchez M. Espiritualidad indígena y participación femenina. Lectora [Internet]. 2016[citado 2015 mar 1];22:59–65. doi: 10.1344/Lectora2016.22.5
19. Luna G. Ser Diaguita en la región de Coquimbo. En: Reyes C, editor. Del museo a la identidad viva. Yo soy Diaguita. 2ª ed. Coquimbo: Letrearte; 2021, p. 95–105.
20. González R, Carvacho H, Jiménez-Moya G. Psicología y Pueblos Indígenas. Annu Rev Psychol. 2022[citado 2025 ene 15];73:S1-S32. doi: 10.1146/annurev-psych-092421-034141
21. Whitebread D, Neale D, Jensen H, Liu C, Solis SL, Hopkins E, et al. El papel del juego en el desarrollo del niño: un resumen de la evidencia [Internet]. The LEGO Foundation; 2017 [citado 2025 may 1]. Disponible en: <https://educra.cl/wp-content/uploads/2020/03/papel-del-juego.pdf>
22. Herrera F, Mora G. Interculturalidad e infancia rural: trabajo y cuidado en La Araucanía, Chile. Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juventud [Internet]. 2023[citado 2025 mar 7];21(3):1–20. doi: 10.11600/rllcsnj.21.3.5058
23. Lobos C. Medicina complementaria [Internet]. Instituto de Salud Pública de Chile; 2019 [citado 2025 mar 7]. Disponible en: <https://www.ispch.cl/newsfarmacovigilancia/14/images/parte05.pdf>
24. García L, Wahren J. Atención primaria de la salud e interculturalidad en comunidades diaguitas en Salta y Catamarca, Argentina. Cienc Intercult [Internet]. 2022[citado 2025 mar 2];32(1):86–105. doi: 10.5377/rci.v32i01.16237
25. Veliz L, Bianchetti AF, Silva M. Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior. Cad Saude Publica [Internet]. 2019[citado 2025 mar 1];35(1):e00120818. doi: 10.1590/0102-311x00120818
26. Galdámez L, Millaleo S. La interculturalidad vacía: derecho a la salud intercultural de los pueblos indígenas y personas migrantes en Chile. Acta Bioeth [Internet]. 2022[citado

- 2025 mar 1];28(1):25–34. Disponible en:
<https://www.revistadeantropologia.uchile.cl/index.php/AB/article/view/67278>
27. Poblete M, Goldstein E. Políticas de salud intercultural en Chile. Desde el PROMAP (1992) hasta la normativa vigente en la actualidad [Internet]. BCN Chile; 2019 [citado 2025 may 12]. Disponible en:
https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27514/1/BCN_Poblete___Políticas_de_Salud_Intercultural_en_Chile_final.pdf
28. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones técnicas pertinencia cultural en los sistemas de información en salud. Variable de Pertenencia a Pueblos Indígenas en los Registros y Formularios Estadísticos del Sector Salud [Internet]. Chile; 2018 [citado 2025 mar 1]. Disponible en:
https://repositoriodeis.minsal.cl/Publicaciones/2018/Noticias/2018.08.28_OT%20PERTINENCIA%20CULTURAL_web.pdf
29. Pérez C, Sepúlveda D, Cova F, Nazar G. Salud intercultural desde la visión de las comunidades mapuche de Cañete y Tirúa. Rev Cienc Salud [Internet]. 2020[citado 2025 mar 1];18(1):152–168. doi: 10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8778
30. Menéndez LE. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2003[citado 2025 oct 22];8(1):185-207. doi: 10.1590/S1413-81232003000100014
31. Paleczek Alcayaga H, Bravo Uribe D. “Les diaguitas estamos vivos en El Olivar”. Praxis Arqueológica [Internet]. 2021 [citado 2025 nov 4];2(1):5-20. doi: 10.53689/pa.v2i1.15

Financiamiento: Artículo de análisis secundario, cuyo proyecto de origen “Estudio mixto sobre concepciones de desarrollo, evaluación y situación de salud de niños y niñas indígenas en el marco de la supervisión de salud integral que se realiza en la atención primaria” contó con el financiamiento del Ministerio de Salud de Chile, licitación ID 757-20-LE23.

Disponibilidad de datos: El conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio no se encuentra disponible.

Contribución de los autores (Taxonomía CRediT): 1. Conceptualización; 2. Curación de datos; 3. Análisis formal; 4. Adquisición de fondos; 5. Investigación; 6. Metodología; 7. Administración de proyecto; 8. Recursos; 9. Software; 10. Supervisión; 11. Validación; 12. Visualización; 13. Redacción: borrador original; 14. Redacción: revisión y edición.

O. S. F. M. ha contribuido en 1, 2, 3, 5, 6, 9, 13, 14; C. L. R. en 1, 2, 3, 5, 6, 9, 10, 11, 14; F. M. D. en 1, 2, 3, 5, 6, 9, 10, 11, 14.

Editora científica responsable: Dra. Natalie Figueredo.