



UNIVERSIDAD
ACADEMIA
DE HUMANISMO CRISTIANO

ESCUELA DE SOCIOLOGÍA

PRAXIS DE LA SALUD INTERCULTURAL

EN LA REGIÓN DE LA ARAUCANÍA, CHILE

Alumno: Soto Becerra Omar Sebastian

Profesor Guía: Lawrence Torrealba Eduardo

Tesis para optar al título de Sociólogo

Tesis para optar al grado de Licenciado en Sociología

Santiago, 2013

Contenido

| | |
|--|----|
| □ Agradecimientos | 4 |
| □ Introducción | 5 |
| □ Problematización | 8 |
| o Justificación | 11 |
| □ Problema de Investigación | 11 |
| o Pregunta de Investigación..... | 12 |
| o Objetivo General..... | 12 |
| o Objetivos Específicos | 12 |
| □ Antecedentes | 13 |
| o Acontecimientos de la Política Indígena y Salud Intercultural | 13 |
| Periodo de Gobierno de Patricio Aylwin Azocar | 13 |
| Periodo de Gobierno de Eduardo Frei Ruiz-Tagle..... | 16 |
| Periodo de Gobierno de Ricardo Lagos Escobar..... | 20 |
| Periodo de Gobierno de Michelle Bachelet Jeria | 26 |
| Periodo de Gobierno del Presidente Sebastián Piñera Echeñique..... | 35 |
| □ Marco Teórico | 37 |
| o Antecedentes de la Medicina..... | 38 |
| Saberes y prácticas médicas: conocimiento tradicional <i>mapuche</i> y medicina científica occidental | 52 |
| Conocimiento tradicional mapuche en salud | 54 |
| El rol social en la interculturalidad. | 58 |
| Opción Teórica | 64 |

| | |
|---|-----|
| □ Marco Metodológico | 66 |
| o Muestreo y Técnicas de recolección de información | 68 |
| o Población objetivo | 68 |
| o Universo y Muestra..... | 71 |
| o Procedimientos de análisis de datos | 73 |
| □ Análisis | 75 |
| o Salud Intercultural..... | 75 |
| o Relación entre Medicina Occidental y Medicina Mapuche | 78 |
| o Determinantes Sociales de la Salud..... | 81 |
| o Opinión sobre el Sistema Público de Salud en la Araucanía..... | 85 |
| o Relación entre profesionales de la medicina occidental y medicina mapuche | 88 |
| □ Conclusiones | 91 |
| □ Bibliografía | 95 |
| □ ANEXOS | 102 |

- **Agradecimientos**

A mis padres y hermano por su apoyo incondicional y por creer en mis ideas. A Paulina por estar a mi lado siempre y a toda mi familia.

Agradezco a mis amigos, en especial a la Comunidad Juan Paillalef, a mi hermano Waikilaf, a Nele, a la Longco Juana Calfunao, por el apoyo y por el reconocimiento. A mi hermano Poncho y Alejandro Stuart, por la documentación recolectada y por sus comentarios mediante avanzaba el trabajo.

A mi profesor guía, Eduardo Lawrence por su orientación y ayuda en este proceso.

Al pueblo Mapuche por mostrarme a través de sus ojos, los diferentes colores del espiral.

- **Introducción**

La salud intercultural, se entiende como el conjunto de estrategias, acciones, políticas que buscan integrar la cultura a los procesos de atención de salud. En el caso nuestro, consiste en integrar la cultura y cosmovisión Mapuche a los procesos de atención del sistema público de salud chileno. La praxis de la salud intercultural, es el proceso en que la teoría se lleva a la acción y se reconoce como experiencia, a través de la reflexión y la acción como una unidad indisoluble (Freire, 1970). Así conocer el estado de la salud intercultural a través de sus actores.

La salud de la población ocupa un lugar trascendental en el desarrollo de una sociedad, preocupada por la expectativa de vida de las personas y por el bienestar saludable, promoviendo el progreso tecnológico y la capacitación de sus profesionales. Sin embargo, aun resulta compleja la interacción entre salud de la población y el desarrollo económico de la sociedad. Políticas económicas que incrementan la pobreza y que no tienen resultados positivos para la salud de las personas.

En este sentido, organizaciones internacionales de desarrollo promueven la aplicación de intervenciones sociales que ayuden a mejorar el acceso de la población a servicios de salud, a la mejoría de la atención en salud y a la consideración de la población en los procesos de planificación (Alarcón, 2001). En

ese marco de acción, diversos proyectos de desarrollo encaminados a la mejoría de la calidad de vida de la población se han dedicado a la creación y fomento de diversos sistemas médicos como estrategia de resolución de problemas sanitarios. Entre las estrategias realizadas por la Organización Mundial de la Salud, se encuentran: la incorporación de aquellos elementos de la medicina tradicional útiles para la resolución de los problemas prioritarios en salud, así como sus agentes, al sistema de salud nacional; la generación de procesos de participación y educación con la comunidad, y la expansión de los servicios de atención primaria en salud con el apoyo de los recursos comunitarios locales.

En Chile el sistema de salud público se basa ampliamente en medicina occidental, sistema por el cual los médicos y otros profesionales de la atención de la salud (por ejemplo, enfermeros, farmacéuticos y terapeutas) tratan los síntomas y las enfermedades por medio de medicamentos, radiación o cirugía. También se llama biomedicina, medicina alopática, medicina convencional, medicina corriente, y medicina ortodoxa (National Cancer Institute).

La interculturalidad en salud se ha traducido en una propuesta de política de Salud y Pueblos Indígenas. Al respecto, se observa que dentro de sus principios esenciales apunta a la equidad en salud para los pueblos indígenas, quienes viven en situación de pobreza, y a la interculturalidad como proceso de cambio cultural,

la cual ayudaría al reconocimiento de la diversidad de modelos médicos de la población indígena (MINSAL).

Expuesto lo anterior, es que la presente tesis de grado se enmarca como un estudio exploratorio no experimental, en donde lo más importante son los aspectos que se espera que surjan conforme se desarrolla la misma, pudiendo esclarecer prácticas equívocas a lo que predica el sistema.

- **Problematización**

La salud intercultural data de los años noventa en nuestro país, antes de esto se negaba la existencia de grupos humanos originarios y de un país multicultural. El primero hospital en llevar a cabo la interculturalidad fue el Servicio de Salud de Araucanía Sur, en el año 1996, apoyados por el Programa de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud. Este proceso se caracterizo por la sorpresa, el reconocimiento y encuentro con los mapuche y por el lados de ellos, la expresión de un sentimiento de auto identificación y de rescate de saberes.

Las principales estrategias que se han desarrollado en el trabajo de salud y pueblos indígenas son (Cooperación, Enero 2000):

- Mejorar la situación de salud
 - Generando intervenciones interculturales locales, según las prioridades programáticas de los Servicio de Salud locales.
- Mejorar la accesibilidad cultural
 - Facilitadores Interculturales en los establecimientos de salud y capacitación a los equipos médicos que trabajen con población indígena.

- Mejorar la accesibilidad geográfica
 - Realización de *operativos en salud* ¹ para resolver problemas de atención de especialidad.
- Mejorar la calidad de atención
 - Realizar intervenciones y monitoreo a la calidad de atención que contemple la no discriminación y mejoría del trato.
- Promover la participación de los pueblos indígenas
 - Diseño, implementación y evaluación de proyectos y programas en conjunto con CONADI. Incentivar la articulación entre diferentes actores claves de esta materia.
- Promover la realización de encuentros interculturales en salud
 - Permitir el intercambio de conocimientos y experiencias entre el sistema occidental de salud y el indígena, se analizan situaciones de salud y se proponen soluciones.
- Incorporar la condición étnica al conjunto de factores condicionantes de la salud

¹ Operativos de salud, hace referencia a los equipos médicos que realizan rondas programadas en terreno en las comunidades más alejadas de los Servicios de Salud y que no cuentan o no disponen de medios de locomoción.

- Realizar estudios focalizados a la realidad de salud de los pueblos indígenas, que permitan la adecuación técnica de los programas de salud.

Estas principales estrategias se han ido desarrollando con el tiempo, ocupando el marco de políticas globales como una oportunidad de desarrollo. Enfatizando el principio de respeto a la diversidad.

En este contexto, se plantea la necesidad de avanzar hacia la construcción combinada de un modelo de salud con enfoque intercultural, y a una mayor participación de los pueblos indígenas en los programas de salud. Aunque existen centros de atención intercultural, como es el Hospital Intercultural de Nueva Imperial en la Región de la Araucanía, el Hospital de Makewe y el Proyecto de Medicina Intercultural de Galvarino, los cuales integran la medicina mapuche, pero se desconoce la realidad práctica de esta integración. Se hace necesario investigar la medicina intercultural a nivel práctico, en los centros de salud que actualmente están funcionando, develando si la propuesta del Ministerio de Salud de Chile ha sido eficaz y también conocer la opinión de las Machi con respecto a estos centros de atención de salud.

- **Justificación**

Así, la presente tesis de grado quiere abordar el tema de la Praxis de la Salud Intercultural como un diagnóstico sobre la realidad de una práctica fomentada por el Sistema de Salud Chileno. La ausencia de referentes teóricos y prácticos sobre la interculturalidad en salud, las implicancias prácticas que tiene el desarrollo de este enfoque para proveedores de salud y usuarios mapuche, sus debilidades y fortalezas en la complementariedad entre medicina occidental y mapuche. Así generar un mayor conocimiento de la salud intercultural, contribuyendo con este estudio a un acercamiento y monitoreo de la práctica intercultural, que puede ser de gran ayuda en la generación de políticas públicas más integradoras y conocedoras de la realidad local. Además de dar a conocer las falencias de un sistema centralizado, que genera anomia en las comunidades mas aisladas de nuestro país.

- **Problema de Investigación**

Se desconoce la praxis de la salud intercultural en la Región de la Araucanía. Lo cual dificulta un desarrollo a nivel teórico del concepto de salud intercultural y a nivel práctico, reflejado en las políticas públicas de integración. Desarrollando proyectos e intervenciones en salud intercultural que no comprenden los protocolos de atención mapuche, su cosmovisión y su enfoque sobre la salud.

- **Pregunta de Investigación.**

¿Existe una praxis complementaria entre medicina occidental y la medicina mapuche en la Región de la Araucanía?

- **Objetivo General**

Conocer la praxis de la salud intercultural de la Región de la Araucanía

- **Objetivos Específicos**

1. Indagar en el significado de Medicina Intercultural que sostienen los profesionales de centros médicos interculturales y las Machi.
2. Investigar la distinción entre medicina occidental y medicina mapuche
3. Investigar la importancia que le atribuyen a los determinantes sociales desde la medicina mapuche
4. Indagar y describir la relación entre profesionales de medicina occidental y medicina mapuche, sus deficiencias y fortalezas.
5. Investigar las deficiencias y fortalezas a nivel de sistema público de salud que entrega el enfoque intercultural de medicina.

- **Antecedentes**
 - **Acontecimientos de la Política Indígena y Salud Intercultural**

Periodo de Gobierno de Patricio Aylwin Azocar

Acuerdo de Nueva Imperial, diciembre de 1989. Encuentro nacional indígena en Nueva Imperial, donde el entonces candidato a la presidencia de la República, Patricio Aylwin Azocar, fija la agenda que se discutirá en los siguientes años entre el Estado y los pueblos indígenas.

El candidato se compromete al reconocimiento constitucional de los pueblos indígenas, a la creación de una Corporación Nacional de Desarrollo Indígena y la creación de una Comisión especial de Pueblos Indígenas para estudiar una nueva legislación.

El 11 de marzo de 1990, asume como Presidente Patricio Aylwin Azocar

Se crea la Comisión Especial de Pueblos Indígenas, Mayo de 1990. CEPI, fue creada por el ex presidente de la República, Patricio Aylwin Azocar, con el objeto de asesorar al gobierno en la definición de políticas hacia el sector indígena, de composición mixta, formada por personas nombradas por el ejecutivo y por las organizaciones indígenas, se constituyó en una instancia de participación.

Desde la primera reunión, el objetivo principal de la actividad fue lograr la dictación de una nueva legislación indígena.

En enero de 1990 se realiza el 1º Congreso Nacional de Pueblos Indígenas. Se realizó en Temuco y constituyó el momento culminante del proceso de discusión del anteproyecto de la Ley Indígena, recogiendo los planteamientos hechos por las comunidades y organizaciones indígenas en más de dos mil encuentros sectoriales, comunales y regionales.

El congreso indígena y el proyecto de nueva ley indígena, revisten alta trascendencia, puesto que definen un camino hacia el etnodesarrollo basado en la justicia social y una práctica de participación democrática de las comunidades indígenas (Pueblos Indígenas, 1990, pág. 5).

El 15 de enero de 1990 se presenta ante el Congreso Nacional el proyecto de ley indígena y el proyecto de reforma constitucional que reconoce a los pueblos indígenas.

El 5 de Octubre de 1993, se promulga la Ley Indígena N° 19.253. La cual establece normas de protección, fomento y desarrollo de los pueblos indígenas, fomentando el reconocimiento a la diversidad cultural y étnica, el reconocimiento jurídico de las comunidades, el fomento a la participación, la discriminación positiva, la protección y ampliación de las tierras indígenas, la focalización de los

recursos del Estado para el desarrollo, la creación del fondo de tierras y aguas indígenas, la conciliación y el arbitraje, el reconocimiento, respeto y protección de las culturas indígenas, el desarrollo de un sistema de educación bilingüe, la generación de mecanismos de auto identificación de indígenas urbanos y migrantes y el reconocimiento a las particularidades de los pueblos indígenas.

Posterior a la promulgación de la Ley Indígena, surge la creación de la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI). Durante el mes de Octubre del año 1993. Punto destacado de la Ley Indígena que crea esta entidad encargada de promover, coordinar y ejecutar acción del Estado a favor del desarrollo económico social y cultural de las personas y comunidades indígenas.

Dentro de las obligaciones y normas de la Ley Indígena, se establece como obligación de la Corporación, en relación a los tema de salud:

“los planes que la Corporación realice en apoyo de estas comunidades deberán contemplar: a) el apoyo en salud y salubridad...” (Ley 19.253)

Periodo de Gobierno de Eduardo Frei Ruiz-Tagle

Durante el Gobierno del presidente Eduardo Frei Ruiz-Tagle, el mes de marzo de 1994, se ratifica el Convenio Constitutivo del Fondo de Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe, que fue aprobado en la II Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno de 1992, este viene a constituir un mecanismo destinado a apoyar procesos de autodesarrollo de pueblos, comunidades y organizaciones indígenas en América Latina y el Caribe.

Entre los días 15 y 17 de Noviembre de 1996, se realiza el Congreso Nacional Mapuche. Encuentro realizado en Temuco que conto con la participación de múltiples delegados y organizaciones de distintas regiones de Chile y un grupo amplio de observadores entre los que se encontraban el Presidente para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe.

Durante el Congreso y en relación a la salud Intercultural, se solicita: “que el Ministerio de Salud reconozca a las Machis como profesionales medico o matrona, para brindar apoyo a la medicina tradicional” (Mapuche, 1997, pág. 8) y “capacitar monitores de salud intercultural (Mapuche, 1997, pág. 9)!”.

En 1999 y durante los meses de marzo a junio, comienza la realización de Diálogos Comunes Mapuche. Producto de la compleja situación generada por el proyecto hidroeléctrico Ralco, el gobierno impulsa estos diálogos comunales en 31

comunas de la IX Región y en las zonas de mayor conflicto. Este proceso buscaba cuantificar las demandas para efectos de reorientar la política social del estado en zonas de conflicto. Las demandas de salud alcanzaron un 17% (CONADI, 1999, pág. 34) del total, como prioridad N°1.

Mejorar la gestión de los servicios es una demanda muy significativa. “En el área Salud: mejor gestión en el servicio 33%, servicios médicos y especialidades 15%, infraestructura salud 32%, salud pública 7%, medicina intercultural 13%. Probablemente hay una insuficiente información para que la gente exprese el interés por un sistema intercultural de salud, porque les parece obvio que el sistema tradicional de medicina funcione paralelo y discretamente al interior de la sociedad mapuche” (CONADI, 1999, pág. 35).

Las demandas de educación, salud, vivienda y otros servicios, han sido permanentes, sin embargo, en el último tiempo el tipo de demanda se presenta con un perfil que da cuenta de una integración de aspectos socioculturales marcados por la etnicidad mapuche. De este modo la educación intercultural bilingüe, el sistema intercultural de salud, la perspectiva del desarrollo con identidad, son dominios de interacción caracterizable como la combinación de demandas históricas y emergentes (CONADI, 1999, pág. 40).

De forma paralela a los diálogos comunales mapuche, se crea la Comisión Asesora en Temas de Desarrollo Indígena. Con el objeto de elaborar una propuesta destinada a elevar la calidad de vida de los indígenas.

Muchas de las demandas de los pueblos indígenas en esta instancia se atribuyen al tema socio-cultural. En el área de Salud, se solicita la “adopción, implementación y difusión amplia de una salud intercultural en zonas de alta concentración de población indígena y ampliación de los programas existentes” (MIDEPLAN, 1999, pág. 75), debido a que “no existe suficiente reconocimiento e integración en la salud pública de las prácticas tradicionales de salud y medicina alternativas; la cobertura y calidad de la salud pública en sectores indígenas (rurales y urbanos) es insuficiente; la política integral de Prevención en Salud para la población indígena, que tenga carácter intercultural, es insuficiente; falta difusión del Programa Intercultural de Salud del Ministerio de Salud” (MIDEPLAN, 1999, pág. 86).

Como conclusión de esta comisión, en el área de salud, los desafíos planteados fueron contar a nivel nacional con una concepción intercultural de salud, donde existe un reconocimiento de prácticas tradicionales de salud y se incorporen especialmente a la prevención. Logrando una mayor equidad en la salud de la población indígena a cargo del Ministerio de Salud, División de Atención Primaria y de los Programas de Salud y Pueblos indígenas.

El 5 de Agosto de 1999, el Presidente Eduardo Frei, firma el Pacto por el Respeto Ciudadano, que culmina el proceso de los Diálogos Comunes Mapuche. Durante el Discurso del Presidente Eduardo Frei en ceremonia en el Palacio de la Moneda ante los representantes mapuche, en el tema de Salud, expone:

“En materia de salud el Plan Especial que hemos diseñado busca aumentar la cobertura de los servicios en las comunas y áreas de población indígena, desarrollar proyectos de inversión para mejorar la infraestructura de salud, mejorar la atención de urgencia rural y ampliar el proyecto Amuldugùn, que funciona en seis centros hospitalarios de la novena región para atender a los ciudadanos indígenas con apoyo de facilitadores interculturales, a la totalidad de los hospitales de las regiones VIII, IX Y X” (Frei, 1999).

El acto contó con la participación de más de mil loncos que por primera vez fueron invitados al Palacio de la Moneda.

Periodo de Gobierno de Ricardo Lagos Escobar

Durante el Gobierno del Presidente Ricardo Lagos, el mes de marzo del año 2000, se conforma un Grupo de Trabajo para los Pueblos Indígenas, el que contaba con un plazo de cincuenta días para reunir las demandas indígenas del país. En el tema de salud, la insatisfacción de los pueblos indígenas sigue siendo un inconveniente, por lo cual se proponen, asesorías a los servicios de salud en formulación de proyectos específicos, encuentros locales y talleres de capacitación, realización de encuentros nacionales y el apoyo a planes y proyectos locales. Se reconoce que pueden existir encuentro entre sistemas médicos, donde se puede negociar y otros donde se mantienen las especificidades. “Se requiere de un cambio global, pero también de voluntad política” (MIDEPLAN., 2000, pág. 17).

Se proponen como acciones, la incorporación de un Modelo de Salud Intercultural (MIDEPLAN., 2000, págs. 20-21):

- Incorporación de Facilitadores en todos los lugares que lo requieran:
 - Calificados por la comunidad
 - Bilingües
 - Formalizando su contratación
 - Cautelando su rol

- Desarrollar centros de atención familiar en zonas con alta densidad de población indígena (extensión de modelo de salud familiar) que incorpore medicina tradicional
- Reconocimiento al rol de machis, yataris y sanadores tradicionales indígenas a través de una credencial de salud.
- Establecimiento de un hogar para las Machis de Temuco, que puedan ser emulados en otras regiones para sanadores tradicionales.
- Reconocer la medicina indígena en forma oficial y proteger los ecosistemas indígenas con sus plantas medicinales.
- Responsable: Ministerio de Salud.

En respuesta al informe del Grupo de Trabajo para los Pueblos Indígenas, el Presidente Ricardo Lagos, presenta la carta a los Pueblos Indígenas de Chile en la que anuncia 16 medidas, dentro de las cuales se establece la Creación de la Comisión de Verdad Histórica y Nuevo Trato hacia los Pueblos Indígenas, destinada a asesorar al presidente de la República en el conocimiento de la visión de los pueblos indígenas sobre su historia.

En el tema de salud, en la carta expone:

“Aquí hay un tema de avance en salud intercultural muy importante. Este año vamos a contar con 42 facilitadores interculturales, para atender a los usuarios indígenas de acuerdo a su idioma y costumbres, y vamos a implementar 10

centros de salud familiar en zonas de presencia indígena, que incorporen la medicina tradicional al modelo de salud familiar... Aquí hay una vieja discusión que se da en muchos lugares, no solamente en Chile, sobre cómo somos capaces de tener dentro del modelo de salud que tiene el país, la posibilidad de incorporar lo que son las experiencias, las modalidades de una experiencia en materia de salud intercultural” (Palabras de S.E. el Presidente de la República, 2000, pág. 4).

El 18 de Enero del año 2001, se crea la Comisión de Verdad Histórica y Nuevo Trato.

Creación del Programa Orígenes - Septiembre 2001. El programa orígenes apuesta a dejar instalada una nueva forma de relación entre el Estado y los Pueblos Indígenas. Para ellos se firma un convenio de préstamos entre el Estado de Chile y el BID que tiene como objetivo mejorar de manera sostenible las condiciones de vida y promover el desarrollo con identidad de los pueblos Aymara, Atacameño y Mapuche, en el área rural, particularmente en los ámbitos económico, social, cultural, ambiental y jurídico. Este programa se diseñó en dos fases, la primera ejecutada entre los años 2001 – 2006 y la segunda fase se inició en el mes de enero del 2007.

En el área de la salud el programa orienta su acción hacia la eliminación de barreras culturales además de ampliar el acceso físico a los servicios públicos. Junto al Ministerio de Salud, entregó equipamiento e infraestructura a los servicios

de salud establecidos, implemento espacios para la atención de machis y compondores de huesos en postas y consultorios. Con el objetivo de mejorar la situación de la salud de la población indígena, mediante la eliminación de barreras culturales y la ampliación del acceso a los servicios públicos.

En este sentido, los proyectos de salud intercultural se dividen en dos líneas de acción (MIDEPLAN, Memoria Programa Orígenes 2001- 2006, 2006, pág. 45):

- Mejoramiento acceso a los servicios de salud
- Fortalecimiento de la medicina indígena.

Entre los principales logros de la primera fase, destaca (MIDEPLAN, Memoria Programa Orígenes 2001- 2006, 2006, págs. 46 - 47):

- 376 proyectos de salud intercultural.
- 376 comunidades y agentes de medicina indígena han accedido a recursos para la recuperación y fortalecimiento y/o desarrollo de la medicina indígena y mejoramiento del acceso y capacidad resolutive.
- Realización de cinco talleres regionales para la generación de un marco legal para el Reconocimiento de la Medicina Indígena.

En Julio del 2003, visita nuestro país, Rodolfo Stavenhagen, Relator de las Naciones Unidas sobre Pueblos Indígenas y en Noviembre del mismo año redacta

un informe con recomendaciones dirigidas al Estado chileno, las organizaciones indígenas, la sociedad civil y los medios de comunicación.

En el tema de Salud, destaca:

“se señalan patrones de discriminación contra indígenas en el acceso a los servicios médicos y la calidad de estos. La medicina tradicional de las comunidades ha sido relegada, ignorada, cuando no prohibida su práctica. Los pocos intentos de promover medicina intercultural en algunos hospitales en áreas indígenas arrojan resultados promisorios pero el programa es aún incipiente (ONU, 2003, pág. 3)”.

Durante la visita del Relator de las Naciones Unidas, se crea la Coordinación de Programas y Política Indígena, que tiene por objeto asesorar al Presidente de la Republica, en todo cuanto diga relación con la articulación, implementación, seguimiento y coordinación de las acciones que tengan incidencia en el ámbito indígena.

En octubre del año 2003, se entrega el Informe final de la Comisión de Verdad Histórica y Nuevo Trato. En el tema de salud se plante que:

“Se propone reconocer a los agentes de salud indígena (machis, yatiris, etc.) estos agentes podrán trabajar en coordinación con el personal de salud del sistema público y operar en sus espacios tradicionales, no siendo necesario que se

trasladen a los centros de salud especialidad para proveer sus prestaciones” (Trato, 2003, pág. 619)

También, “en el área salud se debe adecuar el funcionamiento interno de los consultorios para integrar –cuando proceda- los procedimientos tradicionales de los agentes de salud indígena (machis, yatiris, etc.)” (Trato, 2003, pág. 620).

Además se solicita la ampliación del proyecto de Salud Intercultural a toda la Región Metropolitana. La instauración de becas de especialización en salud intercultural e interculturalidad en la educación de los profesionales.

Periodo de Gobierno de Michelle Bachelet Jeria

El 11 de Marzo de 2006 asume la Presidencia de la Republica Michelle Bachelet Jeria. Durante el mismo mes se realiza el 1º Congreso Nacional de Mujeres Indígenas. El objetivo es la construcción conjunta de propuestas relacionadas con el mejoramiento de las políticas indígenas, con perspectiva de género.

En tema de Salud, el balance planteado es: “se valora positivamente la extensión horaria en el sistema de salud pública y la implementación de programas especiales como en Arica y Hospital Intercultural en Nueva Imperial. Se reconoce la importancia de los programas de salud intercultural, pero existe preocupación respecto a la validez que se asigna al diagnostico y tratamiento de una machi o curandero indígena en el sistema oficial de salud. Dentro de los problemas más frecuentes que enfrentan las mujeres indígenas rurales se señala al acceso poco expedito al sistema público de salud; atención ginecológica y de salud reproductiva se ve limitada dado que la mayoría de los profesionales son hombres; trato discriminatorio de parte de los profesionales de la salud y escasa frecuencia de las rondas medicas en zonas apartadas (MIDEPLAN–CONADI, 2006, pág. 21)”.

Posteriormente a la instancia de Congreso Nacional de Mujeres Indígenas, durante el mes de octubre del año 2006, se realiza el Congreso Nacional Indígena y las Conclusiones del Debate Nacional. El centro de Convenciones Diego

Portales de Santiago, fue el lugar de reunión. Congreso conducido por las propias organizaciones indígenas y los consejeros de CONADI. Durante esta instancia, las demandas en salud seguían presentes, sobre todo en acuerdos previos con el Gobierno y atención en salud.

El 5 de enero del año 2007, la Coordinación de Organizaciones Mapuches (COM) hace entrega a la Presidenta Michelle Bachelet una propuesta política para una nueva relación entre el Estado chileno y el Pueblo Mapuche. El documento, que fue elaborado tras acuerdo asumido por estas organizaciones en un gran encuentro realizado en Noviembre en Quepe, se realizó en el marco del Debate Nacional de Pueblos Indígenas.

En tema de Salud, se plante: “la calidad de la salud pública es deficiente, tanto en atención (trato y especialidad médica), como en la infraestructura, equipamiento y servicios tecnológicos que ofrece. Es justamente frente a la atención médica que muchos Mapuche sienten con fuerza la discriminación. El Estado ha impulsado la Reforma de Salud, que tiene como principio la equidad, la calidad y la eficiencia, sin embargo, a más de 5 años de su implementación, no se ha revertido la precariedad del servicio en Territorio Mapuche. (MIDEPLAN–CONADI, 2006, pág. 43)”

A pesar de esta situación, es “fortaleza que en nuestras comunidades todavía se mantenga vigente nuestro sistema de salud, sustentado en un acervo de conocimientos ancestrales que conservan la mayoría de las familias Mapuche, y un conjunto de especialistas tales como los *Lawentucefe*², *Puñeñelcefe*³, *Ngvtancefe*⁴ y *Maci*⁵. Estos especialistas atienden a sus comunidades, desarrollan un sistema de salud propio, basado en la relación de equilibrio entre, la persona, la naturaleza y lo sobrenatural, *Kvme Mogen – Kvme Felen*. Que nos muestra una forma distinta de entender la relación de salud - enfermedad. Sin embargo, sabemos que el sistema de salud oficial ha dañado nuestro sistema de salud, y que cambiar esta tendencia requiere modificar el primero, considerando las especificidades del territorio, dándole la pertinencia cultural a la atención y servicios que este brinda a la comunidad. Se suma a lo anterior la necesidad de revertir el descredito que el sistema oficial hace respecto del Mapuche, considerando que hasta ahora ambos sistemas de salud han permanecido separados con la imposibilidad de establecer un dialogo constructivo” (MIDEPLAN–CONADI, 2006, pág. 45).

² Es la persona que realiza el diagnostico previo y el tratamiento indicado por la Machi.

³ Es la persona mapuche que enseña a través de la educación, prevención, evaluación, tratamiento y control de salud de la mujer a partir de los 12 años.

⁴ Es la persona que ve y atiende al enfermo Kutranche; indicar tratamiento y controles, centrado en el kalul o anatomía física de las personas, por lo cual pueden atenderse dolores musculares y componer los huesos cuando hayan luxaciones.

⁵ Maci o Machi, es la autoridad religiosa, encargada de dirigir las ceremonias del Pueblo Mapuche. Su rol en la Medicina es el principal, debido a su gran sabiduría y poder curativo. Tiene el conocimiento exacto de cada medicina curativa y de cada sustancia para usar en la medida exacta en su lawen (remedio) o medicina.

Esto comienza a generar un cuestionamiento a la aplicabilidad del concepto de “interculturalidad” en el modelo de salud actual, pues no logra incorporar de manera integral la visión y las prácticas de las comunidades, agentes y especialistas. En ese contexto se presenta una propuesta que constituye un primer paso en la construcción de una nueva relación en materia de salud.

En este sentido se proponen seis temas centrales:

- a) La generación de una instancia autónoma Mapuche para generar políticas en salud Mapuche, que involucren recuperar y proyectar el sistema tradicional de salud Mapuche, mejorar el sistema de salud estatal y promover modelos de complementariedad en salud territorial optativos.
- b) El reconocimiento del sistema de salud tradicional Mapuche, incluyendo sus normas, conocimientos, especialistas y agentes; sistema que busca ser reconocido, recogiendo sus particularidades territoriales, incluyendo su validación al interior del territorio.
- c) El desarrollo e implementación de modelos de complementariedad en salud territorial, de acuerdo a la realidad local, a través del fomento de experiencias que vinculen el sistema de salud Mapuche con el occidental y generen acercamientos de trabajo en los ámbitos de la prevención y tratamiento de enfermedades, en un

marco de respeto entre los especialistas, procedimientos y sistemas de conocimientos.

d) La recuperación e implementación del concepto de Ixofil Mogen en materia de biodiversidad y salud, favoreciendo la prevención, mediante el uso y conservación del Lawen. Esto implica promover el repoblamiento de Lawen y la protección de los lugares biodiversos, así como recuperar y posicionar la alimentación Mapuche para el Kvme Mogen (mejorar la calidad de vida Mapuche).

e) Garantizar el derecho a la salud con un trato digno, una atención de calidad y una infraestructura óptima.

f) Investigación problemáticas en salud. Esto significa desarrollar estudios sobre aspectos epidemiológicos de la población y sobre el Ixofil Mogen (salud medioambiental), considerando las distintas perspectivas de los sistemas de salud en su desarrollo etiológico, en cuanto a la concepción de las enfermedades y sus procesos de prevención y sanación.

El 1º de Febrero del 2008, se crea el Comisionado Presidencial de Asuntos Indígenas, donde la Presidenta de la Republica Michelle Bachelet, designa a Rodrigo Egaña Baraona como Comisionado Presidencial para Asuntos Indígenas.

El 4 de Marzo del mismo año, se aprueba en el Congreso el Convenio N°169 de la OIT sobre pueblos Indígenas y tribales en Países Independientes. El Convenio fue enviado por el ejecutivo al Congreso Nacional en 1991. Si bien fue aprobado por la Cámara de Diputados el 2000, posteriormente fue impugnado por el Tribunal Constitucional por partidos opositores que consideraban que sus normas contravenían derechos constitucionales. Dicho tribunal, si bien rechazó la declaración de inconstitucionalidad del Convenio, dispuso un quórum especial de 4/7 de los votos del Senado para su aprobación. Finalmente el senado ratificó por 36 votos a favor y uno en contra, el proyecto de acuerdo.

Consecutivamente, el 1º de Abril del 2008, se hace la presentación de la política “Re-conocer: pacto social por la multiculturalidad”. Documento que fija una nueva agenda entre el gobierno y los pueblos indígenas a través de profundas modificaciones al sistema político con miras a su participación e integración plena. En el ámbito de salud, se plantea:

- Mejoramiento del programa de salud indígena, aumento del presupuesto entre los años 2006 – 2008. E inclusión de tres servicios de la Región Metropolitana hacia acciones orientadas a la identificación de población indígena beneficiaria, acceso al sistema público y al sistema de salud indígena.

- Incremento de la multiculturalidad en los programas de salud a través de la capacitación de 3.600 funcionarios de la región en lengua y salud indígena. La incorporación de 14 facilitadores interculturales en los establecimientos de la red ubicados en las zonas con mayor número de población indígena.

Además se impulsa un reforzamiento del Programa Especial de Salud de Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud, con especial atención a la recuperación de la biodiversidad y de la medicina indígena.

En su discurso, la Presidenta Michelle Bachelet, menciona “casi todos los servicios de salud del país incorporan la interculturalidad en la atención a los pacientes” (Chile, 2008, pág. 3).

El 25 de Junio del 2008 presenta el Instructivo Presidencial que implementa las iniciativas de “Re-Conocer: pacto social por la multiculturalidad”. Donde establece los mecanismos de información y consulta a los pueblos indígenas para el diseño de medidas legislativas o administrativas que puedan afectarles. Informar el presupuesto asignado al diseño o ejecución de planes y programas destinados a los pueblos indígenas. Establecer y ejecutar en cada Ministerio acciones e iniciativas de reconocimiento, promoción y fomento de la diversidad cultural, además del estudio y adecuación de políticas, planes y programas de cada Ministerios para dotarlos de pertinencia indígena.

Posterior a esto, el 15 de Septiembre del 2008, se ratifica el Convenio N° 169 de la OIT sobre los pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Este es el único instrumento jurídico internacional vinculante sobre reconocimiento de derechos y protección de los pueblos indígenas. El Convenio era una de las reivindicaciones políticas más importantes de las organizaciones indígenas en el país y había sido exigido ininterrumpidamente los últimos 20 años.

Del Convenio, en materia de Salud, se sostiene que;

Artículo 25 del Convenio No 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes Pág. 42 -43:

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.

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.

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.

4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.

Periodo de Gobierno del Presidente Sebastián Piñera Echeñique

A partir del 2010, la política indígena da un vuelco producto de la política ideológica que sostiene el Gobierno del actual Presidente Sebastián Piñera, enfocado en las comunidades indígenas a trabajar sus tierras, capacitarse y fortalecer la cultura. Buscando reconocer en la Constitución Política a los pueblos originarios y su aporte a nuestra identidad como país y así promover elementos de educación, salud y cultura. Además el Gobierno deberá hacerse cargo de un conjunto de obligaciones y recomendaciones sobre los Derechos Humanos de los pueblos indígenas, obligaciones establecidas en el Convenio 169 de la OIT y las recomendaciones del Relator Especial de las Organización de las Naciones Unidas para los derechos de los pueblos indígenas.

En el tema de salud, a partir de Enero y Mayo del 2012 comienza con un mejoramiento de los Centros de Salud Intercultural: Makewe, Boroa Filulawen y Newentuleaiñ, con el objetivo de mejorar la cobertura de la población atendida de las arreas de influencia de los centros.

Hoy por hoy, la demanda de salud intercultural, es un hecho que se arrastra desde los primeros gobiernos de la Concertación de Partidos por la Democracia. En política indígena se ha hecho mucho y a la vez nada, debido a la falta de

continuidad de las políticas públicas y la falta de trabajo etnográfico para el adecuado diseño de estas.

Es por esto, que hoy en día el conflicto territorial va en asenso, donde el territorio es solo un acápite de las demandas del Pueblo Mapuche, compuesta por una amalgama integral de determinantes sociales que no han sido tratados con la precisión y el estudio que necesitan.

Los últimos hechos ocurridos en la Araucanía, dan conocer que las demandas históricas siguen en pie, aunque la Coordinadora Arauco Malleco se desliga de los últimos hechos y acusa infiltración de instancias de ideología derechista. Estos acontecimientos provocan en el estado de salud, una alerta, debido a que desorganiza las acciones generadas, trayendo consigo nuevamente, desunión al interior del Pueblo Mapuche, lo que ha perjudicado enormemente la Política Indígena, ya que es necesario la unión para lograr un dialogo acorde que puede fortalecer las comunidades, poder concretar objetivos y lograrlas demandas históricas, como el territorio y la salud. Que están imbricados y que afectan a la salud de las personas.

- **Marco Teórico**

El marco teórico a utilizar para el análisis de la investigación sobre la Praxis de la Salud Intercultural en la Región de la Araucanía, se define como un marco teórico ecléctico, ya que se compone de diferentes ideas y conceptualizaciones. Aunque la matriz central, es la Sociología de la Salud. Rodney M. Coe, en el libro Sociología de la Medicina, plantea como la sociología y la medicina comienza a trabajar en conjunto, considerando a la medicina como un oficio social. Que debe complementarse con la sociología para lograr una mejor aplicación de la medicina, considerando todas sus variables en la incidencia y distribución de las variables socioeconómicas, el trabajo, la educación, el sistema de salud, la alimentación. Y los esfuerzos realizados en todo el mundo durante el último tiempo para mejorar la salud física y psíquica de la humanidad.

La sociología dentro de la salud, también presenta un análisis sobre los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), los cuales son las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas o, de acuerdo con Tarlov, “las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar (ICES, 2005, pág. 9). En este sentido, los Determinantes sociales de la salud son el nivel socioeconómico, que establece las brechas en salud y las desigualdades en el ingreso. La educación, en donde se plante una relación de que a mayor

escolaridad, mejor salud. Género, que genera desigualdades en salud y en enfermedad. Trabajo, donde se establecen las condiciones laborales y como estas influyen en la salud de los trabajadores. El medio ambiente, donde la contaminación también discrimina y por último, el estilo de vida, donde la alimentación y la suma de los otros factores inciden en el estado de salud de las personas. Estos factores inciden de manera importante en la cultura mapuche y en el estado de la Salud Intercultural hoy en día.

- **Antecedentes de la Medicina**

Es posible reconocer los orígenes de la Medicina Moderna o Medicina Científica en la Grecia clásica, que posteriormente será desarrollada por el industrialismo y la ciencia moderna en Europa, con la introducción de la anatomía patológica, extendiéndose luego al resto del mundo. Si bien, este modelo médico se presenta como un sistema homogéneo, resulta evidente la coexistencia de diferentes prácticas y desarrollos tecnológicos para el abordaje bio-médico de la enfermedad (Solar, M. A., 2004).

Con todo, algunas características distintivas de la representación y práctica social biomédica, hegemónicas en el continente latinoamericano, podrían sintetizarse en primera instancia en torno a la separación conceptual (instalada con al

advenimiento del pensamiento moderno) del soma y la psiquis, del cuerpo y el alma, del ambiente físicosocial- sobrenatural y el alma. Una segunda característica, relacionada con la anterior, que se instala con el desarrollo de la ciencia bacteriológica, es la concepción monocausal en la etiología de las enfermedades, lo que significa que se tiende a desconocer en el origen de las dolencias causadas fuera del ámbito fisiológico (Citarella et als. 1995, Solar, op.cit.). Se puede observar, sin embargo, que el desarrollo de la medicina contemporánea, y principalmente de la psicoimmunología, tiende a incorporar cada vez más, como lo indica Solar (ibid) una perspectiva multicausal en el origen de las enfermedades, incluyendo, entre otras, la noción de factores de riesgo y de protección, en la salud preventiva y en la promoción en salud.

De esta manera, los elementos fundamentales del saber biomédico y de sus prácticas sociales se reconocen en la adopción de un modelo mecanicista de observación del cuerpo, que se concentra en el estudio de los determinantes bioquímicos de la enfermedad y en los principios que podrían contrarrestarla. Al basarse en las ciencias básicas químicas, físicas y biológicas, se fue perdiendo la perspectiva integral del paciente, y de la relación de este con su medio ambiente natural y psicosocial. Por último, cabe mencionar que la representación social de las instituciones biomédicas están dominadas por el imaginario social del “hospital”

como referente principal de la concepción de salud en su dimensión rehabilitadora e institucionalizada.

Mientras la medicina no científica o tradicional, hace referencia a las creencias y prácticas basadas en la tradición, generalmente un conocimiento que se trasmite de generación en generación y que son aceptadas de un modo acrítico por la gente, sobre todo porque “las cosas se han hecho siempre de esta manera” enfatizadas en la efectividad de su práctica (Coe 1973). En este sentido la Medicina Mapuche, no está dentro de esta categoría, ya que la medicina tradicional generalmente atribuye causas naturales a la enfermedad, en cambio la Medicina Mapuche o Medicina Primitiva hacen referencia también a lo sobrenatural como causa de una enfermedad, ligado estrechamente a las creencias religiosas o cosmovisión de la cultura.

En la sociedad actual, donde confluyen múltiples culturas, la noción de interculturalidad halla uno de sus asideros teóricos en la idea que las culturas no se encuentran aisladas ni se producen por generación espontánea, sino que, en su diario acontecer, tienden a abarcar espacios que las conducen a entrar en relaciones con otras culturas. Así, como lo indica Boccara (2000), se puede señalar, en términos generales, que esas relaciones que se establecen entre las culturas es lo que se suele denominar *interculturalidad*.

Las *relaciones interculturales* (Touraine, 1995) pueden clasificarse en tres tipos de interacción:

a) relaciones sin reconocimiento: se establece contacto entre dos o más culturas, pero no existen relaciones de reconocimiento y las culturas interactuantes no resultan afectadas o modificadas por el encuentro o el diálogo.

b) relaciones de dominación: al entrar en contacto con otras culturas, una cultura adquiere el carácter de dominante, y tiende a hacer desaparecer a las otras culturas no dominantes.

c) relaciones de carácter multicultural: al contactarse dos o más culturas se establece un reconocimiento del contexto y de las particularidades de las diferentes culturas involucradas, estableciéndose una relación de diálogo y de respeto que va dando origen a modificaciones significativas en los escenarios simbólicos de las culturas que han entrado en interacción.

Aunque para algunos autores los términos intercultural y multicultural son equivalentes, la clasificación recién expuesta revela que el tipo de relación que se establece entre dos o más culturas (relaciones interculturales de facto) requiere ciertas características para poder concebirla como multicultural.

Al respecto, Touraine (1995) propone algunos hilos conductores relevantes para acercarnos al concepto de sociedad multicultural. El *multiculturalismo*, para este

autor, sólo tendría sentido como la “combinación, en un territorio dado con una relativa unidad social, de una pluralidad de culturas que mantienen permanentes intercambios y comunicaciones entre actores que utilizan diferentes sentidos de vida”. En este sentido, el primer elemento a destacar es que la coexistencia o simple convivencia de culturas no expresaría necesariamente la condición multicultural.

En efecto, una cierta indiferencia pluralista entre culturas que coexisten no constituye una sociedad multicultural, en la medida en que no existiría interacción entre ellas, sino una mera subsistencia irrelevante desde una tolerancia incorrectamente comprendida. De acuerdo a esta acepción, que Touraine (op. cit.) califica de “falso multiculturalismo”, ser multicultural sería “no preocuparse por el destino de otras culturas del propio entorno”.

Por otra parte, considerar lo multicultural como el derecho inalienable al respeto de la diferencia que defiende la perpetuación intacta de la diferencia cultural sin una afectación mutua en la interacción entre culturas, puede conllevar en las sociedades a un relativismo cultural cargado de conflictos irresolubles. Este entendimiento de lo multicultural tiende a desarrollar un cierto individualismo a ultranza, una especie de multiculturalismo de la segregación. Un segundo elemento que aporta Touraine (1995) en la comprensión de lo multicultural, dice relación con la *apertura a la alteridad como capacidad de reconocimiento hacia*

cada cultura de sus valores y de sus pretensiones de universalidad. De esta manera, para convertirse las sociedades y los individuos en expresiones multiculturales se plantea la exigencia, ya no de la preservación cultural solamente, sino del reclamo del *reconocimiento universal de la equiparación de las diversas culturas.*

Así, la experiencia multicultural está modificando radicalmente las nociones de igualdad, dignidad, diferencia y libertad, ya que se instala con ella la necesidad de concebir la igualdad humana abierta a las diferencias, superando las nociones de culturas “superiores”, “avanzadas” o “primitivas”, y de conceptualizar la libertad no reducida a la simple autonomía individual, sino como reconocimiento al interior de las comunidades y sus tradiciones concretas.

En el mismo sentido, y como sostiene Pedreros (1997), la interculturalidad tiene un carácter eminentemente político, ya que se sitúa en el marco de las relaciones entre minorías y mayorías, entre pueblos indígenas y estados nacionales. Un cuestionamiento que se origina entonces, remite a la factibilidad de generar espacios interculturales para el desarrollo a partir de un enfoque sectorial, en la medida en que los problemas sectoriales (de salud, educación, justicia, etc.) se interrelacionan en la práctica con los distintos elementos del desarrollo social; argumento que podría sustentar la construcción de estrategias intersectoriales desde la estructura estatal.

Analíticamente, Citarella et als. (1995) describen dos modalidades de aplicación de la interculturalidad que se hacen cargo de la dimensión política y social relativa a la interacción pueblos indígenas y estado, de manera diferencial. Un primer tipo de proyecto de interculturalidad asumiría un carácter sectorial, en el marco de las relaciones interétnicas, sin extenderse a otros dominios de la vida pública. Su objetivo fundamental se plantearía en torno a la necesidad de modificar la situación de marginalidad en la que se encuentran los pueblos indígenas con respecto a la sociedad global y al acceso a determinados bienes y servicios estatales.

Un segundo tipo de proyecto de interculturalidad tendría un carácter general que sitúa cualquier política de carácter sectorial (salud, educación, justicia) dentro del contexto más amplio de la relación entre los pueblos indígenas y el Estado, planteando medidas estratégicas destinadas a resolver los problemas de desarrollo sustentados en diferentes cosmovisiones en contacto. En este segundo proyecto intercultural, el derecho al territorio étnico, según Citarella et als. (1995), reviste importancia crucial ya que la tierra, mucho más que un medio de producción, constituye un espacio geográfico ligado profundamente a la historia y al conjunto de la cultura de un pueblo, indispensable para el florecimiento de ésta. Como lo señala Bengoa (2000) al describir el nuevo discurso étnico de los años

'90, "la defensa de la tierra ha dejado de ser una lucha de corte agrarista para pasar a ser una lucha de sentido ecologista y político-social".

Como se puede observar, estas dos alternativas de interculturalidad ponen el acento en la acción estatal, si acaso sectorial o intersectorial y global. Sin embargo, la posibilidad de construir interculturalidad plena, modificando sustancialmente la forma histórica de dominación y marginalidad hacia los pueblos indígenas, pareciera radicar fundamentalmente en los procesos organizativos y de recomposición del tejido social indígena, a partir de sus estructuras sociales tradicionales y de la comunidad. Como lo indican Citarella et als. (op. cit.), el factor clave sería lograr en el nivel local una forma organizativa que otorgue instrumentos de negociación entre la sociedad nacional y la sociedad mapuche para poder mejorar su propio proyecto histórico. Escenario que sitúa en un papel protagónico el rol de la movilización y la participación indígena en su proceso de desarrollo.

Con respecto a la necesidad de fortalecimiento de la cultura mapuche, en el marco de un proceso de reunificación del sujeto indígena (Bengoa, op.cit.), uno de los elementos que se encuentra en el centro de las discusiones entre diferentes actores mapuche es, lo que Mariman (2004) analiza como el sentido de la valoración institucional mapuche tradicional. De acuerdo al autor, es necesario demostrar de qué manera la institucionalidad mapuche (tanto pública como

privada) puede ser útil en el presente y futuro para el pueblo mapuche, valorando elementos de la institucionalidad occidental, considerando que ésta puede operar de otra forma en manos mapuche o en manos de no mapuche, con valores diferentes a los que se cuestionan como enajenantes para los mapuche.

Así, nos adentramos desde la sociología de la salud y la interculturalidad, en la interculturalidad en salud, como lo plantea Oyarce (1997). Implica al menos, la relación entre dos culturas, en la que el conocimiento en salud que se origina de dicho encuentro es cualitativamente diferente de los conocimientos respectivos que le dan origen. Es entonces la capacidad de moverse entre los distintos conceptos de salud y enfermedad, los distintos conceptos de vida y muerte, los distintos conceptos del cuerpo biológico, social y relacional. Una definición amplia del término, que contribuye a visualizar un proyecto de desarrollo en un escenario multicultural es el que proponen Citarella et als. (op.cit.) como la “coexistencia y mantenimiento de múltiples culturas en un espacio geopolítico específico y en un tiempo determinado, en los que se reconoce las diferencias y especificidades de cada cultura y su validez”. A su base, destacan los autores, se acepta la premisa de que *cada una de estas culturas corresponde a la tradición de un grupo humano y representa una manera de categorizar, comprender y organizar el mundo*. En términos operacionales, esta concepción implica potenciar lo común entre el sistema médico occidental y el sistema médico indígena, respetando y

manteniendo la diversidad. Históricamente, el concepto de interculturalidad en salud se introduce a raíz de la necesidad de responder a los problemas sanitarios de los países tercermundistas, y aparece fundamentado en la visión desarrollista de agencias internacionales, tales como la ONU y la OMS (Alarcón, en prensa). En efecto, la evaluación que dichos organismos hacían de la situación de salud de los países en vía de desarrollo, en los años sesenta, establecía que no sólo los aspectos económicos impedían mejorar la calidad de salud en estos países, sino que el problema radicaba fundamentalmente en aspectos culturales de la población indígena, que impedían la adopción de “prácticas y cambios favorables para la salud”. Dicho de otro modo, las prácticas culturales de los pueblos indígenas, ligadas a conocimientos y creencias propias, no permitían un mejor nivel de salud y de desarrollo, y en general un mejor acceso a los sistemas de beneficio del Estado. Estas primeras concepciones de las acciones interculturales en salud se sustentan en una representación civilizatoria de las relaciones interétnicas, originada ya en la segunda mitad del siglo XIX, a partir de las ideas evolucionistas con respecto a la especie humana. Esta representación social, presente hasta la actualidad como matriz teórica, reconoce cierta unidad de la especie humana, pero se la sitúa en diversos grados de civilización. En efecto, como lo destaca Bengoa (2000) las ideas de inferioridad de las prácticas indígenas, de primitivismo y barbarie de sus creencias, sigue siendo el común denominador cultural de las sociedades que se autovaloran como “civilizadas”.

En este sentido, la incorporación de la lengua nativa en procesos de educación en salud hacia comunidades indígenas ha sido fuertemente criticada, ya que, como sostiene Oyarce (1997), por lo general cuando se elabora material educativo para poblaciones indígenas se busca modificar conductas inapropiadas en salud, y lo que se hace, en definitiva es “traducir” un material diseñado desde la perspectiva biomédica a la lengua indígena (...) lo que no constituye ni un material ni un conocimiento intercultural, sino que más bien se está imponiendo el conocimiento biomédico sobre el conocimiento indígena, utilizando la propia lengua indígena para ello.

Es debido a esto, donde la participación, surge como un factor importante, para Ezequiel Ander-Egg, la Participación es *“un acto ejercido por un sujeto agente que está involucrado en un ámbito donde pueda tomar decisiones”* (Ander-Egg, 1999). Hablar de Participación es un tema complejo, ésta puede darse de múltiples maneras, por eso hay que estar alerta al tipo de participación frente al cual nos encontramos. Para los motivos de este trabajo, queremos entender el concepto en los términos planteados por Martin Hopenhayn, quien señala que la participación está vinculada a la lucha por intervenir en las decisiones, por tanto, hay que considerar cuáles son los motivos que orientan una Participación, evitando aislar el concepto. Para Hopenhayn, la motivación fundamental apunta a un criterio básico, *“La participación tiene sentido cuando redundando en*

humanización, es decir, cuando la población involucrada en el proceso en cuestión libera potencialidades previamente inhibidas, deja de ser mero instrumento u objeto de otros, se convierte en protagonista en cuanto ser social”(Hopenhayn, 1988). Diversas experiencias interculturales en salud proponen el establecimiento de un diálogo entre culturas, que tienda a mejorar la calidad de salud de los indígenas y a generar espacios de participación microsocial en la ejecución de las acciones de salud pensadas como participación social. Sin embargo, las representaciones relativas a las relaciones interétnicas, tanto “civilizatorias” como “integracionistas” de los pueblos indígenas, subyacentes a las propuestas tienden a limitar el alcance intercultural de dichas iniciativas. Es el caso de la incorporación de sanadores tradicionales, tales como parteras, yerbateras, componedores de huesos y chamanes, a los establecimientos oficiales de salud que culminan generalmente en la institucionalización de éstos, a través de un proceso de educación y de certificación. Algo similar ocurre con las experiencias en atención primaria en la formación de promotores de salud local, que si bien, como lo indica Alarcón (en prensa) pueden significar un proceso de síntesis del pensamiento indígena y de los conocimientos biomédicos en la figura del monitor, no necesariamente implican procesos colectivos de intercambio de saberes en ambas direcciones. Como se discutió en el Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas realizado en Puerto Saavedra (1997), la interculturalidad no sólo apunta a que se acepte el conocimiento tradicional, sino que también

demanda que los médicos y la gente que trabaja en los Servicios de Salud conozcan la cultura de la población en la que está trabajando, su condición social, su condición económica, su problema de la tierra (...), es decir, que atiendan al paciente como una persona distinta. En este sentido, se recalca, que la interculturalidad no es sólo asunto de medicinas, sino que atañe a los valores de los pueblos indígenas, y a la forma de vivir en comunidad y de resolver los problemas en conjunto. Asumiendo la necesidad de que los agentes que se desempeñan en la atención en salud con población indígena, logren una mayor comprensión de la diversidad cultural, y de la dinámica cultural y social en la que están insertos los usuarios de salud, es que se han implementado procesos de formación y capacitación hacia los funcionarios de salud. Estas acciones de educación hacia el personal de salud, tendientes a favorecer las estrategias de comunicación entre cuerpo de salud oficial y pueblos indígenas, han logrado sin duda mejorar la satisfacción usuaria de la población atendida, en cuanto a calidad en el trato y disminución del prejuicio étnico, como lo menciona Aguirre Beltrán (1994) al referirse a la importancia de la adquisición del conocimiento del pensamiento indígena, cuando el personal sanitario percibe las motivaciones de la conducta nativa y el trasfondo que respalda la resistencia a las innovaciones en salud. Sin embargo, la incorporación de conocimientos de antropología médica en la práctica sanitaria no logra significativamente un trato hacia el individuo atendido como sujeto cultural, en el sentido de no ser dissociado de su mundo social en el

que se desenvuelve, y puede tender a una fuerte asimilación cultural en la medida en que se sustentan en concepciones civilizatorias con respecto a las sociedades indígenas.

La mayoría de las experiencias interculturales en salud, a nivel internacional, presentan como principal cuello de botella la inclusión de aspectos tales como remedios herbolarios tradicionales y técnicas terapéuticas específicas de la medicina tradicional, pero no necesariamente el corpus de ideas y conocimientos sobre el cual estas prácticas médicas se fundan. Lo que suele ocurrir, en términos de políticas de salud y desarrollo del sistema, es la aceptación de algunas limitadas características y tecnologías de la medicina tradicional, con un rechazo más o menos global a las bases ideológicas y conceptuales de la medicina tradicional, es decir, a sus bases teóricas y filosóficas. Efectivamente, en el caso de las propuestas programáticas chilenas, la comprensión y puesta en acción de la interculturalidad en salud remite a un “modelo de gestión que adecue los servicios a las características de la cultura (indígena) basada en el respeto y en la construcción colectiva de estrategias, metodologías y protocolos que mejoren el acceso y utilización de los servicios de salud” (Ministerio de Salud, 2003). En este sentido, cabe destacar que las conductas en torno a la salud se sostienen sobre experiencias, saberes, creencias, representaciones y significaciones particulares, lo que se puede observar con especial notoriedad en las categorías utilizadas para

concebir las enfermedades, así como en las causas que se le atribuyen. Como lo subraya Mabe (1994) en la relación intercultural, - tanto en salud como en otro ámbito de acción -, no es solamente la diferencia del "otro" la que causa una eventual dificultad, sino que la especificidad de cada uno de sus protagonistas y sus condiciones puestas en relación; condiciones, que implican tanto las dimensiones simbólicas señaladas, como las condiciones sociopolíticas de producción y reproducción de cada saber médico en el marco de sociedades en contacto y en relaciones no igualitarias.

Saberes y prácticas médicas: conocimiento tradicional *mapuche* y medicina científica occidental

Visto desde la población que requiere de los servicios en salud proporcionados por distintos especialistas o agentes médicos, los sistemas médicos existentes (occidental científico y tradicional *mapuche*, entre otros) no constituyen estructuras rígidas. Los denominados "modelos médicos" son más bien espacios de referencia conceptual, dado que es posible advertir que en la realidad se constituyen una gama de sistemas intermedios, resultantes del manejo simultáneo que hace la población de conceptos y recursos médicos, de acuerdo a las vivencias personales. (Jelves, 1997).

Se podría entonces abordar la noción de “modelo médico” sustentándose en la conceptualización de *representación social*, la que es entendida como un "saber compartido entre miembros de una sociedad, o de un grupo social determinado, en torno a un segmento de su existencia, o a toda su existencia". Se trataría así, del encuentro entre una experiencia individual y los modelos sociales propuestos, en un modo de aprehensión particular: el de la *imagen-creencia*, que posee siempre una tonalidad afectiva y una carga irracional, por sobre el elemento racional secundario (Laplantine, 1989). De esta manera, como lo señala Jodelet (1989), las representaciones sociales circulan en los discursos, son transportadas por las palabras, vehiculadas en los mensajes e imágenes compartidas, cristalizadas en los comportamientos y en las formas de organización y articulación materiales y espaciales. Las representaciones del enfermo sobre el origen de su enfermedad se encuentran entonces ligadas a una determinada visión de mundo, y determinan a la vez su itinerario terapéutico.

Conocimiento tradicional mapuche en salud

A través del proceso de recuperación y re-apropiación de la identidad mapuche, se ha hecho evidente la necesidad de considerar la relación de imbricación que supera los niveles de materialidad y objetividad, propios de la ciencia (ecológica o médica), para integrar dimensiones cósmico-espirituales y socio-comunitarias. En el transcurso del tiempo, el pueblo mapuche ha ido construyendo y explicando la estructuración de su propio mundo, es decir, ha desarrollado y transmitido una perspectiva propia para comprender, articular e interrelacionar todos y cada uno de los elementos existentes que conforman el mundo mapuche. Como lo indica Armando Marileo (1995) “logró comprender cómo se vinculan los mapuche con la tierra y el medio ambiente que los rodea, de dónde emana la fuerza o el poder que le permite la vida a la naturaleza; en qué contexto se ubica el sol, la luna, el día, la noche y el hombre”. La relación del mapuche con la tierra y los ciclos de la naturaleza emana, además, de su condición de persona rural, cercana al medio ambiente, con el cual convive constantemente durante todas las etapas de su existencia. De esta manera, tanto la agricultura como la organización social y la religión, prácticas rituales y creencias, están íntimamente ligadas como partes constitutivas de un todo sistematizado en la persona o en el *ce o che* (Cuyul, 2002).

El universo está compuesto de seres vivos que como unidades poseen igual valor entre sí; cada uno posee su *nwen* o fuerza, cada ser humano, cada elemento de la naturaleza pertenece a una fuerza, cada persona tiene su propio *nwen*; aún cuando no todas pertenecen al mismo *pvjv*, o espíritu (Caniullan, 2000). El orden del Universo se rige por una serie de fuerzas opuestas y complementarias, necesarias unas para las otras, y cuyas relaciones entre sí deben guardar cierto estado de armonía, lo que remite a las relaciones de respeto que deben mantener los seres vivos entre sí. El respeto a otros seres vivos, en este caso, es más complejo que el uso moderado de los recursos naturales, ya que implica también resguardar la armonía que existe entre las personas y los *gen*, o dueños de determinados lugares que poseen una fuerza particular (p.e. *menoko*) que es necesario resguardar para el desarrollo armónico de los habitantes, de la flora y de la fauna (Coordinadora de Salud Filu Bawen, 2002). El medio ambiente es el todo, el *Waj mapu*, un espacio donde el ser humano es un elemento entre muchos, donde no se diferencia el mundo visible y un mundo espiritual. Manteniendo una relación de reciprocidad con las fuerzas del medio ambiente se conserva la salud, se asegura que los ecosistemas frágiles y los espíritus amenazados se preserven (Coordinadora de Salud Filu Bawen, 2002).

“El equilibrio de cada persona se relaciona con su fuerza, estar en armonía con su *nwen*, lo que también quiere decir encontrar su sentido en este mundo, su forma

de insertarse de contribuir, su destino, su función y llevarla a cabo” (Manquepi, 2002). La comprensión simbólica que sostiene del proceso de salud-enfermedad mapuche, en tanto construcción de significados articulados y (re)producidos socialmente, pone en interacción y en relaciones de intercambio, a veces de reciprocidad y otras veces de conflicto, al *che*, la naturaleza, las fuerzas sobrenaturales (distinción entre lo natural y lo sobrenatural proveniente de nuestra lógica dualista racionalista), las personas miembros de una comunidad en un determinado territorio (*loñ*), y los miembros de las familias de ese territorio. Como lo indica la antropóloga Jelves (1997), la medicina mapuche forma parte de la tradición ancestral mapuche, que se desarrolla autónomamente hasta mediados del siglo XVI, cuando se produce la invasión española; luego de la cual ha persistido hasta hoy, conservando en forma casi invariable el modelo médico tradicional que atribuye la causa de las enfermedades a la acción de fuerzas espirituales malignas, o *wekvfe* y a los *kalku* o brujos, a través de diversos mecanismos como *xafentun* (o encuentro), *perimontun* (o visiones), *vñfitun* o daños a través de la ropa. También, señala la autora, las deidades y fuerzas benéficas pueden causar enfermedades, como castigo a la trasgresión de normas sociales y rituales, o como señal indicadora de vocación de *machi*. Por último, se distingue también un ámbito categorizado como *rekuxan* (o enfermedades leves y agudas) que se producen por causas naturales como la exposición prolongada a diferentes factores climáticos, el exceso de alimentación, etc.” (Jelves, 1997).

Como lo indicara Levi-Strauss la invocación de fuerzas benéficas, o la lucha con las fuerzas malignas son parte de un sistema coherente que fundamenta las concepciones indígenas del universo. (Laplantine, 1987) El chamán, durante la cura, se insinúa simbólicamente en el propio cuerpo del enfermo. El problema central de la sanación se constituye en términos de confrontación de fuerzas, dónde todo se juega finalmente en los registros sutiles de las almas de los órganos, que califican las manipulaciones psicológicas del órgano enfermo. Es precisamente a través de esta manipulación que se espera que ocurra la sanación, tanto por la acción del chamán, del paciente, como por la acción del conjunto del grupo social que participa activamente de la iniciativa terapéutica.

Estos trabajos, como muchos otros que le siguen, relevan de alguna manera el pensamiento mágico a la altura de un pensamiento articulado y coherente que no queda relegado como un intento de aproximación al pensamiento científico, sino que representa un modo de conocimiento específico.

El rol social en la interculturalidad.

Clásicamente, los científicos del comportamiento han buscado las bases de la conducta de los hombres en sus componentes psicológicos y sociales. Estos últimos proporcionan las orientaciones generales o fijan los límites dentro de los cuales puede variar el comportamiento social aceptado, en tanto que los factores psicológicos determinarían las particulares formas que la conducta de un individuo puede adoptar.

Detrás de tales explicaciones se encuentra la cultura, que a través del sistema normativo establece patrones de conducta. Las personas, como integrantes de una sociedad y participantes en la cultura mapuche, actúan y se vinculan entre sí siguiendo esas pautas de comportamiento. Toda situación de interacción social está definida por individuos que se comunican; esta intercomunicación es fácil, fluida y puede conducir a un final esperado, en la medida en que las personas se ciñan a su papel y respondan a las expectativas de su interlocutor. La conducta con la cual se identifican recíprocamente en el momento de interactuar (Davis, 1965, págs. 75-115)

Un status puede ser definido como la posición específica que un individuo ocupa dentro de una pauta cultural determinada. Esta posición social significa que la persona debe realizar obligadamente un mínimo de actividades, si es que se ha de

ceñir a las prescripciones culturales. Los patrones de comportamiento que de aquí derivan han sido definidos como rol social, el que puede ser considerado como el aspecto dinámico del status (Linton, 1975, págs. 123 - 139)

El termino status ha sido utilizado con distintos significados en la literatura sociológica y, desde luego, en el lenguaje corriente, asimismo, ha sido entendido en variadas maneras de épocas diferentes. Obviamente esta situación constituye con frecuencia una fuente de confusiones y malos entendidos y sugiere la conveniencia de aclarar los significados del término.

Cuando se la considera en un sentido más amplio, la palabra status se refiere a una manera de concebir aspectos específicos de la realidad social, a los que la cultura considera claves para clasificar a los miembros de la sociedad y situarlos en categoría. En este sentido, debe estimarse que el status implica por definición la existencia de comportamientos en la estructura social. Así, hablamos de status profesional, status directivos, status marital, etc.

Concebido de otra manera, también se suele entender que el status social es un nombre o una etiqueta, socialmente significativa que puede ser colocada a los individuos, así, las personas pueden ser designadas como padre, medico, chileno, empleado, etc. Esta etiqueta que se adhiere a los individuos tiene trascendencia social, como lo es la Machi, para la cultura mapuche, cuando de ella se desprenden determinadas formas de conducta establecidas por la cultura y, como

consecuencia, cuando los demás esperan que el portador de ese rotulo se comporte de una manera determinada.

Un tercer significado concibe al status social como un componente de la estratificación social. Se parte aquí de la percepción de la sociedad dividida en posiciones sociales que se ordenan jerárquicamente de acuerdo con la importancia que la cultura les asigna y con las recompensas diferenciales que la sociedad les concede. Mientras más importancia social se le atribuye a una posición, mas alto será evaluado el status y mayores serán sus recompensas.

Como queda claro, las tres formas de conceptualizar el status no son propiamente excluyentes, sino que traslapan, en importante medida. No obstante parece indispensable especificar el concepto al iniciar un análisis de un rol. En tal sentido, en esta tesis se trabajara con la conceptualización de Linton (Linton, 1975). Y se considera al status como una posición social significativa definida por una pauta cultural, que resulta fundamental para determinar la conducta que debe seguir la persona que ocupa tal posición. Este comportamiento que deriva del hecho de adoptar un status determinado, también se encuentra establecido en las normas sociales y constituye un rol social.

El contenido de un rol social, como queda dicho, esta prescrito en el sistema normativo y determina cuales son las expectativas de las personas, frente a la conducta del individuo que ocupa un status.

Esta conducta es la que socialmente se considera apropiada, lógica o normal en el desempeño de un status y se refiere a distintos cursos alternativos de acción que la persona puede adoptar, cuál de esas formas posibles de actuar resulta la más apropiada, es asunto que depende de la situación global en que se está desempeñando el rol. En otras palabras, la conducta definida por el rol social ocurre dentro de un contexto, que define los cursos de acción susceptibles de ser seguidos por la persona. La situación determina algunas formas de comportamiento que son “inapropiadas” y otras que son “normales” dentro del contexto situacional, pero será el propio ocupante del status quien deberá resolver el problema de decidir cuál de las formas de comportamiento adecuadas a la situación habrá de adoptar finalmente. En este sentido puede esperarse que la conducta final está condicionada por tres factores principales: la forma como el individuo percibe la situación, sus experiencias pasadas en situaciones similares y las expectativas que los demás tienen frente a su conducta.

Sobre la base de estos antecedentes, puede señalarse que la conducta de las personas está determinada, en último termino, por el sistema normativo, puesto que es este quien define los status y los roles sociales. No obstante, una misma norma no se aplica a una misma conducta en situaciones diferentes; de una norma social pueden surgir muchas conductas, pero en una situación dada algunas serán legítimas y otras no.

Es probable que la simple definición de estatus sugiera de inmediato la conducta que deriva del rol respectivo, pero también puede ser que resulte insuficiente. Podría ocurrir que en una situación de interacción social cualquiera, sea suficiente que a una persona se la identifique con el status social de médico, pero que de allí se desprenda la variedad de conductas posibles para un médico en ese contexto, las que no serían apropiadas si no se hubiera identificado así a la persona. Sin embargo, la mera calificación de médico podría resultar incompleta en un contexto social distinto, porque ocurre que normas que son generales, cuando se refiere a la sociedad considerada globalmente, pueden ser especificadas de manera diferente en unidades sociales de ámbitos más reducidos, como pueden ser grupos u organizaciones sociales o distintos contextos sociales donde la interacción tiene lugar. De este modo, la adscripción del rotulo “médico” o “machi” puede resultar insuficiente para definir cursos específicos de conducta.

Talcott Parsons describe, entre otros, tres mecanismos a través de los cuales la profesión médica previene los trastornos funcionales para el sistema social, que podría derivar de tal situación: neutralidad afectiva, universalidad y especificidad funcional (Parsons, págs. 431 - 478)⁶.

⁶ Parsons señala que se han desarrollado “camino” para enfrentarse con las tensiones y superar los obstáculos que se presentan en la práctica afectiva de la medicina científica. Ellos son los valores de adquisición (se trata de un status adquirido, no adscrito culturalmente), universalismo, especificidad funcional, neutralidad afectiva y orientación colectiva, en ese orden.

La neutralidad afectiva del médico impulsa a medir el grado de compromiso emocional que puede tolerar frente a sus pacientes. Esta orientación del rol del doctor es un mecanismo de distanciamiento que pretende impedir que se convierta en una suerte de “cómplice” del paciente ante la enfermedad, de tal manera que puede mantener una actitud más bien fría, imparcial y objetiva frente al paciente y a su enfermedad. Para emplear un término del psicoanálisis, la neutralidad afectiva es una defensa del médico frente a la contratransferencia. Desde luego, la ponderación de su grado de compromiso emocional con el paciente no llega a significar indiferencia ante el problema que vive el enfermo, es solo un manejo de la simpatía que espontáneamente despierta un ser que ha perdido sus capacidades normales, aun cuando solo sea transitoriamente, de tal manera que no se convierta en empatía y llegue a afectar el juicio técnico.

Esta forma de defenderse del médico lleva a la dimensión universalista del desempeño del rol médico. El universalismo resume la tendencia del profesional a tratar a todos sus pacientes por igual. El status del médico ha sido adquirido a través de la competencia, la preparación y el adiestramiento técnico y representa el desempeño de un rol específico, diferente de otros roles, cuando es presionado para extender el campo de acción de su rol, para considerar de manera especial cada circunstancia particular que enfrenta, el médico reacciona considerando a todos los pacientes por igual, sin establecer diferencias entre ellos

Está claro que el universalismo es una orientación en el desempeño del rol del médico, que no siempre es posible lograr, particularmente cuando se trata de ciertos campos de la medicina, como la medicina psicosomática, la psiquiatría u otras áreas que demandan una comprensión más amplia del paciente.

La orientación universalista conduce a la norma a la especificidad funcional. Ella impulsa al médico a desempeñar exclusivamente las acciones que incluyen dentro de un área técnica, es decir, circunscribirse a estrictamente a la “medico”.

Opción Teórica

Esta composición teórica, nos ayuda a entender mejor la praxis actual de la Salud Intercultural en la Región de la Araucanía y así poder analizar de manera efectiva el discurso de sus actores.

La opción teórica a utilizar para el análisis, deviene del concepto de interculturalidad estudiado y la relación dominante intercultural (que habla de una relación de conflicto que tiende a hacer desaparecer la otra cultura). La participación como factor histórico en la generación de políticas públicas y también entendidas como instancias de diálogo intercultural y la salud intercultural, entendida como la capacidad de diálogo, de moverse entre los diferentes conocimientos.

La relación entre medicinas, los conceptos de medicina moderna o medicina occidental en el caso de nuestro país y medicina tradicional, primitiva, en el caso de la medicina mapuche, su cosmovisión y sus prácticas.

Se utilizara también, para el análisis, el enfoque de los Determinantes Sociales de salud y como estos están actuando estos en relación a la salud en la Región de la Araucanía.

Y la relación, comparación y práctica de los conceptos de rol y estatus estudiados.

Obteniendo un enfoque teórico amplio, que posibilite un análisis desintegrado para posteriormente obtener conclusiones generales.

- **Marco Metodológico**

El enfoque metodológico que guiará la presente investigación, dadas sus implicancias y objetivos, será de carácter cualitativo descriptivo. La investigación desarrollada se implementó a través de un proceso etnográfico, asumiendo éste como un estudio descriptivo e interpretativo de la cultura de una comunidad y de uno de sus aspectos fundamentales, la salud, bajo la perspectiva de comprensión global de la misma (Aguirre Beltrán, 1995). En el marco de la producción de conocimiento relativo a las relaciones multiculturales, interculturales, las ciencias sociales tienden a concebir cada vez con mayor fuerza las nociones de “cultura” y de “poder” como campos relacionales y/o contextuales, más que como entidades estables, orgánicas u homeostáticas (Durán, 2000). Esta tendencia proviene, entre otras fuentes, de los aportes del interaccionismo simbólico que destaca el mundo de las interacciones como unidad básica del análisis sociológico contemporáneo. De esta manera, y sin estratificar o separar lo económico-social de lo cultural, surge la posibilidad de examinar en los niveles más locales de la vida cotidiana, algunos aspectos de las relaciones macro estructurales.

Este enfoque, como lo señala Durán (op. cit.), sin desconocer el papel que juegan las estructuras sociales y los sistemas en la vida social, centra su atención más bien en la interacción entre éstos y el comportamiento individual situado en micro-

contextos, asumiendo que cada individuo contribuye al proceso mayor de estructuración social.

Esta tendencia ha significado, en el plano de la metodología utilizada para la producción de conocimiento, un paulatino distanciamiento de los estudios estadísticos y probabilísticos aislados del contexto de ocurrencia de los fenómenos, -lo que los hacía aparecer como “más científicos”-, y una mayor aceptación de estudios de complementariedad para captar la experiencia humana y los procesos históricos en sus expresiones estadísticas y o comparativas, así como el desarrollo de estudios de carácter cualitativo, asumiendo la cultura como lo propone García Canclini (1995, en Durán, 2000) como “la producción, circulación y consumo de significados”.

Dicho de otro modo, la cultura no sólo es un concepto relacional, sino que esencialmente semiótico. Asumiendo junto a Weber que el ser humano es un animal inserto en tramas de significación que el mismo ha tejido, es posible asumir la cultura como ese entramado y, del mismo modo, asumir que algunos enfoques propuestos para el análisis de la cultura no estén ligados a la ciencia experimental en busca de leyes, sino a una ciencia interpretativa en búsqueda de significaciones. Así, el desafío del proceso de investigación consiste en enfrentarse a una multiplicidad de estructuras conceptuales complejas,

superpuestas o entrelazadas entre sí, y la labor analítica consiste en desentrañar las estructuras de significación (Geertz, 1973).

- **Muestreo y Técnicas de recolección de información**
- **Población objetivo**

La región de la Araucanía es por naturaleza mapuche, reconocida a través de la historia por sus múltiples conflictos territoriales con empresas madereras y agrícolas. Región donde aun subsistente en el cotidiano la cultura y tradiciones mapuche, junto a el crecimiento creciente y constantes de la empresa privada.

Múltiples son las comunidades que mantienen la tradición y la cosmovisión en zonas alejadas de la ciudad. Muchas han explotado el turismo, mientras otras mantienen su lucha contra la modernidad.

Es en esta Región donde se comienza a reconocer la multiplicidad y coexistencia de diversos sistemas médicos, que se practicaban de manera independiente. Nace la interculturalidad en salud, como instancia de coexistencia de dos sistemas en favor de la salud de la comunidad local. Es así como el proceso no estuvo exento de controversias.

Debido a esto, para estudiar un fenómeno que actualmente está manifiesto en las prácticas de salud en la Región de la Araucanía, fue necesario trasladarme a la zona y conocer in situ el proceso. Acercándome y conociendo a informantes claves que me ayudaran a conocer en terreno la realidad práctica de la Salud Intercultural en la Región de la Araucanía.

El proceso etnográfico implementado se constituye en una investigación de la praxis de salud intercultural, circunscribiéndose al contexto sociocultural de la Región de la Araucanía, específicamente las localidades de Galvarino, Nueva Imperial, Boyeco y Temuco, y en las interacciones y prácticas sociales y discursivas que allí se desarrollan.

El estudio etnográfico de una comunidad se caracteriza por la realización de un trabajo de campo mediante observación participante. En esta investigación, desde marzo del año 2011 hasta abril del año 2012 se implementó un proceso de observación participante regular y sistemático, que integró al investigador al quehacer cotidiano de la Comunidad Juan Paillalief, liderada por la Longco Juana Rosa Calfunao. La estadía de observación participante en el espacio de la comunidad permitió además acercarse a la vivencia de la familia y su historia en la cultura mapuche.

Además contó con entrevista individual, abierta. En las entrevistas abiertas se produce una gran interacción personal entre el sujeto entrevistado y el

entrevistador. Este tipo de entrevistas consiste en un diálogo, directo y espontáneo, de una cierta concentración e intensidad entre el entrevistado y el entrevistador más o menos experimentado, que oriente éste último el discurso lógico y afectivo de una forma más o menos directiva y entrevista en profundidad semi estructurada: la cual se entenderá como “reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros estos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. (Bogdan, 1994)

- **Universo y Muestra**

En la presente tesis de grado, la muestra fue determinada en función de los objetivos buscados el investigador, así como también, por los actores relevantes y representativos que conviven en el espacio analizado, con la finalidad de lograr acceder a una muestra heterogénea a las implicancias de la Salud Intercultural de la Región de la Araucanía específicamente las localidades de Galvarino, Nueva Imperial, Boyeco y Temuco.

En vista de los aspectos antes mencionados, es pertinente focalizarse en personas, hombres y mujeres, partícipes en los procesos de salud intercultural de la región y de medicina mapuche, ubicados en las comunas antes mencionadas, elegidos de manera no probabilística, en virtud, de que no todos las personas residentes en estas localidades están inmiscuidas en los procesos y actividades de salud intercultural o medicina mapuche. Esto se justifica, en tanto que las metodologías cualitativas no trabajan a partir del criterio de probabilidad, sino de fiabilidad y saturación de los discursos.

Así la muestra seleccionada se estructura de la siguiente forma:

| Informantes | Características o ámbito de procedencia |
|--|---|
| S2: Ximena Lienqueo | Asesor Cultural CESFAM Nueva Imperial |
| S1: Doralisa Millalen | Representante Legal Asociación Indígena Hospital Nueva Imperial |
| S8: Orlando Quinchavil | Paramédico del Equipo Rural de la Comuna de Nueva Imperial |
| S5: Longco José Osvaldo Cariqueo | Comunidad Cacique José Quiñón |
| S6: Machi Adriana Rosa Loncomilla | Comunidad Cacique José Quiñón |
| S7: Machi Berta Cayun | Puerto Saavedra |
| S3: Claudia Collin | Asistente social. Policlínico Boyeco. |
| S4: José Millalen | Coordinador Técnico Consejo Mapuche de Galvarino |

- **Procedimientos de análisis de datos**

En términos paradigmáticos, se asume, parafraseando a Rabinow que las perspectivas de la interpretación y de la experiencia pueden potencialmente convertirse en paradigmas discursivos, de diálogo y de polifonía (Bajtín, Ducrot), y en ese sentido se utilizarán como marco referencial para el análisis e interpretación de la información construida durante el proceso de trabajo de campo. (Geertz, 1992).

Los supuestos del paradigma hermenéutico que guiaron al análisis de la información remiten, por una parte a la realidad como un conjunto heredado de textos, relatos, mitos, saberes, creencias, monumentos e instituciones que fundamenta nuestro conocimiento de lo que es el mundo y el hombre. Por otra parte, considerando que el ser es temporal e histórico, la realidad siempre remite a un proceso, a un desarrollo en la historia, a un proyecto que nos ha sido transmitido, como tradición que se retoma y resignifica.

Así, se asume que el conocimiento producido estará condicionado históricamente, y por el lugar social de producción de la investigación, siendo una perspectiva parcial, relativa que no tiene pretensión de exhaustividad ni de totalización.

Se trata entonces de una lectura posible acerca de la praxis de la salud intercultural, de una instauración posible de sentido, de significado sobre la realidad social estudiada.

- **Análisis**

- **Salud Intercultural**

Se observa, que según la opinión y el relato de los informantes. Existe una relación dominante en el campo de la interculturalidad, debido a que la Medicina Occidental se superpone sobre la Medicina Mapuche, desde la práctica de sus funcionarios. Esta lucha dominante, se traduce en una lucha por el poder, que se basa netamente en el Estado y su política, produciendo un relativismo cultural cargado de conflictos sociales, que perpetúan las demandas históricas del Pueblo Mapuche.

S1: “la interculturalidad se usa para someter al paciente mapuche a la medicina occidental. Eso es hoy día la interculturalidad en que hoy día se practica como intercultural”

S8: “es difícil que haya una interculturalidad, para mi interculturalidad en salud, se supone que estamos en partes iguales, yo respeto y tú me respetas, yo no veo eso, no se da eso.”

S8: “lamentablemente en Chile, la salud intercultural no se está haciendo, tenemos un sistema hegemónico, occidental, que no permite interculturalidad, menos en salud.”

En la búsqueda del significado de Salud Intercultural, lo que más se acerca a una praxis de Salud Intercultural, es la complementariedad. La cual requiere de la aceptación mutua, algo ajeno a la praxis real de ambos sistemas de salud, pero que coexisten mutuamente.

S4: "El sistema mapuche ha sido intercultural, desde que el sistema occidental se instaló en el territorio, por ejemplo, los especialistas de la medicina mapuche, al hacer un diagnóstico, dirán de inmediato si la atención de la enfermedad se puede hacer por la medicina mapuche o debe ser derivado al sistema occidental de salud, en la práctica la derivación ha sido permanente, por lo tanto, el reconocimiento desde el sistema de salud mapuche al sistema de salud occidental, pero no ocurre lo mismo desde el otro lado."

S4: "reconocer la existencia de dos modelos culturales que conviven, pero que no se reconocen. Por ejemplo, al sistema de salud occidental, le cuesta reconocer la validez y la existencia de la medicina mapuche, hay como una relación asimétrica, entre el sistema de salud occidental, Estado, y el sistema de salud mapuche."

Por lo cual, llevar la teoría a la acción en la Salud Intercultural, según los informantes, es tarea del individuo, ya que es el, quien transita entre los dos sistemas médicos.

S3: "La interculturalidad desde mi punto de vista, la da el paciente, que es el que transita entre estos dos sistemas"

Así, la Salud Intercultural, como concepto, está en la fase teórica, ya que en la práctica existen incipientes retazos de de intercambio y comunicación recíprocos.

S2: "es como el intercambio de ambas medicinas, la complementariedad, en este caso de tener la opción de ver él, la medicina winka , que ve los remedios de farmacias y la medicina mapuche que es el lawen (hierbas medicinales) de yerbas. Es como es en realidad, aquí como tal de interculturalidad, no, no existe por el hecho que hay médicos, acá nosotros no tenemos machi, si tenemos derivación sí, pero tampoco el médico le da la opción que vea al Machi, sino que, los pacientes deciden si ven al machi o siguen las dos cosas."

S4: "está en pañales la salud intercultural, como modelo de atención a la comunidad"

S4: "hoy en día, hablar de una salud intercultural, es mas desde una perspectiva teórica."

- **Relación entre Medicina Occidental y Medicina Mapuche**

La relación que hoy en día se da entre la Medicina Occidental y la Medicina Mapuche en el contexto de la Región de la Araucanía, es una relación de coexistencia mutua que no reviste mayor acercamiento o conexión. Aunque la Medicina Mapuche demanda un reconocimiento universalista, es decir, que sea reconocida y validada por parte de la Medicina Occidental, esto no ocurre.

Los mayores alcances de intercambio e interculturalidad práctica son en los hechos de derivación de pacientes en casos específicos. Desde la Medicina Mapuche hay un reconocimiento y validación hacia la Medicina Occidental, valorando sus avances.

De todas maneras, la Medicina Mapuche se diferencia de la Medicina Occidental en el diagnóstico y el proceso de curación. Un diagnóstico más específico e inmediato de la enfermedad y un proceso de curación sin contraindicaciones médicas. Procesos ampliamente criticados desde la Medicina Mapuche hacia la Medicina Occidental. Como por ejemplo, el costo que tiene la Medicina Occidental y el poco rol social de esta, que entra en contradicción con el amplio rol social y el bajo costo de la Medicina Mapuche.

S1: "la medicina mapuche cuando se utilizan tanto como preventivo como curativo a tiempo, en el momento, es muy efectiva. Ahora cuando es destiempo tampoco puede hacer mucho. "

S2: "Prevención y promoción. Prevención, porque tomas las hierbas antes de, por ejemplo la promoción esta cuando te... como te dijera, te promueve que te sigas cuidando con hierbas medicinales que están ahí, que hay que recuperarla y todo ese tema"

S5: "Cuando los científicos winka descubrieron la medicina occidental, muy tarde la descubrieron. Un ejemplo, como combatían el vomito y la diarrea años anteriores; el lingue es un veneno, pero es un antibiótico, el trigo quemado entrega calorías y el poleo es un purgando y la elegía de ceniza combate el microorganismo que está en el cuerpo y hoy en día es la pastilla de carbón que hicieron ellos."

S5: "No solo los mapuches se pueden mejorar con la medicina mapuche, nosotros no podemos negarse a nadie. Si viene Piñera a atenderse acá nosotros tenemos que atenderlos, a nosotros nos interesa la vida de las personas."

S6: "Hay harta gente que no puede viajar y no tiene dinero pa pagar una atención y los remedio. Pero uno con su conocimiento, con su

lawen, le duele el alma que no tenga dinero pa mejorarse. Pero uno lo recupera. Se hace de corazón”

S6: “con la medicina de nosotros es más rápido que lo remedios de los doctores.”

S8: “La medicina mapuche, generalmente es prevención, desde que naces te están diciendo, como debes cuidar a tu hijo, como lo debes alimentar. Generalmente la medicina occidental, dice, yo soy el que se las sabe todas, por lo tanto, ustedes tienen que hacer lo que yo les digo”

S8: “Obviamente la medicina occidental ha evolucionado enormemente en las parte operatoria, pero en la prevención y promoción, estamos mal todavía.”

- **Determinantes Sociales de la Salud.**

Se conocen los DSS (Determinantes Sociales de la Salud), por parte de los informantes, son analizados e intervenidos por parte de los de estos mismos. Y uno de los DSS más afectado en la Región de la Araucanía y que afecta directamente a las comunidades mapuches y la salud de sus integrantes, es el medio ambiente. Este, en el último tiempo se ha visto afectado, de manera indiscriminada, por parte de las empresas madereras ubicadas en la Región. Comenzando por la contaminación producto de los pesticidas, que afecta el agua de las comunidades y su entorno

La implicancia que tiene este factor en la Medicina Mapuche, afecta directamente a los remedios naturales que usan las Machi, el cual, hoy en día, está en peligro, debido a la contaminación de su medio ambiente, destruyendo consigo plantas ancestrales, lo cual perjudica la obtención de medicina por parte de las Machi.

Otro DSS, afectado es el trabajo. La cultura mapuche se caracteriza por respetar los ciclos naturales, el cual no debiese intervenir, ya que afecta a la salud. Es por esto, que el trabajo asalariado no permite a los sujetos mapuches, mantener un control propio, desde su cosmovisión de los horarios o jornadas de trabajo.

Así, también los estilos de vida han cambiado bastante y la alimentación, es un factor que está contribuyendo a deteriorar la salud de la población mapuche y no

mapuche. Es por esto, que desde los centros de salud y como instancia de los funcionarios de la Medicina Mapuche, se está atacando este problema, a través de la educación, para mejorar el estilo de vida de las personas desde muy jóvenes y así aumentar su expectativa de vida.

S1:” dentro de la educación que hacemos en prevención, nosotros trabajamos el tema de la alimentación sana desde el punto de vista de la cultura mapuche”

S1:” hoy las machis plantean que las únicas plantas que tienen mayor poder curativo están en las montañas vírgenes, porque todo el resto esta fumigado o está en espacio muy seco y las plantas por lo mismo tienen pocas propiedades, poca esencia. Entonces, por lo tanto, el aspecto de como se ha manejado en agricultura y como se han tomado las decisiones de como en nuestro espacio territorial se vive, se trabaja, se instalar distinto tipo de producciones también afecta incluso al insumo natural que son las plantas”.

S2: “Nosotros hacemos talleres permanentes acá, de plantas, de lengua mapuche. Nosotros realizamos talleres todo el año, casi nunca con los médicos, pero si con los peñi (hermano) paramédicos, las enfermeras”.

S3: "Acá también trabajamos con los determinantes sociales, lo que más afectado acá es el ambiente, porque las empresas madereras están contaminando muchos las comunidades, porque cuando echan pesticida, con el aire se esparce y llega a las vertientes, a los arboles, a las plantas. Y la gente se enferma, las contamina"

S3: "La pobreza, el trabajo, el agua. Son factores que están afectando mucho a la población mapuche. Ya no tienen niños como antes, se están pareciendo a la sociedad chilena y eso no es bueno. Así se pierde la cultura."

S4: "uno de los problemas conocidos de la enfermedad, reconocido por el sistema occidental, es la alimentación, buena parte de algunas enfermedades es producto de la mala alimentación, eso desde la medicina mapuche está absolutamente claro, porque si hay una mayor posibilidad de alimentación natural, vas a tener una mejor probabilidad de buena salud."

S4:" El tema del trabajo, hay muchas situaciones de enfermedad que tienen relación con el tipo de trabajo que desarrolle, con la sobrexplotación del mismo trabajo, eso siempre ha estado ligado a los que es el cuidado de la persona, de la familia, dentro del sistema de salud mapuche."

S4: “el modelo productivo que se ha instalado en la comuna, que ha hecho que casi el bosque nativo no exista, remplazándolo por el pino y el eucaliptus. Con todas las otras consecuencias que tiene, como el agua, el tema familiar”.

S7: “Yo al Hospital de Nueva Imperial, estoy mandando remedios, yo aquí mando medio saco de remedios. Porque ya las demás machis no hayan que hacer, porque hay mucho corte de arboles, corte de medicamentos, en las montañas se pueden encontrar, allá en la cordillera, pero hay que ver si Pillan deja entrar, porque es mañoso, es veleidoso”

S7: “Lo que es ahora, con el mismo alimento nos estamos echando a perder.”

- **Opinión sobre el Sistema Público de Salud en la Araucanía.**

Se observa la existencia de múltiples problemas al interior de los Servicios de Salud, se habla de que los proyectos de Salud Intercultural, son un mecanismo para descongestionar los servicios de salud, entregando otra alternativa a los usuarios.

Pero los servicios de salud, no están preparados para una interculturalidad en salud.

S8: “El objetivo es prevenir la saturación de los servicios, igual me da lata eso, que estemos haciendo al final lo mismo que hace el servicios de salud, sería ideal trabajar mucho más en prevención, hacer que la gente se haga responsable de su salud.”

La sola entrega de un espacio, para practicar la medicina mapuche no es considerada como una solución a sus problemas de salud. La cosmovisión mapuche, plantea que la medicina se debe hacer en la tierra mapuche, pero eso entra a general problemas de territorialidad.

S8: “Lamentablemente el ministerio no permite que se desarrollen atención de medicina intercultural, se ha tratado, acá el hospital intenta hacer algo, pero igual tiene sus observaciones y muchos peñis dicen

que no es lo optimo, que no es lo ideal, que la medicina debe estar en las comunidades, no en establecimientos que el Estado creo, diciéndoles, bueno ya, aquí tienen un espacio para que desarrollen su medicina, no es la forma, no es lo correcto.”

Además, intentar, desde la medicina mapuche, adentrarse en el sistema de salud occidental, resulta bastante complicado producto de la burocracia, leyes y normas del Estado.

S8: “esta todo tan estructurado, esta todo pensando, para que solo sea el sistema quien entregue el servicio, es imposible luchar contra este tremendo aparataje estatal.”

Y la idea de, implementar proyectos de salud intercultural, por parte del Estado, utilizando el Sistema de Competencias, ha generado que se comience a desvirtuar el diagnostico de salud de los integrantes de las comunidades mapuches, afectando directamente a las estadísticas que debe manejar el Ministerio de Salud.

S8: “Si, lamentablemente nosotros como equipo lo que hacemos es occidental cien por ciento, porque tenemos que actuar bajo las normas del ministerio, sino no podemos trabajar, nos echan. Hay que cumplir

metas, hay que hacer ciertas cosas, esta todo tan marcado que es muy difícil salirse del esquema”.

S8: “te dicen mientras tengas más enfermos te vamos a apoyar más. Si tienes más diabéticos, si tienes más hipertensos, te vamos a pagar más porque has cumplido las metas”

De todas maneras, hay aspectos positivos de esta interculturalidad en los sistemas de salud de la Región de la Araucanía. Existe una continuidad y una relación directa entre el paciente y el médico, no se hace distinción con respecto al pago por servicio y las machi que cuentan con un status social superior, son reclutados por los Servicio de Salud Público.

S1: “Aquí se da, que si me atiende con un machi, me tengo que controlar con ese machi, porque cada especialista es diferente”

S1: “Acá en el centro de salud mapuche, nosotros no solo atendemos mapuche, sino también no mapuche, teniendo fonasa o siendo una persona que considere que su salud puede tener una alternativa con nosotros, se atiende.”

S5: “el Estado, está viendo la importancia que tiene la medicina mapuche a nosotros nos están pidiendo en el hospital.

- **Relación entre profesionales de la medicina occidental y medicina mapuche**

Se observa una relación distante entre los médicos – machi y entre sus funcionarios. Ocurre como producto del desconocimiento que tienen los profesionales de medicina occidental acerca de la medicina mapuche, otorgándole un valor superior y absoluto a la medicina occidental por sobre la medicina mapuche. Lo que afecta, no solo las relaciones entre ellas, sino también a sus pacientes, que a veces desean migrar o consultar en ambas para el tratamiento de una enfermedad.

S1: La medicina occidental, hace un tiempo, está formando profesionales demasiado elitistas, como que la última palabra, es la del médico y no hay otro conocimiento, entonces, esa formación académica, también limita, por otro lado, también hay un poder entre los médicos, que entre ellos mismo se controlan, se impiden romper las reglas, incluso por ser buena gente.”

S2: “cuando llegan médicos nuevos, hay que volver a explicarles todo el sistema acá, porque a veces la persona mapuche tiene miedo de decir, sabes que yo quiero atenderme también en el mapuche, atenderme con la machi y a veces no tienen como las decirle po’. Yo

igual les digo a los médicos o a las doctoras, sabes que la lagmien (amigo o amiga) aquí quiere ver las dos posibilidades para utilizar complementariedad igual.”

La educación es un factor importante que no se ha visto imbricado en la relación entre medicinas y sistema de salud. Afectando directamente en el desempeño de los profesionales de medicina occidental.

Aunque, hay casos especiales, como por ejemplo:

S2: “los que fueron a estudiar a Cuba, que ellos sí, ellos vienen con todo el tema intercultural y mapuche, quizás porque son mapuche igual, porque los que van a estudiar a Cuba son todos mapuche”

Se desconoce la educación a los profesionales de medicina occidental que deseen hacer su trabajo en sectores donde interactúan culturales y que tiene influencia directa en el sistema de salud.

S8: “Los nuevos profesionales no están preparados, ni siquiera, para instalar un dialogo con las personas, porque vamos a lugares donde hablan mucho mapudungun y es muy difícil para los nuevos conversar con nosotros, por lo tanto, la atención no va a ser buena”

S3: "Hay mucho prejuicio al interior de los centros de salud, en especial de los médicos nuevos. Aunque tienen alguna noción de los que es la medicina mapuche, porque por algo se vienen para acá, no la valoran"

No existe un rol social activo de los médicos y un conocimiento previo de las condiciones estructurales y demográficas de la población.

S3: "Hay mucho prejuicio al interior de los centros de salud, en especial de los médicos nuevos. Aunque tienen alguna noción de los que es la medicina mapuche, porque por algo se vienen para acá, no la valoran"

S6: "a veces los médicos están en su oficina para atender, pero si no tienes plata, miras el letrero nomas."

- **Conclusiones**

La salud Intercultural en Chile, ha sido un proyecto mutuo entre el Pueblo Mapuche y los distintos gobiernos, desde los periodos de la Concertación de Partidos por la Democracia, en adelante. La salud, corresponde a una de las demandas históricas del Pueblo Mapuche, es por esto, que han existido múltiples instancia de participación social para el Pueblo Mapuche, exponga sus ideas e intente negociar y llegar a acuerdo. Uno de los factores históricos que ha afectado la política indígena en temas de salud, es el cambio de prácticas políticas que realizaban en cada periodo de gobierno, no dando una continuidad, se suma a esto los diferentes conflictos por demandas territoriales que afectaron las relaciones entre Estado y Pueblo Mapuche. Múltiples han sido los congresos indígenas y las comisiones asesoras que intentan dar solución a las demandas indígenas, desde una perspectiva de Estado y pensamiento político de turno.

La relación del Estado a lo largo de la historia analizada, supone una relación dominante, desde el Estado hacia el Pueblo Mapuche, que permite un intercambio cultural y una comunicación, limitada a las posibilidades de solución, diseño y legislación de políticas del Gobierno que se encuentre en el momento

Esta relación dominante se ha instaurado en los diferentes aspectos sociales e instituciones que se relacionan de manera intercultural. Como lo es la salud.

Por lo cual, hablar de una praxis de salud intercultural en la Región de la Araucanía, no es posible, la interculturalidad supone respeto, reconocimiento e interacción, pero lo que existe en la Región de la Araucanía, es la coexistencia de dos sistemas distintos que interactúan de una manera instrumental y una interculturalidad que genera segregación.

Segregación en el ámbito del conocimiento y las prácticas en salud, prácticas referido a los mecanismos de diagnóstico, curación.

Aunque existen múltiples experiencias de salud en la región, a veces entienden como salud intercultural, la acción de situarse, por parte del paciente, en los diferentes sistemas existentes. Pero esta deambulación no genera interculturalidad. Esta rotación es la misma, a la cual estamos acostumbrados con respecto al mercado, que somos capaces de elegir el servicio. Esto está provocando la desintegración de los aspectos más intrínsecos de la medicina mapuche. Por ejemplo, el kultrun, que utiliza la machi para realizar sus rogativas y ceremonias, es visualizado en un peuma, un sueño, donde le entregan las indicaciones del material a utilizar, el tipo de semillas que debe contener y el diseño que se le debe realizar. Pero hoy en día, como favor político, se le entrega este instrumento ancestral de manos de un funcionario público hacia una machi.

Por lo tanto, trabajar desde el nivel estatal, una política que necesita de una visión más amplia de salud y de conocimiento de nuestra cultura, requiere de estudios previos y de lograr un consenso amplio.

Por otro lado, el trabajo que realizan los funcionarios mapuches de este sistema de salud en la Región de la Araucanía, con respecto a los determinantes sociales de la salud, es de mucha importancia. Los estilos de vida, el trabajo y la educación, están siendo interferidos por las grandes empresas madereras y por el avance de la tecnología y la modernidad. Por lo cual, dentro de los sistemas de salud públicos, se generan instancias socioeducativas, que intentan, a través de mirar al pasado, tratar de mejorar el presente, intentando menguar el avance de estilos de vida perjudiciales para las nuevas generaciones, enseñando desde el ejemplo, lo que se hacían sus ancestros.

Con respecto a los profesionales de salud occidental y a su rol como médicos, estos no cuentan con las herramientas sociales para interactuar y relacionarse, entendiendo el contexto y la cultura donde están situados. Desconocen los protocolos mapuches y el estatus de sus machi y longcos. No le atribuyen la importancia social necesaria a la medicina mapuche para los mapuches.

Una de las diferencias importantes entre el rol del médico occidental y del machi, es el enfoque social, que le entregan a su trabajo. Mientras el profesional occidental depende de una burocracia estatal, rígida y limitada. El Machi, no

cuenta con limitaciones burocráticas y no se ve sometido al valor monetario de su servicio.

Es así, como desde la sociología médica, la medicina es entendida como un oficio social, el rol del profesional de medicina occidental en la Región de la Araucanía, deja de lado lo social. Lo que entra en conflictos con las prácticas y miradas de la medicina mapuche.

El rol preponderante de la machi, como mujer, hechicera, médico, no está siendo valorado por el sistema de salud chileno en la Región de la Araucanía. Entre ellos existe una complementariedad, una interacción y ayuda mutua, como por ejemplo, para la falta de medicina, problema que se acrecienta con la contaminación de huertos y bosques ancestrales, donde las machi obtienen la medicina para sus pacientes.

En síntesis, al conocer esta llamada interculturalidad en salud en la Región de la Araucanía, ocurre que, se hace necesaria un dialogo más extenso y con otra mirada a futuro, producto de que la existencia de más de una cultura en un lugar determinado y la posibilidad de interactuar y conocer, su lengua, su medicina, su cosmovisión, no basta para llamarla interculturalidad, es necesario el respeto y no superponer una cultura sobre la otra. Si ellos pueden aceptar nuestra forma de vida, de desarrollarnos, de pensar, es necesario que del otro lado de la vereda ocurra lo mismo, para lograr un desarrollo sustentable y sin conflictos a futuro.

- **Bibliografía**

Aguirre Baztán, A. (Ed.) (1995) *Etnografía Metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. Barcelona: Editorial Boixareu Universitaria/Marcombo.

Aguirre Beltrán, G. (1994) "Cap. X. Medicina intercultural". En: *Antropología médica*. México: Fondo de Cultura Económica.

Alarcón, A. M., Vidal A. y Neira, J. (s/f) "Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales". Documento de trabajo para la docencia. Diplomado Perspectivas antropológicas para la Gestión en Salud Intercultural. Instituto de Estudios Indígenas. *Temuco*: U. de La Frontera.

Alarcón, A. M., Oyarce, A.M. y Citarella, L. (2000) "Una oficina *mapuche* en el Hospital Regional de *Temuco*". En: *Salud y desarrollo humano: una experiencia de cooperación en Atención Primaria de Salud en Chile*. Ministerio de Salud, PAP-OPS, Santiago: Ed. BAT.

Alarcón, A. M. (en prensa) "Salud intercultural: elementos conceptuales para la construcción de una política en salud intercultural". Documento de trabajo. *Temuco*.

Alarcón, A. M. (2001a) "Entrevista médico etnográfica: un instrumento para el estudio de casos clínicos con enfoque cultural." En: *Revista Médica del Sur*. Vol. 23 No. 1, unio 2001. Sociedad Médica de Cautín. (pp. 11-15)

Alarcón, A. M. (2001b) "Development, health and pluralistic health systems". Doc. De Trabajo. Anthropology Department. Storrs: Connecticut University.

Álvarez, G., Álvarez, A. y Facuse M. (2002) "Discurso, cultura, salud. La noción de interculturalidad en salud". En: Revista Atenea 486 II Semestre 2002, Concepción: U. de Concepción. (pp. 79-89)

Bengoa, J. (2000) La emergencia indígena en América Latina. México: Fondo de Cultura Económica.

Berger, P. y Luckmann, T. (1987) La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu Eds. 106

Boccaro, G. (2000) Cap. 1. Antropología diacrónica. Dinámicas culturales, procesos históricos y poder político. En: Lógica mestiza en América. Instituto de Estudios Indígenas. U. de la Frontera – Ed. LOM.

Bruner, J. (1998) Actos de significado. Mas allá de la revolución cognitiva. Madrid: Alianza Ed. *Caniullan, machi* Víctor (2000). Cap. 9 El mundo mapuche y su medicina. En: Durán, Parada y Carrasco, Acercamientos metodológicos hacia pueblos indígenas. *Temuco*: U. Católica de *Temuco* – CES.

Citarella, L. (Comp.) et als. (1995) Medicinas y culturas en La Araucanía. Santiago: Ed. Sudamericana.

Coordinadora de Salud Boroa *Filu Bawen*. (2002). Propuesta Creación de Centro de salud integral para el territorio mapuche Boroa – *Filubawen*. *Lof*Boroa: Doc. de trabajo.

Cuyul, A. (2002). Influencias y consecuencias que el funcionamiento del vertedero *Boyeco* de *Temuco* ha provocado en la convivencia de las comunidades y familias *mapuche* aledañas. Tesis de Grado para optar al Título de A. Social. *Temuco*: U. de La Frontera. *Chureo*, F. (2000). Ponencia en: Seminario de salud Intercultural y políticas públicas. Santiago: MIDEPLAN – MINSAL.

Chile, D. d. (2008). *Intervención de la S.E. La Presidente de la Republica, Michelle Bachelet, al anunciar agenda indígena "Re-conocer: Pacto Social por la Multiculturalidad"*. . Santiago de Chile.

CONADI. (1999). *Diálogos Comunales Mapuche. Informe Final*. Temuco.

Cooperación, M. d. (Enero 2000). *Seminario de salud intercultural y políticas públicas*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.

Davis, K. (1965). *La sociedad humana. Los conceptos de status y rol social son desarrollados en el capítulo IV, "status y papel"*. Buenos Aires: Eudeba.

Durán, T. (2000a) "Estado del arte de la discusión sobre relaciones multiculturales, interculturalidad y etnicidad. Formas contemporáneas de diferenciación social". Doc. De trabajo. Magíster Gestión en Desarrollo Rural y Agricultura Sustentable. U. Católica de *Temuco*.

Durán, T. (2000b) "El papel del conocimiento en la Relaciones Interétnicas y en el Desarrollo". Doc. de trabajo. Magíster Gestión en Desarrollo Rural y Agricultura Sustentable. U. Católica de *Temuco*.

Durán, T. (2000c) Cap. 1. La planificación del impacto en la senda intercultural. En: Durán, Parada y Carrasco, Acercamientos metodológicos hacia pueblos indígenas. *Temuco*: U. Católica de *Temuco* – CES. (pp. 15-28)

Garrido, M. (1997) "Medicina intercultural indígena". En: Memoria Primer Encuentro nacional Salud y pueblos indígenas: hacia una política nacional intercultural en salud. Santiago: OPS. (pp. 74-76).

Geertz, C. (1973) *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Ed. Gedisa. 107

Geertz, C (1992) "Antropología simbólica. Géneros confusos. La reconfiguración del pensamiento social" En: Reynoso (Comp.) El surgimiento de la antropología posmoderna, Barcelona: Gedisa.

Freire. P. (1970) "Pedagogía del Oprimido". México. Siglo XXI Editores.

Hernández, I. (2003) Autonomía o ciudadanía incompleta. El pueblo *mapuche* en Chile y Argentina. Santiago: CEPAL - *Pehuén* Eds.

Hopenhayn, M. (2001) Multiculturalismo proactivo: una reflexión para iniciar el debate. Ponencia presentada en "Nuevos retos para las políticas culturales frente a la globalización", Barcelona.

Ibacache, J. (1997). La salud, el desarrollo y la equidad en un contexto intercultural. *Rehue* Foundation. <http://www.xs4all.nl/rehue>

Ibacache, J. (2000). Ponencia en: Seminario de salud Intercultural y políticas públicas. Santiago: MIDEPLAN – MINSAL.

Ibáñez, T. (1996) Fluctuaciones conceptuales: en torno a la postmodernidad y la psicología. Caracas: U. Central de Venezuela.

Instituto de Estudios Indígenas (2002). Informe sobre la situación de los derechos del pueblo *mapuche*. Programa de Derechos Indígenas. Instituto de Estudios Indígenas. *Temuco*: U. de la Frontera.

Independientes, C. N. (s.f.).

ICES. (2005). *Determinantes sociales de la salud en Chile*. Santiago: Liliana Jadue y Fabiola Marin.

Linton, R. (1975). *Estudio del hombre. El tema de status y rol social está desarrollado en el capítulo VIII, status y función*. Mexico: Fondo de cultura Económica.

Ley 19.253, Parrafo 4 (Articulo 71).

Mac Fall, S. e Ibacache, J (2000) *Makewe-Pelale*: un estudio de caso en la complementariedad en salud. Santiago: OPS-OMS.

Manquepi, M. (2002) "Principios del *Ad che*". Curso Cultura y lengua mapuche, Instituto de Estudios Indígenas. U. de La Frontera. Apuntes de clase (documento no publicado). *Temuco*.108

Marileo, A. (1995) Cap. IV "Mundo *mapuche*". En: Citarela (Comp.) Medicinas y culturas en La Araucanía. Santiago: Ed. Sudamericana.

Marileo, A. (2003) "Módulo de Capacitación en salud intercultural: cosmovisión y salud *Mapuche*". Centro de Estudios y Documentación *LIWEN*-Servicio de Salud Araucanía Norte. Documento de trabajo no publicado. *Temuco*.

Mariman, J, (2004) La legitimidad vía recurso al pasado. Ponencia presentada en el Tercer Encuentro de Arte y Pensamiento *Mapuche*. Zapala, Marzo 2004. En: Periódico *mapuche*

Azkintuwe, Año 1, N°9, Agosto-Septiembre 2004, *Temuco*, pp. 9-11. Ministerio de Salud (1997) Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile. Perfil epidemiológico. Santiago: OPS.

Ministerio de Salud (1998) Salud, cultura y territorio: Bases para una epidemiología Intercultural. *Licanray*: MINSAL.

Ministerio de Salud (2003) Política de salud y pueblos indígenas. Programa de Salud y Pueblos Indígenas. Santiago: FONASA.

MIDEPLAN. (2006). *Memoria Programa Orígenes 2001- 2006*. Santiago de Chile: Ministerio de Planificación.

MIDEPLAN. (2000). *Grupo de trabajo para los pueblos indígenas. Informe Final*. Santiago de Chile.

MIDEPLAN–CONADI. (2006). *Congreso Nación de Mujeres de Pueblos Originarios. Informe Final, Sistematización Congreso Nacional*. Santiago de Chile: MIDEPLAN–CONADI.

Mapuche, C. (1997). *Principales Conclusiones*. Temuco: www.actualidad.raucania.cl.

MIDEPLAN. (1999). *Informe de la Comisión Asesora en Temas de Desarrollo Indígena*. Santiago de Chile.

ONU. (2003). *Informe del Relator Especial sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas. Sr. Rodolfo Stavenhagen*. Organización de las Naciones Unidas.

Oyarce, A. M. (1997) “Política intercultural en salud: elementos de una propuesta”. En: Memoria Primer encuentro nacional Salud y pueblos indígenas: hacia una política nacional intercultural en salud. Santiago: OPS. (pp. 77-86).

Palabras de S.E. el Presidente de la República, R. L. (2000). *Da a conocer política sobre pueblos indígenas*. Santiago de Chile.

Parsons, T. *El sistema social. El rol del médico es analizado en el capítulo 10. Estructura social y proceso dinámico: El caso de la Practica Medica Moderna.* Madrid: Ediciones de la revista de Occidente.

Pueblos Indigenas, C. N. (1990). *Congreso Nacional de Pueblos Indigenas.* Temuco.

Pedrerros, M. (1997). "Interculturalidad en salud" En: Memoria Primer encuentro nacional Salud y pueblos indígenas: hacia una política nacional intercultural en salud. Santiago: OPS. (pp. 69-73).

Pérez A, E. (1999). "Desarrollo local y sostenible ¿una nueva utopía?". En: Caro, Durán y Tereucan. Estilos de desarrollo en América latina. Identidad-cultura-territorio-Medio ambiente. *Temuco*: U. Católica – U. de la Frontera (pp. 78- 83).

PROMAP (2002) Carta abierta sobre el Programa Orígenes. *Temuco*: Doc. De distribución pública. Servicio de Salud Araucanía Sur.

Serrano, J. (1996) "La psicología cultural como psicología critico-interpretativa". En: Solar, M.A. (2004) "Medicina moderna hipocrática y medicina tradicional mapuche al encuentro". Documento de trabajo no publicado. *Temuco*. 109

Toledo *Llancaqueo*, V. (1997) Situación de salud de los pueblos indígenas de Chile. Santiago: Ministerio de salud de Chile – OPS/OMS.

Touraine, A. (1995) "Que es el multiculturalismo?" Organización de Estados Iberoamericanos. www.campus-oei.org/cult002.htm#indice

Trato, I. d. (2003). *Informe*. Santiago de Chile.

- ANEXOS

| Ejes transversales | Citas |
|---------------------|---|
| Salud Intercultural | <p>S1: “interculturalidad debería ser la mezcla y la participación de ambas al mismo tiempo y en forma equitativa y en forma, con igual recurso, igual oportunidad, igual en tiempo, igual en atribución, eso debería ser intercultural”</p> <p>S1:” la interculturalidad se usa para someter al paciente mapuche a la medicina occidental. Eso es hoy día la interculturalidad en que hoy día se practica como intercultural”</p> <p>S1:” no se puede hablar de interculturalidad, porque no están los recursos especialmente, las condiciones como para que se dé una interculturalidad.”</p> <p>S2: “es como el intercambio de ambas medicinas, la complementariedad, en este caso de tener la opción de ver él,</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>la medicina winka , que ve los remedios de farmacias y la medicina mapuche que es el lawen (hierbas medicinales) de yerbas. Es como es en realidad, aquí como tal de interculturalidad, no, no existe por el hecho que hay médicos, acá nosotros no tenemos machi, si tenemos derivación sí, pero tampoco el médico le da la opción que vea al Machi, sino que, los pacientes deciden si ven al machi o siguen las dos cosas.”</p> <p>S3: “La interculturalidad desde mi punto de vista, la da el paciente, que es el que transita entre estos dos sistemas”</p> <p>S3: “Pero acá casi ningún médico dice que es válida, porque no se atreven y la conocen, pero no la encuentran importante. En este sentido el médico debería derivar, y siento yo que ahí, se</p> |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <p>daría la interculturalidad”</p> <p>S3: “Permitiría tener a la persona transitando entre los dos sistemas de salud y traería a gente que realmente le interesa, que no viene a parar la olla.”</p> <p>S4: “está en pañales la salud intercultural, como modelo de atención a la comunidad”</p> <p>S4: “reconocer la existencia de dos modelos culturales que conviven, pero que no se reconocen. Por ejemplo, al sistema de salud occidental, le cuesta reconocer la valides y la existencia de la medicina mapuche, hay como una relación asimétrica, entre el sistema de salud occidental, Estado, y el sistema de salud mapuche.”</p> <p>S4: “El sistema mapuche ha sido intercultural, desde que el sistema occidental se instaló en el territorio, por</p> |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | <p>ejemplo, los especialistas de la medicina mapuche, al hacer un diagnostico, dirán de inmediato si la atención de la enfermedad se puede hacer por la medicina mapuche o debe ser derivado al sistema occidental de salud, en la practica la derivación ha sido permanente, por lo tanto, el reconocimiento desde el sistema de salud mapuche al sistema de salud occidental, pero no ocurre lo mismo desde el otro lado.”</p> <p>S4: “hoy en día, hablar de una salud intercultural, es mas desde una perspectiva teórica.”</p> <p>S8: “lamentablemente en Chile, la salud intercultural no se está haciendo, tenemos un sistema hegemónico, occidental, que no permite interculturalidad, menos en salud.”</p> |
|--|--|

| | |
|--|--|
| | <p>S8: “es difícil que haya una interculturalidad, para mi interculturalidad en salud, se supone que estamos en partes iguales, yo respeto y tú me respetas, yo no veo eso, no se da eso.”</p> |
| <p>Medicina Occidental – Medicina Mapuche</p> | <p>S1: “cuando hablamos de relación entre medicinas, nosotros no hablamos de interculturalidad en realidad, sino hablamos de complementos. Cuando hablamos de complementos, puede ser un complemento mayoritariamente mapuche o mayoritariamente occidental, pero que ambos se complementan, entonces, por lo tanto, nosotros como centro de medicina mapuche estamos más por la complementariedad, que no es de igual a igual, es de acuerdo a la necesidad del paciente”</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>S1:“la medicina mapuche cuando se utilizan tanto como preventivo como curativo a tiempo, en el momento, es muy efectiva. Ahora cuando es destiempo tampoco puede hacer mucho. “</p> <p>S2: “Prevención y promoción. Prevención, porque tomas las hierbas antes de, por ejemplo la promoción esta cuando te... como te dijera, te promueve que te sigas cuidando con hierbas medicinales que están ahí, que hay que recuperarla y todo ese tema”</p> <p>S5: “Cuando los científicos winka descubrieron la medicina occidental, muy tarde la descubrieron. Un ejemplo, como combatían el vomito y la diarrea años anteriores; el lingue es un veneno, pero es un antibiótico, el trigo quemado entrega calorías y el poleo es un</p> |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <p>purgando y la elegía de ceniza combate el microorganismo que está en el cuerpo y hoy en día es la pastilla de carbón que hicieron ellos.”</p> <p>S5: “No solo los mapuches se pueden mejorar con la medicina mapuche, nosotros no podemos negarse a nadie. Si viene Piñera a atenderse acá nosotros tenemos que atenderlos, a nosotros nos interesa la vida de las personas.”</p> <p>S6: “Hay harta gente que no puede viajar y no tiene dinero pa pagar una atención y los remedio. Pero uno con su conocimiento, con su lawen, le duele el alma que no tenga dinero pa mejorarse. Pero uno lo recupera. Se hace de corazón”</p> <p>S6: “con la medicina de nosotros es más rápido que lo remedios de los</p> |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | <p>doctores.”</p> <p>S8: “La medicina mapuche, generalmente es prevención, desde que naces te están diciendo, como debes cuidar a tu hijo, como lo debes alimentar. Generalmente la medicina occidental, dice, yo soy el que se las sabe todas, por lo tanto, ustedes tienen que hacer lo que yo les digo”</p> <p>S8: “Obviamente la medicina occidental ha evolucionado enormemente en las parte operatoria, pero en la prevención y promoción, estamos mal todavía.”</p> |
| <p>Determinantes Sociales de la salud</p> | <p>S1:” prácticamente, el tema social del trabajo es un tanto complejo, nosotros no podemos abordar este tema, porque al abordar el tema del trabajo significaría, abordar el tema de las tierras, entonces porque nuestra gente, su fuerte no es... no es... el mundo</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>occidental, entonces, por lo tanto, si nosotros quisiéramos abordar el tema social mapuche en el tema laboral tendríamos que hacer un plan de trabajo de recuperación de los ecosistemas y del cultivo sano”</p> <p>S1:” dentro de la educación que hacemos en prevención, nosotros trabajamos el tema de la alimentación sana desde el punto de vista de la cultura mapuche”</p> <p>S1:” hoy las machis plantean que las únicas plantas que tienen mayor poder curativo están en las montañas vírgenes , porque todo el resto esta fumigado o está en espacio muy seco y las plantas por lo mismo tienen pocas propiedades, poca esencia. Entonces, por lo tanto, el aspecto de como se ha manejado en agricultura y como se han</p> |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>tomado las decisiones de como en nuestro espacio territorial se vive, se trabaja, se instalar distinto tipo de producciones también afecta incluso al insumo natural que son las plantas”.</p> <p>S2: “Nosotros hacemos talleres permanentes acá, de plantas, de lengua mapuche. Nosotros realizamos talleres todo el año, casi nunca con los médicos, pero si con los peñi (hermano) paramédicos, las enfermeras”.</p> <p>S3: “Acá también trabajamos con los determinantes sociales, lo que más afectado acá es el ambiente, porque las empresas madereras están contaminando muchos las comunidades, porque cuando echan pesticida, con el aire se esparce y llega a las vertientes, a los arboles, a las plantas. Y la gente se enferma, las</p> |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | <p>contamina”</p> <p>S3: “La pobreza, el trabajo, el agua. Son factores que están afectando mucho a la población mapuche. Ya no tienen niños como antes, se están pareciendo a la sociedad chilena y eso no es bueno. Así se pierde la cultura.”</p> <p>S4: “uno de los problemas conocidos de la enfermedad, reconocido por el sistema occidental, es la alimentación, buena parte de algunas enfermedades es producto de la mala alimentación, eso desde la medicina mapuche está absolutamente claro, porque si hay una mayor posibilidad de alimentación natural, vas a tener una mejor probabilidad de buena salud.”</p> <p>S4:” El tema del trabajo, hay muchas situaciones de enfermedad que tienen relación con el tipo de trabajo que</p> |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>desarrolle, con la sobreexplotación del mismo trabajo, eso siempre ha estado ligado a los que es el cuidado de la persona, de la familia, dentro del sistema de salud mapuche.”</p> <p>S4: “el modelo productivo que se ha instalado en la comuna, que ha hecho que casi el bosque nativo no exista, remplazándolo por el pino y el eucaliptus. Con todas las otras consecuencias que tiene, como el agua, el tema familiar”.</p> <p>S7: “Yo al Hospital de Nueva Imperial, estoy mandando remedios, yo aquí mando medio saco de remedios. Porque ya las demás machis no hayan que hacer, porque hay mucho corte de arboles, corte de medicamentos, en las montañas se pueden encontrar, allá en la cordillera, pero hay que ver si Pillan</p> |
|--|---|

| | |
|---|--|
| | <p>deja entrar, porque es mañoso, es veleidoso”</p> <p>S7: “Lo que es ahora, con el mismo alimento nos estamos echando a perder.”</p> |
| <p>Deficiencias del Sistema Público de Salud</p> | <p>S1:” Lo que pasa que, yo siento que los establecimientos de salud, los establecimientos públicos y tal vez los establecimientos en general, la gente está muy enfocada en el numero de paciente, no se da el trabajo de conocer donde trabaja”</p> <p>S1:” La gente llega y llega a trabajar, pero lo que se ve, es que atiende a muchos enfermos, entonces esta más preocupado en el numero de estadística, más que el impacto que pueda tener con el área, en donde va a trabajar. Pero, esa es una falencia de estado, es una falencia institucional.”</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>S1:” Aquí no es como la medicina occidental, que para el dolor de cabeza, los médicos usan exactamente el mismo medicamento, acá no es igual, incluso el diagnostico puede variar de una machi a otra.”</p> <p>S1: “No atendemos a la gente que no corresponde a Fonasa, como Dipreca o Isapres. Porque, la ley, cuando baja los recursos, son para beneficiarios de Fonasa. Esa limitante tenemos.”</p> <p>S3: “Falta un protocolo dictado por el ministerio de salud”</p> <p>S4: “en ninguno de esos centros, ni en hospital, ni en las postas, existe una práctica complementaria de lo que es la salud mapuche, no ha habido. Lo único que ha habido, estos cursos de introducción de medicina mapuche a los funcionarios.”</p> |
|--|--|

| | |
|--|--|
| | <p>S4: “yo creo que en el largo plazo debiera basarse el sistema en el sistema intercultural a nivel nacional. No solamente debiese hablarse de medicina intercultural donde hay más de una cultura”</p> <p>S8: “esta todo tan estructurado, esta todo pensando, para que solo sea el sistema quien entregue el servicio, es imposible luchar contra este tremendo aparataje estatal.”</p> <p>S8: “Lamentablemente el ministerio no permite que se desarrollen atención de medicina intercultural, se ha tratado, acá el hospital intenta hacer algo, pero igual tiene sus observaciones y muchos peñis dicen que no es lo optimo, que no es lo ideal, que la medicina debe estar en las comunidades, no en establecimientos que el Estado creo,</p> |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>diciéndoles, bueno ya, aquí tienen un espacio para que desarrollen su medicina, no es la forma, no es lo correcto.”</p> <p>S8: “Si, lamentablemente nosotros como equipo lo que hacemos es occidental cien por ciento, porque tenemos que actuar bajo las normas del ministerio, sino no podemos trabajar, nos echan. Hay que cumplir metas, hay que hacer ciertas cosas, esta todo tan marcado que es muy difícil salirse del esquema”.</p> <p>S8: “te dicen mientras tengas más enfermos te vamos a apoyar más. Si tienes más diabéticos, si tienes más hipertensos, te vamos a pagar más porque has cumplido las metas”</p> <p>S8: “El objetivo es prevenir la saturación de los servicios, igual me da</p> |
|--|---|

| | |
|---|--|
| | <p>lata eso, que estemos haciendo al final lo mismo que hace el servicios de salud, sería ideal trabajar mucho más en prevención, hacer que la gente se haga responsable de su salud.”</p> |
| <p>Fortalezas del Sistema Público de Salud</p> | <p>S1: ”Aquí se da, que si me atiende con un machi, me tengo que controlar con ese machi, porque cada especialista es diferente”</p> <p>S1: “Acá en el centro de salud mapuche, nosotros no solo atendemos mapuche, sino también no mapuche, teniendo fonasa o siendo una persona que considere que su salud puede tener una alternativa con nosotros, se atiende.”</p> <p>S5: “el Estado, está viendo la importancia que tiene la medicina mapuche a nosotros nos están pidiendo en el hospital.”</p> |

Profesionales Medicina Occidental

S1: “Con los trabajadores de medicina occidental, nosotros no hemos podido trabajar con los médicos occidentales, salvo que hay una disposición, una predisposición de los servicios de la unidad de urgencia, que cuando estamos en problemas, tenemos un paciente en crisis, trasladamos inmediatamente al paciente al servicio de urgencia y no hemos tenido mayor problema”

S1: “Nosotros hemos aprendido a coexistir, ha respetarnos, pero no hemos logrado ese vinculo puro de complementariedad, ese es el paso que hay que dar.”

S1: La medicina occidental, hace un tiempo, está formando profesionales demasiado elitistas, como que la última palabra, es la del médico y no hay otro

| | |
|--|--|
| | <p>conocimiento, entonces, esa formación académica, también limita, por otro lado, también hay un poder entre los médicos, que entre ellos mismo se controlan, se impiden romper las reglas, incluso por ser buena gente.”</p> <p>S2: “cuando llegan médicos nuevos, hay que volver a explicarles todo el sistema acá, porque a veces la persona mapuche tiene miedo de decir, sabes que yo quiero atenderme también en el mapuche, atenderme con la machi y a veces no tienen como las decirle po’. Yo igual les digo a los médicos o a las doctoras, sabes que la lagmien (amigo o amiga) aquí quiere ver las dos posibilidades para utilizar complementariedad igual.”</p> <p>S2: “los que fueron a estudiar a Cuba, que ellos sí, ellos vienen con todo el</p> |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>tema intercultural y mapuche, quizás porque son mapuche igual, porque los que van a estudiar a Cuba son todos mapuche”</p> <p>S2: “A veces también le dicen a las lagmien, sáquese la ropa y la lagmien se siente mal, que la vea el doctor o que pase alguien por ahí y la vea, eso no lo entienden los médicos.”</p> <p>S3: “Hay mucho prejuicio al interior de los centros de salud, en especial de los médicos nuevos. Aunque tienen alguna noción de los que es la medicina mapuche, porque por algo se vienen para acá, no la valoran”</p> <p>S6: “a veces los médicos están en su oficina para atender, pero si no tienes plata, miras el letrero nomas.”</p> <p>S7: “El médico me dijo son los riñones, pero no eran los riñones, era el</p> |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <p>corazón.”</p> <p>S8: “Los nuevos profesionales no están preparados, ni siquiera, para instalar un dialogo con las personas, porque vamos a lugares donde hablan mucho mapudungun y es muy dificil para los nuevos conversar con nosotros, por lo tanto, la atención no va a ser buena”</p> |
|--|---|

Sujeto 1

Doralisa Millalen

Representante Legal, Asociación Indígena Mapuche Hospital Intercultural Nueva Imperial.

¿Que es la medicina intercultural?

La medicina intercultural desde la visión literal de lo que significa interculturalidad debería ser la mezcla y la participación de ambas al mismo tiempo y en forma equitativa y en forma, con igual recurso, igual oportunidad, igual en tiempo, igual en atribución, eso debería ser intercultural. Cuando se habla de inter, no hay uno más ni hay uno menos., que las culturas ambas son validas y que tienen las mismas atribuciones y tienen la misma proporción de calidad y cantidad. Pero, sin embargo, nosotros que hoy día la interculturalidad se ve vista como en el idioma, se ve vista en los letreros, se ve vista en poner una persona entre cien o quinientas personas, funcionarios públicos. Y que se limita a la traducción y se limita a convencer a la persona mapuche para que asuma el tratamiento, las indicaciones médicas occidentales. Se va solamente en una dirección, es como la interculturalidad se usa para someter al paciente mapuche a la medicina occidental. Eso es hoy día la interculturalidad en que hoy día se practica como intercultural.

Ahora la diferencia esta cuando se habla de medicina mapuche, la medicina mapuche como sistema que se ofrece al usuario en su integralidad, en el nivel comunitarios y en el nivel institucional como lo estamos haciendo nosotros, es un cincuenta por ciento de lo que el paciente requiere. Porque la medicina en sí, cualquier medicina es cara y la medicina mapuche también tiene sus costos y en este momento por decisión política no se ha sumido de parte del estado poner más recursos para que esta medicina sea integral, ya sea esta medicina sea asumida en su real magnitud. De hecho nosotros aceptamos este convenio, como un convenio de poder hacer un puente de conocimiento y de confianza de parte de las instituciones del estado, para que puedan ver el grado de aceptación y demanda que tiene por parte del usuario y que no hace ningún daño a esta otra medicina, la medicina del médico científico. Entonces, por lo tanto, sin embargo, cuando hablamos de relación entre medicinas, nosotros no hablamos de interculturalidad en realidad, sino hablamos de complementos. Cuando hablamos de complementos, puede ser un complemento mayoritariamente mapuche o mayoritariamente occidental, pero que ambos se complementan, entonces, por lo tanto, nosotros como centro de medicina mapuche estamos más por la complementariedad, que no es de igual a igual, es de acuerdo a la necesidad del paciente, de acuerdo a la capacidad que tiene cada sistema entonces, por lo tanto, no se puede hablar de interculturalidad, porque no están los recursos especialmente, las condiciones como para que se dé una interculturalidad.

¿Cuál es el enfoque de la medicina con la que trabajan Uds.?

La medicina mapuche hoy en día, en este minuto, hasta cuando nosotros aparecimos, porque no podemos decir que con la existencia del mapuche lawen pehuén se resuelve el problema, no es así, simplemente con la existencia de el Hospital Intercultural de Nueva Imperial Centro de Medicina Mapuche, tenemos una forma de demostrar, que estamos mostrando que se puede hacer medicina urbano y acotado a ese contexto urbano para la gente, pero es una medicina que hoy en día es, a nivel comunitario es mas curativa que preventiva y a nivel de institución como lo estamos haciendo nosotros, que tiene las dos partes, tiene la parte preventiva y tiene la parte curativa. Idealmente debería ser el fuerte la preventiva, pero en nuestra cultura mapuche, nuestro pueblo mapuche sufrió tanta agresión estructural, sociopolítica que prácticamente desintegro el mundo mapuche que ha sido difícil reestructurarla y además es difícil reestructurarla cuando estamos sujetos a las normativas del estado y el estado está hecho para otros sistemas, no para nosotros. Entonces, por lo tanto, es complejo. Pero sin embargo, puedo decir que es preventiva, pero también es curativa.

¿Cuáles son las ventajas de este tipo de medicina?

Las ventajas, personalmente a mi no me gusta comparar, pero sin embargo, puedo decir que la medicina mapuche cuando se utilizan tanto como preventivo como curativo a tiempo, en el momento, es muy efectiva. Ahora cuando es

destiempo tampoco puede hacer mucho. Y hoy día, cuando nosotros partimos esta propuesta, hace dieciséis años atrás y llevamos seis años de funcionamiento. Nosotros partimos con el incendio declarado, la gente mapuche está muy enferma, tienen múltiples problemas de salud y prácticamente con la juventud, con los niños se puede hablar de prevención, pero con los adultos ya es curativo, es difícil poder hablar de prevención. Porque son muchos los problemas y son muchos los factores que intervienen para que el estado de salud de las personas cada vez se vea más deteriorado.

¿Cómo es el trabajo que realizan con los determinantes sociales de la salud?

Nosotros, prácticamente, el tema social del trabajo es un tanto complejo, nosotros no podemos abordar este tema, porque al abordar el tema del trabajo significaría, abordar el tema de las tierras, entonces porque nuestra gente, su fuerte no es... no es... el mundo occidental, entonces, por lo tanto, si nosotros quisiéramos abordar el tema social mapuche en el tema laboral tendríamos que hacer un plan de trabajo de recuperación de los ecosistemas y del cultivo sano. De hecho dentro de la educación que hacemos en prevención, nosotros trabajamos el tema de la alimentación sana desde el punto de vista de la cultura mapuche, del cultivo orgánico, e intentar evitar todo lo que significa fertilización y mata maleza, eliminación de plagas con insecticida porque sabemos que todos esos componentes que llevan elementos químicos, de alguna manera se absorbe en la

planta y no alcanza a disolverse o a expulsarlo, como para tener una fruta, un producto o cereal, que sea más sano, de hecho cuando comemos, comemos mucho químico y nosotros, las machis cuando entran en trance, dicen que uno de los problemas que tenemos nosotros es que se está comiendo mucha comida contaminada y que incluso el aire está contaminado y que inclusive las plantas por la contaminación ambiental , ya el sol es muy fuerte, incluso el manejo del cultivo hace que las plantas medicinales estén sufriendo una transformación y una transformación no natural, hoy las machis plantean que las únicas plantas que tienen mayor poder curativo están en las montañas vírgenes , porque todo el resto esta fumigado o está en espacio muy seco y las plantas por lo mismo tienen pocas propiedades, poca esencia. Entonces, por lo tanto, el aspecto de como se ha manejado en agricultura y como se han tomado las decisiones de como en nuestro espacio territorial se vive, se trabaja, se instalan distintos tipos de producciones también afecta incluso al insumo natural que son las plantas. Entonces, por lo tanto, que nosotros hacemos, hacemos un llamado, aunque sabemos que no vamos a cambiar la realidad, pero si hacemos un llamado para que la gente pueda tomar conciencia, que dentro de su micro espacio intenten tener plantas sanas, alimentación sana, tratar de sacarle máximo provecho al campo, con el uso del abono orgánico de las aves, de las ovejas, del vacuno, del caballo y las hojas, recuperar la importancia de la tierra de hojas y de todo eso... y de la importancia de estar consciente de comerse una gallina que uno la crío en el campo, no es lo

mismo que la que se compra en la ciudad, porque en el campo esta criada con todo natural, con pasto, trigo y uno sabe lo que le está dando, pero si uno va a los supermercados compra una gallina o pollo que uno sabe que fue un crecimiento forzado, que tiene muchas hormonas y no sabemos que mas, porque no están alimentados de forma sana, mucho de esos pollos ni siquiera comen pasto, no comen verduras. Todo animal debe ser alimentado de forma sana, porque es como un ser humano casi. Entonces, por lo tanto, todos esos químicos que se le da, para que crezca más rápido, para que engorde mas , para que pesen mas, de alguna manera se le trasmiten a las personas y de hecho nosotros estamos sorprendido que nuestros niños crecen enormemente y las personas estamos quedando más chico, los mas adulto. Entonces pensamos que tiene que ver con la alimentación. De todas maneras, intentamos que esto sea una manera de conciencia, una conciencia de aporte más que de quejas, mas asumir un rol como una persona pensante, una persona que toma sus propias decisiones en su micro espacio, más que quejarse. Porque muchas veces, de los problemas que tenemos nos quejamos más y no estamos haciendo nada en nuestra vida interna. Entonces, en ese sentido, los temas que hablamos y uno de los temas que tratamos en educación y prevención es la alimentación, el tema, por ejemplo, de no volver a usar, por ejemplo, el meltrunque que no lleva aceite, no lleva grasa, no lleva sal, entonces no lleva condimentos, entonces es sano. El mote, volver a consumir el mote sin aliño, consumir de nuevo el mudai, sin azúcar y lo más

natural posible. Preferir de comprar una botella de bebida, tener unos litros de mudai para tomar diariamente, entonces todas esas cosas nosotros conversamos y vemos, y tratamos de conversar como los antiguos vivían mas año y la mayoría de los problemas que tienen hoy en día hoy no lo tienen. O lo otro es volver a retomar las viejas costumbres, como levantarse cuando el sol comienza a aclarar, antes que caliente y usar los tiempos frescos para trabajar, evitar estar al sol, porque eso es parte de nuestra cultura, entonces salvo en las cosechas, pero en otro momento no es necesario. La gente joven cuando va a los centros urbanos, se va a estudiar pierde ese conocimiento. Entonces, todo es parte de lo que nosotros trabajamos en el centro, como prevención de las enfermedades, en el mundo mapuche, desde el conocimiento mapuche.

¿Cómo es el trabajo con los funcionarios de medicina occidental?

Con los trabajadores de medicina occidental, nosotros no hemos podido trabajar con los médicos occidentales, salvo que hay una disposición, una predisposición de los servicios de la unidad de urgencia, que cuando estamos en problemas, tenemos un paciente en crisis, trasladamos inmediatamente al paciente al servicio de urgencia y no hemos tenido mayor problema. Pero hacer un trabajo de la mano, no lo hemos logrado y lo hemos conversado, aquí mismo en el Hospital no existe un programa mapuche, que pueda hacer de puente, facilitador del dialogo entre las medicinas. Nosotros también nos hemos demorado en asentarnos acá

en el centro de salud mapuche, porque, igual es un contexto nuevo y puedo que algunos argumenten, que no es parte de la cultura. Pero, pero parte de la coexistencia, y en la coexistencia uno tiene que aprender a vivir con el otro que es distinto. Nosotros hemos aprendido a coexistir, ha respetarnos, pero no hemos logrado ese vinculo puro de complementariedad, ese es el paso que hay que dar.

¿Consideras que existe una falta de conocimientos y protocolos por parte de los médicos occidentales de la medicina tradicional y/o mapuche?

Lo que pasa que, yo siento que los establecimientos de salud, los establecimientos públicos y tal vez los establecimientos en general, la gente está muy enfocada en el numero de paciente, no se da el trabajo de conocer donde trabaja. No está diseñado el sistema público, para cada persona que llegue, especialmente medico, no se le da el espacio para que conozca donde va a trabajar, se interioricé con la gente, las oportunidades que tiene. La gente llega y llega a trabajar, pero lo que se ve, es que atiende a muchos enfermos, entonces esta más preocupado en el numero de estadística, más que el impacto que pueda tener con el área, en donde va a trabajar. Pero, esa es una falencia de estado, es una falencia institucional.

¿Consideras que la medicina mapuche, no tiene los problemas que presentan los establecimientos de salud públicos, como la aglomeración de gente?

En ese sentido, nosotros, que hemos hecho un trabajo de coordinación con los otros centros, hemos aprendido a apoyarnos y ya hemos hecho coordinación con los distintos sistemas de la red asistencial, para que la gente no venga a perder el tiempo. Pero, también cobertura de atención espontánea, que es del área de nosotros, claro que en las mañanas a veces se arman colas, y la gente se molesta, porque no alcanza un número de atención. Y nosotros como funcionarios, nuestra función no es atender a un mayor número de personas, nuestro lema es que las personas que entren al sistema, tengan un ingreso y se les garantice un tiempo de atención, entonces, por lo tanto, no es buscarle una machi y que para el próximo control, si he visto al machi o no. Aquí se da, que si me atiende con un machi, me tengo que controlar con ese machi, porque cada especialista es diferente. Aquí no es como la medicina occidental, que para el dolor de cabeza, los médicos usan exactamente el mismo medicamento, acá no es igual, incluso el diagnóstico puede variar de una machi a otra. Entonces sería, mínimo que en cada región hubiera un centro de salud mapuche, para que pudiera ver mayor accesibilidad de forma gratuita, para que la gente que no tiene recursos pueda acceder, eso sería lo mínimo, o por último uno en cada provincia, sería lo ideal. Entonces para que podamos cubrir la real necesidad. Acá en el centro de salud mapuche, nosotros no solo atendemos mapuche, sino también no mapuche, teniendo Fonasa o siendo una persona que considere que su salud puede tener una alternativa con nosotros, se atiende.

¿Cuál es el nivel de aceptabilidad del servicio que entregan ustedes?

Mucha, la demanda es alta, vienen de todos lados. Todo Cautín, el área de cobertura de nosotros es Galvarino, Chol Chol, Teodoro Smith, Tolten, Carahue, Puerto Saavedra y Freire. Esa es nuestra área de cobertura y que podemos atender de forma espontanea, pero los otros que son más lejos y que son de la red asistencial, se trabaja con los programas mapuches.

¿Atienden a la gente que no tiene FONASA, que no tiene los medios para una atención?

Lo que pasa que la gente más humilde, la gente que está catalogada como indigente, de alguna manera ellos están registrados como beneficiarios de FONASA, entonces, por lo tanto, entonces esta el Rut para saber si están inscritos o no. No atendemos a la gente que no corresponde a Fonasa, como Dipreca o Isapres. Porque, la ley, cuando baja los recursos, son para beneficiarios de Fonasa. Esa limitante tenemos.

¿Prácticas algún tipo de rondas médicas, en las comunidades?

No, nosotros no, todo lo que se hace se hace en el Centro de Medicina Mapuche. Cuando la medicina del paciente y la salud va bien, y el Machi le dice que necesita una ceremonia comunitaria, la misma familia, las personas asumen el costo de esta atención. Y se va a la casa del Machi o se lleva el Machi a su casa. Pero esa parte, nosotros no la podemos asumir, porque el servicio no nos provee de los recursos y otra es que es muy caro.

¿Considera que si los profesionales de medicina occidental, debiesen tener una educación mas integral, con respecto a la medicina tradicional o medicina mapuche, se pudiera dar una complementariedad de medicinas?

Yo siento, que los médicos que tienen vocación de servicio y que tienen un grado de humildad y de servicio más espiritual, yo creo que eso se puede hacer. Así tiene más respeto por las acciones que hace, entonces se exige más, porque es más que un trabajo, es un servicio. Con esos profesionales es más fácil trabajar, porque no están centrados en cuanto ganan, sino más bien cuanto hacen por su trabajo. La medicina occidental, hace un tiempo, está formando profesionales demasiado elitistas, como que la última palabra, es la del médico y no hay otro conocimiento, entonces, esa formación académica, también limita, por otro lado,

también hay un poder entre los médicos, que entre ellos mismo se controlan, se impiden romper las reglas, incluso por ser buena gente. Entonces si el colegio médico, tuviera una postura distinta, es probable, que lentamente, se pudiera avanzar hacia la complementariedad, pero va a tomar mucho tiempo todavía. Los estudiantes jóvenes, muchos son hijos de médicos y están formado con mucha rigidez. Y otro problema, es que mucha de la gente que estudia medicina, es de muchos recursos, por lo tanto no dimensiona el dolor de la gente más humilde, a la cual nosotros le estamos brindando la atención. No puedo desconocer, que hay médicos que son más abiertos de mente y que tienen una mejor disposición, pero la estructura misma no está diseñada para este vínculo todavía. Donde nace no es necesariamente donde la planta florece. Lo que me preocupa es cuanto ira a pesar cada cual.

Sujeto 2

Entrevista Ximena Llanqueo Lewen

Asesor cultural CESFAM Imperia

Profesión: Contador

¿Qué es la medicina intercultural?

La... es que verlo desde acá, desde el consultorio la medicina intercultural es como el intercambio de ambas medicinas, la complementariedad, en este caso de tener la opción de ver él, la medicina winka , que ve los remedios de farmacias y la medicina mapuche que es el lawen (hierbas medicinales) de yerbas. Es como es en realidad, aquí como tal de interculturalidad, no, no existe por el hecho que hay médicos, acá nosotros no tenemos machi, si tenemos derivación sí, pero tampoco el médico le da la opción que vea al Machi, sino que, los pacientes deciden si ven al machi o siguen las dos cosas. Hay veces que vienen a preguntar acá si pueden seguir las dos cosas, obvio que sí, porque en el hospital mapuche, como decirlo así, le dan hierbas no le dan medicamentos de farmacias. Entonces ahí hay como una interculturalidad. Y lo otro es que nosotros como programa mapuche también hacemos interculturalidad a través de talleres en las comunidad, como en alimentación, talleres de auto cuidado, talleres de medioambiente, tenemos un

jardín de plantas medicinales, que eso lo utilizan los funcionarios o cualquier usuario que quiera sacar algún medicamento que se encuentre ahí, eso lo tenemos en el frontis del consultorio. Lo otro que realizamos también, son talleres en realidad, talleres prácticos igual y talleres que tenemos los alimentos ahí también.

¿Cómo actúa la medicina intercultural frente a la medicina occidental?

La medicina intercultural, en cuanto, en lo que yo sé, en lo que yo he visto, es completa, por ejemplo, te ve a ti como persona, como che (persona). Lo otro es que te ve tu alrededor, te ve tu familia, tu comunidad, como esta todo, es como lo que ven, por lo que yo he visto, en el hospital arriba y por lo que se de mis conocimientos que la medicina mapuche te ve como persona, como che, como tu po'. No como que te ven una parte, la cabeza, una parte, cosas así. Y la medicina mapuche te ve a ti, a ti, a la persona, la che, como esta todo, como está tu comunidad, como está tú alrededor, como está tu familia, te ve en sí, todo. La medicina mapuche te ve todo, te dice, que tú tienes esto, que te duele esta parte, tu familia esta así, todo eso.

¿Cuál es el enfoque de la medicina intercultural, prevención o promoción?

Prevención y promoción. Prevención, porque tomas las hierbas antes de, por ejemplo la promoción esta cuando te... como te dijera, te promueve que te sigas cuidando con hierbas medicinales que están ahí, que hay que recuperarla y todo ese tema. Y la prevención antes de, te dan las hierbas antes de, o tu puedes tomar antes de, por ejemplo, no sé, la misma menta, te la tomas antes de que te duela el estomago, porque si como grasas, por ejemplo, entonces ahí está la prevención en cuanto ha hierbas medicinales po'. Y lo otro de promover es que están ahí las hierbas de que hay que cuidarlas, de que hay que fortalecerlas, de por sí.

En este sentido, ¿Cuáles serian las ventajas de la medicina intercultural?

Nosotros como una forma de ver, de fortalecer quizás, nosotros por eso realizamos el jardín, para promover y prevenir las enfermedades en realidad. Por lo mismo te digo, tenemos varias hierbas, como por ejemplo, la huella, que te sirve para la diabetes, una cosa así, entonces ahí nosotros tenemos carteles y todo, folletos en realidad.

¿Cuál es el trabajo que realizan con los determinantes sociales de la salud?

Nosotros hacemos talleres permanentes acá, de plantas, de lengua mapuche.

Nosotros realizamos talleres todo el año, casi nunca con los médicos, pero si con los peñi (hermano) paramédicos, las enfermeras.

¿Cómo es la relación con los médicos?

Con los médicos es buena, por ejemplo, cuando llegan médicos nuevos, hay que volver a explicarles todo el sistema acá, porque a veces la persona mapuche tiene miedo de decir, sabes que yo quiero atenderme también en el mapuche, atenderme con la machi y a veces no tienen como las decirle po'. Yo igual les digo a los médicos o a las doctoras, sabes que la lagmien (amigo o amiga) aquí quiere ver las dos posibilidades para utilizar complementariedad igual.

¿Los médicos vienen con conocimientos base de medicina mapuche?

No, la mayoría no, creo. Porque ahora los nuevos, los que han llegado, no. Excepto los que fueron a estudiar a Cuba, que ellos sí, ellos vienen con todo el tema intercultural y mapuche, quizás porque son mapuche igual, porque los que van a estudiar a Cuba son todos mapuche, no sé si habrán alguno que no sea mapuche

¿Y cuáles serían las deficiencias y fortalezas de estos nuevos profesionales del área de la salud?

La falta de conocimiento intercultural, porque no conocen lo que es el mapuche kutral (fuego ancestral), eso sucede muchas veces con los psicólogos, porque los psicólogos no saben que existe el mapuche kutral, por el tema mismo, de que de repente nosotros dijimos como mapuche, está viendo visiones, y según los psicólogos esta demente. Entonces generalmente no es por eso, quizás es por otra cosa, que tiene un peuma (sueño o éxtasis de sueño de machi), u otra cosa, el tema intercultural es eso. También la atención, la persona mapuche es diferente al winka, acá una lamien dice me duele el estomago, pero quiere decir que le duele el vientre, me duele el brazo cuando el dolor es mas arriba, y los médicos le den ibuprofeno y listo. A veces también le dicen a las lagmien, sáquese la ropa y la lagmien se siente mal, que la vea el doctor o que pase alguien por ahí y la vea, eso no lo entienden los médicos.

¿Ustedes realizan trabajo en terreno?

Si salimos a las comunidades, hacemos talleres con los niños en los colegios de las comunidades. Igual trabajamos con el tema de Chile Crece, que viene con artos temas interculturales. Trabajamos con materiales didácticos, para que la mama le muestre a su hijo como era el mapuche, sus vestimentas y ellos también

fabrican sus propios rompecabezas por ser tú. Se trabaja la lana, las semillas, todas las cosas naturales.

¿La medicina intercultural acá en el CESFAM, aumenta la capacidad del servicio?

Como somos un centro de salud familiar y trabajamos con un grupo grande, psicosocial, donde voy yo también, y tratamos a las familias en comunidad, esto disminuye arto la atención acá. Igual no es toda la comunidad la que se va a ver, más bien a los postrados, las personas que tienen dificultad de venir para acá, el tema del adulto mayor, a ellos se le va a ver.

¿Manejas alguna estadística o dato del nivel de aceptabilidad del servicio por la comunidad?

Ojala fueran todos para allá, para que la comunidad no venga porque queda muy retirado y algunos no pueden venir, tienen un postrado o un adulto mayor de ochenta años, que quiere venir, hay que traerlos en vehículo y llevarlos en vehículo, porque igual acá nosotros atendemos a mucha gente vulnerable, porque hay mucha vulnerabilidad acá, no solo atendemos a los mapuches en las comunidades, sino también a los rurales. Los que pueden venir para acá vienen. Igual acá tenemos escases de médicos.

Igual en el CESFAM atendemos a todos, a los indigentes, a todos. A los no mapuche también, ellos vienen de repente a pedir una horita para atenderse con la machi y como tenemos disponibilidad de horas se las damos. O ir a ver a la médica, porque también hay médicas que no son machi, hierbateras.

Sujeto 3

Claudia Collin

Asistente Social

Policlínico Boyeco. Temuco

¿Qué es la salud Intercultural?

La interculturalidad desde mi punto de vista, la da el paciente, que es el que transita entre estos dos sistemas o la da el médico que permite la derivación, si hay un medico bueno, que cree en la medicina ancestral y dice que es válida es otra cosa. Pero acá casi ningún médico dice que es válida, porque no se atreven y la conocen, pero no la encuentran importante. En este sentido el médico debería derivar, y siento yo que ahí, se daría la interculturalidad. Yo creo que en el caso del paciente se da y también creo que se da en el caso del médico mapuche, la parte, por ejemplo, da espacio para que la matrona vea al bebe después. Los machis también dicen, cuando ven algo y dicen hasta aquí nomas llego, cuando ven que corresponde a la medicina occidental y da ese espacio. Pero no el médico occidental, el no hace esa derivación, porque no cree, porque no la conoce, porque la subestima, por un montón de razones. Entonces ahí no se da la interculturalidad

Una de las tantas experiencias que tenemos acá es que, una vez llego una señora que se le reventaron los pulmones y vomitaba pura sangre, sangre, coágulos de sangre y a la señora no la habían desauseado, pero le pusieron medicamentos. La cuestión es que estaba tan mal que fue dos veces a urgencias y la echaban. A la tercera vez, la doctora que la había echado la primera, le dice a la familia, ¿pero como no la trajeron antes?, y ahí hubo una discusión que esto, que aquello. Entonces lo que pasó, que internaron a la señora y quedo en carácter de grave en medicina interna. Entonces la hija llega donde nosotros, y ella explica que necesita un machi, que llevo la ropa donde un machi y él le explico que estaba grave. Y que necesita hacerse a la brevedad un machitún, pero en el Hospital le dicen que si se la llevan pierde la cama. Pero lo que le dijo el machi en el pewutu (diagnostico) le dijo que ella necesitan hospitalizarse con un machi pero que necesitaba volver al hospital. En esas condiciones la señora se iba a sanar. Entonces comenzamos a hablar con el jefe de hospital, con el jefe de sala, fue todo un protocolo, nos demoramos mucho. Y cuando yo fui a ver a la enferma, efectivamente vomitaba coágulos de sangre. Entonces logramos hablar con el médico y él no quería que se fuera. Hasta que al final logramos apelar al 169, dijimos, vamos a llamar al ministerio de salud. Porque ellos decían, se la llevan pero después entran por urgencia y pierde la cama. Y nosotros queríamos que nos mantuvieran la cama, el machitún iba a ser en la noche. La familia se comprometía llevarse a la enferma a las siete de la tarde y volverla al otro día a

las tres de la tarde. Eso no esta protocolarizado en ningún lado, mas que se le enseñe a los funcionarios. Falta un protocolo dictado por el ministerio de salud. Bueno, la cosa que el machi dijo que se fuera con todos los medicamentos. La sacamos como las ocho de la noche, una enfermera, un asistente paramédico, todos mapuches. Y toda la gente decía, pobres indios ignorantes, pobre esta gente no entiende nunca. Y luego la señora al otro día después del machitún y los que fueron cuentan que el machi término haciéndole una operación y término vomitando sangre. Y la gente del hospital no se fue, no tenían turno e igual se quedaron a esperar a la enferma. Se le saco el oxigeno, dejo de vomitar el machi la fue a ver el día lunes y se encontró con el médico. Al final la señora se mejoro. Pero costo, los médicos no entienden.

¿Ventajas de salud intercultural?

Permitiría tener a la persona transitando entre los dos sistemas de salud y traería a gente que realmente le interesa, que no viene a parar la olla. Y es un tema de respetar el entorno. Nosotros acá tenemos un vertedero enfrente y eso ha perjudicado la salud de la gente acá.

Hay mucho prejuicio al interior de los centros de salud, en especial de los médicos nuevos. Aunque tienen alguna noción de los que es la medicina mapuche, porque

por algo se vienen para acá, no la valoran. Y también no hemos llegado a un consenso y siguen con practicas burdas, que cuando vamos a casa de enfermos, se metían hasta la en la olla.

Y hay veces que se aprovechan de las personas, les piden huevos, tortillas. Solo por atenderlos. Y eso perjudica la relación entre medico paciente.

Falta respeto cultural, protocolos que como mapuches respetamos, pero él no mapuche no conoce.

La idea es reconocer y que la gente crea en que existe una medicina mapuche, que se preocupa más por el individuo.

¿Y sobre los determinante sociales, trabajan con ellos?

Acá también trabajamos con los determinantes sociales, lo que más afectado acá es el ambiente, porque las empresas madereras están contaminando muchos las comunidades, porque cuando echan pesticida, con el aire se esparce y llega a las vertientes, a los arboles, a las plantas. Y la gente se enferma, las contamina. Hay mucha parasitosis acá. Y el hacinamiento, se le está quitando mucho territorio, la falta de terreno provoca que la gente se enferme. La pobreza, el trabajo, el agua. Son factores que están afectando mucho a la población mapuche. Ya no tienen

niños como antes, se están pareciendo a la sociedad chilena y eso no es bueno.

Así se pierde la cultura.

Sujeto 4

José Millalen

Coordinador Técnico Consejo de Autoridades Mapuches de Galvarino

Galvarino

¿Que es la medicina intercultural?

No hemos centrado en definir el tema de medicina intercultural, si nos regimos por el concepto común, pero lo que nosotros hacemos es potenciar, con la construcción del centro de medicina mapuche, la medicina mapuche. Para que la población en general, pueda tener mayor acceso a la salud mapuche, esa es nuestra preocupación fundamental. Pero, en términos de definición, si se fortalece la medicina mapuche, va a fortalecer este concepto de la salud intercultural. Ambos sistemas fortalecidos y operando en el territorio. A parte de lo que puede hacer cada sistema, porque el sistema occidental también ha hecho algo. Pero, está en pañales la salud intercultural, como modelo de atención a la comunidad. Hasta ahora ha quedado en la formación de algunos funcionarios, como muy por arriba.

¿Con que barreras de llevar a cabo la idea de medicina intercultural?

A mi juicio, hablar de medicina intercultural, el contexto de la región, del territorio mapuche y de Galvarino específicamente. Primero reconocer la existencia de dos modelos culturales que conviven, pero que no se reconocen. Por ejemplo, al sistema de salud occidental, le cuesta reconocer la validez y la existencia de la medicina mapuche, hay como una relación asimétrica, entre el sistema de salud occidental, Estado, y el sistema de salud mapuche. En circunstancias que en la cotidianeidad ambos sistemas existen y la población acude a ambos sistemas médicos, entonces, en cierta medida, ha sido como un camino paralelo todo lo que ha pasado. El sistema mapuche ha sido intercultural, desde que el sistema occidental se instaló en el territorio, por ejemplo, los especialistas de la medicina mapuche, al hacer un diagnóstico, dirán de inmediato si la atención de la enfermedad se puede hacer por la medicina mapuche o debe ser derivado al sistema occidental de salud, en la práctica la derivación ha sido permanente, por lo tanto, el reconocimiento desde el sistema de salud mapuche al sistema de salud occidental, pero no ocurre lo mismo desde el otro lado. Yo creo que esto se debe, a que el sistema de salud occidental se cree tener la verdad absoluta de la existencia humana, de la vida y de todo. Por ejemplo, una machi que ve que tomas un medicamento y si el medicamento te está haciendo bien, no te lo va a quitar, te va a decir que lo sigas usando, ósea la complementariedad. En ese

sentido, hoy en día, hablar de una salud intercultural, es mas desde una perspectiva teórica.

¿Como trabajan los temas de prevención y promoción el sistema de salud occidental y la medicina mapuche?

Lo primero es llegar a conversar y acordar algunas intervenciones comunes. Por ejemplo, uno de los problemas conocidos de la enfermedad, reconocido por el sistema occidental, es la alimentación, buena parte de algunas enfermedades es producto de la mala alimentación, eso desde la medicina mapuche está absolutamente claro, porque si hay una mayor posibilidad de alimentación natural, vas a tener una mejor probabilidad de buena salud. Específicamente en ese tema, el tema de la alimentación, se puede hacer un buen trabajo en conjunto. Esta también, algunos tipos de enfermedades que son frecuentes y que se convierten en crónicas, ahí también se pueden hacer un trabajo en conjunto, pero siento que no está el momento como para llegar a hacer eso. Hay que conversar más para llegar a realizar algo complementario.

¿Desde la medicina mapuche y su cosmovisión, como se trabaja con los determinantes sociales?

Los ve de forma global, generales, igual se pueden particularizar. Por ejemplo, en el tema de la educación dentro de las comunidades mapuches, hay cosas que tienen directa relación con la salud, en el plano de los comportamientos y las conductas sociales ante los pares de personas y ante el entorno y el ambiente, que también son factores que provocan enfermedad, dentro de lo que es el sistema mapuche. Ósea, es integral, están agrupados todos los elementos, pero desde la perspectiva mapuche de hoy en día.

El tema del trabajo, hay muchas situaciones de enfermedad que tienen relación con el tipo de trabajo que desarrolle, con la sobrexplotación del mismo trabajo, eso siempre ha estado ligado a los que es el cuidado de la persona, de la familia, dentro del sistema de salud mapuche.

¿Como es acá en Galvarino, la relación de salud intercultural entre el sistema de salud occidental y la medicina mapuche?

Acá en la comuna de Galvarino existe un Hospital tipo 4, diez postas rurales y alrededor de doce estaciones médico rural. Eso es lo que tiene el sistema de salud occidental acá para una población de alrededor de trece mil habitantes. Pero, en ninguno de esos centros, ni en hospital, ni en las postas, existe una

práctica complementaria de lo que es la salud mapuche, no ha habido. Lo único que ha habido, estos cursos de introducción de medicina mapuche a los funcionarios. Cada cierto tiempo. Ósea sigue operando, lo que conocer y hace la medicina occidental. Ahora, lo que viene a plantear un poco, de hacer algo desde los mapuches, este proyecto de construir un centro de salud mapuche acá en la comuna. Ahora, es súper importante, porque Galvarino, tiene más del setenta de la población, es mapuche. Con una población mayoritariamente rural. Con la vigencia de la medicina mapuche en las comunidades y la existencia de especialistas. A pesar de que existe, un gran problema de la existencia a futuro, por el problema del lawen, la medicina, las hierbas, las plantas. Y ahí entramos a otro problema, que es el modelo productivo que se ha instalado en la comuna, que ha hecho que casi el bosque nativo no exista, remplazándolo por el pino y el eucaliptus. Con todas las otras consecuencias que tiene, como el agua, el tema familiar.

Si es que hubieran ambos sistema médicos fortalecidos, el único beneficiario sería la gente y las comunidades mapuches, pero eso pasa por fortalecer el sistema médico, por reconocerse mutuamente, que exista un reconocimiento mutuo. Y existe la efectiva complementariedad en el sistema de salud, yo creo que en el largo plazo debiera basarse el sistema en el sistema intercultural a nivel nacional. No solamente debiese hablarse de medicina intercultural donde hay más de una

cultura. La población puede tener una mejor salud, teniendo acceso a un sistema que pueda responder a sus necesidades. Pero aquí en Chile y en la misma región estamos lejos de eso.

El tema de la salud mapuche, es un tema dentro la su globalidad dentro de la cultura mapuche y ha sido una demanda historia. Y lo visualizo, en el actual modelo político, súper complicado, el contexto te dice que se superponer los intereses de las grandes empresas por sobre la sociedad chilena y el pueblo mapuche, pero bueno, la cosa tiene que avanzar, hay que generar un modelo distinto de sociedad.

Sujeto 5: Longco José Cariqueo

Sujeto 6: Machi Adriana Rosa Loncomilla

Comunidad José Cariqueo

Temuco

¿En qué consiste la medicina mapuche?

Longco: La medicina mapuche es importantísima, en primer lugar. Cuando los científicos winka descubrieron la medicina occidental, muy tarde la descubrieron. Un ejemplo, como combatían el vomito y la diarrea años anteriores; el lingue es un veneno, pero es un antibiótico, el trigo quemado entrega calorías y el poleo es un purgando y la elegía de ceniza combate el microorganismo que está en el cuerpo y hoy en día es la pastilla de carbón que hicieron ellos. Esa es la importancia de la medicina mapuche hoy en día, que se levanta, que es mucho más natural, la medicina occidental es bueno, pero nosotros estamos preparados pa una sola cosa, nosotros estamos preparado para todo lo que es hechicería, se podría decir. Podemos curar todo tipo de enfermedades, por ejemplo, si tiene mucha azúcar en el cuerpo, nosotros podemos bajarle el nivel de azúcar en la sangre. Que ellos lo hacen pastillas y nosotros lo hacemos con hierbas medicinales. Por eso es importante la medicina mapuche.

¿Como ven al ser humano?

Longco: Ella como machi, estamos preparados para todo. Pero también vemos un poco general. Vemos al ser humano como todo.

¿Que opinión tienen ustedes de los hospitales interculturales?

Longco: Como el Estado, está viendo la importancia que tiene la medicina mapuche a nosotros nos están pidiendo en el hospital. Aquí hay dos cosas contradictorias, acá supuestamente hay un suizo o alemán que patento la medicina mapuche, en eso yo no estoy de acuerdo, pero no han patentado los conocimientos. No solo los mapuches se pueden mejorar con la medicina mapuche, nosotros no podemos negarse a nadie. Si viene Piñera a atenderse acá nosotros tenemos que atenderlos, a nosotros nos interesa la vida de las personas.

Machi A.: Hay harta gente que no puede viajar y no tiene dinero pa pagar una atención y los remedio. Pero uno con su conocimiento, con su lawen, le duele el alma que no tenga dinero pa mejorarse. Pero uno lo recupera. Se hace de corazón.

Longco: Nosotros hacemos todo, le damos la medicina, porque nosotros no producimos la medicina.

Machi A.: A veces los médicos están en su oficina para atender, pero si no tienes plata, miras el letrero nomas.

¿Si trabajaran en el Hospitales?

Longco: Se sintieran humillados, los diagnósticos de ellos son mas tardíos, se demoran en hacer exámenes. Siempre hay una diferencia.

Machi A.: igual uno se le pidiera igual lo tendría, con la medicina de nosotros es más rápido que lo remedios de los doctores. Nosotros no hemos tenido problemas con los doctores, ahora se están dando cuenta que no solo con la medicina de ellos se puede mejorar.

¿Como trabajan la prevención?

Longco: Las enfermedades visuales que no se ven en las radiografías, por eso nosotros vamos a hacer cursos para prevenir enfermedades que provocan la naturaleza y que no se ven en los exámenes.

Machi A.: Los médicos solo quieren vender remedios, en cambio uno, nosotros damos los remedios. A nosotros nos confunden con las yerbateras. Ellas no hacen descarga del cuerpo, del bicho que puede estar en cualquier parte, el bicho se va

donde come. Una yerbatera no hace descarga de eso. Con el remedio que le hacemos nosotros se va a sentir bien. En cambio con los médicos no, le meten y meten remedios, igual que las yerbateras, ellos quieren vender. Incluso a veces vender remedios fermentados y eso ya no sirve, pero a ellos le importa vender. Si siente la vecicula uno, uno cacha ya que tiene que echarle esa yerbita.

Longco: el problema es que lo barato cuesta caro. En todos los hospitales colocaron facilitadores interculturales, ellos alumbran las medicina que entrega las machi y eso es bueno. Pero a veces cuesta, que la machi salga de la tierra y entre a los hospitales, se meta al sistema. Pero cuando hay un enfermo, hay que meterse a los hospitales, a las cárceles, a todos lados, hay que sanar a la gente. Y si tenemos ese don para mejorar hay que aplicarlos hasta que no duremos más. Nosotros enseñaríamos nuestro conocimiento para que los médicos conocieran y salvaran más gente.

¿Y la cosmovisión en la salud?

De cosmovisión es complicado hablar, ahí tendrías que quedarte unos tres días más, para que hablemos de cosmovisión y luego de autonomía, otros tres días más, una semana más y te voy listo pa enseñar allá.

Sujeto 7:

Machi Berta Cayun

Puerto Saavedra

¿Como la medicina mapuche visualiza al individuo?

No es tanto que lo ve, lo ve pero de otra manera, yo con un medico converso, le mande una paciente, ella dijo que sufría del corazón. Yo la vi y le dije, Ud. Tiene el hígado malo, tiene piedras. El médico le dijo que el corazón. Entonces no es así, la enfermedad se nota, mientras que los médicos dan pastillas, mientras que nosotros sacamos de los arboles nativos, de más de doscientos años y damos la medicina. Eso limpia adentro, pero los médicos no, pastillas, inyecciones. A mi casi me mataron. Me dio un pre infarto y me querían llevar a Temuco, sacarme de puerto. Pero yo iba con toda mi medicina y desperté y dije déjenme aquí. El médico me dijo son los riñones, pero no eran los riñones, era el corazón.

Por eso la diferencia, es que nunca llegamos al punto. Yo mejoro a la gente.

El doctor dice presión alto, no se sirva esto, no se sirva esto otro. Pero de que se va alimentar uno. Habiendo medicina, hierbas, se puede mejorar. Y no voy a pedir veinte mil pesos o diez mil pesos.

Yo cobro mil pesos, hay que saber poner para mejorar a la gente.

¿Que opinas de los hospitales interculturales?

Yo al Hospital de Nueva Imperial, estoy mandando remedios, yo aquí mando medio saco de remedios. Porque ya las demás machis no hayan que hacer, porque hay mucho corte de arboles, corte de medicamentos, en las montañas se pueden encontrar, allá en la cordillera, pero hay que ver si Pillan deja entrar, porque es mañoso, es veleidoso. Yo opino que está muy bien, que estén trabajando a las machi.

¿Cree que su conocimiento se pueda expandir a más gente?

Antiguamente hijo, no se conocían doctores, la gente duraba ciento veinte, ciento treinta años. El abuelo mío duro ciento cuarenta años. Lo que es ahora, con el mismo alimento nos estamos echando a perder. Por eso hay que tener su vaso con agua, con laurel, yerba plata, llantén, su san Juan, siete venas. Eso uno tiene que beber para después del almuerzo. Antes habían machi, que bailaban encima del fuego, porque estaban concentrados, tenían su creencia.

¿Como llevar esta medicina a los nuevos médicos?

Hay que enseñarlos, para que no pierdan este medicamento, hay enseñar a los más jóvenes. Qué lindo dejar su historia, hay que ser humilde para que aprendan.

Con los medicamentos no es llegar y sacar, hay que pedir permiso y con una sola mano.

Sujeto 8

Orlando Quinchavil.

Paramédico Equipo Rural CESFAM Nueva Imperial

¿Qué es la salud Intercultural?

Este es un tema que me apasiona bastante, pero después de tanto conversar, de hablar con la gente y de estar trabajando en las comunidades, lamentablemente en Chile, la salud intercultural no se está haciendo, tenemos un sistema hegemónico, occidental, que no permite interculturalidad, menos en salud. Porque, esta todo tan estructurado, esta todo pensando, para que solo sea el sistema quien entregue el servicio, es imposible luchar contra este tremendo aparataje estatal. Eso es a grandes rasgos lo que pienso de la salud intercultural.

¿Como crees que interactúa la medicina occidental dentro de la salud intercultural?

Después de haber trabajado en las comunidades que son cien por ciento mapuches, tuve once años trabajando para comunidades, hay algunas muy aisladas, donde se perpetua la medicina mapuche por sobre la occidental, ya que

es una medicina mucho mas holística que la de acá. Ahí uno se da cuenta de cuan bonita y efectiva es la medicina mapuche. A pesar de todo lo que se ha hecho para destruirla, aun permanece. Sus agentes de medicina, están todos trabajando aun, pero cuando uno llega, vestido de blanco y con parte del servicio de salud, generalmente ellos se retractan mucho, piensa que uno va a supervisar, a ver que está haciendo mal, algo malo. Por lo tanto, es difícil que haya una interculturalidad, para mi interculturalidad en salud, se supone que estamos en partes iguales, yo respeto y tú me respetas, yo no veo eso, no se da eso. Lamentablemente el ministerio no permite que se desarrollen atención de medicina intercultural, se ha tratado, acá el hospital intenta hacer algo, pero igual tiene sus observaciones y muchos peñis dicen que no es lo optimo, que no es lo ideal, que la medicina debe estar en las comunidades, no en establecimientos que el Estado creo, diciéndoles, bueno ya, aquí tienen un espacio para que desarrollen su medicina, no es la forma, no es lo correcto.

¿Cuál es el enfoque que debería tener la salud intercultural, prevención o promoción?

La medicina mapuche, generalmente es prevención, desde que naces te están diciendo, como debes cuidar a tu hijo, como lo debes alimentar. Generalmente la medicina occidental, dice, yo soy el que se las sabe todas, por lo tanto, ustedes tienen que hacer lo que yo les digo. Sin embargo, la medicina mapuche, cada

persona sabe lo que tiene que hacer, por ejemplo, los medicamentos de la medicina mapuche no tienen tantos efectos adversos como los tiene los de la medicina occidental, por ese lado, tiene más ventajas que desventajas respecto a la medicina occidental.

Obviamente la medicina occidental ha evolucionado enormemente en las parte operatoria, pero en la prevención y promoción, estamos mal todavía. Tratamos de hacer algo, para que se vea, pero en la práctica no hacemos nada. En la práctica estamos obligando a la gente a lo que tiene que hacer y no lo estamos haciendo responsable de su salud.

¿Trabajas con equipo multidisciplinario?

Si, lamentablemente nosotros como equipo lo que hacemos es occidental cien por ciento, porque tenemos que actuar bajo las normas del ministerio, sino no podemos trabajar, nos echan. Hay que cumplir metas, hay que hacer ciertas cosas, esta todo tan marcado que es muy difícil salirse del esquema.

¿Como es el trabajo con los Determinantes Sociales de la Salud?

Al comienzo, cuando comenzamos, trabajamos bastante con eso, pero luego vinieron, las tiras de oreja porque había que cumplir ciertas metas y metas que son muy tira de las mechas, suena muy feo. Por ponerte un ejemplo, que el ministerio nos pide que tengamos que tener o buscar diabéticos, porque si tenemos más diabéticos nos van a apoyar más, porque hay que cumplir metas. Sin embargo, en otros países, te pagan para que tengas menos gente enferma, algo tan extraño, que te dicen mientras tengas más enfermos te vamos a apoyar más. Si tienes más diabéticos, si tienes más hipertensos, te vamos a pagar más porque has cumplido las metas. En el fondo estamos controlando a la gente que sabemos que se va a enfermar, porque hacemos tantas cosas mal, que sabemos que se va a enfermar. Claro hoy en día, con la coca cola, el mc. Donald, incentivar a que se coma sal, a que se coma azúcar, obviamente estamos incentivando eso, obviamente vamos a tener más diabéticos, mas obesos. Pero no estamos preocupados por cambiar ese hábito de vida, ese habito de alimentación, que sería lo ideal, pero no veo por donde lo podemos cambiar.

¿Como profesional de la medicina occidental, como ejecutas el trabajo en conjunto con la medicina mapuche, como vez el trabajo de los nuevos profesionales?

Los nuevos profesionales no están preparados, ni siquiera, para instalar un dialogo con las personas, porque vamos a lugares donde hablan mucho mapudungun y es muy difícil para los nuevos conversar con nosotros, por lo tanto, la atención no va a ser buena. Ellos no van a poder expresar bien y nosotros no vamos a poder entender bien lo que quieren decir, es un problema de comunicación, que es lo básico, para que una atención sea buena, adecuada y efectiva. Y lamentablemente los profesionales no están motivados para hacer un trabajo distinto de lo que se hace. Yo tengo la experiencia de realizar estos trabajos con otros profesionales y en otros sectores y resulta, el problema es el compromiso que hay que tener. Y según eso, tienes que hacer lo que es mejor para la gente, lo que la gente te dice que es lo bueno para ellos. Pero no hay un programa, no hay un respaldo, para seguir haciendo esto. Se hace todo extra, sino mi jefe me tira la oreja.

¿En su experiencia, como ha sido el trabajo en terreno, de rondas de salud rural?

Lamentablemente hay autocomplacencia igual, de repente creemos que lo estamos haciendo muy bien, sin buscar más cosas. Al comienzo busque de hacer más cosas, pero al final terminas yendo en el mismo carro, te lleva, es tanto trabajo que terminas haciendo lo mismo que todos.

El objetivo es prevenir la saturación de los servicios, igual me da lata eso, que estemos haciendo al final lo mismo que hace el servicios de salud, sería ideal trabajar mucho más en prevención, hacer que la gente se haga responsable de su salud. Ese es el sueño mío, enseñarle a la gente, para que se cuide y no se enferme, pero vamos con los medicamentos, los médicos que recetan a destajo, que obviamente te causan más daño que beneficio.

¿Cual consideras que es el nivel de adaptabilidad del servicio por parte de las comunidades?

Nosotros vemos que la gente acepta que trabajemos, incluso nos piden que vayamos más veces, pero se habitúan a que hagamos lo mismo siempre. Esperan a los médicos y las enfermeras para que les dé el medicamenta, le pongan la inyección. Y la gente así, lo acepta, y si la gente hace lo contrario, como que abre los ojos, como que está pasando. También somos responsables de que esto esté pasando.

El servicio es para todos, sobre todo para le gente que no tiene previsión.

