

KUME TUWE FEI LLENGI KUME İYAL

Sabores de la Tierra para un Buen Vivir



*Lof Mapu
Kurileufu*

Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) Programa de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI)
Programa de Desarrollo Territorial Indígena (PDTI)



KUME TUWE FEI LLENGI KUME İYAL

Sabores de la Tierra para un Buen Vivir



Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) Programa de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI)
Programa de Desarrollo Territorial Indígena (PDTI)

FINANCIAMIENTO

Municipalidad de Río Negro
Departamento de Salud
Programa de Salud y Pueblos Indígenas

Servicio de Salud Osorno
Programa de apoyo a Buenas Prácticas 2017

ILUSTRACIONES

Pablo Antonio Cárdenas Ríos (Muralista)

TRADUCCIÓN

Wenupangi Wala Juan
Kimche y Kuifi Ulmen del
Pueblo Mapuche – Williche

DISEÑO GRÁFICO Y DIAGRAMACIÓN

Manocolor.cl

2da. Edición Revisada y Mejorada.

Publicación, septiembre 2017

Chile

1.000 ejemplares

REGISTRO DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Comunidad Mapuche-Williche Newen Trawun
Territorio de Kurileufu – Río Negro
Registro de Propiedad Intelectual N° A 274576
Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos
Chile, 2017.

EQUIPO RESPONSABLE

Mesa de Salud Intercultural Territorio de Kurileufu
Dirigentes y Dirigentas Mapuche - Williche
Asesores del Cacicado de la Jurisdicción de Riachuelo
Sra. María Catrilef Igor
Sra. Magali Marileo Manquel
Sr. Héctor Marileo Manquel
Sra. Sonia Arriagada Huisca.
cacicadokurileufu@yahoo.cl

Jannina Garay Molina
Nutricionista CESFAM Practicante Pablo Araya
janninagaray@gmail.com

Pedro Carreño Muñoz
Programa Salud y Pueblos Indígenas (PESPI)
Hospital Río Negro
pecamuconce@yahoo.es

Jaime Ortiz Luna
Derwing Paredes Aros
Programa de Desarrollo Territorial Indígena (PDTI)
Municipalidad de Río Negro

DEDICATORIA

A Don Anselmo Antilef Quintul
Apo Ulmen Cacicado
Jurisdicción Riachuelo

AUTORA

Nataly Oyarzún Vargas
Nutricionista Equipo de Salud Rural
Departamento de Salud Río Negro
nutri.nataly@gmail.com

COORDINACION

Magali Marileo Manquel
Comunidad Mapuche - Williche "Co - Rayen"
cacicadokurileufu@yahoo.cl

Sergio Bermedo Muñoz
Programa de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI)
Departamento de Salud Río Negro
serbemun@yahoo.es

COLABORADORAS

Alicia Villar Vargas
Directora DESAM Río Negro
direccionsalud@rionegrochile.cl

María Ruth Pailla Yañez.
Comunidad Indígena "Newen Trawun"

Paula Álvarez Nempu
Comunidad Indígena "Choyun - Mapu"

Olivia Velásquez Catrilef
Comunidad Indígena "Huilma"

Carmen Gloria González
Nutricionista MSc Nutrición y Alimentos
INTA Universidad de Chile

NOTA ACLARATORIA PARA LOS EFECTOS DE ESTA PUBLICACIÓN:

“Nosotros, autoridades, líderes, dirigentes de las organizaciones y especialistas del conocimiento Mapuche-Williche responsables de esta publicación, en ejercicio del derecho a la libre determinación, hemos tomado la decisión política intracultural de utilizar, respecto del alfabeto y modos de escritura, la versión del Che Sungun en construcción por los hablantes Williche, toda vez que esta, da cuenta de los significados y sentidos construidos en la experiencia vital de las personas que poblamos estos territorios, los conflictos interétnicos, nuestra resistencia a la colonización política e ideológica del poder y saber occidental, los procesos de resiliencia y la subjetividad colectiva, las luchas por la protección de la tierra, el territorio y la madre naturaleza, la conciencia política asumida en nuestra implicación crítica en los procesos históricos compartidos con nuestra identidad territorial Mapuche-Williche. Asimismo, reconocemos la legitimidad de las visiones construidos por nuestros hermanos de otras identidades territoriales, sabemos que tanto ellos como nosotros formamos un todo diverso y singular, somos parte de la riqueza cultural, lingüística y espiritual de los pueblos ancestrales, por ello, el o los casos que sea necesario, se expondrán las notas que expliciten esta riqueza”.



Índice

- 8 *Presentación*
- 9 *Agradecimientos*
- 10 *Alimentación en el Pueblo Mapuche Williche*
- 12 *El Kultrún y las 4 estaciones del año*
- 17 *Cultivar con Opun Ale (luna llena)*
- 18 *Kö (Agua), "sin agua no tenemos vida"*
- 21 *Los primeros cultivos Mapuche Williche*
- 26 *Choin Tuwe (frutos que nacen de la tierra)*
- 30 *Hongos Silvestres*
- 31 *Iyal Lafquen / Leufu (comida del mar y del río)*
- 34 *Atsrul Kalfu Kusram (Gallina de los huevos azules)*
- 35 *Srawe (Kingua o Quinoa)*
- 36 *Alimentos para ocupar menos Sal*
- 37 *Frutos para ocupar menos azúcar*
- 38 *Métodos de cocción ancestral para conservar el sabor*
- 39 *¿Cómo y qué alimentos se conservan por más tiempo?*
- 40 *¿En qué tiempos podemos cultivar?*
- 42 *Procesos que debes saber para cultivar*
- 43 *Sugerencias de preparaciones de alimentos*
- 50 *Bibliografía*

Presentación

Usuarios y dirigentes de comunidades que participaron de la investigación sobre las “Prácticas de medicina ancestral vigentes en las comunidades Mapuche Williche” que se asocian a los procesos de sanación en los pacientes diabéticos e hipertensos que consultan en los establecimientos de salud ubicados en la Jurisdicción del Cacicado de Riachuelo, comuna de Río Negro ¹, concluyeron que estas enfermedades han sido “introducidas” y que su incremento entre la población Mapuche – Williche es producto, entre otros factores, por la pérdida y/o abandono de los patrones culturales de alimentación. (Pedrero, 2012) en el perfil epidemiológico de la población mapuche de la Provincia de Osorno, habla de “Enfermedades propias de la vida moderna” (Pág. 53). Por su parte, el Enfoque de Riesgo Cardiovascular refiere que la alimentación saludable está asociada a una disminución de la morbi-mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles. ²

¹ http://archivos.ssosorno.cl/otros/Estudio_Conocimientos_y_Pr%C3%A1cticas_de_Medicina_Mapuche-Williche_Rio_Negro.pdf

² Enfoque de Riesgo para la Prevención de Enfermedades Cardiovasculares, Consenso 2014 <http://www.enfermeriaaps.com/portal/consenso-minsal-chile-2014-enfoque-de-riesgo-para-la-prevencion-de-enfermedades-cardio-vasculares>.

Los alimentos tradicionales son parte de la identidad cultural del pueblo Mapuche-Williche. Su consumo está vinculado al conocimiento familiar, al respeto por la naturaleza y al ciclo vital de la tierra, siguiendo la cosmovisión. Son considerados alimentos nutritivamente sanos, cuyo consumo regular se vio modificado por la introducción de alimentos procesados, altos en azúcar, en sal y grasas, perjudicando la salud de la población. Además de ser un factor gravitante en el aumento de la cantidad de personas con enfermedades cardiovasculares.

Por sus beneficios para la salud, los alimentos de los pueblos originarios han sido objeto de investigaciones científicas, relevándose sus propiedades medicinales y el aporte nutritivo que entregan. Algunos alimentos aportan positivamente al tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, regulan los niveles de azúcar a nivel sanguíneo, normalizan la presión arterial y bajan los niveles de colesterol.

Agradecimientos

Luego de reiteradas reuniones (trawun) y conversaciones (nutram) en donde se contó con la participación de don Juan Huenupan Guala, Kimche y Kuifi Ulmen del Pueblo Mapuche – Williche, ponemos a disposición de uds. la publicación: “Kume tuwe fei llengi kume iyal.

“Sabores de la Tierra para el Buen Vivir”, es un material educativo tiene por objetivo promover la **Soberanía Alimentaria**, que significa recuperar y fortalecer el conocimiento y consumo de alimentos propios de los Pueblos Originarios, considerados sanos y culturalmente apropiados para la salud y para un buen vivir.

Esta 2da. Edición de la Cartilla de Alimentación Ancestral está en el marco del Convenio del Programa de Apoyo a Buenas Prácticas de Promoción de la salud en el Modelo de Atención de Salud Integral Familiar y Comunitario en la Atención Primaria, denominada: “Abordando la Etnicidad con Determinante Social de Problemas de Salud para la Transversalización del Enfoque Intercultural en el Programa de Salud Cardiovascular” y que obtuvo el 1er. de la provincia de Osorno, año 2017.

Agradecemos a los usuarios, usuarias y dirigentes de las Comunidad Mapuche-Williche del Lof Mapu Kurileufu por compartir su kimun (sabiduría). Sin su conocimiento no hubiera sido posible la construcción colectiva de esta publicación.

También agradecemos el compromiso y participación de los encargados, profesionales y técnicos del Programa de Desarrollo Territorial Indígena (PDTI) de la Municipalidad de Río Negro, del Programa de Salud Cardiovascular del Departamento de Salud de Río Negro (CESFAM, CECOSF y Equipo de Salud Rural) y del Programa de Salud y Pueblos Indígenas del Hospital de Río Negro y del Departamento de Salud Municipal.

Un especial reconocimiento a don Juan Huenupan Guala y Pablo Cárdenas Ríos. Hacemos extensivo nuestros agradecimientos por su colaboración a las profesionales del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) de la Universidad de Chile.

La Alimentación en el Pueblo Mapuche - Williche



La alimentación esta relacionada con la salud de las personas y con el bienestar de la tierra. Para el Pueblo Mapuche el consumo de alimentos naturales entrega la fuerza al cuerpo y a la mente para el kume mongen (buen vivir).

El kimche y kuifi Ulmen señala que ...

Las comidas ya no son limpias y naturales como antes, ahora los alimentos son más dañinos porque tienen muchos químicos.

Los alimentos que vienen de la tierra y de los animales le dan Newen (fuerza) a nuestro cuerpo y son un aporte para la salud de las personas. Antiguamente la grasa de vacuno y de cerdo aportaban la energía al hombre y la mujer para trabajar en el campo.

(Palabras de don Juan Huenupan)



El Kultrun y las cuatro estaciones del año



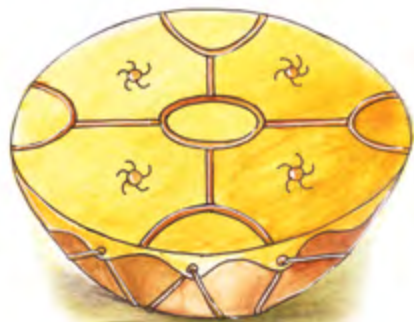
Tsriwe
(laurel)

Pükem
Invierno

Pewu
Primavera



Fe Kollan
Sroli liweñe
(el Hualle con el
fruto de la pinatra)



Minu
Otoño

Walung
Verano



Gueñe
(callampa)



Kelon
(maqui)

El Kultrun

Es un instrumento sagrado.
Representa la cosmovisión
Mapuche - Williche.

En los cuartos se identifican
las distintas estaciones del
año. El ciclo se inicia con
las lluvias que purifican la
Ñuke Mapu (madre tierra).

La Ñuke Ale (madre luna)
es el astro que preside la
fertilidad de la tierra y el
ciclo de la disponibilidad
de los alimentos.

Pukem

Invierno

Es el tiempo de lluvias y descanso de la tierra, pero hay siembras bajo la tierra que luego se irán cosechando en el verano (como el trigo). Periodo donde se celebra el Goñon tsripan (Vuelta del año), se consumen alimentos como, habas, ajos, trigo castaño o trigo rojo, el catuto, purés de legumbres, cazuela de gallina, se recolectan los hongos silvestres. Los alimentos se destacan por tener mayor energía en esta época.



Goñon Tsripan*

Es el cambio del ciclo de la tierra. El 21 de junio se inicia la celebración del año nuevo Mapuche.

Se festeja la nueva vida y la renovación del equilibrio de la naturaleza, las kewen (familias) se reúnen alrededor de un fogón, se realiza un Nutram (conversación) donde se traspasan el conocimiento y se le enseña a los mas jóvenes. Es una ocasión donde se sirven y comparten diferentes alimentos.

() Conocido como We Tripantu*

Pewu

Primavera

Tiempo de brotes, todo comienza a florecer. En esta estación se comen habas secas, arvejas en vaina, pinatras, nalca, yuyos, cuye, vinagrillo, romaza, cardo, hortalizas verdes, papas primerizas y legumbres.

Durante esta estación del año se realiza el Ngillatun.



Ngillatun

(acto de petición)

Ceremonia religiosa mapuche, donde se agradece y se realizan rogativas para mantener el Kume Mongen (un buen vivir del pueblo Mapuche), para las cosechas, para la abundancia de los alimentos, por la familia, por el clima, etc. Durante el Ngillatun se realiza un Lepun que consiste en un ritual que tiene la finalidad de correatar las Fisla (plagas).

Walung

Verano

Tiempo de siembra, de cosecha y de abundancia, se cosecha trigo, papas y los frutos de arbustos y árboles. En este tiempo encontramos variedades de porotos granados y secos, porotos verdes, harina tostada, recolección de frutos silvestres como el nuyu (chupones), el maqui, el boldo, la zarzaparrilla, chuchoca de maíz. También se cosecha el choclo, deliciosas arvejas, sinhila: se realiza la chicha de manzana y arvejas dulce, muday de trigo, de Srawe (kingua) y mote.



Welu Kui (Vuelta y Mano)

Se le llama así cuando una comunidad se organiza para trabajar en la siembra y durante la cosecha, donde las familias se turnan para trabajar, unas primeros y después las otras.

Minu

Otoño

Corresponde al tiempo de poda y de almacenar los alimentos. Durante este periodo se consumen las papas y el trigo en diversas preparaciones, porotos, arvejas, brotes de kila del monte, picarones (chicharrones de monte) changles, gargales, murta . Se siembra el ajo y las habas. Durante este periodo también se realiza el Ngillatun pero en esta ocasión con la finalidad de preparar la tierra para una buena siembra.



Cultivar con Opun Ale Luna Llena

Opun ale

(Luna Llena)

*Se encuentra toda la energía en la tierra.
Inicio periodo de siembra.*



Tsromin ale

(Luna creciente)

*La fuerza de la tierra esta en los cultivos
que tiene crecimiento sobre la tierra, pero
no da frutos.*



Epe ñamin ale

(Luna menguante)

*La fuerza de la tierra en los cultivos
que crecen bajo de la tierra.*



We ale

(Luna nueva)

*La tierra no tiene fuerza, no es
aconsejable la siembra.*



Kö

Agua

“sin agua
no tenemos vida”



Antiguamente se utilizaba el agua que brotaba de la Mapu (tierra), a través de los menocos, vertientes, esteros, manantiales, etc. Se consumía de forma natural, como una de las fuentes de newen (energía) y elemento vital para el kume mongen (buen vivir) .

Está en la memoria colectiva de las personas la importancia del agua como elemento esencial de la cosmovisión Mapuche-Williche. Su uso está vigente en ceremonias espirituales, preparados medicinales, la agricultura, la ganadería y la elaboración de los alimentos.

Hoy, producto de la contaminación de napas y cursos de agua por bacterias y químicos, se recomienda desinfectar y filtrar el agua antes de consumir.

¿Para qué se utiliza el agua en la alimentación?

El agua es muy importante en la preparación de las comidas ancestrales, como la sopa, el mote, el picante, el caldillo, la cazuela y también en el mate. Alimentos que se consumían manteniendo una consistencia más líquidas.

Incluso, el agua se utilizaba como una forma de conservación de alimentos, como el chupón, el lunfo, los porotos verdes y el Llau Llau, entre otros.



Chupones



Lunfo



Porotos
Verdes



Llaullau

Recomendaciones para el consumo del agua



El agua nos quita la sed y renueva nuestro cuerpo, nos mantiene hidratados y saludables.

Se recomienda como mínimo 1 litro de agua al día.

NOTA: antes de tomar infusiones de hierba, consulta con un especialista mapuche "Lawentuchefe" (conocedor de las propiedades de las plantas).

Los primeros cultivos de los Mapuche Williche: Kachilla, Poñi, Guga y Külwe.

1. Kachilla (Trigo)

Porción del trigo: 3/4 de taza

Algunas formas en las que se comían estos alimentos:



Milstrin o Catuto:

Es una de las preparaciones conocidas por su identidad mapuche. Es un alimento muy sano que reemplaza el pan y está hecho de granos de trigo cocido y pelado, que se forma con el cuse (piedra de moler trigo) con forma de un pescado. Es muy sano y se puede comer en reemplazo del pan.



Afun musrke (Harina tostada):

Es grano de trigo entero, tostado y molido. Alimento considerado como "Buena Fuente de Fibra", lo que conlleva a un menor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, además ayuda a bajar los niveles de colesterol. Este alimento se puede consumir con agua o leche y también en acompañamiento a otras preparaciones.



Kako (Trigo Mote):

Es el grano de trigo blanco, obtenido por cocción, es pelado y luego lavado. Alimento alto en fibra, alto en magnesio, que sirve para los dolores menstruales y además puede mejorar nuestras defensas.



Harinilla:

Es la segunda harina del trigo de color morena, que se utiliza para diferentes preparaciones, como por ejemplo el pan.



Mushay (Muday):

Un jugo de trigo fermentado que se sirve a cualquier hora del día. Ayuda a mejorar la digestión y el colon irritable.

2. Poñi (La Papa)

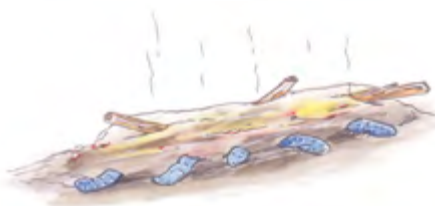
Porción de la papa:
1 unidad tamaño regular



Algunas formas en las que se comían estos alimentos:



Trutroyeco: papa rallada, se amasa con un poco de harina de trigo, envuelta en un palo, asada al fuego.



Kuenpoñi: papa asada al rescoldo, se enterraba en las cenizas calientes.



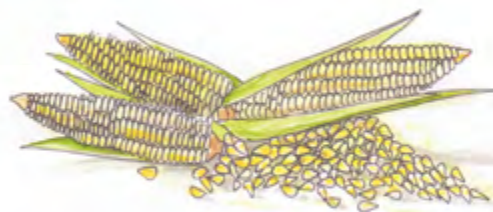
Mallu Poñi: papa pelada cocida en agua hervida.

3. Guga (Maíz)

Porción del maíz: 1 de taza



Algunas formas en las que se comían estos alimentos:



Afun Guga: *Maíz cocido al agua.*



Musrke Guga: *Maíz molido y tostado.*



Huma: *Es una pasta de maíz cocido envueltas en hojas de choclo y cocidas en agua.*

4. Külwe (Porotos)

Porción de porotos:

3/4 de taza (porotos verdes o granado)

Algunas formas en las que se comían estos alimentos:



Porotos con Fideos

amasados en casa y cortados.



Muti

Guiso de porotos.



Ensalada de porotos verdes aliñada con jugo de nalca.

Choin Tuwe: frutos que nacen de la tierra



Koskella (fruto del copihue):

Sus frutos conocidos como pepinos, son realmente dulces, madura entre los meses de enero a marzo.

Porción: 1/2 taza



Chilco:

Se consumen las bayas, se recolecta los frutos que se desprenden fácilmente e incluso se puede recolectar los recién caídos. Se utiliza para controlar la fiebre (a veces mezcladas con tilo) y como diurético (elimina líquidos del cuerpo) y además ayuda a combatir los dolores menstruales.

Porción: 1/2 taza

Se recomienda consumir 5 porciones entre frutas y verduras



Parrilla silvestre:

Se cultiva en el verano, disminuye la presión arterial, ayuda a eliminar las impurezas de la piel. También se usa para el tratamiento de las hemorragias y diarreas, mejora los síntomas para la artrosis y artritis.

Porción: 1/2 taza



Kelon (Maqui):

Fruta que ayuda a controlar la Diabetes, alto en antioxidante. Mejora las defensas, calma los dolores estomacales, ayuda a combatir las diarreas, elimina las impurezas de la piel.

Porción: 3/4 taza



Wiñe (Murta): Se cosecha en otoño. Fruto alto en antioxidante, sirve como antiinflamatorio y ayuda aliviar el dolor.

Porción: 3/4 taza



Liweñe (pinatra): Fruto del hualle de forma redonda, es de color blanco con pintas naranjas, crece durante el mes de septiembre.

Porción: 1 taza picada



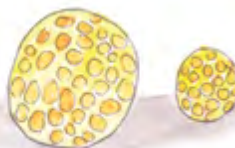
Fol'u (boldo): Florece de junio a agosto y sus frutos maduran entre enero y febrero (son muy dulce cuando están maduros). Se utiliza para disminuir molestias estomacales y digestivas, también puede disminuir dolores por la artrosis y artritis.

Porción: 1/2 taza



Murra: Introducida por los españoles, pero también consumida por los mapuches. Se cosecha a fines del verano. Alto en antioxidantes, protege a nuestro corazón de enfermedades.

Porción: 1/2 taza



Llau Llau: Fruto del coihue, se caracteriza por su sabor muy dulce.

Porción: 1 taza (picado)



Saucu: Se cosecha entre agosto y septiembre. Ayuda a mejorar resfriados y estados gripales, disminuye la fiebre, promueve y aumenta la producción de orina.

Porción: 1 taza



Kelleñ

(Frutilla Silvestre):

Disminuye los niveles de colesterol, rico en antioxidantes, además disminuye el riesgo cardiovascular.

Porción: 1 taza



Michay: Se le conoce igual como calafate, fruto de color negra azulada, que se cosecha durante la primavera. Tiene propiedades altas en antioxidantes.

Porción: 1 taza



Ngefü (Avellana):

Fruto pequeño, que crece de un arbusto durante el otoño, tiene caparazón dura, que su interior contiene una carne blanca tipo nuez.

Porción: 1 taza



Kauchau: Fruto de la luma (Arrayan), es de color negro del porte de la avellana, se cosecha en primavera. Ayuda a mejorar dolores estomacales, diarreas y la gota.

Porción: 3/4 taza



Mishke

(Manzana Silvestre):

Fruta que crece durante el verano y se cosecha hasta pasado el invierno, de sabor ácido y dulce.

Porción: 1 unidad



Nuyu (Chupones):

Maduran durante el verano. Tiene una punta blanca y blanda de un sabor dulce, llena de pepas pequeñas redondas y oscuras.

Porción: 1/2 taza



Tsroipoko (Berros):

se consume durante el otoño e invierno, ayuda a controlar la diabetes, debido a la fibra que contiene, previenen la formación de piedras en los riñones y vesícula, ayuda a combatir el estreñimiento.

Porción: 1 taza (picado)



Srengatu (Nalca):

Crece en lugares húmedos, pantanosos, o a orillas de cursos de agua. Se consume en primavera y verano. Ayuda aliviar problemas estomacales, diarreas, hemorragias, disminuye los dolores menstruales y también para mejorar las heridas.

Porción: 1 taza (picado)



Yuyo: Es considerada una hierba silvestre que se cosecha durante la primavera y verano, se consume como ensalada.

Porción: 1 taza (picado)



Cardo blanco: Se consume su tallo en ensaladas, se cosecha durante la primavera.

Porción: 1 taza (picado)



Tsroltsro: sus hojas tienen espinas por un lado, se consume durante todo el año, se consume en ensaladas y en acompañamiento para diferentes preparaciones.

Porción: 1 taza (picado)



Mosqueta: Este arbusto florece entre octubre y diciembre. Durante el verano se cosechan sus frutos de color rojo. Ayuda a combatir resfríos, disminuir la tos y diarreas.

Porción: 1/2 taza

Hongos Silvestres

Hongos que crecen en la tierra, aportan proteínas y vitaminas, lo que los hace especialmente buenos para personas que quieran una alimentación baja en calorías y grasas. Se comienzan a cosechar en el mes de mayo.



Gargal

Porción: 1 taza picada



Gueñe (callampa)

Porción: 1 taza picada



Loyo

Porción: 1 taza picada



Chandi

Porción: 1 taza picada

Iyal Lafquen / Leufu

Comida del mar y del río

Los Mapuche iban a buscar los productos del mar en luna llena, ya que en esta fase lunar es donde los alimentos conservan todas sus propiedades nutritivas.

Pescados, algas y mariscos más consumidos por los Mapuche - Williche:



La Ñaña Recomendada:

Mungo (Cochayuyo o Coyofe):

Alga comestible, alto en vitaminas y minerales (calcio, hierro, magnesio y manganeso) , por lo demás buena fuente de fibra. Disminuye los niveles de colesterol y presión arterial, reduce los niveles de azúcar en sangre, ayuda a combatir la obesidad y también el hipotiroidismo. Para los Mapuche-Williche es un alimento anticancerígeno y antibacteriano.

Porción: 1 taza deshidratado



Luche

Porción: 2 tazas
deshidratados



Lugas

Porción: 3/4 taza
deshidratados



Lunfo

Porción: 3/4 taza fresco



Robalo

(*) Porción: trozo de 10*6*1



Salmón de Río

(*) Porción: trozo de 10*6*1



Trucha Arcoíris de Río

(*) Porción: trozo de 10*6*1

(*) La porción 10*6*1 equivale al tamaño de la palma de la mano.



Jaibas

Porción: 1/3 de taza



Almejas

Porción: 6 unidades



Piure

Porción: 6 lenguas



Camarón de Río

Porción: 6 colitas o camarones



Choritos de Río

Porción: 6 unidades

Atsrul Kalfu Kusram

Gallina de los huevos azules

Actualmente la principal gallina productora de huevos azules es la Kollonca (es sin cola y puede ser con aros o sin aros) y la ketro (con aros y cola).



La Naña Recomienda:

"La gallina Mapuche y sus huevos azules, son consideradas las más sanas, ricas y sabrosas, gracias a que consumen de pastos naturales, hierbas aromáticas y medicinales."



Srawe Kingua o Quinua

Es considerado un alimento completo.

Es una planta que produce numerosas semillas las que se pueden consumir por si sola, como cereal o en acompañamiento para otras preparaciones. Ayuda a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares, baja lo niveles de colesterol malo (LDL) y aumenta el colesterol bueno (HDL) gracias a la buena fuente de omega 6 y omega 3.

Son altas en proteínas, alta en fibra, libre de gluten, rica en vitamina E y contiene cantidades importantes de calcio y hierro. Además provoca sensación de saciedad, tiene propiedades para el alivio del dolor, la depresión y el cáncer.

Porción: 1/4 de taza



Para dar más sabor a los alimentos, ocupar menos la sal y controlar la presión arterial, podemos:

Hierbas aromáticas o especias ancestrales:



Laurel



Hinojo



Hierba Buena



Ajo



Ají Seco

(Se Usa Como Merken)



Vinagrillo

Hierbas aromáticas o especias exóticas o introducidas:



Cilantro



Perejil



Orégano



Eneldo



Romero

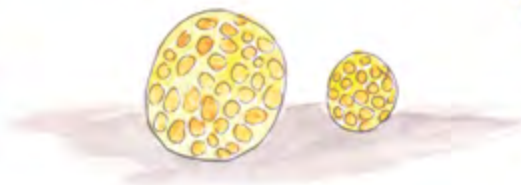


Comino

Algunos frutos ancestrales que endulzan para reemplazar el Azúcar:



Kauchau



Llau Llau



Boldo



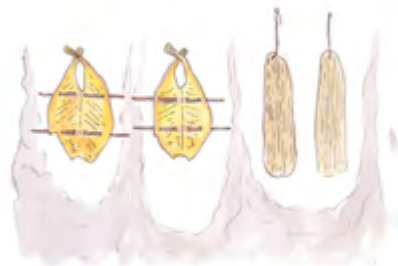
Stevia

La Stevia es una planta que sirve para endulzar pero que ha sido introducida.

Algunos métodos de cocción ancestral que conservan más el sabor:



**Piedras
Calientes**



Ahumado

Charqui
(Deshidratado)



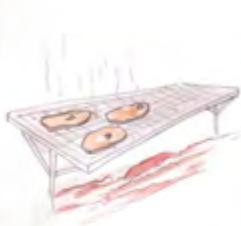
Rescoldo
(Ceniza Caliente)



A La Olla
(Fogón)

Métodos de Cocción Actual:

Los alimentos cocidos ahumados o como el charqui, se deben lavar y dejar remojando para botar el exceso de sal.



A La Parrilla



Al Horno



**Al Vapor
O A La Olla**



Asado



A La Plancha

¿Cómo y qué alimentos se conservan por más tiempo?

Secado (deshidratado) de frutas, hongos y hierbas aromáticas. Se secaban en el techo de la casa o cerca de la estufa de la cocina.



Secado de frutas:
Orejones de manzanas, ciruelas, durazno y maqui.



Hierbas Aromáticas



Avellanas enterradas con su cuesco bajo la tierra en cajones de madera.



Hongos Silvestres

¿En qué tiempo podemos cultivar?

HORTALIZA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TIPO DE SIEMBRA
Acelga	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	siembra directa
Ají							•	•					almácigo y tranplante
Ajo					•	•							siembra directa
Albahaca							•	•					siembra directa
Alcachofa							•	•					siembra directa
Arveja						•	•	•	•	•			siembra directa
Betarraga	•							•	•	•	•	•	almácigo y tranplante
Cebolla						•	•						siembra directa
Cebollín						•	•						siembra directa
Chalota	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	siembra directa
Choclo									•	•	•		siembra directa
Cilantro	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	siembra directa
Espinaca	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	siembra directa
Frutilla					•	•	•	•					siembra directa
Haba							•	•	•				siembra directa
Lechuga	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	almácigo y tranplante
Orégano							•	•					siembra directa





HORTALIZA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TIPO DE SIEMBRA
papa								•	•				siembra directa
pepino	•						•	•	•	•	•	•	almácigo y tranplante
perejil	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	siembra directa
porotos									•	•	•		siembra directa
puerro					•								siembra directa
repollo						•	•	•	•	•			almácigo y tranplante
romero						•	•						vegetativa por estaca
rúcula	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	siembra directa
sinila										•	•	•	siembra directa
tomate							•	•	•				almácigo y tranplante
vinagrillo					•	•	•	•	•	•			transplante
zanahoria									•	•	•	•	siembra directa
zapallo							•	•	•	•	•	•	almácigo y tranplante

Procesos que debes saber para cultivar

Almácigo

Es la cama de tierra donde se siembran las semillas de pequeño tamaño en un espacio pequeño como caja de zapatos, almacigueras, baldes, etc. Estas se mantendrán hasta que alcance el tamaño ideal para ser trasplantada (cuando alcance 4 hojas y para el pueblo mapuche según la fase lunar).



Trasplante

Es la ubicación definitiva de la planta que se produjo en el almácigo para completar su desarrollo para ser cosechadas, la ventaja de esto es que solo se trasplantarán las mejores plantas y se cultiva de forma más ordenada.



Siembra Directa

Se usa para semillas de mayor tamaño y quedan en un lugar definitivo como ajo, papas, zapallo, etc.

Sugerencias de Preparaciones de Alimentos

Pastel de Papas con Cochayuyo

Porción para 6 Personas

Ingredientes:

- 1 kg de papas
- 1 trozo o 2 1/2 taza de zapallo
- 1/2 atado de cochayuyo
- 2 cucharadas de cilantro
- 2 cucharaditas de chalota
- 1 Ají seco molido tostado
- 1/2 cebolla chica
- 2 dientes de ajo
- Sal

Preparación:

Cocer las papas con las cáscaras y pelar después de cocidas hacer un puré, mezclando con zapallo cocido también. Se hierve con agua caliente el cochayuyo y cuando este blando picarlo en tiritas muy finas. Aparte, picar la cebolla y el ajo, saltear con una pisca de sal.

Agregar el cochayuyo y revolver todo. Poner en una asadera el cochayuyo con el resto de ingredientes y luego cubrir con el puré. Llevar al horno para que se dore y listo para servir.

Información Nutricional por porción

Calorías	175
Proteínas	6.4
Carbohidratos	36.8
Lípidos	0.5

La porción equivale a:

 1 taza

Guiso con trigo mote

Porción para 4 Personas

Ingredientes:

- 1/2 taza de arvejas verdes partidas
- 1/2 taza de trigo pelado o trigo mote
- 1/2 taza de porotos
- 1/2 taza de habas
- 2 papas tamaño regular
- 1 atado de Tsroltsro
- 1/4 atado de hierba buena
- Aceite
- Sal

Preparación:

Precocer con agua las arvejas, al igual que el trigo, los porotos y la habas, pero por separado, luego juntar todo en una olla agregando la hierba buena y el Tsroltsro picados, incorporar las papas peladas y picadas en pequeños trozos, dejar cocer y agregar la sal al gusto.

Información Nutricional por porción

Calorías	251
Proteínas	8.3
Carbohidratos	45.5
Lípidos	4.2

La porción equivale a:

  1 1/4 taza



Cazyela de Pollo con harina tostada

Porción para 6 Personas

Ingredientes:

- 6 presas de pollo
- 6 papas pequeñas
- 1 zanahoria
- 1/2 taza de arvejas frescas
- 1/2 taza de harina tostada
- 2 dientes de ajo
- Cilantro
- Sal

Preparación:

Cocer las presas de pollo en 2 litros de agua, junto con la zanahoria picada y el ajo picado, dejar hervir hasta que ablande el pollo, agregar las papas peladas, las arvejas y la sal al gusto, una vez cocido agregar la harina tostada en forma de lluvia, servir y agregar el cilantro picado en el plato ya servido.

Información Nutricional por porción

Calorías	288
Proteínas	18.4
Carbohidratos	39.3
Lípidos	6.3

La porción equivale a:

  1 1/2 taza



Ensalada de nalcas con manzana verdes

Porción para 5 Personas

Ingredientes:

- 2 manzanas
- 1 nalca chica
- Una cucharada de vinagre
- 2 cdtas de aceite
- Una pisca de sal

Preparación:

Se pican las manzanas y nalca en cuadritos y se preparan todas juntas en una fuente, enseguida se le colocan aliños y se revuelve, dejar reposar por 10 minutos y servir.



Información Nutricional por porción

Calorías	70
Proteínas	0
Carbohidratos	9.5
Lípidos	4.1

La porción equivale a:



1 taza

Panes con harina tostada o harinilla

Porción para 16 Personas

Ingredientes:

- 2 tazas de harina
- 3 tazas de harina tostada o de harinilla
- 1 cucharadita de levadura
- 2 cucharada de aceite
- Sal
- agua tibia

Preparación:

Poner en un bol , la harina de trigo y harinilla o harina tostada. Unir todos los ingredientes y formar una masa blanda, agregar agua a medida que la masa lo requiera, amasar un poco y luego dejar reposar. Armar la masa en peueños panecitos, que queden delgados y se ponen en el horno. Sacar cuando ya tengan color y estén cocidos.



Información Nutricional por porción

Calorías	199
Proteínas	6
Carbohidratos	38.5
Lípidos	2

La porción equivale a:

● 1 pan de 50 grs

Jugo de mosqueta

Porción para 16 Personas

Ingredientes:

- 1 kg de mosqueta
- 2 litros de agua
- 1/2 taza de hierbas o frutos para endulzar (se sugiere: estevia, Llau llau, kauchau o boldo)



Preparación:

Se limpia la mosqueta y se pone a cocer en 1 1/2 litro de agua hasta que quede bien blanda, colar en una malla colador, la pulpa que se forma se pasa por una panti media limpia que sirva de colador apretándola con las manos para sacar todas las pepas.

Una vez colada toda la pulpa se vuelve a hervir en 1/2 litro de agua junto a alguna hierba o fruto para endulzar, una vez espeso retirar del fuego y dejar enfriar.

Para servir la pulpa se diluye con agua fría. Lo que sobre de pulpa cocida se puede guardar en frasco de vidrio bien cerrado.

Información Nutricional por porción

Calorías	49
Proteínas	0.3
Carbohidratos	12.6
Lípidos	0.2

La porción equivale a:

 1 vaso (200 cc)

Ensalada de Pinatras

Porción para 5 Personas

Ingredientes:

- 1/2 kg de pinatras
- 2 cucharadas de chalota
- Jugo de limón o vinagre
- 2 cucharadas de cilantro
- Sal al gusto

Preparación:

Se limpian las pinatras y se pican en trocitos.

Una vez limpias las pinatras se coloca en una fuente agregando la chalota picada y por último se incorpora el vinagre o jugo de limón y la sal con moderación.



Información Nutricional por porción

Calorías	28
Proteínas	2.1
Carbohidratos	5.4
Lípidos	0.4

La porción equivale a:



1 taza

Bibliografía

Reconocemos como primera fuente de sabiduría y experiencia vital para la construcción de esta publicación, el kimun (conocimiento) de hombres, mujeres, dirigentes y dirigentas de las Comunidad Mapuche-Williche del Lof Mapu Kurileufu y de don Wenupangi Wala Juan, Kimche y Kuifi Ulmen del Pueblo Mapuche – Williche.

Barreau, A. y Salas, V. (2009). Plantas que curan, compartiendo vivencias y saberes. Medicina campesina de la Región del Bio Bio. TAC-Forestal Mininco. Recuperado el 12 de diciembre del 2016 de http://www.taccaccioncultural.cl/html/pdf_/PLANTAS_QUE_CURAN.pdf

Bermedo, S. (2015) Pichi Leufu, srewel srakizuum kimel pus lawentu. Río Chuelo, espacio de pensamientos y saberes en Salud Intercultural. Comunidad Mapuche – Williche CO-RAYEN. Territorio de Río Negro. Recuperado el 12 de diciembre del 2016 de http://www.rionegrochile.cl/www/Documentos/Salud_Intercultural_RioNegro.pdf

Bojanic, A. (2011). La quínoa: cultivo milenario para contribuir a la seguridad alimentaria mundial. Retrieved Octubre, 18, 2014. Recuperado el 12 de enero del 2017 de <http://www.fao.org/docrep/017/aq287s/aq287s.pdf>

Céspedes, C. L., El-Hafidi, M., Pavon, N., & Alarcon, J. (2008). Antioxidant and cardioprotective activities of phenolic extracts from fruits of Chilean blackberry *Aristotelia chilensis* (Elaeocarpaceae), Maqui. Food Chemistry, 107(2), 820-829. Recuperado el 27 de diciembre del 2016 de <http://www.superfoodshop.sk/wp-content/uploads/2014/07/A-Chilensis-Food-Chem-2008.pdf>

Farinazzi-Machado, F.; Barbalho, S.; Oshiiwa, M.; Goulart, R., & Pessan J. (2012). Use of cereal bars with quinoa (*Chenopodium quinoa* W.) to reduce risk factors related to cardiovascular diseases. Food Science and Technology (Campinas), 32(2), 239-244. Recuperado el 10 de enero del 2017 de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-20612012000200005&script=sci_arttext

Gattas, V. (2007). Guía de la Composición Nutricional de Alimentos Naturales, de la Industria y Preparaciones Chilenas Habituales. Santiago: Universidad de Chile, INTA. Recuperado el 20 de agosto del 2016 de <http://nutricomparte.blogspot.cl/2013/09/guia-de-la-composicion-nutricional-de.html>

Héctor, A. L., Clavijo, C., y Herrera, C. (2006). Capacidad antioxidante de frutas y verduras cultivados en Chile. Archivos Latinoamericanos de Nutrición, 56(4), 361. Recuperado el 20 de agosto del 2016 de <http://search.proquest.com/openview/5ee9d42609348dcf70c5b6f650b233d6/1?pq-origsite=gscholar>

Jury, G.; Urteaga, C. y Taibo, M. (1999) Porciones de Intercambio y Composición Química de los Alimentos de la Pirámide Alimentaria Chilena. INTA. Centro de Nutrición Humana. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Chile.

Lemuy, V.; Catalán, M.; Gualaman, N.; Camiao, A.; Alcázar y A.; Huenupan, J. (2015) Pu Kimche Ñi Kimün. Diccionario Conceptual en Che Sungun. Carmen Jaramillo Gualaman (Ed.) Programa Educación Intercultural Bilingüe. Depto. De Educación. Comuna de San Juan de la Costa. CONADI. X Región.

MINSAL (2016) Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Departamento Modelo de Atención Primaria. Automanejo de Enfermedades No transmisibles: Una tarea Compartida entre Usuarios y Equipo de Salud.

MINSAL (2016) Programa de Salud y Pueblo Indígenas. Orientaciones Técnicas. Guía Metodológica para la Gestión del Programa.

MINSAL (2009) Medicamentos Herbarios Tradicionales. Recuperado el 20 de agosto del 2016 de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/8da25ec6bc518db0e04001011f016739.pdf>

Ministerio de Agricultura (2010) Hierbas Medicinales. Recuperado el 15 de septiembre del 2016 de http://www.fucoa.cl/publicaciones/hierbas_medicinales/files/assets/common/downloads/publication.pdf

Pedrero, M. (2012) Perfil Epidemiológico Básico de la Población Mapuche residente en el área de cobertura de Servicio de Salud Osorno. Serie Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile. Ministerio de Salud. Santiago, Chile. Recuperado el 12 de diciembre del 2016 de <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/SERIE%20PUBLICACIONES%20SITUACION%20DE%20SALUD%20N%C2%B0%209%20OSORNO.pdf>

Pino, T. Mc Leod, C. (2014) Calafate Otro Súper Berry Chileno. INIA La Platina. INIA Kampenaike. Revista Red Agrícola. Chile. Recuperado el 27 de diciembre del 2016 de http://www.redagricola.com/sites/default/files/calafate_otro_superberry_chileno.pdf

Notas





Kuifi mongen mapuche,
femeche mongenin iyal tu in
pu fun mapu.

Mai pu Mapuche falien pu tue
munko putuwe niyei nutramtu

Wenupangi Wala Juan
Kimche y Kuifi Ulmen del
Pueblo Mapuche – Williche

KUME TUWE FEI LLENGI KUME İYAL

Sabores de la Tierra para un Buen Vivir



PICHI LEUFU,
SREWEL SRAKIZUAM KIMEL
PUS LAWENTU

RÍO CHUELO, ESPACIO
DE PENSAMIENTOS Y
SABERES EN SALUD
INTERCULTURAL



Programa de Salud y Pueblos Indígenas
Mesa Territorial de Salud Intercultural
Río Negro





Programa Salud y Pueblos Indígenas. Río Negro

Comunidad Indígena Co-Rayen

PICHI LEUFU,
SREWEL SRAKIZUAM KIMEL
PUS LAWENTU

RÍO CHUELO, ESPACIO
DE PENSAMIENTOS Y
SABERES EN SALUD
INTERCULTURAL

EDITOR
SERGIO BERMEDO MUÑOZ

Está en el registro de la memoria de las comunidades Mapuche - Williche del Territorio de Kurileufu el nombre de Río Chuelo (Pichi Leufu) que traducido al Che Sungun significa río pequeño. Sin embargo, en la actualidad se ha masificado el nombre de Riachuelo.



Diseño Gráfico y Diagramación

Unidad de Imagen Corporativa Institucional
Universidad de los Lagos
Av. Fuchslocher 1305, Osorno.

Colabora:

Departamento de Salud
Universidad de Los Lagos
Av. Fuchslocher 1305, Osorno.

Financiamiento

Corporación de Desarrollo Indígena CONADI, X Región.
Servicio Salud Osorno.

Impresión

Grafhika Copy Center Ltda.
Santiago

Traducción

Juan Huenupan Guala.
Kimche y Kuifi Ulmen del Pueblo Mapuche – Williche

Registro Propiedad Intelectual

Comunidad Mapuche-Williche CO - RAYEN
Territorio de Kurileufu - Río Negro
Registro de Propiedad Intelectual Nro. 260404
Dirección Bibliotecas, Archivos y Museos
Chile
2015

Nota de advertencia: “Nosotr@s, autoridades, lideres, dirigentes de las organizaciones y especialistas del conocimiento mapuche - williche responsables de esta publicación, en ejercicio del derecho a la libre determinación, hemos tomado la decisión política intracultural de utilizar, respecto del alfabeto y modos de escritura, la versión del Che Sungun en construcción por los hablantes williche, toda vez que esta, da cuenta de los significados y sentidos construidos en la experiencia vital de las personas que poblamos estos territorios, los conflictos interétnicos, nuestras resistencia a la colonización política e ideológica del poder y saber occidental, los procesos de resiliencia y la subjetividad colectiva, las luchas por la protección de la tierra, el territorio y la madre naturaleza, la conciencia política asumida en nuestra implicación crítica en los procesos históricos compartidos con nuestra identidad territorial Mapuche- Williche. Asimismo, reconocemos la legitimidad de las visiones construidos por nuestr@s herman@s de otras identidades territoriales, sabemos que tanto ellos como nosotros formamos un todo diverso y singular, somos parte de la riqueza cultural, lingüística y espiritual de los pueblos originarios, por ello, el o los casos que sea necesario, se expondrán las notas que expliciten esta riqueza”.







Anselmo Antilef Quintul
Apo Ulmen Cacicado
Jurisdicción Riachuelo

“...es mi deseo que en este libro se identifique el nombre de Río Chuelo, tal cual como lo nombraban nuestros antepasados... y quien lo lea...debe respetar lo que aquí está escrito...”



INDICE GENERAL

Página

PRÓLOGO MUNICIPALIDAD DE RÍO NEGRO

Sr. Carlos Schwalm Urzúa
Alcalde

8

PRÓLOGO SERVICIO SALUD OSORNO

Dr. Nelson Bello Oyarce
Director

12

AGRADECIMIENTOS

Comunidad Mapuche-Williche
CO – RAYEN
El Bolsón - Kurileufu

18

CAPÍTULO I

ESTRATEGIA LOCAL DE TRANSVERZALIZACION DEL ENFOQUE
INTERCULTURAL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV)
TERRITORIO RÍO NEGRO
Sergio Bermedo Muñoz. Programa de Salud y Pueblos Indígenas
Departamento de Salud. Municipalidad Río Negro

20

CAPÍTULO II

ALGUNAS APROXIMACIONES POLÍTICO-CONCEPTUALES
SOBRE LA SALUD INTERCULTURAL
Pedro Fuenzalida Rodríguez
Departamento de Educación
Universidad de Los Lagos

104

CAPÍTULO III

ESCENARIO DEL PROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA
INTERCULTURAL DEL SIGLO XXI

María Paz Contreras, Alejandra Martínez Cornejo y
Hoderay Leal Mora
Carrera de Enfermería
Universidad de Los Lagos

138

SOBRE LAS Y LOS AUTORES

152





PRÓLOGO

MUNICIPALIDAD DE RÍO NEGRO

Carlos Schwalm Urzúa
Alcalde



PRÓLOGO MUNICIPALIDAD DE RÍO NEGRO

El libro que tienen en sus manos es el resultado de un trabajo sistemático y participativo de nuestro Departamento de Salud Municipal con las Comunidades Indígenas del territorio de Kurileufu y con el Cacicado de la Jurisdicción de Riachuelo, encabezado por su Apu Ülmen don Anselmo Antilef Quintul, autoridad tradicional del Pueblo Mapuche - Williche.

Es transversal en los capítulos del libro el poner de manifiesto el derecho que tienen las comunidades indígenas de contar con servicios de salud adecuados que le permitan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental, y a la participación e integración cultural en materia de salud, de acuerdo a la normativa legal vigente y teniendo en consideración las condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales pueblo Mapuche - Williche.

En este ámbito, me parece importante destacar la gestión de los dirigentes en la conformación de alianzas de trabajo para abordar la salud intercultural, traspasando los límites de su propio territorio. Con este propósito y para los efectos de esta publicación los dirigentes se vincularon con la CONADI y la Universidad de Los Lagos. Tal como en su momento se realizó para la instalación a nivel provincial de la temática de género desde la perspectiva de la mujer Mapuche - Williche.

Las comunidades indígenas y el Cacicado de Riachuelo cuentan con una extensa trayectoria en el ámbito de la Salud Intercultural manteniendo siempre el énfasis en el fortalecimiento de la sabiduría Mapuche - Williche. Podemos mencionar la participación junto a otros territorios de la provincia de Osorno en elaboración de la Guía Gestacional “TremamFach-FolilFuare, Creciendo con Raíces Fuertes”, un valioso material educativo que da a conocer el saber ancestral de nuestro pueblo originario sobre la gestación, nacimiento y crianza; fortaleciendo la identidad territorial Mapuche - Williche. También podemos mencionar la participación en el estudio sobre la vigencia de la práctica de la medicina ancestral y los procesos de sanación de los usuarios mapuche - williche diabéticos e hipertensos que consultan en diversos establecimientos de salud de la comuna de Río Negro y que tuvo como producto final la publicación del libro “Conocimiento y prácticas de la medicina Tradicional Mapuche - Williche en usuarios diabéticos e hipertensos del Cacicado de la Jurisdicción de Riachuelo”.

La Municipalidad de Río Negro, coherente con su misión institucional, manifiesta su compromiso en continuar trabajando en forma coordinada con las comunidades indígenas del

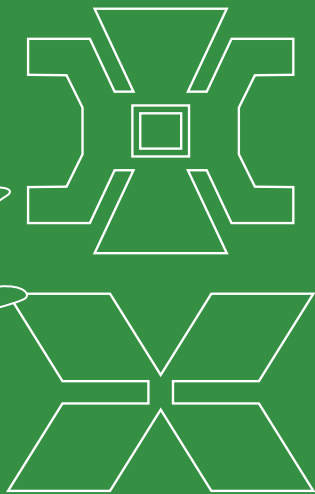


territorio de Kurileufu para lograr la pertinencia cultural en el ámbito de la educación, la agricultura, el turismo, etc. En lo que respecta a la salud intercultural se seguirá trabajando a través de diagnósticos participativos epidemiológicos con enfoque sociocultural, para avanzar en el conocimiento de los determinantes del estado de salud de las poblaciones Mapuche - Williche de la comuna de Río Negro con el objetivo de proponer y ejecutar acciones culturalmente pertinentes.

A nombre de Concejo Municipal agradezco a cada una de las personas, dirigentes, Kimche, Lawentuchefe y Comunidades Mapuche - Williche del Territorio de Kurileufu, a las y los profesionales de la Universidad de Los Lagos y del Departamento de Salud Municipal que han participado en esta publicación por su confianza, compromiso y sabiduría compartida en pos de la entrega de un servicio de salud accesible y de calidad a las y los usuarios que consultan en los diferentes establecimientos de salud de la comuna.

Carlos Schwalm Urzúa
Alcalde





PRÓLOGO

SERVICIO SALUD OSORNO

Dr. Nelson Bello Oyarce
Director



PRÓLOGO SERVICIO SALUD OSORNO

Pretendemos cursar un proceso intercultural en un escenario marcado por desigualdad mayor. Esta deuda histórica está expresado en negativas subsecuentes en reconocer compromisos del Estado con *Pueblo Mapuche*, desamparo y desprotección de bienes culturales como resultado de proceso de imposición de cultura dominante, (proceso que en *Fütawillimapu* lleva 500 años de evolución), con pérdida de *kimün-che*, *machi*, autoridades ancestrales, lengua, dinámica comunitaria de corresponsabilidad en la *mochülla*. La mantención del *küme felen* el valor de la *Ñuke kütralwe* son valores perdidos en el tiempo. En cambio, se ha instalado la alienación cultural, la postergación económica sin reales posibilidades de desarrollo y autodeterminación en el campo, la migración campo-ciudad, aumentando situaciones de vulnerabilidad y marginalidad como individuo y como Pueblo.

El proceso de interculturalidad que pretendemos fomentar parte de la constatación de nuestra realidad en cuanto a logros sanitarios y a un contexto administrativo-político expresado en la Ley 20.584. Chile ha transitado epidemiológicamente de un perfil infectocontagioso e insalubridad a uno donde las enfermedades crónicas no transmisibles incluyendo las afecciones mentales, tumores y violencia dan cuenta del 90% de la carga de enfermedad que como sector enfrentamos a diario en los distintos niveles de nuestra red asistencia. La transición demográfica nos exige enfrentar los problemas sanitarios ‘río arriba’, actuando en la raíz del problema, ésto es en los determinantes sociales de la salud. Las distintas metas sanitarias que nos hemos impuesto dan cuenta del bajísimo logro en compensación de enfermedades crónicas, bajo nivel de adhesión a tratamientos y controles, a pesar que la cobertura y acceso han mejorado. Nos ha costado enfrentar, en el fondo y la forma, los problemas emergentes que enunciábamos, principalmente el trato digno, pertinente y equitativo que adultos mayores deben recibir, situación que redundará en una valoración desmejorada de nuestro actuar como sector.

Chile quiere transitar de un estado subsidiario a un estado de derechos, especialmente en aquellas áreas valoradas como de derechos universales; a saber, educación, salud, trabajo, vivienda... Así ha sido expresado por la ciudadanía que avanza en el empoderamiento, exigiendo, además, reconocimiento de la diversidad en distintos ámbitos y aspectos culturales trascendentes para cada cual. A nuestro Gobierno le ha correspondido el privilegio de implementar el Reglamento del Artículo 7 de la Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes. Este artículo enmarca la acción de los Servicios de Salud (SS) en aquellos territorios

donde existan miembros de Pueblos Originarios, reglamento actualmente en proceso de Consulta. Establece el mandato a los SS de reconocer, desarrollar y fomentar los saberes de la medicina tradicional originaria en los territorios; es decir, *Tremün kimün*, el derecho de los miembros de los Pueblos Originarios a recibir atención de acuerdo a sus preceptos culturales, por lo que la integración de los sistemas de medicina alópata y tradicional cultural es un paso intermedio y el derecho de los miembros de Pueblos Originarios a recibir apoyo religioso de acuerdo a su contexto y voluntad.

Considerando los dos puntos desarrollados anteriormente, aparece como una oportunidad virtuosa la posibilidad de desarrollar un modelo que supere las iniciativas paternalistas, civilizatorias e integristas y den paso a desarrollar un actitud de apertura a la 'alteridad' en los equipos de salud, que permite el reconocimiento de los saberes y valores de otras culturas, nos hace migrar a una actitud que destierre el concepto que las prácticas mapuche están contenidas en estructuras primitivas, casi bárbaras y que nos permita abrírnos a una forma diferente de ver y conceptualizar.

Una maestra cultora de medicina mapuche, cuando le pregunté por cómo se enferma el hombre y por qué los malos resultados sanitarios en la ciudad (donde los servicios de salud están más disponibles) son peores que en el campo, con fuerza me replica diciendo 'la respuesta es evidente... no es el sistema del cuerpo el que se enferma, es el humano entero...no es el humano sólo el que se enferma, es con la familia...es la comunidad la que se enferma, es la historia enferma la que enferma a las familias y a los hombre y mujeres, es la naturaleza entera la enferma'. Esta es la forma más potente y clara que, como alópata, he experimentado para definir el modelo biopsicosocial, en nuestro contexto reduccionista de grupo de síntomas, signos y síndromes y el correspondiente listado de exámenes y fármacos. Definitivamente, abrírnos en este camino conjunto de construir interculturalidad en salud, nos agregará el valor de que haremos mejor medicina, de desarrollarnos como miembros positivos de una sociedad integradora y que evoluciona.

Visto el hombre en su contexto y en particular contenidos en la cosmovisión mapuche, nos percatamos que esta lucha por reconocimiento y consideración en Salud, no es un proceso aislado de lo que se experimenta en otros quehaceres de la vida sociocultural. Este proceso tampoco está ajeno a la histórica reivindicación por la tierra, parte constituyente del *Pueblo Mapuche*. Esta reivindicación no debe ser mal entendida como una simple lucha silviagropecuaria, sino como la recuperación de un bien sociocultural y político. Cuando el *Che* se enferma es su historia familiar *Tuwün y küpan*, el cual se enferma.



Al concluir estas palabras, debo mencionar que la estrategia para desarrollar un modelo de salud intercultural es un proceso largo, que tiene distintos ritmos en diferentes etapas. Si estamos avanzando en la etapa de integración y diálogo, es porque muchos han contribuido a crear lazos de confianza entre referentes y cultores. Ha existido un proceso de re-identificación de cultores, agrupación de los mismos, reconocimiento de distintos aspectos culturales en sus costumbres e integración en un clima de confianza, no fácil de lograr, pero férrea cuando se han transitado un camino en conjunto.

La obra que se presenta a continuación da cuenta de este proceso, desarrollado en forma participativa por referentes, cultores, autoridades ancestrales y dirigentes de comunidad. Es un orgullo poder contribuir a su difusión y conocimiento, ya que aporta bases firmes, tanto en los contenidos como en el método para lograrlos, para proseguir el desarrollo de esta estrategia en la *Fütawillimapu*.

Nelson Bello Oyarce
Director



AGRADECIMIENTOS

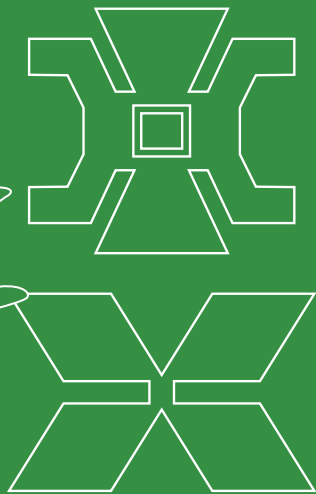
Esta publicación contó con la participación y colaboración de las siguientes personas e instituciones:

- Don Anselmo Antilef Quintul. Apo Ülmen del Cacicado de Riachuelo.
- Lawentuchefe de la Medicina Mapuche-Williche del Territorio de Kurileufu.
- Usuarios Mapuche-Williche Diabéticos e Hipertensos en control en el Centro Comunitario de Salud Familiar de Riachuelo y las Estaciones Médico Rurales de Costa Río Blanco y Millantue.
- Dirigentes y Dirigentas Mapuche - Williche y asesores del Cacicado de la Jurisdicción de Riachuelo que conforman la Mesa de Salud Intercultural de la Comuna :
 - Sra. María Catrilef Igor. Comunidad “Newen Trawun”
 - Sra. Sonia Arriagada Huisca: Asesora Cacicado
 - Sra. Magali Marileo Manquel: Comunidad Ejecutora “Co - Rayen”
 - Sra. Paula Álvarez Nempu: Comunidad “Choyun - Mapu”
 - Sra. Elizabeth Sandoval Hurtado: Comunidad “Choyun - Mapu”
 - Sr. Héctor Fernando Marileo Manquel: ChilkaTufe Cacicado Riachuelo
- Sr. Carlos Schwalm Urzúa. Alcalde de la I. Municipalidad de Río Negro
- Dr. Nelson Bello Oyarce. Director Servicio de Salud Osorno.
- Srta. Claudia Pailalef Montiel. Directora Regional del CONADI
- Sra. Alicia Villar Vargas. Directora del Depto. de Salud de la Municipalidad de Río Negro
- Profesionales y Técnicos Paramédicos del Programa Salud Cardiovascular del Equipo de Salud de Ronda, del (CECOSF) Centro Comunitario de Salud Familiar de Riachuelo, Posta Huilma y (CES-FAM) Centro de Salud Familiar Practicante Pablo Araya de Río Negro.

Un Futa Mañun a Chaow Trokin por el Srakizuam, por el Kimun y por el Newen que nos dejaron nuestros antepasados y que hoy transmitimos a los seres presentes para que comprendan y así respeten la cultura ancestral Mapuche - Williche.

COMUNIDAD MAPUCHE - WILLICHE
CO - RAYEN - EL BOLSON - KURILEUFU





**ESTRATEGIA LOCAL PARA
LA TRANSVERSALIZACION
DEL ENFOQUE INTERCULTURAL
EN EL PROGRAMA DE SALUD
CARDIOVASCULAR (PSCV)
TERRITORIO RÍO NEGRO**

Sergio Bermedo Muñoz
Departamento de Salud
Municipalidad Río Negro



ESTRATEGIA LOCAL PARA LA TRANSVERSALIZACION DEL ENFOQUE INTER-CULTURAL EN EL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV) - TERRITORIO RÍO NEGRO

Sergio Bermedo Muñoz
Departamento de Salud
Municipalidad Río Negro

[...] Es necesario “desconstruir” lo pensado para pensar lo por pensar. Para desentrañar lo más entrañable de nuestros saberes y para dar curso a lo inédito, arriesgándonos a desbarrancar nuestras últimas certezas y a cuestionar el edificio de la ciencia.

Enrique Leff

I. ENFOQUE DE DERECHO A LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDIGENAS.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) ha postulado que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” y la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Para los pueblos originarios el concepto de salud es más bien holístico e integral. Considera la conexión de cuerpo con las emociones, el espíritu y el pensamiento, así como la relación de reciprocidad que se establece con el itrofil mogen (la biodiversidad) y con la sociedad en su conjunto.

Por ende el desplazamiento de las tierras ancestrales, la destrucción del bosque nativo, la pérdida de espacios religiosos y ceremoniales, el desconocimiento de las autoridades e instituciones tradicionales, el abandono de los patrones culturales, los cambios drásticos en los estilos de vida son factores que influyen y determinan las condiciones de salud de los pueblos indígenas.

La salud es un derecho humano fundamental, reconocido por instrumentos jurídicos y orga-

nismo internacionales¹. En el ámbito específico de la salud de los pueblos indígenas son diversos los cuerpos legales que comprometen a los estados a su reconocimiento y protección.

1. Algunas Normas de Derecho Internacional sobre Salud de los Pueblos Indígenas.

a. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.

Fue aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de septiembre de 2007. Aborda tanto derechos individuales como colectivos, reconociendo el derecho de los pueblos indígenas a vivir con dignidad, a mantener y fortalecer sus propias instituciones, su cultura y tradiciones, y a buscar su propio desarrollo, determinado libremente de conformidad con sus propias necesidades e intereses; así como también los derechos a la educación, la salud, el empleo y el idioma. Uno de sus énfasis está puesto en los derechos relativos a la conservación y desarrollo de su cultura. Incluyen el uso, preservación y/o difusión de su historia, idiomas, tradiciones, filosofías y religiones, su *medicina tradicional*, las artes y deportes.

La Declaración reconoce la estrecha relación de los pueblos indígenas con el medio ambiente, recordando que las tierras ancestrales de los pueblos indígenas constituyen el fundamento de su existencia colectiva, sus culturas y espiritualidad.

Artículo 23

Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y a elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo. En particular, los pueblos indígenas tienen derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y demás programas económicos y sociales que les conciernan y, en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones.

Artículo 24

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mante-

¹ Párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, Párrafo 1 del Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, Artículo 11 y Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y Artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, entre otros.



ner sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas, animales y minerales de interés vital desde el punto de vista médico. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud

2. Las personas indígenas tienen derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho. (ONU, 2007)

b. El Convenio 169 de la OIT

El Convenio 169 sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas y Tribales — que entró en vigencia internacional el 05 de septiembre de 1991 — y fue ratificado por el Estado de Chile el 15 de septiembre de 2008 y que entró en vigor un año más tarde, reconoce a los pueblos indígenas como sujetos colectivos de derechos, y establece en su favor un conjunto de derechos políticos (participación en el Estado, consulta y autogestión), territoriales (derechos de propiedad y posesión sobre las tierras, los territorios y los recursos naturales indígenas) y culturales (derecho consuetudinario, educación y *salud* pertinentes, entre otros).

El Convenio exige a las naciones signatarias una serie de adecuaciones de su regulación sectorial, sobre todo porque muchos de los derechos consagrados son genuinos derechos humanos y derechos fundamentales reconocidos por la mayoría de las naciones.

El derecho a la atención de salud básica es un derecho humano fundamental y los Estados tienen la obligación de suministrar servicios adecuados a todo los ciudadanos. El Convenio estipula que los pueblos indígenas deben tener acceso igualitario a los planes de seguridad y servicios de salud, los cuales deben tomar en consideración sus condiciones específicas y prácticas tradicionales. Por lo tanto, toda vez que sea posible, los gobiernos deben facilitar los recursos necesarios para que los servicios de salud y sus modelos de atención incorporen el **enfoque intercultural** en las áreas de promoción, prevención y rehabilitación, con el objetivo de que los pueblos y las personas indígenas puedan gozar del **máximo nivel** posible de la salud física y mental.

Artículo 25

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. (OIT, 1989)*

Por consiguiente, el derecho a la salud los pueblos indígenas, como un derecho humano debe garantizar:

“el derecho al nivel más alto de salud física y mental, mediante un acceso sin discriminación, adecuado y de calidad; el derecho a la salud integral indígena, que incluye el uso, fortalecimiento y control de la medicina tradicional, así como la protección de sus territorios como espacios vitales; el derecho a participar en el diseño, implementación, gestión, administración y evaluación de las políticas y programas de salud, con énfasis en la autonomía de los recursos”. (CEPAL, 2007)

2. Legislación nacional en materia de salud y pueblos indígenas

El Convenio 169, tras su entrada en vigencia el año 2009, se transformó en Ley de la república, por lo que las disposiciones del Artículo 25 —ya mencionado— forman parte del corpus de reconocimiento jurídico de los derechos en salud de los pueblos indígenas en Chile.

Por su parte, si bien la Ley 19.253 no se manifiesta explícitamente sobre la salud de los pueblos indígenas, sí contempla disposiciones de carácter general que también apoyan sus derechos específicos en este ámbito. Así, el principio establecido en su Artículo 1, que señala *“Es deber*



de la sociedad en general y del Estado en particular, a través de sus instituciones, respetar, proteger y promover el desarrollo de [...] sus culturas”, obliga al estado a la protección y promoción de los sistemas médicos de estos pueblos, pues —qué duda cabe— éstos son parte de “sus culturas”. En el mismo sentido, cuando a través del Artículo 7°, “el Estado reconoce el derecho a mantener y desarrollar sus propias manifestaciones culturales”, está implícitamente también reconocer las prácticas médicas de los Pueblos Originarios que habitan en el Chile.

Existen diversas leyes y reglamentos que obligan al Estado en el área de la salud a definir políticas, programas y acciones específicas orientadas a los pueblos indígenas:

a) Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria (Febrero 2004)²

Artículo 4. “Al Ministerio de Salud le corresponderá formular, fijar y controlar las políticas de salud En consecuencia tendrá, entre otras, las siguientes funciones: Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena”.

b) Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud. Decreto 135. Abril 2004)

Artículo 21. “Le corresponderá al Ministerio de Salud formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud, permitiendo y favoreciendo la **colaboración y complementariedad** en salud para obtener resolución integral y oportuna de sus necesidades de salud en su contexto cultural”.

c) Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud (Decreto Supremo 140 de Septiembre 2004

Artículo 8. “e) facultades del Director del Servicio: deberá programar, ejecutar y evaluar en conjunto con los integrantes de la Red y con participación de representantes de las comunidades indígenas, estrategias, planes y actividades que incorporen en el modelo de atención y en los programas de salud, el enfoque intercultural en salud”.

d) Norma Técnica 16, sobre interculturalidad en los Servicios de Salud (Resolución Exenta 261 del 2006)

“III. Directrices

2 Modifica el D. L. 2763 de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. Fue promulgada el 30 de enero de 2004 y publicada en el Diario Oficial el 24 de febrero del mismo año.

1. *El Ministerio de Salud, los Servicios de Salud y demás organismos del sector salud velarán porque sus actuaciones aseguren el **respeto, reconocimiento y protección** de los **sistemas de salud** de las agrupaciones indígenas y sus agentes tradicionales reconocidos comunitariamente.*
2. *Cuando alguno de organismos señalados deba adoptar medidas que puedan afectar los **sistemas de salud de los pueblos indígenas**, deberá escuchar y considerar la opinión sobre la materia de las organizaciones indígenas reconocidas por la ley involucradas, así como la de los agentes de salud indígenas titulares de los conocimientos, innovaciones o prácticas que puedan resultar afectadas por la regulación.*
3. *Los Servicios de Salud y las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud deberán respetar, proteger y promover las manifestaciones culturales en atención y **promoción de la salud de la población indígena** existentes en su territorio jurisdiccional.*
4. *Los establecimientos de salud del sistema público ubicados en localidades de alta concentración indígena deberán propender, de acuerdo a sus disponibilidades financieras y de recursos humanos, a contar con **apoyo intercultural en la atención de los usuarios de la población indígena que requieran atención en el establecimiento**. Esta persona, denominada facilitador intercultural, deberá ser conocedor de la lengua y cultura de la población indígena predominante de la localidad y de la forma de funcionamiento del sistema de salud. En el ejercicio de sus funciones le corresponderá orientar a las personas pertenecientes a las culturas tradicionales desde el interior de los establecimientos, entregarles información sobre el sistema y servirles de nexo con el equipo de salud.*
5. ***Los Consejos Técnicos de los Servicios de Salud** y de sus establecimientos, que cuentan con un asesor cultural sobre culturas indígenas, **deberán estar integrados en forma permanente por éste**, con el objeto de incorporar en el análisis de los asuntos institucionales el enfoque intercultural en salud*
6. *Asimismo, cada vez que un Comité de Ética Científico o Clínico deba considerar o analizar situaciones o proyectos que directa o indirectamente afecten a indígenas o a su patrimonio cultural deberá hacerse aconsejar por los asesores culturales existentes en el respectivo Servicio de Salud, sin perjuicio de requerir los apoyos externos que al efecto se estimen necesarios.*



7. Los Servicios de Salud con presencia de población indígena deberán programar, ejecutar y evaluar en conjunto con los integrantes de la Red y **con participación de representantes indígenas, estrategias, planes y actividades que incorporen en el modelo de atención y en los programas de salud el enfoque intercultural**, a requerimiento del Ministerio de Salud, o de la Autoridad Sanitaria Regional.
8. Por determinación de la Dirección del Servicio de Salud, previa consulta al Consejo de Participación, se podrá atribuir a un establecimiento la calidad de Hospital Intercultural, caso en el cual, tanto en su planta física como en su diseño de gestión, deberá adoptar un enfoque que integre tanto el conocimiento de salud que tiene la cultura indígena predominante en la localidad con el conocimiento aportado por la medicina occidental. La modalidad de gestión del establecimiento será determinada en cada caso conforme a las modalidades culturales del territorio de competencia del establecimiento.
9. Los Servicios de Salud con presencia de población indígena deberán proponer y mantener programas de capacitación continua a sus directivos y funcionarios orientados a desarrollar y fortalecer la pertinencia cultural de las acciones de la Red, en las comunas con alta concentración indígena.
10. En las localidades de alta concentración indígena, la información que al efecto se entregue por los organismos del sistema público de salud al paciente indígena, que así lo requiera para la adopción de un consentimiento informado en materia de acciones de salud, **deberán considerar la variable cultural y el apoyo de asesores culturales para ello**, de lo que deberá dejarse constancia en el respectivo documento que acredite la decisión tomada.
11. Los establecimientos hospitalarios de los Servicios de Salud **permitirán el ingreso de los agentes espirituales de las diversas culturas indígenas** para prestar apoyo a pacientes que se encuentran internados, cuando su presencia sea solicitada por éste o sus familiares, en un marco de respeto a todas las creencias.
12. Los Servicios de Salud de áreas de alta concentración indígena cautelarán que en los convenios docentes asistenciales que celebren con entidades de **educación superior éstas se comprometan a incluir el enfoque intercultural en la formación de los profesionales de salud**

13. *En la formulación de los Planes de Salud Pública regionales, la Autoridad Sanitaria Regional velará por la incorporación de estrategias y actividades destinadas a identificar, monitorear y en lo posible a disminuir las brechas de equidad en la situación de salud y medio ambiente de la población indígena, y proponer las medidas intersectoriales pertinente”*

e) Ley 20.584 que regula los deberes y derechos que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud (abril 2012)³.

Artículo 7. *“En aquellos territorios con alta concentración de población indígena, los prestadores institucionales públicos deberán asegurar el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos originarios a recibir una **atención de salud con pertinencia cultural**, lo cual se expresará en la **aplicación de un modelo de salud intercultural validado ante las comunidades indígenas**, el cual deberá contener, a lo menos, el reconocimiento, protección y fortalecimiento de los **conocimientos y las prácticas de los sistemas de sanación de los pueblos originarios**; la existencia de facilitadores interculturales y señalización en idioma español y del pueblo originario que corresponda al territorio, y el derecho a recibir asistencia religiosa propia de su cultura”⁴.*

II. PROGRAMA DE SALUD Y PUEBLOS INDIGENAS. ANTECEDENTES GENERALES.

En el año 1996 el Ministerio de Salud de Chile, comenzó la implementación del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI), para *“avanzar en el conocimiento de las necesidades de salud de los pueblos indígenas y en las formas de abordarlas, en un marco de respeto y puesta en valor de los conocimientos y prácticas de salud que estos poseen”* (MINSAL, 2011).

El programa tiene como primer antecedente el llamado realizado por la OMS/OPS en el año 1993, a través de la Resolución V sobre Salud y Pueblos Indígenas en que se insta a los Gobiernos Miembros a que *“Promuevan la transformación de los sistemas de salud y apoyen el desarrollo de modelos alternativos de atención de la población indígena [...] incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre su calidad y seguridad”. Considerar la participación de las personas indígenas y*

3 Promulgada el 13 de abril de 2012 y publicada en el Diario Oficial el 24 de abril del mismo año.

4 Actualmente se encuentra en elaboración el reglamento sobre el derecho de las personas pertenecientes a pueblos indígenas a recibir atención de salud con pertinencia cultural, según lo indica el art 7 de la Ley 20.584.-



*sus comunidades.*⁵ Con un firme compromiso de reconocer, valorar y rescatar la riqueza cultural y la sabiduría de los pueblos originarios y promover actividades coordinadas con otros organismos, tanto gubernamentales como no gubernamentales, destinadas a mejorar sus condiciones de salud y vida.

Otra antecedente es el marco jurídico tanto internacional como nacional sobre el derecho a la Salud de los Pueblos Indígenas, entre los que se encuentran la Declaración Universal de los Derechos de los Pueblos Indígenas y el convenio 169 de la OIT. A nivel país está la Norma General Administrativa N° 16 y la reciente promulgación de la Ley N° 20.584 de Deberes y Derechos de los Pacientes; además de los reglamentos internos del Ministerio y Servicios de Salud. Algunos de estos cuerpos legales y sus articulados fueron abordados en el capítulo anterior.

En el ámbito de los fundamentos del programa está por un lado cantidad de personas que se reconocen perteneciente a los pueblos indígenas en Chile y que según el Censo de Población y Vivienda del año 2002 corresponde a 692.192 personas. Por otro lado están los resultados de los estudios epidemiológicos comparados en población indígena realizados por el Ministerio de Salud que demuestran las desigualdades en las condiciones de salud de los pueblos originarios del país.⁶

El propósito del programa es *“lograr que la población indígena localizada en zonas rurales y urbanas mejoren sus condiciones de salud a través de estrategias que faciliten el acceso a una atención de salud adecuada, oportuna y de calidad, respetando, reconociendo y protegiendo los sistemas de salud de los pueblos indígenas”* (MINSAL, 2011). Su objetivo es contribuir a disminuir las brechas de equidad en la situación de salud de los pueblos indígenas, a través de la construcción participativa de planes de salud que reconozca la diversidad cultural y que promuevan la complementariedad entre la medicina tradicional y la biomedicina.

El Programa se articula a través de los siguientes componentes:

- Equidad: Construcción de unos sistemas de salud que busca contribuir a disminuir las brechas existentes en el acceso a la atención de salud oportuna y de calidad.

5 OMS/OPS. Septiembre 1993. Resolución V. Punto 2, Letra d).

6 MINSAL, Res. Ex. N° 20 del 17 de enero del 2013. Aprueba Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas.

- Enfoque Intercultural en salud: Incorporación del Enfoque Intercultural en las acciones de salud que realizan los profesionales y técnicos en su relación con los sistemas culturales de salud de los pueblos indígenas.
- Participación Social Indígena: Orientado a la participación de los pueblos indígenas en la formulación y evaluación de planes locales. Los Planes Territoriales son el principal instrumento de planificación de las acciones de salud intercultural en la comuna y que recoge las prioridades a ser abordadas por las comunidades indígenas y los equipos de salud, a través de las mesas territoriales de salud intercultural.

Participan de estas mesas personas que provienen del mundo indígena y personas no indígena; dirigente de organizaciones sociales y directivos de servicios públicos, además de autoridades comunales y representantes del sistema público de salud. En estas mesas se intercambian opiniones sobre temáticas que les conciernen a las comunidades indígenas en su relación con las instituciones de salud pública. Es una instancia para evaluar lo planificado, socializar iniciativas y consensuar propuestas para avanzar en salud intercultural.

Especial relevancia tiene para el trabajo de la salud intercultural en Chile la Política de Salud de Pueblos Indígenas, implementada a partir del año 2006 y que se sustentada en la legislación vigente y acuerdos internacionales sobre el reconocimiento del derecho a la salud de los Pueblos Indígenas. Entre sus fundamentos se consigna que en contextos multiculturales; *“ningún sistema médico es capaz de satisfacer por sí solo, todas las demanda de salud que presenta una población”* (MINSAL, 2006). Este paradigma que surgió en el Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas realizado en Puerto Saavedra el año 1996 y que aparece como declaración de intenciones o fundamento teórico en orientaciones técnicas o instrumentos de planificación en red del Ministerio de Salud (MINSAL, 2008, 2009...2014). La Política de Salud y Pueblos Indígenas tiene por objetivo *“contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos originarios, a través del desarrollo progresivo de un modelo de salud con enfoque intercultural que involucre su activa participación en la construcción, ejecución, control y evaluación de los procesos”*. (MINSAL, 2006)

De esta forma se busca dar respuesta a determinadas demandas de los Pueblos Originarios, entre las cuales está:



- la consideración y preservación de la medicina indígena y del medio ambiente,
- la necesidad de resguardar e incentivar la transmisión del conocimiento
- el uso de plantas medicinales y del conocimiento de sus sanadores; y
- que se diseñen estrategias para proteger los ecosistemas indígenas, además de exigir el respeto y valoración de la cosmovisión están íntimamente, en un marco integral de la concepción de salud, enfermedad y de las práctica de los pueblos originarios. Esto implica necesariamente el fortalecimiento cultural e identitario de los Pueblos Originarios.

En caso del territorio de Río Negro, a partir del año 2009 y producto de las gestiones impulsadas por el Cacicado de Riachuelo se comenzó a avanzar en el componente del enfoque intercultural en salud. Para ello, en los Planes Territoriales se comenzaron a considerar acciones que permitieron acercar el conocimiento del sistema médico Mapuche-Williche al equipo de la salud, mediante:

- Capacitaciones a funcionarios de la salud municipal sobre legislación indígena.
- El catastro de sabios de la medicina Mapuche-Williche en el territorio de Río Negro y apoyo al mejoramiento de su lugar de atención.
- La localización y resguardo de humedales de hierbas medicinales.
- Jornadas de diálogo entre el equipo de salud y *lawentuchefe* (conocedora del *slawen*⁷) de la medicina Mapuche-Williche.
- Jornadas de intercambio de experiencias y pasantías a otras comunas de la provincia, de la región y del país, donde han participado dirigentes y *lawentuchefe* de la medicina Mapuche-Williche del Territorio.

Entre las acción contenidas en los planes territoriales está el que las comunidades indígenas han relevado la necesidad del reconocimiento de la medicina tradicional mapuche, demandando la pertinencia cultural en las atenciones de salud entregadas en los establecimientos de salud ubicados en la Jurisdicción del Cacicado de Riachuelo, exigiendo el cumplimiento de la Política de Salud de los Pueblos Indígenas y lo dispuesto en el Convenio 169 de la OIT en este ámbito.

7 También se escribe como *lawen* o *lahuen*

III. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y POBLACIÓN MAPUCHE-WILLICHE.

Las transformaciones agroforestales, el modelo económico imperante y el cambio demográfico de las últimas décadas han tenido un efecto sin precedente en la profundización de las desigualdades sociales, en la pérdida de la biodiversidad y en el deterioro de las condiciones de salud de la población indígena, con un importante incremento de las enfermedades crónicas-degenerativas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, etc.) y enfermedades infecciosas re-emergentes como el cólera y la tuberculosis. Preocupante es el porcentaje (90%) de riesgo de morir por cáncer de la población mapuche respecto a la no mapuche en territorios con un número significativo de plantaciones forestales. (CEPAL, 2012) Bajo estas condiciones resultará complejo - hasta contra productivo - en estos territorios pensar en promover modelos de salud intercultural, sin atender la multiplicidad de consecuencias del monocultivo forestal en territorio mapuche y sin introducir cambios en las políticas de vivienda, infraestructura, equipamiento, etc. que mejoren la calidad de vida de las personas. Según lo señalado por Ramírez (2014):

“la interculturalidad en salud ha devenido en un discurso y una práctica que han utilizado, tanto los organismos globales como la mayoría de países lati-noamericanos, para asimilar y seducir a las comunidades indígenas. -Se reva-loriza la medicina tradicional, sin proponer cambios en la mejora de las con-diciones de vida de estas poblaciones. Sobre todo en aquellas zonas en las que se están expropiando las tierras o contaminándolas: con la extracción de gas, petróleo, minerales, construcción de represas, junto con la deforestación in-discriminada de la selva. La salud/enfermedad no puede separarse de las con-diciones territoriales de estos pueblos ya que la salud ambiental es fundamental para su supervivencia”. (pág. 4061)

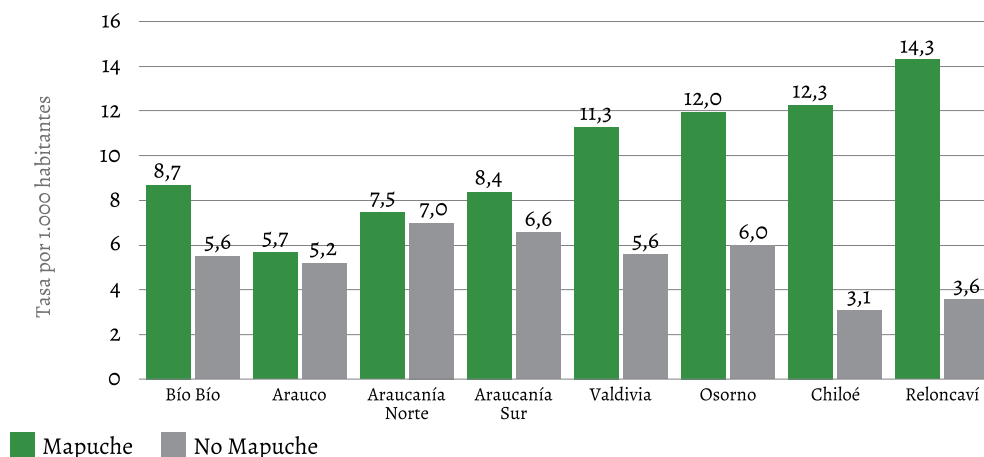
Los reportes oficiales y los diferentes estudios de morbi - mortalidad muestran que las condiciones de salud y las expectativas de vida de los pueblos indígenas es inferior a la población no indígena, siendo una expresión de las inequidades estructurales, que afectan a los pueblos indígenas y que se mantienen no obstante los avances de los estados en la implementación de políticas y programas de mejoramiento en el acceso y calidad de los servicios de salud.

Los indicadores epidemiológicos diferenciados sobre población indígena y no indígena, contruidos a partir de la implementación de un Modelo de Diagnósticos Epidemiológicos



sobre la Situación de Salud de los Pueblos Indígenas en Chile, han permitido conocer las condiciones sanitarias de los pueblos originarios en áreas de influencia de distintos Servicios de Salud del país. En el caso de los estudios epidemiológicos realizados en los Servicios de Salud del Bio Bio, Arauco, Araucanía Norte, Araucanía Sur, Valdivia, Osorno, Chiloé y de Reloncaví las tasas mortalidad son mayores en la población mapuche que en la no mapuche, ubicándose el Servicio de Salud de Osorno en tercer lugar entre los servicios de salud con mayores tasas de mortalidad general. (Ver Gráfico 1)

Gráfico 1
Tasa ajustada de mortalidad general en población mapuche y no mapuche.
Servicios de Salud seleccionados. Trienio 2004 – 2006.



Fuente: Elaboración propia, a partir de la Serie de Perfiles Epidemiológicos Población Mapuche. Minsal

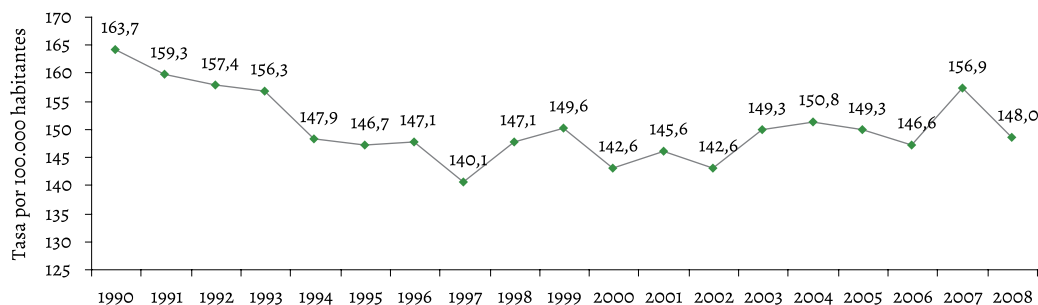
Las enfermedades cardiovasculares (ECVs) entre las que se encuentran la diabetes mellitus y la hipertensión arterial constituyen la primera causa de muerte a nivel mundial. Para el año 2008 la Organización Mundial de la Salud estimó que 17,3 millones de personas murieron por esta causa, representando el 30% del total de defunciones. Se prevé que para el 2030 serán 23,3 millones las personas que fallecerán por Enfermedades de Sistema Circulatorio (OMS, 2011).

En Chile una de cada tres muertes se debe a las ECVs, principalmente isquémicas cardíacas y accidentes cerebrovasculares (ACV); constituyen la tercera causa de invalidez y aproxima-

damente el 45% de la mortalidad ocurre en personas entre 35 y 74 años. No obstante, la tasa de mortalidad se ha mantenido relativamente estable en la última década (Ver Gráfico 2), se estima que la prevalencia continuará en ascenso producto de la transición demográfica y epidemiológica de la población.

Según la Encuesta Nacional de Salud (UC-MINSAL, 2010), el 26,9% de la población chilena mayor a 15 años presenta presión arterial sobre 140/90 mmHg, cifra que en sí misma ya constituyen un riesgo cardiovascular. La prevalencia de Hipertensión Arterial (HTA) es de un 26,9%, tienen un mayor riesgo los hombres en relación a las mujeres. En el caso de la diabetes, la prevalencia entre la población mayor de 15 años aumentó de un 6,3% en el año 2003 a un 9,4% en el año 2010; y la compensación alcanzó un 29,8 %. Las cifras muestran que el riesgo de la HTA es similar al de la Diabetes Mellitus (DM), en cuanto a la probabilidad de que una persona tenga un evento cardiovascular en un período de tiempo determinado (por ejemplo, en los próximos 5 o 10 años).

Gráfico 2
Chile. Evolución tasa bruta de mortalidad por Enfermedades del Sistema Circulatorio (1990-2008)



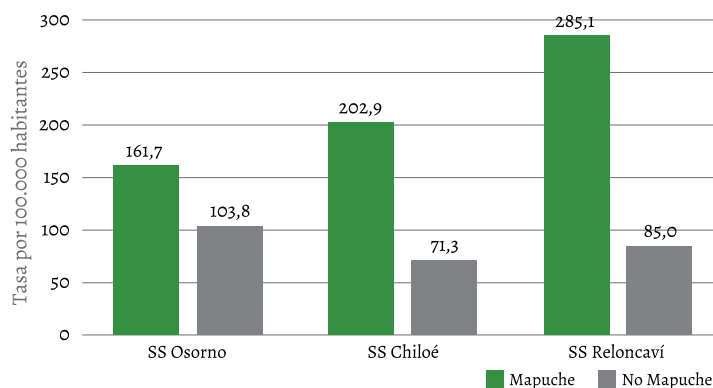
Fuente: DEIS, MINSAL en Pedrero, 2013

Las ECVs son la tercera causa de años de vida perdidos por mortalidad prematura y discapacidad (AVISA) después de las condiciones neuropsiquiátricas y las enfermedades digestivas, con 12,1% del total de la carga de enfermedad. En el análisis por causas específicas, la hipertensión arterial es la principal, con 6,9% de los AVISA, tanto en hombres como en mujeres. (UC-MINSAL, 2008). A contar del año 2005, el manejo de la hipertensión y la diabetes se incorporan como Garantías Explícitas de Salud (GES).



Los Perfiles Epidemiológicos Básicos de los Servicios de Salud de Osorno, Chileo y del Reloncaví muestran que el riesgo de morir por Enfermedades del Sistema Circulatorio en los tres servicios de salud es mayor en población mapuche que en la no mapuche, alcanzando un porcentaje de sobre mortalidad superior al 200 % en el Servicio de Salud del Reloncaví. (Ver Gráfico N° 3).

Gráfico N° 3
Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades del Sistema Circulatorio
en población mapuche y no mapuche.
Servicios de Salud seleccionados. Trienio 2004 – 2006.



Fuente: Elaboración propia a partir de los Perfiles Epidemiológicos Población Mapuche. Minsal.

El Informe de la ONU sobre la Situación de los Pueblos Indígenas del Mundo, reporta “niveles alarmantes de diabetes. En todo el mundo más del 50% de los adultos indígenas de más de 35 años de edad padece diabetes tipo 2, y se prevé que estas cifras aumenten. En algunas comunidades indígenas, la diabetes ha alcanzado proporciones epidémicas y pone en peligro la existencia misma de la comunidad” (ONU; 2009). En esta misma línea, el Informe de la Federación Internacional de Diabetes (2013), señala que si bien esta patología está presente en todo el mundo, los pueblos indígenas soportan una carga desproporcionadamente mayor en este tipo de padecimientos. Para Sergio Lerín (2007) la situación de salud de los pueblos indígenas está determinada por “factores precipitantes, predisponentes y perpetuantes producto de sus condiciones de pobreza, analfabetismo, pérdida del idioma, situaciones traumáticas como el despojo de sus territorios, la migración, la

discriminación, el alcoholismo, el desempleo, entre otros” (pág. 757).

Los Expertos y Expertas sobre Pueblos Indígenas, Diabetes y Desarrollo reunidos en Copenhague el 2012 refieren *“que los servicios de salud son inaccesibles o inapropiados, no se corresponde con las necesidades de las comunidades y las familias indígenas, y no toman en cuenta su concepto holístico de la salud, su cultura y sus sistemas de conocimientos tradicionales”* (ONU-CEPAL; 2014).

El perfil epidemiológico de la población mapuche de la Provincia de Osorno realizado por el MINSAL revela que en el período 2004-2006, las muertes por Enfermedades del Sistema Circulatorio representaron el 27,3% de las defunciones registradas en el área, seguidas por las muertes por cáncer, que constituyeron el 23,9%. La mortalidad por esta causa es 60% mayor entre la población mapuche que entre la no mapuche y la población mapuche residente en las ciudades tiene el doble de riesgo de morir por esta causa que aquella que continúa viviendo en las zonas rurales (Pedrero, 2012). (Ver Gráfico 4).

Respecto a las causas específicas de muerte por ECVs en población mapuche y no mapuche se identifican principalmente las enfermedades cerebrovasculares con un 34,3% y 29,9% respectivamente, seguidas por las isquemias cardíacas y enfermedades hipertensivas. En todas ellas, el riesgo de morir es más alto entre la población mapuche que entre la población no mapuche. Para el caso de las Enfermedades Cerebrovasculares, el riesgo de morir es un 80% más elevado en la población mapuche que en el resto de la población y un 30% mayor para la Isquemia Cardíaca y las Enfermedades Hipertensivas (Pedrero, op. cit.).

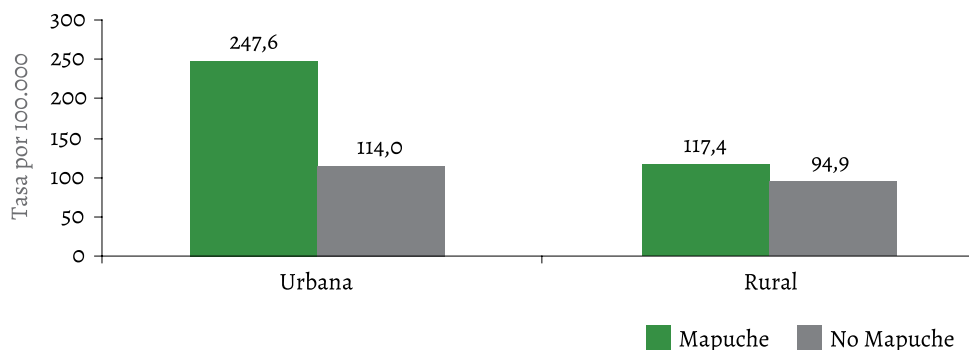
Entre la población mapuche, los que viven en el sector urbano son los que tienen un mayor riesgo de morir por Ecos, situación que podría estar vinculada con la occidentalización de la dieta y *“la pérdida de los factores protectores propios de la cultura mapuche y a la incorporación en situación desventajosa de la modernidad”* (Pedrero, 2012, pág. 53); factores relacionados con la identidad cultural mapuche, como son los modos de vida tradicional, la existencia y reconocimiento de autoridades tradicionales, de cultores de la medicina, la participación de ceremonias espirituales, la disponibilidad de espacios sagrados, la vinculación con la tierra, etc. Ibacache, McFall y Quidel (2002) señalan que *“el grado de identidad mapuche es un indicador muy prevaeciente en la medicina mapuche. En la medida que avanza el wigkawün⁸ de los y las mapuches, avanzan del mismo modo las diversas enfermedades que hasta el día de ayer eran desconocidas para la medicina mapuche”* (pág.15).

8 Wigkawün: refiere a personas que han asumido una conducta o un estilo de vida cada vez más lejano de lo mapuche.

La modernidad no sólo tiene su impacto en la vida de las comunidades indígenas, más bien tras-pasa las barreras étnicas de los pueblos, alcanzando a la sociedad en general. Al respecto, José Bengoa (1996), puntualiza: *“Los procesos de modernización acelerada representan en todas partes un desafío y una amenaza para las sociedades indígenas. En Chile más de una década de crecimiento económico acelerado, está provocando cambios muy profundos y a veces imperceptibles en el conjunto de la sociedad nacional. La modernización entendida como la adaptación acrítica de normas, conductas y bienes provenientes de los países denominados modernos es un fenómeno generalizado”* (pág.7).

Gráfico 4

Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades del Sistema Circulatorio en población mapuche y no mapuche por área de residencia habitual (Trienio 2004-2006)



Fuente: Pedrero, 2012

Las Estrategias para la Prevención y Control de las Enfermedades no Transmisibles definida por la OPS y la OMS en la 28 Conferencia Sanitaria Panamericana del año 2012, señala que estas patologías están *“impulsadas por la globalización, la urbanización, la situación económica y demográfica, y los cambios del modo de vida. También ejercen una enorme influencia los determinantes sociales de la salud, como los ingresos, la educación, el empleo y las condiciones de trabajo, el grupo étnico y el género”*.

IV. ESTRATEGIA DE TRANSVERZALIZACIÓN ENFOQUE INTERCULTURAL. PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR. TERRITORIO RÍO NEGRO.

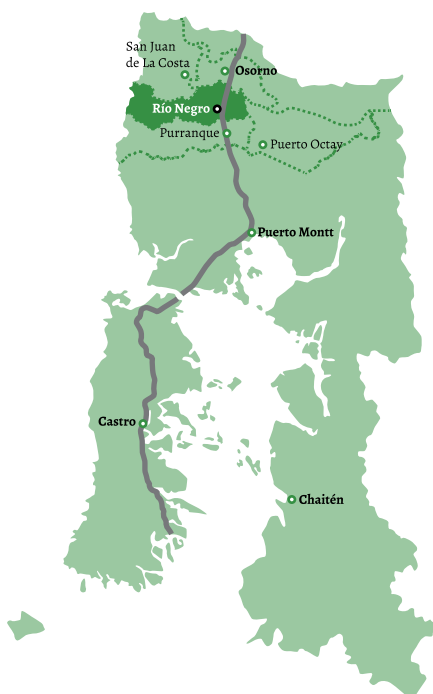
1. Antecedentes Generales de la Comuna de Río Negro y Riachuelo

1.1. Ubicación Geográfica

La Comuna de Río Negro se ubica en la Décima Región de Los Lagos, Provincia de Osorno. Al Norte, limita con las Comunas de Osorno y San Juan de la Costa; al Sur, con la Comuna de Purranque; al Este, con la Comuna de Puerto Octay; y, al Oeste, con el Océano Pacífico (Ver Figura 1)

La superficie comunal alcanza los 1.297,5 km²., ubicándose Río Negro a 6 kilómetros de la carretera 5 sur y a 32 kilómetros de la ciudad de Osorno, capital provincial.

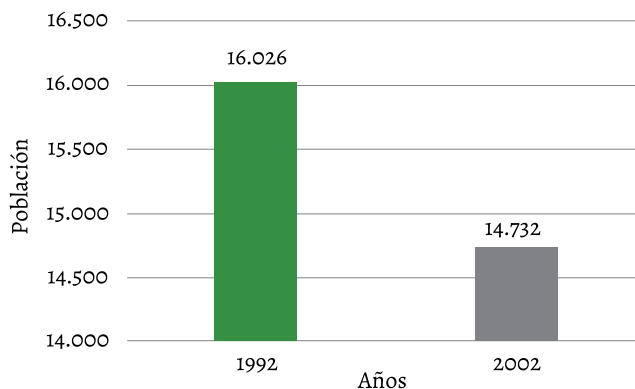
Figura 1
Región de Los Lagos. Comuna de Río Negro



1.2. Antecedentes demográficos

La población de la comuna, según el censo del año 2002, es de 14.732 habitantes, lo que evidencia una disminución notoria respecto de la población registrada diez años antes por el Censo de 1992, cuando la comuna contaba con 16.026 habitantes (Ver Gráfico 5). Esta población reside principalmente en el sector rural, que concentra al 55,3%.

Gráfico 5
Evolución de la población comuna de Río Negro



Fuente: Censos de población y vivienda 1992 y 2002

Esta tendencia al descenso poblacional se expresa también en las proyecciones hechas por el INE (Ver Tabla 1), especialmente en el segmento de los jóvenes; situación probablemente debida a la falta de oportunidades laborales en el espacio local y la ausencia de oferta educativa que obliga a los jóvenes a emigrar para acceder a niveles superiores de educación. Conjuntamente, se observa un incremento significativo de la población de adultos mayores que viven solos (Ver Gráfico 6). Especial relevancia tiene en el sector rural el fenómeno de la migración que trae consigo una desmembración familiar y el desplazamiento de hijos e hijas hacia contextos tradicionales distintos. Al respecto, los usuarios entrevistados para esta investigación señalan que, *“la gente, por lo menos los padres de familia educaron sus hijos; aquí no encuentran trabajo pa’ ellos y tuvieron que salir lejos y ahí quedaron la gente, ya encontraron trabajo en el pueblo, en la fábrica y de ahí fueron quedando solos. Ellos venían a verlos no más, pero no podían estar aquí*

porque tenían su profesión y debido a eso fue quedando así. Yo, por lo menos en este barrio, aquí me doy cuenta que eso fue. Hay de a uno, de a dos, máximo; hay como siete, ocho casa que estamos todos de a uno y en parte hay dos, en partes tres. Y uno queda casi abandonado, ya no puede trabajar. Yo, por lo menos, ya no puedo trabajar. Ya entra la enfermedad y no puede hacer como era antes” (E16HUCRB). E indistintamente cual sea la razón de la migración - por cierto unas más forzadas y/o traumáticas que otras - para quienes se van a vivir a las urbes, además de situarse en sectores identificados como socialmente vulnerables, se enfrentan al “*riesgo de pérdida de su cultura e identidad. Para enfrentarlo tratan de mantener sus sistema sociocultural y conservar sus lazos con las comunidades de origen*”. (CEPAL, 2014)

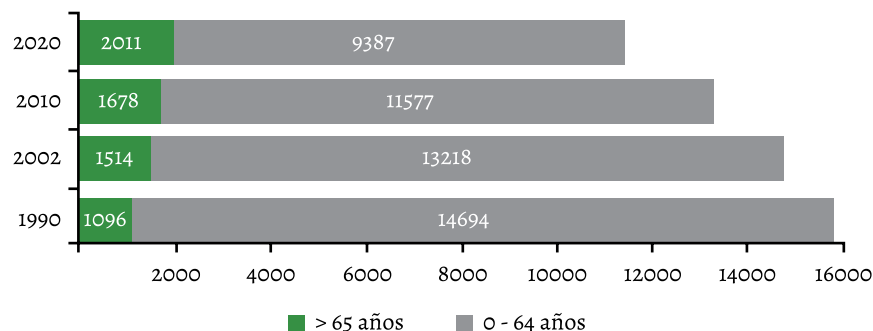


Tabla 1
Población Censo 1992 - 2002 - Proyección 2012

Grupo de Edad	Año 1992			Año 2002			Año 2012		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
0-4	816	880	1.696	532	530	1.062	431	406	837
5-9	808	726	1.534	691	608	1.299	462	412	874
10-14	850	807	1.657	735	719	1.454	496	448	944
15-19	830	658	1.488	624	563	1.187	514	454	968
20-24	702	652	1.354	472	461	933	446	438	884
25-29	647	642	1.289	505	477	982	397	412	809
30-34	596	567	1.163	534	534	1.068	363	372	735
35-39	526	508	1.034	581	548	1.129	404	392	796
40-44	492	446	938	536	521	1.057	468	448	916
45-49	442	374	816	498	444	942	503	473	976
50-54	352	323	675	394	390	784	466	448	914
55-59	291	281	572	395	334	729	419	400	819
60-64	298	307	605	302	290	592	337	345	682
65-69	233	193	426	245	257	502	290	299	589
70-74	165	146	311	205	222	427	220	237	457
75-79	125	116	241	140	140	280	148	187	335
80 y más	103	124	227	139	166	305	148	209	357
Total	8.276	7.750	16.026	7.528	7.204	14.732	6.512	6.380	12.892

*Fuente: Censos de Población y Vivienda 1992 y 2002;
INE, Estudio de Proyección de la Población*

Gráfico 6
Distribución de la población de 0-64 años y > 65 años. 1990-2000



Fuente: INE, Estudio de Proyección de la Población.

1.3. Población Indígena

La Ley Indígena N° 19.253 de 1993 reconoce la existencia de nueve pueblos indígenas en Chile; Aymaras, Quechuas, Atacameños, Collas y Diaguitas en el norte del país. Mapuches, Kawas-hqar o Alacalufe, y Yámana o Yágan en el Sur, y Rapa Nuí de la Isla de Pascua, en la Polinesia.

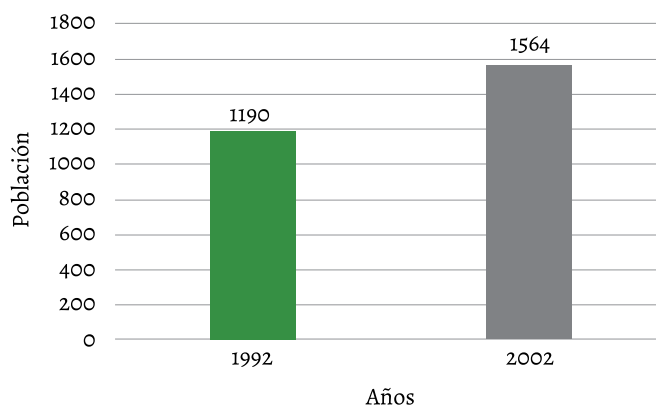
Según el Censo de Población y Vivienda del año 2002 la población indígena es de 692.192 habitantes, lo que corresponde al 4,6% de la población nacional. Del total de población indígena nacional, la población mapuche es mayoritaria con un 87,3%, seguida por aymaras (7%) y atacameños (3%). Estas cifras de personas que se declaran pertenecer a alguno de los pueblos indígenas en el país es uno de los fundamentos referidos por el Ministerio de Salud para la implementación del Programa de Salud y Pueblos Indígenas.

En la comuna de Río Negro, Censo del 2002 muestra un cambio notorio en la cantidad de población indígena, respecto al del año 1992 (que incluyó por primera vez una pregunta relacionada con la temática indígena), lo que podría estar relacionado con la modificación en la formulación de la pregunta. La comparación se efectúa a partir de los 15 años y más, debido a que en el Censo del 2002 la pregunta aplicó para toda la población, sin restricción de edad. (Ver Gráfico 7), registrando la comuna un 14% de población indígena, concentrada principal-



mente en el sector de Riachuelo y localidades aledañas¹⁰.

Gráfico 7
Evolución de la población Mapuche mayor de 15 años Censos 1992 - 2002



Fuente: Censos de población y vivienda 1992 y 2002

Los resultados de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2013 a nivel nacional muestran un incremento significativo en el porcentaje de población indígena del país en el período 2006 - 2013 que va de un 6,6 % a un 9,1 %. Destacan en la misma Encuesta las cifras comparativas de pobreza entre la población no indígena y la indígena, situación que ha perdurado en el tiempo con resultados el año 2013 de un 13,5 % de pobreza para la población no indígena y un 23,4 % para la población indígena. En este aspecto, el Relator Especial de las Naciones Unidas a sugerido que “el Ministerio responsable (actualmente el Ministerio de Desarrollo Social) debiera preparar, en conjunto con los grupos relevantes, una estrategia integral para la eliminación de la pobreza indígena...”¹¹. Situación que resulta paradójal en un país con un importantes crecimiento económico y con políticas públicas enfocadas a la reducción de la pobreza y a garantizar la igualdad de oportunidades. Para Tubino (2003) “en las repúblicas latinoamericanas los índices de pobreza se encuentran preferencialmente en las poblaciones indígenas. La pobreza – nos dice acertadamente Amartya Sen – no es solo ausencia de recursos. Es, ante todo, ausencia de oportunidades, ausencia de derechos, ausencia de ciudadanía. En los Estados nacionales los pueblos

¹⁰ Información Estadística obtenida a través del procesamiento en el Redatam.

¹¹ Declaración del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre Pobreza y Derechos Humanos, Philip Alston. Santiago de Chile, 24 de marzo de 2015.

indígenas son colectivos excluidos de la ciudadanía por motivos de orden económico y por razones de orden cultural” (pág. 214).

2. Estudio: Conocimientos y Prácticas Médicas Tradicionales de Usuarios Mapuche-Williche Diabéticos e Hipertensos del Cacicado de la Jurisdicción de Riachuelo Territorio Kurileufu-Río Negro.

2.1. Introducción

Las iniciativas surgidas a partir del Programa de Salud y Pueblos Indígenas, son diversas y responden a las particularidades de cada territorio. Algunas experiencias locales implementadas en territorio mapuche, identificadas como exitosas en su momento han dado paso a procesos reflexivos sobre cómo entender y abordar la *salud intercultural*, sin que ello implique necesariamente desvincular en forma progresiva los procesos de sanación de la cultura, de la cosmovisión o sin problematizarse sobre las dimensiones que componen el *kumen mongen* (buen vivir) mapuche. De experiencias locales de atención se ha transitado a propuestas de Modelos de Salud Intercultural como parte del proceso de acercamiento entre los sistemas médicos y de las diferentes concepciones y enfoques sobre el cuidado de la salud y de la enfermedad.

En esta expresión del *“buen vivir”* sinónimo de un correcto estado de equilibrio y armonía personal, familiar, comunitaria y con la *Ñuke Mapu* (madre tierra), no podemos dejar de mencionar el efecto que tienen sobre la salud del Pueblo Mapuche de la pérdida de espacios sagrados, el deterioro del medio ambiente, la escases de agua producto de las plantaciones de pino y eucalipto, etc. El enfoque intercultural en salud debe ser integral; los usuarios de los Pueblo Originarios, como señala Boccara (2004), *“no concibe la salud como esfera aparte del conjunto de la vida social, sino que como un espacio conectado, determinado y determinante de los otros ámbitos de la vida (economía, religión, política, educación, memoria histórica, etc.)”* (pág. 121).

Por lo tanto, la estrategia de salud intercultural va más allá de la complementariedad de los sistemas médico. Menéndez (2006) refiere que *“la reducción de la interculturalidad casi exclusivamente a sus aspectos culturales expresa frecuentemente objetivos de asimilación e integración, así como tiende a excluir o por lo menos opacar los procesos socioeconómicos que reducen o directamente impiden establecer relaciones interculturales realmente respetuosas y simétricas”* (pág. 61).



Por ende, las variables de orden estructural, económico y de poder deberán ser consideradas en la formulación e implementación de políticas de salud pública con los Pueblos Originarios.

La Ley de Autoridad Sanitaria N°19.937 establece en su artículo 4, que el Ministerio de Salud tendrá entre sus funciones el *“Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena”* (MINSAL, 2004).

La implementación del enfoque intercultural debe contar con la participación de las comunidades interesadas, como eje transversal en la formulación de políticas de salud hacia los pueblos indígenas en contextos de diversidad cultural; diversidad que se va construyendo de acuerdo a la evolución de los tiempos y en función de la trama social, política, económica e intelectual.

De igual relevancia y necesidad está el generar perfiles epidemiológicos locales y la construcción de conocimiento colectivo, a través de espacios comunitarios de diálogo entre usuarios, dirigentes, autoridades ancestrales, cultores de la medicina tradicional y los equipos de salud, *“buscando en conjunto significados e interpretaciones culturalmente adecuadas e incorporando categorías y unidades de análisis étnicas relacionadas con la salud y la enfermedad, considerando las distintas realidades socioculturales y sanitarias de los distintos pueblos indígenas”* (MINSAL, 2006). Es en este contexto y como parte del proceso de transversalización del Enfoque Intercultural en los Programas de Salud que se realiza el estudio sobre conocimientos y prácticas médicas tradicionales vigentes en las comunidades Mapuche-Williche, particularmente aquellos relacionados a los procesos de sanación de personas diabéticas e hipertensas que consultan en los establecimientos de salud, ubicados en la Jurisdicción del Cacicado de Riachuelo en la comuna de Río Negro; siendo coincidente con lo señalado en las Orientaciones Técnicas del Programa de Salud y Pueblos Indígenas el año 2011 en cuanto a *“conocer, validar e intercambiar experiencias, y desarrollar investigaciones que favorezcan un enfoque intercultural en salud”* (MINSAL, 2011).

2.2. Propósito y aspectos metodológicos del Estudio

El estudio tuvo por objetivos conocer las concepciones y prácticas terapéuticas tradicionales asociadas a los procesos de sanación de personas Mapuche-Williche diabética e hipertensa que consultan en los establecimientos de salud, ubicados en la Jurisdicción del Cacicado de Riachuelo, comuna de Río Negro.

- Describir el perfil epidemiológico y factores de riesgos cardiovascular de los usuarios indígenas diabéticos e hipertensos que consultan en los establecimientos de salud que se ubican en la Jurisdicción del Cacicado de Riachuelo.
- Describir las prácticas terapéuticas de los y las sabias de la Medicina Mapuche-Williche y usuarios diabéticos e hipertensos que consultan en los establecimientos de salud, ubicados en la Jurisdicción del Cacicado de Riachuelo, comuna de Río Negro.
- Caracterizar los mecanismos de transmisión de conocimientos relativos al sistema médico Mapuche-Williche vigentes en la Jurisdicción del Cacicado de Riachuelo, comuna de Río Negro.
- Identificar y describir los recursos terapéuticos tradicionales utilizados por los usuarios diabéticos e hipertensos Mapuche-Williche que consultan en los establecimientos de salud ubicados en la Jurisdicción del Cacicado de Riachuelo, comuna de Río Negro.
- Conocer la percepción de los usuarios indígenas hipertensos y diabéticos respecto de su relación con el sistema médico oficial en la red de establecimientos de salud de la comuna de Río Negro.
- Describir los mecanismos organizacionales y de gestión que han utilizado las comunidades Mapuche-Williche ubicada en la Jurisdicción del Cacicado de Riachuelo para implementar estrategias de salud pública.

La metodología utilizada corresponde a un estudio cualitativo exploratorio descriptivo que comenzó con algunas preguntas orientadoras de las que se desprendió el planteamiento del problema, donde el objeto de estudio fue definido previamente, a partir de la reflexión sobre los fenómenos del contacto interétnico, las experiencias de la salud intercultural y las prácticas de la medicina convencional de la atención primaria en contextos indígenas de la comuna de Río Negro.

La población objetivo del estudio se determinó a partir Registro Estadístico Mensual Serie



P-5¹², que en el mes de junio del 2012 contabilizó 320 personas bajo control en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) en el CECOSF de Riachuelo (incluye las Estaciones Médico Rurales de Costa Río Blanco y Millantue), de los cuales 105 son de origen Mapuche-Williche, equivalente al 32,8 % del total de los usuarios bajo control.

Los criterios de inclusión de la muestra fueron:

- Ser hombre o mujeres, diabéticos y/o hipertensos en control en el PSCV en CECOSF Riachuelo, E.M.R. Millantue, E.M.R. Río Blanco, independientes del estado de compensación; con diagnóstico y tratamiento de diabetes y/o hipertensión, ingresados al Sistema de Información para la Gestión de Garantías de Salud (SIGGES), de acuerdo a la Ley N° 19. 966 sobre el Régimen de Garantías en Salud.
- Ser usuario indígena, acuerdo a los siguientes criterios:
 - Tener al menos un apellido mapuche
 - Estar acreditado en la CONADI, para quienes no tenían apellido indígena

Las técnicas de recolección de la información fueron la entrevista en profundidad semiestructurada realizada a 5 lawentuchefe de la medicina Mapuche-Williche y la aplicación de cuestionario estructurado a 97 usuarios indígenas diabéticos e hipertensos. A 16 de los 97 usuarios además del cuestionario, se les realizó una entrevista en profundidad semiestructurada. Ambos instrumentos tuvieron como ejes de interés:

- a. Conocimientos y prácticas de la medicina Mapuche-Williche.
- b. Los mecanismos de transmisión del conocimiento y de las prácticas de la medicina tradicional
- c. El itinerario terapéutico seguidos por los usuarios Mapuche-Williche diabéticos e hipertensos.
- d. La percepción y relación establecida con el sistema de salud oficial

Sin perjuicio de lo anterior, este diseño temático fue flexible, pues permitió incluir otros campos de interés analítico emergentes producto de los aportes realizados por las personas



entrevistadas en el estudio. (Taylor y Bogdan, 1987)

Se utilizó la entrevista semiestructurada teniendo en consideración lo señalado por Rodríguez, Gil y García (1996);

“una técnica que posibilita obtener datos sobre un problema determinado” y por que “aparece como esencial llegar a obtener conocimiento del punto de vista de los miembros de un grupo social o de los participantes de una cultura. La entrevista es uno de los medios para acceder al conocimiento, las creencias, los rituales de vida de una sociedad o cultura, obteniendo datos en el propio lenguaje de los sujetos”. (p.p. 167-168)

Para el análisis de la información, ésta se organizó de acuerdo a los objetivos de la investigación y los ejes de interés, indagando en las analogías y diferencia de los contenidos, teniendo en consideración que este estudio es de carácter exploratorio, cuyos hallazgos requiere una mayor profundización (Ulin, Robinson y Tolley, 2006).

2.3. Contexto demográfico y sociocultural del Estudio

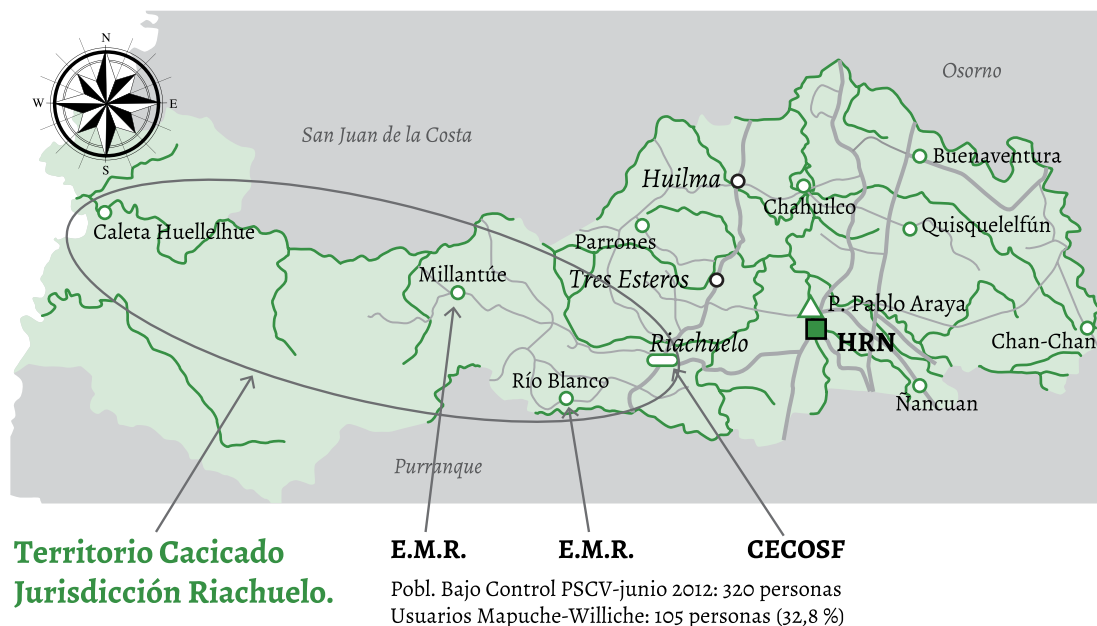
La localidad de Riachuelo es el sector con mayor concentración de población de la comuna de Río Negro; se ubica a 16 Km. del centro de la comuna en dirección al Oeste. Limita al Norte con el sector de Tres Esteros; al Sur con Río Blanco; al Este con la ciudad de Río Negro y al Oeste con el sector de Bolsón y Putrihue.

Los resultados del censo del año 2002 muestran que la población, incluido el total los sectores que conforman el distrito censal de Riachuelo es de 3.039 personas, lo que representa un 20,6 % del total de la comuna.

El sector de Riachuelo cuenta con un Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF) y como parte de su área de influencia, están las Estaciones Médico Rurales (EMR) de Costa Río Blanco y Millantue, todos establecimientos de la red de salud dependiente del Departamento de Salud de la Municipalidad de Río Negro, que se localizan geográficamente en el territorio del Cacicado de la Jurisdicción de Riachuelo. (Ver Figura 2).



Figura 2
Delimitación Geográfica del Estudio



Organización Tradicional Mapuche-Williche.

Los Mapuche - Williche, son una de las cuatro identidades territoriales Mapuche del “*meli anumun mapu*” (cuatro lugares de la tierra). Según esta división espacial en el Norte se ubican los Picunche, en el Oeste los Lafquenche, en el Este los Pehuenche y en el Sur los Williche.

En el ámbito de la organización sociopolítica del Pueblo Mapuche, don Juan Huenupan Guala, Kimche y Kuifi Ülmen¹³ (dirigente antiguo) del Pueblo Mapuche - Williche del territorio de San Juan de la Costa señala que, “*desde tiempos inmemorables, en el Futil Mapu, hoy llamado Chile, existía la estructura de Ayllarewe*”¹⁴ conformada por un Ngumlam (consejo) el que estaba integrada por; Apo Ülmen, weu pife, kimche, ngenpin, caman, cona, lonko, ina lonko (jefe de familia) y los lof

¹³ Se denomina, Ülmen a Lonkos que poseían/poseen riqueza en animales, tierras y guerreros (Konas)

¹⁴ Cuarta estructura organizativa socio-políticas Mapuche-Williche de carácter bélico superior, encargada de la defensa.

che, manteniendo cada uno su propia cultura. Cada srewe (un territorio) tenía su propio parlamento y estaba dirigido por un Apo Ülmen¹⁵. En 1793, año en que se estableció el Tratado de Paz en las orilla del Río las Canos, se reconoce la autoridad de los Apo Ülmen, a quienes los españoles denominan “Junta de Caciques del Futawuillimapu¹⁶”.

La línea de sucesión de Apo Ülmen del Lof de Río Negro, hoy llamado “Jurisdicción” que integra la Junta de Caciques del Futawuillimapu se inicia en el año 1923 con don José Antonio Hueitiao, luego le siguen: Manuel Antilef Purralef (1925); José Paillalef (1935); Manuel Lefin (1950); Adelfo Lefin Melillanca (1970); Juan de la Cruz Pailalef Antilef (1986), hasta llegar al actual Apo Ülmen, don Anselmo Antilef Quintul (desde 1990). Para llevar a cabo su gestión, don Anselmo cuenta el apoyo de dirigentes que representan diversas comunidades indígenas del territorio, quienes lo asesoran en materias del ámbito político, cultural y de las comunicaciones.

Según Álvarez y Forno (2001) los fundamentos de legitimación del Cacicado Williche son:

a) Acontecimientos históricos: Referidos a establecer los derechos (territoriales) del Pueblo Mapuche-Williche y el rol asumido por los Cacicados en la defensa de las tierras.

- Los Parlamentos y Tratado de Paz de 1793.
- Los Memoriales¹⁷, donde se pone por escrito la defensa de los derecho de propiedad que están bajo la denominación de los Títulos de Comisario y del Tratado de Paz del año 1793, las extensiones tributarias, el reconocimiento de la autoridad de los caciques y la demanda por la educación.

b) Los Títulos de Comisarios: Que corresponden a las escrituras de la primera década del siglo XIX que se definen como la segunda instancia legal que determina los espacios territoriales Mapuche-Williche. Especial atención merecen los planteamientos de los Caciques al Estado respecto al reconocimiento de los territorios de la cordillera de costa, sustentado en estos títulos. Esto queda re-

15 Persona con sabiduría, poseedoras de tuwun y kupan (ascendencia territorial y de sangre), según la tradición e identidad territorial Mapuche -Williche, responsable de guiar los destinos de su pueblo.

16 Futawuillimapu; las Grandes Tierras del Sur.

17 Memorial de 1936, fija al Tratado de Paz como fecha de origen de la Junta de Caciques del Futawuillimapu.



frendado en los Memoriales de 1936 y 1983.

c) El vínculo con la Iglesia: Fue con los Apo Ülmenes con quienes las misiones religiosas católicas llegadas al territorio Mapuche-Williche establecieron conversaciones y acuerdos según lo establecido en el Trato de Paz de 1793. Este documento, entre sus puntos, estipula la cesión de tierras para el establecimiento de las misiones y la imposición de la instrucción cristiana para los Mapuche-Williche.

d) El rol político del Cacicado: Los Caciques son los representantes del pueblo Mapuche-Williche y en su nombre demandan y suscriben acuerdos con los españoles, utilizando los Memoriales como registro de su gestión y como un instrumento donde se plantean acciones en materia del derecho a la tierra, exención tributaria, de reconocimiento político y demandas en ámbito de la educación.

La petición formulada por las autoridades Mapuche - Williche en el Memorial de 1983 tuvo eco diez años más tarde con la promulgación de la Ley Indígena¹⁸, que su artículo 61° reconoce los Cacicados Williche y establece disposiciones particulares y complementarias para los Mapuche-Williche y su organización tradicional, *“reconoce en esta etnia el sistema tradicional de cacicados y su ámbito territorial. Las autoridades del Estado establecerán relaciones adecuadas con los caciques y sus representantes para todos aquellos asuntos que se establecen en el Párrafo 2° del Título III y en el Párrafo 1° del Título V”*; los que dicen relación con tener en consideración la opinión y la participación de las organizaciones indígenas en el establecimientos de Áreas de Desarrollo Indígena y en materias que tengan injerencia o sean de interés de las comunidades indígenas.

Especial relevancia han tenido para el Programa de Salud de Pueblos Indígenas la participación de las Comunidades Indígenas, éstas últimas constituidas según los artículo 9° y 10° de la Ley Indígena 19.253 y el rol del Cacicado de la Jurisdicción de Riachuelo y sus asesores, teniendo como premisa que *“la salud, para nosotros los mapuches, es todo lo que se mueve”*¹⁹. Han sido diversas las iniciativas con énfasis en la visibilización y fortalecimiento de la medicina tradicional, respetando lo expresado por los sabios del territorio en cuanto a *mantener el ejercicio de la medicina en su propio espacio* y conservar el vínculo con la naturaleza y la tierra de donde

18 Ley N° 19.734 que establece Normas sobre Protección, Fomento y Notas de Desarrollo de los indígenas, y crea la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI). Promulgada el 28 de septiembre de 1993.

19 Palabras de la Sra. María Catrilef Igor. Dirigenta Comunidad Indígena “Newen Trawun”. Territorio de Río Negro. Asesora Cacicado de Riachuelo.

obtienen la fuerza y los recursos terapéuticos, como son el *slawen* (hierbas medicinales) para el preparado de la medicina, tal cual como se lo transmitieron sus antepasados.

2.4. Co-existencia de Sistemas Médicos en Territorio Mapuche - Williche

Los sistemas médicos desde la perspectiva antropológica sitúan el comportamiento de las personas y las nociones de salud/enfermedad/atención en el contexto de la cultura e incorporan los sustratos ideológicos (conceptos, nociones e ideas) que forman parte indisoluble de un sistema cultural de salud. Así, la enfermedad y la sanación tienen una connotación cultural y están estrechamente vinculadas con el sistema de creencias y valores de las personas. Geertz (1994), postula que cultura está conformada por “*estructuras de significación socialmente establecidas*” (pág. 26), que explican el por qué los individuos hacen, perciben y reaccionan de una determinada manera ante los acontecimientos que les toca vivir. Las Orientaciones Programáticas del Ministerio de Salud, definen:

“la Cultura es un elemento clave, porque se vincula con comportamientos, hábitos, estilos y formas de vida, lo que se relaciona, por una parte con la “etiología” o causas de las enfermedades y también con las prácticas y explicaciones que le atribuyen las personas a su proceso de enfermedad, las acciones y resguardos que toman para cuidar su salud. De ahí que debe ser considerada en los procesos de atención de la salud de las personas”.(2015)

Por lo tanto, la noción de sistema médico permite incorporar en el proceso salud/enfermedad/atención variables del contexto sociocultural de la persona, ya sea que consulte en la medicina de los pueblos indígenas o la del pensamiento científico-occidental. Además, nos sitúa en un contexto altamente dinámico, evolutivo y de transformación cultural – en el caso del sistema médico mapuche – al estar en contacto con otros ámbitos culturales. Citarella (2000) define un sistema médico como, “*un conjunto institucional sociocultural organizado de prácticas, procedimientos, elementos materiales, personas y normas respecto al ámbito de la salud y la enfermedad humana que deriva sus bases conceptuales de los modelos médicos respectivos y tienen existencia objetivable*” (pág. 44).

El proceso dinámico de interacción social y cultural ha traído consigo que los conocimientos y las prácticas médicas se mantengan en constante fricción. Esta condición de los sistemas y/o modelos médicos no emerge sólo de las diferencias en los sustratos explicativos que los sustentan, sino también de la hegemonía que ejerce un modelo sobre otro, del acelerado cambio cultural y los procesos migratorios han facilitado el surgimiento de una diversidad de concepciones médicas que abordan el proceso de salud – enfermedad, evolucionando en un híbrido



de creencias y prácticas que en ocasiones se distancian del sistema médico tradicional.

En el modelo de salud de salud Mapuche–Willeche la relación *salud-enfermedad* se entiende en forma holística y se le da valor equivalente a las diferentes dimensiones del ser humano y su interrelación con el contexto sociocultural y natural. El *kume melen* (estar bien) o el *kutran melen* (estar mal) son estados determinados por la relación que se establece con la tierra, donde se encuentran diversas fuerzas o energía: *kume newen* (energía positiva) o *nelai newen* (poca fuerza). Por lo tanto, la enfermedad como un estado en la persona, considerando lo señalado por Marileo (2009) surge a partir del desequilibrio en lo que debiera ser una relación de armonía con la tierra y el entorno. Ambas condiciones coexisten en la persona como opuesto complementarios.

La espiritualidad del pueblo Mapuche–Willeche contiene los pilares y fundamentos conceptuales que explican la vida y la salud, donde el hombre se relaciona con lo divino y lo sobrenatural en un contexto de reciprocidad, de acuerdo a lo señalado por Foerster (1985) *“su persona, su familia, su comunidad existen debido a que son creadas, apoyadas y sostenidas por las divinidades: Chao Negechen, Taita Wenteyao, Chawantu y Ñuke Ale”* (pág. 27).

Las creencias, las representaciones y las prácticas de salud individual o grupal son elementos constitutivos del modelo médico Mapuche - Willeche, ninguno de ellos puede entenderse de forma aislada sino en función del sistema cultural en que la persona esta situada. Pedersen (1989), citado por Barrera (1993) señala que *“los sistemas médicos deben ser definidos como sistemas culturales y que, por lo tanto, resulta imposible entender los sistemas médicos sin comprender el contexto cultural del que forman parte [...] los sistemas médicos están sumergidos dentro de una realidad simbólica en el interior de la cual se producen, se curran y se sanan, las dolencias y las enfermedades”* (pág. 70).

El Pueblo Mapuche ha desarrollado un modelo de salud complejo y bien estructurado en sus contenidos y en su lógica interna. Un enfoque integral que considera el conocimiento sobre el cuerpo humano y un fuerte vínculo y respeto entre las personas y de estas con la *ñuke tune* (madre naturaleza), incluido lo tangible y lo intangible y la totalidad de los seres vivos que habitan en el *Nag Mapu* (entorno de la tierra).

Para encontrar el equilibrio entre las fuerzas que gobiernan la naturaleza y las fuerzas que gobiernan la persona, se cultiva un estado de vigilia activo, ya que la enfermedad no se origina necesariamente por el contagio de un agente patógeno que circunde la persona, sino que también puede radicar en un debilidad del *che* y que tienen que ver una división o descontrol en el mundo psíquico, expresado en una separación del *srakizuam* (mente/pensamiento), el

piwke (corazón) y el *kalül* (cuerpo); es decir, un abandono del sí mismo y una pérdida del *pe-lonlen* (estar despierto) o en estado de alerta. Por lo tanto, en la medicina Mapuche –Williche el principio esencial es la relación equilibrada entre el cuerpo, la mente y el entorno en que vive la persona, de esta forma el abordaje de la enfermedad será tanto desde el punto de vista físico como espiritual. El principio que considera la mente y el cuerpo Bacigalupo (2001) citado por Paillalef (2012) lo define en los siguientes términos; *“según esta visión, las emociones, los procesos psicológicos están interrelacionados: las emociones afectan el flujo de la sangre, en el corazón, el estómago, el hígado y los riñones, la tristeza y los problemas familiares afectan el funcionamiento de los órganos, por lo tanto la cura de enfermedades es tanto espiritual como física”* (pág. 87). Este saber cultural está centrado en el vínculo del *che* (ser humano) a la *mapu* (tierra), que articula y sistematiza el propio *kimun* (conocimiento).

El conocimiento sobre el proceso salud-enfermedad-sanación se relaciona con la espiritualidad y la conservación de la naturaleza; con el *kimun* que transmiten los mayores a las nuevas generaciones. Mucha de la fuerza y capacidad de sobrevivencia del Pueblo Mapuche se debe a la efectividad de su sistema médico.

En la biomedicina, las pruebas clínicas y los contenidos teóricos, constituyen importantes fuentes de validación del pensamiento científico; por lo que raramente un médico alópata podría compartir otras fuentes de conocimiento que expliquen, por ejemplo, las enfermedad de filiación cultural, como el empacho, el susto, el mal de ojo, etc. Sin embargo, en la cultura Mapuche–Williche, se aceptarán como parte del proceso de diagnóstico la Machi el interpretar y explicar el *kutran piilli* ²⁰ (enfermedad del espíritu), a través *pelon* (visión a través de la orina) algo que sólo puede ser comprendido por su condición de machi. ²¹ También están los signos manifiestos en la naturaleza, el *kimun* de los médicos, etc. y los componentes de la cosmovisión - forma que asume el “ser mapuche” - que proporcionan un modelo explicativo del universo y una comprensión profunda de la construcción cultural del proceso salud/enfermedad/atención, proceso que hace referencia, según Menéndez (1994) a las *“representaciones y prácticas para entender, enfrentar y, de ser posible, solucionar la incidencia y consecuencia generadas por los daños a la salud”* (pág. 72).

²⁰ Este concepto con otros alfabetos, sistemas y territorios mapuches, se escribe *püllü* o *püji*.

²¹ Cristina Aron J. Referente Programa Salud y Pueblos Indígenas. Hospital Puerto Octay. Servicio Salud Osorno.



Figura 3
Dimensiones Sistemas Biomédico y Mapuche-Williche

Dimensión Conceptual	Sistema Biomédico	Sistema Médico Mapuche-Williche
Origen de la Enfermedad	Agentes externos específicos y concretos, hallazgos clínicos, etc.	Agentes ambientales, sociales, poderes o agentes sobrenaturales. Transgresiones.
Técnicas de Diagnósticos	Uso de exámenes clínicos	A través de la wüillin (orina), de la vista nge (ojo), el newen (pulso), el yayafun (tacto).
Técnicas de Curación	Tratamiento externo a la persona y con énfasis en el uso de fármacos.	Slawen (remedio que sana la enfermedad), minerales (piedra, greda, etc.), ceremonias, lepun (*), machitún, zatun, ulutun, etc.
Objetivo	Restaurar o mejorar el estado del cuerpo biológico.	Sanación del cuerpo, la mente, el espíritu, la relación con el entorno.
Relación del agente de salud y usuario	Relación asimétrica. Salud oficial institucionalizada.	Perspectiva holística. Atención de Machi, Lawen-tuchefe, Ngütamchefe, Püñeñelchefe en contextos comunitarios.
Reclutamiento	Formación en instituciones académicas.	El che (persona) recibe el llamado del espíritu, la naturaleza y su newen para asumir la responsabilidad de sanar y mantener la salud.
Modelo Explicativo	Cientista, positivista y reduccionista. Concepción patologista de la salud.	Kume Mongen (El Buen Vivir). ¹

Fuente: Elaboración Propia.

(*) El *lepun* (barrer), ceremonia de limpieza en caso de urgencia, ejemplo plagas en la siembra; el *llellipun* o *efkutun*, rogativa al ser supremo de ofrenda individual o colectiva. Tanto el espacio como las ceremonias comunitaria en si misma son recursos terapéuticos que promuevan el “ad mogen” (estado de equilibrio) de la persona y la naturaleza.

A mediados del siglo XX surge el modelo biomédico de la mano de los avances científicos y farmacológicos. Para Arthur Kleinmann, citado por Citarella (2009) este modelo asume una “convicción reduccionista de que sólo puede haber una única y objetiva verdad, cuyo conocimiento se encuentra en la naturaleza, lo biológico y el orden material de la existencia, excluyendo lo teológico” (pág. 5). Por su parte Menéndez (1988) lo denomina Modelo Médico Hegemónico en el que

identifican una serie de rasgos considerados como estructurales, entre los que se encuentran el “biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico” (pág. 2). Es un constructo que se ha basado en distintos paradigmas, centrado primordialmente en la curación de patologías y la prescripción de fármacos como la principal estrategia de tratamiento.

Los usuarios reconocen que la práctica de la medicina tradicional es un conocimiento legado de los antepasados y que la llegada de la medicina occidental al territorio de Kurileufu (Río Negro) trago consigo el desplazamiento de su medicina, *“eso lo dejaron las mismas personas, cuando ya empezaron a llegar los mismos doctores, ya empezó a ver posta, decidieron tomarse las pastillas más que las hierbas”* (E19MLMM-WR). Producto de esta situación hay oficios que ya no se practican, como el de Püñeltuchefe o la persona encargada de asistir a las embarazadas en el parto y puerperio, *“ella era partera, arreglaba huesos, arreglaba los bebes del estómago, de aquí de la guatita, todo eso arreglaba [...] Ella era como matrona también [...] puros vecinos, cuando había señoras así en apuro, esperando guagua [...] ella las atendía porque en ese tiempo nadie venía al hospital a tener su guagua.”* (E2MUR).

Las experiencias significativas y las memorias constituyen formas de problematizar y debatir sobre el abandono de lo propio y sobre los procesos que causaron la exclusión y el silenciamiento de las prácticas culturales de salud. Así relata una usuaria lo ocurrido, *“fue muy discriminada antes, entonces, como de un viaje, le quitaron todo; fue privatizado artiro todo; le trajeron su otra medicina, le trajeron la creencia de la otra creencia, mas encima le dijeron a que las hierbas eso era cosa de invento, incluso a la machi la trataron de brujo, fue todo una discriminación, un temor, y ellos se volvieron, se quedaron de brazos cruzados, entonces se quedaron ahí, no entregaron más, la imposición, le impusieron cosas.”* (E19MLMM-WR).

Un factor importante identificado en el estudio que influyó en la postergación del ejercicio de la medicina Mapuche–Willeche fue la intervención de la Iglesia Católica²², a través de las misiones encargadas de la evangelización y cristianización del pueblo mapuche-willeche. Se catalogó este conocimiento brujerías y de pacto con el diablo, entre otros apelativos. Así se recuerda el abandono del guillatún en el territorio; *“imáginese, mi mamita tenía cinco años cuando se dejó de hacer el guillatún en Costa Río Blanco: Los guillatún son para fortalecer el kimun, el pensa-*

22 Tratado de las Canoas, 08 de septiembre de 1793.



miento, todo. La naturaleza que vuelva a renacer y siga la continuidad. Esa era nuestra religiosidad, el antiguo, nuestros antepasados esa era su iglesia, su comida, las hierbas medicinales, su salud. Era todo eso; pero cuando ya vino y se le impuso. Que en esos años dice mi mamita tenía cinco años cuando llegó la iglesia católica y dijo no hay más guillatún; o sea, le llevaron la iglesia. No había iglesia en ese tiempo, usaron casa. Llegaron los sacerdotes, en caballo, en todo y le dijeron esta es su religión desde hoy nace la escuela, nace la iglesia; pero eso que ustedes hacen, ya no. Entonces yo tuve conocimiento ya porque mi mamá ya no practicaba en esos tiempos nada. Tal vez escondida. Mi abuelita yo lo veía que hacía cosas, mantuvo; pero hizo las dos cosas. Ella venía acá Riachuelo a la iglesia para la candelarias; iba a la iglesia allá; bautizó a mi mamá; me bautizó a mí; todo el asunto; pero ella [...] hasta que se murió, mantuvo su costumbre, pero complementado. Ella estaba con el Taita Wenteyao y Chao Ngenechen y la Virgen María o sea Jesús, con los dos. Pero para ella era uno solo. Murió siendo mapuche” (E19MLMM-WR).

Los cultores de la medicina tradicionales señalan no tener mayores expectativas respecto al reconocimiento de su labor, más bien piensan en las veces que han sido descalificados o simplemente ignorados, “yo no saco nada con darme a conocer, que yo soy [...] ¿para qué me traten como esa hierbatera, esa médica? porque así la tratan después. A mi mamá también la trataban igual”. No obstante el trato hostil como expresión de la relación hegemónica de una cultura dominante y otra subordinada, el uso de los recursos terapéuticos tradicional se mantiene vigente al interior de las comunidades indígenas, destacándose sus bondades, “las hierbas son más beneficiosas que los fármacos. Son cosas que los antiguos nos dejaron. Antiguamente las personas se mejoraban con puros remedios de hierbas. Por eso que le tengo mucha fe a los remedios de las hierbas (E10MUCRB).

En algunos contextos multiculturales hay experiencias de apertura del sistema oficial para aceptar y se reconocen algunos elementos de la medicina mapuche, como el uso de hierbas medicina, pero no así el corpus de ideas y conocimientos que sustentan estas prácticas médicas, lo que obstaculiza la instalación de procesos interculturales complementarios, reales y efectivos entre los sistemas médicos, forjado en un ambiente de diálogo y confianza mutua.

Por ser el modelo médico Mapuche–Williche una construcción cultural y simbólica que responde a las necesidades de salud de un entorno territorial específico, en el cuales es posible distinguir dimensiones que explican y fundamentan el proceso salud-enfermedad-sanación, le corresponde al Estado adoptar las medidas tendientes al reconocimiento y salvaguarda del conocimiento **y prácticas médicas Mapuche – Williche**, según lo establecido en la normativa internacional y nacional vigente.

2.5. Resultados del Estudio

2.5.1. Descripción de los usuarios bajo control del PSCV en el Territorio de Kurileufu.

La comuna de Río Negro, en el mes de junio del 2012 registra una Población Bajo Control en el PSCV de 1.648 personas, de las cuales 320 se controlan en el CECOSF de Riachuelo (incluida las E.M.R. de Millantue y Costa Río Blanco), lo que representa un 20% del total de los ingresos al programa por establecimiento de salud de la Comuna. (Ver Gráfico 8).

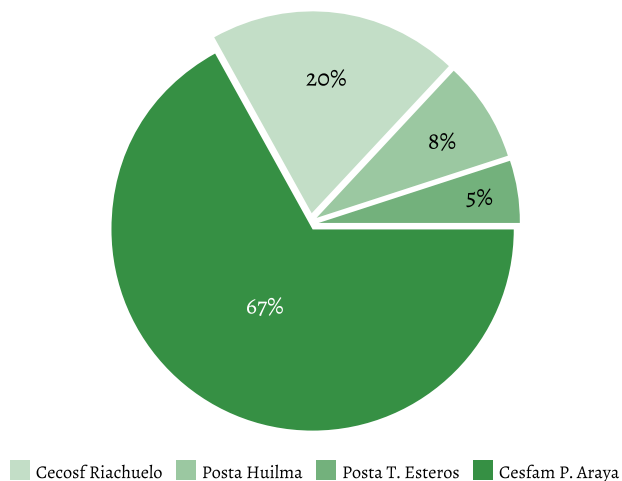
Respecto a la distribución según patología cardiovascular el CECOSF de Riachuelo contabilizó 286 Hipertensos y 86 Diabéticos, con cifras de compensación de un 54,5 y un 64,3 % respectivamente.

Del total de los usuarios bajo control en el PSCV en el Cecosf de Riachuelo, un **32,8 %** son usuarios Mapuche–Willeche²³.

²³ Art. 2 letra a) y b) de la Ley 19.253 del año 1993.



Gráfico 8
Población bajo control PSCV por Establecimiento de Salud (junio 2012)



Fuente: Elaboración Propia.

La población bajo control en el PSCV en el CECOSF de Riachuelo, incluida las Estaciones Médico Rurales de Costa Río Blanco y Millantue los años 2010, 2011 y 2012 tuvo un incrementado sostenido, alcanzando un 14,5 % el año 2011. Ver Gráfico 9).

Gráfico 9
Evolución de la población bajo control en el PSCV
CECOSF Riachuelo (2010 - 2012)

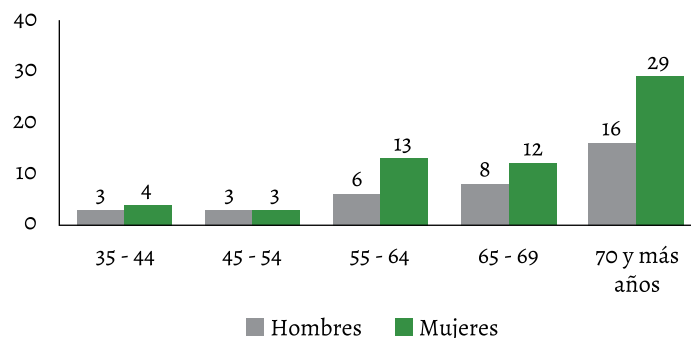


Fuente: Elaboración Propia

Los usuarios Mapuche-Williche en control diabéticos e hipertensos encuestados tiene una edad promedio es de 67 años, incrementándose significativamente con la edad el número de personas diabéticas e hipertensas, concentrándose un 45% en el grupo etario de 70 y más años. Se observa un número mayor de mujeres respecto a los hombres (Ver Gráfico 10).



Gráfico 10
Distribución de los encuestados por grupo etario y sexo



Fuente: Elaboración propia

Para las personas encuestadas, las enfermedades cardiovasculares no son el único padecimiento crónico con el cual conviven, también se identifican otras enfermedades, como la artrosis, la artritis y la relación bidireccional entre ECVs y depresión.

De acuerdo a los antecedentes registrados por la Ficha de Protección Social, más del 65% de los usuarios encuestados se sitúan entre el primer y segundo quintil de ingresos, donde la condición de vulnerabilidad está determinada por las enfermedades invalidantes, la edad, el número de integrantes del grupo familiar, la escolaridad y el nivel de ingreso.

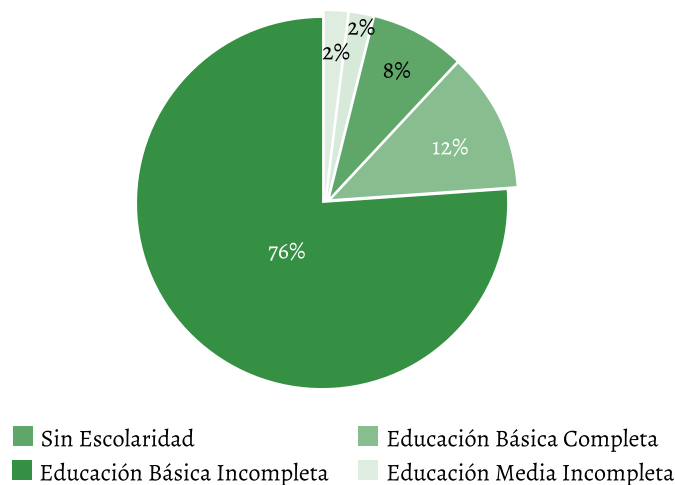
Sólo un 12% de los encuestado cursó la educación básica; mientras que un 76% no terminó este nivel de enseñanza (Ver Gráfico 11), factor que puede determinar en el usuario la comprensión de la enfermedad, su pronóstico y cumplimiento del plan de tratamiento. En el ámbito del estado económico, el 74% de los hogares registra como ingreso principal pensiones bajo el régimen de cotizaciones previsionales o del pilar del solidario cuyo monto promedio es de \$ 85.000 mensuales.

El perfil sociodemográfico, la escolaridad y el nivel de ingreso de los usuarios, sumado a su condición de indígena, son aspectos que determinan un mayor grado de exposición al daño en salud, en este caso a las enfermedades cardiovasculares, sin dejar de lado la responsabilidad que le cabe al propio sistema de salud. (OMS-CDSS, 2009)

La pobreza y la vulnerabilidad social de los usuarios Mapuche - Williche y su correlación con las condiciones de salud no son el resultado de su cultura o modo de vida tradicional, sino más bien son una consecuencia de centenares de años de colonización y desplazamiento territorial y de la destrucción sistemática del complejo orden social, cultural, político, espiritual, económico y entorno medio ambiental del Pueblos Mapuche. (ONU, 2010)

En este contexto, es importante que al sector salud se sumen otros actores del Estado, de la academia y de la sociedad civil, en un esfuerzo colectivo e intersectorial orientado a disminuir las inequidades existentes en salud, poniendo a disposición servicio de salud que le permitan a los pueblos indígenas alcanzar el nivel máximo de salud física y mental, tal como lo señala el Convenio 169 de la OIT.

Gráfico 11
Distribución de los encuestados por nivel de escolaridad



Fuente: Elaboración Propia

De los usuarios encuestados para este estudio, un 13,4% viven con su esposa, esposo o hijos; y el 83,6% vive con otros familiares, principalmente nietos o sobrinos. Estas cifras muestran que gran parte los usuarios no cuenta con el soporte social adecuado para hacer frente a



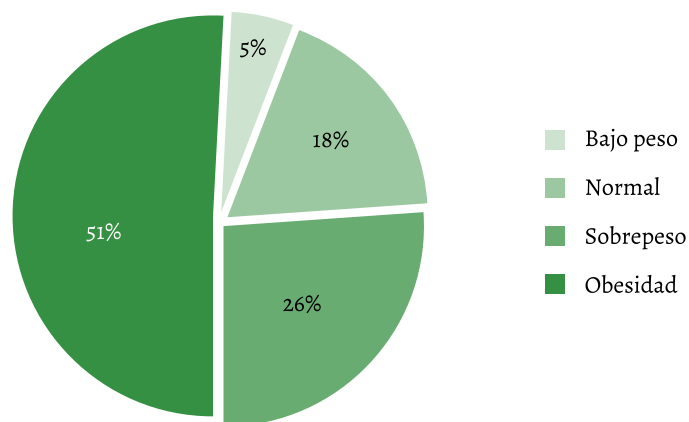
las diferentes enfermedades que lo aquejan, sobre todo aquellas que demandan una mayor vigilancia en el control y seguimiento de los tratamientos, como son las enfermedades cardiovasculares. La red de apoyo identificada, se caracteriza por diferencias generacionales importantes, además de responsabilidades e intereses significativamente distintos.

En Chile la situación nutricional ha tenido cambios importantes, pasando desde una situación de déficit nutricional a un exceso, destacando la presencia de obesidad como un importante factor de riesgo de la salud cardiovascular, con un consiguiente aumento de la tasa de morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes y enfermedades cardiovasculares (Pérez y otros, 1999).

Un importante factor de riesgo cardiovascular es la obesidad, cuya etiología muchas veces es multifactorial, conjugándose factores biológicos, genéticos, ambientales, los estilos de vida y el binomio alimentación y actividad física. A ello se suman las condiciones socioeconómicas de las personas y los patrones culturales en cuanto al valor social y simbólico de la alimentación.

Según el Índice de Masa Corporal (IMC) del total de los usuarios diabéticos e hipertensos indígenas que participaron del estudio, más del 50% presenta obesidad (Ver Gráfico 12). Esta situación es preocupante, considerando que esta condición puede determinar los niveles de compensación de estas patologías.

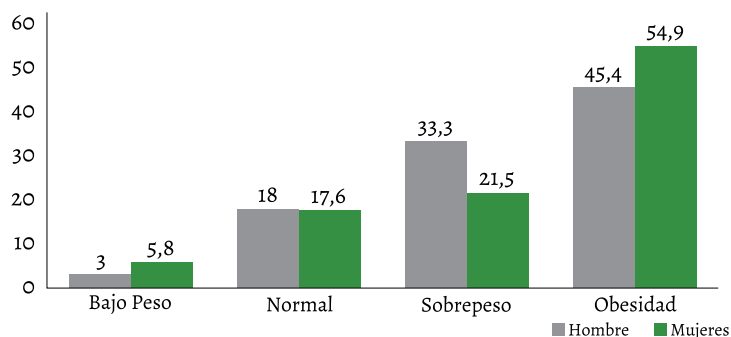
Gráfico 12
Estado nutricional de los usuarios Mapuche-Williche con DM e HTA



Fuente: Elaboración propia

En el estado nutricional de los usuarios indígenas se observan claras diferencias por sexo. Por un lado, hay más sobrepeso en hombres (33.3%) que en mujeres (21.5%); y, por el otro, la obesidad es mayor entre las mujeres (54.9 %) que entre los hombres (54.4%) (Ver Gráfico 13).

Gráfico 13
Estado nutricional de los usuarios Mapuche-Williche con DM e HTA, según Sexo



Fuente: Elaboración propia



65



Como parte del proceso de sometimiento, opresión y de la pérdida de sus tierras, la mayoría de la población indígena vive actualmente como pequeños propietarios, con una agricultura de subsistencia, siendo la principal fuente de consumo la carne el cerdo y cordero y el trigo como fuente de hidratos de carbono. Esta situación contrasta con la que vivían antes de la llegada de los conquistadores, en cuanto a la provisión, variedad y condición natural de los alimentos, especialmente en cuanto al consumo de cereales, verduras y frutas, disponibles armónicamente en los ciclos de siembra y cosecha. En este aspecto, los usuarios entrevistado identifican este cambios y su impacto en las condiciones de vida y de salud de las personas... *"La gente poco siembra. Antes se sembraba y cosechaba uno mismo y lo molía en el molino de Riachuelo. Ahora ya no hay molino en Riachuelo. Se compra pura harina hecha no más... Yo creo que es mucho artificial, comida hecha, [...] me dijeron que no las consumiera porque tenía mucha sal, la sopa preparada en sobre. Se comenzó a compra las cosas; [se], come mucha cosa artificial; y, debido a eso, está entrando la diabetes. No sé si será verídico o no"* (E23HPCRB). Esta es la explicación que le dan los usuarios a la aparición de la diabetes y que desde el modelo biomédico se conocen como factor de riesgo de las ECVs.

2.5.2. Conocimiento sobre el uso de las hierbas medicinales y la experiencia de sanación con la medicina Mapuche–Williche.

Al conocimiento sobre medicina mapuche se accede como parte del proceso de enseñanza-aprendizaje en la vida cotidiana y del cuidado familiar, *"por un dolor chiquito estaban sus medicamentos que ella los preparaba y eso nos daba a nosotros, yo recuerdo que cuando chica a nosotros nos daba fiebre y nunca nos llevo al hospital por una fiebre; sabía cómo bajarnos la fiebre, cuando nos dolía el estómago todas esas cositas y de hecho hasta sabía cómo cicatrizar las heridas, solía tener la casa llena de yerbitas"*. (E1MUR). Se logran identificar los síntomas y se tratan las dolencias, haciendo uso de las experiencias racionales empíricas adquiridas en el pasado y que están en la base de la memoria histórica familiar y en la herencia cultural lo que asegura su vigencia y transmisión de generación en generación; *"Siempre decimos, aprendió mi mama y mi mamá nos está enseñando a nosotros y nosotros se lo dejaremos a estos chico. Se graba en la cabeza y no se olvida lo que es remedio"* (E4MUR). Son éstas memorias de salud y de prácticas de la medicina, puestas en acción, las que van dando espacio al proceso de recuperación y re-apropiación de la identidad cultural Mapuche - Williche.

La experiencia y el saber del pueblo Mapuche–Williche en cuanto a medicina, son fuente de primer orden para dar respuesta a los problemas de salud que presentan los miembros del grupo familiar. Es en la intimidad del hogar el espacio privilegiado por los mayores, espe-

cialmente las mujeres quienes relevan los significados del conocimiento y de las prácticas médicas tradicionales, junto a la medicina occidental.

Para el Ngenpin Armando Marileo son los *Fucha/Chemche*: ancianos y ancianas – sabios y sabias – el punto de referencia y los responsables de resguardar y transferir los valores de la cultura, el *kimun* (la sabiduría) y *srakizum* (el conocimiento) sobre la medicina Mapuche–Willeche. (MARILEO, 2001). En los relatos de los mayores se manifiesta desde el Wenu - Mapu²⁴ el espíritu y la sabiduría de los ancestros para iluminar a quienes hoy mantienen el ejercicio de la medicina. Estas personas son verdaderos “*tesoros viviente*” como lo declara la UNESCO, reconociendo en ellos un tradicional método de aprendizaje del patrimonio oral e inmaterial, un conocimiento que debe ser preservado en forma viva para asegurar su transmisión a las nuevas generaciones (UNESCO, 2002).

A través del *nutram* o conversaciones extendidas con los mayores es donde se legitima el *kimun* y la medicina practicada por los ancestros y donde se promueve el autocuidado personal y familiar: “*mi abuelita Margarita sí que era médica buena. Hijitas tomen esto y esto cuando se sientan mal; cuando de enfermen de su regla que ustedes van a ser señoritas de 12 a 13 años tengan cuidado, porque a ustedes les viene algo y tomen esto y esto; esa abuelita nos conversaba como si fuéramos grandes*” (E3MUR. El Che Sungun, idioma de la gente de la tierra, es el medio por excelencia para la transmisión de la sabiduría y la cultura Mapuche–Willeche. Relevante es el lenguaje oral – el Che Zungun – para la transmisión de la sabiduría y la cultura Mapuche – Willeche entregada por los antepasados.

“La lengua refuerza los lazos con sus antepasados, conserva y transmite el sistema de valores y creencias de los antiguos. Y es a ellos a quienes se remite todo el cuerpo de creencias mapuche, los antiguos o antepasados, desde la memoria, conducen e indican el camino a seguir de las comunidades mapuche. La lengua cumple una función didáctica comunitaria en las reuniones y en los Consejos de Sabios cuando adoctrinan a los jóvenes. A través de ella se transmite el pasaje mágico-religioso que relaciona con lo trascendente en el viaje de la chamán (machì). El vuelo de la chamán mapuche es extático y se remite al vuelo de los antiguos tunguses en Siberia (no usan hipnóticos para alcanzar el trance)”. (Carbonell, 2001)

24 Wenu - Mapu. Tierra superior, fuente y origen de todo el bien. Dimensión donde habitan los espíritus benéficos y de los antepasados.



Cuando la persona comienza su aprendizaje es guiada por quien tiene la responsabilidad de compartir su sabiduría y acompañar en la exploración, identificación, recolección y el preparado de elementos terapéuticos, *“de mi mamá me acuerdo de la yerbitas. Ella siempre me dijo que aparte de la medicina que dan en el consultorio, era bueno tener otras yerbita”*. (E1MUR). *“Mi mamá nos enseñó a nosotros. Ella nos dice esto sirve para esto: el matico es bueno para el estómago; el romero es bueno para dormir; el hinojo es bueno para las guaguas, para que se duerman tranquilas; el poleo es bueno para la tos; la hoja del laurel amarillo igual se hierve para la tos; el meli es para el estómago cuando algo cae mal”* (E4MUR). Prácticas medicinales que a nivel familiar y comunitario protegen la salud, promueven prácticas saludables y refuerzan el rol del cuidado familiar.

Lograda la destreza se estará en condiciones de practicar la medicina, *“después, cuando había alguien que se enfermaba, ella decía ligerito ‘ya, hay que buscar esto y esto otro y así hay que hacer’; y entonces me tocaba a mí y me decía ‘anda a buscarlo hijita’; y yo lo buscaba yo misma; y ella lo hacía y santo remedio [...] Yo sabía lo que tenía que darle, así que de ahí yo aprendí. Y eso se me quedó grabado”* (E15MUCRB). Quienes son identificados por la comunidad como lawentuchefe de la medicina Mapuche-Williche señalan que ésta no se aprende en libros, que se nace con el don, que puede ser revelado a través de los sueños y que junto al reconocimiento de la comunidad se puede llegar un Lawentuchefe. *“En el sueño yo he aprendido a hacer remedios. Eso para mí es ir descubriendo. Yo a través de mis sueños yo descubrí que las hierbas medicinales son sanadoras”* (E19MLMM-WR).

Los usuarios establecen la diferencia entre quienes tienen conocimiento general de la medicina Mapuche-Williche y quienes asumen roles de especialidad para el tratamiento de enfermedades, según tipo y nivel de complejidad, *“y las médicas son de la medicina natural, porque lo saben así no más; y las machis sanan a través de otro espíritu que se posee en el cuerpo, que se pone en el cuerpo de la persona. Por eso hay gente que no entiende y no hace la diferencia entre personas que hacen remedios de machi. Hay gente que sabe, aprende por libro y gente que nace con ese don, que se conectan a través de sueño y ahí van sabiendo”* (E10MUCRB).

El conocimiento que tienen sobre las propiedades de las hierbas medicinales, faculta para señalar que en determinadas circunstancias algunas hierbas no se pueden usar, como por ejemplo durante el embarazo. Según testimonios recogidos, *“hay hierbas pa’ ciertos momentos y hierbas que no sirven pa’ ciertos momentos. Por ejemplo, a una embarazada uno no va a llegar y darle una hierba [...] que no hay que dársela, porque hay hierbas que sirven pa’ uno cuando uno está normal. Por ejemplo, una mujer embarazada no puede tomarse la misma hierba que se tomaba cuando no estaba embarazada. En los primeros meses puede abortar. Hay hierbas pa’ eso; o tiene que tomarse más suave*

o no tomar. Y hay hierbas pa' afirmar el bebé. Claro, para muchas cosas" (E10MUCRB).

2.5.3. Especialidades y prácticas de curación de la medicina Mapuche-Williche.

La enfermedad, el sufrimiento y la muerte, así como la motivación por conservar la salud, son considerados hechos biológicos y sociales universales, tal como lo señala María Ester Grebe (1988) citado por Nanculef (2012) *"todos los grupos humanos desarrollan métodos con el fin de enfrenar la enfermedad y todos los grupos humanos poseen creencias, cogniciones y percepciones culturales específicas para definir o reconocer la enfermedad"* (pág.142)

Los modelos o sistemas médicos vigentes en la comuna de Río Negro, no constituyen estructuras rígidas, el conocimiento y ejercicio de la medicina Mapuche-Williche posee algunas particularidades (MINSAL/MIDEPLAN, 2011) como son:

- Que las atenciones se realizan en el domicilio de la lawentuchefe, es decir en contextos comunitarios y por demanda espontánea, *"un día pasó una señora y me dijo vamos donde una meica que es muy buena por aquí arriba. Era de aquí del campo la señora [...]"* (E6MUCRB) Espacio en que se establece una relación respeto y cercanía y donde se comparten identidades culturales, además de encontrarse la energía, el *slawen* y el *rewen* - en el caso de la Machi- para realizar la ceremonia de sanación.
- Que los cultores de la Medicina Mapuche - Williche son reconocidos y validados por la propia comunidad, *"todavía Chao Trokin no me ha dado la sabiduría de ejercer directamente la medicina, solamente soy Lawentuchefe no mas, puedo nombrarme tal vez Lawenche una persona que conozco slawen, no que se dar medicina [...] si sane, levante una abuelita, sane a otro enfermo, es que yo no puedo nombrarme sola, si soy o no soy, porque tiene que nombrarme alguien, no puedo decirme yo sola, tengo conocimiento, soy che lawen, soy gente que conozco la medicina"* (E19MLMM-WR). Es en la oralidad y en el ejercicio de la medicina que se va recomendando la existencia de un *kimun slawen* (un conocimiento sobre las hierbas medicinales) o de un Lawentuchefe. El mapuche tiene cierta posibilidad de ser adoptado por el *piilli* (espíritu) de la naturaleza, o el ser supremo quien le proporcionará el *futa kimun* (grandes conocimientos) y dones especiales para vivir en el Wall Mapu y ejercer la medicina Mapuche-Williche.



- Que el ejercicio de la práctica médicas tradicionales tienen un fuerte vínculo con la naturaleza) de donde se obtiene el *slawen*, luego del *efku* (agradecimiento) a *Chao Trokin*²⁵ y solicitud de autorización para el uso medicinal del *slawen*, “*me encomendé a los ngen de los remedios y a mis ancestros.*” (E19MLMM-WR).

El sistema médico mapuche-williche se vale de una serie de recursos, siendo el más importante el de las personas que cumplen roles y funciones específicas en la salud mapuche. Ellos poseen el *kimun*, heredado o revelado a través del *pewma* (sueños) que les permite organizar los elementos auxiliares para hacer frente a cada evento perturbador de la salud individual o colectiva y facilitar que la persona restablezca su estado equilibrio. Dependiendo de la enfermedad, se utilizan distintos elementos; como el *slawen* algunos animales, minerales, fluidos, además de ceremonias o rituales sagrados.

El agente en salud de mayor jerarquía de la medicina mapuche es la Machi, quien establece el vínculo entre la persona, los poderes espirituales y las energías superiores. Es la mediadora entre la persona y los *ngen mapu* (espíritus creadores) *del wenu mapu* (tierra de arriba). La ceremonia de sanación más importante realizada exclusivamente por el o la Machi es el *machitún*, también está el *ulutum* y el *zatum*, expresiones de la espiritualidad y religiosidad mapuche en el proceso de curación de las enfermedades, las cuales no solo pueden afectar a la persona, sino también a los animales, las aves, las siembras, etc. En estos casos la sanadora por excelencia será el o la Machi. Por lo tanto, la medicina mapuche “*no es solo destinada al hombre, sino también para todo el entorno; por ejemplo, cuando un espíritu malo llega a la casa (por ejemplo la envidia), se tuercen los aves, los animales, las plantas; incluyendo las siembras*”²⁶.

También está la Lawenche²⁷ y la Lawentuchefe²⁸ (algunos usuarios las identifican como *meica*), quienes poseen diferentes tipos de conocimiento sobre los remedios y su administración, tanto para adultos, como para niños, “*mi bisabuela era médica; ella sabía de remedios; llegaban niños, quebraba el empacho; llegaban personas pasmadas, que tomaba caliente y tomaban el fresco; [a] los que se torcían una mano, ella los arreglaba. Y así comenzó mi mamá, mirando, de varias cosas*

25 Lo traducción más apropiada es Padre juzgador. Para el caso de padre creador se utiliza el concepto *Chaw Ngenechen kushe-fucha*.

26 Jorge Cheuquian Qeupuan. Educador Mapuche Tradicional en la Jurisdicción del Cacicado de Riachuelo.

27 Lawenche: Persona que conoce los remedios pero no los prepara.

28 Lawentuchefe: persona que, no siendo Machi, posee el don de conocer todo tipo de remedios, los prepara y los administra. Además reconoce la enfermedad por medio de un diagnóstico o práctica médica Mapuche - Williche.

me acuerdo” (E4MUR). Son agentes de la medicina con poder y sapiencia, a quienes se recurre en los casos de mayor gravedad o enfermedades más complejas. *“Cuando era muy fuerte, había que buscar medicina de médica. Si se podía recibir las orines, se lleva los orines; o si no, había que llevar la guagua. Así que ahí le detectaban la enfermedad. Tampoco decían que tenía; algunas decían: tiene fiebre no más [...] le daban remedios para la fiebre”* (E10MUCRB).

Al don sanador de los lawentuchefe se suma la relación que se establece entre él o ella y quien consulta. Ambos comparten un repertorio cultural donde se valora y respeta el conocimiento del agente de la medicina, además se participa de una identidad cultural de pueblo y territorio.

El estudio también identifica otras especialidades de la medicina, que algunos investigadores denominan: de tradición popular y que emergen del entramado cultural producto del contacto entre el pueblo mapuche y la sociedad española, como son:

a) La quebradora de empacho, es la persona que recibe un “don” para realizar el tratamiento de síntomas como los vómitos, diarrea o falta de apetito, generalmente ocasionado por “algo que cayó mal”. Según relata una entrevistada *“mi mamá tiene su don, mi mamá su don es el empacho, ese es su don, ella ha sanado a mucho niños”* (E19MLMM-WR). El procedimiento para diagnosticar y tratar la enfermedad. Algunos buscando en zonas específicas de la espalda pequeñas nudosidades o “porotitos” que afloran luego de un masaje prolongado y posteriormente se “quiebra” manualmente el empacho. Otros, emplean yerbas medicinales, *“hasta mi casa van varias señoras que no le encuentran la salida a su guagüita cuando están empachados, no comen, devuelven...están con vómitos, diarreas, entonces yo les doy ese paico con yerba buena y con eso santo remedio.* (E2MUR).

b) El componedor de huesos (*Ngütamchefe*), persona que conoce las articulaciones del cuerpo humano y animal encargado de resolver los problemas de zafaduras, esguinces, torceduras, etc. *“Cuando se descomponen los huesos, tirones, todas esas cosas, las contusiones, torceduras, todo eso lo arreglo yo”* (E17HLMM-WH).

2.5.4. Enfermedades tratadas con medicina Mapuche–Williche

Con la medicina Mapuche–Williche se pueden tratar diversos malestares, según la complejidad, intensidad y duración de la dolencia. Así, para el enfriamiento del estómago, resfríos o dolores al colon, etc. se identifican diversas hierbas medicinales y modalidades de su uso,



como el poleo, el bailahuen, el kulen, el hinojo, el paico, la manzanilla y otras hierbas, “yo más tomo hierbas que lo que me dan acá, cuando uno está resfriada, cuando le duele el estómago tomo plantita ahí, porque sé que es para eso” (E5MUCRB). “En los niños se les daba agüita de menta cuando estaban resfriados, de manzanilla, agüita de hinojo. Cuando era muy fuerte, había que buscar medicina de médica” (E10MUCRB). Hay que tener presente que estas enfermedades pueden ser tratadas indistintamente por el sistema médico mapuche o por el biomédico.

Las enfermedades más complejas que provienen de las divinidades o de los espíritus y que le produce un daño a la persona —que puede tener su origen en historias personales, en la relación con el entorno, con familiares o con personas cercanas— requieren de tratamientos más especializados y la intervención del o la machi, a través del *machitun*, dependiendo del estado en que se encuentre la enfermedad. Según las personas entrevistadas el daño o mal son enfermedad puede inducida por la envidia o por la mala convivencia y debe ser tratada por la Machi, “lo que me dijo es que a mí me habían hecho un daño; pero, según él, ya estaba pasado. No creí porque me dijo que había sido un familiar cercano a mi marido. Fui a otra parte, a otra machi [...] Esa señora me dijo lo mismo [que era un mal]. Pero ella no me dio remedio para tomar en la casa, sino que me dio vasito de remedio, ella; medio vasito de remedio” (E5MUCRB). Se señala que las personas que no creen son las que demoran el inicio del tratamiento y con ello provocan el daño pasado, “fui a otro médico [...] me dijo que me habían hecho un mal, pero yo no le creí. Yo casi no creo esas cosas. Después yo le creí que me había hecho un mal y me lo dieron en la comida, porque yo lo que soñaba, soñaba pura culebra; que me daban esa comida de culebra; me la daban a la fuerza; y fui a cierta parte y me dieron una comida así y era carne” (E5MUCRB).

Los usuarios identificaron un grupo de enfermedades que tratan con medicina Mapuche - Williche que tienen una importante influencia del contexto cultural y que no son reconocidas por el sistema médico oficial y que han sido descritos como “síndromes culturales”. Campos (2002), citado por Ibacache (2010) los define estos síndromes como “*Aquellas entidades clínicas y prácticas curativas que se manifiestan en una determinada población y que sólo tienen explicación dentro de la cultura particular donde se producen y desarrollan, por lo que resultan aparentemente irracionales, incoherentes e ilógicas cuando se analizan desde la perspectiva de otra cultura*”, pág. 24)

a) El Yanchin (pasma):²⁹ enfermedad que se produce cuando la persona ingiere líquido caliente y luego sale al frío del ambiente; o bien cuando está muy acalorado y toma agua fría o se mete al agua helada (caliente-frío). Se manifiesta con ronchas en el cuerpo, con fiebre y

29 Esta enfermedad en otros territorios también se denomina reslake Kürrüfo küttran weshakürrüf

cuando se deja mucho tiempo llega al corazón; *“cuando se pasaban las personas, es como alergia; salen unos ronchones en el cuerpo; son duras como un botón. Cuando es demasiado fuerte el pasmo, el cuerpo queda duro; se engranuja entero; se enroja; da una comezón. También lo tuve y lo combatí con puros remedios. Para el pasmo es el reinal. Muchas personas no lo conocen. Siempre lo uso yo. También dicen que bueno para la bronconeumonía, porque dicen que después el pasmo pasa bronconeumonía”* (E10MUCRB).

b) El Kutran Peñen (sobreparto):³⁰ se produce con posterioridad al parto, producto de no haber tomado las medidas de cuidado relacionadas fundamentalmente con el lavado del cuerpo, el pelo, el frío, llegando a producirse un trastorno de salud mental debido a que *“la sangre se sube a la cabeza”*, hasta, hoy conocido como depresión pos parto *“yo tenía sobreparto. Cuando tuve mi bebe, mi guagua, no me cuidé [...] ello hirvió unas hierbas [...] nunca me dijo lo que ella me estaba dando”* (E6MUCRB).

c) El Empacho (digestión):³¹ enfermedad que afecta principalmente a los niños y se produce por consumir alimentos verdes o crudos, pan caliente, etc. Entre los síntomas está la deposición líquida, espumosa y de mal olor, ojos hundidos y a veces vómitos. Según lo señalado por los usuarios, el tratamiento de esta enfermedad debe ser realizado solo por personas que conozcan de las maniobras que se deben realizar, *“hay que saber quebrar el empacho; si no, no colocarse uno a quebrar el empacho, porque tiene mucha cosas los niños atrás. Entonces hay que hacerle masaje, los mismos masajes suben los porotitos, suben a para arriba. Hay que hacerle masaje, decía mi mamá; y ahí suben los porotos y uno le tira”* (E19MLMM-WR).

d) El tsunay (susto):³² la persona se despierta con miedo producto de una experiencia que le produjo un profundo temor repentino o una pesadilla (pérdida del alma). En el caso de los niños se diagnostica a través de la observación de su comportamiento, *“porque los niños se despiertan llorando por cualquier cosita. Ese hay que hacer salsa parrilla y toronjil, y asustarlos ojalá cuando están recién durmiendo, no helada el agua, deshumedecida, asustarlo adelante y atrás y después darle tres cucharaditas de remedio”* (E19MLMM-WR). El rito del tratamiento se complementa con un pequeño susto y con aspersiones de agua sobre la piel.

30 Este concepto también escribe *püñen* y la enfermedad en otros territorios también denomina *kutran koñiwe*

31 Esta enfermedad también se denomina *kütran weshakun*

32 Esta enfermedad en otros territorios también se denomina *mütremtun aztun*.



e) Esla kufruf (corriente de aire):³³ enfermedad producto del encuentro con un “viento malo” que está en determinados lugares, *“tiene que haber sido una corriente de algo aire malo que andaba”*. (E11MCR). Es importante considerar que el tratamiento de algunas enfermedades dependerá de las explicaciones dadas al origen de las dolencias, *“yo le dije ese no es un aire, ese te dio una facial, ese es el puro sistema nervioso, donde está solita allá”* (E19MLMM-WR). Las hierbas, en este caso, se utilizan para activar la musculatura.

La clasificación y los conceptos de salud y enfermedad, así como los tratamientos no son universales y raramente reflejan las definiciones biomédicas, algunas encuentran su etiología en el ámbito de la cultura, de acuerdo a la visión de mundo que tenga la persona, el grupo o la comunidad.

2.5.5. Diagnóstico y tratamiento con medicina Mapuche–Williche

Los medios que utiliza para el diagnosticar las enfermedades son diversos y basados en él y la persona se prescribirá el tratamiento. Entre las técnicas diagnósticas empleadas el *pelotu wüillin* (ver la orina) sin preguntarle al enfermo; *“yo llevo mi orina y me reconoce la orina y me dice todas las dolencias y dónde estoy enferma, qué es lo que me duele”*, *señala una entrevistada* (E8MUR). Junto al ver la orina, la técnica incluye la observación de los rasgos y expresión del rostro o de la mirada, *“yo les miro las puras vistas y sé que es empacho”* (E2MUR); *“Yo los miro y les digo este niño ya está empachado porque tiene los ojos brillantes”* (E20MLMM-WR).

El tratamiento de la medicina Mapuche–Williche está centrado en la personas más que en la enfermedad; su indicación va a depender del tipo de dolencia y de las condiciones del entorno del enfermo; es decir, se otorga una atención integral de la persona. En ocasiones, aún cuando el lawentuchefe prepare la medicina en presencia de la persona, mantendrá en secreto sus componentes. En otras, sólo dará las indicaciones al enfermo para que prepare sus propios remedios, *“los remedios tienen que ser frescos; no [hay que] dejar de día para otro o poner a hervir todo de uno; por eso, cuando llegan mis pacientes yo lo hago al tiro. Yo tengo en mi huerta y guardo la hierbas en el invierno”* (E20ML-

³³ Esta enfermedad en otros territorios también se denomina *traskürrüf kütran*.

MM-WR). Las lawentuchefe insisten en que los remedios deben ser frescos cuando se tiene acceso a las hierbas, de lo contrario, estas serán deshidratadas y preparadas en el momento, *“delante de mis pacientes preparo mis medicamentos; por ejemplo, cuando viene [una] guagüita mala mal, yo les digo espérenme yo les voy a preparar el remedio”* (E20ML-MM-WR).

Los usuarios de medicina mapuche van probando la eficacia de las terapias a partir de la propia experiencia de uso, hasta llegar a determinar con precisión el beneficio de cada uno de los recursos terapéuticos, *“sí, todos saben; todos saben que las hierbas hacen bien. Dolor que se siente, ya uno se toma cualquier hierba. Si no hace bien esa hierba, se toma otra clase de hierbas; y así hasta que se encuentra la contra. Igual para cuando le da diarrea (el empacho). Hasta uno mismo, cuando a uno le hacen mal las comidas, le da como indigestión, aquí nosotros usamos la yerba buena con azúcar quemada, la yerba buena y el paico”* (E10MUCRB). Son de uso frecuente las plantas y árboles en el tratamiento de algunas enfermedades; se ocupan las raíces, tallos, hojas, frutos y cortezas en forma de infusión, zumos, maceraciones, compresas, friegas. Se adquiere el conocimiento de la medicina, se racionaliza su práctica y se identifican los tratamientos más idóneos para cada paciente observando sus reacciones y los resultados del uso.

Las indicaciones de los tratamientos se siguen con la convicción absoluta que el tratamiento tendrá un efecto satisfactorio en el proceso de recuperación de la salud; incluso en los casos donde la persona no tiene información respecto a la fórmula de los preparados medicinales que le entrega la Lawentuchefe. La recuperación de la persona es la prueba del poder sanador y efectividad de las hierbas medicinales; de esta forma se valida el sistema médico Mapuche–Williche, *“tengo experiencia con mi mamá, con hija, con otras abuelitas que yo he sanado”* (E19MLMM-WR).

El tratamiento en base a las hierbas medicinales será efectivo si se tienen feyentun (fe)³⁴ en el poder sanador del slawen y del Lawenche que la indica, *“es todo un proceso, antes y después de tomar los remedios. Por eso, el que no cree en las hierbas se lo va a tomar, pero no le va hacer nada, no le va hacer nada, aunque se tome cuantas hierbas [...]. Sí, los remedios tiene que tomarlos con fe en las aguas, igual las pastillas. Claro, algunas dicen tomo estas pastillas por si acaso me sale. Igual las aguas; dicen bueno si estas aguas me harán bien, me harán bien. No pu' las aguas hay que tomarlas con fe y hacen bien. Yo se que hacen bien”* (E10MUCRB). Esta convicción es uno de los argumentos que sostiene

34 Está asociado a creer, el que sería mülpitunen chesungun y feyentun en mapuzungun



nen los usuarios Mapuche-Williche para complementar, alternar o sustituir el tratamiento alopático para la diabetes y la hipertensión; *“nosotros tenemos más fe en las hierbas; [con] mucha pastilla, se daña el estómago”* (E4MUR).

Dependiendo de la enfermedad o dolencia que presente la persona, el *slawen* se usan o aplican en:

- *Matetun* (tomar mate): *“la medicina campesina la tomo en el mate; se hierve en una tetera y se toma en el mate o té; recuerde que va andar más relajado”* (E3MUR).
- *Zeuma slawen* (preparado de hierbas medicinales): *“mi hijo estuvo siete meses en el hospital, estuvo grave, con un diarrea crónica que no hubo solución con medicamentos y una abuelita me dijo dale zumo de yerba buena, con la mamadera. Y así empecé a darle agüita, y le pasó ese dolor crónico que tenía”* (E1MUR). *“Ese se llama el zumo del hinojo; no lleva agua, la pura agua del hinojo. Sí, la pura agüita que saca la hojita verde. Tiene que ser fresca la planta sí. Sí, todo remedio da su juguito, porque si usted lo pasa por el fuego, lo calora así por el fuego o lo pone por cualquier cosa dentro del anillo de la estufa que esté caliente. Eso lo cuece como una humita dentro. Cuando ya está bien cocidito, empieza a brotar el agüita y lo saca”* (E10MUCRB). *“El hinojo también es bien bueno pa’ cuando una guagüita se enferma de la guatita y no le calman. Una abuelita que tenía mi esposo, me dijo ‘hácele el hinojo, pásalo por el fuego un buen manojito y refriégalo bien refregado y dale bien calentito por cucharaditas’. Le hice y santo remedio; nunca más le dio eso”* (E10MUCRB).

Los preparados de *slawen* se aplicación a través de friegas, *“en ese tiempo no quisieron ellas, me dijeron: ‘los médicos (doctores) no te van a hacer nada, si es corriente’. El médico me mandó una friegas para ponerme en la cabeza y tomas y con eso me mejoré en ocho días estuve bien.”* (E10MUCRB) y de infusión, la forma más común de uso de la medicina mapuche. Los usuarios indígenas con hipertensión o diabetes relatan disponer de botella o agüita preparadas por ellos o por la médica; *“de medio vasito, muy bueno, para la presión por lo menos. No siente nada usted, no siento nada de la cuestión de la presión. Muy bueno para la presión. Lo tomo con las pastilla, no lo dejo eso si”* (E9HUR). *“Una sola vez me dio una botella de hierbitas hervidas”* (E9HUR). *“Me las da en agüita y las caloro, tibiecita y me las tomo.”* Los usuarios que consultan a medicas de la medicina mapuche, no necesariamente lo realizan por diabetes o hipertensión; oportunidad en que reciben una atención integral; en donde la fe en las hierbas medicinales es requisito para tomarlas

y el secreto guardado de su preparación parece tener una función de mucha importancia en el funcionamiento y efectividad de la medicina, aspectos que pueden permitir entender de mejor manera el modelo médico mapuche-williche.

En cuanto a la entrega de la terapia herbolaria de la medicina tradicional, esta puede ser a través de las indicaciones para realizar el preparado del remedio en la casa o la entrega del remedio, esto dependerá de la enfermedad y el tipo de tratamiento.

a) La *lawentuchefe* da las indicaciones y el tratamiento para la casa, lo que incluye los nombres de las plantas medicinales, el modo de preparación y la dosis, “y me dio una receta: que busque el pasto dulce, eso me dijo: ‘llegue a su casa, hierva una ollita con agua con ese pasto, con esa hierbita. Después busca un paño grueso y empaque su guagua con eso; tiene que ser una parte donde no le pegue el aire. Para sacarle el resfriado, empaquételo, que el niño va a transpirar’. Así que yo lo hice. Después me dijo: ‘sáquele el paño y empaquételo con una mantilla de lana, un chal de la lana si tiene; envuélvalo, que quede esto nomas, la carita’. Y tenía que acostar tapadito con plumones y lo hacía así; y transpiraba, después. [Hay que] tener cuidado de que no vuelva a tomar un aire y le vuelva más fuerte el resfriado, del resfriado podía pasar a una bronconeumonía”. (E10MUCRB). “Si quiere que se lo haga, se lo hago. Si no, tiene uno que indicarlo y hacerlo ellos, pero no es nunca como hacerlo uno [...] El tratamiento completo consiste en que la enferma debe ir tres veces en ayunas donde la médica. Por ejemplo, incluso yo le hice a mi comadre Tina allí arriba. Esa señora se sanó y no sintió nunca más dolor. Es manzanilla, alta misa y esos son tres días de hacerse el vaho” (E20MLMM-WR).

b) El *lawentuchefe* entrega el preparado en una botella, además de las indicaciones de uso, “el olor era rico, pero no me dijo que era. Yo le pregunté, pero me dijo ‘hijita, eso no se dice. Son secretos antiguos’. Un entrevistado señala: “me dio 7 botellas de remedio y con ese remedio me mejoré” (E6MUCRB). En otras oportunidades, es solicitada por el enfermo, cuando él o la *lawentuchefe* es conocido o de su propia familia ‘Tú, cómo sanaste esto y esto y por qué no me haces una botella’. Ella acepta con condiciones: ‘ya yo le voy hacer, pero tienes que tomarlo al pie de la letra lo que yo le voy a decir’. Otras tienen restricciones para aceptar dar el tratamiento: “Yo sé, pero yo no le doy a todos. Eso sí que no; yo sé dónde voy a dar mis cosas. Si tengo que darle receta [después] ellas ese secreto se lo van a dar a otro. ¡Ah no!” (E3MUR).

Un elemento clave de estas indicaciones es que deben ser mantenidas en secreto y que solo



pueden ser compartidas si la terapia ha resultado eficaz, *“no hace mucho, va a ser un año, le di un secreto no más; se lo hizo; pero usted tiene que tener mucha fe; y tiene que hacerlo y no tiene que jugar con esta fe, ya. Lo hicieron y no operaron al niño y el niño esta súper bien; y ese secreto está guardado todavía porque ese secreto yo no puedo decir a nadie qué niño es, de dónde es, solamente lo puedo decir, ahora tiene que decirlo la persona que sanó a su hijo con el tiempo Ella tiene que darle el secreto a otra persona, a otro niño”*. El efecto sanador de las hierbas medicinales proviene de la naturaleza. El secreto no puede ser revelado ni tampoco a quién le fue dado, pero tiene que ser administrado con fe... *“es medicina, es feyentun, la prueba de la fe, [...] que tiene que ver con la naturaleza”* (E19MLMM-WR); *“uno no lo anda contando tiene que hacer tal cosa para tal cosa, sino que cuando aparece esa persona, donde necesiten el secreto ahí se hace, ahí sabe la persona lo que hay que hacer y el secreto se va a quedar ahí, en esa persona, hasta cuando encuentre a otra persona con lo mismo y así va pasando”* (E10MUCRB). Este procedimiento se fundamenta en el poder de la palabra sustancialidad que penetra en el cuerpo de la persona y que permite expulsar la enfermedad. Además de la convicción y de fe, la persona recurre a las representaciones socioculturales que integran su patrimonio cultural.

2.5.6. Disponibilidad y obtención de las hierbas medicinales

De acuerdo al origen de las dolencias - algunas identificadas como *síndromes culturales* - y las características personales de quien las padece se organizan los recursos terapéuticos y sus virtudes curativas. Se determinará el tipo, condición y técnica que se empleará para el preparado medicinal. Se combinarán sus propiedades; se usarán plantas frescas o secas; se usaran sus flores, hojas, tallos, semillas, frutos, raíces, etc. Este saber refleja el conocimiento que se posee de la naturaleza y del espacio donde están disponibles los recursos medicinales: la *mawuizum* (montaña), *inaltu leufu* (orilla de ríos), y en el *winkul* (cerro) y en *lelfun* (campo) menor cantidad. Así la medicina Mapuche-Williche se desarrolla y se vincula con la tierra, el agua, el aire y todo lo que constituye la naturaleza.

En el caso de las hierbas medicinales, éstas además de ser un recurso terapéutico tienen una representación simbólica y su uso curativo es expresión de la cosmovisión mapuche en su relación con la tierra y el entorno.

En el momento de su extracción se pide la intervención del *poder* que existe en la planta, *“si ahora yo fui a la montaña, como que todas las hierbas yo las conocía [...] Yo llegué arriba, le decía a mi*

hija aquí hay, hay esto, hay esto. Cogí algunas, poquitas: no traje toda. Imagínese yo fui a pasear, no fui a buscar remedio pero de paso pasear a pedir permiso para poder coger algunas” (E19MLMM-WR). El coger las plantas medicinales es algo sagrado; se dirigen palabras a los ngen, dueños tutelares de las montañas, ríos de seres vividos de la tierra. A ellos se les debe informar cuál será el uso que se le dará a la planta, “uno tiene su planta, o cualquier planta aunque sea en el campo. Uno tiene que llegar y hablarle a la planta, pedirle a planta que le de los remedios para tal cosa, para tal dolor, que le haga calmar los dolores” (E10MUCRB). De acuerdo a la cosmovisión Mapuche, los slawen tienen un püllu (espíritu) y con él se dialoga para pedir el newen que permitirá la sanación de la persona. En esta lógica del conocimiento Mapuche para el Machi Caniullam (2000)

“Mientras no sepamos en qué lugar crece tal planta medicinal, mientras no sepamos en qué momento la debemos usar, mientras no sepamos en qué posición de la luna estamos para usar tal planta, será muy difícil entender y comprender nuestra medicina”. (pág.134)

El slawen se recolecta, se lava y se seca a la sombra para que no pierdan sus propiedades curativas y posteriormente se guardan, “si las tenemos guardaditas, las secamos. Las recogimos ahora como están verdecitas; se recogen, se secan y se guardan. Se secan así en la sombra, no en el sol; quedan verdecitas. Esas unos las lava primero y después las deja secando, estilan” (E10MUCRB).

2.5.7. Contexto Sociocultural Mapuche – Williche y la Etiología de las enfermedades cardiovasculares (ECV).

La enfermedad es universal como experiencia humana y particular en cada cultura, en cuanto al desarrollo de modelos, procedimientos y especialistas para hacer frente a los padecimientos y recuperar el estado de salud. Las categorías de enfermedad en el sistema médico Mapuche–Williche se relacionan con la ruptura en el orden natural y social. Las personas se enferman por haber alterado el equilibrio de su propia naturaleza, por la transgresión de las leyes o norma que están establecida por el *ad mapu* (ley de la tierra), *ad che* (ley de la gente) o por el abandono de prácticas espirituales u otras que tenga relación con su cultura o con el mantener el equilibrio y la armonía. Tal sería el caso de la pérdida paulatina de los patrones culturales de alimentación y de consumo familiar Mapuche - Williche como uno de los factores gravitantes de las enfermedades cardiovasculares.

Es parte del discurso de los usuarios señalar que la diabetes y la hipertensión son “enfermedades que no se conocían antes” o que “antiguamente no se veía esto” (E16HUCRB) pudiendo ser iden-



tificadas como enfermedades propias de la vida moderna e introducida a partir del proceso de “contacto” modificándose las pautas culturales propias de alimentación. Esto se condice con lo señalado en el Informe de la Comisión Verdad Histórica y Nuevo Trato con los Pueblos Indígenas (3003), respecto a que los alimentos “...traídos desde la urbe, los cuáles en la actualidad ya han pasado a ser indispensables para la dieta de cada familia. Yerba mate, azúcar, aceite, fideos, arroz, son hoy en día algunos de estos productos, que en la mayoría de los casos no son reemplazables, pues por el contrario, ellos han venido a reemplazar a los alimentos antes consumidos” (pág. 1398).

Por lo tanto, no resulta incoherente que los usuarios entrevistados den como respuesta sobre la etiología de las ECV razones que tienen relación con una pérdida paulatina de los patrones culturales de alimentación y la incorporación de productos alimenticios occidentales procesados con alta cantidad de grasa y azúcar y pobres en nutrientes, “el antiguo no comía como come uno ahora; uno come cualquier comida que na que ver. El antiguo las comidas eran más sanas [...], el desayuno era un buen desayuno. Ahora no [...] yo, por lo menos, crié a mis hijos normal, no con comida chatarra. Yo los crié como correspondía: con sus leches, con su buen plato de comida; claro que no todos los días carnes, legumbre seca, cosechada de la huerta. Porque ahora no. Ahora lo que pesca la juventud de ahora es ir a comprar la comida lista; llegar, prepararla y dársela. No se dan la preocupación las madres de preparar la comida, con verduras, sino que a comprar” (E7MUM). Otra usuaria señala, “yo me crié [...] hacíamos la comida; cuando había carne, se hacía carne de oveja, pollito, cazuelita; y cuando nosotros queríamos comer legumbres, hacíamos porotitos secos, hacíamos cazuelita así o sino un segundo y otra comida antigua el mote con arvejas seca, [...], lechuguita, chicoria” (E10MUCRB).

Para abordar el deterioro de las condiciones de salud producto de la diabetes o la hipertensión una de las usuarias sostiene que es necesario el autocuidado en la alimentación, “bueno eso fue la gente no más también, la gente que comenzó a servirse esas cosas. Porque si uno se cuida, nunca le proviene esas cosas [...]. Casi más los días comen cosas dulce demasiado, la azúcar le gustaba mucho, y eso le proviene diabetes, por que proviene del dulce, mucho dulce y la sal también” (E10MUCRB). Al profundizar sobre como regulan los parámetros clínicos de estas enfermedades - glicemia y/o la presión arterial – o el prevenir sus complicaciones, la usuaria sabe de algunos cuidados que debe tomar, “me dijeron que yo tenía diabetes, no me pillaron, me dijeron que me estaba dando eso que me [estaba] subiendo el colesterol. Yo le decía cuando uno come cosas con gordura, frituras eso; pero después ya no me encontraron eso, yo me empecé a tratar sola en las comidas, es en las comidas que uno tiene que tener cuidado” (E10MUCRB).

La modificación en los patrones alimentarios tradicionales, ocurrió cuando las familias ya no pudieron continuar con la producción y elaboración de sus propios alimentos. Según señala un



80



entrevistado, *“el cambio en la alimentación fue cuando ya mi mamá ya no hizo más catuto; cuando ella dejó de hacer, porque ya no lo podía hacer y nosotros ya no lo hacíamos, porque después ya empezó a escasear el trigo. Había que estarlo comprando, porque antes mi abuelito lo cosechaba. Antes se sembraba y se cosechaba el trigo y ahí se hacía eso. Y también las papas, se hacía milcao, comíamos mucho el trutruyeco, que le dicen. Eso que se hace en palo, se hace como un rollito y se comía con miel, con dulce, lo comían con ají”* (E10MUCRB). La respuesta del usuario demuestra como hibridación³⁵ socio-cultural producto de la pérdida de la vida independiente a partir de la política de colonización; los programas de transferencia tecnológica iniciados en la década del 60 como parte de la modernización agrícola impulsado por el Estado y la reconversión económica han tenido en el trascurso del tiempo un impacto significativo en las fuentes de equilibrio del Pueblo Mapuche - Williche y en el cambio del sistema de alimentación de las comunidades afectando directamente el estado de salud de las personas. En este sentido, diversas investigaciones de prevalencia e incidencia de la diabetes en comunidades indígenas han concluido que *“algunas poblaciones que todavía viven con un estilo de vida muy tradicional tienen una prevalencia relativamente baja”* en este tipo de enfermedades (Federación Internacional de Diabetes, 2013). Proceso de integración incentivado por los encuentros, la interacción y la reconstrucción de diferentes culturas.

A partir de los relatos, se identifican inconvenientes en los usuarios para tratar las “enfermedad crónica” tanto por la incertidumbre que genera el no contar con la certeza de cuál será su trayectoria, como por tener que iniciar un tratamiento prolongado que contempla la ingesta de un número importante de fármacos, sustancia química que según ellos, es invasiva y que predisponen al organismo a contraer otro tipo de enfermedades, tal como señala la entrevistada, *“según dicen que las pastillas hacen más mal que las agua, [...] al final de tanto tomar esas pastillas se van acumulando en el estómago y por eso mas dicen que proviene el cáncer”* (E10MUCRB). Esta representación social de los fármacos, determina la necesidad que los equipos de salud indaguen sobre la resignificación que los usuarios le dan a la terapia farmacológica provista por el sistema médico oficial, especialmente en contextos culturales diversos o con presencia de usuarios de pueblos originarios.

Frente a estas nuevas enfermedades, los usuarios han ido incorporando la medicina tradicional, *“por mi diabetes igual tomo medicamentos caseros...”* (E1MUR). *“bueno, la manera como bajar*

35 Néstor García Canelini utiliza el concepto de hibridación *“para designar las mezclas de la figuración indígena con la iconografía española y portuguesa. Luego, me sirvió para describir los procesos de independencia y construcción nacional en los que proyectos modernizadores han coexistido hasta nuestros días con tradiciones poco compatibles con lo que los europeos consideran característico de la modernidad”*. El autor profundiza en este concepto en *“Culturas híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad”* (1989) y en *“Culturas híbridas y estrategias comunicacionales”* (1997).



la glicemia. A mí se me subía cualquier cantidad. De manera de bajarme la glicemia, me recomendó esas yerbitas [...] En realidad, que varias veces que me hice los exámenes, me resultó. Y las yerbas que sigo tomando; tomo la limpia plata, que es para purificar la sangre, la pata de caballo, el natre igual lo consumo en tecito, porque eso igual me baja todo eso: la glicemia. Y hay varias yerbitas más, que no me acuerdo del nombre. Pero me he tomado la glicemia y he tomado eso y sí me ha bajado la glicemia. He estado tomando, supongamos, una semana antes de tomarme la glicemia y he llegado con glicemias bajas” (E1MUR); “Ayuda a limpiar la sangre” (E9HUR), este último como un indicador de que la glicemia está en los parámetros normales y que la *sangre sucia o infectada* es la condición en que la diabetes está presente en el cuerpo.

A partir de los relatos se ha podido concluir que tanto la modificaciones en el estilo de alimentación, a través de la incorporación de alimentos que no ayudan a proteger la salud como el abandono de los alimentos preparados según las pautas tradicionales, son criterios nutricionales que están presente en el conocimiento cultural de los usuarios y que están asociados al concepto mapuche de bienestar físico y mental de la persona y de la familia.

2.5.8. Conducta frente a las ECV y el uso complementario de la medicina Mapuche-Williche y la medicina oficial.

Los usuarios diabetes y/o hipertensión en un contexto de *pluralismo médico* (Kazianka, 2012) – no exento de conflicto – inician su *itinerario terapéutico* y de *conducta frente a la enfermedad* con las primeras consultas en alguno de los sistemas médicos, asumiendo determinadas conductas, lo que incluye el reconocimiento de los síntomas, la búsqueda de ayuda, el uso de servicios médicos, el cumplimiento de prescripciones terapéuticas, las respuestas de afrontamiento de la enfermedad, etc.

Se entiende y se relata el estado de enfermedad desde las propias percepciones y experiencias, se interpretan sus síntomas, se definen sus causas y se establece —de acuerdo a los patrones culturales— el tratamiento que hace más sentido, es decir, se adopta una “*conducta frente a la enfermedad (illness behavior)*” de acuerdo al entorno cultural. (Castro, 2000, pág. 27). Este comportamiento “*considera los modos de entender la salud y la enfermedad y buscar tratamiento como socialmente construidos*” (Perdiguero, 2006, pág. 37), incluido el autocuidado y la prevención de la enfermedad, es decir no sólo la descripción de los tipos y frecuencias de uso de servicios sanitarios que pueden realizar los usuarios.

A través de la “*carrera del padecimiento*” como le llama Mercado (1998, en Arganis, 2005, pág.

12), los usuarios buscan, seleccionan y usan determinadas estrategias para recuperar el estado de salud. Esto incluye todas aquellas valoraciones, esfuerzos y acciones que se dan para hacer frente a una o varias facetas del padecimiento y no solo las alteraciones morfológicas, funcionales o bioquímicas generadas por la diabetes o la hipertensión. Los usuarios transitan entre la medicina Mapuche - Williche y la medicina oficial para aliviar las afecciones de ambas enfermedades, como son el mantener el nivel de azúcar en la sangre y la presión arterial en rangos normales, pero también para neutralizar o contrarrestar los efectos no deseados del tratamiento farmacológico convencional.

El consultar uno u otro sistema médico define determinadas conductas de los usuarios:

- a) El usuario consulta en los establecimientos dispuestos por la red asistencial de salud occidental,
- b) luego de recibir el diagnóstico de la biomedicina el usuario acude a la lawentuchefe de la medicina Mapuche-Williche, en busca de diagnóstico diferente y/o complementario.
- c) enseguida decide entre las terapias ofrecidas por alguno de los sistemas o complementar ambas.

El estudio muestra que hay usuarios que en la búsqueda de sanación a sus dolencias con independencia de las indicaciones médicas, siguen un proceso de sanación que integra y combina en forma pragmática elementos de todo el espectro de los recursos terapéuticos disponibles. Asumen por si mismos estrategias de complementariedad, sustitución y/o alternancia de la terapia biomédica con la medicina mapuche y otras alternativa de curación, de esta forma las sintetizan, articulan, mezclan o yuxtaponen formas de atención y tratamiento con hierbas medicinales y fármacos según las creencias y la experiencia de recuperación de la salud donde se demuestra la eficiencia, la credibilidad y se legitima su uso.

Los usuarios complementan el uso de fármacos con la medicina Mapuche-Williche, como parte su itinerario terapéutico, buscando en la integración de las terapias y de los saberes médicos una mayor efectividad en los tratamientos. De esta forma toman de cada sistema médico el o los recursos terapéuticos que alivien su enfermedad o dolencia, como puede ser



una corriente de aire o enfermedades cardiovasculares, “después ya empecé con las hierbas; me fui al campo y le hice tratamiento, la encamé y le hice tratamiento de puro foye; al lado que no está afectado hay que hacerle para que se vuelva, y eso le ayudó mucho; al tiro comenzó a enderezar su carita y hacerle masaje y complementado los dos; seguí llevándola a Osorno y seguí haciéndole los remedios y seguí dándole ánimo y era eso, mi papá y haberse quedado solita y muchas otras cosas” (E19ML-MM-WR), “a mí siempre me gusta así, por que acompañe a los remedios que le dan en la Posta, ayuda arto...” “si, no siento nada de la cuestión de la presión, muy bueno para la presión, lo tomo con las pastilla [...]” (E9HUR). “Por mi diabetes igual tomo medicamentos caseros [...] mi papa me recolecta medicinas en el campo”. (E1MUR).

La alternancia de la biomedicina por la medicina Mapuche–Williche se realiza cuando se perciben los efectos beneficiosos luego del reemplazo de la primera. Según señala una entrevistada, “me doy cuenta por que los dejó de tomar [los fármacos]. Dijo ‘yo me voy a controlar estos días; voy a tomar esa yerbas y no me voy a tomar las pastillas que me dieron; pasa un semana no lo tomo y me tomo en mate; me tomo en te o agua lo deja hervido y lo tomo frio y se relaja mejor que tomar esa pastilla” (E3MUR). Se reconocen mejores resultados usando la medicina Mapuche–Williche, “no, no tomaba hierbas, estaba dedicada a los remedios de la posta. Yo dije voy a cambiar. De repente el pensamiento es para mí bien o para mi mal pero hasta aquí- como le digo- me he sentido bien tomando hierba” (E12MUR).

El modificar la manera de ingesta del fármaco para la diabetes y la hipertensión o el solicitar un cambio en su tipo tiene como propósito evitar los efectos desagradables producidos por los medicamentos. Esto lleva a los usuarios a probar diversas formas de ingesta, “no soporto las pastillas; no quiero tomarlas más. A veces las miro y no quisiera tomarlas nunca más. Es súper desagradable, aparte que son tan grandes que hay que estarlas moliendo” (E1MUR). En otro testimonio se señala que “algunos no me los alcanzo a tomar, porque algunos siempre me caen mal: los que son más amargos, me caen mal. Siento como una amargura en la boca. Los tomos disueltos en agüita y así los tomo; porque así entero son tan duros. Yo creo que un día no se disuelven dentro del estómago por eso los disuelvo mejor” (E2MUR).

Cuando no se obtiene el resultado esperado de los fármacos, se opta por guardarlos: “Yo tengo unos remedios que no me he tomado; los tengo guardados acá. Aquí tengo los remedios; todo eso me daban a mí, así que yo después ya le dije al doctor que ya no me dé más, que yo no me los tomaba, porque me hicieron mal. Una pastilla que me tenía que echarla debajo de la lengua, me dejaban dormía la lengua. Por eso ya no quise tomar” (E10MUCRB).

Por el tamaño del fármaco las personas identifican cual es que el que les causa daño y optan por usar hierbas medicinales por que ven en ella menos efectos en su condición de salud, *“cuando me dieron los primeros, esos grandes, esos me hacían doler el estómago Después le reclamé al doctor y me dio esa chiquitita... cuando la tomo me dan mareos. De repente la tomo, cuando por tomarla, prefiero tomar hierbas, que me dicen que son buenas y eso hago. Porque me siento más mal tomándome la pastilla que no tomándomela. No sé si será bueno, pero yo me siento mal con la pastilla. Entonces, por eso, me dicen esto sirve para la diabetes y tomo eso en hierbas”* (E5MUCRB). Al parecer, los malestares provocados por la medicación no son tomados en cuenta desde la perspectiva biomédica o se les tiene solo como “efectos secundarios” que la persona debe asumir. El concepto subyacente es, por lo tanto, la disparidad o la contradicción que se observa entre lo que espera el médico (que no es percibido por el enfermo) y lo que espera el enfermo (que el *médico no parece conocer*).

En otras oportunidades, cuando los síntomas de las enfermedades cardiovasculares reaparecen se deja de usar la terapia alopática y se consulta a la Lawentuchefe de la medicina Mapuche-Williche, *“yo dejo de tomar un tiempo y de repente cuando estoy muy agotada, que no me puedo parar, vuelvo a tomar hierba otra vez. Después dejo de ir a la médica igual como dejo de ir a la posta. Cuando estoy tomando remedios no voy a la posta, y ahí me levanto un poco. Si yo no estoy sana, yo sé que no estoy sana. Anoche mis piernas estaban como una bolsa y tomo mis remedios igual y no me deshinchon ni las piernas”* (E8MUR).

También hay modificación de la indicación del tratamiento farmacológico, en aquellos casos donde se indica: tres veces al día, se opta por tomarlo de una sola vez y en el horario que más acomode o simplemente dejar el tratamiento producto de los malestares que provocan, *“sí, por que, cuando eché de ver que me hacían mal, ya no las tomé; los dejé. Una semana sin tomarla y ya eché de ver que cambió mi cuerpo. O sea, en la noche no dormía casi [...] Notaba que me hacían mal, cuando lo tomaba. Por ejemplo, lo tomaba en la mañana, como ser el paracetamol una al día, la aspirina una al día, las otras pastillas también. Todas una al día, así que todas esas pastillas las juntaba y las tomaba de un viaje. Así que en el día no sentía nada, pero en la noche me daba esa calor, ya no dormía; me daba como una desesperación. Así que las dejé; cuando dejé de tomar esas pastillas no me dio esa calor y tampoco la desesperación y también seguí durmiendo bien [...] De repente, como que ya no los quiero tomar, porque yo noto que no me hacen bien, por lo menos esas pastillas para la diabetes no me las puedo tomar, porque con eso me ando cayendo”* (E10MUCRB). Es mediante el abandono de la medicación que los usuarios comprueban los malestares que le provocan los fármacos. Por lo tanto deciden distanciar, abandonar o mantener una ingesta irregular del tratamiento de la biomedicina.

Hay usuarios que refieren consultar la medicina tradicional porque no observan resultados o mejoría con el tratamiento de la medicina occidental o porque dudan de las indicaciones del profesional alópata, *“me duelen, de aquí, de la espalda para abajo y con nada me sano. ¡Nada! Yo le dije al doctor. Me dijo que vaya más seguido. Y qué saco de ir todos los días si quedo igual, qué saco”* (E8MUR). El concepto de mejoría que tienen los usuarios indígenas es el que proviene de la práctica y de la experiencia, esto significa que el remedio hace bien cuando proporciona alivio y/o mejoría apreciable del o los padecimientos. Y la medicina hace mal cuando no se notan los resultados anteriores o cuando aparecen molestias concomitantes a las que ya tenía o bien una agravación de éstas.

Igualmente se reconoce que hay enfermedades que son resueltas por cada uno de los sistemas médicos, en forma independiente. En el caso de la biomedicina señalan que *“algunas pastillas que no son tan fuertes, algunas hacen mejores también, incluso cuando a uno le da esa bronconeumonía, uno a veces aquí no tiene esos remedios de hierbas, también uno tiene que acudir al doctor”* (E10MUCRB). Otras enfermedades de mayor complejidad solo pueden ser atendidas por el o la lawentuchefe de la medicina Mapuche–Williche, *“después de eso, cuando tuve la segunda perdida [...] fui a otra parte, a otra machi [...] de las que dan remedios...esa señora me dijo lo mismo, que era un mal.”* (E5MUCRB).

2.5.9. Percepción y respuesta de los usuarios frente a la terapia oficial.

El objetivo general del tratamiento en la persona con diabetes e hipertensas es reducir el riesgo de mortalidad y morbilidad cardiovascular, a través del control de todos los Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV) modificables identificados tales como tabaquismo, dislipidemia, obesidad, sedentarismo y la propia DM e HTA.

El tratamiento se basa en:

- a) Cambios en el estilo de vida (alimentación saludable, terapia nutricional, actividad física)
- b) Tratamiento Farmacológico, cuyos planes y metas deben ser personalizados.

Idealmente, se plantea iniciar el tratamiento con cambios de estilo de vida y en caso de no lo-

grarse las metas propuestas, complementarlo con terapia farmacológica en sus diversas etapas.

Este último tipo de tratamiento presenta importantes dificultades a nivel de adherencia influye directamente en la compensación del usuario y con incidencia en sus condiciones y calidad de vida, en los años de vida saludables perdidos y en la morbilidad y mortalidad de la población diabética e hipertensa.

Los usuarios que están en control en el programa de salud cardiovascular, acuden regularmente a retirar sus fármacos en los establecimientos de salud, pero una vez en la casa determinan autónomamente la dosificación a tomar, el mezclarlo con otros elementos terapéuticos o simplemente abandonar el tratamiento dispuesto por la medicina oficial. En otras ocasiones y sin informar al médico, resuelven simplemente aumentar, reducir o espaciar las dosis indicadas por el profesional alópata, *“no algunos...porque tomo todo, todos los días, por ejemplo tomo uno de una clase uno al día, de ahí dejo pasar y me tomo otro al otro día [...] porque me hacían mal, me daban mareos...”, “el que tomo para la diabetes...cuando me dieron los primeros...esos grandes., esos me hacían dolor el estómago..”*. (E5MUCRB),...*“mire a veces me los tomo todo, y a veces cuando yo me siento normal no los tomo, cuando ya me siento media descontrolada ahí tomo el enalapril, lo que tomo estable es el paracetamol. Si uno se nota cuando está descontrolada y a veces está normal”*. (E7MUM) Este proceder puede tener su explicación en el uso de: “la diabetes” o “la hipertensión” en tanto concepto como enfermedad empleado por la medicina occidental y que no están en la matriz cultural de los usuarios Mapuche–Willeche. En su reemplazo podríamos hacer referencia a “usuarios o personas con padecimiento crónicos” como experiencia individual, con una mirada desde la epidemiología sociocultural y considerando que la medicina mapuche – willeche trata a “la persona” y no la enfermedad o la patología.

Los usuarios se explican el proceso salud-enfermedad-sanación a partir de la propia percepción y experiencia, identificando las causas y el tratamiento más adecuado, tomando, muchas veces, distancia del modelo explicativo de la biomedicina y de su cartera de servicios, poniendo en duda sus estándares de calidad y eficacia. Siguiendo con esta lógica optan por la medicina Mapuche–Willeche y se le oculta la información al profesional de la medicina oficial, *“estuve como un año en control, todos los meses me iba a controlar. Cuando llego después, me dijo ‘¿qué tomó mi paciente?’, Yo me reía; yo le dije ‘sus pastillas que me da, pues doctor’. No le dije na de la otra cuestión que me ayudó fue la hoja del nogal”* (E9HUR), *“en la posta no me dicen nada, que más, que tengo que ir a la posta a buscar mis pastillas”* (E8MUR). Al parecer los usuarios mantendrían una adherencia al tratamiento por condicionamiento o temor, más que por convicción de la efectividad del mismo. Los usuarios esperan que el remedio empleado proporcione alivio y/o



mejoría apreciable del o los padecimientos.

Está presente en los usuarios la convicción de que la biomedicina - globalizada y ratificada por Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir de 1948 ³⁶ - no consigue la curación esperada y que los efectos de fármacos son más nocivos que beneficiosos para el organismo, *“porque en el hospital no me sanan. Con tantas pastillas, no me sanan. Me dan una bolsa de pastillas y, en veces, no me las puedo terminar de tomar”* (E8MUR). Consideran, además, que las hierbas medicinales pueden ayudar a mejorar su condición de salud: *“Nosotros tenemos más fe en las hierbas. Mucha pastilla, se daña el estómago. Imagínese tomando pastilla todos los días, esa pastilla va quedando ahí. ¿Cuántos días pueden pasar para se disuelva el omeprazol que viene con ese plástico?”* (E4MUR). Para los usuarios el mantener los síntomas de la diabetes y la hipertensión arterial sin lograr la mejoría esperada, es poner en discusión un tratamiento indicado por el facultativo de la medicina oficial, quien sabe y conoce de este tipo de enfermedades.

Ante las persistentes quejas frente a los efectos no deseados de los fármacos surge el consejo o la sugerencia de familiares o cercanos para abandonar su uso, *“siempre le dije a mi mami: ‘pero ésas te van a hacer bien para una cosas y mal para otra’. La mamá, así me decía. O si no, cuando de repente decía ‘no dormí nada. ¿No serán las pastillas? Como que siempre anda con eso uno [...] ahora no, como ahora no tomo esas pastillas, duermo pero hasta me pilla el sueño’* (E10MUCRB).

La adherencia a la terapia convencional también se ve influida por la información que entregan los medios de comunicación, advirtiendo los daños de los fármacos, *“yo esos remedios no los tomo todos como se dicen, como corresponde. Hace tiempo dieron un reportaje en televisión que uno si toma tanto remedio, dicen que estos remedios se le van acumulando dentro del estómago no se llegan a disolver todos. Entonces de ahí tomé de no tomarlos como corresponde tanto. No sé algo será, como lo dieron por reportaje”* (E7MUM).

En los usuarios, particularmente en los de edad más avanzada se presente la dificultad de tener que retener los nombre y para qué sirven los fármacos dosificación y la cantidad que deben tomar, todos aspectos que también van a influir en lograr los niveles de compensación exigidos por el equipo de salud, *“palabra que no me acuerdo. Si son tantos remedios hijito, tantos remedios. Tengo remedios por todos lados. ¿Para qué le voy a estar mintiendo? No me gusta la mentira, me gusta decir lo que es no más. Me dan dolores, me agotan, que duermo. Va a llegar el mes y no me las voy a ter-*

36 En 1948 se funda la Organización Mundial de la Salud (OMS) organismo especializado de las Naciones Unidas cuyo objetivo es *“alcanzar, para todos los pueblos, el mayor grado de salud”*.

minar, dos en la mañana, dos en la tarde...” (E8MUR). Como este caso, hay otros de similares características, como el de una usuaria diabética e hipertensa de 67 años, analfabeta que toma 8 fármacos distintos, con un total de 13 fármacos por día.

Se tiene una actitud de alerta, hasta defensiva, frente a los efectos no deseado de los fármacos, considerando la alternativa de usar el tratamiento con hierbas medicinales, *“mire, yo le voy a decir francamente, yo las pastillas las tomo por que el doctor me dijo que tenía que tomarlas, porque si no, yo no las tomaría tampoco; pero si me siguen haciendo mal yo voy a preferir las hierbas y así lo estoy haciendo” (E6MUCRB). Se sostiene un mayor beneficio de las hierbas medicinales que de los fármacos: “una pastilla grande que me dan, pero en veces la tomo cada tres días y, cuando tomo la pastilla, me hago esas hierbitas. Las hierbas me hacen mejor” (E6MUCRB).*

Los usuarios diabéticos e hipertensos indígenas han visto la efectividad terapéutica de las hierbas medicinales y reconocen sentirse mejor usando medicamentos de la posta junto con las hierbas. Reconocen que son más lentas que los fármacos. Esta opción de tratamiento no se comenta con el médico o demás profesionales de la salud, aduciendo una posible molestia del facultativo de la salud convencional, *“no yo no le digo na a los doctores porque se me pueden enojar [se ríe]. Hubo un tiempo que yo tomé puro medicamento de hierbas. Nunca tuve glicemias altas; y no quería decirle a la doctora que no me tomaba los medicamentos. Y resulta que me tomaban la glicemia y la glicemia estaba siempre baja. Y la doctora me preguntó ‘¿qué cosa está tomando? ¿Te estás tomando tus medicamentos?’; pero yo no me los estaba tomando” (E1MUR). Si bien los usuarios refieren hacer un esfuerzo por seguir el tratamiento indicado por médico, como información para dejarlo conforme, lo cierto es que no se toman los fármacos y consultan en la medicina tradicional.*

Hemos visto que la dificultad en la adherencia al tratamiento farmacológico de los usuarios diabéticos e hipertensos indígenas, tiene que ver con actos involuntarios, como olvidos o confusión (falta de adherencia no intencionada), pero también por una decisión voluntaria (falta de adherencia intencionada), ya sea por temor a las reacciones adversas, la percepción de ausencia de mejoría o por ser percibidos como elementos invasivos para el organismo. Para las personas consultadas los medicamentos debieran aliviar o contrarrestar el dolor o los malestares, el efecto contrario es interpretado como un daño adicional para el cuerpo, dejando a la persona en estado vulnerable; es decir, la condición de “che” (persona) se debilita o pierde la actitud de alerta, quedando expuesto para la adquisición de otras enfermedades, *“sí, me han dicho que caen mal muchas pastillas [...]. Algunos dicen que se le hacen como una arenita dentro del estómago, producto de tomar tanta pastilla” (E2MUR).*



La falta de adherencia al tratamiento farmacológico es un tema de salud pública mundial que ha sido motivo de amplias investigaciones desde el año 1950 y que en el caso de las Enfermedades No Transmisibles, conocidas como enfermedades crónicas, dan lugar a un sufrimiento evitable para los usuarios y a costos excesivos para los sistemas de salud oficial. La OMS el año 2004 definió la adherencia al tratamiento prolongado como *“el grado en que el comportamiento de una persona -tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas con un profesional de la asistencia sanitaria”* e identifica algunos factores que influyen sobre la adherencia terapéutica, que se relacionan por un lado, con el tratamiento en sí mismo, su duración, los cambios que puedan prescribirse, sus fracasos y efectos colaterales. Por otro lado, se identifican factores directamente relacionados con los elementos y herramientas de las que dispone el enfermo para enfrentar el proceso de la enfermedad y su tratamiento. Aquí se incluyen los conocimientos, las actitudes, las creencias, percepciones, expectativas frente al tratamiento, la incredulidad del diagnóstico y el entender mal las instrucciones de tratamiento. A lo que se suman factores socioeconómicos, como por ejemplo: condiciones socioeconómicas deficientes, pobreza, analfabetismo, bajo nivel educativo, falta de redes de apoyo social efectivos, condiciones de vida familiar inestables, situaciones medioambientales cambiantes, la cultura. Este detalle de condicionantes que explican, desde el institucionalidad pública de salud, la falta de adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas, responsabilizando en la mayoría de las veces al usuario al margen de su contexto cultural; dejando al margen al equipo de salud y en especial al modelo de salud oficial, incapaz de reconocer la existencia de sistemas culturales de salud diversos, integrados, totales y lógicos.

2.5.10. Relación establecida entre usuarios y profesionales de la biomédica.

En el itinerario terapéutico seguido por los usuarios indígenas diabéticos e hipertensos y en respuesta al tratamiento farmacológico se distinguen los procedimientos del profesional médico alópata y el de los usuarios que consultan en los establecimientos de atención primaria de salud que se ubican en territorio Mapuche-Williche donde se realizó el estudio.

Las personas entrevistadas reconocen ser portadoras de un conocimiento transmitidos por los Fucha/Chemche: ancianos y ancianas a través de los años, que contribuye en el cuidado y recuperación de la salud y que es de manejo familiar, *“lo aprendí de mi abuela...y los doctores no lo saben hacer”*. El escaso interés por la historicidad del usuario, por su conocimiento y uso de la medicina Mapuche-Williche, es algo percibido por el usuario, *“le dije yo tomo mi yerba;*

se rió; me miró, dijo ‘ah, esta señora si que es porfia’ Ya, déjeme no más. Sí, soy porfia. Pero yo no soy porfia, por que sí, yo sé que me hacen bien” (E3MUR). Ciertamente, se aprecia por un lado como el ejercicio clínico del profesional de la medicina occidental asume con cierta facilidad el anular el conocimiento de los usuarios y sólo exige el uso de la biomedicina, “los médicos no me dicen nada por tomar hierbas. Lo único que me obligan que tome todos estos remedios”(E8MUR), sin dar la importancia a los factores cultura en el diagnóstico y tratamientos de las enfermedades y sin considerar que la medicina en sí misma es una construcción social y cultural (Murillo, 2015). Por otro parte, hay un proceder del profesional de la salud que no se condice con lo señalado en el Convenio 169 de la OIT, respecto a que los estados y los prestadores de salud deben “velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados [...], a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental”

El actuar coercitivo del médico al momento de informar el diagnóstico y la evolución desastrosa de la enfermedad de no seguir el tratamiento tal como se indica, determina que las personas sientan temor a posibles represalias del sistema si reconocen que no adhieren al tratamiento biomédico o que usan otro tipo de terapias. Por lo tanto, optan por ocultar que no se toman medicamentos, “porque si me muero dicen que no me van a recibir en el hospital [...] a veces los doctores te dicen que si no tomas los medicamentos te va a pasar esto y esto y uno queda con miedo. Te dicen que te vas a quedar ciega. Son muy crueles; deberían decirlo de otra forma. Estuve súper mal [pensaba] que mis hijos iban a quedar solos” (E1MUR).

“el lenguaje utilizado por los profesionales de la salud es un elemento crucial en la comunicación intercultural en salud, es un medio para lograr la empatía y confianza con el usuario. La ausencia del manejo de un vocabulario local básico; el propósito y la necesidad de algunas intervenciones, tales como la extracción de sangre para medir la glucosa o explicar lo incurable de la diabetes, terminan por distanciar a los actores del proceso terapéutico”. (Lerín, en prensa)

En las entrevistas es frecuente escuchar decir a los usuario que el médico “siempre tendrá la razón”; “No sé, pero he escuchado, a mí nunca me lo han hecho, que se enojan cuando le dicen que toman hierbas: Pa’ eso están ellos, para dar tratamiento. Si, pue [se ríe] bajo cuerda dirían” (E9HUR). “No le he dicho porque si no me van a decir usted no se los quiere seguir tomando. Si uno no le gana a ellos” (E5MUCRB). De esta forma el modelo biomédico va configurando en el usuario la idea de que son exclusivamente los profesionales de la salud oficial, especialmente el médico, quien posee el conocimiento sobre las enfermedades - adscritas a una nomenclatura biomédica - y las herramientas para determinar los diagnósticos y dictar los tratamiento que deben seguir las personas para aliviar sus dolen-



cias, así *“los médicos se apoderan del lenguaje: la persona enferma queda privada de palabras significativas para expresar su angustia, que aumenta más aún con la mistificación lingüística”* (Illich, 1975, pág. 152).

Según lo referido por los usuarios(as) entrevistados(as), en ocasiones el equipo de salud – en especial el profesional médico – se comporta con indiferencia si sabe que una persona usa medicina Mapuche–Williche y sólo *“obliga”* el uso de la biomedicina, *“el doctor no me dice nada, los médicos no me dicen nada por tomar hierbas. Lo único que me obligan que tome todos estos remedios”* (E8MUR); *“porque el doctor me dijo la otra vez que tenía que seguir tomado las pastilla no más, aunque me hicieran mal”* (E6MUCRB). La estructura de un discurso positivista de la salud usado como estrategia para perpetuar el modelo biomédico, deberá ser entendido en el contexto que las instituciones legitiman dicho conocimiento y práctica. Esto trae consigo la instauración de una relación asimétrica de los saberes e importantes barreras culturales - lingüísticas y de comunicación - entre prestadores y usuarios de los servicios de salud, que no favorece el diálogo y la construcción de una salud intercultural³⁷ en territorios con una importante presencia de población indígena. Para Lerín *“las barreras culturales entre el personal de salud y los pacientes indígenas se refieren al uso de lenguas distintas, al alto analfabetismo, a una “falta de cultura médica” de las poblaciones indias y a la descalificación que el médico hace de las terapias tradicionales”*. (Lerín, 2007, pág.752)

En el caso particular, la escasa consideración hacia la medicina mapuche ocurren en un contexto geográfico donde más del 32% de los usuarios en control en PSCV son de origen indígena. Este proceder trae a la memoria episodios históricos traumáticos de estigmatización y marginación vivido por las comunidades mapuche-williche, como resultado de la persistente enajenación social y cultural. En este sentido, bien valdría tener en consideración el enfoque de los determinantes sociales de salud, respecto a la relevancia del *“conocimiento de la salud de pueblos diferenciados culturalmente y con tradiciones médicas propias”* y la necesidad de que las intervenciones en salud sean culturalmente pertinentes, respetando en los usuarios *“sus propias concepciones y prácticas en materia de salud, enfermedad y curación”* (Pedrero, 2011, Pág. 30). De esta forma queda demostrado cuando el Ministerio de Salud señala que las *“atenciones de salud no tienen la pertenencia cultural”* requerida y que la *“concepción de salud de los pueblos indígenas”*, no solo tiene relación con el aspecto físico sino que con la armonía que debe existir con el

37 Por tratarse del ámbito de la salud, uso el concepto de interculturalidad utilizado por Myrna Cunningham en donde, *“todos los sistemas de salud cuentan con la posibilidad de ser practicados en igualdad de condiciones por las personas que lo han hecho tradicionalmente, pero también significa que cuentan con recursos y espacios para el intercambio de conocimientos, saberes, dones y prácticas que aseguren su desarrollo, revitalización y reproducción”* (2002). La autora es una mujer del pueblo indígena Miskitu de la comunidad de Waspam situado en las márgenes del Río Wangki en Nicaragua. Tiene una vasta experiencia en la defensa de los derechos de los pueblos indígenas.

entorno, siendo fuente de enfermedad el quiebre del equilibrio y la transgresión de las leyes de la naturaleza, provocando la enfermedad tanto física como espiritual (MINSAL, 2011).

3. **Propuesta Participativa de Transversalización del Enfoque Intercultural en el PSCV en el Territorio de Kurileufu – Río Negro.**

Si bien existen importantes instrumentos jurídicos de orden nacional e internacional que hacen exigible los Derechos a la Salud de los Pueblos Indígenas al momento de indagar en la implementación del Programa de Salud Cardiovascular con alta concentración de población Indígena, como el caso de la Jurisdicción del Cacicado de Riachuelo, queda en evidencia la necesidad de avanzar en la incorporación del Enfoque Intercultural en los Programas de Salud y asumir lo planteado por el Ministerio de Salud en cuanto a que el *“modelo científico occidental” no es el único deseable y válido* (MINSAL, 2013) ya que existe un complejo mundo de creencias, valores, normas, conocimientos y prácticas médicas ligados a la experiencia de salud - enfermedad en donde las enfermedades cardiovasculares (diabetes mellitus e hipertensión arterial) *no son parte de la matriz cultural* de los usuarios Mapuche-Williche que consultan en los establecimientos de salud ubicados los sectores rurales de Riachuelo, Millantue y Costa Río Blanco.

Esto significa que el proceso salud/enfermedad/atención no puede ser entendido al margen del contexto cultural de la persona, consensuando mecanismos que permitan la articulación de ambas racionalidades: la científica dicotómica-binaria que todo lo objetiva y la Mapuche - Williche holística e integral centrada en la persona y en el *küme – mongen*, es decir, no solo la enfermedad como afección orgánica.

Por lo tanto, el enfoque de la salud intercultural en territorio Mapuche-Williche implica necesariamente un cambio en el paradigma del ejercicio de la medicina oficial - saber experto y oficial - que conduzca al respeto y valoración del conocimiento de la lawentuchefe y de usuarios de la Medicina Mapuche-Williche, haciéndose real y efectiva la *“modificación de los programas de salud [...] para darles coherencia con la cosmovisión y prácticas de salud propias de los pueblos indígenas”* (MINSAL, 2012), debiéndose adecuar las estrategias terapéuticas a las especificidades culturales de cada territorio teniendo en consideración que los usuarios siguen un itinerario terapéutico donde complementan, alternan y sustituyen la medicina oficial, ya sea para tratar los síntomas propios de las enfermedades cardiovasculares o para contrarrestar los efectos adversos del tratamiento farmacológico. Por consiguiente y de acuerdo al proceder de los usuarios vamos concebir por medicina intercultural como *“la práctica y el*



proceso relacional que se establecen entre el personal de salud y los enfermos, donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y donde se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería) sean satisfactorios para las dos partes” (Campo, 2004, pág.129).

La construcción de relaciones interculturales en el territorio de *Kurileufu* (Río Negro) ha permitido iniciar un proceso de diálogo conducente a reconocer y legitimar el conocimiento y las prácticas de la medicina Mapuche – Williche. Es a partir de un trabajo conjunto con usuarios, dirigentes y kimche de la medicina que se acuerda el desarrollo de una propuesta operativa e integral tendiente a otorgar pertinencia cultural al Programa de Salud Cardiovascular.

El enfoque intercultural en el Programa de Salud Cardiovascular se entenderá como una estrategia teórica-metodológica de visibilización, comprensión y de respeto de la diversidad cultural en el abordaje del proceso salud/enfermedad. Será un trabajo de mediano y largo plazo que requiere una activa participación de dirigentes, usuarios, cultores de la medicina y comunidades indígenas en general, además del compromiso y voluntad explícita de las instituciones de la red de salud para promover en una propuesta de diálogo, intercambio y complementariedad entre los sistemas médicos.

Las líneas de acción propuestas para la transversalización del Enfoque Intercultural en el Programa de Salud Cardiovascular en el Territorio de Río Negro, son las siguientes:

1. En el ámbito de las *competencias culturales del equipo de salud* se propone el desarrollar de un proceso de capacitación continua orientado al conocimiento, respeto y valoración de la medicina Mapuche - Williche, donde el sistema de salud oficial es uno más de la red de prestadores de salud y donde *“lo tradicional y lo científico no son categorías homogéneas, ni cerradas, ni estáticas, ni aisladas, ni son las únicas formas de atención a la salud a las que recurre la población”*, de acuerdo a lo señalado por Menéndez (1987) citado por Ramírez (2009, pág. 5).
2. En el ámbito de los *registros e instrumentos*, se propone la adecuación cultural del protocolo de atención y la incorporación del enfoque étnico en el sistema de registro del Programa de Salud Cardiovascular, procedimiento que deberá contar con la participación de los usuarios y el socializar del equipo de salud sobre la importancia de contar con este tipo de información.

3. En el ámbito de los *factores protectores culturales* cardiovasculares, se propone el fortalecer los saberes alimentarios propios de la identidad territorial Mapuche - Williche, a partir del manifiesto reconocimiento por parte de los usuarios que la pérdida de los patrones culturales de alimentación y de consumo familiar son un factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y por ser el proceso de alimentación es un hecho sociocultural relevante y una estrategia básica de socialización familiar e interacción con el medio natural.
4. En el ámbito del conocimiento y la *práctica* de la medicina Mapuche - Williche se propone la recuperación y uso de los *recursos terapéuticos tradicionales*, por medio de un trabajo participativo con usuarios y agentes de la medicina mapuche en diversos sectores de la comuna, especialmente en aquellos con mayor concentración de población indígena.
5. En el ámbito de de la *generación de conocimientos y evidencia*, se propone realizar estudio en el sector urbano de la comuna de Río Negro, teniendo en consideración que las enfermedades cardiovasculares afectan en mayor proporción a la población Mapuche-Williche residente en la ciudad, haciéndolos más vulnerables debido a las condiciones propias de la vida moderna (Pedrero, 2011, pág.53). Razón por la cual es importante generar evidencia que permita tomar decisiones adecuadas en los programas de salud, entre otros, sobre los factores de riesgo que puedan modificarse y potenciar los factores protectores que puedan disminuir este riesgo en la población mapuche con respecto a la no mapuche.



INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1

Tasa ajustada de mortalidad general en población mapuche y no mapuche.
Servicios de Salud seleccionados. (Trienio 2004 – 2006).

Gráfico 2

Chile. Evolución tasa bruta de mortalidad por Enfermedades del Sistema Circulatorio.

Gráfico 3

Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades del Sistema Circulatorio
en población mapuche y no mapuche
Servicios de Salud seleccionados. (Trienio 2004 – 2006).

Gráfico 4

Tasa ajustada de mortalidad por Enfermedades del Sistema Circulatorio
en población mapuche y no mapuche por área de residencia habitual. (Trienio 2004-
2006).

Gráfico 5

Evolución de la Población Comuna de Río Negro.

Gráfico 6

Distribución de la Población de 0 -64 años y ≥ 65 años 1990-2000 .

Gráfico 7

Evolución de la Población Mapuche mayo de 15 años Censos 1992-2002.

Gráfico 8

Población bajo control PSCV por establecimiento de salud (junio 2012).

Gráfico 9

Evolución de la población bajo control en el PSCV CECOSF Riachuelo. (2010-2012).

Gráfico 10
Distribución de los encuestados por grupo etario y sexo.

Gráfico 11
Distribución de los encuestados por nivel de escolaridad.

Gráfico 12
Estado nutricional de los usuarios Mapuche-Williche con DM e HTA.

Gráfico 13
Estado Nutricional de los usuarios Mapuche-Williche con DM e HTA, según sexo.

INDICE DE FIGURAS

Figura 1
Región de los Lagos. Comuna de Río Negro

Figura 2
Delimitación Geográfica del Estudio

Figura 3
Dimensiones Sistemas Médico y Mapuche-Williche

INDICE DE TABLAS

Tabla 1
Población Censo 1992 – 2002 – Proyección 2012

Tabla 2
Descripción Entrevistas en Profundidad



ANEXO

Tabla 2
Descripción Entrevistas en Profundidad

Código de Referencia	Descripción
E1MUR	Usuaría diabética e hipertensa, 41 años.
E2MUR	Usuaría diabética e hipertensa, depresión, 74 años.
E3MUR	Usuaría diabética e hipertensa, 69 años.
E4MUR	Usuaría diabética e hipertensa, EPOC, Artrosis de cadera, 86 años.
E5MUCRB	Usuaría hipertensa, 86 años.
E6MUCRB	Usuaría diabética e hipertensa, depresión, Asma Bronquial, 60 años.
E7MUM	Usuaría hipertensa, Artrosis de Cadera, 77 años.
E8MUR	Usuaría hipertensa, 82 años.
E9HUR	Usuario diabético, hipertenso, 83 años.
E10MUCRB	Usuaría hipertensa, artrosis de cadera, 72 años.
E11MUCRB	Usuaría hipertensa, 82 años.
E12MUR	Usuario diabético e hipertenso, 57 años.
E13MUCRB	Usuaría hipertensa, EPOC, depresión, Asma Bronquial, 73 años.
E14MUCRB	Usuaría hipertensa, Artrosis de cadera, 76 años.
E15MUCRB	Usuaría hipertensa, depresión, 78 años.
E16HUCRB	Usuario hipertenso, 73 años.
E17HLMM-WH	Lawentuchefe de la Medicina Mapuche-Williche, 67 años.
E18MLMM-WR	Lawentuchefe de la Medicina Mapuche-Williche, 59 años.
E19MLMM-WR	Lawentuchefe de la Medicina Mapuche-Williche, 55 años.
E20MLMM-WR	Lawentuchefe de la Medicina Mapuche-Williche, 63 años.
E21MLMM-WM	Lawentuchefe de la Medicina Mapuche-Williche, 57 años.

Entrevista: E1, E2,...E21.

Sexo: M (mujer) H (hombre)

Usuaría (o): U

Lawentuche de la Medicina Mapuche-Williche: LMM-W

Localidad: M (Millantue); CRB (Costa Río Blanco); R (Riachuelo); H (Huilma)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, P; Forno, A. (2001) *Fütawillimapu*. Corporación Nacional de Desarrollo Indígena. Programa Postítulo en Educación Intercultural Bilingüe. Universidad de Los Lagos.
- Arganis, Nora (1999) En Arganis. La autoatención en un grupo de ancianos con diabetes residentes en Iztapalapa. *Revista Cuicuilco*. Vol. 12. N° 33, enero-abril, 2005. Escuela Nacional de Antropología e Historia. México. 2005. Pág. 12.
- Barrera, Estanislao (1993) Una Síntesis sobre los Modelos Médicos Curanderos y Terapeutas Enteogénicos. Repositorio Institucional de la Universidad de Veracruzana. México.
- Recuperado el 03 de julio del 2015 de <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/1329/1/199386P65.pdf>
- Bengoa, José (1996) Población, familia y migración mapuche. Los impactos de la modernización en la sociedad mapuche 1982 – 1995. *Revista N° 6*. Recuperado el 27 de septiembre del 2015 de <http://200.10.23.169/images/publ/PENTU6.pdf>
- Boccaro, Guillaume (2004) *Del Buen Gobierno en Territorio Mapuche: Notas acerca de una experiencia en salud complementaria*. Cuaderno Antropología Social, jul. /dic. N°20. Pág. 121.
- Bouche, Henri (2001) *La Salud en las Culturas*. Universidad Nacional de Educación a Distancia. 2001.
- Burgos, J. I., McFall, S., & Quidel, J. (2002) Rume Kagenmew Ta Az Mapu. Epidemiología de la transgresión en Makewe-Pelale. Ñuke Mapuförlaget. Recuperado el 10 de julio del 2015 de http://www.mapuche.info/wps_pdf/Ibacacheo20200.PDF
- Campos, Roberto (2004) Experiencias sobre salud intercultural en América Latina. En *Salud Intercultural en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Ediciones Abya-Yala. Quito-Ecuador. Agosto. Campos, Roberto
- Carbonell, Beatriz (2001) La Cultura Mapuche y su estrategia para resistir estructura de asimilación. Experiencias Antropológicas en Patagonia fundamentan alternativas de cambio para superar conflictos étnicos. *Revista Gazeta de Antropología N° 17*. Art. 05. Universidad de Fasta. Argentina. Recuperado el 03 de julio del 2015 de http://www.ugr.es/~pwlac/G17_05Beatriz_Carbonell.html
- Castro, Roberto (2000) *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Universidad Nacional Autónoma de México. Centro Regional de Investigación Multidisciplinarias. Cuernavaca. Morelos. Pág. 27.
- Caniullan, Víctor (2000) El mundo mapuche y su medicina. Recuperado el 03 de julio del 2015 de http://repositoriodigital.uct.cl/bitstream/handle/10925/460/ACER_956-7019-14-2_03_2000_1_cap9.pdf?sequence=1



- CEPAL (2014) Panorama Social de América Latina 2014. Santiago, Chile.
- CEPAL (2012) *Desigualdades territoriales y exclusión social del pueblo mapuche en Chile: Situación en la comuna de Ercilla desde un enfoque de derechos*. Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile.
- CEPAL (2007) Panorama Social de América Latina 2007. Santiago, Chile.
- Citarella, Lucas (2009) Desarrollo de la Salud Intercultural en Bolivia: Desde las experiencias locales a las Políticas Públicas de Salud. En *Yachay Tinkuy. Salud e Interculturalidad en Bolivia y América Latina*. Editorial Gente Común. Bolivia.
- Comisión Verdad Histórica y Nuevo Trato con los Pueblos Indígenas (2003) Informes Finales de los Grupos de Trabajo. Volumen 3. Anexo Tomo III.
- Foerster, Rolf (1985) *Vida Religiosa de los Williches de San Juan de la Costa. Colección Cultura y Religión*. Editorial Universitaria. Santiago. Edición Rehue 1985.
- Geertz, Clifford (1994) *Conocimiento Local. Ensayos sobre la Interpretación de las Culturas*. Ediciones Paidós Ibérica. Barcelona, España.
- Ibacache, J., McFall, S., & Quidel, J. (2002) Rume Kagenmew Ta Az Mapu. Epidemiología de la transgresión en Makewe-Pelale. Ñuke Mapuförlaget. Recuperado el 10 de julio del 2015 de http://www.mapuche.info/wps_pdf/Ibacacheo20200.PDF
- Illich, Iván (1975) *Némesis Médica*. La Expropiación de la Salud. Barral Editores. México.
- Marileo, Armando (2001) Mundo Mapuche. En *Cosmovisión Indígena y Biodiversidad en América Latina. Memoria del 1er. Seminario Taller*. Comunidad Chorojo, Cochabamba – Bolivia COMPAS / AGRUCO.
- Marileo, Armando (2009) Sistema Médico Mapuche. Centro de Estudios del Mundo Mapuche. “Wallme Kintun”. Temuco.
- Kaziank, Bárbara (2012) ¿El Pluralismo Médico como concepto adecuado en el contexto de la Biomedicina “Global” y la Medicina Indígena “Local”? Un Ensayo sobre la Realidad Médica de los Mayas Itzaes en San José, Guatemala. *Scripta Ethnologica*, 34, 39-68. Recuperado el 10 de julio del 2015 de <http://www.redalyc.org/pdf/148/14828711003.pdf>
- Lerín, Sergio. *El Problema de la Diabetes Mellitus Tipo-2 en Pueblos Originarios de México. Una propuesta Intercultural y Derechos Humanos en Salud*. CIESAS - México. En prensa.
- Lerín, Sergio (2007) Salud Mental y Alcoholismo: Un tema Intercultural olvidado. Propuesta



100



de Capacitación para el personal de la salud que atiende a Población Indígena. En *Estudio de Antropología Biológica. Instituto de Investigación Antropológica. Universidad Autónoma de México. Volumen III.*

Menéndez, Eduardo (1988) Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 30 de abril al 7 de mayo 1988.* Facultad de Psicología Universidad de Buenos. Recuperado el 17 de junio del 2015 de <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro2a28.pdf>

Menéndez, Eduardo (1994) La Enfermedad y la Curación ¿Qué es Medicina Tradicional? *Alteridades, Vol. 4, N° 7.* Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa. Distrito Federal, México.

Menéndez, Eduardo (2006) Interculturalidad “Diferencias” y Antropología At Home. Algunas cuestiones metodológicas. En *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural.* Ediciones Abya-Yala. Quito-Ecuador.

Ministerio de Salud (2002) División de Rectoría y Regulación Sanitaria. Departamento de Programas de las Personas Programa Salud del Adulto. Reorientación de los Programas de Hipertensión y Diabetes.

Ministerio de Salud (2012) Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario.

Ministerio de Salud (2012) *Perfil Epidemiológico Básico de la Población Mapuche residente en el área de cobertura de Servicio de Salud Osorno.* Serie Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

Ministerio de Salud/Ministerio de Planificación (2011) *Sistematización de la Experiencias de Salud Intercultural.* (Programa Orígenes BID - CONADI). Santiago.

Ministerio de Salud (2011) Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas. Res. Ex. 11. Santiago de Chile.

Ministerio de Salud (2010) Serie Guías Clínicas. Diabetes Mellitus Tipo 2 e Hipertensión Arterial.

Ministerio de Salud (2010) Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020

Ministerio de Salud (2008, 2009,...2014) Orientaciones para Planificación y Programación en Red.

Ministerio de Salud (2006) Política de Salud y Pueblos Indígenas. Res. Ex. N° 91. Santiago de Chile.

Ministerio de Salud (2006) Elementos para un Diagnóstico Epidemiológico con Enfoque So-



ciocultural. Guía Básica para los Equipos de Salud. Volumen II.

Ministerio de Salud (2004) Ley de Autoridad Sanitaria N°19.937. Art. N° 4.

Murillo, Juna (2015) Construcción de competencias interculturales para el desarrollo de una propuesta de experiencias de aprendizaje para alumnos de primer año de medicina. *Revista Anales*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos del Perú. Revista Anales. Volumen 76.

Ñanculef, Juan (2012) El Sistema Médico en la Cultura Mapuche: La Llamada Medicina Tradicional. *Revista Andes del Sur* N° 7.

Oliva, Patricio y Narváez, Carmen (2009) Representaciones sociales de salud y adherencia farmacológica antihipertensiva en población Pehuenche. *Revista Chilena de Salud Pública* 2009; Vol. 13 (2). Recuperada el 09 de julio del 2015 de <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/593/498>

OMS (2009) Subsanan las desigualdades en una generación. Informe Final Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Ediciones de la OMS.

OPS/OMS (1997) *Campaña Educativa sobre Derechos Humanos y Derechos Indígenas, Salud Indígena y Derechos Humanos*: Manual de Contenidos / Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH). 2006.

OMS (1946) Conferencia Sanitaria Internacional. Nueva York. 1946. Recuperado el 03 de julio del 2015 de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

ONU-CEPAL (2014) Los Pueblos Indígenas en América Latina. Avances en el último decenio y retos pendientes para las garantías de sus derechos. Noviembre 2014.

ONU (2009) *Informe Mundial de la Situación de Salud de los Pueblos Indígenas*. Capítulo V. Foro Permanente de las Naciones Unidas para las Cuestiones Indígenas. Nueva York.

Oyarce, Ana; Pedrero, Malva y Otros (2012) *Desigualdades territoriales y exclusión social del pueblo mapuche en Chile: Situación en la comuna de Ercilla desde un enfoque de derechos*. Colección de Documentos de Proyectos. Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

Paillalef, Julio (2012) *Los Mapuches y el proceso que los convirtió en indios. Psicología de la Discriminación*. Ediciones Universidad Tecnológica Metropolitana. Segunda Edición. Pág. 87.

Perdiguero, Enrique (2006) Una Reflexión sobre el Pluralismo Médico. En *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*. Ediciones Ab ya-Yala. Quito-Ecuador.

Pérez, F., Carrasco, E., Santos, J. L., Calvillán, M., & Albala, C. (1999). Prevalencia de obesidad,



- hipertensión arterial y dislipidemia en grupos aborígenes rurales de Chile. *Revista médica de Chile*, 127(10). Recuperado el 25 de agosto del 2015 de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98871999001000003&script=sci_arttext
- Pedrero, Malva (2011) *Salud de la Población Joven Indígena en América Latina: Un panorama general*. CEPAL - ONU – OPS. Santiago de Chile.
- Ramírez, Susana (2014) Salud, globalización e interculturalidad: una mirada antropológica a la situación de los pueblos indígenas de Sudamérica. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 19 N° 10. Río de Janeiro. Brasil. Pág. 4061.
- Ramírez, Susana (2009) Políticas de salud basadas en el concepto de Interculturalidad. Los Centros de Salud Intercultural en el altiplano boliviano. *Revista de Antropología Avá N° 14*. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Misiones. Argentina. Pág. 5.
- Rodríguez, Gregorio; Gil, Javier; García, Eduardo (1996) *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Ediciones Aljibe. Málaga, España, 1996.
- Taylor, S. y Bogdan, (1987) *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*. Edición en Español. Editorial Paidós.
- Tubino, Fidel (2003) Ciudadanías complejas y diversidad cultural. *Revista semestral de Filosofía y Filosofía de la Cultura Facultad de Filosofía "Samuel Ramos" Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo Morelia, Mich., México*. Año IV, No. 7. Recuperado el 23 de agosto del 2015 de <http://filos.umich.mx/devenires/Devenires-7/p185-223.pdf>
- UNESCO (2002) Declaración Universal sobre la Diversidad Cultural una visión una plataforma conceptual un semillero de ideas un paradigma nuevo. Documento preparado para la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible, Johannesburgo. Serie sobre la Diversidad Cultural N° 1.
- Ulin, Priscila; Robinson, Elizabeth y Tolley, Elizabeth (2006) *Investigación aplicada en salud pública Métodos cualitativos*. Publicación Científica y Técnica N° 614. OPS Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la OMS. Washington. Edición en Español.
- UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE - MINISTERIO DE SALUD (2008) Informe Final Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible.
- UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE - MINISTERIO DE SALUD (2012) Encuesta Nacional de Salud 2009 - 2010.





ALGUNAS APROXIMACIONES POLÍTICO - CONCEPTUALES SOBRE LA SALUD INTERCULTURAL

Pedro Fuenzalida Rodríguez.
Departamento de Educación
Universidad de Los Lagos



ALGUNAS APROXIMACIONES POLÍTICO-CONCEPTUALES SOBRE LA SALUD INTERCULTURAL

Pedro Fuenzalida Rodríguez.
Departamento de Educación
Universidad de Los Lagos

*En memoria de **Armando Nempo**¹, **Walterio Quichapai**² y **Delma Cheuquián**³, quienes junto hombres, mujeres y jóvenes mapuche-williche, con sus luchas contribuyen a preservar otras formas de ser y estar en, de sentir, conocer, comprender y pensar el mundo.*

Introducción.

Las experiencias sociales, personales, colectivas y comunitarias de salud intercultural en Chile son anteriores a la promulgación de la Ley N° 19.253 (Ley Indígena), puesto que las poblaciones indígenas desde mucho que concurren a ambos sistemas de salud. Lo que ocurre es que en el marco de las luchas de resistencia indígena y la respuesta multicultural del capitalismo global asumida por los gobiernos de Chile, con posterioridad a la promulgación de la ley indígena, a partir de 1996 contando con financiamiento público para ello, estas experiencias comienzan a ser acogidas y desarrolladas en los canales institucionales del Estado. Con el advenimiento del Programa Orígenes las iniciativas de salud intercultural comienzan su expansión abarcando más territorios, más personas y la vez, de manera significativa, rompiendo prejuicios –pese a que aún persisten- se avanza en su superación.

1 Armando Nempo Cárdenas, destacado dirigente de la Asociación Mapuche Williche Newen Mapu, desde temprana edad se incorpora en el movimiento político mapuche, en su juventud, mientras estudiaba en la Ciudad de Temuco participó activamente del movimiento mapuche de los 40 que tuvo importante representación en el Congreso. Destaca su liderazgo en la formación y acompañamiento de los jóvenes que formaron parte de su organización.

2 Walterio Quichapai Quichapai fue presidente de la Asociación Mapuche Williche Newen Mapu, sus esfuerzos de liderazgos en los 80 estuvo centrado en el acompañamiento de las personas en la defensa de sus tierras, participa activamente en la construcción de referentes supra organizacionales como la Coordinadora Williche, además se involucra activamente en los procesos socio- políticos orientados a la revitalización cultural y lingüística mapuche, de los derechos individuales y colectivos de los pueblos indígenas, lo que lo lleva a participar junto a las Autoridades tradicionales, otros dirigentes y líderes mapuches williche en la discusión de la ley indígena y de diferentes propuestas políticas mapuches. Muchos textos que dan cuenta de las discusiones y propuestas mapuches publicados entre la década de los 80 y avanzada la primera década del 2000, cuentan entre otros, con su nombre.

3 Delma Cheuquián Rumián fue Duwekafe Pilkien (tejedora de telar), Monitora en Arte textil mapuche, Asesora Cultural (Fuente: www.willimapu.org) y dirigente de la Asociación Mapuche Williche Newen Mapu en la década de los 90, su compromiso se manifestó en la preservación de sus saberes artesanales en el telar, fue activa monitora para formar nuevas tejedoras, además publicó varios libros orientados a registrar, sistematizar y transmitir los conocimientos mapuches del tejido y teñido de lanas.

Con la emergencia, implementación y desarrollo de las políticas públicas indígenas el Estado (o los actores políticos que lo controlan), establece fijaciones identitarias sobre lo que entiende y acepta por indígena. También con ellas determina los alcances y límites de la interculturalidad, a la vez que, regula y atenúa las demandas de los pueblos indígenas. Sin embargo, como externalidad positiva, la crítica político ideológica que realiza el movimiento indígena y los usuarios potencia nuevos desafíos de revitalización cultural que presionan sobre las restricciones y posibilidades que el Estado a través de las políticas públicas fija en ellas.

Así, entre propuestas y contra propuestas, límites y horizontes, entre continuidades y rupturas, la interculturalidad se constituye en un campo de confrontación política que moviliza intereses y proyectos ideológicos que buscan –configurar– otros modos de construir la relación entre los pueblos indígenas, el Estado y la sociedad chilena. En estos últimos, algunos sectores de los pueblos indígenas, ven ella posibilidades de continuidad histórica, pero, al mismo tiempo, las decepciones por múltiples acuerdos suscritos y no respetados⁴ por el Estado han generado desconfianza en ella. Esta ha sido una suerte de promesa intercultural no cumplida o una concepción de interculturalidad fallida.

En los últimos 20 años, la interculturalidad se ha constituido en un concepto teóricamente complejo, políticamente conflictivo e ideológicamente polisémico, aspectos que abordado en el primer punto de este texto, en el que analizo algunas distancias y cercanías entre los dominios conceptuales del multiculturalismo y la interculturalidad. En el segundo, realizo una sucinta revisión de algunos derechos individuales y colectivos de las personas y de los pueblos indígenas reconocidos en la legislación internacional, vinculándolos con las leyes chilenas y las posibilidades de desarrollo de la salud intercultural. En el tercer punto, expongo algunos riesgos epistémicos que vislumbro en los modelos de salud intercultural que hoy están en juego. Finalmente, a modo de conclusiones aproximo algunas reflexiones que tienen el propósito de invitar a los lectores a profundizar el debate sobre las relaciones interétnicas, problematizar las concepciones y prácticas interculturales, propias y aquellas que se institucionalizan en la materialización de las políticas públicas y la actuación de los agentes del Estado.

4 La primera ruptura generada, pos dictadura, fue al Acuerdo de Nueva Imperial suscrito en 1989, el que se constituía en la “nueva carta de navegación” para guiar las relaciones entre los pueblos indígenas, el Estado y la sociedad Chilena. Esta ruptura la genera el gobierno de Eduardo Frei Ruiz-Tagle (1994-2000), quién privilegió el proyecto hidroeléctrico de la Transnacional ENDESA en el alto Bío-Bío por sobre los derechos del Pueblo Mapuche-Pehuenche. Esta acción política otorgó supremacía jurídica a las leyes productivas por sobre la Ley Indígena. Para concretar proceso, el Gobierno, destituyó a dos Directores Nacionales de la CONADI para que el Consejo de esta, autorizará las permutas y traslado de las comunidades a otros Territorios.



1. Interculturalidad y multiculturalidad: distancias, cercanías y polisemia ideológica

1.1 Aproximaciones etimológicas a los conceptos de multiculturalidad e interculturalidad.

En los últimos 25 años, en la región, hemos venido escuchando, leyendo y utilizando indistintamente⁵ dos familias de conceptos, que si bien están emparentadas, pero significan cosas, fenómenos, procesos, prácticas, posicionamientos político-ideológicos y designan-describen realidades diferentes. Estas familias conceptuales son:

- i) Multicultural - multiculturalidad – multiculturalismo.
- ii) Intercultural - interculturalidad - interculturalismo.

Ambos dominios conceptuales, en su estructura etimológica tienen una raíz común que los asemeja y un prefijo que los distancia, de modo que semánticamente los hace diferente. Lo común de ellos, dice relación con el concepto de cultura. Primero, la terminación del concepto “cultural/culturalidad/culturalismo” refiere a la existencia de grupos humanos diversos, que en su devenir, continuidad e interacción con el entorno han construido conocimientos, saberes, ritualidades, prácticas sociales, sistemas de valores y creencias, modos de reproducción e innovación, estructuras y dinámicas institucionales, organizacionales y jurídicas, modos de comunicación e interacción, estructuras lógicas, códigos de expresión y lenguas. Experiencias materiales, simbólicas y posibilidades históricas configuran sus singulares redes de significados y subjetividades individuales y colectivas que otorgan sentido a la existencia y la cohesión de diferentes grupos humanos como pueblo; a todo esto, fuertemente imbricados en una interacción dinámica, multidimensional y en permanente tensión -conservación y cambio- llamamos cultura. Segundo, esta raíz también marca el contexto en el que se generan estos fenómenos socio-históricos; sin culturas no habría multi ni interculturalidad, mucho menos las posibilidades de pensarlas política y epistémicamente como procesos históricos.

⁵ Me gustaría decir que es por confusión, pero esta situación es posible entenderla así sólo en los casos de la opinión pública que se aproxima por primera vez a estos conceptos. Sin embargo, esta situación no posible en la construcción de opinión pública de parte de los actores activos de la comunicación social, periodistas, políticos, empresarios, inversionistas, académicos, diseñadores de políticas públicas, entre otros. Mi percepción es que en el espacio público, principalmente, en el de las definiciones de política pública, de inversión y construcción de la ciencia es intencional, toda vez que en la confusión de la opinión pública es fácil enmascarar las concepciones ideológicas racializadas, las materializaciones de política de exclusión, los conflictos de intereses y las prácticas de poder orientadas a la negación de derechos.

Respecto de los prefijos, que marcan los sentidos en que podremos entender la relación entre las culturas, señalo que el concepto “multi”, significa “muchos”, lo que se relaciona con cantidad, diversidad y contacto. Desde sus orígenes la naturaleza (en ella la existencia humana) ha estado conformada con esta condición, siempre más de uno y cada uno diferente. Por su parte, el prefijo “inter”, significa “entre”, el que al igual que multi, refiere a cantidad, diversidad y contacto, pero añade a estos, la “interacción” como condición significativa. El concepto “entre [inter]” implica, a lo menos, una dinámica relacional de dos personas, culturas, pueblos, naciones, otros [subrayo la condición dinámica, pues en esta relación es esencial para reconocer el permanente movimiento y tensión].

La articulación de los prefijos con el concepto de cultura (multicultural – multiculturalidad - multiculturalismo e intercultural – interculturalidad – interculturalismo) tiene profundas y distintas implicaciones en las lógicas y modos como pensamos, vivimos y sentimos el contacto, la cantidad, la diversidad y la interacción entre culturas y personas (la nuestra y la de los otros, entre yo y tú-él- ella- ellos-nosotros y los otros). En ambos casos, pensamos política, epistémica, jurídica y económicamente, pero la diferencia está en el sentido, en el énfasis, en el alcance y en las posibilidades de transformación del status quo, del construir y aceptar a los otros, de los derechos que nos atribuimos y de los que reconocemos a los otros. El campo semántico intercultural/interculturalidad/interculturalismo nos obliga a pensar la relación que se genera en ese contacto; la interacción lleva a pensar la cantidad, la diversidad y el contacto en otras dimensiones, del universo al pluriverso⁶, de la acuarela al arcoíris, del Estado nacional al Estado plurinacional⁷, entre otras posibilidades.

6 Este es un interesante debate que la academia tiene, en la re-conceptualización y revisión, de sí misma y su producción científica. Fundamentalmente, este debate se ha generado en torno al grupo del proyecto modernidad/colonialidad. Entre sus miembros destacan Walter Mignolo, Aníbal Quijano, Edgardo Lander, Ramón Grosfoguel, Zulma Palermo, Arturo Escobar, Santiago Castro-Gómez, Catherine Walsh, Enrique Dussel, Agustín Lao-Montes, entre otros.

7 Respecto de construcción o refundación del Estado plurinacional, la experiencia más cercana es la emprendida en Bolivia. Por el contrario –muy al contrario-, de lo que piensan las autoridades, líderes, cientistas sociales, algunos obispos y, dirigentes empresariales y políticos, el proceso de construcción del Estado plurinacional ha resultado exitoso; Bolivia ha mejorado las condiciones de igualdad, económicas, educacionales y el bienestar de sus habitantes. Sin embargo, es necesario aclarar que, si bien el proceso ha sido exitoso, también tiene zonas grises que requieren ser analizadas críticamente. Aunque en lo personal, pienso que las zonas grises también están presente en nuestro régimen político, algunas son muy oscuras, sobre todo aquellas dicen relación con el respeto de los derechos de los pueblos indígenas y a la relación entre el poder económico-empresarial y el poder político. Respecto del concepto de Estado Plurinacional, recomiendo revisar la propuesta de Francisco Huenchumilla Jaramillo denominada “Propuesta al Gobierno respecto de la Situación de la Región de la Araucanía”, disponible en <http://www.24horas.cl/incoming/article1766697.ece/BINARY/Revisa%20la%20propuesta%20completa%20de%20Francisco%20Huenchumilla>. También en http://www.cooperativa.cl/noticias/site/artic/20150825/asocfile/20150825104647/propuesta_francisco_huenchumilla.pdf, además en <http://www.raucaniacuenta.cl/wp-content/uploads/2015/08/Propuesta-Francisco-Huenchumilla.pdf>, entre otras direcciones electrónicas.



A los conceptos ya señalados, en mi opinión, es importante añadir el campo conformado por Intracultural/intraculturalidad. Cuando construimos o escuchamos propuestas político-sociales abrigadas u orientadas por los conceptos multi e inter, se suele no atender o no considerar las dinámicas internas de los diferentes grupos culturales en contacto (multicultural) o en relación (intercultural). Los conceptos que dan cuenta de lo intracultural refieren a los procesos de reproducción y creación, con los mecanismos y lógicas de conservación, con la producción e innovación no solo en los artefactos tecnológicos sino también las construcciones simbólicas, ideológicas, entre otras, de un grupo cultural específico. Esto es, la preocupación por la protección y el desarrollo endógeno de las concepciones lógicas, racionalidad y epistemología, filosofía y lenguas de los grupos culturalmente diferenciados. Por ejemplo, el pueblo mapuche-williche.

Este concepto y proceso adquieren relevancia para los grupos que se encuentran en condiciones de asimetría, como el pueblo mapuche-williche. En mi opinión, las dinámicas intraculturales deben ser atendidas con preocupación, toda vez, que estas son permanentemente intervenidas desde el Estado, las universidades, las Iglesias, los medios de comunicación, las empresas privadas y los partidos políticos. La preocupación por los procesos internos es urgente, pues ninguna intervención es ingenua o inocente, todas ellas son político- ideológica y epistémica intencionada; en casos como estos, conllevan un concepto de persona y pueblo indígena, una concepción de mundo y un modelo de desarrollo, con los que van condicionando las posibilidades, la dirección y los sentidos del porvenir y la continuidad histórica de los pueblos indígenas [asimilación o diferencia político-cultural, he ahí la cuestión]

En síntesis, respecto de estos conceptos, es habitual escuchar como definiciones que, lo multicultural es la constatación de la existencia de varias culturas en el espacio socio-territorial y político-histórico compartido. Por su parte, lo intercultural hace referencia a la relación que existe entre dos o más culturas en contacto en ese espacio socio-territorial y político-histórico. Lo intracultural, dice relación con los fenómenos y procesos internos de una cultura que comparte ese espacio socio-territorial y ese proceso político-histórico. Sin embargo, definir de esta forma ambos conceptos no permite comprender su complejidad, riqueza y los límites de estos, puesto que estas construcciones son tan amplias que en ellas cabe todo y tan vagas que no dicen mucho. Además, debemos considerar la polisemia conceptual e ideológica y el dinamismo histórico que los acompaña.

1.2. Polisemia ideológica de los conceptos.

Multicultural/multiculturalidad/multiculturalismo es un dominio conceptual, que en su alcance práctico, vincula a las propuestas de acción afirmativa o discriminación positiva que son propias de las lógicas políticas del mundo anglosajón y las políticas de multiculturalismo neoliberal que aplica la mayoría de los gobiernos latinoamericanos, los de Chile no son excepciones, sino el modelo que se sigue. El sustrato de estas políticas multiculturales, no se vincula directamente con el reconocimiento y ejercicio pleno de derechos, sino que opera bajo el principio de igualdad de oportunidades, cuya materialización se obtendrá por los méritos del trabajo y esfuerzo de las personas vulneradas y el respeto a algunos de los derechos que les son consubstanciales, principalmente aquellos que no perturban las políticas económicas.

Se entiende que la condición de desigualdad social es responsabilidad de los grupos y personas que no han realizado el suficiente esfuerzo para resolver tal condición y por ello es necesario el apoyo del Estado para generar las oportunidades que se necesitan para resolver el problema. En esta perspectiva, no se aborda ni se asume que las asimetrías son producto de las condiciones de desigualdad histórico- estructural que mantienen el estado de dominación y jerarquización racial de los pueblos indígenas y grupos afrodescendientes.

En las lógicas del multiculturalismo, podemos distinguir dos grandes corrientes el multiculturalismo liberal y el multiculturalismo neoliberal. Sobre este último centraré el desarrollo del concepto, toda vez que su impacto en los pueblos indígenas latinoamericanos es significativo. Este es el sustrato ideológico que sostiene a la globalización y las políticas que hoy se implementan en los diferentes países del continente. Localmente, la industria forestal, agroalimentaria, pesquera, minera y de energía, tienen en común el interés por las tierras, las aguas y los recursos naturales de los territorios indígenas.

Respecto del multiculturalismo neoliberal, Richards (2010) siguiendo a Hale (2006) señala que en la mayoría de los países latinoamericanos, “... el mestizismo⁸ está siendo desplazado como

8 Mestizismo es el concepto que refiere a la ideología hegemónica de mediados del siglo XIX y todo el siglo XX, cuya categoría central racializada es mestizaje. En esta se releva políticamente mestizaje como eje ordenador y jerarquizador de la sociedad, el que además, está orientado al blanqueamiento y la asimilación de los diferentes grupos subalternos culturalmente diferenciados que perturbaban el proyecto civilizatorio-moderno-occidental-eurocentrado. Respecto de esta ideología es habitual escuchar, en la región y en el país, expresiones cotidianas de este tipo en el discurso público y privado de personas que cumplen roles sociales, culturales, políticos, de gestión pública y servicios relevantes en los espacios locales. La reflexión personal sobre estos temas, activará la memoria que guarda experiencias que son expresión de situaciones como estas en espacios públicos como la escuela, el hospital/consultorio, municipios, servicios públicos, entre otros tantos.



discurso hegemónico de la nacionalidad por el multiculturalismo neoliberal" (p. 9). El discurso multicultural, implícitamente reconoce el daño de las lógicas que movilizaron e implementaron políticas asimilacionistas asociadas al discurso del mestizaje. Pero, pese a que el objetivo de las políticas multiculturales, junto al incentivo de la participación de las poblaciones indígenas, es reparar el daño causado, sus resultados se orientan a la asimilación, dado que deja intacta las lógicas y jerarquías raciales (Richards, 2014, 2010), que permiten la imposición de proyectos de inversión de empresas nacionales y multinacionales: CELCO, SQM, Corpesca, Papelera (CMPC), ENDESA, Pilmaiquén, Quiñenco, entre otros

Si atendemos y observamos con atención las expresiones programáticas de las políticas económico-sociales, se constatará que en ellas persiste la voluntad de desregular las actividades económicas y financieras, privatizar los derechos sociales y los bienes naturales públicos⁹, intervención económico-productiva inconsulta y arbitraria de los territorios indígenas, supremacía jurídica de las leyes productivas por sobre las de derechos humanos y sobre las de derechos políticos, civiles, económicos, sociales, ambientales y culturales de las personas, comunidades y pueblos indígenas. La reflexión crítica de los contenidos, sentidos y modos de las decisiones político económica, nos permiten afirmar, que en todas ellas, subyace la lógica de la privatización, esta, es el corazón de las políticas neoliberales. Todas estas medidas, se realizan en el marco de las políticas multiculturales.

"En tal sentido, puede decirse que el multiculturalismo cumple la función de generar consensos en apoyo al proyecto neoliberal. Dentro del multiculturalismo neoliberal se pueden reconocer la existencia de los pueblos originarios y garantizar algunos derechos indígenas en tanto no afecten los objetivos establecidos por el Estado en la economía global. A partir de estas políticas los estados latinoamericanos comenzaron a hablar de diversidad cultural y étnica y hasta reconocer una cierta autonomía a los pueblos originarios y minorías. Sin embargo, las demandas por una mayor redistribución, autonomía territorial y autogestión son construidas como contraproducentes para la sociedad multicultural" (Richard, 2014, p. 116)

9 Respecto de la privatización de los bienes naturales públicos en la región existe un amplio abanico de casos, por ejemplo las concesiones del borde costero a empresas nacionales y multinacionales, la concesión e inscripción de derechos de aguas en los territorios, las privatizaciones del borde lacustre en la que se instalan marinas, teatros, restaurantes, entre otros. Como contrapartida, las constantes dificultades y obstaculización de los servicios del estado para asegurar los derechos consignados en la Ley Lafkenche.

El multiculturalismo y el neoliberalismo son expresiones de una concepción de desarrollo económico que se ha expandido por el mundo, ha tomado control de los poderes globales, prueba de ellos son las políticas acordadas en 1989, que se han difundido bajo el nombre del “Consenso de Washington”¹⁰ (Garretón, 2012; Martínez y Soto Reyes, 2012). Estas políticas han sido promovidas por los organismos internacionales¹¹, fundamentalmente, financieros que orientan, asesoran y acompañan con donaciones y créditos financieros a los estados, razón por la cual, difícilmente estos puedan evitar implementarlas. En el caso de Chile, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), fue la institución financiera internacional que otorgó el crédito para financiar el Programa Orígenes.

En cuanto a los discursos, prácticas, políticas y orientaciones programáticas que se ubican en el dominio conceptual intercultural/interculturalidad/interculturalismo, la variedad de propuestas hace, teóricamente, más compleja la situación, puesto que en ellos, entran en tensión política-ideológica las conceptualizaciones de grupos cuyos intereses se ubican en un eje de relación dominación/emancipación y hegemonía-resistencia. Sin perjuicio de estos, realizaré –arbitraria por cierto, limitada por el espacio y el objeto del texto, una breve clasificación de ellas:

a) En el campo conservador y no crítico del estatus quo, existe una gran cantidad de propuestas políticas multiculturales cuyos actores generadores (políticos, líderes sociales, económicos y culturales, autoridades del Estado, académicos, empresarios, otros), en el uso de eufemismos como estrategias de operación ideológica tienden a clasificar en el esquema intercultural acciones cuyo propósito es mantener el orden de las cosas. Operativamente, sus discursos se materializan en la negación de la dimensión política enfatizando en acciones legales que no resuelven el problema sino que perpetúan el acto de dominación. En las

10 Las propuestas neoliberales de política económica son “disciplina fiscal, reordenamiento de las prioridades del gasto público, reforma fiscal, liberalización financiera, un tipo de cambio competitivo, liberalización del comercio, liberalización de inversión extranjera directa, privatizaciones, desregulación económica y financiera, aseguramiento de derecho de propiedad,” Estas políticas se sustentan en los siguientes supuestos ideológicos “disminución del papel del estado, exaltación de las ventajas económicas de la globalización y distribución de los beneficios en cascada” y propiedad privada. (Martínez y Soto Reyes, 2012, págs. 46-49).

11 Los organismos internacionales que promueven y condicionan el desarrollo de los países son el grupo Banco Mundial [BM] (conformado por el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento [BIRF], la Asociación Internacional de Fomento [AIF], la Corporación Financiera Internacional [IFC], el Organismo Multilateral de Garantía de Inversiones [MIGA] y el Centro Internacional de Arreglo de Diferencias Relativas a Inversiones [CIADI]), el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Estos podremos añadir organizaciones internacionales multilaterales como el G7, la APEC y la famosa OCDE, entre otras.



comunas de la región de la *Fütawillimapu* existen muchos ejemplos de ellos, tales como las intervenciones abusivas en los espacios de significación espiritual (el sitio de *Kintuante*, en el área de la *Rukakura* de *Wenteyao* y el cerro de *Kanillo*¹², entre otros), la apropiación de las aguas y la destrucción del medio ambiente¹³, la negación del acceso de los educadores tradicionales para enseñar *Chesungun* en algunas escuelas¹⁴, también se dan casos de violentas presiones o de intervenciones desmedidas de agentes y autoridades intermedias/provinciales en las decisiones autónomas de las organizaciones indígenas cuando estas han resuelto por sobre los intereses de proyectos políticos personales de estas autoridades o sostienen planteamientos que se oponen a las políticas públicas, entre otros tantos y muchos. Teóricamente este tipo de propuestas, las podemos clasificar, siguiendo a Walsh (2010), como una interculturalidad relacional, que reconoce la existencia, el intercambio y el contacto de dos o más grupos culturales diferenciados, pero que tienden a invisibilizar el conflicto, la dominación y la colonialidad. En una perspectiva similar, Muñoz Sedano (2001) agrupa a todas aquellas orientadas a la afirmación hegemónica de la cultura del país de acogida (predominan miradas y lógicas asimilacionistas, compensatorias y segregacionistas orientadas al modo del apartheid).

12 Respecto de los dos últimos casos, es interesante observar algunos aspectos de este proceso evangelizador emprendido por el municipio de San Juan de la Costa. Uno, la operación ideológica fundada en la participación e interés de algunas organizaciones (indígenas y no indígenas) para asegurar la instalación de las imágenes religiosas. Dos, el silencio institucional respecto a la ley de cultos, que obliga imparcialidad de las instituciones del Estado con respecto a las creencias de las personas, en este caso, se ha privilegiado el poder de una práctica religiosa con respecto de otra al vulnerar sus espacios sagrados, espirituales y simbólicos williche (esto es similar al acto de instalar una estrella de David o cruz en una mezquita). Tres, la omisión del hecho que hace más de un siglo, el Estado y sus acciones de gobierno se han separado de la Iglesia, pero en este caso parece ser que no es así: aquí se sustituye la función política de gobierno, administración y de atención de las necesidades de las personas que habitan el espacio de su jurisdicción, para asumir como propia la tarea evangelizadora; sumando al proceso de colonización encabezado por las misiones de Quilacahuín, Rahue, San Juan y de Cuinco, una nueva, la Misión de Puaicho. A ejercicios de poder y su concreción en la política pública de gobiernos como los señalados, se les conoce como prácticas de colonialismo interno y/o colonialidad del poder. Separo estos casos del Sitio de Kintuante porque en su materialización visible es un caso que parece ser un conflicto con una empresa privada y un pastor evangélico, en cambio, en el Cerro del Kanillo y el del acceso a la Rukakura, es encabezado, gestionado, financiado e implementado el municipio, expresión local y descentralizada del Estado. Sin embargo, estoy consciente que ambos casos son expresiones del mismo problema, el proyecto civilizatorio de la modernidad-colonialidad- eurocentrada.

13 Estos casos se han presentado en toda la región, principalmente, proyectos de registro de derechos de aguas y de explotación minera, donde las comunidades no tienen muchas posibilidades de opinión e influencia en las decisiones que atañe a los usos de sus recursos naturales. En estos casos las respuestas de la mayoría de las autoridades políticas y parlamentaria su funda en planteamientos legaliformes, omitiendo, la dimensión más importante del proceso, la política y el derecho de las personas que habitan esos territorios a participar en las decisiones que les implican

14 Casos como estos se han presentado en algunas escuelas municipales de la comuna de Osorno.

b) En el campo intermedio del eje de tensión de las propuestas interculturales, encontramos aquellas orientadas al reconocimiento de la pluralidad de culturas en aspectos globales o parciales dentro del Estado-nación (predominan lógicas multiculturales orientadas al pluralismo cultural: la cultura subalternizada como expresión exótica). A estas lógicas de acción, Walsh (2010), las ubica en un tipo de interculturalidad que denomina interculturalidad funcional. Estas propuestas plantean propósitos y metas de inclusión de las diversidades a través del diálogo, la tolerancia y la convivencia. Sin embargo, sus énfasis no ponen atención en las reglas del juego que mantiene las condiciones de asimetría, por ello son compatibles con la lógica neoliberal. Bajo el concepto intercultural se ubican las políticas del multiculturalismo neoliberal que implementan los estados, como es el caso de Chile, e incluso, estados como el de Ecuador y de Bolivia.

Esta lógica también es conocida como la “nueva lógica multicultural del capitalismo global” (Zizek, 1998; Jackson, 2009; Walsh, 2010; Restrepo, 2008; Boccara y Ayala, 2012). Ejemplo de estas políticas las podemos encontrar en el Programa de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) del Ministerio de Salud, el Programa de Educación Intercultural Bilingüe (PEIB) del Ministerio de Educación, el Programa Orígenes, el programa PDTI del Ministerio de Agricultura, entre otros. Todos ellos se movilizan bajo el concepto “desarrollo con identidad¹⁵” de los pueblos indígenas el que da cuenta de un proceso que, a juicio y deseo, del BID.

“(...) comprende el fortalecimiento de los pueblos indígenas, la armonía con el medio ambiente, la buena administración de los territorios y recursos naturales, la generación y el ejercicio de autoridad, y el respeto a los valores y derechos indígenas, incluyendo derechos culturales, económicos, sociales e institucionales de los pueblos indígenas, de acuerdo a su propia cosmovisión y gobernabilidad. Este concepto se sustenta en los principios de equidad, integralidad, reciprocidad y solidaridad y busca consolidar las condiciones en que los pueblos indígenas y sus integrantes puedan contar con bienestar y crecer en armonía con su entorno, aprovechando para ello, según sus propias prioridades, el potencial de

15 Concepto generado por el Banco Interamericano de Desarrollo con el propósito de exigir a los estados y a empresas privadas prestatarias responsabilidad social con los pueblos indígenas en el desarrollo de las inversiones que realizan en sus territorios. Respecto de la aplicabilidad de este concepto, los pueblos indígenas de Chile tienen bastante experiencia, tales son el caso de las inversiones de Endesa en Alto del Bío Bío y el Programa Orígenes (2001-2010).

sus bienes culturales, naturales y sociales". (Banco Interamericano de Desarrollo [BID], 2006, p. 2)

Como se puede observar en la definición, en esta no se contempla el desmantelamiento de las jerarquías raciales ni los derechos colectivos de los pueblos indígenas al control político, cultural y de los recursos naturales de sus territorios. No es lo mismo la buena administración que el control. Esta lógica busca, en la perspectiva de la democracia liberal delegar la responsabilidad de la administración, pero no la competencia decisional.

c) Un tercer grupo de propuestas y discursos políticos interculturales está conformado por aquellas que conciben el cambio de lógicas de interacción como posibilidades históricas de transformación social y superación efectiva de las asimetrías. Estas posibilidades son posible en la medida que se articulan las miradas críticas y deconstructivas del status quo y propositivas a un nuevo orden sin exclusiones. Esta perspectiva se denomina interculturalidad crítica (Garcés, 2009; Claros y Viaña, 2009; Walsh, 2010; Ticona, 2010; Tubino, 2011), la que no concibe la diversidad o diferencia como problema, sino que este, está en las lógicas y estructuras del sistema-mundo moderno/colonial/racial. Vista de esta forma, la interculturalidad se constituye en un campo de confrontación social, política e ideológica, en el que se movilizan discursos y prácticas en tres dimensiones íntimamente relacionadas:

Primero, el cuestionamiento al orden de las cosas implica el reconocimiento, respeto y pleno ejercicio, sin distinción, de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales, lingüísticos, ambientales y culturales de las personas (individuales) y de los pueblos (colectivos), cuyas implicancias prácticas se traduce en el cambio de las lógicas y sentidos en que operan el estado de derecho, las políticas de reparación y los actos de justicia. No es lo mismo ser beneficiario que ejercer un derecho; como beneficiarios se vive en deuda, permanentemente dando gracias, en cambio, en el ejercicio de derechos, se vive dignamente.

Segundo, esta perspectiva de interculturalidad, permite comprender y asumir la condición conflictiva de la acción política de los procesos de reparación, justicia y superación de las dinámicas de dominación social, toda vez que, esta se traduce en la crítica y superación de las jerarquías sociales, epistémicas, políticas y

culturales racializadas. El racismo (ha sido y) es, uno de los elementos centrales que sostienen las lógicas de dominación y exclusión de los pueblos indígenas, la destrucción de sus sistemas de conocimiento y desaparición de sus lenguas.

Tercero, la interculturalidad crítica, lleva a replantearse las formas en que el Estado está organizado, a poner en cuestión las hegemonías culturales racializadas que lo controlan, disputar el control del mismo para su transformación, cuestionar las lógicas de propiedad de los recursos y bienes naturales, tensionar la gestión y el control de los recursos naturales. Esto es, buscar formas para la superación del Estado monocultural por uno más incluyente, que da cabida a todos los pueblos. Ejemplo de esta perspectiva, son las propuestas de los estados pluriétnicos o plurinacionales.

2. La salud de los pueblos indígenas en el derecho internacional.

En el preámbulo de la Declaración de Ginebra sobre la Salud y la Supervivencia de los Pueblos Indígenas del Mundo, los concurrentes a la Consulta Internacional sobre la Salud de los Pueblos Indígenas, recuerdan a los estados que la deteriorada condición de salud de los pueblos indígenas se debe a

“(...) la negación de nuestro modo de vida y visión del mundo, a la destrucción de nuestro hábitat, a la disminución de la biodiversidad, a la imposición de bajos niveles de vida y de condiciones de trabajo, a la desposesión de tierras tradicionales y al reasentamiento y traslado de poblaciones; [consideran que la] falta de reconocimiento de los conocimientos y de las prácticas de salud de los Pueblos Indígenas, así como el acceso limitado a los servicios de salud, hechos que condenamos por ser un reflejo de la discriminación e intolerancia que existe hacia los Pueblos Indígenas” (Organización Mundial de Salud [OMS], 2000, pp. 52-53)

Si comparamos esta afirmación con la realidad de salud de los pueblos indígenas en general y mapuche williche en particular¹⁶, la situación no ha cambiado tanto. Los informes epide-

16 Los informes que dan cuenta de la situación del pueblo mapuche-williche son: i) Perfil epidemiológico básico. Pueblos kawéskar, Yámana y Mapuche- Williche, Región de Magallanes (N°5), disponible en <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/SERIE%20PUBLICACIONES%20SITUACION%20DE%20SALUD%20%20N%C2%B05%20MAGALLANES.pdf>; ii) Perfil epidemiológico básico de la Población mapuche residente en la región de los Ríos (N°6), <http://web.minsal.cl/sites/default/files/>



miológicos¹⁷ y los indicadores biomédicos que en ellos se consignan, evidencian su compleja y desigual realidad de salud en comparación con la población no indígena. Además, de la situación ambiental y el deterioro sistemático de los ecosistemas de los territorios indígenas, por una parte, producto de la intervención de los proyectos hidroeléctricos, mineros, forestales y, por otra, pero en menor medida, como resultado de las estrategias de sobrevivencia familiar para la superar la pobreza y extrema pobreza¹⁸. Además, la realidad de los pueblos indígenas, enfrenta un sistemático proceso de deterioro de sus sistemas de conocimientos y pérdida de la lengua producto de las políticas asimilacionistas, las condiciones sistémicas del proyecto neoliberal, la influencia de significados ideológicos vehiculizados por los medios de comunicación y, también, por la seducción de las tecnologías de la modernidad. A esto hay que añadir, la nueva ofensiva de las ciencias que en la perspectiva de la validación del conocimiento de los pueblos indígenas, los que clasificados como conocimientos locales-tradicionales, les son sustraídos con la excusa de la agregación de valor con el uso del método y conocimiento científico, perdiendo con ello el derecho a su legado, beneficios, valor simbólico y económico: el mejor ejemplo es el patentamiento de estos saberes por parte de las farmacéuticas, centros de investigación y promoción económica, entre otros tantos casos.

[files/SERIE%20PUBLICACIONES%20SITUACION%20C3%93N%20DE%20SALUD%20N%C2%B0%206%20LOS%20RIOS.pdf](#); iii) Perfil epidemiológico básico de la Población mapuche residente en el área de cobertura del Servicio de Salud Osorno (N° 9), <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/SERIE%20PUBLICACIONES%20SITUACION%20DE%20SALUD%20N%C2%B0%209%20OSORNO.pdf>. Estos estudios fueron realizados por Ana María Oyarce Pisani y Malva-marina Pedrero Sanhueza (2009, 2012). Faltan estudios sobre situación epidemiológica mapuche williche en las provincias de Chiloé y Llanquihue. No encontré informes al respecto.

17 Los informes de los Estudios epidemiológicos de los pueblos indígenas en Chile realizados por Ana María Oyarce Pisani y Malva-marina Pedrero Sanhueza (2008, 2009, 2010, 2011, 2012) así lo refrendan (Serie Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile). Sugiero la revisión de ellos. Por ejemplo: i) Perfil epidemiológico básico. Pueblos kawéskar, Yámana y Mapuche- Williche, Región de Magallanes (N°5); ii) Perfil epidemiológico básico de la Población mapuche residente en la región de los Ríos (N°6); iii) Perfil epidemiológico básico de la Población mapuche residente en el área de cobertura del Servicio de Salud Osorno (N° 9); iv) Perfil Epidemiológico de la Población Mapuche Residente en el Área de Cobertura del Servicio de Salud Provincia del Bío-Bío (N° 1); v) Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en el área de cobertura del Servicio de Salud Araucanía Norte (N° 8); vi) Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la Provincia de Arauco (N°7); vii) Perfil epidemiológico de la población mapuche de las comunas del área *lafkenche* del Servicio de Salud de la Araucanía Sur (N° 4). Todos ellos disponibles en http://web.minsal.cl/indigenas_documentos

18 Además de estos conceptos, la revisión conceptual y metodológica de la medición de la pobreza en Chile (Encuesta CASEN) incorpora a esta el enfoque multidimensional, el que ha sido conceptualizado como el proceso que “...permite identificar la situación de pobreza en que se encuentran los hogares y personas que sufren carencias en las dimensiones de educación, salud, trabajo y seguridad social, y vivienda que afectan su bienestar y calidad de vida”. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. Situación de la pobreza en Chile. Presentación de la nueva metodología de medición de la pobreza y síntesis de los principales resultados. Ministerio de Desarrollo Social, 2015. Disponible en http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013_Situacion_Pobreza_Chile.pdf. Esta misma encuesta da cuenta de la desigualdad que afecta a los pueblos indígenas con respecto a la población no indígena. Para antecedentes en detalle, ver informe disponible en http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013_Pueblos_Indigenas_13mar15_publicacion.pdf

No obstante, lo señalado, hoy existe un amplio espectro de derechos reconocidos en la trama jurídica nacional e internacional. Ellos constituirán, en la medida en que el movimiento político -mapuche williche para el caso de la región- vuelva a constituirse en un actor político influyente, un importante marco legal para anclar la defensa sus derechos.

A la fecha, Chile ha suscrito una serie de tratados internacionales, del conjunto, 12¹⁹ se relacionan con los derechos de los pueblos indígenas: algunos abordan derechos específicos relacionados con ellos (consideran sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales) y otros derechos conexos. Todos ellos, al ser ratificados por el poder legislativo, han ingresado al ordenamiento jurídico nacional; están plenamente vigentes, son parte importante de la ley chilena y, algunos de ellos, cuentan con mecanismos de reclamación y reparación.

Además, existe una serie de declaraciones²⁰ que han sido adoptadas por organismos como las Naciones Unidas (Asamblea General; Organización de las Naciones Unidas sobre la Educación y la Cultura, UNESCO, Organización Mundial de la Salud, OMS; ONU Mujeres, otros) y la Organización de Estados Americanos (OEA). Si bien, estas no son vinculantes para los estados suscriptores, constituyen un “deber ser” para ellos; es una obligación moral para un Estado democrático como Chile.

Algunos de estos preceptos han sido incorporados en la definición de políticas de salud inter-

19 Los tratados son: el Convenio N° 169 sobre los Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes de la Organización Internacional del Trabajo, OIT (Decreto N° 236/2008), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Decreto N° 778/1989), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Decreto N° 326/1989), la Convención de los Derechos del Niño (Decreto N° 830/1990), la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (Decreto N° 747/1971), la Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José de Costa Rica” (Decreto N° 873/1991), la Convención Contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, adoptada por las Naciones Unidas (Decreto N° 808/1988), la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (Decreto N° 809/1988), Convenio sobre la Diversidad Biológica (Decreto N° 1963/1995), la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Decreto N° 1640/1998), la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (Decreto N° 99/2002), a Convención Interamericana sobre Desaparición Forzada de Personas (Decreto N° 12/2010).

20 Entre estos, encontramos la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), la Declaración sobre los derechos de las personas pertenecientes a minorías nacionales o étnicas, religiosas y lingüísticas (1992), la Declaración de Ginebra sobre la Salud y la Supervivencia de los Pueblos Indígenas del mundo (1999), la Declaración de la Unesco sobre la Diversidad Cultural (2001), la Declaración y el Programa de Acción de Durban, Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia (2001) La Declaración de las Naciones Unidas de los Derechos de los pueblos Indígenas (2007) y el Proyecto de la Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.



cultural, ejemplo de ello es la Norma General Administrativa N° 16 (Ministerio de Salud [MINSAL], Resolución Exenta N° 261/2006)²¹, que entre sus fuentes, además de la Ley 19.253/1993, referencia algunos de estos instrumentos, la que además, en sus directrices 1 y 2, de manera explícita, reconoce, protege y respeta tanto a los sistemas de salud de los pueblos indígenas como a sus cultores, y cuando alguna intervención, de parte de este o de los organismos vinculados a él, afecte estos sistemas de salud y a sus actores, se debe consultar y considerar la opinión de estos pueblos (Ministerio de Salud [MINSAL], 2006)

El análisis en detalle de los contenidos de estos instrumentos, nos lleva a la constatación de que existe una estrecha relación entre el derecho a la libre determinación, la revitalización lingüística y cultural, el control del territorio y sus recursos, la protección del patrimonio cultural y natural con el derecho a la salud, este último, incluye los servicios contemplados por el sistema sanitario de los estados y el desarrollo de la salud propia. La mencionada Declaración de Ginebra propone la generación de mecanismos constitucionales y legislativos para:

“...reconocer a los pueblos indígenas y a satisfacer sus necesidades en el área de salud basadas en sus prioridades y aspiraciones específicas; abolir las prácticas perjudiciales y a detener todos los programas y actividades de investigación que son llevados a cabo sin el consentimiento y la participación significativa de los pueblos indígenas; supervisar y evaluar la ejecución de políticas para identificar las brechas entre las políticas y la acción efectiva; y, exponer quejas, arbitraje, re-enfoque y medidas correctivas” (OMS, 2000, pág, 59).

En síntesis, el derecho a la salud y al desarrollo autónomo de sistemas de salud propios podrá asegurarse, de manera efectiva, en la medida en que el movimiento político mapuche-williche preserve y concrete sus reivindicaciones territoriales y de revitalización cultural y lingüística. De lo contrario, solo se obtendrá lo que hasta hoy, los grupos dominantes a través del Estado ofrecen; poco y nada.

2.1. El derecho a la libre determinación.

Por su parte, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Decreto N° 778/1989, art.1.1 y 1.2), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Decreto N° 326/1989, art. 1.1.) y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de Pueblos

²¹ Disponible en

<http://transparencia.redsalud.gob.cl/transparencia/public/ssmetrocentral/archivos/A82A1FAAF11021D7E04001011E01580A>



Indígenas (arts. 3,4 y 5), entre otros instrumentos, reconocen a los pueblos indígenas el derecho a la libre determinación, y en virtud de este, tienen la libertad para disponer de sus riquezas y recursos naturales, también, la libertad de determinar su condición política y el tipo de desarrollo social, económico y cultural que deseen.

El ejercicio de este derecho colectivo es esencial para avanzar en la concreción de los demás derechos, toda vez que, según la lógica con que se quiera ejercer, determinará los alcances y posibilidades de expresión de los otros derechos, los modelos de desarrollo y, fundamentalmente, el carácter del proyecto político-histórico de continuidad societal. Hasta ahora, pese a los compromisos suscritos por el Estado, este derecho permanece oculto en los textos de los tratados.

2.2. Revitalización cultural y lingüística: Concreción de los derechos de culturales, lingüísticos y patrimoniales.

De todos los instrumentos que he referenciado, dos abordan directamente, los Derechos individuales y colectivos de los Pueblos Indígenas, el Convenio N° 169 sobre los derechos de los Pueblos Indígenas y Tribales en Países independientes de la OIT (Decreto N° 236/2008) y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de Los Pueblos Indígenas. Estos instrumentos, son los que en mayor detalle abordan los derechos culturales, lingüísticos y patrimoniales. Estos derechos los he organizado en 5 grupos, y son los siguientes:

- i) ejercicio y revitalización de sus tradiciones, costumbres culturales y sistemas de salud -pasadas, presentes y futuras (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2007, art.11. 1, art. 20, art. 34; Organización Internacional del Trabajo [OIT], 1989, art 5. a y art. 7;)
- ii) vivir, sentir y enseñar sus tradiciones, costumbres y ceremonias espirituales y religiosas (...) *conservar y proteger sus lugares religiosos y culturales...; utilizar y controlar sus objetos de culto...* (ONU, 2007. Art. 12.1; OIT, 1989, art. 27.1);
- iii) revitalización, utilización, fomento y transmisión a las generaciones futuras sus historias, idiomas, tradiciones orales, filosofías, sistemas de escritura y literaturas, (...) *atribuir nombres a sus comunidades, lugares y personas, así como a mantenerlos. ...* (ONU, 2007. art. 13.1;



iv) desarrollo y expresión de su relación espiritual con las tierras, territorios, aguas, mares costeros ... (ONU, 2007, art. 25; OIT, 1989, art.13.1); y,

v) posesión del control y gestionar su patrimonio cultural, sus conocimientos tradicionales, sus expresiones culturales tradicionales y las manifestaciones de sus ciencias, tecnologías y culturas, y derechos de propiedad intelectual de este patrimonio, sus conocimientos y expresiones culturales. (ONU, 2007. art. 31.1; OIT, 1989, art. 27.1).

El artículo 31.1 de la declaración, resume estos derechos:

“(...) Los pueblos indígenas tienen derecho a mantener, controlar, proteger y desarrollar su patrimonio cultural, sus conocimientos tradicionales, sus expresiones culturales tradicionales y las manifestaciones de sus ciencias, tecnologías y culturas, comprendidos los recursos humanos y genéticos, las semillas, las medicinas, el conocimiento de las propiedades de la fauna y la flora, las tradiciones orales, las literaturas, los diseños, los deportes y juegos tradicionales, y las artes visuales e interpretativas. También tienen derecho a mantener, controlar, proteger y desarrollar su propiedad intelectual de dicho patrimonio cultural, sus conocimientos tradicionales y sus expresiones culturales tradicionales” (ONU, 2007).

El desarrollo de modelos y sistemas de salud indígena e intercultural enfrenta múltiples desafíos, uno de ellos, es de carácter político-epistémico, el que interpela las lógicas curriculares de los Centros de Formación de profesionales de la salud y los criterios de gestión del Servicio de Salud, toda vez que los funcionarios requieren estar dotados de la flexibilidad cognitiva y epistemológica para que puedan comprender la riqueza y las posibilidades médicas de estos sistemas. También requieren, el ejercicio de los derechos reconocidos por la legislación internacional, pero además, para su materialización es necesario asumir estos desafíos en el plano político-jurídico (institucional y legislativo), en virtud de que se requiere realizar cambios audaces en la interpretación de las normas nacionales para su adecuación, armonización y articulación con el derecho internacional, otras hay que derogarlas porque niegan o limitan derechos y, en el ausencia de la objetivación legal de algunos derechos, se tienen que generar. El estado actual de las posibilidades legales, no permitirá el desarrollo de la salud indígena ni la intercultural, la primera seguirá siendo remitida a los espacios domésticos, y la segunda, al institucionalizarse, cada vez se parecerá a la salud alopática propia del modelo bio-médico.

Sobre esto último, es necesario diferenciar la salud indígena de la salud intercultural, la primera, pertenece al ámbito de las decisiones políticas y programáticas intraculturales y, de acuerdo al derecho de la libre determinación, son los propios y privativos pueblos indígenas, quienes en uso y ejercicio de sus derechos deben determinar su propia institucionalidad para el desarrollo que han definido para sí; esta institucionalidad no es parte del Estado-nación. Aquí, el rol del Estado (incluidas las municipalidades) es proteger, promover y financiar estos desarrollos institucionales, pero no institucionalizar como parte de él, la salud u otra dimensión de la vida indígena. En el caso de la segunda, las decisiones políticas y programáticas pertenecen al ámbito intercultural. La concepción, implementación, desarrollo, financiamiento y evaluación de estas y las materializaciones de salud interculturalidad corresponde a la negociación, consulta y participación política entre los Pueblos Indígenas y el Estado. Corresponde al Estado reformar, reestructurar, adecuar y/o crear la institucionalidad necesaria para asegurar la efectividad de las políticas de salud intercultural y proveer el financiamiento para ellas. Además, de formar a sus funcionarios para que estos desarrollen actitudes dialógicas que les permitan comprender, interactuar y construir relaciones interculturales con los pueblos indígenas y otros grupos culturales como los migrantes.

2.3. Derechos Territoriales.

El Convenio sobre la Diversidad Biológica (Decreto N° 1963/1995), en los apartados sobre compromisos y responsabilidades de los Estados que lo ratifican, consigna un nuevo elemento que vincula los derechos indígenas a la preservación de la biodiversidad, en él se reconoce que los

“(...) conocimientos, las innovaciones y las prácticas de las comunidades indígenas y locales [entrañan] estilos tradicionales de vida pertinentes para la conservación y la utilización sostenible de la diversidad biológica [por tanto los estados suscriptores deben promover]... su aplicación más amplia, con la aprobación y la participación de quienes posean esos conocimientos, innovaciones y prácticas, y [fomentar] que los beneficios derivados de la utilización de esos conocimientos, innovaciones y prácticas se compartan equitativamente” (art. 8.j)

Esto es muy importante porque el deterioro ambiental que están sufriendo los territorios indígenas producto de las grandes inversiones en megaproyectos forestales, mineros, hidroeléctricos, viales es significativo. Sus efectos no solo impactan a los pueblos indígenas,



sino que afectan al conjunto de la población nacional. La diferencia radica en que los pueblos indígenas, poseen conocimientos y tecnologías que pueden contribuir a reducir y atenuar este problema. La preservación de la biodiversidad nativa (*itro fill mongen*) sometida a intensos procesos de producción extractiva será posible si las políticas y soluciones ambientales respetan los estilos de vida tradicionales vinculados al buen vivir (*Küme mongen*), a la vez que se encuentran ancladas en los conocimientos y tecnologías de los pueblos indígenas, lo que debe traducirse en un significativo cambio en las lógicas de producción, deben pasar desde la extracción intensiva a la protección y recuperación de los ecosistemas nativos y a una producción sustentable. De este modo, se protegerán *menokos*, *humadales*, *vertientes* y manantiales, entre otros ambientes que proveen *Lawen*.

Este derecho extiende sus alcances a través del derecho a la protección, al desarrollo y uso de sus propias medicinas y prácticas y, a mantener su propia terapéutica, lo que incluye la conservación de los recursos naturales que tienen interés vital (ONU, 2007), prácticas y actores de salud que no pueden ser objeto de discriminación en ningún espacio y servicio. La discriminación arbitraria, está prohibida y sancionada no solo en el derecho internacional, sino que también en las leyes Chilenas (Ley N° 20.609/2012). El derecho a la salud, en las lógicas del Convenio 169, implica que los estados deben considerar de los pueblos indígenas, “(...) sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales” (art. 25.2.)

Estos derechos territoriales, se vinculan a los derechos reconocidos por el Pacto de los Derechos Civiles y Políticos el que, en su artículo 1.2., dispone que “*todos los pueblos tienen derechos a disponer libremente de sus riquezas y recursos...*” (Decreto N° 778/1989). Sin embargo, en el caso de los pueblos indígenas, estos derechos son reforzados por la vinculación espiritual con los distintos elementos de ese territorio (OIT, 1989, art. 13.1²²). Esta es una característica relevante de las epistemologías indígenas, toda vez que ellas dotan a las personas y a los colectivos de una conciencia participativa (Berman, 1999)²³

22 El contenido textual del artículo es “al aplicar las disposiciones de esta parte del Convenio, los gobiernos deberán respetar la importancia especial que para las culturas y valores espirituales de los pueblos interesados reviste su relación con las tierras o territorios, o con ambos, según los casos, que ocupan o utilizan de alguna otra manera, y en particular los aspectos colectivos de esa relación” (OIT, 1989, art. 13.1)

23 Se refiere a la conciencia que adquieren las personas respecto al íntimo vínculo que poseen con el cosmos, conciencia que nos no se encuentra alienada respecto del espacio de pertenencia y experiencia vital. Las personas en esta condición de conciencia se sienten estrechamente ligados a las dinámicas de la naturaleza. Morris Berman (1999 [1987]) señala que este tipo de conciencia en las personas implica coalición e identificación con el ambiente.

Esta característica es reconocida en la Declaración ONU (2007), en ella se señala que los pueblos indígenas

“(...) tienen derecho a mantener y fortalecer su propia relación espiritual con las tierras, territorios, aguas, mares costeros y otros recursos que tradicionalmente han poseído u ocupado y utilizado y a asumir las responsabilidades que a ese respecto les incumben para con las generaciones venideras” (art. 25)

En síntesis, la protección de los ecosistemas y los equilibrios de los diversos nichos ecológicos es necesaria para asegurar la proyección histórica y política de los sistemas de salud mapuche-williche, toda vez que los saberes y prácticas de sanación mapuche-williche son inherentes, como el envés y el revés de una hoja, a la relación espiritual entre las personas, la naturaleza y los *ngen* que los protegen. La preservación, el desarrollo y el traspaso a las nuevas generaciones del legado médico de los antiguos requiere compromisos políticos, lingüísticos y culturales que van más allá del consumo de una infusión.

2.4. Derecho a la gestión de los servicios en los territorios que habitan.

El derecho a la libre determinación y la libre disposición de su riqueza y recursos naturales, se traduce también en el derecho al control autónomo de los servicios e institucionalidad generada para la gestión y provisión de ellos. Esto también es reconocido por la legislación internacional; el Convenio N° 169 (Decreto N° 236/2008) establece que

*“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. ... 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”. (OIT, 1989, art. 25.1 y 25.2)*

Lo anterior comprende, además, que los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y elaborar sus prioridades y estrategias para el tipo desarrollo que conciben, lo que también se



traduce al pleno derecho a utilizar sus tierras-territorios y otros recursos según las necesidades de su proyecto de continuidad histórica (ONU, 2007. Art. 32.1).

En mi opinión, cuando en el marco del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas cuando se invita a las organizaciones a participar en la definición de los criterios de asignación de recursos y la distribución de estos, no es un beneficio ni la expresión de la voluntad democrática de las autoridades y funcionarios de gobierno de turno, por el contrario, este debe ser comprendido como el ejercicio de un legítimo derecho consagrado en la legislación nacional. También es claro, que este derecho no siempre se puede ejercer en plenitud. Por lo demás, este derecho debiera traducirse en la participación activa en la gestión y administración de los próximos hospitales interculturales: Hospital *Pu Mülen de Quilacahuin* y Hospital *Füta Srüka Kunko Mapu Mo* de San Juan de la Costa, además, de los futuros hospitales de las comunas de Puerto Octay y Río Negro.

En síntesis, siguiendo los contenidos generados en Reunión de Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Salud realizada en Winnipeg-Canadá en 1993 (Organización Panamericana de la Salud [OPS]/OMS, 1997), establece que la implementación y desarrollo de programas y acciones de salud relevantes con potencial de efectividad orientadas a los pueblos indígenas deben cumplir con los siguientes principios:

- la necesidad de un abordaje integral de la salud
- el derecho a la auto-determinación de los pueblos indígenas
- el derecho a la participación sistemática
- el respeto y la revitalización de las culturas indígenas
- la reciprocidad en las relaciones (p. 2)

Estos principios abordan los cuatro ámbitos de derechos indígenas esenciales para el desarrollo de una concepción/sistema/modelo de Salud intercultural. Sin derecho a la (libre)-autodeterminación, no es posible la libre decisión a ejercer el derecho y las estrategias a la revitalización cultural y lingüística, a la protección del patrimonio, el territorio y a la gestión de los servicios, y, mucho menos, es posible la construcción de un proyecto societal orientados por los principios de la Interculturalidad. Para cerrar este punto, una pregunta para su reflexión: desde su experiencia ¿percibe la presencia de estos principios en las prácticas de salud biomédica y de salud intercultural que se implementan en su territorio?

Mi impresión es que existen voluntades y algunas experiencias que podrían acercarnos a la materialización de estos derechos, pero también existe una fuerte resistencia desde dentro y fuera

del gobierno, los municipios, los órganos de la administración y demás poderes del Estado.

3. La salud intercultural: algunas tensiones de su implementación.

En la región, en el campo de la salud intercultural, actualmente, están en juego (conflicto, negociación y articulación), a lo menos, dos concepciones en apariencia antagónicas, pero, ambas interesantes como posibilidades tanto de construcción/consolidación como también movilizadoras de riesgos de asimilación y subordinación. Una de ellas, quizás la que ha contado con más recursos, es la que para efectos de este texto denomino prácticas de institucionalización occidentalizada de la salud intercultural y, la otra, la de prácticas locales y construcción de circuitos de especialistas tradicionales de salud, que por las lógicas de su difusión se expone a dinámicas de *cosificación esencializada de la salud intercultural*. Sin embargo, quiero precisar que con esta categorización²⁴ no estoy señalando que las personas y las voluntades políticas que llevan adelante estas experiencias se movilicen con tal intención; imagino que quienes las proponen y desarrollan no las conciben de esta forma, las he llamado así con el objeto de enfatizar que en el despliegue programático de estas políticas existen algunas dinámicas no visibles que, producto del hacer-hacer estimulado por las urgencias temporales de la gestión institucional y sin la oportuna vigilancia cultural conllevan riesgos que pueden acelerar los procesos de asimilación.

En mi opinión, los principios y los derechos indígenas reconocidos en la legislación internacional y, en menor medida²⁵, en la legislación nacional, exigen, al movimiento político de los pueblos indígenas -principalmente, que la implementación de experiencias de salud intercultural estén sujetas a un proceso de atención especial de vigilancia político-cultural²⁶.

24 Quiero señalar que la clasificación es arbitraria, ellas representan las zonas polares de un eje signado por dos lógicas que despliegan experiencias y propuestas de salud intercultural. En sus procesos de implementación y desarrollo se conflictúan, negocian, distancian y articulan.

25 Utilizo la expresión “en menor medida”, porque la legislación nacional no cumple, a juicio del movimiento político indígena, los estándares de los derechos individuales y colectivos de las personas y pueblos indígenas reconocidos en la legislación internacional. Ejemplo de esto, es el derecho a consulta, el que debe estar sujeto a la buena fe, los actuales instrumentos que regulan este derecho son el Decreto N°66/2014 y el Decreto N° 40/2013, este último refiere al sistema de evaluación de impacto ambiental, pero en sus artículos 18, 27, 85, 86, entre otros regula la consulta a los pueblos indígenas. No obstante su existencia, existen de parte de los dirigentes y autoridades indígenas sustantivas críticas, toda vez que estos instrumentos no protegen los derechos indígenas, funcionan en la lógica de “borrar con el codo lo que se ha escrito con la mano”.

26 Este concepto se inscribe en la lógica de la Teoría de Control Cultural propuesta por Guillermo Bonfil Batalla (1988). Mayor detalle ver en <http://ciesas.edu.mx/Publicaciones/Clasicos/articulos/TeoriadelControl.pdf>; también en <http://www.redalyc.org/pdf/316/31641209.pdf>.



En el primer caso, experiencias como las del Hospital de *Maquehue*, del Centro de Salud Mapuche de Nueva Imperial, del Hospital de Cañete y de las concreciones del PESPI de los servicios de salud municipal, son espacios donde concurren los mayores riesgos de institucionalización occidentalizada²⁷. En todas las experiencias ya concretadas se manifiestan intensamente los conflictos de poder y de prácticas racializadas en la interacción de saberes y personas. En la mayoría de las oportunidades en las que un especialista indígena concurre a prestar servicios de salud o algún dirigente a reunirse para llevar adelante negociaciones en estos espacios institucionales²⁸ se enfrentan a estos problemas. Son fuertemente cuestionados por la escolaridad que han alcanzado o el valor político del cargo²⁹ que ejercen. Como estrategia se les suele contraponer los años de estudios o el grado de autoridad del cargo institucional de los especialistas de salud en la jerarquía occidental, pero en las entre líneas o subtextos de estos discursos, no está en juego la diferencia de los años de estudios, el sentido y el valor político de la autoridad, sino la legitimidad que el sistema otorga a los representantes político, culturales y sociales, a los saberes medicinales y la jerarquía racial³⁰ atribuida a las personas indígenas. Esto último, también suelen vivirlo las personas indígenas que han estudiado alguna especialidad médica en las Universidades, que para suavizar el dolor de la discriminación les lleva a desarrollar estrategias de invisibilización de su origen, naturalización de la discriminación, y, en casos más dramáticos, a renegar de él.

Como respuesta a estas tensiones de poder y de jerarquización racializadas de saberes y personas, en la mayoría de los casos, se desarrollan estrategias de articulación que se caracterizan por asemejarse³¹ cada vez más al modelo biomédico. La *lawen* pasa a llamarse fitomedicina, el emplasto se denomina ungüento o pomada, la *ruka* se llama box. El cambio de palabras modifica los sentidos y realidades epistémicas; se cambia, perdiéndose el de mayor valor, el significado de origen por otro ajeno. Un ejemplo, la palabra *kawün* (*cahuín*) en el mundo

27 Quizás en los próximos años, de no mediar esta vigilancia político-cultural, en el Hospital *Pu Mülen de Quilacahuin* y Hospital *Füta Srüka Kunko Mapu Mo* de San Juan de la Costa, Puerto Octay y Río Negro se reproducirán similares procesos.

28 Denominaré espacios institucionales a aquellos lugares donde se generan encuentros, intercambios, negociaciones, imposiciones, transacciones de carácter simbólico entre personas y saberes. Específicamente en el salud, estos espacios son hospitales CECOSF, CESFAM, clínicas, oficinas de dirección y gestión política y administrativas centrales o municipales.

29 El valor político está asociado al poder formal que posee en virtud del cargo que ejerce y la legitimidad sociopolítica de él, idealmente, sea un cargo tradicional, como *lonko*, *machi*, *werken*, *gnenpin*, otro.

30 Suele ser tipificada por el fenotipo y el apellido de las personas.

31 Existen casos más complejos y de mayor gravedad, pero refiero a estos ejemplos para relacionarlos con la importancia de la revitalización lingüística.

mapuche refiere a una práctica política y de gobierno democrático, las autoridades se reúnen y acuerdan lógicas de gobernanza; este concepto en la sociedad chilena ha sido asociado a transmisión de chismes y desprestigio de personas, con ello desvalorizando el valor y la riqueza de la cultura, la lengua, el sistema de conocimientos, las instituciones, las autoridades y las personas mapuche. Aquí, la recuperación de la lengua adquiere relevancia, pues necesitamos las palabras adecuadas para nombrar aquello que es conocido y significado desde la experiencia de nuestra construcción subjetiva y no lo que nos dicen lo que debe ser, toda vez que ello obedece a otra realidad epistémica, y que en muchos casos buscan encubrir y no designar la realidad.

Este distanciamiento epistémico se genera producto de anulación del conocimiento mapuche por parte del conocimiento escolar y biomédico, por la coexistencia distante del conocimiento médico mapuche y el conocimiento biomédico y, la difícil relación y comprensión entre el conocimiento científico generado en un marco epistemológico de orientación positivista y el conocimiento mapuche de orientación intersubjetivo generado en el marco de una epistemología de la conciencia participativa. En la racionalidad mapuche, su epistemología no se establece en la relación sujeto-objeto, sino que sujeto-sujeto, pues los elementos de la naturaleza están dotados de la condición ontológica de sujeto, pues cada uno de ellos está asociado a un *Ngen*.

En el segundo caso, las experiencias que sitúan la salud intercultural en el espacio vital del cultor son formuladas con el objeto de que el proceso de sanación se realice sin alterar los equilibrios naturales, espirituales y sagrados que protegen al especialista y a las personas que requieren esta atención. En este propósito no existe en general reparos, comparto el potencial espiritual y de sanación de esta iniciativa, pero encierra un riesgo que es necesario evitar. El circuito de aprendizaje y transmisión de saberes médicos tradicionales, paulatinamente se han arrinconando³² en los espacios de la vida familiar.

Los procesos de aprendizaje y continuidad de los saberes de salud han sido intervenidos en sus circuitos de producción y reproducción cultural. Se han reducido sus tiempos y espacios

32 Esto es similar al fenómeno del consumo, cuando existe conciencia del valor de un objeto, este no se desecha, se remplacea y se guarda en una bodega o se deja en un rincón de la casa. Utilizo la palabra arrinconados, para dar cuenta de un proceso político epistémico complejo, pues en los cultores y personas mapuches al enfrentarse a la presión de las dinámicas del poder por lo que comienzan a relegar o dejar de utilizar sus conocimientos médicos por los que las instituciones y agentes de poder legitiman, principalmente aquellos generados por los laboratorios. Este fenómeno se acrecentado en las nueva generaciones, son los más adultos y ancianos que cultivan la medicina tradicional, los más jóvenes la alópata; aquí se aprecia la influencia de la Escuela.



íntimos: los procesos de enseñanza y aprendizaje marcados por la escuela, los aprendizajes en tiempos de recreación e interacción social no escolarizada son colonizados por los significados y contenidos culturales difundidos a través de los medios de comunicación: Las redes de significación ideológica en la construcción de subjetividades están siendo transmutadas por los mensajes políticos movilizados y naturalizados en la interacción cotidiana.

Las oportunidades de aprender estos saberes y desarrollar las prácticas culturales espirituales asociadas a la salud, hoy están quedando remitidas al momento cuando un conocido o familiar se enferma. Entonces al reducir las posibilidades de aprendizaje y desarrollo, exclusivamente, a estos lugares íntimos de la vida familiar y, no ponerlos en movimiento en relación con otros saberes constituidos en la misma matriz (en otros tiempos y otros espacios), corremos el riesgo de objetuarlos, des-historizarlos y desvincularlos de las posibilidades de cultivo, desarrollo, potenciamiento y enriquecimiento terapéutico que se genera a través de la interacción con otros saberes y otros cultores. De este modo, esta concepción encierra el peligro de la *cosificación esencializada de las experiencias de salud intercultural*.

La idea de implementar experiencias de salud intercultural situada ha estado acompañada de otra, generar un circuito de cultores, donde los potenciales usuarios, puedan concurrir según sus requerimientos. Hasta ahí, ningún reparo, pero desde otros espacios de construcción de políticas interculturales se ha estado potenciado otra idea de orientación económica, el circuito etnoturístico³³, que está permeando la idea de los circuitos de cultores. La asociación de ambas ideas, eventualmente, expone un riesgo, concebir saberes, prácticas y cultores de salud como objeto de consumo turístico. Pensar la red de cultores con la mismas lógica con que se concibe la red etnoturística, corre el riesgo de que las prácticas, los saberes, los cultores y la interacción con ellos, por requerimiento del cliente, se cosifiquen, reduzcan, esencialicen, impidiendo el dinamismo intracultural, transformando el saber en un objeto que requiere el circuito para satisfacer la demanda del cliente.

33 Ejemplo de este tipo de circuitos es la ruta de los Lonkos en San de La Costa. Al referenciar esta experiencia, quiero precisar que valoro positivamente los esfuerzos para construir iconografía "con y de" anclaje identitario, del que es necesario potenciar su impacto, para ello propongo acompañar estas inversiones públicas con procesos de empoderamiento social que implique participación colectiva de las organizaciones mapuche-williche para dar cuenta de los procesos políticos e históricos de la construcción de esos espacios socioculturales y las subjetividades que los pueblan. Esto, en mi opinión, contribuirá a dar sentido político e histórico de la vida de las personas que cotidianamente construyen la identidad territorial mapuche williche y las dinámicas interculturales de San Juan de la Costa. Otro ejemplo de ello, lo constituye el portal de acceso a la comuna, el que, desde mi perspectiva, arquitectónicamente es muy hermoso, constituye un aporte turístico y evidencia una preocupación por dinamizar económicamente la comuna, pero del que pienso que sería interesante un análisis semiótico desde la cultura mapuche Williche, quizás se descubra que la arquitectura alemana por mucho que tenga impregnados símbolos mapuche-williche, sigue siendo arquitectura alemana.

La idea de circuito supone movimiento e interacción, por ello, en el campo de la salud intercultural, la idea y su materialización debe superar la intención de una red de nodos al modo etnoturístico, habría que pensar en el potencial político epistémico que conlleva la revitalización cultural y lingüística desde el campo de la salud, cuando la/el *Machi*, *Lawentuchefe*, *Puñeñelchefe*, *Ngütamtuchefe*, *Weupife*, *Gnempin*, *Lonko* y otros *kimche* circulan por las comunidades e interactúan con los niños y niñas, jóvenes y adultos para activar la memoria histórica que permite recuperar, reproducir y construir saberes que en las dinámicas de dominación y asimilación han sido proscritos.

En síntesis, pienso que estas experiencias serán valiosas y contribuirán significativamente a la salud en Chile, si desde los lugares de diseño e implementación de este tipo de política pública se:

- Concibe a la salud intercultural como aquellos espacios donde se instalan procesos políticos, sociales y culturales -no exento de conflictos-, que materializan las posibilidades de homologar, validar, legitimar y potenciar a los actores, los saberes, las prácticas y las ciencias-otra de los pueblos indígenas en las relaciones institucionales,
- Reconoce y respeta la legitimidad política-epistémica de los conocimientos de salud de los pueblos indígenas.
- Respeto, protege y desarrolla, pero sin dejar de ser lo que son, otras formas de construir y contribuir a la salud de todos.
- Abren y generan políticas que permitan promover el circuito epistémico de los saberes medicinales de los pueblos indígenas.

4. Reflexiones finales

Sobre el concepto de salud existe una amplia literatura (Hansen, 2012; Guerrero y León, 2008), como la generada por la OMS, que la define como “*el bienestar biológico, psicológico y social de un individuo*” (OPS, 2009, p.5). Sin embargo, este concepto es restringido con respecto las construcciones de los pueblos indígenas, principalmente, porque la concepción occidentalizada está anclada en lógicas que excluyen de la salud, la dimensión espiritual y la conciencia participativa con la naturaleza. En relación a esta forma de entender la salud por parte de los pueblos indígenas, la OPS (2009) conceptualiza bienestar como



“(...) la armonía de todos los elementos que hacen la salud, es decir el derecho a tener su propio entendimiento y control de su vida, y el derecho a “la convivencia armónica del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con los demás, encaminada al bienestar integral, a la plenitud y tranquilidad espiritual, individual y social”. En otras palabras, la salud, al incorporar varios paradigmas de la perspectiva indígena, se expresa en las relaciones dinámicas y equilibrio entre los componentes inseparables de lo que es individual (físico, mental, emocional y espiritual) y lo que es colectivo (ecológico, político, económico, cultural, social y, una vez más, espiritual)” (p. 5).

Entonces, la salud interculturalidad podría ser un espacio de encuentro y articulación de saberes de sanación. Vista así, podríamos pensar que al ser concebida como un espacio de encuentro, esta se construye en relaciones de simetría epistémica y respeto entre los actores y agentes de la salud. Pero nuestra experiencia indica que esta mirada no es estricta con lo que sucede en la realidad, puesto que en el espacio institucional la simetría es una manifestación teórica, deseada, pero no concretada.

En mi opinión, la salud intercultural es la preocupación, no solo por el bienestar psico-orgánico sino que además espiritual con un estado de conciencia –individual y colectiva, que procura no alterar los equilibrios con y de la naturaleza. La salud intercultural contribuye a las personas en la búsqueda de los equilibrios en tanto es “ser-sujeto social –histórico”, el que trasciende su mismicidad hacia su condición bio-cultural-espiritual, lo colectivo-gregario; esto es “yo soy, porque nosotros somos” (familiar, grupal, comunitario, gregario, parte de la naturaleza). En este sentido, la salud intercultural es también un espacio social, político, económico, cultural y epistémico. La salud intercultural es uno de los espacios en que el “*küme mongen*” puede alcanzar una expresión social y política concreta, puesto que en ella se manifiesta, aquello que la “ciencia biomédica moderno-occidental” no ha logrado, la “conciencia participativa”.

Concebir la salud intercultural, más allá del encuentro de especialistas y saberes de sanación, implica articular críticamente las racionalidades y epistemologías de las culturas que interactúan, de lo contrario, el/los modelo/s que se generen subsumirá/n una de ellas, expresando una interculturalidad que sólo es reflejo de la perspectiva hegemónica, una interculturalidad monocultural que expresa la cultura dominante maquillada con tintes de otredad. Es muy cercana a la concepción multicultural del capitalismo global; lógica predominante en el caso de Chile.

Finalmente, el desarrollo de la salud intercultural demanda la revitalización cultural y lingüística de los pueblos indígenas, esto es el reconocimiento y ejercicio pleno de sus derechos, cuyas implicancias políticas a corto plazo debe traducirse en la recuperación de la lengua, el territorio y la preservación de los ecosistemas, en los cuales se produce *lawen*.

Reconocimiento:

No puedo cerrar este texto, sin expresar mi reconocimiento a las y el dirigente de las organizaciones mapuche-williche de Río Negro que conducen el trabajo del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas:

Señora María Catrilef Igor
Señora Sonia Arriagada Huisca
Señora Magali Marileo Manquel
Señora Paula Álvarez Nempu
Señora Elizabeth Sandoval Hurtado
Señor Fernando Marileo Manquel

Se reconoce y agradece el esfuerzo, su preocupación y tenacidad para lograr la edición de este libro denominado "*Pichi Leufu, srewel srakizuam kimel pus lawentu*", además, de su firme resistencia a las impropias e indebidas presiones que, a veces, autoridades y funcionarios públicos ejercen sobre ustedes para imponer una mirada que se invierte de institucional.

Y mis agradecimientos al grupo Awka Pewma conformado por las Profesoras señorita Carla Paillapán y señorita Andrea Moraga, a las Trabajadoras Sociales señorita Claudia Inostroza y señorita Catalina González, a la Estudiante de Pedagogía en Lengua Castellana y Comunicación señorita Vasty Duran y al estudiante de Nutrición señor Claudio Sepúlveda por el trabajo de campo realizado en el marco de la investigación que da origen a este Libro. Ellas y él, enriquecieron las Aulas de la Universidad de Los Lagos.



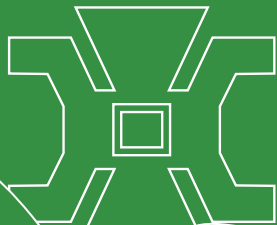
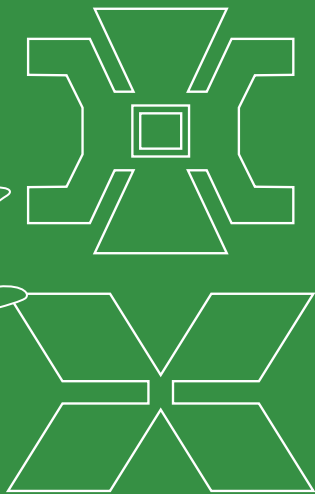
Bibliografía.

- Berman, M. (1999). El reencantamiento del Mundo (6ª Ed). Santiago: Cuatro Vientos Editorial.
- Boccaro, G. y Ayala, P. (2012). Patrimonializar al indígena. Imaginación del multiculturalismo neoliberal en Chile. *Cahiers des Amériques latine* N° 67. Pp. 207-228. Recuperado de <http://cal.revues.org/361>
- BID. (2006). Política operativa sobre pueblos indígenas. Washington: Autor. Recuperado de http://www.bankinformationcenter.org/wp-content/uploads/2013/08/BID-Politica_operativa_sobre_pueblos_indigenas_2006.pdf
- Claros, L. y Viaña, J. (2009). La interculturalidad como lucha contrahegemónica: Fundamentos no relativistas para una crítica de la superculturalidad. En VVAA. *Interculturalidad crítica y descolonización. Fundamentos para el debate*. (P.p. 81-126). La Paz: Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello (III-CAB). Recuperado el 25 de mayo de 2014 de <http://www.ceapedi.com.ar/imagenes/biblioteca/libros/309.pdf>
- Garcés, F. (2010). Los esfuerzos de construcción descolonizada de un Estado Plurinacional en Bolivia y los riesgos de vestir al mismo caballero con otro terno. *Integra Educativa* Vol. III (1). Pp. 49-66.
- Garretón, M. A. (2012). Neoliberalismo corregido y progresismo limitado: los gobiernos de la Concertación en Chile 1990-2010. Santiago: Universidad Arcis-CLACSO.
- Guerrero, L. y León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud: Revisión histórica. *Fermentum. Rev. Venezolana de Sociología y Antropología*. Vol.18 (53). pp. 610-633. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70517572010>
- Hasen Narváez, F. N. (2012). Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. *Ciencia y enfermería*, 18(3), 17-24. Recuperado de http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v18n3/art_03.pdf
- Jackson, J. E. (2009). Neoliberal Multiculturalism and Indigenous movements. *Latin American Research Review*. Vol. 44(1). Pp. 200-211.
- Martínez Rangel, R. y Soto-Reyes Garmendia, E. (2012). El Consenso de Washington: la instauración de las políticas neoliberales en América Latina. *Política y Cultura* N° 37, pp. 35-64. Recuperado de http://148.206.107.15/biblioteca_digital/articulos/8-592-8479vsg.pdf;

- Ministerio de Salud (MINSAL). (2006). Norma Administrativa N° 16. Interculturalidad en los Servicios de Salud. Resolución exenta N° 261/2006. Recuperado el 20 de agosto de 2015 de <http://transparencia.redsalud.gob.cl/transparencia/public/ssmetrocentral/archivos/A82A1FAAF11021D7E04001011E01580A>
- Muñoz Seddano, A. (2001). Enfoques y modelos de Educación multicultural e intercultural. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <http://www.aulaintercultural.org/IMG/pdf/sedano.pdf>
- OIT. (2008). Convenio N° 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes de la Organización Internacional del Trabajo. Decreto N° 236 promulgado el 02 de octubre de 2008. Recuperado de <http://www.leychile.cl/N?i=279441&f=2009-09-15&p=>
- OMS. (2000). Informe de la Consulta Internacional Sobre la Salud de los Pueblos Indígenas. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69467/1/WHO_HSD_00.1_spa.pdf
- ONU. (2007). Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de Pueblos Indígenas. Recuperado de http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf
- ONU. (1995). Convenio sobre la diversidad biológica. Decreto N° 1963 promulgado el 28 de diciembre de 1994. Recuperado de <http://www.leychile.cl/N?i=18766&f=1995-05-06&p=>
- ONU. (1989). Pacto internacional de derechos civiles y políticos. Decreto N° 778 promulgado el 30 de noviembre de 1976. Recuperado de <http://www.leychile.cl/N?i=15551&f=1989-04-29&p=>
- (1989). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Decreto N° 326 promulgado el 28 de abril de 1989. Recuperado de <http://www.leychile.cl/N?i=12382&f=1989-05-27&p=>
- OPS. (2009). La salud de los pueblos indígenas de las américas: conceptos, estrategias, prácticas y desafíos. Quito: Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud.
- OPS/OMS. (2009). La salud de los pueblos indígenas de las américas: conceptos, estrategias y prácticas. Recuperado de <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/53-SPI-conceptos-estrategias.PDF.pdf>
- (1997). Fortalecimiento y desarrollo de los Sistemas de Salud Tradicionales. Organización y provisión de Servicios de Salud en Poblaciones Multiculturales. Washington: División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Recuperado de http://www.bvs.ins.gob.pe/print/ops/salud_pueblos_indigenas/6.pdf



- Restrepo, E. (2008). Multiculturalismo, gubernamentalidad y resistencia. En Ó. Almarío García y M. Á Ruíz García (ed). *El giro hermenéutico de las Ciencias Sociales y Humanas. Diálogo con la Sociología* (Pp. 35-47). Medellín: Universidad Nacional de Colombia,
- República de Chile. (1993). Ley N° 19.253/1993, establece normas sobre protección, fomento y desarrollo de los indígenas, y crea la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena. Recuperado de <http://www.leychile.cl/N?i=30620&f=2014-03-25&p=>
- . (2012). Ley 20.609/2012, establece medidas contra la discriminación. Recuperado de <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1042092&buscar=Ley+20609>
- Richards, P. (2014). Multiculturalismo Neoliberal. Nuevas categorías y formas de entender la ciudadanía y el mundo indígena en el Chile contemporáneo. En C- Barrientos (ed). *Aproximaciones a la cuestión mapuche en Chile*. Una mirada desde la historia y las ciencias sociales. (pp.113-144). Santiago: RIL Editores.
- . (2010). De indios y terroristas: Como el Estado y las elites locales construyen el sujeto Mapuche en Chile. *Journal of Latin American Studies*. N°42. pp. 59-90. Recuperado de http://www.observatorio.cl/sites/default/files/biblioteca/traduccion_final_patricia_richards_multiculturalismo_neoliberal_y_elites_locales.pdf (Versión en español)
- Ticona Alejo, E. (2010). La producción del conocimiento descolonizador en contextos del colonialismo interno. El caso de Fausto Reinaga en Qullasuyu-Bolivia. *Integra Educativa* Vol. III (1). Pp. 37-48.
- Tubino, F. (2011). Del interculturalismo funcional al interculturalismo crítico. Recuperado de http://red.pucp.edu.pe/wp-content/uploads/biblioteca/inter_funcional.pdf
- Walsh, C. (2010). Interculturalidad crítica y educación intercultural. En J. Viaña, L.Tapia y C. Walsh (comp.), *Construyendo Interculturalidad Crítica*. (pp. 75-96). Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello, La Paz.
- Zizek, S. (1998). Multiculturalismo, o la lógica cultural del capitalismo multinacional. En F. Jameson y S. Zizek, *Estudios Culturales. Reflexiones sobre el Multiculturalismo*. (Pp. 137-188). Buenos Aires: Editorial Paidós



ESCENARIO DEL PROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA INTERCULTURAL DEL SIGLO XXI

María Paz Contreras
Alejandra Martínez Cornejo
Hoderay Leal Mora

Carrera de Enfermería
Universidad de Los Lagos



ESCENARIO DEL PROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA INTERCULTURAL DEL SIGLO XXI

María Paz Contreras Muñoz
Alejandra Martínez Cornejo
Hoderay Leal Mora

Carrera de Enfermería
Universidad de Los Lagos

Actualmente, los integrantes de los equipos de salud oficiales, se enfrentan a un enorme desafío que deriva de la necesidad de un cambio en la interacción médico-equipos de salud-usuario. Estos últimos han adoptado un rol mucho más activo y crítico frente al quehacer de los profesionales sanitarios, debido a que acceden a mayor cantidad de información, y son capaces de manifestar su descontento frente a las deficiencias que ellos visualizan, relacionadas fundamentalmente al trato y a la deshumanización de la atención. (Burrows, Echeverría, Goic, Herrera, Quintana, Rojas, Salinas, Serani, Taboada y Vacarezza, 2013).

Por otro lado, la implementación de diversas Políticas Públicas y cuerpos legales como la Ley de Derechos y Deberes del Paciente, que buscan empoderar a la población para que sean sujetos activos en su propio proceso de salud y enfermedad, junto con la obligación jurídica y no tan sólo ética para los equipos de salud de otorgar una atención de la mejor calidad posible, con excelencia profesional, solidaridad y compasión (León, 2012), pone de manifiesto la necesidad de un cambio paradigmático de la atención en salud, haciéndose necesario transitar desde una perspectiva biomédica y biologicista, a un enfoque integral, que considere al individuo en directa interrelación y equilibrio con su entorno, es decir, con su familia, comunidad y medio ambiente en el que está inserto, lo que coincide plenamente con el concepto de salud que tiene el pueblo mapuche-williche (Ibacache, 2001).

Para comprender el punto de vista de la cosmovisión mapuche, resulta imprescindible incorporar el rol fundamental que juega la naturaleza y lo sobrenatural en la vida de estas personas, en donde los cambios negativos del entorno conllevan una pérdida inevitable del equilibrio que podría afectar tanto el ámbito físico como espiritual. Las peleas familiares o con vecinos, la falta de alimento para los animales o el daño de lugares sagrados, son sólo algunas de las situaciones que podrían romper esta armonía, desencadenando el desequilibrio. (Ibacache, citado en Hasen 2012).



140



La Política de Salud de los Pueblos Indígenas (2006) reconoce que existe una necesidad sentida de forma creciente por parte de los pueblos originarios de que exista un mayor respeto y valoración de esta cosmovisión, así como de las diversas prácticas de medicina ancestral, conceptos íntimamente relacionados. Se requiere además que la atención brindada sea cálida y humana, libre de prácticas discriminatorias que suelen generarse por temas culturales, así como por el contexto de pobreza en el que estas poblaciones suelen estar inmersas.

A nivel local, Bermedo (2015) indica que se presenta una dinámica en la cual los usuarios mapuche williche en algunos casos desconfían de las terapias ofrecidas por los sistemas de salud oficial, interrumpiéndolas o complementándolas de acuerdo a su propia experiencia y manteniendo la adherencia principalmente por condicionamiento o temor al médico más que al pleno convencimiento de su efectividad. Por otro lado, el equipo de salud oficial no reconoce la utilidad de las prácticas ancestrales en materia de salud ni la labor de los cultores de salud tradicional frente a determinados padecimientos. Lo anterior, complementa lo señalado por Alarcón, Astudillo, Barrios y Rivas (2004) quienes exploraron la opinión de proveedores de salud y usuarios mapuches de la novena región en la que se evidencian opiniones divergentes en relación a la forma en cómo se relaciona el equipo con los usuarios así como las barreras que se presentan en esta interacción. Los usuarios indican que existe falta de voluntad, discriminación e indiferencia de los equipos de salud con el tema mapuche, percepción que no es compartida por los miembros del equipo de salud, quienes ven como principales obstáculos para brindar atención a esta población la falta de capacitación, desconocimiento de la cultura y escasa formación de pregrado de los estudiantes de las carreras de la salud en relación a estos temas.

Los usuarios evidencian además barreras en la comunicación y problemas de trato, dados fundamentalmente por códigos culturales distintos, en relación a rituales, símbolos, rol de las familias y comunidades, percepciones en relación al cuerpo y al pudor muchas veces incomprendidas, por estilos de crianza distintos (Rodríguez, 2007, citado en Hassen 2012), o por el particular sentido que cada persona le otorga a la vivencia de la enfermedad. (Díaz, A., Pérez., González, C. y Simón, J., 2004)

Además, los profesionales sanitarios desconocen las enfermedades espirituales e ignoran las explicaciones que los usuarios les realizan en relación a la causa de las mismas, considerándolas en el ámbito de creencias erradas y supersticiones, no confiando en la ayuda que podría otorgar un agente de salud tradicional frente al combate de estas afecciones (Kleinmann, 1980, citado en Kraster, 2003)



Considerando lo anterior, resulta fundamental incluir un enfoque intercultural en salud, que incorpore la cultura del usuario como aspecto fundamental en el continuo salud-enfermedad. Esto implica un cambio de actitud y un cambio cultural en los profesionales sanitarios, ya que aborda la salud desde una perspectiva amplia y establece redes de trabajo que permiten proveer servicios acordes a las necesidades de los pueblos originarios, respetando la diversidad cultural. (Ministerio de Salud, 2006).

Davinson, Jelvez y Yañez (citado en Hassen, 2012), definen interculturalidad como una relación entre culturas dinámicas, en la cual debe existir reciprocidad, voluntad y horizontalidad, reconociendo que hay espacios de encuentro donde se pueden negociar y otros donde se mantienen las especificidades respetando las diferencias, mejorando la salud de ambos pueblos, ganándose espacios desde los pueblos originarios y cediendo espacio desde las instituciones oficiales.

Junto con el cambio del concepto de salud desde la perspectiva del profesional, debe existir también una revisión a nivel institucional, que avale desde el punto de vista práctico el quehacer, ya que elementos impuestos por el sistema, tales como el cumplimiento de rendimientos en términos de tiempo en la atención de los pacientes, dificulta enormemente el establecer una relación de ayuda considerando la integralidad del usuario.

Rol de enfermería y el aporte de la interculturalidad a la calidad de los cuidados

El profesional de enfermería como integrante del equipo de salud, tiene un papel preponderante debido a que de acuerdo a su rol, establecido en el Código Sanitario (1997) está encargado de las acciones de promoción, mantención y restauración de la salud, así como de la prevención de enfermedades o lesiones a lo largo del ciclo vital, por lo que el adoptar un enfoque intercultural durante la atención contribuiría a mejorar el cuidado brindado a usuarios mapuche-williche no sólo del Programa Cardiovascular, sino que de otros Programas como el del Adulto Mayor o del Niño, en los cuales se manifiestan divergencias en los modelos explicativos de salud y enfermedad y falta de competencia cultural en los agentes de salud oficial al momento de resolver problemas de salud que afectan a la población (Alarcón y Vidal, 2005).

Por lo anterior, resulta fundamental que los enfermeros logren comprender las reales implicancias que tiene la cultura en la mantención y recuperación de la salud, procurando que los

futuros profesionales desarrollen una sensibilidad cultural y una cercanía con este usuario que es distinto y que por lo tanto presenta necesidades diferentes que deben ser coherentemente abordadas.

El cuidado es un fenómeno social y cultural, y por tanto debe ser abordado con una mirada holística, entendiendo que los acontecimientos de la existencia humana se ven influenciados por los valores, creencias y percepciones que cada persona asigna a las vivencias dentro del proceso salud-enfermedad. El cuidado, constituye la base de la identidad enfermera, y como tal se establece como parte fundamental del accionar del profesional en los distintos campos de desarrollo de la disciplina, siendo determinante la interacción establecida con el usuario que necesita asistencia. (Velandia y Letelier, 2010)

La práctica del cuidado está sustentada por principios éticos y humanistas, que requieren fundamentalmente, habilidades en los profesionales como comprensión, compasión y empatía entre muchos otros, para materializar el establecimiento de una relación de ayuda y de acompañamiento de la persona en el transitar por su existencia. (Medina, citado en Roca i Caparà y Vega i Monteagudo, 2007)

Considerando la realidad multicultural en que enfermería desempeña su labor, es fundamental que los cuidados brindados sean de calidad y posean un enfoque integral, siendo imprescindible el entendimiento, análisis y articulación de los valores y percepciones del paciente en relación a su propia salud, así como las interacciones de este con su entorno (Ibarra y Siles, 2006, citado en Plaza del Pino y Soriano, 2009).

La forma en que el cuidado de enfermería se lleva a la práctica es el reflejo de un cuerpo de conocimientos propios, que se materializa en diversos modelos y teorías que en definitiva describen como diversas autoras conceptualizan la enfermería. (Durán de Villalobos, 2005). La enfermera Madeleine Leninger, construye la teoría de la diversidad cultural y de la universalidad de los cuidados entre las décadas del 60 y 70 (Leininger, 1991, citado por Pérez Pimentel, 2009), y plantea en uno de los supuestos principales, la necesidad de suministrar cuidados responsables y coherentes culturalmente, en sintonía con las necesidades, valores, creencias y modos de vida de los usuarios (González, 2006), siendo esto precisamente, la contribución y sello distintivo de los profesionales frente a otras disciplinas (Arias, 2000). Desde esta mirada, los conceptos que contempla la cosmovisión mapuche no son tan ajenos para enfermería y se integran de manera coherente con los preceptos de la disciplina.



González (2006), citando a Leininger señala que la imposición de elementos, la ceguera y choques culturales, así como el etnocentrismo, influyen negativamente en la calidad de los cuidados brindados, y que los diagnósticos médicos y de enfermería que no tienen en cuenta estos factores, pueden generar efectos negativos, y en algunos casos, resultados graves, por lo que se debe poner énfasis en el desarrollo de un profundo compromiso y respeto por la cultura de las personas.

La Universidad de los Lagos y el compromiso con la formación de un enfermero/a con competencias interculturales.

La Universidad como parte integrante de la sociedad, tiene la alta función y responsabilidad de formar profesionales idóneos, acordes con la realidad nacional y suficientemente preparados para solucionar los problemas propios de su ámbito laboral, con excelencia, ética y compromiso social.

Los profesionales formados en las Universidades deben estar preparados para ejercer en un ámbito intercultural, el éxito de su desempeño y la solución de los problemas de Salud dependen de esta condición. La pertinencia social de la Universidad se debe expresar en la preparación de los profesionales con las capacidades, condiciones, aptitudes y actitudes, coherentes con la realidad nacional (Hurtado, Orellana, Manjón y Pérez, 2012).

Inevitablemente la Universidad, igual que la escuela, es transmisora de los valores, creencias y saberes que aseguran la permanencia y hegemonía del sistema cultural dominante, ya que participa activamente en la formación de conciencias, actitudes, convicciones, filiaciones e identidades. No hay neutralidad, ni equidistancia con respecto a otras maneras y formas de vivir o entender la vida (Roca i Caparà, y Vega i Monteagudo, 2007).

Efectivamente, junto con ello, la Organización Panamericana de la Salud (citado en Painemilla, Cruzat, y López, 2013) afirma que los centros académicos que forman recursos humanos en Salud, no incluyen en sus programas de estudio el enfoque intercultural de forma continua, lo que conduce a limitaciones para entender el contexto sociocultural de la población que va a ser atendida.

Entonces la pregunta es, ¿cómo la Universidad de Los Lagos, responde a estos desafíos, y a la responsabilidad que le compete en la formación de futuros profesionales insertos en

un mundo multicultural?. La Universidad de los Lagos es la única institución de Educación Superior de carácter pública y estatal en la Región de Los Lagos, y como tal, se encuentra profundamente involucrada con el desarrollo del entorno en el que está inmersa, una de las herramientas para el logro de este objetivo, es el compromiso con la formación de profesionales íntegros, con sólidas bases democráticas y humanistas, que respeten las expresiones multiculturales y los comportamientos individuales y colectivos relacionados con ambientes diversos y complejos, de manera que puedan comprender, analizar, explicar y proponer cambios a las problemáticas regionales, (Universidad de Los Lagos 2010).

Entre los principios valóricos declarados por la Universidad, se encuentra el compromiso con una formación de calidad, actualizada y pertinente, así como *con la diversidad cultural y la interculturalidad, potenciando los valores, símbolos y cosmovisiones que identifican a las culturas presentes en el entorno sociogeográfico, reconociendo el valor intrínseco de las diferencias culturales tanto colectivas como individuales*, por lo que los rasgos identitarios de tipo social, geográfico, étnico y culturales deben servir para la adecuación permanente del proceso formativo de los estudiantes (Universidad de Los Lagos 2010).

¿Por qué para la carrera de Enfermería de la Universidad de los Lagos la interculturalidad es tan importante? Se hace imprescindible responder a las necesidades de justicia y humanidad en la atención de los usuarios que reclaman un trato justo y respetuoso. El formar futuros profesionales que respondan a ese clamor de justicia, se transforma en una enorme responsabilidad, que implica hacerse cargo del entorno, de la historia y sus antepasados, promoviendo un nuevo dominio del ejercicio de la enfermería, formando un profesional diferente, definido y fundamentado en principios culturales y diseñado específicamente para orientar los cuidados a los individuos, las familias, los grupos y las instituciones. Si se quiere ser consecuentes con esta idea, la Enfermería Intercultural se ha de convertir en una de las áreas más importantes, significativas y prometedoras del estudio formal, la investigación y la práctica, respondiendo con ello al mundo multicultural en que vivimos.

De acuerdo lo recomendado por *Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA)*, es imperativo que los egresados dispongan de conocimientos y competencias en enfermería intercultural y sean capaces de trabajar de manera holística, tolerante, sin enjuiciamientos, de forma cuidadosa y sensible, asegurando que los derechos, creencias y deseos de todos los individuos y grupos no se vean comprometidos en la atención, de manera que la profesión sea un real aporte a nuestra región y a nuestro contexto.



Todas estas intenciones se han ido materializando de manera paulatina; en la actualidad los equipos de docencia de los campus de Osorno y Puerto Montt, en los cuales se dicta la carrera, se encuentran trabajando en un nuevo rediseño curricular, alineado y en sintonía con el Modelo Educativo de la Universidad, que considera también las recomendaciones internacionales como la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estas organizaciones declaran que “La formación enfermera debe adaptarse cada vez más a las necesidades reales de las poblaciones”.

“Una nueva comprensión de la enfermería supone abordarla como una profesión en progreso hacia el estatus de disciplina científica; profesión transdisciplinar del campo de las ciencias sociales y de la salud, cuyo objeto de estudio e intervención es el cuidado humano en cuanto implicado en la constitución, vivencia, desarrollo, protección y recuperación de la salud; que tiene como beneficiario al sujeto humano como ser cultural, a la familia, a los grupos, a las comunidades y a la sociedad como unidades de análisis y cuidado. El cuidado es entendido aquí en su única condición posible que es la de alteridad y vínculo amoroso”. (Malvarez, 2007)

Entre las acciones que la Carrera de Enfermería ha desarrollado hasta ahora, ha sido la puesta en marcha, desde el año 2013, una asignatura electiva de Interculturalidad, que tiene por finalidad entre otras, desarrollar actitudes, valores éticos de apertura, respeto y reconocimiento del sistema de salud indígena, sus agentes y sus prácticas, profundizando en la cosmovisión indígena respecto del proceso de salud-enfermedad, y por último conociendo las prácticas de sanación desarrolladas por los agentes de salud Mapuche – Williche.

En esta misma línea, en mayo del 2015 en el marco de la celebración del Día Internacional de la Enfermera, se realizó un Encuentro Intercultural, el que junto con dar énfasis a la labor y el legado entregado por Florence Nigthingale, pionera de la enfermería moderna a nivel mundial, se avanzó en el compromiso de un trabajo conjunto entre la Carrera de Enfermería, dirigentes y agentes de la medicina Mapuche – Williche de la zona. En este Seminario, que concentró temas de gran interés para la comunidad universitaria, se presentaron antecedentes generales de la implementación por más de una década en el país del Programa de Salud y Pueblos Indígenas, se dieron a conocer experiencias y propuestas locales de Salud Intercultural de las provincias de Osorno y Valdivia, mostrando los diversos grados de avance de la relación de los sistemas culturales de salud occidental y tradicional, presentados por la Sra. María Raillanca, especialista médica y facilitadora intercultural de la comuna de Lago Ranco

y la Sra. Norma Said, nutricionista de la comuna de San Juan de la Costa. Se contó con la presencia del Apo Ülmen Anselmo Antilef, autoridad tradicional del Pueblo Mapuche – Williche del Territorio de Kurileufu– Río Negro, quien junto a una maestra de ceremonia dieron inicio al Seminario.

Los desafíos son enormes y como tales requieren del mayor compromiso de los equipos docentes en formar estos nuevos profesionales, diferentes, con competencias en enfermería intercultural: tolerantes, sensibles y respetuosos de los derechos, creencias y costumbres de los pacientes, brindando cuidados congruentes con las demandas de la multiculturalidad, el entono y la región.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ALADEFE. (2008). *Recomendación Simposio sobre la formación disciplinar: VIII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería*.
- Alarcón, A.M., Astudillo, P., Barrios, S., y Rivas, E. (2004). Política de Salud Intercultural: Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile. *Revista médica de Chile*, 132(9), 1109-1114. Obtenido el 11 de agosto de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000900013
- Alarcón, A. M, Vidal, A. (2005). Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: perspectivas de las madres. *Salud Pública de México*, 47(6), 440-446. Recuperado en 13 de agosto de 2015, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000600008&lng=es&tlng=es.
- Alexander, M. F., & Runciman, P. J. (2003). *Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista: informe del proceso de elaboración y de las consultas*. Consejo Internacional de Enfermeras. Recuperado el 10 de agosto de 2015 de http://www.cnde.es/cms_files/Marco_Competencias_CIE_Enfermera_Generalista.pdf
- Arias, J. M. (2000). Antropología de los cuidados. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*, (7), 102-106. Recuperado el 10 de agosto de 2015 de http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5090/1/CC_07-08_12.pdf
- Atria, R. (2005). Diversidad, regulación y universidad pública: temas para un debate sobre la educación superior en Chile. *Revista de Sociología, Universidad de Chile*, (19), 71-87. Recuperado el 8 de agosto de 2015 de <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/sociologia/articulos/19/1904-Atria.pdf>
- Bacigalupo, M. (1995). Métodos de curación tradicional mapuche. La práctica de la machi contemporánea en Chile. *Enfoques en Atención Primaria*, 9 (4), 7-13.
- Bermedo, S. (2015). Dimensiones y significados que adquiere el proceso salud/enfermedad/atención en usuarios mapuche – williche con diabetes mellitus e hipertensión arterial. *Revista Chilena de Salud Pública*, 19 (1), p. 47-52. doi:10.5354/0719-5281.2015.36339. Obtenido el 11/08/2015 de <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/36339>
- Burrows, J., Echeverría, C., Goic, A., Herrera, C., Quintana, C., Rojas, A., Salinas, R., Serani, A., Taiboad, P., & Vacarezza, R. (2013). Dimensión ética en la organización de la atención de salud. *Revista médica de Chile*, 141(6), 780-786. Recuperado en 11 de agosto de 2015, de

- http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872013000600013&script=sci_arttext
- Cárcamo, M. P. (2009). Una Propuesta De Potenciación De Los Programas De Salud Inter-cultural, Desde La Perspectiva De La Enfermería Transcultural. Recuperado el 12 de agosto de 2015 de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2009/fmc265p/doc/fmc265p.pdf>
- Chamorro, S. T. (2001). El cuidado del'otro'. Diversidad cultural y enfermería transcultural. *Gazeta de antropología*, 17. Recuperado el 9 de agosto de 2015 de <http://www.gaze-ra-antropologia.es/?p=326>
- Código Sanitario (DFL 725/1967); el artículo 113 fue modificado, por el artículo 7°, letra a) de la ley N° 19.536 que incorpora la definición de los servicios profesionales de la enfermera en su inciso cuarto [citado 04 agosto 2011]. Disponible en: http://www.minsal.cl/juridico/DFL_725_DE_1969.doc
- Díaz, A., Pérez, M., González, C., Simon, J. (2004). Concepto de enfermedad y sanación en la cosmovisión mapuche e impacto de la cultura occidental. *Ciencia y enfermería*, 10 (1), 9-16. Recuperado 12 agosto 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So717-95532004000100002&lng=es&tlng=es.10.4067/So717-95532004000100002
- Donoso, A., Contreras, R., Cubillos, L. y Aravena, L. (2006). Interculturalidad y políticas públicas en educación: reflexiones desde Santiago de Chile. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 32(1), 21- 31. Recuperado el 7 de agosto de 2015 de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So718-07052006000100002
- Durán de Villalobos, M. (2005). La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. *Aquichán*, 5(1), 86-95. Retrieved August 13, 2015, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100009&lng=en&tlng=es.
- González, D. L. (2006). Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta de Antropología*, 22. Recuperado el 6 de agosto de 2015 de http://www.ugr.es/~pwlac/G22_32Daniel_Leno_Gonzalez.html
- Hasen, F. (2012). Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. *Ciencia y enfermería*, 18(3), 17-24. Recuperado en 12 de agosto de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=So717-95532012000300003&script=sci_arttext
- Hurtado, J. L., Orellana, L., Manjón, N. y Pérez, R. (2012). Enfoque Intercultural En El Currículo



De La Carrera De Enfermería De La Universidad De San Francisco Xavier De Chuquisaca. *Enfervida*, 1(1). Recuperado el 11 de agosto de 2015 de <http://ojsbolivia.org.bo/index.php/enf/article/view/178>

Ibacache J. (2001) Rumeckgenmewtaazmapu/ Epidemiología de la transgresión en Maquehue-Pelale. Unidad de Salud con Pueblos Indígenas Servicio de Salud Araucanía Sur. 21 p. Obtenido el 10 de agosto de 2015 de <http://www.fcs.uner.edu.ar/revis-tamaes-triasfc>

Kraster, A. (2003). El uso de sistema de salud tradicional en la población Mapuche: Comportamiento y Percepción. Para Mapuche Stichting | FOLIL, Julio 2003. Disponible en http://www.mapuche.nl/doc/krastero703_sp.pdf

León, F. (2012). Ley de derechos y deberes de las personas en la atención de salud: Una mirada bioética. *Revista médica de Chile*, 140(11), 1490-1494. Recuperado en 12 de agosto de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO034-98872012001100017

Letelier, M, y Velandia, A.L. (2010). Profesionalismo en enfermería, el hábito de la excelencia del cuidado. *Avances en Enfermería*, 28(2), 145-158. Recuperado el 13 de agosto de 2015 de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO121-45002010000200013&lng=en&tlng=es

Luna, L. y Hirmas, C. (2005). Enfoques curriculares de educación intercultural en Chile: Análisis para una propuesta de convivencia. In *VI Congreso Latinoamericano de Educación Intercultural Bilingüe*. Santiago de Chile, 25-27.

Madrigal, M. C., Forero, C. y Escobar, L. (2013). La comunicación, piedra angular en el cuidado de enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 15(2), 49-63. Recuperado el 10 de agosto del 2015 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145229803004>

Malvarez, S. (2002). Reflexiones sobre la investigación en enfermería: contexto y perspectivas. In *Conferencia de clausura del VIII coloquio panamericano de educación en enfermería*. México: ENEO-UNAM, 7.

Ministerio de Salud (2006). Política de Salud y Pueblos Indígenas. Recuperado de <http://www.sstalcahuano.cl/file/pespi/politica.pdf>

Oliva, P., Narvaez, C. (2009) Representaciones sociales de salud y adherencia farmacológica antihipertensiva en población Pehuenche. *Rev. Chilena de Salud Pública*, 13 (2), 67-71. Recuperado 12 agosto 2015, de <http://www.revistaeggp.uchile.cl/index>



150



[http://RCSP/article/view/593/498](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/969/1/culturacuidados_19_09.pdf)

- Ortega-López, R. M. (2006). Cultura del dolor, salud y enfermedad: percepción de enfermería, usuarios de salud y curanderos. *Cultura de los cuidados, año X, n° 19, 1er semestre 2006*; pp. 63-72. Recuperado el 12 de agosto de 2015 de http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/969/1/culturacuidados_19_09.pdf
- Painemilla, A., Cruzat, G. S., & López, J. V. (2013). Abordaje cualitativo sobre la incorporación del enfoque de salud intercultural en la malla curricular de universidades chilenas relacionadas con zonas indígenas. *Revista Chilena de Salud Pública*, 17(3), p-237. Recuperado el 10 de agosto de 2015 de <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/28607>
- Pérez, S. (2009). Enfermería transcultural como método para la gestión del cuidado en una comunidad urbana: Camaguey 2008. *Revista Cubana de Enfermería*, 25(3-4), 0-0. Recuperado el 8 de agosto de 2015 de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-03192009000200003
- Plaza del Pino, F. J., & Soriano Ayala, E. (2009). Formación de los profesionales de enfermería: Cuidar en la sociedad multicultural del siglo XXI. *Index de Enfermería*, 18(3), 190-194. Recuperado el 10 de agosto de 2015 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962009000300011&script=sci_arttext
- Roca iCaparà, N., & Vega iMonteagudo, C. (2007). Diversidad cultural: actitudes, valores y saberes de los estudiantes de enfermería. In *EMIGRA workingpapers*, 1-19. Recuperado el 11 de agosto de 2015 de https://ddd.uab.cat/pub/emigrarp/emigrarp_a2007n73/emigrarp_a2007n73p1.pdf
- Universidad de Los Lagos (2010). Documento “*Modelo Educativo Institucional*”. Osorno: Dirección de Docencia.





SOBRE LAS Y LOS AUTORES



- **Sergio Hernán Bermedo Muñoz**, Asistente Social. Encargado Programa de Salud y Pueblos Indígenas Depto. Salud Río Negro por más de una década. Diplomado en Atención Primaria y Salud Familiar, Universidad de la Frontera. Diplomado en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, Universidad de Chile. Diplomado en Interculturalidad, Universidad de Playa Ancha de Valparaíso. A partir del trabajo en salud intercultural en el territorio de Kurileufu (Río Negro) publicó: Dimensiones y significados que adquiere el proceso salud/enfermedad/atención en usuarios Mapuche-Williches con diabetes mellitus e hipertensión arterial, Revista Salud Pública UCH 2015. V. 19. (1), . Alumno Programa de Magister en Estudios y Desarrollo de la Familia, Universidad de la Frontera. Docente Carrera de Enfermería, Universidad de Los Lagos.
- **Pedro Fuenzalida Rodríguez**, Profesor de Estado en Biología y Ciencias Naturales. postulado en Educación Intercultural Bilingüe. Académico de la Universidad de Los Lagos, adscrito al Departamento de Educación. Ha desarrollado investigación en el campo de la educación intercultural bilingüe, especializado en currículum y políticas educativas. Cuenta con algunas publicaciones en este campo, las más recientes 2 Re-etnización y descolonización: resistencias epistémicas en el currículum intercultural en la Región de Los Lagos-Chile », Polis N° 38, 2014 y Descolonización y proyecto histórico: dimensiones ideológicas y políticas para el currículum de la educación Mapuche-Williche. Fill Kimün. Actas Primer Seminario de Historia y Educación Mapuche Williche. Instituto de Cultura, Ciencia y Tecnología Mapuche Williche. Conadi, Osorno, 2013
- **María Paz Contreras Muñoz**, Enfermera-Matrona, Universidad de Talca, Jefe de la Carrera de Enfermería. Diplomada Gestión de Calidad y Acreditación, Universidad de Chile Diplomada en Educación, Universidad Santo Tomás, Candidata Magister en Innovación de la Docencia Universitaria en Ciencias de la Salud, Universidad de la Frontera.
- **Alejandra Martínez Cornejo**, Enfermera, Universidad Austral, Docente Carrera Enfermería área pediátrica, Diploma en Tutor Clínico Universidad Austral, Diploma en Gestión de Calidad para la Gestión del Cuidado, Universidad de Chile, Candidata a Magister Enfermería Mención Gestión del Cuidado, Universidad de la Frontera.
- **Hoderay Leal Mora**, Enfermera-Matrona, Universidad de Valparaíso, Docente Carrera Enfermería área Atención Primaria, Diplomada en Gestión Estratégica en Salud, Universidad Diego Portales, Magister Enfermería Mención Gestión del Cuidado, Universidad de la Frontera.





Kiñe chalin may may pu peñi pu lamuen fa chanti nien kiñe traftun. Cheo ñeimin kume srakizuam monku ñiei puche williche. May cheo eimin kusuaimin fachi chilka. Cheo zunguimin ta weluntu slawen. Cheo ta kimialo eimi pu mapuche.

Juan Wuenupangi Wala
Kimche



Slawen – Territorio de Kurileufu



DIMENSIONES Y SIGNIFICADOS QUE ADQUIERE EL PROCESO SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN EN USUARIOS MAPUCHE – WILliche CON DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

DIMENSIONS AND MEANING SURROUNDING THE HEALTH-DISEASE-CARE PROCESS FOR MAPUCHE-WILliche PATIENTS WITH DIABETES AND HYPERTENSION

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares representan la primera causa de muerte en población adulta en Chile. En el caso de la población indígena, los resultados de estudios epidemiológicos comparativos muestran un peso relativo mayor de estas enfermedades en la población indígena que en la no indígena.

Objetivo: Describir las concepciones y prácticas terapéuticas tradicionales que convergen en los procesos de sanación de usuarios mapuche-williche diabéticos e hipertensos que consultan en los establecimientos de salud, ubicados en la jurisdicción del cacicado de Riachuelo, Río Negro.

Material y Método: Estudio exploratorio-descriptivo de carácter socio-antropológico que se inscribe en el paradigma interpretativista que articula el proceso salud/enfermedad/atención que desarrollan los pueblos originarios y las lógicas positivistas de la biomedicina. El muestreo fue no probabilístico. Se realizó estudio de caso y entrevista en profundidad. Para el análisis de los datos se utilizó el análisis categorial aplicado a las entrevistas, construyendo interpretaciones desde los sentidos y significados que los propios actores transparentan en sus discursos y prácticas culturales.

Resultados: El sistema cultural de salud mapuche-williche es relevado por los usuarios en un itinerario terapéutico que los lleva a complementar, alternar o sustituir la medicina occidental por la medicina mapuche para el tratamiento de la diabetes mellitus e hipertensión arterial.

Conclusiones: Las enfermedades cardiovasculares conceptualizadas por el modelo médico oficial-hegemónico no son parte de la matriz cultural mapuche-williche, constatándose dificultades en la adherencia al tratamiento impuesto por la biomedicina en usuarios que viven en territorios con alta concentración de población indígena.

Palabras clave: sistema médico mapuche-williche, enfermedades cardiovasculares, itinerario terapéutico, competencias interculturales.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the leading cause of death in adults in Chile. Comparative epidemiological studies show a relatively greater burden of these diseases amongst the indigenous population compared to the non-indigenous population.

Objective: *To describe the concepts and traditional healing practices that converge in the healing process of mapuche-williche diabetic and hypertensive patients, treated in health facilities located in the jurisdiction of cacicado of Riachuelo, Río Negro.*

Material and Methods: *exploratory-descriptive study, socio-anthropological in character, part of the interpretive paradigm that articulates the health/disease/care developed by indigenous peoples, and logical positivist biomedicine. Sampling was not probabilistic. Case study and in-depth interviews were conducted. An examination of the interview categories was performed to construct interpretations from the sense and meaning that the subjects showed through their discourse and cultural practices.*

Results: *The mapuche-williche cultural health system is revealed by patients: we see a therapeutic journey that leads them to complement, switch or replace Western medicine with mapuche medicine for the treatment of diabetes mellitus and hypertension.*

Conclusions: *Cardiovascular diseases conceptualized by the hegemonic medical model are not part of the cultural mapuche-williche matrix, confirming the difficulties in following biomedical treatment for patients coming from areas with a dense indigenous population.*

Keywords: mapuche-williche medical system, cardiovascular disease, diabetes, therapeutic itinerary, intercultural competence.

INTRODUCCIÓN

En las dos últimas décadas han surgido importantes iniciativas de investigación y de conocimiento con el objeto de comprender más cabalmente las condiciones epidemiológicas de los pueblos originarios del país, demostrándose que los usuarios de los pueblos indígenas tienen un perfil de morbilidad distinto al de la población no indígena. El Perfil Epidemiológico Básico de la Población Mapuche Residente en el Área de Cobertura del Servicio de Salud Osorno, entre sus hallazgos señala que: “La población mapuche de la Provincia de Osorno no solo presenta una tasa general de mortalidad más alta que la población no mapuche –al igual que en los demás territorios estudiados a través del proyecto de Epidemiología Sociocultural– sino que, además, ésta constituye la mayor tasa registrada hasta ahora para esta población”. Situación que podría estar vinculada con “la pérdida de los factores protectores propios de la cultura mapuche y

a la incorporación en situación desventajosa de la modernidad”. En el caso de las enfermedades del sistema circulatorio la población mapuche de la provincia de Osorno tiene un riesgo de un 60% mayor de morir por este grupo de causa que los no mapuche.¹

El Informe de la ONU sobre la Situación de los Pueblos Indígenas del Mundo, reporta sobre los “niveles alarmantes de diabetes. En todo el mundo más del 50% de los adultos indígenas de más de 35 años de edad padece diabetes tipo 2, y se prevé que estas cifras aumenten. En algunas comunidades indígenas, la diabetes ha alcanzado proporciones epidémicas y pone en peligro la existencia misma de la comunidad”.² Por su parte, la Federación Internacional de Diabetes señala que si bien esta patología está presente en todo el mundo, los pueblos indígenas soportan una carga desproporcionadamente mayor en este tipo de padecimientos.³

Para indagar acerca de la percepción que poseen los usuarios indígenas diabéticos e

hipertensos sobre este tipo de enfermedades, y describir el conocimiento y las prácticas de la medicina ancestral que se integran a los procesos de salud convencional durante el itinerario terapéutico seguido por los usuarios, se realizó el estudio exploratorio - descriptivo con usuarios mapuche-williche que se mantienen en control en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) en el Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF) de Riachuelo y las Estaciones Médico Rurales (E.M.R.) de Millantue y Costa Río Blanco ubicados en el territorio cacical de Riachuelo.

MATERIAL Y MÉTODO

El universo son 320 personas, que corresponden al total de usuarios diabéticos e hipertensos en control en el PSCV, según el REM de junio del 2012.⁽ⁱ⁾ Los criterios de inclusión son: ser hombre o mujer, diabético y/o hipertenso independiente del estado de compensación; con diagnóstico y tratamiento ingresados al Sistema de Información para la Gestión de Garantías de Salud (SIGGES), de acuerdo a la Ley 19.966 sobre el Régimen de Garantías en Salud. Tener al menos un apellido mapuche y/o estar su calidad de indígena acreditada ante la CONADI.

El diseño es no probabilístico de acuerdo al carácter cualitativo de la investigación. Las técnicas de recolección de la información fueron un cuestionario estructurado y una entrevista en profundidad semiestructurada, siendo: "La entrevista uno de los medios para acceder al conocimiento, las creencias, los rituales de vida de una sociedad o cultura, obteniendo datos en el propio lenguaje de los sujetos".⁴ Ambos instrumentos tuvieron como ejes de interés: i) los conocimientos y prácticas de la medicina mapuche-williche, ii) los mecanismos de transmisión del conocimiento y prácticas de la medicina tradicional, iii) el itinerario terapéutico seguido por los usuarios mapuche-williche diabéticos e hi-

pertensos, iv) la percepción de las enfermedades cardiovasculares y la relación establecida con el sistema de salud oficial. Para el análisis de la información, se utilizó el análisis categorial aplicado a las entrevistas en profundidad, construyendo dimensiones e integrando categorías y sus propiedades e indagando en las analogías y diferencias de los contenidos, teniendo presente que el estudio es de carácter exploratorio, cuyos hallazgos requieren una mayor profundización.

RESULTADOS

Del total de usuarios bajo control un 32,8% es de origen mapuche-williche, los que registran una edad promedio de 67 años, incrementándose significativamente con la edad el número de personas indígenas diabéticas e hipertensas, concentrándose en un 45% en el grupo etario de 70 y más años, observándose un número mayor de mujeres respecto a los hombres.

Un 74% de los hogares tiene como ingreso principal pensiones bajo el régimen de cotizaciones previsionales y básicas solidarias, cuyo monto promedio es de 85 mil pesos mensuales y más del 65% se sitúa entre el primer y segundo quintil de ingresos, según los tramos de puntaje de la Ficha de Protección Social que define los quintiles de vulnerabilidad social.

De los usuarios encuestados un 13,4% vive con su esposo(a) o hijos y el 83,6% lo hace con otros familiares, principalmente nietos o sobrinos. Un 76% no cursó la educación básica.

Del 32,8% de los usuarios mapuche que se mantienen en control en el PSCV, un 64,9% ha consultado algún especialista de la medicina mapuche-williche y un 67% declara usar hierbas medicinales para tratar diversas dolencias; estableciéndose diferencias entre quienes tienen conocimientos generales de la medicina tradicional como parte de la construcción del conocimiento del cuidado familiar, y quienes poseen el *kimün* (sabiduría) en el tratamiento de enfermedades más complejas y ejercen en la comunidad el rol de *machi*, *lawentuchefe*, *ngütamchefe*, u otro afín.

(i). REM. Registro Estadístico Mensual. Serie P-4. Junio 2012.

DISCUSIÓN

La enfermedad es universal como experiencia humana y particular en cada cultura en cuanto al desarrollo de modelos, procedimientos y el aprendizaje de especialistas para hacer frente a los padecimientos y recuperar el estado de salud.

Las categorías de enfermedad en la medicina mapuche-williche se relacionan con la transgresión de las leyes o norma del equilibrio y armonía establecida por el *ad mapu* (ley de la tierra) y el *ad che* (ley de la gente) o por el abandono de prácticas espirituales y culturales propias del pueblo mapuche-williche. “Las medicinas indígenas persiguen, en especial, la recuperación del ‘ser humano’ en su contexto cultural y no tanto del órgano dañado como hace la biomedicina”.⁵

Es parte del discurso de los usuarios señalar que la diabetes y la hipertensión son “enfermedades que no se conocían antes”, que llegaron con la incorporación de alimentos procesados con alta cantidad de grasa y azúcar propios de la vida moderna. De acuerdo al origen percibido por los usuarios, éstas *no son enfermedades* propias de los mapuche-williche y corresponderían a “enfermedades introducidas” por el contacto interétnico, que Luca Citarella clasifica como “*wingka kutran*”⁶ y que tienen un tratamiento basado principalmente en elementos químicos “invasivos” para el organismo y provocan efectos adversos: *Mucha pastilla, se daña el estómago. Imagínese tomando pastilla todos los días, esa pastilla va quedando ahí. ¿Cuántos días pueden pasar para que se disuelva el omeprazol que viene con ese plástico?* (E4MUR).

Otra causa identificada por los usuarios es el desapego del hombre (*che*) con la naturaleza y el abandono de los hábitos tradicionales de alimentación. Una de las personas refiere que la modificación de sus patrones alimentarios tradicionales ocurrió cuando: *mi mamá ya no hizo más catuto; cuando ella dejó de hacer, porque ya no lo podía hacer y nosotros ya no lo hacíamos, porque después ya empezó a escasear el trigo. Había que estarlo comprando, porque antes mi abuelito lo cosechaba. Antes se sembraba y se cosechaba el*

trigo y ahí se hacía eso. Y también las papas, se hacía milcao, comíamos mucho el trutruyeco, que le dicen. Eso que se hace en palo, se hace como un rollito y se comía con miel, con dulce (E10MUCRB).

Investigaciones de prevalencia e incidencia de la diabetes en comunidades indígenas han concluido que “algunas poblaciones que todavía viven con un estilo de vida muy tradicional tienen una prevalencia relativamente baja” en este tipo de enfermedades.⁷

Desde la primera consulta en los establecimientos de salud los usuarios siguen un “itinerario terapéutico”, el que según Nicole Alice Sindzingre considera “todos los procesos que se llevan a cabo para buscar una terapia, desde que aparece el problema, se ponen en marcha diversos tipos de interpretación y cura, y se utilizan diversas instancias terapéuticas, institucionales o no, todo ello en un contexto de pluralismo médico”.⁸

El transitar del usuario mapuche-williche de un sistema a otro, considera:

- a. Consultar al profesional alópata de la salud oficial para el diagnóstico y tratamiento.
- b. El usar medicina mapuche-williche con o sin consultar a sus especialistas: varias veces que me hice los exámenes, me resultó. Y las yerbas que sigo tomando; tomo la limpia plata, que es para purificar la sangre, la pata de caballo, el natre igual lo consumo en tecito, porque eso igual me baja todo eso: la glicemia. [...] me he tomado la glicemia y he tomado eso y sí me ha bajado la glicemia. He estado tomando, supongamos, una semana antes de tomarme la glicemia y he llegado con glicemias bajas (E1MUR).
- c. Teniendo experiencia con ambos sistemas de atención los usuarios deciden, con independencia de las indicaciones médicas de la primera consulta, estrategias de complementariedad, sustitución y/o alternancia de la terapia biomédica por la medicina mapuche-williche, con el objetivo de apoyar el tratamiento farmacológico, evitar efectos adversos que provocan los fármacos o probar la efectividad de las hierbas

medicinales: a mí siempre me gusta así, porque acompañe a los remedios que le dan en la Posta, ayuda harto [...] si no siento nada de la cuestión de la presión, muy bueno para la presión, lo tomo con las pastillas... (E9HUR)

En la relación médico-paciente que se establece en la salud oficial, el primero tiende a desconocer el contexto cultural de los usuarios y el uso que realizan de la medicina tradicional y solo exige el uso de la biomedicina: *los médicos no me dicen nada por tomar hierbas. Lo único que me obligan que tome todos estos remedios* (E8MUR). Las personas refieren que las indicaciones recibidas no pueden ser contradichas, pues el médico siempre tendrá la razón, [...] *si uno no le gana a ellos* (E5MUCRB). De las opiniones de los usuarios se desprende un discurso impositivo y reduccionista de la salud que busca perpetuar el modelo biomédico, donde los médicos se apoderan del lenguaje: la persona enferma queda privada de palabras significativas para expresar su angustia, que aumenta más aún con la mitificación lingüística.⁹ Se aprecia un cumplimiento de tratamiento centrado en la propuesta del médico más que una adherencia terapéutica producto de acuerdo dinámico entre el profesional y el usuario.

No obstante el Ministerio de Salud declare el “respeto y la consideración de la cosmovisión de los pueblos, sus modelos de salud y sus itinerarios terapéuticos [...]”,¹⁰ el plan de control y tratamiento de las enfermedades crónicas obliga a los usuarios a que asistan regularmente a retirar sus remedios, pero una vez en su casa las personas determinan autónomamente el reducir, aumentar o espaciar las dosificaciones o lisa y llanamente abandonan el tratamiento: *cuando eché de ver que me hacían mal, ya no las tomé; los dejé. Una semana sin tomarla y ya eché de ver que cambió mi cuerpo. O sea, en la noche no dormía casi [...]* *Notaba que me hacían mal, cuando lo tomaba. Por ejemplo, lo tomaba en la mañana, como ser el paracetamol una al día, la aspirina una al día, las otras pastillas también. Todas una al día, así que todas esas pastillas las juntaba y las tomaba de un viaje* (E10MUCRB).

CONCLUSIONES

Concebido el sistema cultural de salud mapuche-williche como una construcción cultural y simbólica para dar respuesta a las experiencias de enfermedad, dolor, sufrimiento y muerte, desde la cosmovisión mapuche, la denominación de diabetes mellitus y/o hipertensión arterial –empleadas por la salud convencional– no son parte de la matriz cultural mapuche-williche. Al no haber *identidad cultural* con este tipo de enfermedades y conocidos los efectos adversos que provoca la medicación, los usuarios optan por no dar continuidad a tratamientos prolongados tomando distancia del modelo explicativo de la biomedicina y de su cartera de servicios, poniéndose en duda la pertinencia cultural del modelo médico hegemónico, recuperando vigencia los conocimientos y prácticas tradicionales de atención de salud.¹¹

Este modelo hegemónico no reconoce las prácticas médicas tradicionales ni tampoco le interesa la resignificación que le dan los usuarios al tratamiento farmacológico para la diabetes y la hipertensión: *según dicen que las pastillas hacen más mal que las agua, [...] al final de tanto tomar esas pastillas se van acumulando en el estómago y por eso más dicen que proviene el cáncer* (E10MUCRB). Las barreras “en el lenguaje, en la falta de reconocimiento sanitario de las familias y las diferentes expectativas de la relación médico-paciente” han sido hallazgos frecuentes en estudios con población mapuche que permiten concluir que las brechas entre los equipos de salud y los usuarios tienen su origen en los modelos etiológicos culturales de salud y enfermedad y a la pertenencia a estratos socio-educacionales diferenciados. Esto denota la ausencia de competencias culturales de los servicios de salud para trabajar en contexto pluriculturales.¹²

El Convenio 169 ratificado por Chile el año 2009 establece que el Estado debe “velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados [...], a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental”,¹³ siendo imperioso avanzar en la

transversalización del Enfoque Intercultural en los Programas de Salud, asumiendo los equipos de salud que el “modelo científico occidental no es el único deseable y válido”,⁽¹⁴⁾ que existe un complejo mundo de creencias y valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados a la experiencia de salud y enfermedad que involucra: a) la construcción cultural del padecimiento (*illness*), b) la enfermedad como una condición biológica (*disease*) y c) el contexto social donde se vinculan la experiencia personal del usuario con su dolencia y el ejercicio de la medicina (*sickness*), dimensión biológica, cultural y social de la enfermedad.¹⁵ El proceso salud/enfermedad no puede ser entendido al margen del contexto cultural de la persona; ambas racionalidades se deben articular: la científica dicotómica-binaria que todo lo objetiva y la mapuche-williche holística centrada en la persona y en el buen vivir (*küme - mongen*).

La salud intercultural como estrategia de salud pública en territorio mapuche-williche implica necesariamente un cambio en el paradigma del ejercicio de la medicina oficial, identificando los factores protectores y recursos terapéuticos culturales y reconociendo el corpus ideológico que forma parte indisoluble del sistema médico mapuche-williche.¹⁶ Esto conlleva una “modificación de los programas de salud [...] para darles coherencia con la cosmovisión y prácticas de salud propias de los pueblos indígenas”¹⁷ y una aproximación al universo cultural de los usuarios desde el enfoque de la epidemiología socio-cultural y del derecho a la salud de los pueblos indígenas.

REFERENCIAS

1. Pedrero M. *Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en el área de cobertura del Servicio de Salud Osorno*. Serie Análisis Situación de los Pueblos Indígenas de Chile. Ministerio de Salud. Santiago, Chile. 2012, 64 pp.
2. ONU. *Informe Mundial de la Situación de Salud de los Pueblos Indígenas*. Foro Permanente de las Naciones Unidas para las Cuestiones Indígenas. Nueva York. 2010. Capítulo V Salud, 164 pp.
3. 7. Federación Internacional de Diabetes, *Atlas de la Diabetes*. Bélgica. 2013, 6ª ed. 80 pp.
4. Rodríguez G, Gil J, García E. *Metodología de la Investigación Cualitativa*. España, 1996, pp. 167-168.
5. Fernández G. Salud e interculturalidad: Sugerencias para organizaciones de salud en contextos indígenas, a partir de una experiencia boliviana. *RDTP*, LX, 2, 2005, pp. 29-53.
6. Citarella L. et al. (Comp.). *Medicinas y culturas en la Araucanía*. Santiago de Chile: Trafkin – Cooperación Italiana – Editorial Sudamericana, 2000, pp. 129-140.
8. Perdigüero E. Una reflexión sobre el Pluralismo Médico. *Salud e Interculturalidad en América Latina*. Antropología de la salud y Crítica Intercultural. Ecuador: Ediciones Abya-Yala, 2006, 41 pp.
9. Illich I. *Némesis Médica*. Barcelona, 1975, 146 pp.
10. Ministerio de Salud. *Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar*. 2012
11. Menéndez E. La Enfermedad y la Curación. ¿Qué es Medicina Tradicional? *Revista Alteridades*, 1994, pp. 71-83.
12. Alarcón-Muñoz AM, Vidal-Herrera AC. Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: perspectivas de las madres. *Salud Pública Mex* 2005; 47: 440-446.
13. Ministerio de Salud. Convenio 169 Sobre Pueblos Indígenas y Tribales de la OIT. 2009. Art. 25.
14. 17. Ministerio de Salud. *Orientaciones para la Programación en Red*. 2013.
15. Ibacache J, Leighton A, Torres M. Síndromes Culturales en el Archipiélago de Chiloé. 2010. 15 pp.
16. ONU. *Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas*. 2007. Art. 24.

CAMBIOS Y CONTINUIDADES EN LOS PROCESOS DE SALUD TRADICIONAL EN FAMILIAS MAPUCHE-WILLICHE DE HUILMA. TERRITORIO DE RÍO NEGRO***CHANGES AND CONTINUITIES IN TRADITIONAL HEALTH PROCESSES IN MAPUCHE-WILLICHE FAMILIES IN HUILMA. TERRITORY OF RÍO NEGRO****Sergio Bermedo Muñoz¹ & Julio César Tereucán Angulo²**

serbemun@yahoo.es - julio.tereucan@ufrontera.cl

Departamento de Salud de Río Negro - Universidad de La Frontera

Río Negro, Chile – Temuco, Chile

DOI: <https://doi.org/10.32735/S2735-61752020000117146>**RESUMEN**

Objetivo: El artículo analiza los procesos de salud Mapuche–Willeche del sector de Huilma, comuna de Río Negro. Se focaliza en los significados, prácticas y cambios de la salud ancestral de las familias Mapuche-Willeche con relación al sistema biomédico, las prácticas interculturales en salud y los procesos socio-históricos que inciden o incidieron en la pérdida y/o mantención de prácticas de salud indígena en el contexto de estudio.

Materiales y Método: Investigación cualitativa, basada en un diseño de estudio de caso único. La información proviene de las experiencias y narrativas de familias y agentes de la Medicina Mapuche-Willeche, utilizándose las técnicas de observación participante, entrevista en profundidad y grupos de discusión y para interpretación de los datos el análisis de contenido.

Resultados: En contextos de pluralismo médico y de transformaciones socioculturales se han resignificado las prácticas tradicionales para la autogestión en salud con medicina Mapuche-Willeche.

Conclusiones: La continuidad y los cambios en las prácticas de la medicina tradicional han estado determinadas por el proceso de colonización, el contacto interétnico y por la relación hegemónica epistémica establecida por el modelo biomédico.

Palabras claves: medicina tradicional; salud intercultural; salud mapuche-willeche.

ABSTRACT

Objective: The article analyzes the processes of Mapuche - Willeche health in Huilma sector commune of Black River, it focuses on the meanings, practices and changes of the ancestral health of the Mapuche-Willeche families in relation to the biomedical system, the intercultural practices in health and the socio-historical processes that affect or influenced the loss and / or maintenance of indigenous health practices in the context of study.

Materials and Methods: Qualitative research, based on the single case study. The data comes from the experiences and narratives of families and agents of the Mapuche – Willeche Medicine, using the techniques of participant observation, in-depth interviews and discussion groups; for the interpretation of data the content analysis was used.

* Artículo recibido el 18 de julio de 2019; aceptado el 29 de noviembre de 2019.

¹ Magíster en Estudios y Desarrollo de la Familia. <https://orcid.org/0000-0002-9278-920X>

² Doctor en Antropología Social, adscrito al Departamento de Trabajo Social. <https://orcid.org/0000-0002-2249-3737>

Results: In contexts of medical pluralism and socio-cultural transformations, traditional practices for self-management in health with Mapuche-Williche medicine have been resignified.

Conclusions: The continuity and changes in the practices of traditional medicine have been determined by the process of colonization, inter-ethnic contact and the hegemonic epistemic relationship established by the biomedical model.

Key words: Traditional medicine, intercultural health, Mapuche-Williche health.

Introducción

La medicina tradicional es reconocida como un ámbito importante en la salubridad de las personas. Un conocimiento vinculado al hombre, a la tierra, a la naturaleza, a las tradiciones y a las divinidades. Históricamente subordinado y/o negado por la racionalidad médico/científica. En el caso de la medicina ancestral Mapuche, al igual que la medicina practicada por otros pueblos originarios de la Región Andina (Velazco, 2009), corresponde a conocimientos teórico/práctico, transmitidos en forma oral y socializados en el ámbito doméstico, a partir de las experiencias particulares sobre el fenómeno salud/enfermedad y de la observación de la naturaleza, en un sentido de armonía y reciprocidad con ella, dimensiones similares a la medicina de otras comunidades indígenas (Cardona-Arias, 2012), estableciéndose claras diferencias con el modelo epistémico positivista occidental (Parra y Pacheco, 2006; Espinoza, 2013).

La transformación y el cambio de las prácticas culturales de salud tradicional es una expresión del predominio del sistema biomédico y del proceso de aculturación vinculado a la incorporación de nuevas formas de comprender las dimensiones de la salud y de la enfermedad desde el modelo alópata, así actualmente las personas sintetizan, articulan, mezclan o yuxtaponen formas de atención y tratamientos (Jorand, 2006).

La realidad muestra que en contextos culturales diversos, altamente dinámicos y evolutivos, donde interviene la salud oficial y donde se expresa la medicina de los pueblos indígenas, frecuentemente el sistema biomédico hegemónico de la mano de los avances científicos y farmacológicos, desmiente, ignora o subordina los saberes tradiciones (Brito, 2013). Al respecto y desde la antropología médica, el proceso salud/enfermedad no se constituye sólo de aspectos biológicos, sino también sociales, económicos, políticos y del contexto cultural (Díaz, Aguilar y Linares, 2015).

En esta línea de pensamiento, en distintos países de América Latina en las últimas dos décadas, se han venido ejecutando iniciativas para el desarrollo de modelos de salud intercultural, que según Aizemberg (2013) "intentan ser sensible con la medicina tradicional" (p.373), buscando conseguir la confianza de los pueblos originarios. Algunos han sido proyectos pilotos financiados por agencias internacionales (O'Neill, Bartlett y Mignone, 2007). En el caso de Chile, a partir de 1996 y en el marco del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) del Ministerio de Salud impulsa experiencias como el propósito de incorporar la interculturalidad en salud (Meneses, Millalen y Bustos, 2011; Minsal, 2016), de acuerdo a lo convenido en la Resolución V de la OMS/OPS de 1993 (OMS, 2003), la cual insta a los gobiernos miembros a promover modelos de salud alternativos, incluyendo la medicina tradicional.

La experiencia deja entrever que la salud intercultural – entendida y conducida por organismos del estado – no ha estado exenta de tensiones y dificultades. Aizemberg (2013), refiere que en ocasiones se ha buscado la incorporación del enfoque intercultural, sobre "la base de que la capacitación y formación de los agentes sanitarios pueden generar un cambio en los

comportamientos preventivos de la población indígena y aumentar su acceso a los servicios de salud" (p.367). Es decir, se parte asumiendo que la barrera frente al cambio se relaciona con que el usuario usa con mayor frecuencia la medicina tradicional que la occidental. Razón que justificaría el intervenir para modificar los patrones culturales y las prácticas de cuidado de la salud de antaño. La otra opción, ha sido capacitar a los agentes de salud tradicional para que se incorporen al sistema burocrático occidental de salud, institucionalizando la sabiduría Mapuche al interior de los establecimientos de salud (Cuyul, 2012).

En el marco de las dinámicas de contacto interétnico, la relación hegemónica epistémica establecida por la biomedicina y a propósito de las emergentes iniciativas de salud intercultural en territorios de pueblos originarios, el presente artículo es un análisis crítico sobre la situación la salud tradicional en las familias Mapuche-Williche en el sector de Huilma, comuna de Río Negro, en el Sur de Chile. Los resultados provienen del desarrollo de la Tesis de Grado de Magister de uno de los autores y se inscribe en el marco temático del proyecto de investigación UNETE 15-024 sobre identidades étnicas de la Universidad de La Frontera y avalado por el Comité de Ética Científica de la misma casa de estudios, comité que tiene acreditación del Ministerio de Salud de Chile.

Materiales y Métodos

La investigación fue realizada en la localidad de Huilma, sector rural de la comuna de Río Negro, que según el Censo de Población del 2017 cuenta con 539 habitantes, de los cuales un 56 % son de origen étnico Mapuche-Williche. Huilma se ubica a 25 Km. del centro de la comuna en dirección al Oeste, siguiendo la ruta U-72, en dirección a Osorno. Ruta conocida como "Camino Real", nombre genérico dado a la primera vía terrestre construida por orden de la Corona Española a fines del siglo XVIII que permitió mantener comunicación entre la ciudad de Valdivia y Chiloé. Su economía está basada en la subsistencia alimentaria de base agrícola y crianza de ganado mayor y menor en baja cantidad, debido a la atomización paulatina de la propiedad agrícola dada la pérdida de tierras por usurpación y/o venta y la subdivisión de la propiedad producto de los arreglos culturales de herencia patrilínea.

El estudio corresponde a una investigación cualitativa (Taylor y Bogdan, 1987), en base a estudio de caso único (Briones, 2003), proceso que implicó trabajo de campo intensivo y cercano con las familias y agentes de la medicina tradicional de las comunidades Mapuche-Williche del sector de Huilma, comuna de Río Negro. La recolección de datos tuvo un primer momento con la socialización y solicitud de autorización a dirigentes y dirigentas de comunidades para la realización del estudio, accediendo con posterioridad a las experiencias de familias y agentes de medicina tradicional del territorio. Se contó con los consentimientos informados de los participantes del estudio, logrando en todo momento una participación de carácter voluntaria y con la posibilidad de declinar el continuar siendo parte del estudio. Mediante las técnicas de observación participante (Ramírez, 2009), entrevista en profundidad y el grupo de discusión (Briones, 2003; Valles, 2002) se realizó el proceso de recolección de datos, los cuales fueron complementados con el análisis de material bibliográfico. Especial relevancia tuvo en el trabajo de campo la participación de la Técnico Paramédico de la Posta de Huilma, residente en el territorio y perteneciente al Pueblo Mapuche-Williche. En su condición de informante clave facilitó el acceso y el contacto con los participantes del estudio, además su aporte en la comprensión e interpretación de datos relevantes sobre el conocimiento y las prácticas de la medicina Mapuche-Williche. Se realizaron quince entrevistas y dos grupos de discusión en un periodo de cinco meses. El trabajo de campo y la recogida de la información finalizó cuando los datos no agregaron antecedentes significativos a los ya existente, alcanzando el punto de saturación teórica (Glaser y Strauss; 2009). El análisis de la información se desarrolló mediante el análisis de contenido estableciendo para ello categorías y las

relaciones entre ellas, abriendo espacio para la inferencia reproducible y válida de aspectos diversos del fenómeno en estudio en el marco contextual de los datos (Krippendorff, 1990).

Resultados

Los resultados de la investigación que se exponen a continuación siguen las categorías de análisis que emergen de los ejes temáticos de interés de la investigación y que dicen relación con el estado del conocimiento de las prácticas de la Medicina Mapuche-Williche y los cambios experimentados por la salud tradicional en contexto de las complejidades de las relaciones interétnicas, moldeadas por las estructuras de poder y subalternidad entre sistemas médicos. Contenidos que dan relevancia a una investigación de esta naturaleza, donde los hallazgos dan cuenta de la ruptura epistémica del proceso de transmisión intergeneracional de los saberes tradicionales y de la transformación de las prácticas de la medicina Mapuche-Williche, todos pilares fundamentales en la construcción y continuidad de la identidad cultural, la cosmovisión y la espiritualidad Mapuche. Esto, luego de la ocupación e instalación de diversos dispositivos de poder civilizatorio en Huilma y en la totalidad del Territorio del Futawillimapu (Grandes Tierras del sur) durante el siglo IX y XX.

Medios y espacios de reproducción y transmisión del conocimiento de la Medicina Mapuche-Williche en el sector de Huilma

Situados en la perspectiva de la antropología médica, que concibe el proceso salud/enfermedad como una construcción social y cultural subjetiva, es posible comprender que en la intimidad del hogar y a través de relatos orales, madres y abuelas recurran a la medicina tradicional arraigada en el entramado cultural Mapuche-Williche para controlar o aliviar los padecimientos. Ellas son las portadoras y promotoras de un conjunto de saberes empíricos sobre el uso de hierbas medicinales, principal recurso terapéutico empleado en infusiones, emplastos, zumo fresco, cataplasmas para la prevención y tratamiento de enfermedades respiratorias, gastrointestinales y el manejo de heridas, entre otras.

En la transmisión del conocimiento está representada la cadena de significaciones, creencias y tradiciones que se legan de generación en generación alcanzando el sustrato de roles que cumplirá cada miembro del grupo familiar en la práctica de la medicina Mapuche-Williche, a través del tiempo. Al respecto, uno de los entrevistados refiere, *“me recuerdo mi mamá, o sea como antes no había acceso a buses para llegar a la ciudad, los hospitales, todo era en la casa no más, si alguien se enfermaba, las hierbas y cualquier cosa, emplastos de hierbas, todo lo hacía mi mamá, yo no conocía a mi abuela, pero yo pienso que así como a todos, se viene adquiriendo de generación en generación...”*. Este encadenamiento del conocimiento se mantendrá vigente en la familia, a través de la endoculturación; proceso definido por Harris (1998) como, *“la experiencia de aprendizaje parcialmente consciente y parcialmente inconsciente a través de la cual la generación de más edad incita, induce y obliga a la generación más joven a adoptar los modos de pensar y comportarse tradicionales”* (p. 4).

La práctica de la medicina tradicional es fuente inagotable de aprendizaje, una construcción social del conocimiento - socializados intra y extra familiar - que se reproduce y transmite durante encuentros sociocomunitarios, visitas y conversaciones, oportunidad en que se escuchan los consejos y recomendaciones de los mayores, especialmente de la abuela, siendo un aporte a la configuración de la identidad cultural Mapuche-Williche (García, Ramírez, Robles, Zañudo, Salcedo y García, 2012).

La transmisión del conocimiento ocurre en la privacidad del hogar, donde las conversaciones incluyen narrativas que describen, interpretan y recuperan testimonios de la sabiduría de las

abuelas y de los agentes de salud Mapuche-Williche, según lo expresa la informante, *“todos tenían el conocimiento, por ejemplo mi abuela ella era para su familia, para algunas personas cercanas y cada abuela era como la médico de su familia, ese es el recuerdo que yo tengo y también las veía cuando se reunían y conversaban y se compartían algunas cosas pero no habían consultas masivas ni se cobraba tampoco, no había un fin de lucro, ese es el recuerdo que tengo...”*. La oralidad es por excelencia el soporte cultural de la memoria individual y colectiva de los pueblos originarios. En la palabra hablada se conserva y comunica un sin número de saberes sobre medicina tradicional, los que son heredados principalmente por las mujeres y las personas mayores, según lo ilustra el relato, *“yo creo que todo era de palabra, principalmente por que no supieron leer, ni escribir...”*. A través del uso de la lengua, viaja el repertorio cultural de las personas, cada conversación es una continua exhortación de las tradiciones orales, traídas al presente de acuerdo a las circunstancias y necesidades de salud. Ellas son una ocasión propicia para la transmisión de los conocimientos y prácticas de la medicina de antaño. La oralidad, sistema comunicativo sustancial en la transmisión de los saber de los pueblos indígenas, *“por medio del conocimiento de la lengua se puede acceder al conocimiento de una cultura para identificar sus sentimientos, sus modos de pensar, sus creencias, su arte, su política, sus costumbres, su religión, su contexto geográfico, su tradición, su cosmovisión, sus valores”*. (Ramírez, 2012, p. 130).

Variados son los temas de conversación, incluyendo indicaciones y advertencias sobre el respeto que se debe tener a las normas culturales relacionadas con la prevención y el cuidado de la salud, especialmente durante el embarazo y el puerperio, como parte del sistema de cuidados reproductivos de la mujer. Aspectos culturales que no siempre han sido entendidos y respetados por el sistema de salud occidental. El desconocimiento de estas normas y tradiciones – tal vez involuntario – condujo a profesionales por ejemplo, a vulnerar el derecho de la mujer a mantener al apego a su cultura, como lo señala una informante, *“que no se mojen los pies, que cuando la mamá tuviera su guagüita no bañarse ante de la semana, la cabeza sobre todo y lo más que pedía ella cuando ande con su regla no bañarse porque eso retiene la sangre decía. Esperar que se pase ese período y no mojarse los pies en ese tiempo que la mujer ande con su ciclo menstrual. Y ahora que, en los mismos hospitales cuando uno va a tener su bebe, ya al otro día la están mandando a bañar...”*. Este proceder profesional, según Lerín y Ríos (2007) es una muestra de “las barreras culturales entre el personal de salud y los pacientes indígenas” (p. 752) y una expresión de la persistente descalificación a las tradiciones y creencias relacionadas con la medicina tradicional.

La primera socialización sobre medidas preventivas y de autocuidado de la salud con medicina Mapuche-Williche, la viven las mujeres con sus familia de origen, donde las mujeres mayores enseñan a las más jóvenes (Hernández, Arena y Valde, 2001). Un muestra de ello es el relato de una de las participantes del estudio, *“a mí me enseñaron, que mi mamá siempre me decía que busque hierbas igual cuando uno tenía un cólico, porque ud. sabe que un cólico es cuando le hace mal las cosas y pero al final no es, sino que es algo que tiene un frío encerrado...”*. Indiscutiblemente y en coherencia a lo expresado por la informante, la mujer Mapuche-Williche es depositaria de la sabiduría heredada de sus antepasados. Un conocimiento acumulado y dinámico con arraigo territorial basado en la práctica, que permite identificar las propiedades de los recursos terapéuticos (hierbas medicinales) y resolver situaciones de salud en el contexto familiar y comunitario.

Cambio en las prácticas de salud tradicional en el territorio de Huilma, un desafío para la transversalización del enfoque interculturales

A partir de los datos de campo se identifican cuatro procesos que han incidido en los cambios en la medicina tradicional Mapuche-Williche, los cuales no son secuenciales ni independientes,

pero sí para efectos analíticos se categorizan por separado para su mejor comprensión y destacar los elementos discursivos de los participantes en el estudio.

Contacto interétnico, situaciones de discriminación y prejuicios frente a la medicina tradicional

La relación de contacto entre sistemas culturales de salud trajo consigo que se ocultaran las prácticas de la medicina tradicional y que los agentes de salud Mapuche-Williche incorporaran elementos de la medicina occidental – a modo de complementariedad – para la sanación de dolencias comunes, algunos síndromes culturales o para el tratamiento de las enfermedades propias de la vida moderna, como son la diabetes y la hipertensión arterial.

En el caso de Huilma, el contacto interétnico fragmentó y abrió espacios para cuestionar aspectos culturales, espirituales y religiosos propios del sistema de salud Mapuche-Williche, poniendo en duda las convicciones sobre el conocimiento ancestral y la efectividad de la medicina tradicional, según lo señalado por uno de sus agentes de salud, *“...yo pienso que se va perdiendo por la mezcla con el winka, porque el winka es muy risionista, muy sin fe. No le ve lo sagrado...”*. Según Bengoa (1995) el discurso de los dispositivos de poder y de transformación sociocultural de las comunidades Mapuche, buscaba “salvar a los individuos integrándolos adecuadamente a la sociedad chilena, y acabar con la costumbre, la tradición y todas las formas “paganas” de identificación cultural” (p. 380).

Seguidamente las prácticas de sanación enraizadas en la cultura se comenzaron a modificar por miedo, vergüenza y por la desvalorización de la sabiduría sobre el cuidado tradicional de la salud, *“...las personas pertenecientes a la cultura mapuche reconocían y valoraban sus agentes de salud, no así las personas que tenían una situación económica superior o no eran mapuches. No, porque la única medica era ella y no había donde más recurrir, no la discriminaba. Los más grandes, lo que tenían plata, los ricos, esos las trataban de bruja, los ricos...”*.

Pérdida del idioma y su efecto en la Medicina Mapuche-Williche

El arribo de colonos alemanes al sector de Huilma, como parte del proceso de construcción del estado-nación chileno del siglo XIX, consumado en un marco de imposición y dominación generó el abandono de costumbres y prácticas culturales propias del pueblo Mapuche – Williche, entre ellas el idioma, según el relato de una de las informantes, *“...Yo creo que se perdió el idioma, [...] el idioma fue aplastado, por el hecho de que ellos ya trabajaban entre fundos y entre alemanes, ya se olvidaron por completo de su idioma porque pasaron a ser en ese sentido una cultura aplastada, dominada, no tenían otra opción, fueron desterrados de sus propias tierras y pasaron a ser los mozos de los alemanes...”*. El nuevo orden cultural tuvo como argumento la necesidad de incorporar a los pueblos indígenas al desarrollo económico del país, una propuesta de la elite vinculada al poder político del estado (Bello, 2011). Esta lógica de colonización tuvo sus raíces en el pensamiento latinoamericano, influenciado por la ideología de segregación racial europea de los siglos XVIII y XIX (Antimil, 2016).

Durante este proceso de colonización, la escuela fue un dispositivo de poder y estrategia de penetración en el Wall Mapu (Territorio Ancestral Mapuche) (Llancavil, Mansilla y Mieres, 2015), donde los niños además de disciplinarse debían aprender el castellano (el monolingüismo) (Antimil, 2016), con el consiguiente debilitamiento del uso del Che Zungun, el idioma propio del Pueblo Mapuche-Williche, *“...Yo creo que fue porque no hubo una enseñanza más bien dicho, eso se dejó, por ejemplo en las escuelas nunca se dio esa oportunidad de poder hablarlo, profesores que sean capacitados, y yo creo que eso fue el motivo...”*. Se tuvo que renunciar a

la lengua materna, uno de los elementos constitutivo del ser Mapuche-Williche, que lo conecta con su espiritualidad y con la sabiduría de la naturaleza y que le permite comprender y explicar el poder curativo de los recursos medicinales. De modo que con el desplazamiento de la primera lengua se interrumpió la transmisión de las prácticas de la medicina Mapuche-Williche, por ser ésta el principal mecanismo de traspaso de conocimiento y con ello el conjunto de significados culturales asociados al sistema de salud Mapuche.

El despojo, la diversificación en el uso de la tierra y la escasa disponibilidad de recursos medicinales en el medio natural

Son recurrente los relatos donde se advierten situaciones de resistencia frente al engaño, la usurpación y el despojo de la tierra, acontecimientos traumáticos ocurridos durante la colonización alemana en el sector de Huilma y que aún permanece en la memoria de las personas, *“yo pienso que sí, psicológicamente porque ud. van lo despojan de lo que tiene de la noche a la mañana...”*;

puros alemanes casi, si antiguamente eran de los indígenas, yo vi despojar una vez a una familia indígena, les quitaron la tierra, le quemaron la casa, yo fui a presenciar eso con mi mama yo quera chico y me dijo un día "vamos a ir a ver, van a despojar hoy día [...]...

Para Carillanca (2001), en la ocupación del territorio Mapuche:

...se legitimó el uso de la violencia para conseguir su “integración” a la sociedad nacional y, junto con ello se estableció la negación del sujeto indígena, como parte de un pueblo originario dotado de una organización social, territorio y soberanía. (p. 14)

Las comunidades Mapuche-Williche fueron oprimidas, en una relación desventajosa y de asimetría poder, en el marco de las políticas de regularización de la propiedad de la tierra, en beneficio directo para los colonos alemanes. En palabras de Crespo y Vila (2015),

Esta articulación entre la colonialidad y el patriarcado es especialmente dañina para la sostenibilidad de las comunidades si se considera que las mujeres son las principales trabajadoras cognitivas, en su actividad de transmisión y encarnación de conocimientos y tradiciones indispensables. (p. 565)

Por lo tanto, la colonización, la fragmentación de las comunidades, la reducción y privatización de las tierras, modificaron la vida familiar y social Mapuche – Williche, interrumpiendo el proceso de socialización del conocimiento de la medicina tradicional. Se estableció una relación de subordinación política, económica, social y cultural de la familia Mapuche-Williche respecto al

interventor dominante llegado al territorio, *“...Porque los alemanes pusieron a los indígenas de esclavos, por mi papá, de jovencito comenzó a trabajar, comenzaron mis hermanos después con los alemanes a trabajar como esclavos, después que ellos les quitaron la tierra, los tuvieron como esclavos, por una cadena, daban una pampa, por una estufa daban otra pampa y así fueron quedándose con la tierra...”*. Para Nahuelpán (2012) esta estructura de sometimiento cultural y de estratificación social y económica que se estableció a partir de la relación colonial, terminó en “prácticas de *desposesión* territorial o material [...] colonización de los cuerpos y de las subjetividades Mapuche, bajo disciplinas laborales, religiosas y escolares a las cuales se les atribuye un carácter civilizatorio” (p. 122).

A las secuelas de la colonización con sus diversos dispositivos de intervención, hoy las comunidades indígenas suman las consecuencias de la sustitución de especies nativas por plantaciones de pinos y eucaliptus (D.L. 701, 1974) (Ministerio de Economía, 1974) provocando la erosión del suelo y la disminución de fuentes hídricas. Una política de forestación promovida por el Estado, siguiendo la lógica del modelo económico imperante, modificando zonas de relevancia cultural y de existencia de recursos medicinales, *“...sí, era abundante. Ahí donde está la plantación de árboles antes salía como si lo hubieran sembrado, pero con esa plantación todo se perdió...”*. Esta colonización del bosque nativo en territorio Mapuche y sus efectos negativos sobre el ecosistema fue planteado, hace aproximadamente dos décadas por el investigador e historiador Anton (1999), quien señala:

En el sur de Chile, los bosques nativos eran ricos y diversos. Tradicionalmente fueron utilizados por la población mapuche y otros pueblos locales. Hoy, sin embargo, están siendo suplantados por plantaciones monoespecíficas con fines de exportación (p.e., el *Pinus insigne*). Los efectos ambientales negativos y la pérdida de diversidad (tanto biológica como cultural) generados por estas prácticas están comenzando a ser reconocidos. (p. 76)

Sin duda que el modelo económico de libre mercado envolvente y las políticas extractivas de los recursos naturales han tenido consecuencias irreversibles sobre la diversidad biológica, evidenciándose una escasez de hierbas medicinales y un perjuicio cultural en áreas donde habitan personas pertenecientes a pueblos ancestrales (Ramírez, 2007).

Al mismo tiempo, la fumigación de predios cercanos a donde antiguamente había vertientes de agua y humedales, ha transformado el ecosistema y modificado el crecimiento natural de las hierbas y la variedad de plantas medicinales, según lo expresado por uno de los informantes del estudio, *“antes las hierbas salían más natural, como no se fumigaba no había pesticidas, entonces las hierbas salían naturales, sin necesidad de estarlas cultivando...”*.

Siguiendo la lógica impuesta por el libre mercado, otro cambio en la medicina tradicional se relaciona con el procesado, envasado y puesta en valor de las hierbas medicinales, tanto en el comercio establecido como en las ferias libres, llevado a cabo a partir iniciativas individuales y/o particulares o a través de proyecto financiados por el Estado dando como argumento la recuperación y fortalecimiento de lo ético y lo cultural, algo que antiguamente no ocurría.

Influencia de la Posta y de los Profesionales de la Salud

Se identifica la construcción y habilitación de Posta de Salud Rural a Huilma como un acontecimiento que determinó cambios en las prácticas del cuidado de la salud tradicional. Las mujeres comenzaron a llevar a sus hijos a los controles de salud y a recibir la leche del programa nacional de alimentación complementaria. Todas las consultas de salud comenzaron a ser resueltas por los profesionales de salud llegados al sector, *“Yo creo que empezaron a confiar en esta otra medicina, que le iba a solucionar todo y se olvidaron que quizás la medicina mapuche...”*. Además, las personas observaron que el tratamiento dado por los médicos – basado en la farmacopea – era más práctico y con efecto inmediato sobre las afecciones, comparativamente con el tratamiento de hierbas y elementos de la naturaleza, los cuales son más lentos y su uso requiere cumplir con determinados procedimientos y ritos para la sanación.

Las intervenciones estandarizadas del sistema de salud occidental en espacios vitales de las comunidades Mapuche-Williche, desconocieron la sabiduría ancestral existente en las comunidades indígenas. El uso de la medicina tradicional se asoció a prácticas supersticiosas y riesgosas para la salud, menoscabando por ejemplo el rol de las parteras, tal como lo relata una de las participantes del estudio, *“...yo creo que tiene que haber existido como una persecución por que eso era como ejercer la profesión como ilegal. El mismo auge de la medicina titulada, digamos, eso trajo como una persecución al que la ejercía de manera ilegal, creo yo...”*. Para Hasen (2012), la invisibilización de la medicina tradicional Mapuche-Williche, demuestra la:

...la enorme brecha de entendimiento entre la explicación que las propias comunidades hacen de sus enfermedades, y los diagnósticos, muchas veces errados, por parte de los agentes de los servicios de salud presentes en zonas de alta concentración indígena, entendiéndose que en la cultura Mapuche existe una noción mucho más holística respecto al tema, en la cual la enfermedad está más asociada a ámbitos comunitarios, espirituales y ambientales. (p. 18)

La institucionalización de la salud y la negación del “otro”, acentuando en prejuicios y estereotipos negativos sobre los agentes y recursos propios de la medicina Mapuche-Williche, subyacentes en la opinión y actitud del profesional de la salud, ocasionó un cambio en las prácticas de sanación Mapuche:

Si pues el doctor me dijo, bueno sería donde no habían doctores también, y luego el doctor y dijo que ahora para todo el mundo va a llegar doctor, así que no anden tomando yerba dijo, porque eso es terrible dijo.

En este nuevo escenario de pluralismo médico/asistencial (Kazianka, 2012), de repertorios en salud y de representaciones sociales – no exento de conflictos – que buscan explicar el proceso salud/enfermedad, las personas por iniciativa propia transitan de un sistema otro. Un ejemplo de esta transacción de saberes y de terapias ocurre con el tratamiento de las denominadas

enfermedades propias de la vida moderna: diabetes mellitus e hipertensión arterial, donde luego de seguir una “carrera curativa” (Osorio, 2001) los saberes terapéuticos se articulan en el usuario, lo que no implica necesariamente la existencia de un diálogo entre el sistema médico Mapuche-Williche y el Occidental (Bermedo, 2016). Como lo señala Ayora (2010), ésta coexistencia de prácticas terapéuticas conduce a una compleja hibridación de saberes médicos, donde los usuarios y agentes de salud resignifican, sintetizan y articulan conocimientos para la sanción de las enfermedades. Para Menéndez (2009), esta articulación de los sistemas médicos en la mayoría de los casos ocurre en contextos de relación de hegemonía y subalternidad.

Frente a la relación que establecen los profesionales de la salud, los usuarios responden con una conducta de resistencia y optan por ocultar el uso de medicina Mapuche, aduciendo como excusa de su conducta, que los profesionales – en especial el médico – dedican poco tiempo a la atención, sin lograr construir un vínculo de confianza con el profesional. De ellos da cuenta el relato de uno de los hombres que participó del estudio, *“Yo pienso que lo otro, [...] que lo usa en silencio, es que lo otro que el médico a ud. no le genera la confianza para decirle, mire yo estoy tomando esto o el médico no le dice porque no prueba con esta hierba, alguna cosa, entonces yo creo que la gente tiende como a esconder lo que está consumiendo o lo que sabe de las hierbas, porque no se generan las confianzas...”*. En este sentido y desde la antropología médica las prestaciones de salud no deben limitarse solo a lo observable y cuantificable, sino también considerar las narrativas de quienes experimentan la salud y la enfermedad. Al respecto, Campos (2004) refiere que el ejercicio de la medicina occidental en contexto de otras culturas es:

La práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud y los enfermos, donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y donde se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería) sean satisfactorios para las dos partes. (p. 129)

Al no percibir interés por indagar sobre el entorno familiar, social y/o cultural, aspectos que también podrían explicar la ocurrencia de la situación de salud, las personas en ocasiones consultarán en el sistema biomédico sólo por dolencias orgánicas específicas,

Por el tiempo no más, porque uno aquí viene ojalá súper rápido, porque uno sabe que hay otras personas esperando afuera entonces, a lo que uno viene y no aflora una conversación más a fondo, como para estar sentado, así como estamos los dos aquí...

Al parecer, las atenciones de los profesionales estarían centradas en los síntomas y manifestaciones fisiológicas, descartando el aproximarse y articular conocimientos desde de la antropología médica o de la epidemiología sociocultural (Hersch-Martínez, 2013) pudiendo explicar el origen del padecimiento como una experiencia individual integral, y así no transformar la consulta médica en un “espacio de confrontación cultural” (Espinoza y Ysunza, 2009, p. 293).

Discusión

La salud es un derecho humano fundamental, reconocido por instrumentos jurídicos y organismo internacionales (ONU, 1948, 1979, 1966, 1965; UNICEF, 1989). En el ámbito específico de la salud de los pueblos indígenas son diversos los cuerpos legales internacionales que comprometen a los estados al reconocimiento y protección de los Derecho a la Salud de los Pueblos Indígenas (UNICEF, 1989; ONU, 1966).

Sin desconocer el trabajo realizado, las experiencias que buscan el acercamiento de ambas medicinas, han tenido logros y desaciertos, identificándose facilitadores u obstaculizadores en la implantación del modelo de gestión de salud intercultural, entre los que se encuentran según Pérez, Nazar y Cova (2016) la hegemonía del conocimiento biomédico y su impacto en la relación con el sistema de salud Mapuche, la falta de competencias culturales de facilitadores y profesionales para abordar el proceso salud/enfermedad en contextos culturales diversos, y la ausencia de un modelo de gestión de salud intercultural.

Se invisibiliza la presencia de otras epistemologías de salud, lo que podría explicar el fracaso de algunos programas e iniciativas de salud intercultural ejecutadas en territorios de pueblos originarios. Lo que ocurre, según Menéndez (2016) es que "[...] los funcionarios, profesionales e intelectuales que promovieron la interculturalidad en salud no tomaron en cuenta las interculturalidades ya existentes, sino que trataron de construir espacios y organizaciones que ellos pensaban que iban a impulsar la medicina tradicional" (p. 110).

Para los pueblos originarios el concepto de salud es más bien holístico e integral y trasciende el anuncio de mantener relaciones armoniosas entre los pueblos. Considera la conexión del cuerpo con las emociones, el espíritu y el pensamiento en una relación de reciprocidad entre: hombre-tierra-naturaleza, en un escenario de equilibrio, armonía e integralidad, desconociéndose el Convenio N° 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales (OIT, 1989), el cual exige que "Los servicios de salud deberán organizarse, [...] planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales" (p. 14).

Concebida la salud de esta manera, se comprende que la salida forzosa de las tierras ancestrales, la destrucción del bosque nativo, la pérdida de espacios religiosos y ceremoniales, el desconocimiento de las autoridades e instituciones tradicionales, el abandono de los patrones culturales, los cambios drásticos en los estilos de vida son factores que influyen y determinan las condiciones de salud de los pueblos indígenas.

Tal como lo muestra la investigación realizada por Cardona (2013) respecto al impacto de la colonización y el mestizaje sobre la pérdida del arraigo cultural y las prácticas tradicionales de salud en el resguardo indígena de Zenú de Colombia, en el caso de Huilma se identifica el arribo de colonos alemanes al territorio Mapuche-Williche. Un acontecimiento traumático que se llevó adelante en el siglo XIX a través de la ley de inmigración selectiva promulgada en 1845, que incentivó el asentamiento de extranjeros para ejercer soberanía en el sur de Chile. Colonización que según Cárcamo (2016) no fue solo territorial, sino también cultural, basada en una política de "blanqueamiento racial" (p. 98). Un proceso de ocupación que tuvo un fuerte control cultural sobre la identidad territorial existe, fundada en una relación asimétrica de dominación y subordinación. La hegemonía del colonizador conduce, en casos extremos, a que los miembros del grupo subordinado asuman internamente la conciencia de ser inferiores (Bonfil, 1991) Suceso histórico, con un fuerte impacto en el bienestar físico, emocional y espiritual de las personas; señalado como una de las causas que determinó la

negación e interrupción de la transmisión intergeneracional de conocimientos y prácticas culturales. Para Egaña (2008),

...la colonización se da entonces en un marco absolutamente desfavorable para los huilliches. Por un lado, no se aceptaba la presencia física del indígena en la zona, por otro, se negaban las características particulares de sus formas de vida y el uso extensivo que este daba al territorio; por último, el indígena pasaba a representar la imagen de un pasado de estancamiento económico y cultural que se pretendía superar mediante el recambio de población. (p. 450-451)

Las dinámicas de contacto e interacción socio-cultural han traído consigo que los conocimientos y las prácticas de salud se mantengan en constante fricción. Esta condición de los modelos de atención a los padecimientos, no emerge sólo de las diferencias en los sustratos explicativos que los sustentan, sino también en la hegemonía que ejerce un modelo sobre otro y del acelerado cambio cultural que ha facilitado el surgimiento de una diversidad de concepciones que abordan el proceso de salud – enfermedad, como puede ser la medicina popular. Un híbrido de creencias y prácticas que generan nuevas estructuras y conocimientos y que en ocasiones se distancian del sistema de salud de los pueblos indígenas (Citarella, 2009).

El poder de la medicina alópata se sustenta en el conocimiento científico, lo que favorece la instauración del modelo médico institucionalizado, que según Foucault (1976) “se lleva a cabo a través de organismos que coordinan y centralizan las curas médicas, hacen circular información, normalizan el saber, hacen campañas para difundir la higiene y trabajan por la medicalización de la población” (p. 197).

La modernidad y el modelo económico neoliberal, han sido grandes aliados para establecer el sistema de salud occidental como el único, deseable y válido, cuestionando las racionalidades de los pueblos indígenas y situando la medicina alópata en una condición de superioridad respecto a los conocimientos y prácticas de medicina tradicional. Este acuerdo para alcanzar la prosperidad y el bienestar, tanto en el ámbito de la salud, como en lo social y lo económico. Para cumplir con este propósito, según Escobar (2007) se buscó instaurar un modelo de desarrollo donde;

las poblaciones indígenas tenían que ser “modernizadas”, y aquí la modernización significaba la adopción de los valores “correctos”, es decir, los sustentados por la minoría blanca o la mayoría mestiza y, en general, de los valores implícitos en la idea del europeo culto. (p. 83)

Lo que sumado a la falta de transmisión del conocimiento por parte de las madres y abuelas (pérdida del idioma), las prácticas de la medicina tradicionales se abandonen o se vuelvan obsoletas, tal como ha ocurrido en el resguardo indígena de Macedonia (Garzón, 2016).

Si bien, los pueblos originarios de Chile han demandado el respeto y reivindicación de sus creencias y costumbres, relevando un conjunto de saberes médicos tradicionales, resulta paradójico que en territorios con importante concentración de población indígena, los itinerarios terapéuticos seguidos por las familias Mapuche-Williche resulten desconocidos y de escaso interés del equipo de salud, teniendo en consideración que el Ministerio de Salud, a través política de salud y pueblos indígenas (Minsal, 2006) aspire a “un cambio de actitud y un cambio cultural en el sistema de salud, que permite abordar la Salud desde una perspectiva amplia y establecer otras redes de trabajo para proveer servicios acordes a las necesidades de los pueblos originarios, respetando la diversidad cultural” (p. 20). Pareciera que, por un lado, el Estado intensiona la “construcción de horizontalidad de saberes médicos” (Piñones, Mansilla y Arancibia, 2017, p. 759) manteniendo la asimetría de poder y por otro, apela a la existencia de la buena voluntad de quienes conforman el sistema de salud occidental para que propicien la complementariedad con el conjunto del sistema sanitario, pero que bajo la mantención de relaciones de hegemonía y subalternidad dicha complementariedad está lejos de ser lograda. Ramis (2016), habla más bien de “procesos de coexistencia paralela y tolerancia pasiva” (p.106) entre sistemas médicos, tal cual como ocurre en el territorio de Huilma, donde la consolidación del modelo biomédico ocurre frente a la persistencia de otras formas de atención en salud, los “que constituyen verdaderos modelos donde confluyen procesos sociales, económicos, políticos y culturales” (Ramírez, 2005, p. 235). Realidad que estaría determinada por la existencia de algunos atributos culturales que sustentan la vigencia de las prácticas tradicionales de la salud Mapuche-Williche.

Conclusiones

A lo largo del proceso investigativo se fue resignificado en la memoria colectiva lo que para las familias Mapuche-Williche era y es la salud tradicional, de acuerdo al contexto y dinámicas socioculturales históricas del sector de Huilma; luego que dispositivos de poder y de colonización desconocieran las prácticas y saberes de los agentes de salud familiar y de sabios de la medicina Mapuche-Williche, develándose un empobrecimiento del contexto cultural, aspecto necesario para dar significado a las prácticas tradicionales del cuidado de salud. La enervación cultural fue producto del despojo y la desintegración del espacio y territorio Mapuche-Williche, que debilitó la conexión con los *núwen* (fuerza) y los *ngen* (espíritus) que habitan y organizan la naturaleza.

La estigmatización y las experiencias traumáticas obligaron a ocultar los beneficios de la medicina tradicional. Los distintos procesos de ocupación y de intervención provocaron un desmembramiento cultural del territorio de Huilma, un quiebre de la identidad, la ruptura familiar y la exclusión social, lo que se advierte en el estado de fragilidad en que se encuentran las personas cuando hacen frente a la remembranza de los acontecimientos vividos durante la colonización alemana. Todas condiciones invisibilizadas en los procesos de intervención por la salud occidental.

Esta conducta de resistencia no significó necesariamente la pérdida absoluta del conocimiento y práctica de la medicina tradicional, más bien siguió un continuo de resignificación en un contexto histórico de relaciones interétnicas, en donde, desde fines del siglo XX la estructura del modelo de salud biologista ha impuesto tratamientos y estrategias preventivas y de cuidado de la salud familiar, ajenas a la cultura y desconectados de las dimensiones sociales, geográficas y económicas de los usuarios Mapuche-Williche del sector de Huilma, para quienes la salud se relaciona con el *Kume Mongen* Mapuche (buen vivir).

Luego de instaurarse por más de tres décadas el modelo biomédico como el único, deseable y válido en el territorio de Huilma, las personas lo reducen a la medicalización de las

enfermedades, un sistema burocrático y jerarquizado en la práctica clínica-curativa y epidemiológica, poco respetuoso de los saberes tradicionales de la salud, no obstante la vigencia de diversos convenios y acuerdo internacionales que comprometen al Estado al reconocimiento y protección de los Derechos a la Salud de los Pueblos Indígenas. Esta condición podría estar favoreciendo la reapropiación y reivindicación del Mapuche Kimun (conocimiento) sobre el cuidado de la salud familiar. Lo que también se podría entender como una estrategia de resistencia para enfrentar la imposición del saber biomédico, en el asimétrico escenario de relaciones.

Las políticas de salud intercultural, funcionales al modelo neoliberal, si bien reconocen la diversidad cultural, en ocasiones sólo han promovido la idea de la armonización y la complementariedad entre los sistemas de atención de salud. Estrategias de interculturalidad implementadas desde el Estado y pensadas para mejorar la situación epidemiológica de la población indígena e incrementar los estándares de pertinencia cultural de las prestaciones de salud, pero que no consideran la preexistencia de saberes y prácticas tradicionales que operan en forma simultánea en la cotidianidad de la vida familiar y comunitaria, y menos el atender las demandas de autodeterminación y de salvaguarda de los sistemas culturales de salud, como dimensiones simbólicas de comprensión del proceso salud/enfermedad en el marco de los derechos colectivos y de acuerdo la identidad cultural de cada pueblo originario. En este sentido, adquiere importancia considerar el acervo cultural y el estado en que se encuentra el conocimiento y las prácticas de la medicina tradicional antes de replicar o implementar iniciativas en el ámbito de la salud intercultural. Aquí cabría preguntarse y sería materia de investigaciones futuras, si dicha interculturalidad es más bien en tema de interés y una imposición desde el estado para validar el modelo biomédico imperante y las políticas de salud integracionistas y de homogeneización del conocimiento ancestral, sin abordar y manteniendo las asimetrías de poder, de estructuras ideológicas y burocráticas al interior del sistema de salud occidental.

Considerando las profundas transformaciones en las dinámicas de producción de conocimiento, en las que se cuestiona la hegemonía epistémica de las concepciones occidentales sobre el saber y el conocer, es esperable que las políticas de salud pública, reconozcan y asuman la alteridad y la revitalización de los saberes y prácticas culturales de la salud tradicional, fomentando conductas respetuosas de los itinerarios terapéuticos y de la autonomía de las familias Mapuche-Williche y de todos los pueblos originarios respecto a las medidas de salud preventivas y de tratamiento; además de avanzar en la construcción participativa de mecanismos que sean un aporte real y concreto en la descolonización de los conocimientos tradicionales, como parte del diálogo de saberes y de los procesos interculturales en salud, evitando posturas y análisis etnocéntricos de los equipos de salud.

Agradecimientos

Nuestra especial gratitud a la Técnico Paramédico de la Posta de Huilma, a las familias y agentes de salud Williche por la confianza y el compartir su sabiduría sobre la Medicina Tradicional. De igual manera, agradecemos a los y las dirigentes Mapuche-Williche por la apoyo y participación en el proceso investigativo.

Referencias

Aizenberg, L. (2013). Salud indígena: una reflexión crítica y miradas alternativas a la perspectiva intercultural. *Astrolabio*, (11). Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/astrolabio/article/view/5583/7403>

- Antimil, J. (2016). Colonialismo y procesos sociolingüísticos en Territorios del Ngulumapu. En Tapia P, Moreno M. Editores. Los Claroscuro del Debate. Pueblos Indígenas, Colonialismo y Subalternidad en América del Sur. Siglos XX y XXI. Gestión Editorial: Ariadna Ediciones. Recuperado de: https://doi.org/10.26530/oapen_619613
- Anton, D. (1999). Diversidad Globalización y Sabiduría de la Naturaleza. Uruguay. Piriguazú Ediciones.
- Ayora, S. (2010). Modernidad alternativa: medicinas locales en los Altos de Chiapas. *Nueva antropología*, 23 (72), 11-31. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/na/v23n72/v23n72a2.pdf>
- Bello, A. (2012). Hegemonía, historia y pueblos indígenas en la formación del Estado-nación chileno. *Zotero*. Mayo. Recuperado de: http://lms.colbachenlinea.mx/tc-colbach/contenido/materias/01Primerocvc/1/HTML/Hegemonia,_historia_y_pueblos_indigenas_en_la_formacion_del_Estado-Nacion_chileno.pdf
- Bengoa, J. (1995). Historia del Pueblo Mapuche. Siglos XIX y XX. Santiago de Chile. Ediciones Sur.
- Bermedo, S. (2016) Understanding Mapuche-Williche Conceptions of Diabetes Mellitus and Arterial Hypertension from the Perspective of Intercultural Health. *Social Medicine*; 10 (3). 83-92. Recuperado de: <https://socialmedicine.info/index.php/socialmedicine/article/view/906/1696>
- Bonfil, G. (1991). La teoría del control cultural en el estudio de procesos étnicos. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, 4 (12), 165-204. Bonfil G. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/316/31641209.pdf>
- Briones, G. (1998). *Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales*. Trillas, 4a ed. Colombia: ARFO Editores.
- Brito, A. (2013). La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2013.v39n1/1-3/en/>
- Campos, R. (2004). Experiencias sobre Salud intercultural. En G. Fernández Juárez (coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina Perspectivas antropológicas*. Quito: Abya-Yala.
- Cárcamo, A. (2016). *Conquista e Invasión en las Fütawillimapu. El cura, la hacienda, la escuela*. 2ª ed. Chile. Editorial Melipulli.
- Cardona-Arias, J. (2012). Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia. *Revista de Salud Pública*, 14, 630-643. Recuperado de: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0124-00642012000400008&script=sci_arttext&tlng=pt
- Cardona, J. (2013). Vínculo entre mestizaje y salud en un sistema médico de una comunidad indígena Colombiana. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2013; 39(4), 651-664. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2013.v39n4/651-664/es>
- Carillanca, C. (2011). Despojo y Asimilación de los Huilliche en el Proyecto de las Élités Dirigentes Chilenas (Chaurakawuin, 1939 – 1973). En: *¡Aprender a vivir siendo otro!: construcción histórica de los pueblos huilliche y mapuche, Wallmapu, siglo XX*. Editorial Universidad de Los Lagos.
- Citarella, L. (2009). Modelos y Sistemas Médicos. Algunas reflexiones sobre Modelos y Sistemas Médicos. Chile. Luca Citarella Menardi y Alessia Zangari editores.
- Crespo, J. y Vila, D. (2015). Comunidades: Saberes y conocimientos originarios, tradicionales y populares. En *Buen Conocer-FLOK Society. Modelos sostenibles y políticas públicas para una economía social del conocimiento común y abierto en el Ecuador* (pp. 551-616). Asociación aLabs. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/305000751_Comunidades_Saberes_y_conocimientos_originarios_tradicionales_y_populares
- Cuyul, A. (2012). Salud intercultural y la patrimonialización de la salud Mapuche en Chile. *Ta ñifjikexiparakizuameluwün. Historia, colonialismo y Resistencia desde el País Mapuche*, 263-284. Ediciones Comunidad de Historia Mapuche. Chile.

- Díaz, Z., Aguilar, T. y Linares, X. (2015). La antropología médica aplicada a la salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41. Recuperado de: <https://www.scielo.org/article/rcsp/2015.v41n4/o8/pt/>
- Egaña, R. (2008). Informe de la Comisión Verdad Histórica y Nuevo Trato con los Pueblos Indígenas. Chile. Rodrigo Egaña Baraona editor.
- Escobar, A. (2007) La invención del Tercer Mundo. Construcción y Desconstrucción del Desarrollo. Venezuela: Editorial Fundación el Perro y La Rana.
- Espinoza, A. (2013). La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39 (1). 1-3. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2013/csp131a.pdf>
- Espinoza, L. y Ysunza, A. (2009). Diálogo de saberes médicos y tradicionales en el contexto de la interculturalidad en salud. *Ciencia ergo-sum*, 16(3), 293-301. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5035081>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (1989). Convención sobre los Derechos del Niño. Recuperado de: <http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- Foucault, M. (1976). Genealogía del Racismo. Argentina: Editorial Altamira. Recuperado de: <http://www.revistas.usp.br/revhistoria/article/view/18734/20797>
- Garzón, L. (2016). Conocimiento tradicional sobre las plantas medicinales de yarumo (*Cecropia sciadophylla*), carambolo (*Averrhoa carambola*) y uña de gato (*Uncaria tomentosa*) en el resguardo indígena de Macedonia, Amazonas. *Revista luna azul*, (43), 386-414. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3217/321745921017.pdf>
- García de Alba J., Ramírez, B. Robles, G., Zañudo, J., Salcedo, A. y García de Alba Verduzco, J. (2012). Conocimiento y uso de las plantas medicinales en la zona metropolitana de Guadalajara. *Desacatos*, (39), 29-44. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n39/n39a3.pdf>
- Glaser, B. y Strauss, A. (2009). The discovery of grounded theory: Strategies for Qualitative Research. U.S.A. Editores Transaction publishers New Brunswick.
- Harris, M. (1998). *Antropología cultural*. España: Alianza Editorial 1998.
- Hasen, F. (2012). Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. *Ciencia y enfermería*, 18 (3), 17-24. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95532012000300003&script=sci_arttext&tlng=en
- Hersch-Martínez, P. (2013). Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria. *Salud Pública de México*; 55(5).512-518. Recuperado de <https://doi.org/10.21149/spm.v55i5.7252>
- Hernández, I., Monreal, A., De la Luz, M. y Valde, R. (2001). El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. *Revista de Saúde Pública*, 35(5), 443-450. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n5/6582.pdf>
- Jorand, B. (2008). Formas de transformación del conocimiento de la medicina tradicional en los pueblos nahuas del municipio de Hueyapan, Sierra Norte de Puebla. *Cuicuilco*, 15(44), 181-196. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592008000300009
- Kazianka, B. (2012). ¿El pluralismo médico como concepto adecuado en el contexto de la biomedicina "global" y la medicina indígena "local"? Un ensayo sobre la realidad médica de los mayas itzaes en San José, Guatemala. *Scripta Ethnologica*, 34, 39-68. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/148/14828711003.pdf>
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido. Teoría y Práctica*. Barcelona: Ediciones Paidós Comunicación.
- Lerín, S. y Ríos, E. (2007). Salud mental y alcoholismo: un tema intercultural olvidado. Propuesta de capacitación para el personal de salud que atiende a población indígena. *Estudios de Antropología Biológica*, 13 (2).

- Llancavil, D., Sepúlveda, J., Mieres, M. y Montanares, E. (2015). La función reproductora de la escuela en la Araucanía, 1883-1910. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, (28), 117-135. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/459/45955899007.pdf>
- Meneses P, Millalen C, Bustos B. (2011). Sistematización de la Experiencias de Salud Intercultural. Chile. Programa Orígenes BID - CONADI.
- Menéndez, E. (2016). Intercultural health: proposals, actions and failures. *Ciencia & saude coletiva*, 21, 109-118. Recuperado de: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n1/109-118/en/>
- Menéndez, E. (2009). Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas. En Citarella L. Zandari A. Yachay Tinkuy. *Salud e Interculturalidad en Bolivia y América Latina*. Editorial Gente Común.
- Ministerio de Economía. (1974). D.L. N° 701. De Fomento Forestal.
- Ministerio de Salud. (2016). Orientaciones Técnicas y Guía metodológica Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas.
- Ministerio de Salud. (2006). *Política de Salud y Pueblos Indígenas*. Segunda Edición.
- Nahuelpán, H. (2012). Formación colonial del Estado y desposesión en Ngulumapu. En Cárcamo L., Huinca H., Mariman P., Mora M., Quidel J y Calfio M. *Ta iñ fijke xipa rakizuameluwün: Historia, colonialismo y resistencia desde el país Mapuche*. Ediciones Comunidad de Historia Mapuche.
- Organización de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. Recuperado de: http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. (1979). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Recuperado de: http://bibliotecadigital.indh.cl/bitstream/handle/123456789/207/discriminacion_mujer.pdf?sequence=1
- Organización de las Naciones Unidas. (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado de: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
- Organización de las Naciones Unidas. (1965). Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial. Recuperado de: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CERD.aspx>
- Osorio, R. (2001). Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles. México. Instituto de Estudios Indigenistas. CIESAS. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/s0036-36342003000500014>
- O'Neil, J., Bartlett, J., y Mignone, J. (2006). Best practices in intercultural health. *Publication of the Inter-American Development Bank*. Recuperado de: <https://publications.iadb.org/publications/english/document/Best-Practices-in-Intercultural-Health.pdf>
- Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de Salud. (2003). Resolución V. Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Lineamientos Estratégicos y Plan de Acción 2003 – 2007.
- Organización Internacional del Trabajo. (1989). Convenio sobre Pueblos Indígenas y Tribales N°169. Recuperado de: <https://www.mop.cl/asuntosindigenas/Documents/convenio169.pdf>
- Parra, L. y Pacheco, A. (2006). ¿Monólogo o diálogo intercultural entre sistemas médicos? Un reto educativo para las ciencias de la salud. *Revista Ciencias de la Salud*, (4) 110-121. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/562/56209913.pdf>
- Pérez, C., Nazar, G. y Cova, F. (2016). Facilitadores y obstaculizadores de la implementación de la política de salud intercultural en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 39, 122-127. Recuperado de: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2016.v39n2/122-127/es/>

- Piñones, C., Mansilla, M. y Arancibia, R. (2017). El imaginario de la horizontalidad como instrumento de subordinación: la Política de Salud pueblos indígenas en el multiculturalismo neoliberal chileno. *Saúde e Sociedade*, 26, 751-763. Recuperado de: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2017.v26n3/751-763/pt/>
- Ramírez, S. (2009). La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico: epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí. *Salud colectiva*, 5, 63-85. Recuperado de: <https://www.scielo.org/article/scol/2009.v5n1/63-85/>
- Ramírez, N. (2012). La importancia de la tradición oral: El grupo Coyaima-Colombia. *Revista Científica Guillermo de Ockham*, 10(2), 129-143. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1053/105325282011.pdf>
- Ramírez, C. (2007). Etnobotánica y la Pérdida de Conocimiento Tradicional en el Siglo 21. *Ethnobotany Research and Applications*, 5, 241-244. Recuperado de: <http://ethnobotanyjournal.org/index.php/era/article/viewFile/133/118>
- Ramis, A. (2016). Bioética narrativa y salud intercultural mapuche: Aportes a su fundamentación y complementación. *Veritas*, (34), 93-116. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/veritas/n34/art05.pdf>
- Ramírez, S. (2005). Donde el viento llega cansado: sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí. Cooperazione italiana. Bolivia. Ed. Editorial Gente Común.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (Vol. 1). Barcelona: Paidós.
- Valles, M. (2002). *Técnicas Cualitativas de Investigación Social. Reflexión Metodológica y Práctica Profesional*. 1a ed. España: Editorial Síntesis S.A.
- Velasco, O. (2009). Aun nos cuidamos con nuestra medicina. *Informe de consultoría: Inventario Sistematizado de las Prácticas Sanitarias Tradicionales Existentes En las Poblaciones Originarias de los Países Andinos*. Comité Editorial Comisión Andina de Salud Intercultural Lima-Perú. Recuperado de: <http://www.orasconhu.org/documentos/SI%20Aun%20nos%20cuidamos%20con%20nuestra%20medicina%20ORAS%20Oscar%20Velasco.pdf>

Aproximación a la etiología de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial desde los usuarios mapuche – williche, un aporte a la interculturalidad en salud

Sergio Hernán Bermedo Muñoz

Introducción

Reportes oficiales y diferentes estudios de morbi-mortalidad muestran que las condiciones de salud y las expectativas de vida de los pueblos originarios son inferiores a la población general (OMS/OPS, 1998; IWGIA, 2006; FID, 2013), siendo una expresión de la inequidad estructural que los afectan y que se mantienen, no obstante los avances que realizan los Estados en la implementación de políticas y programas de mejoramiento en el acceso y calidad de los servicios de salud.

En Chile, en las últimas décadas, se han generado importantes iniciativas de investigación y de conocimiento con el objeto de comprender más cabalmente las condiciones epidemiológicas de los pueblos originarios del país, demostrándose que como usuarios tienen un perfil de morbi-mortalidad distinto y en desventaja con el del resto de la población. El *Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en el área de cobertura del servicio de salud Osorno* señala que:

La población mapuche de la Provincia de Osorno no sólo presenta una tasa general de mortalidad más alta que la población no mapuche -al igual que en los demás territorios estudiados a través del proyecto de Epidemiología Sociocultural- sino que, además, ésta constituye la mayor tasa registrada hasta ahora para esta población (Pedrero, 2012:76).

En el caso de las enfermedades del sistema circulatorio, el estudio concluye que esta población tiene un riesgo 60% mayor de morir por este grupo de causas, además de identificar el doble de riesgo en la población mapuche residente en la ciudad, respecto a quienes continúa viviendo en las zonas rurales(Gráfico1).

Las causas específicas de muerte por el sistema circulatorio se debe a enfermedades cerebrovasculares. En esta causa específica, la población Mapuche registra un 34,3 % comparado con el 29,9% que alcanza la población no Mapuche. Estos últimos tendrían una mayor comprensión de este tipo de enfermedades y un acceso más oportuno a la atención de salud. Le siguen las muertes por isquemias cardíacas y las enfermedades hipertensivas. En todas ellas, el riesgo de morir es más alto entre la población mapuche. Para el caso de las enfermedades cerebrovasculares el riesgo de morir es para los Mapuche Williche es un 80% más elevado y un 30% mayor para la isquemia cardíaca y las enfermedades hipertensivas.

Para Pedreros (2012:53) la elevada tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio podría estar vinculada con “la pérdida

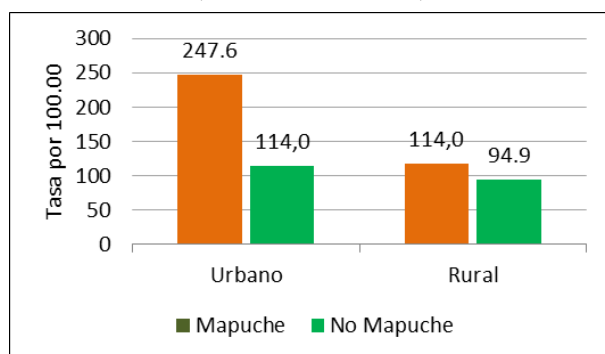
Sergio Hernán Bermedo Muñoz. Asistente Social. Docente Carrera de Enfermería Universidad de Los Lagos. Osorno. Chile, Departamento de Salud. Municipalidad de Río Negro, Chile. y Alumno Programa de Magister en Estudios y Desarrollo de la Familia. Universidad de la Frontera, Chile.

Correo-e: serbemun@yahoo.es

Financiamiento: Programa de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) , Departamento de Salud. Municipalidad Río Negro, Chile.

de los factores protectores propios de la cultura mapuche y a la incorporación en situación desventajosa de la modernidad”; factores que están relacionados con su identidad cultural, como son los modos de vida tradicionales, la existencia y el reconocimiento de autoridades tradicionales y de cultores de la medicina, la participación en ceremonias espirituales, la disponibilidad de espacios sagrados, la vinculación con la tierra, etc. En este sentido, Ibacache, Mc Fall & Quidel (2002:15) señalan que “el grado de identidad mapuche es un indicador muy prevaleciente en la medicina mapuche. En la medida que avanza el *wigkawün*¹ de los y las mapuches, avanzan del mismo modo las diversas enfermedades que hasta el día de ayer eran desconocidas para la medicina mapuche”.

Gráfico 1
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en población mapuche y no mapuche por área de residencia habitual (trienio 2004-2006)



Fuente: Pedrero, 2012

Los indicadores epidemiológicos diferenciados sobre población indígena y no indígena, contruidos a partir de la implementación de un modelo de diagnósticos epidemiológicos sobre la situación de salud de los pueblos indígenas en Chile, han permitido conocer sus condiciones sanitarias en áreas de influencia de distintos servicios de salud del país. En el caso de los estudios epidemiológicos realizados en los Servicios de Salud del Biobío, Arauco, Araucanía Norte, Araucanía Sur, Valdivia, Osorno, Chiloé y de Reloncaví, las tasas mortalidad son mayores en

¹ *Wigkawün*: refiere a personas que han asumido una conducta o un estilo de vida cada vez más lejano de lo mapuche.

la población mapuche que en la no mapuche, ubicándose el Servicio de Salud de Osorno en tercer lugar entre los que tuvieron tasas mayores de mortalidad general (Gráfico 2).

El informe de la ONU (2010) sobre la *Situación de los pueblos indígenas del mundo* reporta sobre los "niveles alarmantes de diabetes. En todo el mundo más del 50% de los adultos indígenas de más de 35 años de edad padece diabetes tipo 2, y se prevé que estas cifras aumenten. En algunas comunidades indígenas, la diabetes ha alcanzado proporciones epidémicas y pone en peligro la existencia misma de la comunidad" (Pág. 164). Por su parte, la Federación Internacional de Diabetes (2013, FID) señala que si bien esta patología está presente en todo el mundo, los pueblos indígenas soportan una carga desproporcionadamente mayor.

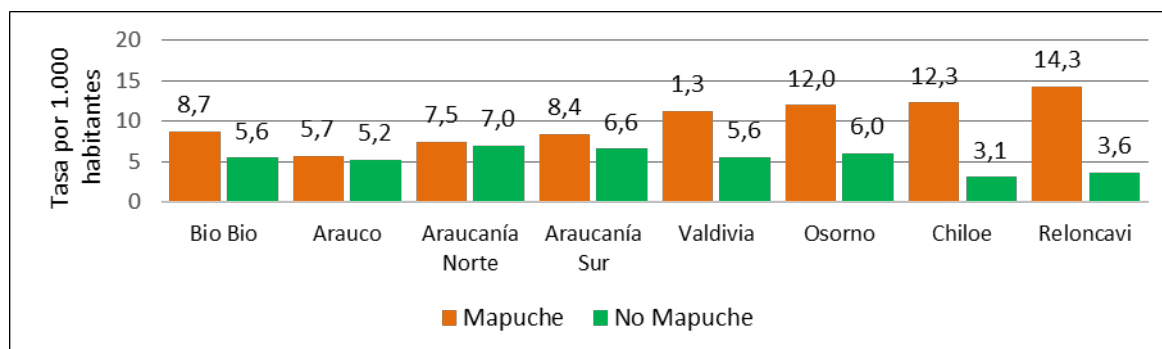
Para indagar sobre la percepción que poseen los usuarios Mapuche-Williche diabéticos e hipertensos sobre este tipo de enfermedades y describir el conocimiento y las prácticas de la medicina ancestral que se integran a los proceso de salud convencional durante su itinerario terapéutico, se realizó el estudio exploratorio - descriptivo con usuarios mapuche-williche que se mantiene en control en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) del Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF) de Riachuelo y las Estaciones Médico Rurales (EMR) de Millantue y Costa Río Blanco. Todos establecimientos de atención de salud primaria, ubicados en el Territorio Cacical de Riachuelo.

Material y método

El universo son 320 personas, que corresponde al total de usuarios diabéticos e hipertensos en control en el PSCV, según el REM de junio del 2012.² Los criterios de inclusión fueron ser diabético y/o hipertenso, independientemente del estado de compensación; con diagnóstico y tratamiento ingresados al Sistema de Información para la Gestión de Garantías de Salud (SIGGES), de acuerdo a la Ley N° 19.966 sobre el Régimen de Garantías en Salud; tener al menos un apellido mapuche y/o estar su calidad de indígena acreditada ante la CONADI. El diseño fue no

² Registro Estadístico Mensual. Serie P-4, junio 2012.

Gráfico 2
Tasa ajustada de mortalidad general en población mapuche y no mapuche. Servicios de Salud seleccionados. Trienio 2004 – 2006.



Fuente: elaboración propia, a partir de la *Serie de Perfiles Epidemiológicos Población Mapuche* (2016).

probabilístico, de acuerdo al carácter cualitativo de la investigación. Las técnicas de recolección de la información fueron un cuestionario estructurado y entrevistas en profundidad semiestructurada, siendo: “La entrevista uno de los medios para acceder al conocimiento, las creencias, los rituales de vida de una sociedad o cultura, obteniendo datos en el propio lenguaje de los sujetos”(Rodríguez, Gil & García, 1999:168).

Distribución población que participó en el estudio, según patología.

Sector	DM	HTA	DM/HTA	Total
Riachuelo	5	54	17	76
Millantue	0	4	2	6
Costa Río Blanco	1	10	4	15
Total	6	68	23	97

Fuente: elaboración propia

Del total de la muestra un 57,3 % corresponde a mujeres. Además de los 97 usuarios bajo control en el PSCV se considera la participan de 3 Lawenche³ y 2 Lawentuchefe⁴ de los sectores en los que se realizó el estudio.

³ Lawenche: Persona que conoce los remedios pero no los prepara.

⁴ Lawentuchefe: persona que, no siendo Machi, posee el don de conocer todo tipo de remedios, los prepara y los administra. Además reconoce la enfermedad por medio de un diagnóstico o práctica médica Mapuche - Williche.

Ambos instrumentos tuvieron como ejes de interés:

- los conocimientos y las prácticas de la medicina mapuche-williche,
- los mecanismos de transmisión del conocimiento y las prácticas de la medicina tradicional,
- el itinerario terapéutico seguidos por los usuarios,
- la percepción de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial y
- la relación establecida con el sistema de salud oficial.

Para el análisis de la información se utilizó el análisis categorial aplicado a las entrevista en profundidad, construyendo dimensiones e integrando categorías y sus propiedades se indagando en las analogías y la diferencia de los contenidos, teniendo presente que el estudio es de carácter exploratorio, cuyos hallazgos requieren una mayor profundización.

Resultados

Del total de usuarios bajo control en el PSCV 32,8% son de origen mapuche-williche, con una edad promediode 67 años, incrementándose significativamente con la edad el número de personas indígenas diabéticas e hipertensas, concentrándose el 45% en el grupo etario de 70 y más años, siendo más mujeres.

Un 74% de los hogares tiene como ingreso principal *pensiones* (de invalidez o vejez) que

tienen su base en el actual pilar solidario⁵ o pensiones producto de haber cotizado en el Ex Seguro Social⁶ o en alguna AFP⁷, pero por el ingreso mínimo o por trabajos ocasionales. El monto promedio de este tipo de pensiones circunda en los \$ 85.000 mensuales. Con este valor promedio de ingresos, más del 65% de los hogares se sitúa entre el primero y el segundo quintil de ingresos, según los tramos de puntaje de la Ficha de Protección Social, que definen los quintiles de vulnerabilidad social.

De los usuarios encuestados un 13,4% viven con su esposa(o) o hijos(as) y el 83,6% con otros familiares, principalmente nietos o sobrinos. Un 76% no cursó la educación básica.

Del 32,8% de los pacientes Mapuche – Williche que se mantienen en control en el PSCV, un 64,9% ha consultado algún especialista de la medicina mapuche-williche y un 67% declara usar hierbas medicinales para tratar diversas dolencias; estableciéndose diferencias entre quiénes tienen conocimientos generales de la medicina tradicional como parte de la construcción colectiva del conocimiento del cuidado familiar y quiénes poseen el *kimün* (sabiduría) para en el tratamiento de enfermedades más complejas y que ejercer en la comunidad el rol de *Machi*, *Lawenche*, *Lawentuchefe*, *Ngütamchefe*, etc.

Es parte del discurso de los usuarios señalar que la diabetes y la hipertensión son “enfermedades que no se conocían antes” que llegaron con la incorporación de alimentos procesados con alta cantidad de grasa y azúcar, propios de la vida moderna.

5 Ley N° 20.255 promulgada el 11 de marzo del 2008. Establece Reforma Previsional. El Pilar Solidario es un conjunto de beneficios del Estado, que se concreta a través de un subsidio para las cotizaciones, un aporte para elevar el monto final de la pensión o para otorgar una pensión a quienes no pudieron ahorrar para ella.

6 Ley N° 18.689 promulgada el 13 de enero de 1988, que fusiona las Cajas de Previsión al Instituto de Normalización Previsional.

7 Decreto Ley N° 3.500 del 13 de noviembre de 1980 y sus posteriores medicaciones. Que rige el Sistema de Pensiones basado en la capitalización individual.

Esta modernidad no sólo tiene su impacto en la vida de las comunidades indígenas, más bien traspasa las barreras étnicas de los pueblos, alcanzando a la sociedad en general. Al respecto, Bengoa (1996:7), puntualiza:

Los procesos de modernización acelerada representan en todas partes un desafío y una amenaza para las sociedades indígenas. En Chile más de una década de crecimiento económico acelerado, está provocando cambios muy profundos y a veces imperceptibles en el conjunto de la sociedad nacional. La modernización entendida como la adaptación acrítica de normas, conductas y bienes provenientes de los países denominados modernos es un fenómeno generalizado.

Desde la primera consulta en los establecimientos de salud, los usuarios inician un itinerario terapéutico, asumiendo con independencia de las indicaciones médicas estrategias de complementariedad, sustitución y/o alternancia de la terapia biomédica por la medicina mapuche-williche, de esta forma sintetizan, articulan, mezclan o yuxtaponen los tratamientos; buscando en la integración de las terapias un mejor resultado de los tratamientos.

Discusión

La enfermedad como experiencia humana es universal y particular en cada cultura, en cuanto al desarrollo de modelos, procedimientos y especialistas para hacer frente a los padecimientos y recuperar el estado de salud. En el sistema medicina mapuche-williche la enfermedad se relaciona con la ruptura del orden natural, social y espiritual. Las personas se enferman por haber alterado el equilibrio de su propia naturaleza, por la transgresión de las leyes o normas de equilibrio y armonía establecida por el *ad mapu* (ley de la tierra), *ad che* (ley de la gente) o el abandono de prácticas espirituales u otras propias de la cultura. Siguiendo este racionamiento los usuarios señalan que el *abandono de los hábitos tradicionales de alimentación* es la causa de la diabetes y la hipertensión. La modificación en los patrones de alimentación tradicional ocurrió cuando las familias comenzaron a tener limitaciones para elaborar sus propios alimentos. Una de las personas entrevistadas refiere que ellos dejaron de

consumir el “miltsrin” o “catuto” que es un producto Mapuche – Williche que reemplaza al pan y que está hecho de granos de trigo cocido y pelado, debido a que tuvieron que comenzar a comprar el trigo. Lo mismo ocurrió con otros productos elaborados en base a la papa o la harina:

mi mamá ya no hizo más catuto; cuando ella dejó de hacer, porque ya no lo podía hacer y nosotros ya no lo hacíamos, porque después ya empezó a escasear el trigo. Había que estarlo comprando, porque antes mi abuelito lo cosechaba. Antes se sembraba y se cosechaba el trigo y ahí se hacía eso. Y también las papas, se hacía milcao, comíamos mucho el trutruyeco, que le dicen. Eso que se hace en palo, se hace como un rollito y se comía con miel, con dulce (E10MUCRB).

Según la Federación Internacional de Diabetes (2013:80) diversas investigaciones de prevalencia e incidencia de la diabetes en comunidades indígenas han concluido que “algunas poblaciones que todavía viven con un estilo de vida muy tradicional tienen una prevalencia relativamente baja”

El perfil sociodemográfico, la escolaridad y las condiciones económicas de los usuarios mapuche-williche que participaron del estudio muestran una deficiente red de apoyo familiar y social para sobrellevar enfermedades que demanda una importante vigilancia en el control y seguimiento de los tratamientos, como son las cardiovasculares. La posición económica, el género y la etnia, según el enfoque de los Determinantes Sociales de Salud, de la Organización Mundial de la Salud, son factores que determinan la exposición y la vulnerabilidad diferencial al daño en salud, esto lo demuestra la serie de estudios epidemiológicos comparados en población indígena del país, que permiten constatar importantes brechas de equidad en salud.

Los usuarios con diabetes y/o hipertensión en un contexto de *pluralismo médico* (Kazianka, 2012) – no exento de conflicto– inician su *itinerarioterapéutico* y de *conducta frente a la enfermedad* con las primeras consultas en alguno de los sistemas médicos, asumiendo determinadas conductas, lo que incluye el reconocimiento de los síntomas, la búsqueda de ayuda, el uso de servicios

médicos, el cumplimiento de prescripciones terapéuticas, las respuestas de afrontamiento de la enfermedad, etc.

En este itinerario terapéutico o “trayectoria del padecimiento” como lo denomina Mercado (1998) citando a Corbin & Strauss (1992), aparecen como aspectos relevantes los procedimientos del profesional médico y el de los usuarios. El primero tiende a desconocer la historicidad del usuario y su contexto cultural de origen y sólo exige el uso de la biomedicina,

los médicos no me dicen nada por tomar hierbas. Lo único que me obligan que tome todos estos remedios”(E8MUR).

Para Lerín (2007:752)

las barreras culturales entre el personal de salud y los pacientes indígenas se refieren al uso de lenguas distintas, al alto analfabetismo, a una “falta de cultura médica” de las poblaciones indias y a la descalificación que el médico hace de las terapias tradicionales.

El actuar coercitivo del médico al momento de informar el diagnóstico y la evolución desastrosa de la enfermedad de no seguir el tratamiento tal como se indica, determina que las personas sientan temor a posibles represalias del sistema si reconocen que no se adhieren al tratamiento biomédico o que usan otro tipo de terapia. Por lo tanto, optan por ocultar que no se toman medicamentos,

porque si me muero dicen que no me van a recibir en el hospital [...] a veces los doctores te dicen que si no tomas los medicamentos te va a pasar esto y esto y uno queda con miedo. Te dicen que te vas a quedar ciega. Son muy crueles; deberían decirlo de otra forma. Estuve súper mal [pensaba] que mis hijos iban a quedar solos(E1MUR).

Este proceder del profesional alópata no se condice con lo señalado en Art. 25 del Convenio N° 169, respecto a que los estados deben “velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados [...], a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental”(OIT, 1989)⁸.

⁸ El Convenio N° 169 de la OIT fue ratificado por el Estado de Chile el 15 de septiembre de 2008.

Por su parte, los usuarios, si bien asisten regularmente a sus controles y retiran sus remedios, una vez en su casa determinan autónomamente reducir, aumentar o espaciar las dosificaciones indicadas o abandonar el tratamiento, señalando, entre las razones de esta última decisión, los efectos adversos que les producen los fármacos. En el caso de mantener la adherencia al tratamiento, ésta es más por condicionamiento que por convicción en la efectividad de la terapia farmacológica, señalando que al profesional médico no se le pueden contradecir sus indicaciones ya que ellos siempre tendrán la razón, “[...] si uno no le gana a ellos”(E5MUCRB).

Según lo referido por los usuarios(as) entrevistados(as), en ocasiones el equipo de salud –en especial el profesional médico– se comporta con indiferencia si sabe que una persona usa medicina mapuche–williche y sólo “obliga” el uso de la biomedicina,

el doctor no me dice nada, los médicos no me dicen nada por tomar hierbas. Lo único que me obligan es a que tome todos estos remedios” (E8MUR).

porque el doctor me dijo la otra vez que tenía que seguir tomando las pastilla no más, aunque me hicieran mal (E6MUCRB).

Para Seppilli (2000:38) este tipo de relación clínica está más bien centrada en un “proceso patológico, masque en el enfermo y en su subjetividad, una despersonalización y un empobrecimiento emocional de la correlación interna entre el médico y el paciente”.

La estructura de un discurso positivista de la salud usado como estrategia para perpetuar el modelo biomédico deberá ser entendido en el contexto que las instituciones legitiman dicho conocimiento y práctica. Esto trae consigo la instauración de una relación asimétrica de los saberes e importantes barreras culturales –lingüísticas y de comunicación– entre prestadores y usuarios de los servicios de salud, que no favorece el diálogo y la construcción de una salud intercultural en territorios con una importante presencia de población indígena y en un complejo mundo de creencias y valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados a la experiencia de salud

y enfermedad. Interculturalidad en salud, en donde según Myrna Cunningham (2002:9):

todos los sistemas de salud cuentan con la posibilidad de ser practicados en igualdad de condiciones por las personas que lo han hecho tradicionalmente, pero también significa que cuentan con recursos y espacios para el intercambio de conocimientos, saberes, dones y prácticas que aseguren su desarrollo, revitalización y reproducción.

Por su parte, Wash (2010:78) refiere que “la interculturalidad se entiende como una herramienta, como un proceso y proyecto que se construye desde la gente”, pero, en la realidad, se evidencia algo muy distinto, encontramos un modelo biomédico que va configurando en el usuario la idea de que son exclusivamente los profesionales de la salud oficial, especialmente el médico, quienes poseen los conocimiento y las herramientas para los diagnósticos y dictar el tratamiento que deben seguir las personas para aliviar sus dolencias, sin considerar los modelos explicativos construidos culturalmente por los usuarios sobre las causas de las enfermedades.

Siguiendo a Illich (1975:146) “los médicos se apoderan del lenguaje: la persona enferma queda privada de palabras significativas para expresar su angustia, que aumenta más aún con la mistificación lingüística”. La estructura de un discurso positivista de la salud usado como estrategia para perpetuar el modelo biomédico trae consigo la instauración de una relación asimétrica de los saberes, que no favorece el diálogo y la construcción de una salud intercultural en territorios con una importante presencia de población indígena, que supere las barreras lingüísticas y de comunicación y que respete las distintas concepciones del proceso salud/enfermedad/atención, que forman parte de la cosmovisión de los pueblos originarios.

Conclusiones

El Enfoque Intercultural en el Programa de Salud Cardiovascular se entenderá como una estrategia teórica-metodológica de visibilización, comprensión y de respeto de la diversidad cultural en el abordaje del proceso salud/enfermedad.

Concebido el sistema cultural de salud mapuche-williche como un cúmulo de conocimientos contruidos desde la necesidad vital de dar respuesta a las experiencias de enfermedad, dolor, sufrimiento y muerte, las conceptualizaciones biologicistas utilizadas por la biomedicina para definir la diabetes y/o la hipertensión no son parte de su matriz cultural. Por lo tanto, un su reemplazo podríamos hacer referencia a “usuarios o personas con padecimiento crónicos” como experiencia individual, con una mirada desde la epidemiología sociocultural y considerando que la medicina mapuche-williche trata a “la persona” y no a la enfermedad o a la patología.

Al no haber identidad cultural con este tipo de enfermedades se presentarán importantes dificultades para dar continuidad a tratamientos farmacológicos prolongados el cual se espera que logren restituir el estado de salud y no aumentar el daño del organismo, dándole una resignificación a la farmacopea dispuesta por la medicina oficial, tomando distancia del modelo explicativo de la biomedicina y de su cartera de servicios; poniendo en tela de juicio la efectividad del tratamiento biomédico para la diabetes mellitus y la hipertensión arterial en población indígena. En el caso en particular y parafraseando a Bonfil (1987) sobre el control cultural, diríamos que el sistema médico occidental es parte de una “cultura impuesta” y hegemónica en donde, tanto las concepciones clínicas de diabetes e hipertensión, como el tratamiento farmacológico son elementos culturales ajenos o externos a la cultura propia de los usuarios Mapuche – Williche.

Si bien existen importantes instrumentos jurídicos nacionales e internacionales ratificado por el Estado de Chile que establecen estándares mínimos del derecho a la salud de los pueblos indígenas, incluido el de participar activamente en la elaboración y la determinación de los programas de salud, al momento de indagar sobre la implementación del PSCV en territorios con alta concentración de población indígena, como el caso de la Jurisdicción Cacical de Riachuelo, queda en evidencia que el programa de salud tiene escasa pertinencia cultural o son “*culturalmente inapropiados*” como refiere Montenegro & Stephens (2006:1865), siendo necesario avanzar en

la transversalización del enfoque intercultural, teniendo en consideración lo señalado pael Ministerio de Salud respecto a que el “modelo científico occidental no es el único deseable y válido” (MINSAL, 2013) y que tanto el sistema cultural de salud mapuche-williche, como los usuarios indígenas, poseen sus propios modelos explicativos del proceso salud/enfermedad/atención, adquiriendo la enfermedad una connotación cultural estrechamente vinculada con las creencias y valores de las personas, debiéndose consensuar mecanismos que permitan la articulación de dichas racionalidades.

Las intervenciones en salud no deben tener por objetivo el sólo modificar los factores de riesgo, sino más bien lograr un abordaje holístico e integral de la persona. Para Silvestre (2012:156):

se ha mostrado que una de las falencias en las intervenciones mediante la implementación de programas es la no consideración de los factores contextuales y socioculturales que enmarcan los procesos de salud y la cotidianeidad de las personas.

La salud intercultural como estrategia de salud pública en territorio mapuche-williche implica, por un lado, un cambio en el paradigma del ejercicio de la medicina oficial, contemplando acciones que mejoren las competencias interculturales de los equipos de salud que trabajan en contexto culturales diferenciados y dinámicos, que no sólo signifique aceptar y reconocer la existencia de terapias de sanación mapuche, sino también considerar el corpus ideológico que forma parte indisoluble del sistema médico mapuche-williche(ONU, 2007).

Interculturalidad en salud significa llevar a la práctica lo señalado por el Ministerio de Salud respecto a una “modificación de los programas de salud [...] para darles coherencia con la cosmovisión y prácticas de salud propias de los pueblos indígenas” (MINSAL, 2012, Pág. 22) para de esta forma aproximarse al universo cultural de los usuarios desde el enfoque la epidemiología sociocultural y del Derechos a la Salud de los Pueblos Indígenas. En esta misma línea y como reflexión final quisiera citar Fuenzalida (2015:123):

las materializaciones de salud interculturalidad corresponde a la negociación, consulta y participación política entre los pueblos indígenas y el Estado. Corresponde al Estado reformar, reestructurar, adecuar y/o crear la institucionalidad necesaria para asegurar la efectividad de las políticas de salud intercultural [...]. Además, de formar a sus funcionarios para que estos desarrollen actitudes dialógicas que les permitan comprender, interactuar y construir relaciones interculturales con los pueblos indígenas...

Financiamiento

Programa de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI), Departamento de Salud. Municipalidad Río Negro, Chile.

Referencias

- Bengoa, José (1996) Población, familia y migración mapuche. Los impactos de la modernización en la sociedad mapuche 1982 – 1995. *Revista N° 6*. Recuperado el 10 de enero del 2016 de <http://200.10.23.169/images/publ/PENTU6.pdf>
- Bonfil, B. (1987). La teoría del control cultural en el estudio de procesos étnicos. *Revista papeles de la casa Chata*, 2(3), pp 23-43. Recuperado el 02 de julio del 2016 de http://www.ciesas.edu.mx/publicaciones/Clasicos/00_CCA/Articulos_CCA/CCA_PDF/001_BONFIL_Teoriadelcontrol_20140703.pdf
- Cunningham, M. (2002). Etnia, Cultura y Salud. La experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las Regiones Autónomas de Nicaragua. Managua, Nicaragua. Programa de Políticas Públicas y Salud División de Salud y Desarrollo Humano Organización Panamericana de la Salud Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Editorial OPS/OMS. Recuperado el 02 de julio del 2016 de <http://www.ops.org.bo/textocompleto/ipi20593.pdf>
- Federación Internacional de Diabetes (2013), Atlas de la Diabetes. Editorial FID. Bélgica. Versión online del Atlas de la Diabetes. ISBN: 2-930229-80-2. 6ta. Edición.
- Fuenzalida, P. (2015) Algunas aproximaciones político-conceptuales sobre la salud intercultural. En: *Pichi Leufu, srewel srakizuam kimel pus lawentu. Río Chuelo, espacio depensamientos y saberes en salud intercultural*. Bermedo S. (Ed.) Comunidad Indígena CO - RAYEN. Río Negro. Chile. Recuperado el 25 de enero del 2016 de <http://www.rionegrochile.cl/www/Documentos/Pd>
- fs/Libro%20PESPI_R%C3%ADO%20Negro_2015.pdf
- Fuenzalida, P. (2015) Algunas aproximaciones político-conceptuales sobre la salud intercultural. En: *Pichi Leufu, srewel srakizuam kimel pus lawentu. Río Chuelo, espacio depensamientos y saberes en salud intercultural*. Bermedo S. (Ed.) Comunidad Indígena CO - RAYEN. Río Negro. Chile. Recuperado el 25 de enero del 2016 de http://www.rionegrochile.cl/www/Documentos/Salud_Intercultural_RioNegro.pdf
- Ibacache, J., McFall, S., & Quidel, J. (2002) Rume Kagenmew Ta Az Mapu. Epidemiología de la transgresión en Makewe-Pelale. Editor General: Jorge Calbucura. Impreso en Chile. ÑukeMapuförlaget. Recuperado el 10 de enero del 2015 de http://www.mapuche.info/wps_pdf/Ibacache020200.PDF
- Illich, I. (1975) *Némesis médica*. Barcelona-España. Pág. 146.
- IWGIA (2006) Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas. *El Mundo Indígena 2006*. Compilación y edición: Sille Stidsen. Copenhague, Dinamarca. Impresores, Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 02 de junio del 2016 de http://www.iwgia.org/iwgia_files_publications_files/0533_EL_MUNDO_INDIGENA_2006.pdf
- León, S., & Ríos (2007) E. Salud mental y alcoholismo: un tema intercultural olvidado. Propuesta de capacitación para el personal de salud que atiende a población indígena. *Estudios de Antropología Biológica*. 13(2). Pp 751-772. Editoras: Magalí Civera, Cerecedo Martha Rebeca Herrera Bautista. Universidad Autónoma de México. Recuperado el 02 de junio del 2016 de <http://revistas.unam.mx/index.php/eab/article/view/26416>
- Mercado, J., Robles, S., Ramos, H., Torres, T., Alcantara, H., & Moreno, L. (1998). La trayectoria de los enfermos con diabetes en el sector popular de Guadalajara. *Investigación Cualitativa en Salud. Perspectivas desde el Occidente de México*, pp 223-246. Recuperado el 02 de junio del 2016 de https://www.academia.edu/10091854/La_trayectoria_de_los_enfermos_con_diabetes_en_el_sector_popular_de_Guadalajara
- Ministerio de Salud (2013). Orientaciones para la Programación en Red. Recuperado el 02 de junio del 2016 de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/cd34d7da59bfb48e0400101650154ea.pdf>
- Ministerio de Salud (2012). Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar. Recuperado el 02 de junio del 2016

- de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- Montenegro, R. A., & Stephens, C. (2006). Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *The Lancet*, 367(9525), pp. 1859-1869. Recuperado el 02 de junio del 2016 de http://www.who.int/social_determinants/resources/articles/lancet_montenegro.pdf
- OIT (1989) Convenio 169 Sobre Pueblos Indígenas y Tribales. En Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, [en línea]. Recuperado el 02 de julio del 2016 de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=279441>
- Kaziank, B. (2012) ¿El pluralismo médico como concepto adecuado en el contexto de la biomedicina “global” y la medicina indígena “local”? un ensayo sobre la realidad médica de los mayas itz'at en San José, Guatemala. *Scripta Ethnologica*, 34, pp 39-68. Recuperado el 15 de enero del 2016 de <http://www.redalyc.org/pdf/148/14828711003.pdf>
- OPS /OMS (1998) Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas Informe de Progreso. Recuperado el 02 de junio del 2016 de <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/15-Esp%20IND8.pdf>
- ONU (2010) *Informe mundial de la situación de salud de los pueblos indígenas*. Foro Permanente de las Naciones Unidas para las Cuestiones Indígenas. Nueva York. Capítulo V Salud. Pág. 164. Recuperado el 02 de junio del 2016 de http://www.cinu.org.mx/pueblosindigenas/docs/Informe_Completo_Ingles.pdf
- ONU (2007) Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. Recuperado el 02 de junio del 2016 de http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf
- Pedrero, M. (2013) Perfil epidemiológico básico de la población mapuche-williche residente en el área de cobertura del Servicio de Salud Chiloé y del Reloncaví. Serie Análisis Situación de los Pueblos Indígenas de Chile. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.
- Pedrero, M. (2012) Perfil Epidemiológico Básico de la Población Mapuche residente en el área de cobertura del Servicio de Salud Osorno. Serie Análisis Situación de los Pueblos Indígenas de Chile. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.
- Rodríguez, G., Gil, J., & García, E. (1999) *Metodología de la investigación cualitativa*. 2da. Edición. Editorial ALJIBE. España.
- Silvestre, C. (2012) Aspectos Socioculturales de la Intervenciones en Salud. *Revista Chilena de Salud Pública*. Vol. 16 (2) (Pág.156). Recuperado el 03 de diciembre del 2015 de <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/20308/21475>
- Seppilli, T. (2000) De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. A modo de presentación. En: *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Editores Perdiguerro y Comelles. Ediciones Bellaterra. España. (pp 33 – 44).
- Walsh, C. (2010) Interculturalidad crítica y educación intercultural. En J. Viaña, L. Tapia y C. Walsh (comp.), *Construyendo interculturalidad crítica*. Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello. Bolivia. (pp 75 – 88).

Recibido: 17 de febrero de 2015.

Aprobado: 30 de julio de 2015.

Declaración de intereses: ninguno.



Medicina Social
Salud Para Todos