



**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
**Facultad de Ciencias Sociales**  
**Departamento de Antropología**



**Salud Intercultural y políticas públicas:  
La experiencia de la organización Taiñ Adkimn en la  
comuna de la Pintana**

**Tesis presentada para obtener el grado de Magíster en Antropología y  
Desarrollo**

**Preparado por: Mauricio Andrés Vásquez**  
**Profesor Guía: Maria José Torrejón**

**Santiago, Diciembre de 2009**

## **AGRADECIMIENTO**

***Quiero agradecer a la persistencia materna, al amor generoso,  
a la amistad atenta y a la confianza de la gente de La Pintana  
que hicieron posible este trabajo.***

***Todos ellos saben de lo que hablo.***

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>RESUMEN</b>	<b>6</b>
<b>I PROBLEMATIZACIÓN</b>	<b>7</b>
<b>II ANTECEDENTES</b>	<b>10</b>
2.1 Sobre el marco jurídico internacional	11
2.2 Normativa chilena	13
2.3 Política de Salud y Pueblos Indígenas	15
2.4 Programas en Chile	17
2.4.1 Centro de Salud Santiago nueva Extremadura	19
2.4.2 Consultorio Santo Tomas y el programa de salud espiritual	20
2.5 Elementos del programa.	21
<b>III OBJETIVOS</b>	<b>22</b>
3.1 Objetivo General	22
3.2 Objetivos específicos	22
<b>IV JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO</b>	<b>23</b>
4.1 Relevancias y Productos esperados	24
4.2 Vinculación con otros estudios	26
<b>V MARCO TEÓRICO</b>	<b>30</b>
5.1 Una mirada a los paradigmas de salud	30
5.1.1 El paradigma de salud en occidente	31
5.1.2 Paradigma emergente	33
5.2 Concepto de salud y enfermedad en la cultura Mapuche	34
5.2.1 Agentes de salud Mapuche	36
5.3 Interculturalidad	38
5.4 Identidad	41
5.5 Esquema conceptual	43
<b>VI MARCO METODOLÓGICO</b>	<b>46</b>
6.1 Universo y muestra	47

6.2	Tipo de muestreo	47
6.3	Técnicas de producción de datos	49
6.3.1	Entrevistas a usuario(a)s mapuches y no mapuches	49
6.3.2	Entrevistas a informantes claves del programa	50
6.4	Técnica de análisis	51
6.4.1	Definición de los ámbitos para el análisis de contenido	52
6.4.2	Operacionalización de categorías según ámbito de análisis	53
6.5	Calidad del diseño y Condiciones éticas	55
<b>VII RESULTADOS</b>		<b>56</b>
7.1	Resultados obtenidos en el ámbito general de análisis: Caracterización de la Política de Salud y Pueblos Indígenas	56
7.1.1	Interculturalidad y relación entre modelos médicos	57
7.1.2	Salud y Modernización en la gestión	59
7.1.3	Visión de la política publica	61
7.1.4	Metas y resultados esperados	62
7.1.5	Referencias a logros institucionales	64
7.1.6	Participación y toma de decisión	65
7.2	Resultados obtenidos en el ámbito intermedio de ejecución: Caracterización del proceso de implementación	67
7.2.1	Interculturalidad en la perspectiva del operador	67
7.2.2	Fortalezas y Debilidades del programa	75
7.2.3	Coordinación de acciones	78
7.3	Resultados obtenidos en ámbito particular o micro: Percepciones de Usuario(a) sobre la experiencia de salud intercultural	85
7.3.1	Percepción de la machi	85
7.3.2	Percepción de la experiencia intercultural en la ruca	86
7.3.3	Nociones de utilidad del programa	90
7.3.4	Sugerencias de mejoramiento	94
7.3.5	Motivaciones de asistencia y expectativas del programa	99
7.3.6	Percepción de modelos médicos	102
<b>VIII CONCLUSIONES</b>		<b>106</b>
8.1	A nivel de la Política Pública de Salud y Pueblos Indígenas	106
8.2	A nivel de la Implementación del programa	108
8.3	A nivel de las Percepciones de los Usuario(a)s	110

**IX BIBLIOGRAFÍA** **114**

**X ANEXOS** **119**

10.1 Anexo 1: Localización del estudio, la ruca

10.2 Anexo 2: Servicios entregados por el programa

10.3 Anexo 3: Trayectoria del programa

10.4 Anexo 4: Características de los Usuario(a)s

10.5 Anexo 5: Tabla informantes Claves: Usuario(a)s del programa de Salud Intercultural

10.6 Anexo 6: Tabla informantes Claves sobre ejecución de programa y Agente de Salud Mapuche

10.7 Anexo 7: Tabla abreviatura para cita de fragmentos de entrevista

10.8 Anexo 8: Tabla Estratos y Criterios de Informantes Claves

10.9 Anexo 9: Tabla matriz para el diseño de la pauta temática de entrevista semiestructurada

10.10 Anexo 10: Tabla matriz para el análisis de entrevistas

## **RESUMEN**

El presente estudio aborda la relación entre la política de salud de los pueblos indígenas, la aplicación de sus lineamientos en un programa desarrollado por la organización indígena Taiñ Adkimn de la comuna de La Pintana y las percepciones de los usuario(a)s del programa en mención. Se buscó ahondar en los significados ligados, tanto en la experiencia de los ejecutores del programa, como de los usuario(a)s del mismo, con el fin de producir una discusión relevante sobre identidades étnicas en el contexto urbano, la salud intercultural y posibles reconfiguraciones de las prácticas medicinales originarias.

Palabras Claves: Salud intercultural, sistemas interétnicos, identidad, percepciones, impacto, política pública.

## **I PROBLEMATIZACIÓN**

El siguiente estudio se define como la descripción de una experiencia en salud intercultural y de su impacto en la población usuaria del programa, en el marco general de una serie de disputas y transformaciones que vienen sucediendo en Latinoamérica en la última década en relación al tratamiento político de la problemática indígena, la gestión actual de la política social y el desarrollo de programas nacionales de salud que tratan de hacer frente a la creciente demanda tanto en diversidad como en complejidad.

La formulación de la Ley Indígena N. 19.253 que tuvo como alcance el reconocimiento de Chile como un país multiétnico, constituye el escenario legal dentro del cual se generan propuestas y se ejecutan programas tendientes al desarrollo social, cultural y productivo de la población indígena.

En el marco del reconocimiento inaugural a nivel político logrado con esta ley se han venido desprendiendo otras iniciativas y programas en lo tocante a la problemática indígena que tratarán de recoger algunas de las recomendaciones que se contemplan en el convenio 169 de la OIT, la política de Nuevo Trato y la Ley 19.937 de autoridad sanitaria y gestión que definirán el contexto normativo de los programas de salud intercultural en Chile.

Observar cómo las políticas públicas recién mencionadas se materializan en intervenciones a nivel de salud intercultural y cómo las mismas afectan a la comunidad de usuarios constituye el principal motor de ésta investigación, estimando además para tal propósito, el estudio de los efectos inesperados de la experiencia intercultural y de las condiciones que hacen posible que usuario(a)s de distintos orígenes o ascendencia (no Mapuches) puedan pertenecer a un colectivo de carácter étnico, con distintos matices en sus formas de identificación, pero además de puntos de encuentro.

La ruca donde se lleva a cabo el programa de salud intercultural de la organización Taiñ Adkimn en La Pintana, constituye uno de los escenarios micro en los que finalmente se traducen las definiciones políticas estratégicas en relación a la salud de los pueblos originarios. Este programa es una síntesis localizada de experiencias, voces y decisiones en torno a la problemática intercultural que justifica la pregunta sobre la incidencia de dichos programas, los beneficios percibidos por los usuario(a)s Mapuches y no Mapuches, además de la relación entre los efectos logrados y los resultados esperados de la intervención en los distintos niveles en que se plantea la política pública.

En el fondo, se trata de observar el reflejo de las políticas públicas en la experiencia local a través del estudio de las prestaciones o intercambios producidos a partir del discurso de la interculturalidad, entre el marco definido por la política de salud de los pueblos indígenas y la experiencia localizada de los

usuario(a)s que participan en el proyecto de salud intercultural de la comuna de la Pintana.

El eje de esta investigación se dirige a conocer, desde la perspectiva de los usuario(a)s y ejecutores, el significado de la intervención en salud intercultural y los efectos del programa a nivel local, estableciendo una relación entre los objetivos e indicadores de gestión de la política de salud de los pueblos indígenas y el impacto generado en la experiencia de la Pintana de acuerdo a las necesidades, intereses y expectativas de la población.

Dado que la formulación de la política de salud de los pueblos indígenas de Chile constituye una resultante de los alcances del debate internacional sobre las dinámicas interétnicas que tienen lugar en América Latina, y que el modelo de planificación en salud en Chile ha presentado en los distintos gobiernos de turno, un carácter paliativo como denominador común en la formulación de políticas públicas para el asunto indígena<sup>1</sup>. Cabe preguntarse entonces cuáles son los alcances de éstas micro experiencias de salud intercultural en un escenario dicotómico que se debate entre políticas reactivas de “parche” y la satisfacción plena de las demandas con la idea gravitante de “reparación histórica”.

Caracterizar la experiencia de salud intercultural de la organización Taiñ Adkimn de la Pintana e identificar los rendimientos del programa en el contexto de su aplicación para verificar su impacto y significados emergentes en los usuario(a)s, constituye el problema central del estudio, teniendo en cuenta además los supuestos subyacentes de la política pública que operan como marco discursivo de la intervención, identificando sus objetivos y estableciendo el nexo con las estrategias de implementación en función de interrelacionar ambas dimensiones con la percepción particular de los usuario(a)s.

La pregunta por los efectos del programa de salud intercultural en una experiencia localizada en la ruca de la organización Taiñ Adkimn contempla el levantamiento de las percepciones de los usuario(a)s del programa, tanto pertenecientes a la etnia Mapuche como personas no Mapuches, quienes también han tenido una presencia activa en los programas como en el caso del Centro de Salud Intercultural de la comuna de la Pintana, donde ascienden a un 80% de la totalidad de los usuario(a)s (Alessandri, M. y Salazar, C. 2002).

Esta pregunta de investigación surge en el contexto de la temática indígena Mapuche, y en particular, de la discusión sobre las prácticas de salud intercultural cuyo objetivo es rescatar e incluir en el ámbito de la salud la riqueza de las prácticas medicinales indígenas. Sin embargo, este proyecto dará cuenta de la experiencia de los usuario(a)s en general.

---

<sup>1</sup>CF. VALDES, M. 1998 “Políticas Públicas, Planificación y Pueblos Indígenas en Chile”. En [www.mapuche.cl](http://www.mapuche.cl). visitada el 5 de septiembre



El levantamiento de las distintas visiones de los usuario(a)s (Mapuches y no Mapuches) además de enriquecer la discusión sobre la problemática indígena, apuntala también la reflexión sobre los alcances o efectos no estimados de la intervención a nivel intercultural.

Este podría ser el escenario reflexivo para establecer los puntos de acoplamiento o “incomunicación” entre el servicio de salud oficial con la dinámica inherente a su modo de organización y funcionamiento y las experiencias emergentes de salud intercultural alineadas en un esfuerzo por reconocer la singularidad y autonomía de las prácticas médicas ancestrales, reconociendo en éste ejercicio las descripciones proporcionadas por los usuario(a)s en torno a las propuestas desarrolladas por el ministerio de salud encaminadas a articular la medicina Mapuche y la medicina occidental, dos visiones en apariencia excluyentes tanto a nivel discursivo como empírico.

## II ANTECEDENTES

En adelante vamos a situar los antecedentes a nivel de política pública que han dado el contexto decisional a la pregunta de investigación, toda vez que se trata de una condición de posibilidad indispensable expresada en leyes y programas a propósito de la reflexión entorno a las prácticas interculturales en Chile.

Un antecedente útil para la contextualización del fenómeno intercultural tiene que ver con los datos entregados por la encuesta CASEN año 2003 sobre la situación de salud de los pueblos indígenas de Chile, y que indica que tanto a nivel urbano como rural, acceden masivamente al sistema de salud pública.

En primer lugar, para las zonas rurales, tanto los hombres como las mujeres indígenas se encuentran integrados al sistema público de salud, llegando a un 93,4% de la población indígena masculina y a un 96,2% de la población femenina en las zonas rurales que tienen cobertura a través del sistema público de salud.

En el caso de la población indígena urbana, los porcentajes de cobertura del sistema público de salud son de 73,5% en el caso de los hombres y de 78,9% en el caso de las mujeres. No obstante, para ésta población urbana aumenta la cobertura del sistema privado de salud, las Isapres, con un 11,4% para la población masculina y 10,1% en el caso de la población femenina. Con ello, la cobertura de los sistemas de salud en la población indígena urbana es de 85,6% para los hombres y 91,43% para las mujeres (CASEN 2003). La siguiente tabla ilustra a qué tipo de servicio acude la población indígena cuando se encuentra afectada por un problema de salud.

**Tabla N. 1. 2003**

A quién o en qué lugar consultó según etnia y zona

A quien o en qué lugar	Urbana		Rural	
	PNI %	PI%	PNI %	PI%
En la farmacia	1,4	1,1	1,5	1,5
A un especialista en medicina alternativa	0,9	1,9	0,7	2,8
A un médico homeópata	0,3	0,0	0,2	0,1
En un centro público de salud	50,9	67,7	76,6	84,8
En un centro privado de salud	30,1	16,5	13,2	4,9
En un centro de urgencia público	8,6	7,8	4,6	4,9
En un centro de urgencia privado	2,6	2,0	0,5	0,1
En la mutualidad	1,7	1,8	1,2	0,6
Otro	3,4	1,3	1,3	0,4
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: MIDEPLAN, División Social, a partir de Encuesta CASEN 2003.

Otro dato relevante en lo que respecta específicamente a la etnia Mapuche radica en su alta concentración en la región metropolitana, con aproximadamente 182.918 habitantes Mapuches según el último Censo (INE, Censo 2002), se erige como la segunda área de mayor concentración solo superada por la novena región con 202.970 habitantes. En éste universo Mapuche representado casi por el 87% de la población indígena total del País, la comuna de La Pintana aparece como uno de los hitos del movimiento migratorio Mapuche. (Galaz, P. 2001). hacia el gran Santiago con 11.850 habitantes que ascienden al 6.2 % del total de la población de aquella comuna (INE, Censo 2002).

Es éste ámbito demográfico el que potencia adicionalmente el sentido de la indagación en los programas de intervención sobre la población indígena en la medida que responden tentativamente a una serie de demandas que han sido producto de la identificación de factores de debilitamiento de la identidad cultural junto con otras carencias que históricamente se han evidenciado en los indígenas Mapuches migrantes como la falta de vivienda, hacinamiento, incorporación en cordones de miseria, discriminación, precarización laboral y desempleo, lo que configura una demanda social generalizada aunada al debilitamiento cultural. (Velazco 2001)

## **2.1 SOBRE EL MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL**

En el ámbito específico de los pueblos indígenas y la salud, los primeros abordajes del tema se dieron con el apoyo y participación de la organización panamericana de la salud y la organización mundial de la salud. En Winnipeg Canadá tuvo lugar el primer taller hemisférico sobre salud y pueblos indígenas hacia 1993. En esa misma ocasión se identificaron los cinco principios que rigieron el trabajo sobre los pueblos indígenas de la Organización Panamericana de la Salud y de sus estados miembros:

- Necesidad de un abordaje integral de la salud
- Derecho a la autodeterminación
- Respeto y revitalización de las culturas indígenas
- Reciprocidad en las relaciones
- Derecho a la participación sistemática (Ministerio de salud, 2006)

Por otra parte, en el año 2002 la Organización Mundial de la Salud elaboró una estrategia sobre medicina tradicional que dio cuenta de la amplitud y uso creciente de éste tipo de saberes en el mundo entero, los desafíos que ello plantea y un marco para la implementación de dicha estrategia. Allí se definió la medicina tradicional como “prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir enfermedades” (Ministerio de Salud, 2006).

El convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo de 1989, constituye la bisagra hacia un dimensionamiento cultural “radical” en el desarrollo de políticas públicas hacia los pueblos originarios. Gran parte de las modificaciones constitucionales, adecuaciones legales y reglamentarias sobre la incorporación de políticas interculturales en las legislaciones de los países latinoamericanos obedecen a acuerdos internacionales influyentes como éste, donde particularmente se especifica cómo debe ser ejecutada la prestación de servicios de salud. Frente a este avance regional a nivel de política pública, se debe señalar que Chile es uno de los países que aún no ha ratificado éste convenio internacional.

En forma puntual, el artículo 25 del convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo hace hincapié en el ámbito de la salud para los pueblos indígenas en los siguientes 4 puntos:

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. (*Convenio 169, OIT*)

Lo que aparece observable en la primera de éstas disposiciones es que el derecho a la salud, tal como aparece expresado en las cifras de cobertura arrojadas por la encuesta CASEN 2003, es una prioridad que el país está en condiciones de intentar garantizar dado que responde a una lógica *ad hoc*, a las pretensiones democráticas expresadas en el acceso igualitario, a las prestaciones de salud.

En este sentido, el artículo 4 y 5 del proyecto de Declaración Americana sobre los derechos de los pueblos indígenas de la Organización de Estados Americanos lo enfatiza de la siguiente forma:

“los pueblos indígenas tienen derecho a utilizar, sin discriminación alguna, todas las instituciones y servicios de salud y atención médica accesibles a la población en general. Los Estados en consulta y coordinación con los pueblos indígenas proveerán un (enfoque) sistema intercultural en los servicios médicos y sanitarios que se proveerán en las comunidades indígenas incluyendo la formación de técnicos y profesionales en salud”. (Proyecto de Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, OEA. 2007)

A grandes rasgos, las recomendaciones que se derivan de normativas internacionales como el convenio 169 en lo relativo a la calidad legislativa en materia de salud indígena, contienen los siguientes aspectos cualitativos según el estudio de derecho comparado realizado por el ministerio de salud de Chile: “La experiencia internacional en materia de reconocimiento de la medicina tradicional indígena”

- Acceso preferencial
- Legislación especial
- Aceptación de prácticas tradicionales
- Personal
- Medicinas
- Participación indígena en manejo de promoción de salud
- Integración del sistema tradicional al sistema nacional de salud
- Adecuación cultural al servicio de salud
- Autonomía de recursos de salud

Una vez se profundiza en los distintos puntos del artículo 25 del convenio 169 de la OIT es posible observar un tratamiento distinto a la problemática de salud de los pueblos indígenas que trasciende el aspecto sanitario, poniendo el énfasis sobre la pertinencia cultural de las prestaciones de servicios de salud y el desarrollo de la identidad a través de “la cooperación con los pueblos interesados” y la “capacitación intercultural de funcionarios”. Esto implica la necesidad de un ejercicio de coordinación de intereses y expectativas teniendo en cuenta que la aplicación de los programas en salud intercultural requieren de la interlocución de saberes, abandono de prácticas monoculturales y la inclusión de otras variables dentro los protocolos clínicos, con el acento en el respeto a las tradiciones.

## **2.2 NORMATIVA CHILENA**

La cuestión indígena ha sido preocupación esencial de los gobiernos de la Concertación y tuvo un tratamiento inaugural a través del acuerdo de Nueva Imperial en 1989 que a sido considerada la piedra angular de la construcción de una nueva relación entre los pueblos originarios y el Estado y que significó la definición de las bases sobre las cuales iba a operar un diálogo sostenido en torno a:

- La recuperación de tierras y el reconocimiento de Derechos a través del reconocimiento constitucional como pueblos indígenas.

- La ratificación del convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo
- La creación de una nueva institucionalidad pública para asuntos indígenas

Durante la última década, se han realizado esfuerzos por parte de los gobiernos democráticos para implementar la agenda convenida en Nueva Imperial y el balance de lo hecho mostró desarrollos en ámbitos tales como la ley indígena y la creación de una agencia pública (CONADI), así como las inversiones efectuadas en materia de tierras, de desarrollo productivo y de afirmación cultural y educativa.<sup>2</sup>

La ley indígena 19.253 constituye un hito dentro de las expectativas de reconocimiento de la población indígena teniendo en cuenta que a raíz de la misma, Chile se define como un país multiétnico, lo que confiere a los indígenas un lugar cualitativa y normativamente distinto como destinatarios de determinadas políticas de estado.

La ley reconoce principalmente la existencia de agrupaciones humanas que existen en el territorio nacional desde los tiempos precolombinos, que conservan manifestaciones étnicas y culturales propias y se da lugar principalmente a normas generales en cuanto a la definición de la cuestión étnica, la calidad indígena para poder ser reconocido como tal, la constitución de comunidades indígenas así como las formas legales de organización o asociatividad, la protección de tierras, fondos para el desarrollo indígena, la creación de la CONADI y los lineamientos entorno a la educación y al trato jurídico de determinadas costumbres. Sin embargo, no se encuentra consignada en la ley 19.253 ninguna referencia explícita entorno al tema de la salud intercultural.

A partir de los siguientes artículos de la Ley 19.253 se desprende un posible abordaje del tema de la salud de los pueblos originarios en la perspectiva intercultural:

**“Artículo 7°.-** El Estado reconoce el derecho de los indígenas a mantener y desarrollar sus propias manifestaciones culturales, en todo lo que no se oponga a la moral, a las buenas costumbres y al orden público.

El Estado tiene el deber de promover las culturas indígenas, las que forman parte del patrimonio de la Nación chilena.”

**“Artículo 8°.-** Se considerará falta la discriminación manifiesta e intencionada en contra de los indígenas, en razón de su origen y su cultura. El que incurriere en esta conducta será sancionado con multa de uno a cinco ingresos mínimos mensuales.”

---

<sup>2</sup> CONADI. 2007. [WWW.PROGRAMAORIGENES.CL](http://WWW.PROGRAMAORIGENES.CL). Pagina visitada el 17 de Julio 2007

**“Artículo 28.-** El reconocimiento, respeto y protección de las culturas e idiomas indígenas.

**“Artículo 34.-** Los servicios de la administración del Estado y las organizaciones de carácter territorial, cuando traten materias que tengan injerencia o relación con cuestiones indígenas, deberán escuchar y considerar la opinión de las organizaciones indígenas que reconoce esta ley.

Si bien, la aplicación de la normativa ha ido evolucionando con el tratamiento de nuevas prioridades y la preeminencia de determinadas demandas como las de territorio, educación bilingüe, identidad y desarrollo de mercados locales, también es cierto, que la marginación sigue siendo percibida a pesar de la existencia de políticas públicas. Ello obedece según la postura de expertos Mapuches en el tema legislativo a que la ley indígena ha supuesto un problema de legitimidad, teniendo en cuenta que no responde a las demandas de autonomía y soberanía como pueblo. La ley indígena Chilena según el autor citado viene entonces a suplir lo que en la constitución ha faltado y por ello su carácter reactivo.

### **2.3 POLÍTICA DE SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS**

La primera edición de ésta política data del 2004, y representa el mayor logro en Chile en materia de salud intercultural. Uno de sus fundamentos más importantes es el reconocimiento de que ningún sistema médico es capaz de satisfacer por sí solo, todas las demandas de salud que presenta una población, lo que implica dejar de concebir al modelo oficial como el único deseable y válido. A ello se suma implícitamente, el reconocimiento de que los pueblos originarios manejan otros conceptos de salud y que además cuentan con instrumentos y especialistas culturalmente validados para el tratamiento de sus afecciones.

Uno de los principales desafíos que ha definido ésta política consiste en “aportar a la construcción de un modelo de salud pública donde la equidad, la interculturalidad y la participación sean los ejes ordenadores, como parte del proceso de reconocimiento y respeto por la diversidad cultural del país( Valdés, M. 2000) Esto también se refuerza con un propósito que claramente enfatiza la política al incluir lineamientos técnicos centrados en el desarrollo de todo un modelo de salud con enfoque intercultural que involucra la participación activa de los pueblos tradicionales en la construcción, ejecución, control y evaluación de los programas de salud.

Esta definición podría significar un avance fundamental en la recuperación de las prácticas milenarias y su efectiva revalorización por parte de la ciudadanía Chilena, toda vez que aparece la interculturalidad, ya no sólo como un concepto, sino como un paradigma que reconoce la existencia de otros saberes que interactúan en un marco de respeto y colaboración.

Los objetivos que ha establecido la política son los siguientes:

1. Avanzar en la construcción participativa de un modelo de salud con enfoque intercultural.
2. Garantizar la participación de los pueblos originarios en la planificación, implementación, seguimiento y evaluación de estrategias destinadas a mejorar el estado de salud, accesibilidad, calidad y pertinencia de las acciones sanitarias orientadas a la población indígena.
3. Desarrollar en materia de promoción de la salud y enfoque familiar, estrategias que garanticen el fortalecimiento y respeto a la cosmovisión y cultura específica de los pueblos originarios.
4. Incorporar en los establecimientos de la red de servicios de salud, un enfoque intercultural que oriente su quehacer hacia los pueblos originarios y hacia el medio ambiente en que viven.
5. Incorporar los criterios de pertinencia cultural a las inversiones y desarrollo de los modelos médico arquitectónicos para establecimientos de salud.
6. Contribuir al reconocimiento, protección y desarrollo de los conocimientos y las prácticas ancestrales en salud de los pueblos originarios.
7. Mejorar la calidad y pertinencia cultural de las acciones de salud, a través de estrategias de formación, perfeccionamiento y desarrollo de recursos humanos.
8. Favorecer la participación de los pueblos originarios en las estrategias desarrolladas por FONASA para mejorar el seguro público de salud.
9. Generar programas de recuperación y protección del medio ambiente con pertinencia cultural y participación de los pueblos originarios, que involucre recursos económicos y humanos.
10. Acrecentar la coordinación de acciones intra e intersectoriales orientadas al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de pueblos originarios.

De los objetivos anteriormente señalados se deduce lógicamente que la apuesta del Estado a través de ésta política es el diálogo de saberes a través de la adecuación de los servicios en salud a las características distintivas de cada cultura. Lo que significaría que la pertinencia cultural estaría igualmente sujeta a indicadores de gestión que han sido diseñados para garantizar la eficiencia y eficacia del modelo vigente. Es por ello, que a través de la participación activa de los actores relevantes del proceso se busca también incrementar la organización según los instrumentos jurídicos validados por la ley indígena y optimizar los mecanismos de toma de decisiones.

De lo anterior se deslinda una potencial discusión teniendo en cuenta que la meta de la política pública en materia de participación de los pueblos indígenas es desarrollar un modelo de atención que a todas luces aspira a construir una relación horizontal frente al modelo oficial mediante estrategias de trabajo de corte “integrador” que buscan el reconocimiento plausible de las diferencias culturales.



Que sea la política pública la que produce operativamente el acercamiento de los dos modelos impone también diversos interrogantes en torno a cómo será la aplicación del enfoque intercultural, el cambio de prácticas y protocolos de los equipos técnicos, el intercambio de saberes, las relaciones de poder y manejo de influencias y la misma percepción de los usuarios sobre la calidad del servicio.

La ley de autoridad sanitaria y gestión constituye también uno de los pilares normativos para el desarrollo de la política de salud y pueblos indígenas. A través de la misma, el Ministerio de Salud se define como el organismo rector responsable de formular, fijar y controlar las políticas de salud, y en su artículo 16 se consigna una definición estratégica a propósito de la problematización que persigue ésta presentación de antecedentes:

*“Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena”<sup>3</sup>*

Esta directriz constituye una mención importante en relación a la salud de los pueblos indígenas sobre todo para la gestión de la salud intercultural en poblaciones Mapuches urbanas que han demostrado ser las de mayor concentración a lo largo del territorio Chileno según los datos del CENSO del 2002.

## **2.4 PROGRAMAS EN CHILE**

El programa orígenes del ministerio de planificación es otro antecedente que es importante mencionar a pesar de no haberse implementado en la región metropolitana, ya que se desarrolla en el contexto de la política de “Nuevo Trato” hacia los pueblos indígenas y que se funda en principios orientadores como el reconocimiento del carácter culturalmente diverso de la sociedad chilena, la construcción de una nueva relación entre los pueblos originarios, la sociedad chilena y el Estado, la ampliación de los derechos de los pueblos indígenas y el desarrollo con identidad.

El programa cuenta con financiamiento del BID por US \$80 millones y aportes del Gobierno de Chile por US \$53 millones y ha centrado su accionar en localidades rurales de las regiones I, II, VIII, IX y X, haciendo énfasis en el desarrollo de proyectos de educación intercultural, salud y fortalecimiento de gestión en comunidades de las regiones recién mencionadas.

Los objetivos que ha contemplado el programa han sido los siguientes:

En materia de salud el programa se propone básicamente “mejorar la situación de la salud de la población indígena, mediante la eliminación de barreras culturales y

---

<sup>3</sup> Ley de autoridad sanitaria y gestión. 2004. [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl). Página visitada el 10 de junio del 2009

la ampliación del acceso a los servicios públicos” y persigue el propósito de dar atención de calidad en un proceso intercultural entre la medicina convencional y las prácticas ancestrales de salud Mapuche representadas por la participación directa de agentes tradicionales en salud (machi, lawentuchefe, püñeñelfeche y otros). El centro de salud busca la integración de ambos modelos médicos en un plano de equidad y respeto<sup>4</sup>.

Por otra parte, y a un nivel más localizado, el programa de salud y pueblos indígenas que surge en el año 1996 desde el departamento de atención primaria del Ministerio de Salud, significó el trabajo coordinado a nivel nacional, regional y local entre las instituciones de salud, organizaciones indígenas y otros sectores en función de la organización y provisión de servicios de salud integrales y culturalmente pertinentes. Se encuentra actualmente implementado en 22 Servicios de Salud a lo largo del país, entre estos el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente que a su vez financia el proyecto de salud intercultural en el consultorio Santo Tomas de la Pintana.

A manera de ejemplo se enumeran a continuación las actividades del programa de salud y pueblos indígenas correspondientes al año 2004:

- 1.- Capacitación a adultos mayores en orfebrería Mapuche.
- 2.- Mejoramiento del acceso y calidad en la atención a través de instalación de señalética intercultural y edición de videos educativos, lo que ha significado la difusión del modelo intercultural a nivel comunicacional, dejando ver que los consultorios están dirigiendo su atención a usuarios que usan otra lengua de acuerdo su etnia.
- 3.- Capacitación en salud intercultural, dirigida a 25 funcionarios de equipos de salud y miembros de comunidades indígenas, lo que implica la implementación del modelo intercultural a un nivel logístico. Un aspecto relevante a indagar, teniendo en cuenta que los usuario(a)s darán cuenta de la experiencia intercultural a través de la propia relación con los agentes de salud (desde los médicos y funcionarios administrativos, hasta los propios agentes Mapuches.)
- 4.- Recuperación y fortalecimiento de la medicina indígena a través de habilitación de centro de salud ancestral y la atención de machi y facilitadores interculturales en La Pintana; y la conservación de plantas medicinales mapuches de la ruca de La Florida.
- 5.- Realización de 7 encuentros de salud intercultural (1 en cada comuna del SSMSO). Lo que implicará tener una visión de la experiencia desde los actores

---

<sup>4</sup> Documento programático ORIGENES, 2007. [www.programaorigenes.cl](http://www.programaorigenes.cl) .pagina visitada el 17 de Julio 2009

implicados en la experiencia intercultural y la discusión interna de sus fortalezas y debilidades.

#### **2.4.1 Centro de Salud Santiago Nueva Extremadura**

Constituye una de las experiencias más destacadas por el servicio de salud sur oriente teniendo en cuenta que contó con el apoyo de distintos actores institucionales de gran relevancia como el ministerio de salud, la Universidad Católica a través de la facultad de enfermería y la cooperación internacional con Canadá, además de la participación activa del colectivo Mapuche organizado, el director del centro de salud, el jefe de la oficina municipal de asuntos indígenas y el director de servicios municipales de salud y educación.

Entre los antecedentes que dieron lugar al desarrollo de éste proyecto se pueden enunciar entre otros:

- La oficina de asuntos indígenas de la Municipalidad de la Pintana facilitó el conocimiento de las necesidades de las comunidades Mapuches del sector.
- Ubicación de un consultorio cuya población beneficiaria tiene un alto porcentaje de la etnia Mapuche.
- La insatisfacción de la población Mapuche con el sistema oficial de atención en salud.
- El apoyo financiero del Fondo Canadá, unido al aporte de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica y de la Municipalidad de la Pintana, posibilitaron el desarrollo del proyecto.

Es relevante tener en cuenta el apoyo multi-sectorial con el que ha contado éste proyecto, lo que a todas luces indica también que los resultados van a depender de ésta constelación de expectativas sectoriales que se refunden en una sola experiencia, así mismo, y como se había mencionado con anterioridad, éstos antecedentes ligados a la procedencia de los recursos delimitaría también la lógica interna de cada uno de los proyectos que se comienzan a diferenciar entre si según los actores implicados en el proyecto. Los objetivos de un proyecto u otro a nivel de salud intercultural pueden coincidir, pero la dinámica interna sujeta a los andamiajes de la gestión de cada uno es la que en definitiva podría determinar el sello diferencial del proyecto y sus respectivos alcances.

En cuanto a los resultados, el proyecto cuenta con una evaluación por encuesta (a la cual no se tuvo acceso) de la satisfacción de los usuarios a partir de un estudio descriptivo sobre una muestra de 98 personas correspondientes al 82% del universo total de 120 personas atendidas por la machi.

Según el estudio, los usuarios que solicitan atención por parte del agente de salud Mapuche manifiestan en general estar satisfechos con el proceso y resultado de la atención, obteniendo únicamente una evaluación negativa en la dimensión correspondiente a la estructura y la organización del consultorio.

## **2.4.2 Consultorio Santo Tomas y el Programa de Salud Espiritual**

El objetivo principal que recoge este proyecto apunta a realizar una intervención psico-social y atención con medicina Mapuche a familias Mapuches que pertenezcan al sector de Santo Tomas y al programa de salud de la Municipalidad de la Pintana.

A nivel específico, lo que se propone el proyecto es:

- Generar espacios de participación, promoción, sensibilización y conocimientos acerca de la cultura Mapuche.
- Realizar talleres de desarrollo personal, en los cuales se fortalezca la identidad cultural.
- Otorgar atención en medicina ancestral a cargo de la machi
- Desarrollar actividades culturales, religiosas y espirituales dirigidas a las familias indígenas
- Intervención social a los grupos familiares.

La metodología de trabajo empleada en este proyecto se esboza a través de las actividades que se enumeran a continuación:

- Psicoterapia familiar a cargo de dos profesionales indígenas
- Encuentros culturales donde se compartan tradiciones y cosmovisión Mapuche
- Contacto con la autoridad espiritual Mapuche, la machi y su comitiva quien colaborara de forma relevante en el encuentro de las familias con sus creencias espirituales de origen y la entrega de yerbas medicinales indígenas.
- Talleres con familias Mapuches y seguimiento de familias intervenidas.
- Visitas domiciliarias
- Capacitación a equipo de salud intercultural
- Elaboración de diagnóstico a 20 nuevas familias.

Por último, las actividades de socialización del programa con instituciones de salud corresponden a una serie de actividades de difusión que contribuyen de alguna manera la sustentabilidad operativa del proyecto y la posibilidad de enfocarlo a una gestión multi-sectorial.

Estas actividades consisten en:

- Reuniones de coordinación con el director del consultorio Santo Tomas
- Reuniones de coordinación con el Dpto. de Salud de la Municipalidad de la Pintana
- Incorporación en la mesa de salud intercultural del servicio de salud de sur oriente.
- Reuniones de trabajo con el First Nations Technical Institute, Ontario Canadá, a fin de planificar las capacitaciones del equipo de trabajo.

- Reuniones de coordinación con el ministerio de salud, Dpto. de pueblos originarios a fin de planificar los pasos a seguir respecto a las políticas indígenas urbanas

## **2.5 ELEMENTOS DEL PROGRAMA**

El programa comenzó en el consultorio Santo Tomas de la Pintana, y uno de sus objetivos era intervenir a las familias de origen Mapuche del sector norte de la comuna. Actualmente, funciona en una ruca ubicada en el mismo sector de la comuna, pero al interior de un predio, cedida en la figura de comodato por la Universidad de Chile. Para una descripción más precisa del espacio físico del estudio (la ruca), remitirse al anexo N.1.

El programa de salud intercultural de la organización Taiñ Adkimn cuenta actualmente con tres modalidades de servicio a la comunidad que consisten en las siguientes prestaciones: la atención de la machi, los talleres psicosociales y los encuentros culturales. Vale decir que todo lo que viene descrito con mayor prolijidad en el anexo N.2 (atención de machi, talleres psicosociales y encuentros culturales) no tiene costo económico para el usuario.

El programa de salud intercultural es conformado por un equipo multiprofesional de origen Mapuche como requisito indispensable. Los profesionales vinculados a programas son:

- Coordinadora del programa
- Asesor de programa
- Asistente Social
- Psicólogo
- Machi
- Facilitador Cultural

Ambos coordinadores tienen una función preponderante en el programa, gravitan en las distintas prestaciones ofrecidas en terreno, tienen contacto directo con los usuario(a)s y al mismo tiempo son responsables de la gestión administrativa del programa. Son además el rostro visible frente al organismo estatal regulador de la política de salud y pueblos indígenas en la comuna de La Pintana: El servicio de Salud Sur Oriente (SSSO). Por otra parte, el psicólogo y la asistente social, están encargados de los talleres psicosociales y también realizan visitas a los domicilios de los usuario(a)s en los casos críticos donde se requiere hacer un diagnóstico de las condiciones de vida y realidad social de los asistentes al programa.

Desde su comienzo, el programa ha ido realizando ajustes para tener vigencia e ir creciendo en la línea de sus objetivos, pasando a ser un programa que anuda distintos entes administrativos (SSSO, Departamento de salud Municipal, comunidad, etc.) Para ver la trayectoria del programa, remitirse al anexo N.3.

## **III OBJETIVOS**

### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Caracterizar la experiencia de los usuarios inscritos en el proyecto de salud intercultural de la organización Taiñ Adkimn, en el contexto de la ejecución del programa de salud y pueblos indígenas del Ministerio de Salud de Chile, contrastando los efectos de este programa con las expectativas de la política pública de salud de los pueblos indígenas.

### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar la política pública de salud y pueblos indígenas, identificando los resultados esperados de su implementación.
- Caracterizar el proceso de implementación de prácticas interculturales en el contexto del programa de salud intercultural de la organización Taiñ Adkimn de la comuna de la Pintana.
- Caracterizar las percepciones, expectativas y evaluaciones realizadas por los usuarios del programa de salud espiritual de la organización Taiñ Adkimn, desarrollado en el marco de la política de salud y pueblos indígenas.

#### IV JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La ausencia de descripciones cualitativas de corte antropológico referentes al impacto de los proyectos de salud intercultural desarrollados en el área metropolitana, representa un argumento de justificación indispensable teniendo en cuenta que la única medida con la que se cuenta hasta el momento para establecer el impacto de las iniciativas en salud y pueblos indígenas radica mayormente en los indicadores cuantitativos de acceso al servicio de salud y aproximaciones domiciliarias a través de encuestas que proporcionan una mirada cuantitativa netamente necesaria, más no suficiente a la hora de establecer la interfase entre lo que se entiende como una experiencia de salud intercultural y las expectativas de la comunidad Mapuche respecto de la pertinencia cultural del servicio.

La interculturalidad entendida como un marco contextual donde se desarrollan acciones tendientes a “fortalecer” la relación entre los pueblos indígenas y el Estado, resulta identificable en los distintos proyectos de salud intercultural que se están llevando a cabo en las comunas de alta concentración Mapuche de la región metropolitana como La Pintana, Peñalolen y La Florida. Sin embargo, para la primera (reconociendo que se trata de un referente poblacional), la experiencia de la organización Taiñ Adkimn ha sido pionera en pasar de ser un proyecto, a un programa de mayor cobertura, involucrando además la participación del ámbito municipal y del servicio de salud sur oriente. La asociación indígena Mapuche Taiñ Adkimn, lo ha liderado en conjunto con la oficina de de asuntos indígenas de la municipalidad de la Pintana y le ha dado un enfoque pertinente a las problemáticas que han identificado en la comunidad (salud mental).

La elección del estudio de caso responde además al carácter exploratorio de la experiencia de Taiñ Adkimn. En éste sentido, indagar por el impacto en la comunidad adquiere relevancia en la medida que recoge por primera vez los testimonios de una experiencia intercultural sobre la que aun no se han explorado sus efectos. Vale decir, que a raíz de lo novedoso que puede resultar el estudio, las resistencias no se hicieron esperar a nivel de la mesa de salud intercultural. Sin embargo, ya logrado el visto bueno de la asociación Taiñ Adkimn para la observación de su dinámica de trabajo, el transito hacia la comunidad usuaria del servicio se hizo más viable, y en tal sentido, el trabajo en terreno realizado previamente para lograr acceder a dicha comunidad, es de ante mano una motivación extra para el estudio de caso.

Sólo desde 1995 comienzan a aparecer las primeras publicaciones referidas en torno al tema de la salud de los pueblos originarios, los primeros esbozos de una política intercultural en salud recién vienen a aparecer en 1997 (METSAL, 1997), por lo que parece plausible, que en 10 años de trayectoria todavía sean muchos los caminos por recorrer en términos investigativos. La experiencia intercultural desarrollada en el contexto de la ruca de la organización Taiñ Adkimn representa un terreno fértil por lo innovador que resulta el programa con la oferta de servicios

que entrega a la comunidad, y sobre todo, porque aún no sabemos sobre las percepciones de la comunidad acerca de cómo ha contribuido éste proyecto en el desarrollo de modelo de atención acorde a sus expectativas.

#### **4.1 RELEVANCIA Y PRODUCTOS ESPERADOS**

Para el presente estudio fue indispensable a un nivel epistemológico, adoptar una mirada interpretativa, y desde ahí establecer las conexiones e implicancias de un acontecimiento cultural relevante, como lo fue el ensayo de nuevas experiencias de intercambio medicinal en una comunidad determinada.

Esto significa reconstruir desde la óptica de los protagonistas un fenómeno que a nuestro juicio aparece como obvio: las comunidades indígenas precisan de modelos de intervención contextualizados bajo su propia cosmovisión. Sin embargo, tanta obviedad es definitivamente sospechosa. Existen ciertas condiciones de borde que se irán relativizando en la medida que accedamos a la *realidad* social y a las narrativas cotidianas ligadas a la experiencia de la organización Taiñ Adkimn. Sólo a partir de ahí, podremos construir una radiografía de las percepciones, nociones, expectativas y efectos paradójicos asociados al programa de salud intercultural. La relevancia teórica entonces pasa por problematizar las nociones de identidad, a la luz de los significados los significados que una comunidad construye a propósito de una experiencia alterna de servicio en salud. Desde este ejercicio interpretativo, identificar los ámbitos diferenciados desde donde se produce la salud intercultural, específicamente los usuario(a)s, los ejecutores y la política pública, en este último caso identificando sus supuestos y puntos ciegos.

Constantemente están surgiendo variaciones que se expresan sutilmente en cambios de reglamentos y protocolos por la permanente construcción de prácticas y representaciones que sin ser del todo institucionalizadas, ponen de manifiesto grietas y contradicciones que introducen cambios en diversos ámbitos de la gestión pública. Metodológicamente es un desafío emplear los instrumentos adecuados para producir datos relevantes en torno a la pregunta: ¿Cuál es el efecto percibido por parte de los usuarios en torno a éste modelo de atención que se denomina intercultural?

En lo práctico, el estudio se plantea entregar elementos de reflexión relevantes para la toma de decisiones respecto de políticas en salud pública, en tanto se proporcione una mirada de la experiencia intercultural desde el interior de la comunidad “beneficiaria” del servicio. En otras palabras, la relevancia práctica pasa por proporcionar evidencias “empíricas” respecto de las dimensiones socio-culturales en las que impacta una política pública a través de una experiencia de salud intercultural localizada, con el propósito ya sea de mejorar el servicio en caso de ser necesario o de facilitar la implementación de una experiencia como ésta en otras latitudes a partir de los siguientes hallazgos:



- La retroalimentación de los agentes comunitarios respecto de los efectos que en la vida cotidiana registra el programa de salud intercultural de la organización Taiñ Adkimn, representa un alcance significativo para el estudio, teniendo en cuenta las dinámicas inherentes a la mesa de salud intercultural y al Servicio de Salud Sur Oriente, desde donde se impulsan las iniciativas de salud intercultural para las comunas del sur oriente de la región metropolitana.
- Una radiografía minuciosa de los efectos de la experiencia desarrollada en la comuna de La Pintana, a partir del diálogo con las personas usuarias del servicio y la construcción de categorías relevantes que reflejen la percepción local sobre el desarrollo de la política pública. Las entrevistas contribuyeron a dar cuenta de nociones significativas acerca de la experiencia de los usuario(a)s en una perspectiva situada. Para ello, las nociones entregadas por los informantes claves constituyeron un puente hacia los efectos percibidos por la comunidad y su nexos con los resultados esperados del programa.
- El aprovechamiento analítico del trabajo en terreno para el enriquecimiento de la discusión sobre la cuestión intercultural en el campo de la salud (entiéndase, consultorio, ruca u otro espacio físico donde se desarrolla la práctica clínica), lo que significa además el desarrollo de estrategias para pensar la salud intercultural desde la reflexión con las personas de la asociación indígena que ha llevado a cabo el proyecto en mención. En otras palabras, el tratamiento de la problemática de salud intercultural, desde el ámbito de la ejecución, nos brindará además otra lectura de las expectativas y nociones de los usuarios del programa, lo que en términos analíticos vincula directamente los intereses de la comunidad con la política de salud y pueblos indígenas.
- Explicitar la operacionalización de la salud intercultural a través del testimonio de los agentes de la salud y los usuario(a)s del servicio constituye una base primordial para lograr en la práctica la interpelación de conceptos como salud, enfermedad y bienestar. Este diálogo buscará problematizar la complementariedad de enfoques teóricos una vez tengamos una aproximación en terreno a las dinámicas cotidianas que enmarcan la interculturalidad en salud y los alcances en el tratamiento de las patologías atendidas. Aportando insumos a la construcción de un modelo de salud intercultural, teniendo en cuenta las expectativas y evaluaciones realizadas por los usuario(a)s.

## **4.2 VINCULACIÓN CON OTROS ESTUDIOS**

La temática de salud intercultural que en los últimos años ha cobrado relevancia en los países declarados pluriétnicos, ha significado el desarrollo de investigaciones que se han enmarcado principalmente en la novena y décima región, a raíz del impulso que ha significado el programa orígenes para la evaluación de los proyectos que han tenido lugar en las regiones donde el programa tiene cobertura (I, II, VIII, IX y X región). En éste contexto, el trabajo

investigativo correspondiente a la sistematización de experiencias de salud intercultural realizado por el mismo programa orígenes ha sido de gran relevancia teniendo en cuenta que como resultado arrojó una descripción prolija y la evaluación de las principales actividades del programa de salud intercultural del Servicio de Salud Arauco.

Sin embargo, a nivel de la región metropolitana y particularmente en área sur-oriente, que aglomera los servicios de salud municipal de comunas con alta concentración de población Mapuche, los estudios son escasos.

Se realizó un estudio en el consultorio de Los Castaños de la comuna de La Florida, referido a conocer las particularidades en salud presentes en la población de origen Mapuche. El objetivo principal de esta integración fue conocer la relación entre las prácticas de salud de la población Mapuche inscrita en el consultorio y la identificación con su cultura.

El estudio arroja datos sobre el tipo de prácticas de salud que se producen en aquel contexto, dando cuenta del proceso de mestizaje o vinculación con lo moderno en la medida que la comunidad usuaria reproduce una modalidad pasiva de identidad cultural. En este sentido, la antropología se ha ocupado del estudio del fenómeno intercultural en salud, entregando herramientas conceptuales que han permitido aprehender la transformación de las prácticas médicas en el contexto interétnico.

En particular, el estudio de los Castaños constituye una aproximación desde la Antropología a una realidad intercultural marcada por un equilibrio precario de las fuerzas identitarias modernas y Mapuches. Así mismo, deja ver como la pertenencia étnica es una variable importante a considerar en los estudios interculturales.

Otro antecedente concreto es el proporcionado por un estudio realizado por la Universidad Academia de Humanismo Cristiano en conjunto con la CONADI (corporación nacional de desarrollo indígena) que indagó sobre la existencia de prácticas de salud alternativas en la comuna de la Pintana; significó uno de los primeros acercamientos a la problemática de la salud y los pueblos indígenas y sentó un precedente para la discusión sobre las metodologías de intervención en salud de corte intercultural en el contexto metropolitano. (METSAL, 1997).

Por otra parte, el primer seminario nacional de salud intercultural y políticas públicas, organizado por el Ministerio de Planificación y el Ministerio de Salud, constituyó un ejercicio relevante a nivel de la sistematización de experiencias y de la reflexión sobre los avances del programa nacional de salud y pueblos indígenas. A través del mismo se grafica cómo el tema de salud intercultural adquiere peso a nivel nacional, concurrendo para este fin, distintos agentes de salud tanto de la medicina occidental, como de la medicina tradicional Mapuche o Aymara, provenientes de las distintas regiones con alta población indígena.

En el seminario se trabajó sobre los avances logrados, las metas a futuro y las estrategias necesarias para *“introducir un profundo cambio de actitud dentro del sistema de salud, un cambio paradigmático”*.

En aquel seminario desarrollado en el marco del programa de salud y pueblos indígenas, se entiende la interculturalidad como: *“aprovechar lo mejor de cada cultura, donde cada uno aporta un punto de vista diferente y el aporte de cada uno es importante”* (MINSAL, 1999).

En el seminario se trabajó el estado de avance tanto de experiencias rurales como la desarrollada en el Hospital Makewe, como también los proyectos interculturales desarrollados en el contexto urbano entre los que cuentan el del consultorio Yazigi en la comuna de Lo Prado, y los consultorios El Roble y Pablo De Rocka, ambos de la comuna de La Pintana.

Del seminario se desprendieron distintas experiencias o percepciones sobre el fenómeno intercultural que oscilaron entre la demanda de espacios para la promoción de la medicina tradicional de los pueblos indígenas y la preocupación por dejar a los pacientes indígenas sin el acceso a los agentes de salud tradicionales, hasta la misma deconstrucción de los Mitos ligados al ser indígena, apuntalando la capacidad de los pueblos tradicionales a adaptarse y a la incorporación de elementos externos.

El mensaje gravitante a lo largo del seminario es la preocupación por transformar el sistema de relaciones entre los distintos sistemas de salud.

Otro estudio relevante fue el realizado en el consultorio Santiago Nueva Extremadura en la comuna de La Pintana sobre los motivos de consulta de los usuarios al agente de salud Mapuche entre los meses Abril y Julio del año 2001. Esta investigación constituye un antecedente útil para conocer lo que motiva al usuario(a) a consultar al agente de salud tradicional y a participar del programa de intervención, dando evidencias sobre las premisas, necesidades o expectativas de los usuarios frente a un programa de enfoque intercultural.

El estudio concluye con un perfil sociodemográfico de la población estudiada, curiosamente, el 80% de la misma no se autodenomina étnicamente como Mapuche. Por otro lado, el estudio da cuenta de las características de la consulta, concluyendo que la mayoría de motivos de consulta son “causas personales” o “malestar general”. Así como también la presión de terceros como amigos o la propia familia.

Otra aproximación en el contexto urbano corresponde al trabajo de la Universidad de Chile orientado al análisis de la figura del facilitador intercultural en la comuna de Pudahuel. (Aguirre, 2006) Este estudio se enfocó al fenómeno intercultural, entendiendo al facilitador como la figura articuladora en la coexistencia de dos modelos médicos. En esta indagación se da cuenta de que la figura de atención intercultural aun no incorpora el análisis las dimensiones políticas, económicas e

históricas que determinan la relación entre los sistemas médicos, y allí el papel del facilitador intercultural se complejiza como elemento articulador. Vale decir que ésta investigación es útil para la caracterización de los agentes (en particular la figura del facilitador) que diseñan y definen las condiciones situadas en la prestación del servicio de salud intercultural, sin embargo, para efectos de evaluación de impacto, los elementos a tener en cuenta se dan de manera tangencial, sin mencionar además, que corresponden a una dinámica distinta propia de la comuna de Pudahuel.

Otro estudio realizado en la Pintana corresponde a un reportaje para el grado de periodista de la Universidad Academia de humanismo cristiano, en el se explora la figura de la ruca y en particular del machi para construir una mirada de la medicina Mapuche (Contreras, L.2002). En ésta construcción del fenómeno intercultural se rescata desde una perspectiva narrativa el componente espiritual y psicológico del machi como la expresión vital de la experiencia intercultural. Este estudio corresponde a la comuna de la Pintana (la misma comuna donde se instala éste proyecto de investigación) y específicamente al consultorio de Nueva Extremadura, lo que nos sirve como antecedente para observar comparativamente algunos aspectos del fenómeno migratorio, aunque indiscutiblemente plantea diferencias con el proyecto de Santo Tomas que es el de nuestro interés.

Otro estudio realizado a nivel internacional fue la construcción de un modelo de salud para los pueblos indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta en Colombia. En el se trazan los lineamientos necesarios para fijar nuevos criterios socioculturales, políticos, organizativos, técnicos, de procedimiento y tiempos perentorios para desarrollar un modelo de prestación de servicios que se ajusten a la cultura de salud de las comunidades indígenas de Cesar, Magdalena y Guajira (Peñaloza, E. 2003). Los resultados obtenidos fueron la caracterización cultural, territorial y poblacional, el diagnóstico epidemiológico y el diseño de un modelo de atención a la demanda de salud y organización del sistema.

La mayoría de estudios son de carácter étnico y se enraízan en la discusión sobre la pertinencia cultural de los modelos de atención en salud intercultural o en la descripción de las prestaciones de servicio a una población indígena determinada. En otras palabras, el objeto primordial de dichos estudios es comprobar si lo que se está trabajando en materia de salud se ajusta a las necesidades de la población indígena, ya sea a nivel de protocolos de servicio o en el desarrollo de prácticas medicinales. Esto nos arroja una visión amplia de los efectos de la intervención en la población indígena, pero deja de lado el fenómeno intercultural propiamente dicho en la medida que se desconocen los efectos inesperados de las intervenciones y las nuevas tramas identitarias que comienzan a surgir bajo el pretexto de una experiencia de salud intercultural, lo que constituye a su vez un elemento de discusión más para el mejoramiento de los programas.

Esta propuesta de investigación busca remontar el contexto étnico de la discusión, acercándonos a las percepciones de usuario(a)s (independientemente que se autodenominen Mapuches) ligadas al fenómeno de salud intercultural. El contraste

con la política pública de salud y pueblos indígenas responde a la necesidad de precisar cuáles son los efectos o resultados endosables a la intervención de tipo intercultural. Tomando las vivencias o voces recopiladas en los distintos estudios y propiciando un diálogo entre las vivencias o percepciones ligadas al fenómeno de salud intercultural y a las pretensiones de racionalidad expresadas en la política de salud de los pueblos indígenas, caracterizando de esta manera, la experiencia de los usuarios(a) en el marco de sus objetivos o alcances del proyecto.

## V MARCO TEÓRICO

La delimitación de los conceptos relevantes a éste estudio se han tenido en cuenta con base en que puedan alimentar la discusión en torno la problemática de la salud intercultural. En éste sentido, tratar de develar los rendimientos de la política pública en un escenario micro como la experiencia de salud intercultural de Taiñ Adkimn, requiere del levantamiento de las percepciones producidas por sus actores relevantes e interrelacionarlas con conceptos que permitan orientar la producción analítica. En este caso vamos a recurrir al concepto de interculturalidad, identidad y salud.

### 5.1 UNA MIRADA A LOS PARADIGMAS EN SALUD

Los paradigmas en el terreno científico se entienden como el conjunto de conocimientos y creencias que forman una visión del mundo en torno a una teoría particular que explica acontecimientos o fenómenos según el marco comprensivo y el contexto histórico.

Se entiende también como paradigma un conjunto de reglas o leyes (escritas o no) que realizan diferentes funciones, entre ellas, establecer o definir los contornos de las disciplinas científicas e indicar cómo funcionar dentro de tales límites para tener éxito. En la ciencia, los paradigmas determinan los lineamientos que deben regir en una ciencia normal a través de la formulación de problemas o enigmas plausibles en una disciplina en particular dentro del contexto de las teorías aceptadas.

Según Thomas Khun: cada paradigma delimita el campo de los problemas que pueden plantearse, con tal fuerza que aquellos que caen fuera del campo de aplicación del paradigma ni siquiera se advierten. (Kuhn, T. 1962)

Un paradigma constituye supuestos teóricos o premisas que deberán acatar quienes estén en la producción de conocimientos científicos. Las crisis paradigmáticas se resuelven generalmente con el surgimiento de otro paradigma que responda a la complejidad creciente de la nueva problemática, hasta finalmente abandonar el paradigma original. El nuevo paradigma definirá la nueva actividad científica normal, hasta que choque con dificultades y se produzca una nueva crisis y una nueva revolución.

Las distintas representaciones o imaginarios ligados a un sistema comprensivo de la salud y la enfermedad conforman un paradigma, dando cuerpo y cohesión a toda una serie de procedimientos, tecnologías, lógicas de funcionamiento, valoraciones y criterios que conforman los sistemas de salud. Los paradigmas en el campo de la salud tienen razón de ser de acuerdo a la cultura donde están insertos, esto implica que las distintas formas de entender y enfrentar los procesos

de salud y enfermedad están determinados por la cultura y específicamente por las tramas identitarias y de significados que dan sentido a las prácticas médicas.

Según la definición de Duque y Salazar, “la salud y la enfermedad son realidades de la vida cotidiana de todas las personas y su forma de concebirlas y de actuar están inmersas en las interpretaciones de cada cultura, en las formas institucionales y en las estructuras de personalidad de los individuos” (Duque y Salazar, 1994). Esta relación entre la salud y la cultura es tratada por Ibacache cuando se refiere a que: “Salud y cultura se implican mutuamente, los conceptos de salud y enfermedad nos remiten a la cultura y la cultura nos remite a los conceptos de salud y enfermedad. Por lo tanto, lo que se percibe como salud o enfermedad, sus causas, tratamiento y prevención y quien las trata esta determinado por cada cultura específica”.<sup>5</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “...un estado de completo bienestar físico, mental, social y no sólo de ausencias de enfermedades”. Aparentemente este concepto que data de 1948 funciona como bisagra frente a la apertura de otros modelos de salud, teniendo en cuenta el énfasis sobre las distintas variables que configuran un estado de *bienestar*. Si bien no se hace una referencia explícita a las prácticas interculturales, le da un lugar a las prácticas de salud que no buscan eliminar síntomas de las enfermedades y constituye un hito dentro de la formulación de nuevas perspectivas en salud, dando cabida a lo que se denomina: *paradigma integral*. De alguna manera esta definición va a generar una inflexión que permitirá validar las prácticas interculturales.

### 5.1.1 El paradigma de salud en occidente

La historia de la medicina en Occidente ha sido el surgimiento, desarrollo, apropiación, transformación, debilitamiento y abandono de diferentes paradigmas y modelos, con profundizaciones y evoluciones y al mismo tiempo, con yuxtaposiciones y contradicciones que suponen un desarrollo disímil de las disciplinas médicas y la priorización y abandono de distintas prácticas y conceptos (Comelles, J. 2003). Este panorama de evoluciones paralelas y discontinuas en el campo de la salud tendrían que ver con la capacidad finita que tiene un paradigma para responder a una problemática y la presencia ineludible de la complejidad, con nuevos desafíos y/o necesidades que requieren de nuevas formulaciones, teorías y tecnologías para poder enfrentar temporalmente el problema.

Un paradigma que ha sido rector en occidente es el de salud y enfermedad, donde las ciencias médicas han logrado establecer una serie de criterios, tecnologías y cuidados o tratamientos con altos grados de especificidad de acuerdo al estudio minucioso de los signos de patologías. (Foucault, M. 1963)

---

<sup>5</sup> IBACACHE J. 2004. La salud el desarrollo y la equidad en un contexto intercultural en: <http://www2.estudiosindigenas.cl/trabajados/SISTEMA%20DE%20SALUD.pdf>. Visitada el 16 de julio 2009

Dentro de la visión occidental sobre la salud han existido distintos paradigmas que dan cuenta de la evolución de los dispositivos y tecnologías en función del tratamiento o curación de las enfermedades y que a la vez han significado como se mencionó anteriormente, la reformulación, profundización o yuxtaposición de prácticas y teorías desde las cuales se ha comprendido la salud y la enfermedad. Algunas de las miradas más influyentes en la historia del paradigma de salud occidental se mencionan a continuación:

**Tabla 2**

Una mirada a los Paradigmas de Salud en Occidente

<b>Paradigma</b>	<b>Exponente</b>	<b>Visión de la salud o enfermedad</b>
<b>Nosología y enfermedad.</b>	Paracelso	Sostiene la importancia de localizar la enfermedad, de nominarla y clasificarla según la parte del organismo afectada o las causas que la producen, así como por las alteraciones resultantes. Esto significó una diferencia fundamental en relación con el paradigma imperante que hacía referencia al desequilibrio de los humores.
<b>Positivismo.</b>	Francis Bacon. R. Descartes J.S. Mill Comte Von Helmholtz	El positivismo se instala en la medicina de la mano de los partidarios de una fisiología que ponía a la materia como base de la vida y del actuar humano, en contraposición con la visión teleológica y teológica. Esta corriente parte de lo más específico y medible, desechando las visiones metafísicas que apelaban a un sentido religioso o moral. A pesar de las reacciones surgidas en contra de esta visión del hombre, el positivismo dominó el desarrollo de las ciencias de esa época. La antropología dualista cartesiana y el reduccionismo, componen las principales características de ese paradigma.
<b>Biologicismo</b>	Pasteur Virchow	Esta mirada positivista considera los microbios como la causa principal de las enfermedades, originando una teoría que terminó derribando el paradigma humoral, después de los casi trescientos años que la Academia de Medicina tardó en reconocer a los microbios como fuente de enfermedad. Esta teoría microbiológica destacaba que cada enfermedad tenía un agente causal.



<p><b>Paradigma social</b></p>	<p>Salomón, Neumann, entre otros.</p>	<p>Esta concepción se ve fortalecida con el aporte de las ciencias sociales nacidas en la segunda mitad del siglo XIX, desarrollándose algunas de ellas de manera importante en el primer cuarto de este siglo, recibiendo diferentes denominaciones: medicina social, ciencias sociales aplicadas a la salud, ciencias sociales en salud. La primera hace referencia al objeto de estudio y las restantes indican las disciplinas incluidas en los mencionados campos del conocimiento, por ello se habla de sociología médica, economía y política de la salud, epidemiología social y otras. Aun en esta variedad de nombres existe cierto grado de acuerdo sobre los temas fundamentales que abarca esta esfera del conocimiento: " el estudio de los determinantes sociales de la salud-enfermedad y de los servicios de salud."</p>
--------------------------------	---------------------------------------	---

El paradigma imperante y rector continúa siendo el Biomédico, con elementos del paradigma social (Oyarce, A. 1996). Ciertamente, los avances en salud pública, epidemiología, medicina social e inmunología han aportado nuevos derroteros y tendencias, que han ayudado a equilibrar, pero no a detener el camino de todo el sistema hacia la resolución de las demandas de salud.

### 5.1.2 Paradigma Emergente

Lo que ha dado a conocerse como paradigma emergente se refiere a pensar el ser humano como ente holístico, remontando el paradigma dual mente – cuerpo, he instalándose en la visión cuerpo-mente-espíritu, en una relación integradora que transforma el concepto de salud y enfermedad, por una posición diferente ante la vida, un paradigma que rompe la estructura del pensamiento cartesiano.

El enfoque tecnocientífico del modernismo en el siglo XXI en relación con la salud es cuestionado, abriendo la puerta al paradigma emergente. Aún así prevalece el paradigma positivista cuya tradición y herencia de pensamiento es bastante fuerte.

Este paradigma emergente resalta el sentido de la vida humana y a la vez su interés y su cuidado, como respuesta a la crisis que atraviesan las ciencias de la salud, resultando en una suerte de tragedia ética, cultural y ecológica, apelando al rescate de la espiritualidad y el equilibrio con el medio ambiente.

El cuidado humano emerge entonces como un paradigma holístico. Entendiendo el holismo como la manera que cada ser humano busca el comprenderse mejor y de entender la posición que ocupa en su medio. Hablar del cuidado de la vida

humana, en las ciencias contemporáneas es hablar de corporeidad para expresar al ser humano como un ser vivo y orgánico. Se habla de hombre-cuerpo, hombre-alma-espíritu para designar las dimensiones totales del ser humano.

La enfermedad necesariamente remite a la salud. Toda cura debe reintegrar las dimensiones de la vida a nivel personal, social y en lo fundamental que es el respeto al sentido supremo de la existencia. La salud debe ser concebida como salud total, como si fuese un fin en sí misma, la salud en este paradigma es vista como un proceso permanente de busca de equilibrio dinámico entre todos los factores que componen la vida humana.

Salud y cuidado designan el proceso de adaptación y de integración de la más diversas situaciones, en las cuales se da la salud, la enfermedad, el sufrimiento, la recuperación y el envejecimiento. Salud por lo tanto no es un estado ni un acto existencial, vendría a ser una actitud, lo que flexibiliza la noción de salud o enfermedad como estado, donde incluso se piensa que en la persona pueden habitar simultáneamente la salud y la patología.

La búsqueda del bienestar significaría entonces una tarea múltiple, ya que implicaría cuidar la salud atendiendo todas las variables posibles de la existencia, pasando por lo físico, el conjunto de relaciones con el entorno, alimentación, vínculos interpersonales, estéticas que se reflejan en rutinas de embellecimiento, adoctrinamiento del cuerpo y de los hábitos a través de distintos regímenes y la misma forma de habitar un espacio y de cómo distribuirlo, todas son variables de la existencia humana que conllevarían a un estilo de vida saludable, explicado desde el paradigma de salud emergente.

## **5.2 CONCEPTO DE SALUD Y ENFERMEDAD EN LA CULTURA MAPUCHE**

En relación con la visión Mapuche, el concepto de salud no se encuentra en su repertorio conceptual, porque la salud está integrada a todos los fenómenos de la vida misma. El hecho de que algo o alguien en su comunidad estén en condiciones no deseables, afecta a la persona. Si los cultivos no prosperan o los animales no tienen que comer, la persona ya no está bien (Ibacache, 2001)

Sí desde la visión indígena, el ambiente en su conjunto afecta a la persona en una relación de causalidad más mística que racional, lo que parece sugerente para explicar la preocupación por la pertinencia cultural en el actual modelo de atención en salud, sería en apariencia, la transformación paradigmática de las nociones de salud, con independencia de los criterios clínicos oficiales o a pesar de ellos, a fin de poder no solo preservar las prácticas curanderiles milenarias sino también, posicionar su efectividad.

Considerar que la enfermedad en sí es universal como parte de la experiencia humana pero que es particular para cada cultura, es uno de los enfoques de la

política pública de salud y pueblos indígenas, que intenta privilegiar la promoción de programas en coordinación con los respectivos organismos de rescate y fortalecimiento de prácticas sanitarias con pertinencia cultural como un sutil instrumento de integración.

Por ello se legitima mediáticamente que cada cultura ha realizado sus propios modelos médicos o actividades teóricas, técnicas y agentes para enfrentar y tratar de solucionar los problemas relacionados con la salud, ¿pero cual de todos al final termina tomando las decisiones en torno a un posible riesgo vital?

Para la cultura Mapuche por ejemplo, existe un todo conformado por el hombre, el medio ambiente y un conjunto de seres y fuerzas con poder que rigen sobre los dos primeros. Las prácticas medicinales se derivan de ésta forma holística de concebir el mundo; y así la enfermedad presenta un doble aspecto: objetivo y moral. Las etiologías se buscan no sólo en términos físicos, sino éticos y morales, puesto que con seguridad la enfermedad es el producto de un desequilibrio o trasgresión, la que no es sólo del individuo enfermo, sino del grupo familiar y, en última instancia, de la comunidad (Oyarce, A, 1996)

La relación entre el ser humano, la tierra y lo sobrenatural implica espacios de comunicación y creencias que dan lugar a las pautas del comportamiento Mapuche. La adherencia a dichas normas y pautas será uno de los factores determinantes para el desequilibrio o la salud, ya que como señalaran Paola Farfán y Úrsula Hinojosa (2000), las enfermedades aparecerán por un quiebre del orden preescrito, del equilibrio y de la reciprocidad en el colectivo.

Teniendo como base los elementos anteriormente señalados de la cosmovisión Mapuche, se identifican dos orígenes en las enfermedades: uno sobrenatural y uno natural. El primero es el factor dominante que produce la mala salud y se genera por la acción del *huecuwe* (fuerzas del mal) que, generalmente se vale de un *kalku* (*brujo*) para ejercer su maleficio. El segundo origen se debe a factores ambientales, básicamente, la acción del frío y del calor sobre las personas.

En el caso de las enfermedades producidas por un agente sobrenatural, la enfermedad puede deberse a: la introducción de un objeto en el cuerpo de una persona, el rapto del alma de una persona por un *kalku* o el encuentro con el *huecuwe* (espíritu del mal personificado).

En los dos primeros casos la sanación quedará en manos exclusivamente del machi. Ella comprobará la acción del *kalku* a través de la ropa, la orina o a través de mensajes oníricos. Toda vez que por estos procedimientos se constata la presencia del mal, se efectuará un *machitun* (para expulsar los demonios del cuerpo o para recapturar su alma y devolverla a su dueño. Seguirá a esta ceremonia una terapia con hierbas, que a veces dura meses, hasta que el enfermo se recupere completamente. (Oyarce. A. 1996)

En cuanto a las enfermedades de origen natural, generalmente por cambios bruscos de temperatura, generaría una serie de alteraciones en el cuerpo humano, denominado “enfriamiento”. El tratamiento de estas enfermedades se efectúa, la mayoría de las veces, sin la intervención de la machi, utilizando el conocimiento adquirido por la tradición oral, referido al uso de yerbas.

En éste sentido, también la cultura confiere un papel decisivo al sujeto frente a la enfermedad en la medida que puede tener un rol pasivo o activo en su propia “cura” y en el caso Mapuche, a todas luces se trata del devenir colectivo de un desequilibrio, donde la comunidad está implicada con el sujeto que la padece. Esta concepción de salud va a ser decisiva para entender el engranaje de la política pública con las prácticas medicinales que dan lugar a concepciones milenarias sobre el cuerpo y los destinos colectivos de la enfermedad en un contexto urbano definido por una matriz cultural individualista.

De acuerdo con (Szasz, 1973) “si no existe una lesión corporal, no hay una enfermedad que tratar; y si no hay paciente voluntario, no hay paciente que tratar” (Szasz, 1973). Aparece aquí un problema ético: ¿Con qué rasero se mide la necesidad de un tratamiento “espiritual” cuando no existe la evidencia física de la dolencia para los ojos de un clínico occidental? Son éste tipo de cuestionamientos los que tendrán que someterse al análisis de las operaciones interculturales dentro del contexto clínico del programa de la organización Taiñ Adkimn, en función de identificar la pertinencia cultural y en el fondo, reconocer si a través de la reapropiación de éstas prácticas medicinales ancestrales, se comienzan a bosquejar las tramas identitarias que tienen lugar en la experiencia intercultural y a su vez, cómo estas se expresan en las representaciones de los usuarios del programa.

### **5.2.1 Agentes de Salud Mapuche**

En el contexto del programa de salud intercultural, la machi juega un papel central en la articulación de las prácticas ancestrales y el modelo dominante. Se trata probablemente de un ícono de gran significación en el ensamblaje de las prácticas interculturales.

En la forma tradicional del Pueblo Mapuche, la tarea de enfrentar los problemas de salud que aquejan a las comunidades indígenas, corresponde a personas con distintas funciones curanderiles. Se encuentran lo(a)s Gütamchefe, que es el agente de salud encargado de corregir todas las lesiones de los huesos, zafaduras, desgarros y quebraduras. También existen los(as) Püñeñelchefe, generalmente mujeres, encargadas de las mujeres embarazadas y recibir a los recién nacidos. (Mujica, A. 2004)

Las machis son las médicas o sanadoras entre los Mapuches y sus conocimientos o artes curativas responden a un poder sobrenatural:

*“de repente, estaba como borracha y no supe nada, y cuando me desperté, la gente estaba arrodillada frente de mi, pensé, qué pasó, qué me pasó y llegó el finado de mi papá y me dijo: “usted va ser machi porque yo lo veo su espíritu” y luego el espíritu, y llegaron del cielo 4 caballeros y yo tuve que recibir las palabras del caballero, cantó y bailó, y me dijo: ella ya es machi, aquí esta el remedio cuando hay enfermos hay que darle el remedio, tiene que plantar canelo y tiene que tener instrumento, tiene que tener kultrún dijo el caballero así que usted ya es machi. Yo una vergüenza, harta vergüenza porque era cabra yo, niña 13 años, yo lloraba yo decía; “no quiero ser machi yo no soy vieja”; y mi papá me dijo: si usted le mandan, ya está, va a ser machi, así como estaba enferma, ahora usted va a mejorar a los enfermos; me plantaron los canelos afuerita en el patio, hicimos fiesta, después me hicieron instrumento el kultrún, ya era medica, después cuando tenía el canelo, llegó gente al tiro, al tiro, “esta ya es medica vamos,” (C.MCH. MAP)*

La machi también está dotada de facultades adivinatorias, terapéuticas y rituales, funciones que en la actualidad son ejercidas principalmente por mujeres. Usando su poder de comunicación con los seres sobrenaturales, expulsa a los espíritus malvados que causan daño. Además, durante el machitún administra medicinas a los enfermos.

*“Dios me dio este trabajo, hace ya tantos años que estoy aquí, y después me case, ya me quede sola mi marido falleció, y este espíritu no me largo, hasta la muerte me va la largar, mi espíritu esta ahí, ahora tengo todo de mi alma, mis instrumentos, yo e soñado remedios, tengo muchos remedios, la montaña. Dios me dio eso para mejorar los enfermos, y los mejoro uhhh, mucha gente yo he mejorado. Después mejoré un caballero, por que dicen: “porque ella mejora los locos” estaba loco tenía un espíritu que le hicieron daño, después compró terreno está rico ahora.” (C.MCH. MAP).*

La machi dentro del programa de salud intercultural ocupa un papel preponderante en la medida que representa un ícono excluyente de promoción cultural. Haciendo el ejercicio de la medicina Mapuche, interviene en los casos, realiza diagnósticos acorde a su contexto cultural, ocupando el lugar de símbolo de la medicina natural Mapuche.

La machi encarna el posicionamiento de la medicina Mapuche como hito cultural, su presencia en el programa de salud intercultural casi que garantiza la autenticidad de la intervención, por lo cual se le atribuye una autoridad que dentro del programa también es reconocida: *“tenemos lo que es más importante para nosotros, que es la atención de la machi”* (M. 47. MAP). Dada la primordial significación de la machi en la cultura Mapuche, las organizaciones indígenas han comenzado a traer a las Machis del sur a las organizaciones para la celebración de las grandes ceremonias.

La atención de machi como un elemento fundamental en este dispositivo complejo de promoción cultural, es un trayecto indispensable en la ruta del fortalecimiento

de la identidad cultural Mapuche. Además de llevar a la práctica la medicina Mapuche y de simbolizar el componente espiritual de la cultura Mapuche, a su vez hace difusión de la lengua Mapudungun en todas sus interacciones con la cultura dominante. En el programa de salud intercultural de la organización Taiñ adkimn, la machi atiende a las personas en su lengua nativa *mapudungun* y permanece en silencio cuando se habla en Castellano en las reuniones de equipo o con los usuari(o)as.

### 5.3 INTERCULTURALIDAD

Si entendemos la interculturalidad como la relación de al menos dos culturas, una propuesta de salud intercultural podría referirse a la base programática de un modelo de atención de salud que propicie el diálogo instrumental y epistémico entre dos modelos comprensivos que coexisten en un espacio determinado. Esta definición se vuelve aun más compleja, cuando pensamos en los posibles efectos inesperados de una experiencia de salud intercultural (a parte de la reapropiación de prácticas milenarias) ligados a las expectativas de los usuario(a)s en torno al fortalecimiento de un tipo de identidad. Este primer llamado de atención sobre el concepto tiene por objetivo problematizar su utilidad y delimitar su aplicabilidad en el contexto de la salud pública, además de producir un debate teórico frente a posturas ingenuas, basadas en la idea de que las medidas culturales de reapropiación de tradiciones o de educación bilingüe puedan llegar a resolver injusticias económicas o políticas, teniendo en cuenta la popularidad de la que goza actualmente el concepto de interculturalidad.

Las prácticas discursivas que invocan argumentos de diversidad cultural o interculturalidad vienen presentando una especie de legitimización absoluta a través de su progresiva institucionalización. En consecuencia, estos términos han adquirido un tipo de semanticidad como valores indiscutidos, apropiados y aceptados sin que haya todavía un alineamiento en las prácticas, ni una confluencia en el sentido otorgado a los mismos. Por el contrario, en los usos concretos, las nociones de interculturalidad adquieren diversos matices que no necesariamente coexisten armónicamente, sino que configuran un campo de conflictos en el que se disputan tanto significados como recursos estratégicos (CF. Ameigeiras y Jure, 2006. Pág. 254)

Lo que opera es entonces una plasticidad discursiva que supone la disputa de identidades y reconocimientos o la misma negociación de principios de convivencia conforme tanto a las prioridades reivindicatorias del movimiento indígena como a las pretensiones “conciliadoras” o “reparadoras” provenientes de las instituciones del Estado, de ahí que nuestra aspiración consista en acceder a un ejercicio reflexivo que nos permita también desnaturalizar los efectos ideológicos paralizantes en los que suele darse la discusión sobre la interculturalidad. Esto sucede en un escenario reflexivo prolífico que da lugar a las contradicciones y tensiones en la disputa ideológica, que Zizek nos advierte con suspicacia a propósito de las pretensiones homogenizantes implícitas en discurso de la diversidad cultural:

La falsedad del liberalismo multiculturalista elitista reside, por lo tanto, en la tensión entre contenido y forma. Análogamente, la actitud liberal 'políticamente correcta' que se percibe a sí misma como superadora de las limitaciones de su identidad étnica (ser 'ciudadano del mundo' sin ataduras a ninguna comunidad étnica en particular), funciona en su *propia sociedad* como un estrecho círculo elitista, de clase media alta, que se opone a la mayoría de la gente común, despreciada por estar atrapada en los reducidos confines de su comunidad o etnia (CF. Zizec, 1998). Esta reflexión muestra claramente en qué sentido el universalismo es el resultado de una contradicción fundamental, donde la negación de una identidad particular transforma a ésta en un símbolopreciado al incorporar una serie de rasgos de la minoría explotada y proyectar positivamente sus más auténticos anhelos.

No en vano, otra de las posturas teóricas para entender las pretensiones del discurso intercultural, apuntan a leer cuidadosamente la victimización generalizada del sujeto indígena y sus efectos paralizantes en la discusión entorno al reconocimiento constitucional de los pueblos indígenas. De ésta manera, las pretensiones de interculturalidad se confunden además con un proyecto político-económico de reducción de pobreza y no del empoderamiento de los indígenas como pueblo originario.

El problema de éste tipo de categorizaciones sociales radica en que se segmenta a la población a fin de crear subsectores sociales a los cuales dirigir políticas sociales basadas en ésta categorización. Conforme a lo anterior, Gonzáles plantea que "las políticas públicas dirigidas desde el Estado a los pueblos indígenas siempre se han basado en una fuerte identificación de indígena igual a pobre [...] pero ello no es un rasgo *per se* de la cultura de los pueblos indígenas, sino producto de un proceso histórico conflictivo". (Gonzáles, 2001)

Cabe preguntarse entonces por el desafío de la salud intercultural en función de develar si se trata de un paliativo en busca de una visibilización coyuntural y transitoria de las necesidades de salud de la población indígena a partir de la exaltación y el trato político de sus carencias. Desde ésta perspectiva la ideología de Estado "manipularía" el anhelo auténtico por parte del pueblo Mapuche de un verdadero reconocimiento cultural y lo usaría para producir culturalmente una semántica de "reconciliación". Dicha ideología legitimaría la continuación de las relaciones de dominación a partir de un dialogo intercultural asimétrico.

El multiculturalismo es una forma de racismo negada, invertida, autoreferencial, un "racismo con distancia": "respeto" la identidad del Otro, concibiendo a éste como una comunidad "auténtica" cerrada, hacia la cual él, el multiculturalista, mantiene una distancia que se hace posible gracias a su posición universal privilegiada. El multiculturalismo es un racismo que vacía su posición de todo contenido positivo, pero igualmente mantiene esta posición como un privilegiado *punto vacío de universalidad* (Zizec, 1998)

Desde este punto de vista, las iniciativas de gestión intercultural no parecen otra cosa que la forma de un semblante discursivo por medio del cual se supera la tensión ideológica de la etnicidad, suspendiendo ilusoriamente las diferencias a un plano dialógico que al parecer invisibiliza una suerte de monismo cultural, salpicado con formas de reconocimiento cultural vaciadas de su sentido ideológico-reivindicatorio.

Volviendo a una postura dialógica, podemos pensar la interculturalidad en salud como *“la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que a veces pueden ser incluso hasta contrapuestas”* (Oyarce, A, 1996). Aquí se alcanza a reconocer a favor de las iniciativas interculturales, un proceso de revaloración y revitalización de las culturas médicas tradicionales indígenas (modelo relacional y holístico) y también de la biomedicina occidental (modelo bio-psico-social o multicausal) donde a la vez conviven e interactúan valores y conocimientos culturales de diferente origen, sin rupturas y abandono de lo propio.

En concordancia con lo anterior, para Chiodi la perspectiva intercultural radica en el reconocimiento de las diferencias como punto de partida y su propósito es el intervenir en la coexistencia de las culturas, a través de una acción que consiga el equilibrio, el diálogo y el encuentro como parte del progresismo y respeto a las diferencias (Chiodi, 2001). Para este autor, en Latinoamérica se ha tendido a relacionar el concepto de interculturalidad con el de un proyecto de emancipación de los indígenas, siendo últimamente objetivado por el Estado en sus políticas.

Esto se alejaría del significado que define la interculturalidad como comunicación entre culturas o de enseñanzas entre culturas. Quizás la semántica intercultural ha sido un espacio conceptual neutro que ha contenido la visibilización del asunto indígena. En este sentido, Zizek nos alerta acerca de que toda oferta discursiva multiculturalista se apropia del discurso reivindicatorio, y lo recicla como demanda intercultural. Sin mayores aspavientos, se produce una relectura política y universalista con la cual se absorbe y transforma mediáticamente la demanda indígena. Podemos observar que a pesar de la plasticidad del concepto de interculturalidad, es esencial desarrollarlo para definir su operacionalización teniendo en cuenta que la aplicabilidad empírica va a depender de la lógica estratégica y política subyacente en las instancias concretas de intervención y la superación de su carácter ambiguo.

La idea a resaltar en ésta aproximación teórica a la interculturalidad, radica en no entenderla como una característica intrínseca de lo social, sino como forma de pensar lo social en permanente disputa y negociación, como producto de procesos de especialización e instrumentalización política que reproducen relaciones de subordinación entre las prácticas y distinciones valóricas de las culturas en juego.



Esto significa que mientras el propósito sea describir un fenómeno que se enmarque bajo ésta semántica novedosa, debemos estar atentos a identificar los regímenes de verdad que se producen en las nociones del sentido común para explicar las relaciones asimétricas que se presentan en el intersticio cultural, específicamente en el contexto de la salud.

En este mismo sentido, la interculturalidad ya no sería vista como la concesión desde los grupos dominantes hacia los pueblos “vulnerados”, sino que debe hacer énfasis en el empoderamiento recíproco de las distintas formas de situarse ante la realidad, haciendo explícita su contingencia ya sea para coincidir como para disentir. No es algo que solo los indígenas deben aprender o practicar, sino que bien entendida, involucra a toda la sociedad civil para que los organismos responsables de efectivizar y profundizar la participación indígena entiendan los verdaderos alcances de éste compromiso.

#### **5.4 IDENTIDAD**

El concepto de identidad es uno de los más utilizados y al parecer menos operativo a la hora de delimitar una problemática cultural, esto obedece a su corta capacidad heurística, en la medida que no permite en primera instancia superar la estrechez de su connotación, ni tampoco permite con docilidad que le sean colgadas otras atribuciones que permitan explicar de mejor manera un determinado fenómeno social; no obstante, el concepto puede llegar a ser útil si lo enlazamos con el asunto intercultural, en tanto potencia la idea de un diálogo de identidades culturales, con un saldo aplicativo que hasta ahora no podemos contabilizar. Sin embargo, podemos irlo acotando para que tenga altos rendimientos empíricos si tomamos distancia del concepto de identidad en su acepción estática o esencialista.

La identidad no es un concepto fijo, sino que se recrea individual y colectivamente y se alimenta continuamente de la influencia exterior. De acuerdo con estudios antropológicos y sociológicos, la identidad surge por oposición y como reafirmación frente al otro. Aunque el concepto de identidad trascienda las fronteras (como en el caso de los migrantes), el origen de este concepto se encuentra frecuentemente vinculado a un territorio. (Verles, T. 1994, en Molano, O. 2006)

La identidad es el sentido de pertenencia a una colectividad, a un sector social, a un grupo específico de referencia. Esta colectividad puede estar generalmente localizada geográficamente, pero no necesariamente (por ejemplo, los casos de refugiados, desplazados, etc.), lo que explica que existan manifestaciones culturales que expresan con mayor intensidad que otras su sentido de identidad, hecho que las diferencian de otras actividades que son parte común de la vida cotidiana. Por ejemplo, manifestaciones como la fiesta, el ritual de las procesiones, o las mismas prácticas medicinales.

El concepto de identidad aquí deslindado es potencialmente estratégico y posicional, vale decir, que no hace referencia en términos de identidad cultural a ese yo colectivo o verdadero que se oculta dentro de los muchos otros “yos”, más superficiales o artificialmente impuestos, que un pueblo con historia y una ascendencia compartidas tienen en común (Hall, 1996); si no que más bien consiste en formaciones intersubjetivas que no necesariamente se unifican y que están fragmentadas o construidas de múltiples maneras a través de discursos, prácticas y posiciones diferentes, a menudo cruzadas y antagónicas.

Esto significa que el carácter estratégico de la identidad viene dado más bien por la capacidad de usar la historia, las prácticas milenarias o el lenguaje en un proceso de devenir y no de “ser” (Hall, 2003). Es decir, se fundamenta no en quiénes somos o de dónde venimos, sino para dónde vamos o en qué podríamos convertirnos.

Para los desafíos de la interculturalidad, la identidad estratégica supone simultáneamente el riesgo de una especie de furor adaptativo al ritmo de los hilos de la modernidad, pareciera que más allá de ser el escenario de reapropiación del patrimonio inmaterial en el contexto geopolítico del Estado-Nación, se tratara de una suerte de conservación parcializada de algunos elementos culturales al precio de un afincamiento localizado y fragmentario de determinadas prácticas indispensables para el sostenimiento temporal de una etnia al compás de los “tiempos modernos”.

El caso de la salud es paradigmático teniendo en cuenta que a nivel de salud y calidad de vida, el oficialismo maneja una serie de indicadores que no parecen estar alineados con la cosmovisión Mapuche, y en éste sentido, vale preguntarse cuál es la lógica estratégica subyacente a la recuperación de las prácticas medicinales ancestrales en los Mapuches urbanos. Acaso una forma de forma reivindicatoria que no guarda relación con la otrora causa indígena primordial o una cesión de expectativas culturales conforme a las vicisitudes de la modernidad y una posible forma de alojamiento dentro de las posibilidades del sistema.

“la cultura que se desarrolla en un nuevo suelo, debe ser en consecuencia, desconcertantemente parecida y diferente de la cultura madre: se complicará a veces debido a las relaciones de todo tipo que se establezcan con alguna raza nativa y además a causa de la inmigración que no proceda de la fuente original, de éste modo aparece un tipo de cultura parcial” (Bhabha, 1996).

Se trata entonces como es apreciable en ésta definición de un tejido identitario contaminado pero a la vez conectivo entre culturas, y un poco apelando al arsenal sistémico, podría tratarse de lo que se ha descrito como operaciones de acoplamiento entre sistema y entorno. (Arnold, 2000). Se da entonces un movimiento irreductible que se nos antoja bastante descriptor de lo que opera en la problemática intercultural entre las nociones (Occidental / Mapuche) desencontradas de salud o calidad de vida, en tanto se presenta simultáneamente

la imposibilidad de la inclusividad de una cultura por la otra y a la vez el límite entre ellas mismas.

La singularidad de ésta identidad parcial de las tramas vinculantes Mapuches radica en la articulación de las divisiones sociales y desarrollos desiguales que han experimentado los pueblos indígenas, que perturban el auto-reconocimiento cultural, sus horizontes determinados por la territorialidad para el caso de los migrantes y la interiorización de nociones “intermedias” que impone el ejercicio de las practicas milenarias “descontextualizadas” de sus lugares de origen y a su vez revalorizadas por la semántica intercultural, lo que deviene en un sujeto social constituido mediante la hibridación cultural y la articulación desconcertante de semejanzas y divergencias que a su vez elevan el discurso liberal de la diversidad cultural a un plano cuyo sentido radica especialmente en su utilidad para señalar y dirigir procesos sociales en los cuales la diferenciación cultural de los pueblos indígenas parece poder ser condensada bajo el mecanismo de hibridación “legitimado” en las prácticas interculturales.

### **5.5 Esquema Conceptual.**

Una mirada a los paradigmas en salud nos permite dar cuenta que la existencia de prácticas interculturales, responde a un contexto histórico específico, donde lo cultural aparece como una dimensión de análisis ineludible. En efecto, trataremos de producir esta doble articulación entre salud y cultura para orientar la pregunta de investigación a través del concepto de identidad para explicar las tramas y acoplamientos entre las prácticas y discursos en torno a la interculturalidad.

Caracterizar la experiencia intercultural es de antemano para este estudio una problematización del concepto de identidad, más aun si partimos de la premisa de una identidad complementaria, incompleta y que se entiende como proceso. ¿Es posible hacer distinciones o establecer fronteras definidas entre lo Mapuche y lo no Mapuche en el contexto de la salud intercultural? ¿Qué pasa cuando el proyecto intercultural abre lo que supuestamente estaría cerrado como es la identidad étnica? Es justamente la incorporación de nuevas prácticas institucionales a nivel de salud lo que nos permitirá captar como la política pública le hace frente al estado de permanente desencuentro entre las fronteras identitarias.

La identidad es entonces el concepto ancla que nos permitirá leer y operacionalizar analíticamente las percepciones, evaluaciones y expectativas de los usuario(a)s en torno al proyecto de salud intercultural, teniendo en cuenta que nos da la posibilidad de entender las disputas fronterizas, las fragmentaciones dentro de un discurso étnico en apariencia unificado y las prestaciones entre “lo “winka” y lo Mapuche en la experiencia intercultural, donde la identidad Mapuche deberá hacer concesiones en el contexto urbano para agenciar lo que Bhabha llamaría *un espacio entremedio, ni colonizador ni precolonial* (Bhabha, H. 1996) , ese tercer espacio, interfaz definida quizás exclusivamente por el hecho de estar

juntos ahí, compartiendo prácticas medicinales y construyendo una noción de bienestar con los retazos de distintos modos de entender lo humano.

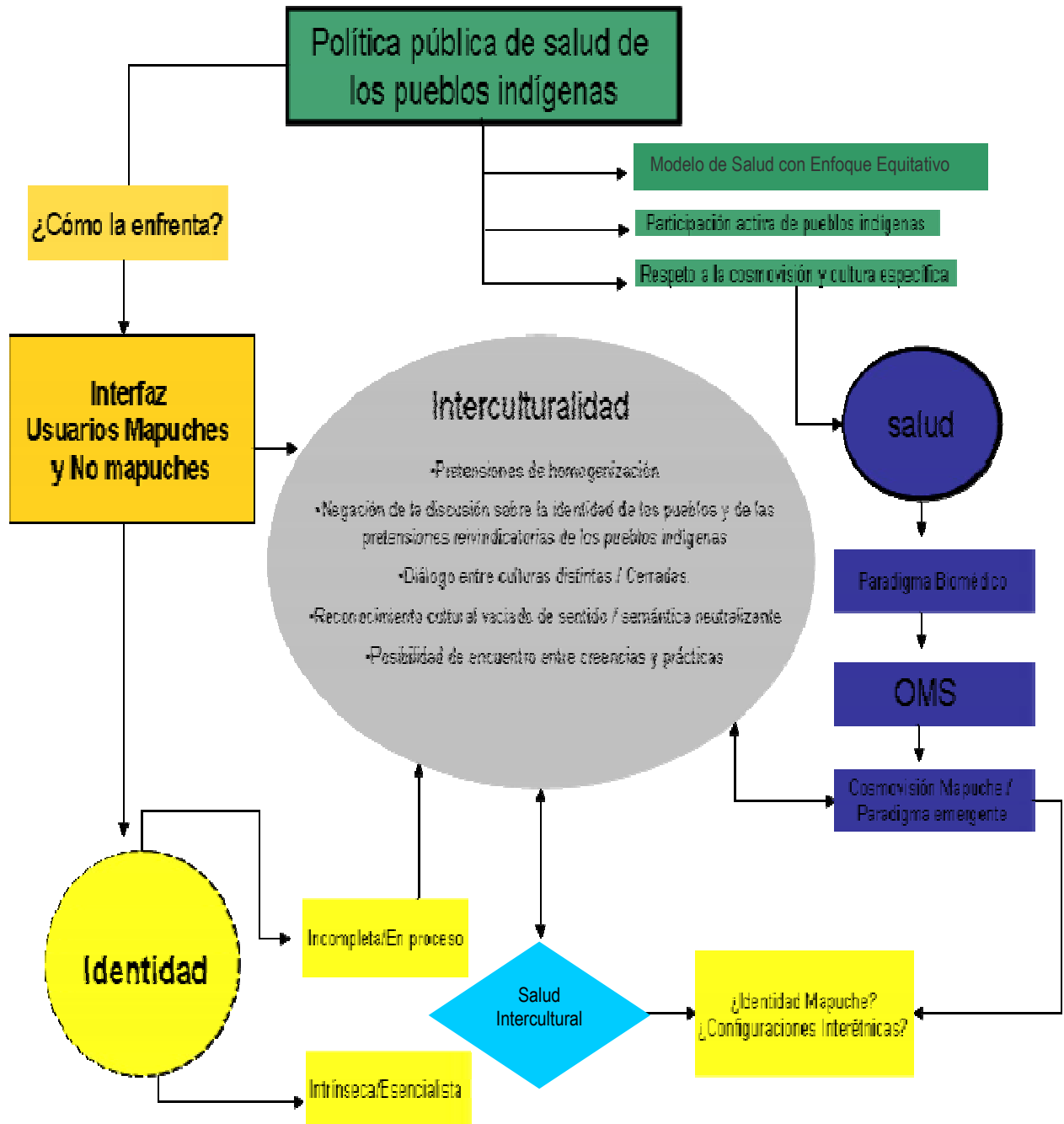
Si trabajamos con el supuesto de que la política pública, desde su lógica estatal tiene una forma de entender y tratar los asuntos étnicos; y entender cómo desde ese lugar logra producir o cancelar una subjetividad particular caracterizada por ocupar aquel lugar de interfaz (entremedio) y por acceder a procesos de cambio cultural (prácticas medicinales) en circunstancias que no han sido creadas por ellos. De ahí que el concepto de cultura parcial, en este debate sobre identidad, salud y política pública cobra relevancia en la medida que problematiza la intencionalidad de las acciones tendientes a la construcción de identidades (Grossberg, L. 1996). En efecto, la pregunta apuntaría a ver cómo la política pública regula este agenciamiento, o en qué medida los alcances del programa de salud intercultural son producto justamente de efecto de la fragmentación de lo étnico, más que de su recaptación como constructo cultural esencial.

Hay en la política pública de salud de los pueblos indígenas un supuesto de autenticidad de las identidades étnicas, traducido en el afán por la recuperación de prácticas milenarias en el sistema de salud para producir el encuentro intercultural, pero en términos que no representan el devenir histórico poscolonial de los agenciamientos híbridos que definen las mismas prácticas salud del Pueblo Mapuche. El cuestionamiento de las posiciones esencialistas y el abordaje de las disyuntivas fronterizas entre las culturas, nos permitirá problematizar la presunción de sociedad entera deducible en la política pública y comprender las representaciones de los usuario(a)s del programa de salud intercultural y de los propios operadores en el contexto de la agencia híbrida.

Trataremos de representar la anterior articulación de supuestos en un esquema conceptual gráfico:

# ESQUEMA 1

## Esquema Conceptual para la Comprensión de la Experiencia Intercultural



## VI MARCO METODOLÓGICO

Metodológicamente ésta propuesta se puede caracterizar como un **estudio cualitativo de tipo descriptivo** teniendo en cuenta que dentro de sus pretensiones no está considerado desarrollar un enfoque experimental, como tampoco alcanzar niveles de representatividad estadística; por lo tanto, no existe la pretensión de objetividad desde la perspectiva positivista, ni tampoco se busca la neutralidad o invisibilidad del investigador, teniendo en cuenta que se encuentra inmerso en la realidad social que se propone describir, es decir, se suprime el rol “cosificador” del investigador para darle paso a una metodología que lo involucra como instrumento analítico en el fenómeno investigado (Auge y Colleyn, 2006)

De igual manera hay que señalar que el diseño emergente esbozado en ésta propuesta corresponde al de una investigación de **estudio de caso**, en tanto se intenta conocer en profundidad un conjunto de experiencias en torno al programa de salud intercultural de la organización Taiñ Adkimn, de la comuna de la Pintana.

La delimitación de la unidad de estudio pasa por hacer efectiva una selección estratégica de los contextos que permita captar el mayor espectro de significados y narrativas según diversos niveles de experiencia dentro de una totalidad consistente en el programa de salud intercultural de la organización Taiñ Adkimn. Lo anterior no significa que la delimitación se realice en términos absolutos, ni referida únicamente a límites físicos, sino que los escenarios se irán diversificando según el rol de los actores dentro del programa. Es así como de forma tentativa se podrían ubicar estratégicamente los siguientes niveles de experiencia según distintos grados participación

**Tabla 3**

Planos del Discurso y Contextos Seleccionados

Programa de salud intercultural organización Taiñ Adkimn		
Plano del Discurso	Contexto Seleccionado	Fuente
General Texto Macro	<ul style="list-style-type: none"><li>Política Pública</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Texto de la Política de Salud y Pueblos Indígenas</li></ul>
Intermedio / Ejecución de Programa	<ul style="list-style-type: none"><li>Ruca</li><li>Consultorio Santo Tomás</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Coordinador(a) de Programa de Salud Intercultural.</li><li>Funcionario del consultorio</li><li>Machi</li></ul>
Particular (Experiencia micro)	<ul style="list-style-type: none"><li>Domicilio Usuarios</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Usuarios Mapuches y no Mapuches</li></ul>

Se tratará básicamente de seleccionar informantes de distintos rasgos y características que hayan participado activamente en el programa, y que puedan dar cuenta de forma fidedigna de la experiencia intercultural. Esto implica hacer uso del criterio de permanencia, seleccionando a quienes hayan hecho uso del servicio durante el presente año o que hayan estado anteriormente, tratando de ampliar al máximo el abanico de experiencias con representantes de grupos sociales estratégicos, sin los que difícilmente pueda materializarse el diálogo sobre salud intercultural.

La selección de los casos estaría determinada además por una serie de consideraciones prácticas como los recursos disponibles para la aplicación de las técnicas de producción de datos y la misma accesibilidad a los domicilios.

## **6.1 UNIVERSO Y MUESTRA.**

El universo consiste en la totalidad de los actores que participan en el proyecto de salud intercultural de la organización Taiñ Adkimn, entre los que se encuentran los usuario(a)s que consultan a la machi por medicina natural y además, las personas que asisten los sábados a los talleres psicosociales de salud intercultural. Se realizará un muestreo intencional a través de una selección estratégica de casos relevantes al problema de investigación según las consideraciones pragmáticas que se mencionaron anteriormente.

Las variables sociodemográficas se tendrán en consideración para describir a los usuario(a)s del programa, con el fin de realizar un perfil que permita dar cuenta de las características más predominantes en los usuario(a)s (Ver anexo 4) y realizar cruces de información para obtener una radiografía general de las personas que asisten al programa. Esto además para ilustrar el contexto y reflejar las condiciones socioeconómicas imperantes en la población objetivo. Sin embargo, esta información es secundaria para el propósito que persigue este estudio, dado que la prioridad radica en conocer las percepciones de los usuario(a)s según el tiempo que haya asistido al programa, independiente de que existan tendencias dentro de sus características sociodemográficas.

## **6.2 TIPO DE MUESTREO**

El tipo de muestreo obedece a una selección estratégica (Valles, 2002) de casos (muestreo teórico) teniendo en cuenta que más allá de perseguir la representatividad estadística, lo que se busca es la pertinencia e idoneidad de los informantes a la luz del esquema conceptual que orienta la pregunta de investigación.

En primera instancia, la escogencia de los informantes claves para observar la operacionalización de la política pública en el programa se realizará en función de

levantar la mayor cantidad y calidad de información en torno a la experiencia de la Pintana, para ello es indispensable tanto el aporte del Director del consultorio Santo Tomas en representación del Servicio de Salud Sur Oriente (SSSO), como de los facilitadores pertenecientes a la asociación Taiñ Adkimmn.

A su vez, contactar a estas personas nos permitirá la selección de contextos relevantes al problema de investigación (in situ) en función de obtener no sólo la información por parte del entrevistado, si no también, de recrear las situaciones, espacios cotidianos e iconografías como escenarios simbólicos donde también se configuran las representaciones sobre la salud y la enfermedad y específicamente sobre la experiencia de la ruca.

En consonancia con Valles, se trata de escoger los informantes conforme al propósito de captar de la manera más fidedigna posible, el significado de la experiencia de la salud intercultural, que permita producir una hipótesis respecto del impacto de la política pública y específicamente, del programa de salud intercultural. (Valles, 2000).

En éste sentido, se han incluido a los usuario(a)s, que según el registro realizado por los ejecutores del programa, han permanecido desde el principio del año en el proyecto, o que hayan asistido anteriormente de forma sistemática, al menos durante 6 meses, ya sea al taller o a los controles con la machi.

Esto nos permitirá obtener evaluaciones, narraciones o percepciones de personas que hayan seguido los tratamientos y que puedan dar cuenta de los efectos de la medicina Mapuche, o que hayan mostrado algún grado de pertenencia o compromiso a través de su permanencia en el tiempo, en los talleres de salud intercultural, bajo el supuesto de que la información será cualitativamente significativa.

Este criterio muestral no impone necesariamente un límite a la selección de la información, es posible encontrarse con casos donde sea realmente difícil ubicar al informante en una de éstas categorías, pero tampoco se puede desconocer que en la variable de permanencia puede haber elementos significativos que permitan ubicar diferentes miradas respecto de la atención intercultural, partiendo de que podría ser diferente la experiencia de alguien que ha estado asistiendo al programa y ha tenido varios controles, de alguien que solo acude una vez y no regresa.

En la tabla correspondiente al (Informantes Claves: Usuario(a)s del programa de salud intercultural) anexo 5 se ilustran los distintos estratos de la muestra y la clasificación de los informantes. Las iniciales con las que denomina al usuario(a) no tienen relación con los nombres reales de las personas. Como bien se indicó en párrafos anteriores del marco metodológico, el tiempo de permanencia constituyó un factor clave en la elección de la muestra. En la última columna de la tabla aparece registrados los tiempos de permanencia de cada uno de los



usuario(a)s entrevistados y los programas en los cuales estaban inscritos al momento de realizar las entrevistas.

De igual forma, en la tabla (Informantes Claves sobre ejecución de programa y Agente de Salud Mapuche) del anexo 6, se caracterizan las entrevistas a los informantes sobre la ejecución del programa, ejecutores del programa y al agente de salud Mapuche. Las iniciales a continuación no corresponden a los nombres reales y se utilizan de esta forma con el fin de asegurar el anonimato de los informantes.

Se tiene en cuenta además la étnia de origen en función de plasmar matices en cuanto a la ejecución del programa y a cómo entienden la política pública de acuerdo a su étnia. También se menciona el rol que desempeñan en el programa y la dependencia institucional para evidenciar los discursos de acuerdo el papel que desempeñan en la gestión del proyecto.

Las entrevistas claves sobre la ejecución de programa y la entrevista a la machi, constituyen material gravitante en todo el estudio, el cual nos da luces para los tres objetivos, es decir, para la descripción de los usuario(a)s, para ilustrar sus percepciones y para caracterizar el proceso de implementación del programa.

Para el caso de la entrevista al agente de salud Mapuche (machi), resultará decisiva para entender el modelo de salud Mapuche, desde una mirada cultural, desprovista de los códigos en que funcionan tanto los usuario(a)s como los operadores de la política pública. Se ha ubicado en el ámbito intermedio de análisis, en la medida que su discurso no corresponde al de un usuario(a), sino que es una autoridad tradicional que desde su cultura puede aportar elementos para la caracterización del programa de salud intercultural. Para hacer más entendible la lógica de las citas representativas, en la tabla (Abreviatura para cita de fragmentos de entrevista) del anexo 7 se ilustran las abreviaturas con que se van a realizar las citas a las entrevistas para el trabajo de análisis.

## **6.3 TECNICAS DE PRODUCCIÓN DE DATOS**

### **6.3.1 Entrevistas a usuario(a)s Mapuches y no Mapuches.**

Las entrevistas a esta muestra corresponden al objetivo de ahondar en las percepciones sobre el programa de salud intercultural, ya sea en función del tratamiento de medicina natural con la machi, como en el contexto de los talleres sabatinos, ambos hacen parte de los servicios desarrollados por la organización indígena Taiñ Adkimn. Esto bajo el supuesto de que las representaciones proporcionadas por los usuario(a)s constituyen una aproximación a las evaluaciones, críticas o percepciones de aprovechamiento, permitiendo establecer comparaciones o enlaces entre los objetivos del programa (y de la política a nivel macro) y la experiencia de las personas a quienes va dirigido. En la tabla del anexo N.9 se ejemplifica a través de una matriz, cómo se diseñaron las entrevistas a los distintos actores. En ella se describe cómo se interrelaciona uno de los

objetivos de la investigación (caracterización de percepciones de Usuario(a)s ) con el diseño de las preguntas a partir de supuestos.

La distinción entre personas de origen Mapuche y no Mapuche, correspondió en un principio con el objetivo de enriquecer las nociones sobre salud intercultural, bajo el supuesto de que las impresiones, motivaciones o prácticas podrían variar según el origen étnico. Esta apertura también iba a permitir realizar contrastes al interior de la muestra, al poder establecer relaciones entre las percepciones y motivaciones de las personas Mapuches y no Mapuches. Sin embargo, con el levantamiento de los datos y tras un efecto de saturación de la muestra, se puede dar cuenta que, si bien hay algunos matices respecto de las versiones de los usuario(a)s, la distinción es más útil para efectos de la reflexión sobre la interculturalidad, y no tanto para los objetivos planteados en el estudio a nivel de la caracterización de las percepciones de los usuario(a)s.

La percepción de los usuario(a)s no Mapuches constituye de alguna manera algo análogo a un grupo control, en el sentido que permite confirmar o problematizar las hipótesis respecto de las percepciones o evaluaciones de los usuario(a)s Mapuches; no obstante, asistan al programa con una finalidad semejante. Si bien, la información recogida a partir de las entrevistas a las personas Mapuches puedan contener alusiones a motivaciones de tipo étnico, se debe tener en cuenta que este programa de salud intercultural no sólo tiene por objetivo el fortalecimiento de la identidad étnica, sino también constituir una alternativa válida a nivel de salud. De ahí la importancia que también sean entrevistadas personas no Mapuches, bajo el supuesto que en ellas no estaría presente una motivación étnica.

Por último, se debe mencionar que la totalidad de los usuario(a)s entrevistados habitan en la comuna de la Pintana. Esto corresponde a la decisión metodológica de que las personas seleccionadas presentaran como elemento adicional de pertenencia al programa el hecho de que habitaran la misma comuna. (Para ver más antecedentes generales relacionados con los usuario(a)s del programa ver anexo 4)

### **6.3.2 Entrevista a informantes claves del programa**

La gestión de los coordinadores del programa, tanto de la organización Taiñ Adkimn, como los del consultorios, no se circunscribe sólo a su relación con los usuario(a)s, sino que implica una trama de relaciones donde participan diferentes entes de la vida institucional; por tal razón, en el diseño de una tesis de esta naturaleza, es imperativo la participación de individuos de diferentes estratos que puedan realizar aportes significativos tanto en la comprensión de la política pública de salud y pueblos indígenas, como en la caracterización de los aspectos fundamentales de la implementación del programa de salud intercultural.

En el presente estudio, se consideró la participación de 3 ámbitos de información; seleccionándose para el caso de los usuario(a)s a 4 Mapuches y 4 No Mapuches con la idea de que iban a surgir diferencias significativas en lo que respecta a las motivaciones de asistencia al programa y percepción de utilidad. Sin embargo, en el trabajo de campo, aquellos supuestos no se confirmaron. Se hará mención de algunos matices en lo referente a como cada uno de los estamentos percibe la salud intercultural, no obstante, el objetivo de la investigación no será establecer diferencias entre la población Mapuche y no Mapuche con respecto al programa de salud intercultural. La muestra se cortó en 8 por saturación, debido a la reiteración de elementos en las entrevistas por parte de los informantes.

Para el ámbito de la Ejecución del programa de salud intercultural se realizaron entrevistas a cada uno de los tres informantes claves, que suministraron información relevante tanto para el objetivo de describir el proceso de ejecución, como también para los otros objetivos centrados en dar cuenta del perfil del usuario(a) y de la propia política de salud y pueblos indígenas.

#### **6.4 TÉCNICAS DE ANÁLISIS.**

La técnica empleada para las entrevistas fue el análisis de contenido como herramienta para la interpretación sistemática de los registros, así mismo, ésta técnica comandará el análisis de los documentos disponibles. Esto va a dar la posibilidad de acercarnos a diversos contenidos (latentes y/o manifiestos) de la comunicación que puedan emerger de las narraciones proporcionadas en las entrevistas y los discursos subyacentes de la política pública.

De acuerdo con la definición clásica de Berelson (1971), el análisis de contenido es una técnica para estudiar y analizar la comunicación de una manera objetiva, sistemática y cuantitativa. Krippendorff (1980) extiende la definición a un método de investigación para hacer inferencias validas y confiables de datos con respecto a su contexto. Es una técnica muy útil para analizar los procesos de comunicación en muy diversos contextos, por ejemplo para comprender los valores de una cultura y conocer las actitudes de un grupo de personas mediante la evaluación de sus expresiones verbales o escritas. Se efectúa por medio de la codificación, es decir, el proceso en virtud del cual las características relevantes del contenido de un mensaje se transforman a unidades que permitan su descripción y análisis precisos (ver tabla, anexo 10).

Para la codificación fue necesario definir según los criterios muestrales descritos anteriormente, los ámbitos de análisis y las categorías o tópicos que se desagregan de cada uno de los ámbitos. En el análisis de contenido se suele trabajar con categorías cerradas, exhaustivas y de preferencia mutuamente excluyentes (HERNANDEZ, R. ed all. 2007. CF Pág. 623-625), de tal manera que las unidades de análisis o fragmentos clasifiquen en las categorías de cada categoría o ámbito de análisis, sin embargo, debe mencionarse, que para este caso, hay contenidos que se rozan, de manera que no hay una diferencia marcada

en extremo entre los tópicos, sin embargo, su construcción obedeció a una profunda evaluación de la situación de estudio.

#### **6.4.1 Definición de los ámbitos para el análisis de contenido.**

Se han seleccionado tres ámbitos interdependientes para poder realizar un estudio transversal de la política de salud y pueblos indígenas en el contexto de la ejecución del programa de salud intercultural de la organización Taiñ Adkimn.

Estos ámbitos corresponden a los niveles desde los cuales se produce la información, cada uno con distintos rasgos y presunciones. Los tres ámbitos van de lo general a lo particular con el fin de obtener información que ilustre la experiencia intercultural como un todo que va desde la política hasta las impresiones coloquiales de los usuarios.

A continuación se mencionan los tres ámbitos que a su vez se desagregan en subcategorías o tópicos que pretenden ilustrar cada uno de los tres ámbitos:

#### **Ámbito 1: Política Pública de Salud y Pueblos Indígenas**

Se trata de los contenidos que hacen referencia al desarrollo de la política de Salud intercultural que se han tomado para revisar exhaustivamente y deducir sus metas, objetivos y resultados esperados, en los distintos proyectos en salud intercultural y en particular, el de la organización Taiñ Adkimn. Este ámbito se puede considerar como el más general, ya que sirve de marco normativo de la experiencia sobre la cual se desarrolla el estudio.

#### **Ámbito 2: Implementación del Proyecto de Salud Intercultural**

Corresponde a la descripción de la experiencia de salud intercultural desde la óptica de los ejecutores o coordinadores del programa. Este ámbito constituye un nivel intermedio en la experiencia intercultural vista como totalidad, ya que son los encargados de realizar la intervención con los usuarios y entregar las herramientas según las prioridades u objetivos que haya establecido el programa.

#### **Ámbito 3: Percepciones de Usuarios.**

Constituyen los destinatarios últimos de la política pública, o para decirlo de otro modo: su población objetivo. Este ámbito representa el nivel particular de la experiencia intercultural, en la medida que va a proveer descripciones, apreciaciones o significaciones, que sean relevantes para la retroalimentación del programa y de la propia política pública.

Para abordar los tres ámbitos de análisis, los informantes se seleccionaron de acuerdo a una serie de criterios que garantizaran el acceso a una información

fidedigna, que pudiera enriquecer la discusión tanto a nivel general, como en el plano particular de la experiencia intercultural. Los criterios como se menciona anteriormente, obedecen a una selección estratégica, donde se pusieron en juegos supuestos y antecedentes que nos condujeran a la validez de la muestra. Estos criterios fueron funcionales a la investigación, basados en la temporalidad, étnia y experiencia en el contexto de la salud intercultural. En la tabla (Estratos e Indicadores de Informantes Claves) del anexo N.8 se explicitan los criterios muestrales.

#### 6.4.2 Operacionalización de Categorías Según Ámbito de Análisis

<b>Ámbito 1: Política de Salud y Pueblos Indígenas</b>	
<b>Categorías</b>	<b>Definición</b>
<b>Interculturalidad y Relación entre Modelos Médicos.</b>	Cuando en el texto se hace referencia a conceptos o prácticas en torno a la interculturalidad. Las veces que en el texto se menciona la relación de prácticas médicas en cuanto a tratamientos, diagnósticos y protocolos de atención.
<b>Salud y Modernización en la gestión</b>	Entendido como las nociones y distinciones en torno a la salud y a las transformaciones a nivel del funcionamiento, gestión y prácticas médicas.
<b>Visión de la Política Pública</b>	Se refiere al propósito estratégico de la política pública, ¿hacia donde va?, ¿cuál es su finalidad?
<b>Metas y Resultados Esperados</b>	Cuando el texto se refiere a los resultados esperados de la política pública en materia de salud para los pueblos indígenas.
<b>Cumplimiento de Metas Institucionales</b>	Cuando en el texto se mencionan los logros del Estado en materia de salud.
<b>Participación y Toma de Decisiones</b>	Se trata de cuando aparece el tema de la participación y la toma de decisiones en el cuerpo de la política pública, dando cuenta de cómo la política de salud y pueblos indígenas estimula la participación social en la planificación, evaluación y gestión de las acciones encaminadas a la salud de los pueblos indígenas.

## Ámbito 2: Implementación de Programa de Salud Intercultural

Categorías	Definición
<b>Salud Intercultural en la perspectiva del Operador</b>	Cuando se refiere a los intercambios entre el modelo de salud Mapuche y el modelo de salud oficial y a cómo la asociación indígena y demás ejecutores del programa de salud intercultural entienden la política pública y los vínculos entre modelos médicos.
<b>Fortalezas y Debilidades del Programa</b>	Cuando se hace referencia a las fortalezas y debilidades del programa de salud intercultural en la óptica de quienes lo ejecutan.
<b>Coordinación de acciones</b>	El discurso hace referencia a cómo se organizan las prácticas y acciones en la línea de la interculturalidad. Disputas logísticas, espacios físicos y demás procedimientos administrativos.
<b>Descripción de Usuarios</b>	Consiste en la información suministrada por los operadores del programa sobre el perfil o características distintivas de los usuarios del programa.

## Ámbito 3: Percepciones de Usuario(a)s

Categorías	Definición
<b>Percepción de Machi</b>	Corresponde a las impresiones o nociones asociadas a la experiencia de ser tratado por la machi y estar en tratamiento con medicina natural Mapuche.
<b>Percepción de la experiencia en la ruca</b>	Descripciones que aportan los usuarios sobre cómo se sienten en la ruca.
<b>Nociones de Utilidad del Programa</b>	Corresponde a las nociones de los usuario(a)s sobre el bienestar logrado con el programa de salud intercultural y la utilidad de los servicios ofrecidos.
<b>Sugerencias de Mejoramiento</b>	Se refiere a las sugerencias o áreas de mejoramiento que los usuarios perciben a raíz de su participación en el programa.
<b>Motivaciones y Expectativas del Programa.</b>	Se refiere a las razones o motivos de los usuario(a)s por ingresar y permanecer en el programa, así como también lo que esperan de la intervención en salud intercultural.
<b>Percepción de Modelos Médicos</b>	Corresponde con las nociones aportadas por los usuarios sobre las diferencias y particularidades de los modelos médicos.

## **6.5 CALIDAD DEL DISEÑO Y CONDICIONES ÉTICAS**

La calidad y la validez del estudio están garantizadas por la credibilidad que otorga los mecanismos de recolección de información y análisis de la información. En éste sentido vale decir, que el marco metodológico contempla un conjunto de recursos técnicos que permiten traer a la superficie la información y los datos pertinentes al estudio.

Por otra parte, las sugerencias de la asociación Taiñ Adkimn y la información suministrada por ellos en cuanto a diagnóstico, situación familiar, evolución y tiempo de permanencia de las personas entrevistadas, contribuyó a que la muestra respondiera al propósito del estudio. Por otra parte, la asociación indígena ayudó a que el trabajo de campo pudiera realizarse mediante el pedido de cooperación a los usuario(a)s en función del estudio.

Para el caso de la información referente a los agentes ejecutores, la calidad del diseño está definida por la idoneidad de los informantes, en tanto que todos han estado inmersos en la implementación del programa de salud intercultural, y sobre ellos recaen decisiones importantes para su desarrollo y permanencia hasta ahora.

Otro criterio de calidad fue la aplicación de 2 entrevistas piloto para corroborar si efectivamente la pauta temática semi-estructurada daba cuenta de la información perseguida por el estudio, y si permitía a los informantes describir en profundidad la experiencia de salud intercultural de la Organización Taiñ Adkimn.

La transferibilidad de la información va a estar garantizada en la medida que se contará con registros escritos y documentación fidedigna en procura de la veracidad de la información y el acceso incondicional a la misma con propósitos científicos.

Las condiciones éticas se han asegurado tomando en consideración:

- Anonimato de los informantes.
- Confidencialidad de la información
- Respeto absoluto por las personas que suministran la información
- Neutralidad valórica
- Consentimiento de las personas en la participación del estudio. Uso estricto de los historiales clínicos para seleccionar los informantes.

## VII RESULTADOS

### 7.1 RESULTADOS OBTENIDOS EN EL ÁMBITO GENERAL DE ANÁLISIS: CARACTERIZACIÓN DE LA POLÍTICA DE SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS

La caracterización de la política pública de salud de los pueblos indígenas tiene por objetivo establecer el marco contextual y político en cual se llevan a cabo los proyectos de salud intercultural, entre los cuales se encuentra el proyecto de la organización Taiñ Adkimn de la comuna de la Pintana.

Esta caracterización tiene por objetivo además deducir los objetivos estratégicos de la política y los resultados esperados a nivel de salud y participación para poder cotejarlos con las percepciones y evaluaciones de los usuarios. De esta manera, se espera poner en evidencia a través de la experiencia de los usuarios y de su discurso como práctica social (Meersohn, C. 2005. Pág. 5), las vinculaciones con la política pública en el plano de las interacciones y prácticas cotidianas.

#### Consideraciones Generales

La primera edición de la política pública de salud y pueblos indígenas data del 2003 y fue realizada en conjunto entre el Ministerio de Salud y FONASA (Fondo Nacional de Salud). La segunda edición que se utilizó como fuente de información secundaria data del 2006, recuperando los acuerdos derivados de la reunión nacional del 2004 en concepción.

El documento reúne las disposiciones generales y orientaciones para el desarrollo de una política intercultural en salud en dos partes. La primera constituye el cuerpo de la política, donde se establece un marco conceptual para la formulación de la política, así como también, sus principios, propósitos, objetivos y estrategias a desarrollar.

El principal desafío que corresponde a esa primera parte es *“aportar a la construcción de un modelo de salud pública donde la equidad, la interculturalidad y la participación son los ejes ordenadores, como parte del proceso de reconocimiento y respeto por la diversidad cultural del país”* (MINSAL. 2006. Pág. 9). El cuerpo de esta política contiene una serie de lineamientos técnicos a desarrollar en la política pública con sus respectivos principios y estrategias:

- 1) Modelos de atención con enfoque intercultural
- 2) Reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y las prácticas de los sistemas médicos de pueblos originarios.
- 3) Participación Social.
- 4) Salud Familiar.
- 5) Promoción de la Salud
- 6) Aspectos Programáticos y de Gestión.



- 7) Salud Ambiental
- 8) Inversiones e Infraestructura.
- 9) Recursos Humanos.
- 10) El Fondo Nacional de Salud y los Pueblos Originarios.
- 11) Cooperación y Relaciones Internacionales.
- 12) Investigación

La segunda parte de la política de salud y pueblos indígenas contiene los antecedentes legales y globales que enmarcan la formulación de la política pública. Se revisan además antecedentes históricos e instrumentos internacionales vigentes como los siguientes:

- Designación del Decenio internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo.
- Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales de la OIT.
- Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas en las Américas.
- Reunión de Trabajo sobre Pueblos Indígenas de Winnipeg.
- Convenio Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial

En la política de salud y pueblos indígenas se pudieron encontrar los siguientes elementos que pueden ser útiles para inferir los objetivos estratégicos y los resultados esperados de la intervención a nivel intercultural.

### **7.1.1 INTERCULTURALIDAD Y RELACIÓN ENTRE MODELOS MÉDICOS**

#### **Definiciones Principales y Alcances**

La política pública parte con la declaración de la imposibilidad manifiesta del modelo médico tradicional de resolver todos los problemas existentes a nivel de salud. Esta declaración da cuenta de lo referido, en primer lugar a la definición de la OMS citada en el marco teórico (como pivote de tendencias alternas al modelo biomédico) y en segundo lugar, con lo que se ha denominado paradigma emergente. Esto refleja además que la construcción de la política de salud intercultural, toma como base la insuficiencia del modelo oficial frente a las demandas de salud, abriendo posibles enlaces con otros modelos que quizás si puedan intervenir y dar soluciones donde la medicina oficial no ha podido.

*“uno de los fundamentos para una política intercultural en salud, es el reconocimiento de que ningún sistema médico es capaz de satisfacer por si solo, todas las demandas de salud que presenta una población, lo que implica dejar de concebir el modelo oficial como el único” (MINSAL, 2006. Pág. 9).*

*“ Es urgente asumir que los pueblos originarios tienen conceptos de salud-enfermedad diferentes y que existen especialistas tradicionales para*

*enfermedades que el sistema de salud oficial nunca sabrá curar, pues no tiene códigos para entender su etiología y por tanto para su rehabilitación, y menos aún para su prevención” (MINSAL, 2006. Pág.9)*

En la definición del enfoque intercultural de la política pública, se deja entrever una especie de evolución paradigmática, donde se asume la existencia de especialistas tradicionales que curarían una serie de enfermedades, negadas al entendimiento de un médico oficial. No obstante, el carácter irreductible de los modelos médicos introduce complejidad, en la medida que se enfrentan dos modelos médicos, que en teoría tendrían un desarrollo disímil. Parecería una quimera, afirmar la puesta en práctica de un modelo de atención complementario, por el contrario, se deduce una imposibilidad en la intervención conjunta a raíz de la falta de códigos compartidos para entender la enfermedad.

*“demanda por respeto y valoración de la cosmovisión, en un marco integral de la concepción de salud, enfermedad y práctica de los pueblos originarios. Esto significa la consideración de los factores sociales, familiares y medioambientales en la atención” (MINSAL, 2006. Pág. 17).*

Dentro de lo que se entiende como interculturalidad, se asume la demanda por respeto de la cosmovisión, entendiéndola como un marco omnicomprensivo que otorga sentido a la cultura y las prácticas de un pueblo. Este reconocimiento se expresa en la política pública como una valoración de las concepciones de salud y enfermedad de los pueblos originarios, en la integralidad en los conceptos de salud y enfermedad y en la promoción de un sistema de salud incluyente. No obstante, ¿Qué implica la valoración de una cosmovisión distinta de la dominante? Parece haber una apuesta en el discurso que todavía no dimensiona sus pretensiones de integración, entendiendo el asunto étnico como una configuración estable de la cual se extrae la esencia de lo Mapuche para que interactúe con el modelo occidental, sin considerar los fenómenos de fragmentación e interpenetración que han sufrido las prácticas y que demandaría una comprensión más cercana a la complejidad de las relaciones interétnicas.

### **Aspectos a Considerar**

La valoración de la cosmovisión Mapuche, pasa también (políticamente) por el reconocimiento singular como Pueblo Originario, lo que contrasta con lo que se menciona anteriormente sobre los Mapuches como parte del pueblo chileno.

*“Un principio rector en que se puede manifestar la interculturalidad en salud, es la complementariedad de sistemas médicos, lo que no constituye una relación obligada. Se propone un acercamiento del equipo de salud con los especialistas de la medicina indígena, que permita derivar e intercambiar conocimientos cuando se estime necesario, por ejemplo, a través del estudio de casos. Este cambio de actitud de los equipos técnicos debe basarse en respeto por los conocimientos del otro y la generación de espacios de confianza que den lugar a la complementariedad entre ambas medicinas” (MINSAL, 2006. Pág. 25)*

Las pretensiones de horizontalidad constituyen en la política pública el vector de las relaciones interculturales entre los modelos médicos. Este proceso interactivo incluye el tratamiento conjunto de casos, mediante la redefinición de los protocolos clínicos, de atención y evaluación. Si bien, esta relación se entiende teóricamente posible, depende de la voluntad de los agentes de salud para compartir información. El hecho de que la relación de los sistemas médicos no sea obligada, deja un espacio abierto para la construcción intercultural o la propia hermetización.

Las bases conceptuales para concebir un modelo de salud intercultural existen, sin embargo, la legitimación del concepto no es suficiente para que coexistan los dos modelos en una relación de armonía, mucho menos cuando el tema étnico le agrega otro tipo matices. El desafío actual sería evidenciar los resultados de la coexistencia formal de ambos sistemas médicos y desde allí generar estrategias y propuestas que apuntaran a la construcción de un sistema de salud abierto e incluyente. Esta descripción escapa a los propósitos de esta investigación en la medida que es un proceso exploratorio, y por ahora, lo que nos es posible corresponde a una descripción de las relaciones interculturales que apenas se están gestando.

La interculturalidad según esta primera aproximación a la política pública, no es algo obvio, ni algo que este dado. Es un proceso de negociación de conocimientos, prácticas y elementos culturales, que la política pública puede propiciar pero no garantizar.

## **7.1.2 SALUD Y MODERNIZACIÓN EN LA GESTIÓN**

### **Definiciones Principales y Alcances**

La política pública asume que el enfoque biomédico a contribuido directamente a un proceso de aculturación y declara la práctica histórica de la homogenización y la subordinación, lo cual establece un punto de partida para hacer viable la implementación de prácticas interculturales mediante esta suerte de *me a culpa*. La política de salud y pueblos indígenas se erige como una medida favorable al reconocimiento de las prácticas medicinales de cada pueblo, tomando el reconocimiento de la deuda cultural como fundamento para la implementación de la política pública bajo el supuesto que esta contribuirá a la superación de los errores cometidos en el pasado.

*“En salud, la preeminencia del enfoque biomédico y sus avances han llevado a tratar el individuo sin considerar el respeto a su entorno y a su cultura, situación a la que Chile no se excluye. Las intervenciones se realizan desde una perspectiva que homogeniza a la población y pasa por alto las particularidades de los diferentes pueblos. A esta subordinación se agrega la ausencia de políticas favorables, los procesos de aculturación, la implantación de modelos exógenos de*

*desarrollo y una globalización acelerada de la información” (MINSAL, 2006. Pág. 15).*

El modelo de atención, entendido como el marco conceptual y de prácticas en el cual se produce la relación entre el usuario(a) y el proveedor de servicio, constituye un elemento medular en la difusión de los objetivos a nivel intercultural. El modelo de atención es por decirlo así, el rostro visible del enfoque intercultural. La política pública centra sus esfuerzos en transformar el modelo de atención hacia un dimensionamiento oficial de los pueblos originarios en la prestación de servicios, lo cual conlleva a la incorporación de facilitadores, señalética, agentes de salud indígena y demás formas y contenidos que ponen al alcance de la población indígena una modalidad de atención acorde a sus necesidades.

*“Los nuevos desafíos se sitúan entonces en continuar trabajando en el diseño de instrumentos específicos, protocolos u otros, que den cuenta en el modelo de atención de un enfoque intercultural y que apunten a la disminución de desigualdades sociales en salud”. (MINSAL, 2006. Pág. 10)*

La clave de la materialización del enfoque intercultural reside según la política pública en las innovaciones correspondientes al modelo de atención, entendido como la aplicación de instrumentos y protocolos con pertinencia cultural, bajo el supuesto de que el modelo oficial no ha contribuido todavía la disminución de las desigualdades sociales, ello la obliga a privilegiar también la variable de reducción de la pobreza, por encima del fortalecimiento de lo étnico.

### **Aspectos a Considerar**

La transformación del modelo de atención vendría a ser la cara visible de la política pública, expresada en la incorporación de la machi en el servicio o de facilitadores interculturales o la misma implementación de protocolos de atención intercultural o el suministro de medicina natural. Sin embargo como se reconoce en la misma política de salud y pueblos indígenas, si bien, la construcción del modelo intercultural constituye un espacio de diálogo como parte del reconocimiento hacia los indígenas, por si solo no es suficiente para avanzar en una demanda más amplia de reconocimiento constitucional, más aun cuando las relaciones de poder o las cuestiones identitarias condicionan la voluntad de los actores en la relación intercultural.

*“En este marco, la construcción de un modelo de atención acorde a las necesidades y características culturales de la población indígena en Chile, es un desafío y un proceso en desarrollo, que se enmarca en el cambio del modelo de atención, en el que se reconocen distintas etapas, desde el enfoque bio-médico, a uno biopsicosocial y finalmente, a uno más integral, que incluya aspectos culturales, espirituales, religiosos y ambientales” (MINSAL, 2006. Pág. 24).*

El modelo de atención vendría a ser la punta del iceberg, en la medida que no evidencia todo el andamiaje de la política pública, aun así constituya un avance significativo en la incorporación de prácticas interculturales en la sociedad chilena.

El modelo intercultural de salud desarrollado en la política pública responde a un enfoque de modernización, donde el reconocimiento de la cosmovisión de los pueblos indígenas, la inclusión de prácticas medicinales originarias o la pertinencia cultural vendrían a ser parte en una *canasta* de mejoramiento en el servicio de salud público, como una respuesta operativa del sistema para elevar la calidad del servicio a la población indígena en particular.

*“Igualmente, en el marco de las políticas de modernización del Fondo Nacional de Salud (FONASA), se están llevando a cabo una serie de iniciativas orientadas a mejorar el Servicio Público de Salud, y relevar los derechos de los usuarios. Los programas de Oportunidad de la Atención, Atención Preferente al Adulto Mayor, Firma de compromiso con los beneficiarios y FONASA móvil, manifiestan la voluntad de FONASA de mejorar su oferta de servicios a la población”. ” (MINSAL, 2006. Pág. 16).*

Es difícil precisar si lo que se privilegia con la política de salud de los pueblos indígenas es el mejoramiento de la calidad del servicio como parte del enfoque de modernización de FONASA o el reconocimiento de las manifestaciones culturales como se destaca en Ley Indígena. Sin embargo, lo que si se deduce es la presencia de FONASA, como un ente unificador de las problemáticas en salud indistintamente de la población a quien vaya dirigida sus acciones o estrategias.

### **7.1.3 VISIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA**

#### **Definiciones Principales y Alcances**

El reconocimiento de que el modelo de salud pública con enfoque intercultural está en construcción, podría ser un indicador de que la equidad y la participación no constituyen todavía una práctica instalada. Como tampoco lo sería el respeto hacia la diversidad cultural.

*“el principal desafío que se establece es aportar a la construcción de un modelo de salud pública donde la equidad, la interculturalidad y la participación son los ejes ordenadores, como parte del proceso de reconocimiento y respeto por la diversidad cultural del país” (MINSAL, 2006. Pág. 9)*

*“Considerando que la incorporación de un enfoque intercultural en salud pasa por la generación de una nueva forma de entender las relaciones de unos y de otros. Está claro que salud no puede con todo y que es el Estado en su conjunto, el llamado a producir un gran cambio cultural, no solo por la necesaria pertinencia de sus políticas hacia los pueblos indígenas, sino por lograr una mayor justicia social y reparación histórica” (MINSAL, 2006. Pág. 10)*

El enfoque intercultural debería materializar en términos de salud una nueva relación entre el Estado y los Pueblos indígenas, donde el primero es el llamado a abanderar el cambio cultural, a razón también de la deuda histórica que mantiene con los Pueblos indígenas.

### **Aspectos a Considerar**

Reconocer la inmadurez de una política es implícitamente, reconocer sus posibles defectos. No obstante, en el discurso, aparece una apuesta a futuro bajo el supuesto que es necesaria la construcción de un modelo de salud pública intercultural encaminado a superar principalmente la brecha de equidad.

El Estado en este contexto, es llamado a liderar el posicionamiento del asunto indígena en la agenda pública, lo cual explica su interés por desarrollar políticas concernientes al fortalecimiento de la identidad, dado que en esta búsqueda de visibilidad de los elementos simbólicos étnicos, la política parece más inclinada a difundir el nuevo trato, como un alcance en la visión de la política pública.

## **7.1.4 METAS Y RESULTADOS ESPERADOS**

### **Definiciones Principales y Alcances**

En la política pública de salud y pueblos indígenas, los indicadores de gestión ocupan un lugar primordial, destacando la importancia de mantener y mejorar los logros sanitarios alcanzados en las distintas esferas de las que históricamente se ha hecho cargo el sistema oficial de salud. La mortalidad infantil, la morbilidad por enfermedades infecciosas o la disminución de mortalidad por enfermedades cardiovasculares o VIH/SIDA, constituyen problemáticas globales de salud que traspasan las fronteras de lo étnico en la medida que son objeto de programas e intervenciones de los distintos organismos internacionales.

*“Mantener y mejorar los logros sanitarios alcanzados: a nivel nacional, las acciones en el marco de este objetivo se orientarán a mantener y mejorar los logros sanitarios alcanzados en mortalidad infantil, morbilidad por enfermedades infecciosas, salud mental, entre otros (...) Por otra parte, se espera disminuir la mortalidad por cardiovasculares, cánceres, respiratorias, diabetes, VIH/SIDA y traumatismos” (MINSAL, 2006. Pág. 19).*

En definitiva, involucra en la práctica las pretensiones mencionadas en torno a la modernización de la gestión, en la medida que la salud de los pueblos indígenas entra a representar un hito más en el alcance de los objetivos sanitarios. Los usuario(a)s son la objetivación de los logros sanitarios, pero en la realidad cotidiana, lo que le importa al usuario(a) es sentirse bien y no es conciente de que hace parte de una cifra global

*“Proveer servicios acordes a las necesidades y expectativas de la población. Se formulan metas en materia de protección en salud, acceso, calidad, autorización sanitaria, acreditación de establecimientos y satisfacción usuaria. En relación al acceso, se plantea lograr mayor equidad en la atención de salud a los grupos desprotegidos y pertenecientes a quintiles de menores ingresos, a través de la implementación de un plan garantizado de acceso”* (MINSAL, 2006. Pág. 19)

Proveer un servicio acorde a la población está más ligado en la política pública a asegurar indicadores de calidad. Se priorizan variables socioeconómicas y se posiciona el asunto intercultural como un problema de salud pública, más que de índole cultural. Sin embargo en las experiencias de usuario(a)s es posible de constatar que las metas en protección de salud están presentes en el discurso, bajo una visión amplia que incluye elementos de identidad y desarrollo socioafectivo.

### **Aspectos a Considerar**

El funcionamiento con estándares de calidad no es algo de lo que esté eximida la política de salud y pueblos indígenas. El enfoque de salud intercultural sería el resultado del mejoramiento de la calidad de servicio de salud pública, un ítem más dentro de lo estándares que reflejan la aspiración de mejorar la gestión y de regular todos los procesos atinentes a la salud. El programa de salud intercultural apuntala una forma de intervención que aprovecha el discurso de la identidad cultural como recurso de difusión y promoción de la salud pública, reforzando el mantenimiento de los logros sanitarios en un escenario de pertinencia cultural.

*“Formular Protocolos de atención con enfoque intercultural (...) Establecer estándares de calidad de atención con enfoque intercultural que permitan la acreditación de las acciones”.* (MINSAL, 2006. Pág. 26).

Las prácticas originarias funcionan en el contexto de la calidad, no son rituales o intervenciones aisladas, sino que se enmarcan en una búsqueda de resultados a nivel de salud, donde tener indicadores de satisfacción y de control de la información representa un plus dentro del servicio. Las prácticas originarias se han acoplado al modelo de gestión bajo la perspectiva de la modernización. Cabe preguntarse si la interculturalidad asume de manera inherente, el hecho que las prácticas originarias se deban llevar a cabo en el marco de una gestión moderna.

En este contexto de prácticas de salud ancestrales desterritorializadas, la interculturalidad vendría a ser ese fenómeno discursivo que amortigua los procesos sociales y disputas interétnicas que tienen lugar en el contexto urbano, creando la necesidad de negociación de conocimientos y saberes, bajo una lógica moderna emergente.

## 7.1.5 REFERENCIA A LOGROS INSTITUCIONALES

### Definiciones Principales y Alcances

La política pública se enfoca en la preocupación por extender el servicio a la población indígena. Al mismo tiempo se evidencia la centralización del servicio y el tratamiento de las necesidades de la población indígena a nivel de salud a través de un solo organismo nacional, lo cual debería garantizar el acceso a un servicio de salud con equidad e igualdad. La centralización del servicio de salud como estrategia clave para el aseguramiento de las prestaciones, identifica al usuario(a) Mapuche como un destinatario del servicio público de salud al igual que el resto de los chilenos.

*“En lo que respecta a los pueblos originarios, FONASA ha localizado algunos de estos programas en comunas de alta concentración indígena y ha abierto una línea de mejoría de información a los usuarios indígenas, con el objetivo de dar a conocer el plan de salud, que reciban información, se sientan beneficiarios nuestros y reconozcan a FONASA como su asegurador en salud. La meta nacional en una primera etapa fue informar a 10.000 personas”* (MINSAL, 2006. Pág. 16).

*“Especialmente en la última década ha habido una creciente inquietud y muestras de reconocimiento y preocupación por las condiciones de vida y deficiencia en salud que afrontan la mayoría de los pueblos indígenas, donde aún las determinantes sociales han sido insuficientemente estudiadas”* (MINSAL, 2006. Pág. 13).

De tal manera, el reconocimiento por las condiciones de vida de la población indígena y los avances en calidad de vida del último decenio, referenciados en la política pública, constituyen en ella más que una justificación para continuar en la perspectiva de sostener los logros sanitarios y superar las brechas en accesibilidad y equidad.

La política pública, dentro de sus alcances, hace también mención la Ley 19.253 o Ley Indígena y la creación de la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI) a partir del acuerdo en Nueva Imperial de 1989. Resaltando con ello los hitos de la Concertación en materia indígena.

*“En la primera década de gobiernos de la concertación de Partidos por la Democracia nace un proceso de trabajo con los pueblos originarios, que parte con el Acuerdo de Nueva Imperial (1989), inicio de una nueva relación entre el Estado y los pueblos indígenas. Durante el gobierno del presidente Aylwin se formó la Comisión Especial de Pueblos Indígenas (CEPI) y con ella se formuló la Ley Indígena y se creó la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI), institución responsable de velar por dicha ley”. ”* (MINSAL, 2006. Pág. 14)



Este reconocimiento constituye una apertura para la incorporación de prácticas interculturales. Sin embargo, y como se ha mencionado en otros apartes del texto, el hecho que no se haya ratificado el Convenio 169 de la OIT y con ello, el estatus de Pueblo Originario, también puede influir en la profundidad de la política pública en su aspiración de representar los intereses de la población Indígena a nivel de salud.

### **Aspectos a Considerar**

Es posible observar cómo la política pública capitaliza el enfoque de pertinencia cultural a fin de matizar sus lineamientos más proclives a la modernización del sistema, produciendo un efecto neutralizante en busca de atenuar las resistencias del movimiento étnico. Si bien, las metas sanitarias a nivel nacional siguen siendo las mismas, se incorporan elementos de identidad étnica para la adaptabilidad de la política, lo que podría resultar ingenuo si se tiene en cuenta las particularidades y desencuentros en la implementación de elementos simbólicos originarios del pueblo Mapuche (atención de machi, señalética en Mapudungu, facilitador cultural, etc.) en un contexto urbano de configuraciones interétnicas.

La política pública de salud y pueblos indígenas interpreta de forma recurrente la correlación entre la salud y la situación socioeconómica. El enfoque de pertinencia cultural se incorpora como un elemento para contextualizar la intervención en salud, hacerla más pertinente o comprensible para el usuario. Sin embargo, parecen ser la situación de pobreza e inequidad lo que moviliza estructuralmente el propósito de la política pública.

## **7.1.6 PARTICIPACIÓN Y TOMA DE DECISIONES**

### **Definiciones y Alcances**

Se considera un empoderamiento de los pueblos indígenas sobre la base de su participación en la formulación, planificación e implementación de programas de salud. La participación se entiende aquí como el uso de las herramientas legitimadas de participación frente al Estado Chileno, como es el caso de la figura de las organizaciones indígenas.

*“La Política de Salud y Pueblos Indígenas busca también garantizar la participación de los pueblos originarios en la planificación, implementación, seguimiento y evaluación de estrategias destinadas a mejorar el estado de salud, accesibilidad, calidad y pertinencia de las acciones sanitarias orientadas a la población indígena” (MINSAL, 2006. Pág. 23)*

En el contexto de la modernización en salud, la participación indígena se considera requisito indispensable para el desarrollo de programas. Se circunscribe en una lógica de gestión donde los procedimientos de control y evaluación son exigidos para la aplicación de programas en el marco de la política pública.

*“La participación indígena es un requisito indispensable para el desarrollo de programas, planes locales y regionales, no limitándola a las etapas de diagnóstico y levantamiento de necesidades. Se debe considerar la participación de los pueblos originarios en la gestión, control, y evaluación de programas de trabajo, avanzando con ellos en el afianzamiento de su reconocimiento y valoración de su aporte a la construcción de la salud como un bien colectivo”. (MINSAL, 2006. Pág. 29).*

Se estima que la construcción del modelo intercultural debe potenciarse con mecanismos de autogestión a través de los cuales, los pueblos indígenas puedan tener ingerencia en las estrategias destinadas a identificar las problemáticas de salud y a su intervención con pertinencia cultural. La política pública abre los espacios para un posible agenciamiento de identidad étnica. Sin embargo, su plausibilidad parecería condicionada por la adaptabilidad a requerimientos técnicos que provienen del sistema occidental: Planificación, medición, evaluación, control de calidad, etc.

### **Aspectos a Considerar**

Los agenciamientos étnicos parecen desarrollarse dentro de una lógica moderna, lo cual implica un margen de acción dentro de los límites que plantea la relación interétnica. Cómo favorecer el fortalecimiento de la identidad étnica a partir de las lógicas y herramientas modernas disponibles, constituye una pregunta esencial hacia los propios ejecutores de los programas enmarcados en la política de salud y pueblos indígenas en la medida que reconozcan o no su propia ubicación dentro de las formaciones de poder moderno.

Este cuestionamiento podría dar luces sobre cómo se hace efectiva la práctica de la interculturalidad, vista desde la relación de poder o de disputa entre los administradores estatales del servicio de salud y la organización ejecutora del proyecto, para este caso particular, Taiñ Adkimn.

La búsqueda de resultados en materia sanitaria se mimetiza con el afán de reconocimiento de los Pueblos originarios, produciéndose una modalidad de interculturalidad, no como diálogo plural de culturas, sino prestación restringida, donde cada modelo recibe u oferta de acuerdo a la autocomprensión de sus límites, con una serie de prácticas y concesiones que atañen en alguna medida más a uno que a otro.

El sistema oficial condiciona a través del modelo de gestión la implementación de prácticas medicinales originarias, que dada su desterritorialización, conlleva una serie de vacíos administrativos, adaptaciones logísticas y de reformulaciones prácticas, que dan cuenta de la plasticidad del sistema de salud indígena para incorporar herramientas que provienen originalmente de formas de administración modernas.

## **7.2 RESULTADOS OBTENIDOS EN EL ÁMBITO INTERMEDIO DE EJECUCIÓN: CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN.**

El proceso de implementación del programa de salud intercultural de la organización Taiñ Adkimn, se origina como bien se mencionó en párrafos anteriores, en el consultorio Santo Tomas de la comuna de La Pintana en el marco de la política de salud y pueblos indígenas, impulsada por el Servicio de Salud Sur Oriente.

Las siguientes precisiones analíticas sobre el proceso de implementación tienen por objetivo describir la experiencia intercultural en la perspectiva de dos informantes que han vivido de cerca el proceso desde dos ópticas distintas, uno como miembro activo de la organización Indígena Taiñ Adkimn, quienes se han encargado de gestionar la experiencia de salud intercultural con el servicio (SSSO) y el Departamento de Salud Municipal, difundirlo e intervenir en las familias inscritas en el programa. Por otro lado, la visión de un agente clave en la gestión del consultorio Santo Tomas (dependiente del SSSO), donde inició el programa y que tuvo la responsabilidad de generar el espacio y las condiciones logísticas y administrativas para su implementación.

Esta caracterización tiene por objetivo además problematizar la instancia de la implementación, como un espacio intermedio donde se crean enlaces entre los modelos, pero que al mismo tiempo, es definido étnicamente y políticamente por lo que representan, lo cual decide también los lugares que ocupan en la implementación y las características predominantes en su forma de gestión.

De este análisis se desprenden algunos nexos entre la política pública y las percepciones de los usuarios, con lo cual se espera enriquecer tanto el contexto para el análisis de las percepciones, como para una retroalimentación positiva al programa y a la política pública a un nivel macro.

### **7.2.1 INTERCULTURALIDAD EN LA PERSPECTIVA DEL OPERADOR**

Las prácticas interculturales se producen en el contexto del paradigma científico occidental, en la medida que las prestaciones de conocimientos se realizan entre profesionales de las ciencias sociales y no con el agente de salud Mapuche. La instancia de comunicación se da a través del mediador cultural, quien hace la función de puente.

Esto refiere un primado del modelo de salud occidental, en la medida que los profesionales Mapuches, hablese de psicólogos o asistentes sociales, se comunican a través de los códigos del sistema de salud predominante. La machi, como figura excluyente del modelo de salud Mapuche, permanece a raíz de las barreras idiomáticas y culturales, al margen de los nexos interculturales. Esto viene a ser ilustrativo para contrastarlo con el furor adaptativo referido en el marco teórico, donde la machi interpela la lógica adaptativa en su búsqueda de lo propio.

Ella desde ese lugar (estirpe) que le impone su figuración simbólica, es capaz de prescindir de los mecanismos de control y toma de decisiones disponibles y desde ese repliegue, cumple su papel en el encuentro intercultural.

El diálogo entre los dos modelos de salud se da instrumentalmente a través de quienes entienden los códigos occidentales y Mapuches. Sin embargo, al ser la machi una figura primordial en la cosmovisión Mapuche, se produce la pregunta de cómo logra articularse a los procesos interculturales si requiere ser interpretada sistemáticamente por voceros o mediadores.

*“Si, hay comunicación entre los psicólogos, asistente social que trabajan en el programa de salud intercultural... se produce comunicación informal (...) con la machi no. Porque la machi, bueno, lo que nosotros deberíamos tener acá es tener un mediador intercultural, que en el fondo es el vocero de la machi para con nosotros, que hace de mediador; se comunica con los equipos de salud y con el machi” (DR. NO MAP)*

*“pero la machi de acá no la he visto digamos, pero eso es un tema, el tema es que la machi necesita tener unos espacios más parecidos al tema central de ellos que es la ruca. (...) se le puede dificultar a ella la comunicación con el otro mundo porque ella a pasado toda su vida, no cierto en función de ese tipo de medicina y creo que es posible, no lo se, digamos que la machi jamás haya concurrido a ver un mdico tradicional, es posible, no lo se. Quizás ella diga, esa es la medicina de ellos, y acá estoy yo, no necesito de esta otra alternativa.” (DR. NO MAP).*

La comunicación entre ambos sistemas médicos se vuelve cada vez menos probable entre más representan a una cultura específica. La interculturalidad se hace posible en un espacio entremedio, ni primigenio ni colonizador. Es el espacio donde se ubican los ejecutores, en el cual los intercambios culturales se materializan mediante el tránsito por distintas trayectorias que realizan entre los dos modelos, y en las adaptaciones de prácticas y conceptos que deben llevar a cabo para dar vida a las experiencias. El hecho de que la machi simbolice la medicina ancestral, la convierte en un personaje estratégico de la política de salud intercultural como icono Mapuche, y a la vez inasimilable por su misma distancia con la cultura dominante, complejizando de esta manera, el funcionamiento del sistema de salud oficial.

De alguna manera esta impermeabilidad de la machi no es conmensurable con los objetivos de la política pública, entendida como ejercicio de complementariedad de los sistemas médicos, si lo que está en juego es un acercamiento o encuentro de las prácticas y conceptos que definen a un modelo u otro. La machi no parece encontrar eco o resonancia en el consultorio en la medida que su presencia es valorada pero no articulada al quehacer del consultorio, su diagnóstico y procedimientos tienen valor en su cultura y para los pacientes que se atienden bajo el enfoque intercultural, pero no para la lógica funcional del consultorio ni del modelo de salud oficial. Vale preguntarse si esta es una forma de cabida o de alojamiento que tolera el sistema frente a lo que es en apariencia intratable.

*“por ejemplo, el ministerio de salud habla de un modelo con enfoque familiar comunitario. Y resulta que es lo mismo que se da con la visión Mapuche, es así. Tiene que ser una medicina familiar comunitaria. Entonces, en el fondo el enfoque, talvez va a ser el mismo desde la mirada nuestra, desde la mirada mapuche al de la mirada occidental. Pero donde yo creo que van a estar las grandes diferencias, tiene que ver como la intervención en sí.”* (M. 46. COO. MAP).

Las prácticas de intervención Mapuches parecen asimilarse a las del modelo oficial en el componente familiar comunitario. Si vemos la trayectoria de los modelos de salud nos damos cuentas de que tiene sentido esta familiaridad en la práctica, gracias a la evolución del paradigma de salud oficial hacia un modelo social-comunitario. Desde la perspectiva del operador parecen resaltar aquellas similitudes, quizás por que están en condiciones de asimilarlas, procesarlas y capitalizarlas.

Estas similitudes aparecen como pruebas visibles de que la complementariedad de los modelos médicos es posible en la perspectiva de los ejecutores, no obstante, las particularidades en la intervención marquen una diferencia notoria entre los dos sistemas de salud.

Las particularidades en la intervención residen en las prácticas autóctonas revitalizadas en el contexto urbano por la figura de la machi. Una vez, como lo mencionamos en el párrafo anterior, el ejecutor hace entendible la interculturalidad a partir de prácticas y conceptos que gozan de cierta plasticidad. Si embargo, esas intervenciones que marcan las diferencias entre un modelo y otro parecieran inconmensurables a la hora de avanzar en la idea de una interculturalidad plena.

*“Mira, yo creo que acá lo que esta pasando es que en el fondo, indirectamente lo que nosotros no pensamos que iba a pasar era que se iba a producir esta demanda de la sociedad civil. ¿Ya? Pero que inconcientemente la hemos ido asumiendo sin ningún problema, todo lo contrario, creo que esto va a ayudar un poco más a la sociedad civil a sensibilizar sobre sus raíces, a donde están sus orígenes, ¿ya? Muchos de ellos dicen... “si yo me tomo una agüita de palco pa tal cosa, o una agüita de menta para tal cosa “Y en el fondo ahí ellos están haciendo medicina Mapuche.”* (M. 46. COO. MAP)

La interculturalidad es entendida como un reconocimiento de que la medicina Mapuche ha estado en la sociedad chilena desde antes de hablar de interculturalidad. En este sentido, la incorporación de estas prácticas pareciera tratarse de una actualización de algo que ya se encuentra instalado en el inconciente popular. La interculturalidad vista además como las prestaciones de servicios de indígenas a la población chilena no indígena es entendida como un instrumento de sensibilización o difusión.

Esta demanda que plantea “la sociedad civil” de la cual se hace cargo la asociación Taiñ Adkimn a través del servicio de atención de machi, es capitalizada

para aumentar los rendimientos del enfoque intercultural en salud, sin embargo, esta demanda por parte del consultorio no es aprovechada, no existe una necesidad de producir mayor difusión y se impone la ausencia de protocolos de atención, capacitación e instrumentos para canalizar las necesidades de la población No Mapuche hacia la atención de la machi.

*“Si hay algunas diferencias, y eso se ve en la misma atención de la machi. Por ejemplo, la primera diferencia es que la machi les pregunta si hablan Mapudungun. Si la persona, el usuario es indígena y habla Mapudungun, toda su atención es en su idioma. Eso es lo primero. Lo segundo es que se genera otro tipo de relación, porque primero empieza como una conversación “de qué lugar es usted, de qué territorio es usted” y ahí se genera primero el vínculo territorial, ¿ya? Y luego empieza una conversación más formal que se da siempre entre los Mapuches, y luego se viene el diagnóstico. En cambio la persona no indígena, bueno, la atención es en castellano. Si tu te fijas, los valores propios de la cultura Mapuche, se rescatan y se fortalecen en la misma atención de la machi. En cambio en la otra atención no.” (M. 46. COO. MAP).*

Las diferencias que podrían definir el enfoque intercultural están dadas por la modalidad de la atención brindada a usuario(a)s Mapuches y no Mapuches. Se apela a una forma de identidad primigenia donde el idioma y el origen territorial constituyen el marco en que la relación médico-paciente se vuelve fecunda. De ahí que interculturalidad sea entendida desde esta perspectiva como una mayor preocupación por las prestaciones de salud entregadas a los usuarios(a)s indígenas, considerando elementos culturales claves como el uso de Mapudungun en la consulta o el vínculos geográfico de la persona. Sin embargo, la complementariedad o el entremedio de los modelos médicos permanece ausente.

La interculturalidad hace referencia entonces a la pertinencia cultural de las intervenciones y al fortalecimiento de los valores indígenas más que a las vinculaciones o posibles enlaces entre modelos médicos, lo cual nos lleva a pensar nuevamente en los desafíos de la interculturalidad, si pensamos en que las condiciones para construir identidad, sería justamente la diferencia, lo que me distingue, ese *otro constitutivo* (Hall, S. 1996. Pág.19).

Si el foco de la intervención intercultural está determinado por el rescate de lo propio, de lo casi incontaminado por el contexto moderno, los posibles enlaces con la medicina occidental o la transformación de la relación médico – paciente, donde se pusieran al servicio los saberes de cada uno de los modelos desde sus particularidades, y desde ahí, producir el encuentro con el otro, parecería improbable.

*“La medicina tradicional tiene sus cosas buenas, tiene elementos científicos que la respalda, ciertamente la medicina intercultural o la medicina Mapuche tiene o hay todo un tema ancestral, un tema de respeto a esa cultura, que es parte de la cultura del pueblo chileno” (Dr. NO MAP).*

Para la valoración de la Cosmovisión Mapuche en el contexto de la salud, vemos la implicancia de los rendimientos científicos que se mencionan en el párrafo como el valor agregado de la medicina occidental, mientras que la medicina Mapuche vendría a tener netamente un valor cultural.

*“yo creo que el camino, como te decía antes, es que nosotros tengamos protocolos, tengamos guías clínicas, tengamos formas de cómo esta referencia sea lo más eficiente posible y podamos tener buenos reportes de parte de los que manejan este tema con los reportes que nosotros enviamos a ellos, y al final... este es el tema central, nosotros estamos aquí para eso” (Dr. 48 NO MAP).*

La implementación de las prácticas interculturales se entiende principalmente como la articulación de la medicina Mapuche en el andamiaje del sistema médico oficial a través de la protocolización de las prestaciones de servicio en salud Mapuche. La realización de reportes, guías clínicas, interconsultas e informes, constituye una forma de sistematización de datos relevante al sistema médico oficial. Aquí se observa un primado de la función administrativa eficiente en la pretensión de interculturalidad, donde poder cuantificar las atenciones y convertirlas en un indicador de gestión, representa un aspecto relevante, esperable en las prácticas interculturales.

El programa de salud intercultural de asociación Taiñ Adkimn no cuenta con una sistematización rigurosa y publicada de los registros de atención, lo cual, es leído por el sistema de salud oficial (que a su vez aporta a la financiación del programa) como una debilidad.

Estos aspectos técnicos y administrativos se contemplan especialmente en la política de salud y pueblos indígenas (en la categoría del enfoque de modernización) y son asimilados en el plano de la ejecución, ya sea a nivel de exigencia que hace el sistema de salud oficial (representado por el SSSO) para poder dar cuenta de los indicadores de gestión del programa, o ya sea por los ejecutores de la asociación Indígena Taiñ Adkimn, quienes tratan de acoplarse a estas exigencias y reportar los logros obtenidos. Sin embargo, el agente de salud Mapuche, permanece al margen de estas dinámicas administrativas.

*“la medicina tradicional tiene sus cosas buenas, tiene elementos científicos que la respalda, ciertamente la medicina intercultural o la medicina Mapuche tiene o hay todo un tema ancestral, un tema de respeto a esa cultura” (Dr. 48 NO MAP).*

La interculturalidad es entendida como el aporte diferencial de cada uno de los modelos médicos en la comprensión y tratamiento de la enfermedad del paciente. Para el caso de la medicina oficial, la base científica vendría a ser el elemento diferenciador, mientras que para la medicina Mapuche, el valor cultural. Estas mismas distinciones parecen ser expresadas en los usuario(a)s del programa, quienes acuden a la machi o al médico occidental dependiendo de la naturaleza de la patología y de acuerdo a los rendimientos de cada modelo de atención frente a la dolencia del paciente.

Si la medicina Mapuche es valorada en el marco de la interculturalidad por su pertinencia con los pueblos indígenas, ¿qué sucede con la enfermedad que ha sido tradicionalmente abordada por la medicina occidental? ¿Cómo incorpora el concepto de la machi un médico occidental a la hora del tratamiento de un cáncer u otra enfermedad catastrófica? ¿Cuáles patologías son endosables al tratamiento ancestral? Esta es una reflexión pendiente en la medida que involucra un camino posible de articulación entre la ciencia y el elemento cultural en el contexto de las prestaciones de servicio en salud.

*“Si, ahora, yo creo que el gran merito que tiene la machi, digamos, hay una parte en que nosotros derechamente no tenemos mucho que decir, que es el tema de la sanación espiritual, ahí hay un tema que tiene que ver casi con un tema de fe, pero hay otra cosa y es el tema del uso de las yerbas medicinales que si está demostrado científicamente que producen efectos positivos en la salud de las personas (...) no todo lo podemos probar de alguna manera, lo que tiene que ver con las oraciones, con el tema de la sanación espiritual y eso es todo un procedimiento que tiene que ver con rituales digamos, propios de la machi y eso es un misterio” (Dr. 48 NO MAP).*

La articulación de ambos modelos en la implementación del programa de salud intercultural se caracteriza por la incomunicación de los saberes, cuestión que puede resumirse en la pretérita oposición de la ciencia y la fe. El sistema oficial no tiene mucho que decir sobre procedimientos o prácticas que se enmarcan en la cosmovisión Mapuche, no obstante, sí valida los procedimientos y prácticas originarias que tienen asidero científico y que tienen un efecto positivo comprobado en la cualidad curativa de las yerbas medicinales.

Desde la óptica oficial, la implementación del modelo intercultural esta definido por la declaración de formas de reduccionismo de un modelo u otro, al no lograr articular aspectos constitutivos de las distintas visiones en juego. Para el caso de la medicina occidental, el hecho de no tener mucho que decir sobre la sanación espiritual, es la misma escasa información que tiene los agentes de salud Mapuche sobre los procedimientos quirúrgicos u otros que predominen en el modelo oficial.

La implementación de la interculturalidad está determinada por la *autoreferencia* de ambos modelos, donde cada uno opera aisladamente con sus códigos y procedimientos. El único puente posible parece ser tendido nuevamente por la mirada científica que ve en el tratamiento a base de yerbas una opción valida con resultados positivos.

*“Va a llegar un momento en que vamos a tener que ver cómo complementamos, es necesario complementar ambos conocimientos, si realmente se logra complementar. Nosotros de hecho estamos en ese proceso también, de ver qué en realidad nos puede servir del otro lado acá, porque lo que nosotros queremos es fortalecer la medicina ancestral nuestra, no queremos acomodar la medicina ancestral al modelo occidental, todo lo contrario, queremos fortalecerla y*



*queremos que continúe caminando como a sido ancestralmente y la medicina occidental, bueno veremos qué nos sirve y lo que no sirve, ¡afuera no más!”*. (M. 46. COO. MAP).

La interculturalidad se sigue viendo en el horizonte como algo en proceso, algo que todavía no madura en la medida que requiere la consideración de las prioridades reivindicatorias a nivel cultural y en particular, de la cosmovisión Mapuche, y por el otro lado, pretensiones conciliadoras de orden institucional. Esta tensión parece solamente probable a partir de la amplitud de los modelos en juego, mediante la cual se logre alojar en el otro, la diferencia estructural que determina su lugar en la disputa de significados y prácticas culturales.

Cuando se alude a una valoración de lo que puede servir del otro modelo en el propio, se debe distinguir qué tipo de prestaciones se producen entre los modelos y si efectivamente, se pueden producir intercambios significativos y deliberados entre ambos modelos.

Quizá lo que necesita intercambiar un modelo, el otro no lo quiere ceder, entonces los vínculos se vuelven cada vez más específicos y las prestaciones quedan sujetas a lo que se pueda intercambiar y no a lo que realmente se necesita, por lo que se deduce que tener a un médico y a una machi cerca no son suficientes para la implementación de un modelo intercultural, si no hay una visión compartida de complementariedad.

En esta disputa, la salud quizá aparece como la más damnificada, teniendo en cuenta que los tratamientos, diagnósticos, evaluaciones y todo lo ligado al quehacer médico intercultural, queda supeditado a un cedazo conceptual y procedimental en el intercambio de prestaciones.

La autonomía se destaca como la piedra angular del programa de salud intercultural visto desde la perspectiva del ejecutor Mapuche. Es gracias a la autonomía que se pueden instaurar las prácticas interculturales, no gracias a los intercambios con la medicina occidental. El fortalecimiento de la medicina Mapuche sobre la base de la autonomía de las prácticas es lo que viene a identificar y dar sentido a la interculturalidad, lo que equivale simultáneamente a priorizar los destinos de las prácticas medicinales Mapuches y los vínculos intraétnicos, por encima de los acoplamientos con el modelo occidental, que son más considerados en el ámbito administrativo.

*“eso es lo bueno de este programa, que a nosotros se nos ha entregado autonomía en la intervención. Se nos dan ciertos parámetros, se nos dice “ya, ¿cuántas familias?”, y nosotros decimos números, tantas familias, tantas consejerías, tantas visitas, tantas actividades culturales; ese es como el rallado de cancha, pero en la practica somos nosotros con la autonomía, con los conocimientos ancestrales, quienes vemos cómo aplicamos lo que ellos nos están diciendo.”* (M. 46. COO. MAP).

En el plano de la implementación, lo que selecciona el ejecutor corresponde a los indicadores de gestión que se traducen en cifras de cobertura y prestaciones de servicio. El Estado a través del Ministerio de Salud define ciertos derroteros de tipo administrativo que la asociación indígena interpreta y lleva a cabo a través del programa de intervención con la visión proveniente de la cosmovisión Mapuche. Cabe preguntarse si con la exigencia administrativa se modifica en la práctica la intervención con medicina Mapuche. Aparentemente, las exigencias administrativas no resultan tan invasivas como para el desperfilamiento de la intervención.

El “rayado de cancha” al que se alude en la entrevista no es otra cosa que el abismo conceptual que existe entre los modelos de salud, reforzado por los distintos agentes de implementación y que se acorta sólo a través de procedimientos administrativos, que todavía no responden a las expectativas de la política pública.

Las categorías utilizadas para la definición de dolencias en el plano intercultural, presentan una suerte de extrapolación conceptual, donde ciertas definiciones provenientes de la medicina occidental (depresión, obesidad, sobrepeso, nicotismo), son seleccionadas, reinterpretadas e intervenidas bajo la cosmovisión Mapuche. En este contexto, las tramas que se tejen entre la medicina Mapuche y la medicina occidental van más allá de nexo administrativo, y se ponen en juego otro tipo de intercambios para comprender e intervenir la necesidad del usuario(a).

*“si, en este proceso ha habido mucha gente con estados depresivos, incluso hay una niña también que la machi le diagnosticó depresión. También se han detectado problemas de consumo, nicotismo, mucha gente que fuma cigarrillo. Con droga hemos tenido pero no es tan característico como el cigarrillo. La obesidad también, claro que ellos no vienen porque están obesos, sino porque se sienten enfermos, pero la machi les dice que: “una de las razones de su enfermedad es que está con sobrepeso y que se tiene que cuidar y que tiene que comer de tal manera”. Más que nada un tema de prevención.” (M. 46. COO. MAP).*

La implementación del programa ha significado la reutilización de conceptos, quizá para un mejor entendimiento del diagnóstico por parte de la población. Se parte de la noción occidental para trabajar desde un enfoque preventivo, al fin y al cabo, son las mismas nociones globalizadas, compartidas indistintamente por la población.

Sin embargo, y como se mencionó anteriormente, el tratamiento utilizado y la lectura realizada de aquellos síntomas y nociones occidentales, constituyen el aspecto diferencial de la medicina Mapuche. Justamente allí es donde se juegan las prácticas curanderiles mapuches, los rituales como el Machitun y la toma de remedios naturales. Las nociones ligadas a patologías occidentales, constituyen en definitiva, una poderosa herramienta de difusión que se pone al servicio de los tratamientos posteriores con base en la medicina Mapuche. Lo que indica además, para la reflexión sobre las prácticas interculturales, que la cosmovisión

Mapuche está más arraigada en las formas de tratamiento e intervenciones directas, que en la denominación de las dolencias presentadas por los usuario(a)s.

### **7.2.2 FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL PROGRAMA**

Como dato a tener en cuenta en el análisis de la implementación, se debe considerar el periodo en que la machi trabajaba en consultorio Santo Tomas, lo que se contrasta con la disminución de pacientes para el año 2009. La proximidad del tratamiento con la machi es proporcional al volumen de sus atenciones, lo que nos plantea una pregunta sobre la fidelización de los usuario(a)s hacia el tratamiento de la medicina Mapuche y además, del grado de información que manejan los usuario(a)s, sobre beneficios adicionales, costos, sentido del tratamiento entre otros aspectos que pudieran estimular la llegada de más pacientes independiente del desplazamiento que deben hacer hasta la ruca y los montos de resistencia asociados.

*“ha sido bastante positiva la experiencia porque (...) la aplicamos no solamente en este establecimiento sino que también en la ruca que esta ubicada ahí en el terreno de la Universidad de Chile y claro el problema es el desplazamiento de las familias de acá que están acostumbradas a venir al consultorio de machi y ahora tienen que desplazarse hacia la universidad de Chile y eso ha sido un poquito complicado” (Dr. 48 NO MAP).*

Por otra parte, la misma falta de protocolos de derivación pudo haber incidido en la disminución de atenciones, dado el poder que supone la relación médico – paciente, donde la derivación del médico occidental a la machi implicaría esa motivación extra necesaria para acceder al tratamiento de la machi.

*“sí, yo creo que esta integración, ciertamente primero que nada es cuestión de lenguaje, justamente es lenguaje nativo y nosotros no sabemos hablar y por tanto tenemos un barrera... y además que nuestros médicos son de distintas nacionalidades, tenemos médicos de cuba, de ecuador, de argentina, del país, que sea, tenemos acá, chilenos también, claro, imagínate ya en los chilenos es complicado el tema idiomático por eso es que la mediación es súper importante, o sea el mediador intercultural aquella persona que trasmite la mirada de la machi a los medios occidentales o instituciones occidentales para que se produzca esta comunicación efectiva entre estos dos mundos digamos” (Dr. 48 NO MAP).*

Las acciones en la línea de capacitación intercultural fueron mínimas, se realizaron dos talleres de sensibilización con los funcionarios del consultorio Santo Tomas a lo largo de los años que ha estado funcionando el programa, lo cual puede incidir en los efectos de la difusión y sensibilización en torno a la salud intercultural, en la medida que si no se cuentan con personas preparadas y alineadas con las necesidades de salud con pertinencia cultural, se hace menos probable que realicen acciones de derivación sin una instrucción clara de cómo hacerlo.

La complejidad de la implementación radica también en que para la machi, el uso de su lengua nativa es indispensable para un tratamiento con pertinencia cultural, esto supone la presencia de un facilitador cultural que haría las veces de interlocutor entre la machi y los funcionarios o profesionales del modelo de salud oficial. La machi, en el contexto hospitalario, parece estar al margen de las prácticas burocráticas y de la dinámica inherente a la institución de salud.

La barrera más que idiomática, es una barrera cultural que desgasta las tentativas de acercamiento entre ambos sistemas médicos, una barrera que se trasluce en aquella sensación de extrañeza o de “misterio” atribuida al agente de salud Mapuche. La barrera idiomática es sólo la más asequible de las excusas para explicar las dificultades de la implementación del programa de salud intercultural, lo cual se evidencia en otros párrafos anteriores.

Desde la perspectiva de la ejecución del programa de salud intercultural, es menester implementar una visión de calidad en las prestaciones de medicina Mapuche, lo cual implica controlar, estandarizar y rendir la información y los resultados derivados de los tratamientos y talleres en el contexto de la salud intercultural. El bicentenario aparece como el horizonte de la gestión, donde el mejoramiento de los procedimientos y la acreditación de la intervención Mapuche, aparece como una prioridad para el sistema.

*“Falta definir por ejemplo flujos, -como se llama de... de derivación. Claro, en realidad nos falta harto. Porque estamos viendo el tema de la calidad como un tema holístico, digamos en el sentido de que la calidad es un tema que va ser fundamental de aquí a diciembre- noviembre del 2010 porque todas las instrucciones están ahí, todas, en realidad hay que constatar, estas se tiene que acreditar” (Dr. 48 NO MAP).*

La interculturalidad se considera todavía un asunto pendiente justamente por la ausencia de mecanismos de control de la gestión. No obstante, en la práctica, los usuario(a)s estén demandando las prestaciones de salud indígena y que el proyecto haya crecido hasta convertirse en un programa.

La ausencia de estándares de calidad es leída por el sistema oficial como una inmadurez en la implementación de las prácticas interculturales en el sistema de salud, sin embargo, habría que pensar hasta qué punto, el funcionamiento con aquellas herramientas de gestión es la prueba fehaciente de una implementación efectiva del modelo intercultural.

Este requerimiento, habla también de que en la implementación de los proyectos y programas de salud intercultural, una de las principales barreras ha sido incorporar un modelo de gestión que permita certificar las prestaciones de salud indígena, y garantizar el control de los procesos por parte de los organismos administrativos a nivel estatal.

Otro hallazgo importante es que en el plano de implementación reconocen como fortaleza el hecho de que la atención con pertinencia cultural despierta en los usuario(a)s la necesidad de ser acogidos, involucrando sentimientos gregarios y de pertenencia grupal. La plasticidad del modelo de atención da para que los pacientes puedan permanecer en la ruca y presenciar una experiencia distinta del modelo de atención oficial que según el relato es rápido y pragmático. La fortaleza de la atención con pertinencia cultural se enfatiza por contraste con el servicio que presta el modelo de atención dominante, demarcando nuevamente las diferencias estructurales existentes en ambos. Estas diferencias responden a las variantes en los modelos de gestión y en las exigencias de estándares de calidad.

No obstante, entran en juego otros elementos que matizan las razones por las cuales los usuarios se sienten más acogidos y con mayor cercanía, y tiene que ver con que el modelo de atención con pertinencia cultural tiene el deber de capitalizar las falencias que se presentan en la atención oficial. Y ese aprovechamiento pasa por establecer una escucha abierta o comprensiva hacia el usuario(a), lo cual es consecuente además con la noción de salud que se maneja en la cosmovisión Mapuche.

*“yo creo que parte de nuestra evaluación, esta el hecho de que nosotros acá, nuestra atención es muy diferente a la atención que ellos reciben en los consultorios y eso se ha dicho siempre. Nosotros escuchamos a las personas, nos damos el tiempo de escucharlas, no llegamos y las mandamos de vuelta para la casa. Entonces eso en realidad a la gente le gusta mucho. Nosotros los acogemos, les entregamos toda la información que sea necesaria, y si corresponde ellos se quedan acá adentro, si esta lloviendo están acá adentro”* (M. 46. COO. MAP).

A diferencia del párrafo de más arriba donde el idioma era considerado una barrera para el acoplamiento entre los agentes de salud en la experiencia intercultural del consultorio Santo Tomas, aquí se destaca el uso del Mapudungun como una de las fortalezas en la atención con pertinencia cultural. Se debe poner especial atención, a que desde la perspectiva de la organización Indígena, el valor del programa intercultural está en poder de realizar prestaciones de salud con pertinencia cultural hacia los Mapuches hablantes de Mapudungun, y no en la articulación conceptual y práctica de distintos saberes médicos.

*“Yo creo que trabajar sobre la pertenencia étnica fortalece el programa. Por ejemplo, un hermano Mapuche que se va atender a un consultorio, no se respeta su condición de indígena. En cambio aquí si se le respeta, porque incluso si es hablante, ella va a tener la posibilidad de hablar le en su propio idioma cuando la machi le de su diagnóstico.”* (M. 46. COO. MAP).

La barrera idiomática para efectos de la coordinación de acciones en la perspectiva de un modelo de salud que complementa la visión médica oficial con la cosmovisión Mapuche, no constituye una debilidad en la implementación de la política pública para el caso de la organización Taiñ Adkimn. Esta diferencia está

marcada por el debate étnico en el trasfondo de los engranajes interculturales, al fin y al cabo, si lo que está en juego es la reivindicación de la etnia Mapuche y particularmente, su cosmovisión en el caso de la atención con pertinencia cultural, es plausible, que para las organizaciones indígenas no sea todavía un tema prioritario el lograr acomodarse a las exigencias del sistema médico oficial, para el posicionamiento de la medicina Mapuche en el contexto del programa de salud intercultural.

El respeto por la condición indígena representa un asunto diferencial que marca la distancia con el modelo oficial que en la práctica, no hace diferencias substanciales en la atención por motivos étnicos, reconociendo a los usuario(a)s en general el estatus de ciudadanos chilenos. Para la organización Taiñ Adkimn no parece ser prioritario el mostrar una voluntad política o buena disposición a producir intercambios eficientes en la perspectiva de la modernización del sistema de salud, a diferencia de esto, lo que es prioridad para la organización indígena es adecuarse a estos lineamientos desde la periferia, y trabajar de forma autónoma, la prestación de servicios con pertinencia cultural.

### **7.2.3 COORDINACIÓN DE ACCIONES**

Una dificultad logística que el programa tuvo que enfrentar a la hora de su implementación fue dónde se iba a practicar la medicina ancestral Mapuche, teniendo en cuenta que el espacio no estaba adecuado para tal fin. La machi finalmente estaba en el consultorio, pero ¿qué hacía allá? ¿Con quién se coordinaba para realizar sus atenciones? Los relatos dan cuenta de una llegada silenciosa, no hubo un recibimiento ceremonial, y tampoco hubo una adecuación especial del consultorio para que realizara sus atenciones.

La coordinación de acciones se limitaba a un contacto informal de los usuario(a)s del consultorio Santo Tomas con los funcionarios, quienes les contaban que estaba atendiendo una machi. En ese contexto de falta de claridad en la disponibilidad de los espacios, de comunicaciones informales con los funcionarios del consultorio, de escasa difusión y de incomunicación con el resto de agentes de salud, el programa de salud intercultural logró superar las expectativas de los usuario(a)s, instalándose como un programa estable en la canasta de servicios.

*“ella (la machi) trabajaba afuera, en el césped digamos., no ocupaba box porque necesitaba estar en contacto con la gente, porque todas las sanaciones del pueblo Mapuche tienen que ver con sanación con la tierra, entonces el tema de la ruca es un tema fundamental, desde ese punto de vista creo que es mejor. Ahora la adhesión al programa claramente supera con creces lo esperado, en el fondo la población no Mapuche también se incorporó, al igual que en el consultorio la Extremadura que ya lleva mucho más tiempo con nosotros, con ruca (...) claramente ellos son una alternativa muy potente a la salud tradicional”. (Dr. 48 NO MAP).*

Si bien, el programa responde con creces a las expectativas planteadas por los usuario(a)s del consultorio, lo que todavía no aparece claro es cómo se coordinaron las acciones para que se haya realizado esa experiencia. Esto aparentemente a lo que se mencionaba en párrafos anteriores sobre la ausencia de protocolos y guías clínicas y figuras administrativas que permitieran articularse a la machi en el engranaje del consultorio, si bien ,estaba allí y los usuario(a)s notaban su presencia, el hecho de no funcionar bajo un esquema de gestión donde se delimitaran sus funciones y espacios, da cuenta de las barreras existentes en la comunicación para llegar a acuerdos entre la asociación Indígena y el consultorio Santo Tomas.

El ofrecimiento de salud Mapuche es validado en el discurso como una opción posible dentro de la oferta de servicios de salud. Después de probar con los modelos de salud oficiales, la atención con la machi se convierte en una alternativa susceptible de explorar. Se recomienda sutilmente, sin una apuesta por su efectividad, sin embargo, corría entre los pasillos el enigma de su presencia. A los funcionarios no se les comunicaba formalmente sobre el desarrollo del programa de salud intercultural, y si se hacía, era a través de talleres de sensibilización donde no se garantizaba la presencia de todo el cuerpo de funcionarios del consultorio.

*“por ejemplo que nosotros les recomendamos que consulten al machi, por el tema de que hay funcionarios que –a mi personalmente me paso- con un funcionario que tenía problemas de salud mental y había visto psiquiatras, expertos se supone, en el tema y no conseguía sanación, le di algunas alternativas: la machi, claro sonaría más como una oferta distinta, se me ocurre a mi que los profesionales están convencidos de que es lo uno o lo otro, y no que es un complemento y lo que nos falta es ciertamente es protocolizar un poco eso, de hecho nosotros deberíamos hacer ínter consulta” (Dr. 48 NO MAP).*

Cuando la salud Mapuche sea formalizada en el marco de un programa de salud intercultural, conocido y compartido por todos, será posible pensar en dos efectos como mínimo:

- 1) Mayor disponibilidad de información y antecedentes sobre el modelo de atención, ya sea a través de personas capacitadas y motivadas por el tema, además de material impreso sobre los servicios y horarios.
- 2) Mayor accesibilidad, en la medida que la atención con pertinencia cultural se articulara en la lógica de funcionamiento del consultorio, haciendo parte de la canasta de servicios, con un especialista (machi) en la medicina ancestral y con un espacio dispuesto para tal atención.

En contraste con estos dos mínimos estándares esperables en un programa de salud (impulsado desde el Ministerio de Salud y con el la gestión cultural de la organización Indígena), lo que aparece como práctica social concreta, es la falta de claridad del rol de los agentes de salud Mapuche en función de su

posicionamiento al interior de la institución, lo que a su vez debe impactar en la misma atención a los usuario(a)s, al no disponer de la misma información relevante al programa, y mucho menos conocer las modalidades de atención.

La implementación del programa en materia de comunicación, exhibe una discordancia similar a lo que sucede en los intercambios entre los modelos médicos: Nadie sabe cómo llevarlos a cabo, lo único claro es que se dan.

Esta forma azarosa de llevar a cabo la comunicación sobre el programa, también pudo haber incidido, como se mencionó anteriormente, en la cantidad de pacientes atendidos este año, lo que además se puede ver reforzado por las resistencias culturales y de tipo cognitivo hacia las ofertas novedosas. Porque independiente que la medicina Mapuche sea ancestral y date de tiempos inmemoriales, la realidad es que, quienes más la toman actualmente son personas no Mapuches, que quizá sólo hasta ahora vienen a conocerla.

La implementación del programa de salud intercultural parece haber estado al principio (cuando funcionaba en el consultorio Santo Tomas) escindida entre una retórica marcada por la grandilocuencia del discurso de la diversidad y la falta de apertura y de voluntad en el modelo vigente por incorporar otras prácticas medicinales, lo cual se traduce en contradicciones administrativas, donde se oferta una atención sin estar tipificada en la canasta de servicio como una terapéutica Mapuche.

*“Las acciones que nosotros hacemos deben estar debidamente descritas, digamos, como los procedimientos, de todos le hacemos y por tanto, como la salud intercultural es parte de nuestra oferta de prestaciones, aún cuando no está en la canasta, pero lo asumimos. (...) lo ofertamos porque se acepta la medicina intercultural como una medicina validada digamos y está ya por la autoridad sanitaria digamos, pero no es obligatorio que nosotros la otorguemos, no es una obligación de la canasta.”* (Dr. 48 NO MAP).

La autoridad sanitaria, a través del Servicio de Salud Sur Oriente (SSSO) es la que en últimas, hace viable la incorporación de las prácticas interculturales en los proyectos y programas a nivel local, sin embargo, en el plano de la ejecución, la coordinación de acciones entre la organización Indígena y el consultorio, se perciben en lógicas distintas, donde la organización indígena trabaja de forma autónoma, desarrollando proyectos bajo la mirada de la pertinencia cultural, sin manifestar una acción decidida para viabilizar el encuentro con el modelo médico oficial, ni tampoco para negociar expectativas y procedimientos en función del diálogo intercultural.

Por el otro lado, las instituciones encargadas de la prestación de servicios a nivel local también se mueven en otro, sentido. Declarando en el discurso una mayor disposición al intercambio de prácticas medicinales y mostrando al mismo tiempo en el plano de las acciones, grandes falencias en aspectos indispensables para el funcionamiento del programa según los lineamientos de la política de salud y



pueblos indígenas, como las coordinaciones logísticas, la modificación de procedimientos y las comunicaciones para una difusión efectiva.

Otro hallazgo relevante en la implementación del programa de salud intercultural, se observa en la incorporación de distintos profesionales Mapuches que se enmarcan en lógicas de funcionamientos alineadas al sistema oficial. La presencia de figuras como la del coordinador, del facilitador y de los profesionales de las ciencias sociales, refieren además, un posicionamiento de la intervención en la perspectiva de apoyo a las familias vulnerables de origen Mapuche. En este sentido, los imaginarios en torno a la intervención profesional, si bien suponen una relación asimétrica con los usuarios, considerando el lugar que ambos ocupan, o las diferencias de capital social o cultural, el plano de la intervención intercultural sucede de otra manera, aconteciendo un encuentro fraterno, al punto de que en el taller los profesionales y usuario(a) s utilizan la denominación “hermanos”.

*“Entonces, actualmente cómo está conformado el equipo, tenemos a un psicólogo, una asistente social, un coordinador del programa, un facilitador del proceso y un asesor cultural. Luego de armado el equipo de trabajo, nos avocamos a realizar lo que tenía que ver con las visitas a las familias de origen Mapuche (...) se les aplicó un instrumento que era realmente occidental, que no tenía ningún tipo de pertinencia cultural, que es un cuestionario de depresión. Nosotros sentimos que efectivamente había depresión, pero más que una depresión severa, tenía que ver con el tema espiritual” (M. 46. COO. MAP).*

Los roles profesionales se juegan aquí en una espiral, donde al tiempo que agregan valor al programa (en la medida que prestan servicios de consejería, visitas domiciliarias, terapia familiar, etc.) al diversificar su canasta de servicios, y alinearse con la política de salud y pueblos indígenas, al mismo tiempo, están poniendo en cuestión estos roles, relacionándose con los usuario(a)s desde otro lugar, marcado en apariencia más por la vinculación étnica, apelando a un discurso identitario que se he venido redefiniendo en la misma intervención realizada en los talleres, donde han tenido que considerar la presencia de personas No Mapuches.

La vinculaciones con distintos organismos para lograr la ejecución del proyecto de salud intercultural, demuestra que también la organización indígena ha tenido que redefinir sus aproximaciones con el sistema oficial, encarnado en el SSSO, aumentando la capacidad de gestión y negociación para lograr llevar a cabo el programa: *“Esto ha ido creciendo. ¿Qué ha significado?, que ya no son proyectitos de meses (...) ahora somos un programa.” (M. 46. COO. MAP).* Lo que hayan hecho para ir de menos a más, queda explicitado en los resultados del programa, donde ambas miradas de la ejecución (la del consultorio como la de la organización indígena) coinciden en que la afluencia de público y la aceptación del programa han superado las expectativas.

*“Aquí el gobierno local también debe aportar lo suyo. Primero porque somos habitantes de la comuna de la Pintana, somos ciudadanos, nosotros estábamos*

*como ciudadanos en el servicio (servicio de salud sur oriente), pero aquí somos habitantes de la misma comuna, interviniendo familias de la misma comuna. Entonces fuimos, hablamos con el departamento de salud, entregamos todo nuestro trabajo, y dijimos “OK, estamos de acuerdo, también nos sumamos” (M. 46. COO. MAP).*

Esto impacta directamente en la materialización de la experiencia intercultural, teniendo en cuenta que los alcances logrados a nivel de gestión, podrían ser el aspecto inaugural, para que se comiencen a dar otro tipo de construcciones simbólicas de carácter étnico. Al fin y al cabo, la gestión de recursos, el crecimiento de los programas y la diversificación de los servicios, son elementos que están alineados con los resultados esperados de la política pública, mientras que la construcción de prácticas interculturales, que suponen la incorporación de elementos Mapuches en las lógicas de funcionamiento imperantes en el contexto de la salud, supondría una interpenetración de elementos de la cosmovisión Mapuche, que requerirá de cierta prolijidad de las prácticas, ensayos y permanencia, para que puedan generar algo más que un rendimiento político a nivel de la gestión en salud.

En el proceso de implementación, el aumento en la capacidad de gestión, se pone al servicio de la promoción de prácticas y valores culturales, en apariencia “*menos contaminados*” por la influencia occidental, aludiendo a esa condición esencialista (Bartolomé, M. 2006) que apuntala algunas corrientes del discurso étnico y que aparece reflejada en algunos tramos del discurso en la entrevista. Lo que se pone en discusión es cómo se ponen en juego, dos propósitos distintos en una misma gestión, ya que si bien, se valorizan los elementos culturales distintivos de la cultura Mapuche, al mismo tiempo se aumentan e intensifican las herramientas de gestión como organización indígena ejecutora del programa.

Vemos como la presunción de una cosmovisión “pura” se dinamiza al interior de la organización por esta interferencia “ajena” reflejada en el modelo de gestión, que ya en sí misma, forma parte integral del funcionamiento de la propia lógica indígena en su afán por realizar acciones de promoción de la identidad Mapuche. De esta manera los procesos interculturales entre la gestión externa e interna estarían sometidos a tensiones y quiebres que a lo largo del tiempo van redefiniendo estructuralmente el proceso. No en vano, la ejecución del programa acariciará nuevos destinos con la construcción de la ruca, dado que la ejecución en el consultorio Santo Tomas, con todas las dificultades antes mencionadas, derivó en la configuración de una experiencia intercultural, quizá ya no tan a la mano del usuario(a), pero sí con más elementos que suponen un fortalecimiento de la identidad.

En la implementación, aparece la tensión/negociación entre el Ministerio y la organización indígena a partir de un fenómeno social, donde las organizaciones Mapuches comienzan a demandar la presencia de Machis en distintas ceremonias y sobre la base de estos acontecimientos, la medicina intercultural se comienza a vislumbrar como una oportunidad de promoción cultural.

*“las organizaciones indígenas acá en Santiago empiezan a hacer acciones, empiezan a traer a las Machis del sur a sus organizaciones para las grandes ceremonias, he, luego los mismos socios de las organizaciones empiezan a demandar atención de machi, ¿entiende? Y luego ya con esa demanda concreta ahí, se produce ese acuerdo con el ministerio de salud “ya, dijeron, vamos a financiar estos proyectitos por un par de meses, un poquito de plata, pa que se queden tranquilos”. Pero sin embargo ya se dieron cuenta que en la práctica, lo que habían hecho es que en vez de abrir una ventana, habían abierto la puerta. Porque hasta el día de hoy, la demanda año a año ha ido creciendo” (M. 46. COO. MAP).*

En el contexto de las relaciones interétnicas, y específicamente, la gestión de recursos para poner en marcha los proyectos, la apuesta indígena de la organización Taiñ Adkimn por el fortalecimiento de la identidad termina por imponerse a las concesiones ideológicas y manejos burocráticos necesarios para acceder a los recursos. ¿Habrá algo de orden instrumental en aquella apuesta dado que el manejo de los elementos culturales se realiza con un propósito de gestión?

Dichos sistemas heterogéneos de gestión en la implementación del programa, genera nuevas formas de relación con el sistema de salud oficial, y conlleva a nuevas textualidades normativas que no necesariamente amortiguan las tensiones, pero que si talvez estimulan un equilibrio pasajero entre los dos modelos, sujeto también a nuevas tensiones estructurales que pueden estar condicionadas por situaciones del contexto que limitan o aumentan los recursos disponibles para el desarrollo de los programas.

La autonomía para el fortalecimiento de la medicina Mapuche reflejada en esta especie de repliegue cultural al momento de generar las acciones tendientes a producir los vínculos discursivos y prácticos con la medicina occidental, influye también en la lógica organizativa del equipo profesional. Consolidarse como equipo equivale a poder dar forma al quehacer intercultural, desde una perspectiva lograda como organización indígena; la autonomía de las asociaciones es lo que vienen a determinar el sello de la intervención y lo que al mismo tiempo, revela la singularidad del trabajo y coincide además con el empuje de la política de salud y pueblos indígenas a que las acciones desarrolladas se realicen en la línea de la autogestión.

*“Creo que a nosotros nos ha beneficiado mucho la autonomía. Creo que eso nos a ayudado a fortalecernos y a desarrollarnos como equipo (...) ahora, esto nos ha llevado a que la sociedad occidental nos empezara a exigir atención, osea empezó a llegar mucha demanda de afuera de gente no indígena, nos empezó a pedir por favor, yo necesito ser atendida, necesito esto, necesito este otro, estoy muy enferma, empezó a demandar.” (M. 46. COO. MAP).*

La visión de la interculturalidad desde los intereses de la asociación, una vez más alude a la necesidad de conservar estructuras de funcionamiento propias, independiente que sea en el marco de las herramientas asociativas y de participación disponibles actualmente en la relación con el Estado Chileno. La lógica autónoma corresponde además a la independencia de las acciones en el contexto de la experiencia intercultural, lo cual comporta posibles formas de resistencia a producir movimientos estructurales con el propósito de llevar a cabo un modelo de atención complementario en conjunto con el sistema occidental.

Cuando la demanda del servicio de Medicina Mapuche comienza a presentar este giro hacia las personas no Mapuches, la experiencia intercultural también se comienza a nutrir de efectos inesperados optimizados igualmente por el programa, especialmente en materia de difusión y sensibilización. Los rendimientos del programa de salud intercultural, comienzan a percibirse en el incremento en la demanda de atención por parte de usuario(a)s no Mapuches, con lo cual se estaría cumpliendo con las aspiraciones de la política en cuanto a intercambio y difusión de saberes y prácticas medicinales ancestrales.

### 7.3 RESULTADOS OBTENIDOS EN ÁMBITO PARTICULAR O MICRO: PERCEPCIONES DE USUARIO(A) SOBRE LA EXPERIENCIA DE SALUD INTERCULTURAL

#### 7.3.1 PERCEPCIÓN DE LA MACHI

La machi para los usuario(a)s es la persona que trasmite y ejecuta las prácticas ancestrales. La figura de la machi, es un elemento de relevancia en cuanto no sólo es visto desde un punto de vista médico al realizar rituales curanderiles por medio de plantas medicinales, sino es una autoridad cultural y símbolo del mismo pueblo Mapuche, en cuanto entrega de forma oral, conocimientos lingüísticos, etimológicos, sociales, éticos propios de su etnia, es una figura respetada en la medida en que se le atribuye habilidades terapéuticas, facultades adivinatorias y místicas. Ella despierta en los usuarios confianza y seguridad, así como respeto y miedo.

*"Yo imaginaba la machi como una persona súper inalcanzable". (G. 54. US. MAP)*

*"Ella me vio sin preguntarme nada." (Al. 56. US. NO MAP)*

La machi es quien determina la necesidad de un tratamiento espiritual considerando que es la que evalúa los desequilibrios entre cuerpo y espíritu, ella es la que maneja los conceptos de salud y enfermedad en la reciprocidad del individuo con su entorno. Esta sabiduría atribuida a la machi, a diferencia de la que es otorgada al médico por sus conocimientos académicos y clínicos, se basa en la fe y la creencia de un saber no sabido por los demás, de un saber singular en la medida que no se transmite a través de la educación, si no que es adquirido mediante un pacto espiritual.

*"Es una persona que se supone no se va a equivocar, tiene esa sabiduría que con solo verte, ella te dice todo. Yo confío cien por ciento". (E. 48. US. NO MAP)*

*"la doctora machi por ejemplo lo dijo así sencillo con pocas palabras: "había toxinas en su cuerpo y había que eliminarlas" me atendió como 2 veces, semana, semana, me vio toda la semana y a los meses me dijo: usted ya está bien, si tiene mucho tormento venga y me seguí quedando." (Ad. 59. US. NO MAP).*

Se percibe además que hay una pragmática del tratamiento de la machi, donde ella sabe que tratamiento seguir respecto de la dolencia detectada en su paciente. Esta "terapéutica" tiene sus fundamentos en la cosmovisión Mapuche, que si bien no es compartida por la mayoría de sus pacientes, es suficiente como para despertar confianza y adhesión a sus tratamientos.

*"Cuando ella me toma la presión y la quedo mirando, es relajada (...) "Una machi no puede hacerme daño, una machi es para mejorarme". (S. 56. US. MAP).*

Se maneja una visión positiva de la machi que tiene una significancia moral para sus pacientes, en la medida que se percibe que de ella no pueden emanar ideas o pensamientos negativos, se asocia a que es una persona bondadosa.

*“Primero como que le tenía un poco miedo, por lo que me iba a decir algo malo, después ya le fui tomando más cariño, confianza, (...) Ella no me preguntaba nada, ella como que me adivinaba lo que tenía”.* (G. 54. US. MAP)

*“tenía miedo que me viera, que ella me rechazara, a mi me daba miedo todo lo desconocido”.* (E. 48. US. NO MAP).

La machi despierta sentimientos de familiaridad, cariño y confianza, pero a la vez de extrañamiento, como de algo desconocido o sobrenatural, de lo cual tampoco queda claro qué esperarse. La machi, según los testimonios levantados en el plano de la ejecución, es el sello distintivo en la intervención con pertinencia cultural, lo cual se refleja también en las percepciones de los usuarios, quienes la respetan y valoran a pesar que pueda inspirar temor por su naturaleza desconocida.

*“ella te entrega herramientas para que tu te sientas bien. Imaginaba una persona súper inalcanzables pensé que nunca iba a conocer ninguna, hasta que llegue a la machi, es que tiene una dulzura, tiene un trato, tiene una esencia de ella que entrega cariño y que te entrega seguridad”* (E. 48. US. NO MAP). Este sentimiento de cariño que se confunde con lo inalcanzable que resulta la machi, se contrasta con la figura de lo siniestro. ¿Qué es lo que se juega en la apuesta por la machi? ¿Qué se moviliza en el usuario(a) santiaguino a través del simbolismo y la relevancia cultural de la figura de la machi? En este encuentro, la fe cobra una relevancia proporcional a la eficacia de los tratamientos de la machi, independiente que los que acuden a su consulta tengan incorporados los elementos propios de la cultura Mapuche: *“El mismo remedio corre por la sangre de Mapuche o Winca, lo importante es la fe”* (MCH. 65. MAP)

La machi también es el reflejo de un proceso de cambio social en la medida que su presencia y relevancia en el contexto urbano es relativamente nueva. Estos cambios vienen de la mano con llegada de la democracia, sin embargo, como deja traslucirse en el plano de la ejecución, se trataría de un reconocimiento mínimo, para lo que está en juego en lo que se ha denomina deuda histórica

*“Se empezó a ver machi acá en Santiago, hace unos 10 años, yo creo aproximadamente”* (C. 50. US. MAP).

### **7.3.2 PERCEPCIÓN DE LA EXPERIENCIA INTERCULTURAL EN LA RUCA**

La ruca representa mucho más que un lugar de encuentro cultural, cobra el estatus de un dispositivo de movilización interna, en la cual se presenta la oportunidad de practicar y recuperar las costumbre Mapuches en medio de un

grupo heterogéneo que va por causas similares en el papel, y que a la vez son motivos definitivamente singulares. Esta heterogeneidad pasa por el mismo origen étnico, donde existe una identificación con los principios Mapuches a pesar de no pertenecer a la étnia en ninguno de los criterios actuales para definirse como perteneciente de una étnia.

*“no me quiero ir de la ruca los sábados, a demás que tu ves el alrededor donde estamos, no hay comparación, no hay, o sea tu te sentís súper bien, o sea tu volvés a la casa renovada, volví otra persona”.* (E. 48. US. NO MAP)

Una variable de bienestar es dada por la percepción del espacio físico, se destaca el entorno natural como factor importante, que entrega la oportunidad a los usuario(a)s de incorporarse como agentes activos en el espacio colectivo de la comunidad Mapuche. En la ruca los participantes al programa vivencian conocimiento, a través del intercambio entre ellos, en los procesos de trabajo, con los objetos que se encuentran en la ruca, la distribución del espacio, entre otras cosas.

Esto les permite desarrollar un sentido de pertenencia a la situación total, que apuntala el asunto indígena. La identificación con lo indígena no es producto de una casualidad, sino que se llega por un interrogante, una inquietud cultural y quienes llegan sin esa inquietud, terminan quedándose por identificarse circunstancialmente con el tema en la medida que aprenden de la cultura y se incorporan en las actividades y talleres de rescate cultural. Esto se explica también por la reconceptualización de la percepción de las personas no Mapuches con respecto a la cuestión indígena, en el sentido que, hasta ahora se había pensado que la discriminación sufrida por el pueblo Mapuche transformaba a su cultura en una especie de fortín, más hoy parece ser que la esencia de lo indígena (su lengua, prácticas, ritos) es más valorada por los de afuera que por los indígenas mismos. (Foerster, R y Montecino, S. 2006)

La presencia de elementos afectivo-comunitarios, constituye un hallazgo significativo en la experiencia intercultural en estudio y adquiere mayor sentido cuando lo analizamos desde el concepto de *socialidad*, que si bien, se ha empleado más para explicar los fenómenos de congregaciones y tribus urbanas (Maffesoli, M. 2008), no es menos útil para problematizar el fenómeno de identificación étnica de Mapuches y no Mapuches en la experiencia intercultural.

*“El venir a la ruca el cambio fue bueno. Yo no tenía amigas, me sentía sola, antes yo era más callada y aquí, trabajando en grupitos, estoy bien, feliz, contenta, me siento bien, todos somos iguales, acá me entienden. Siento que valgo y soy capaz para muchas cosas.”* (G. 54. US. MAP). La socialidad, es definida por un sentido opuesto al fomentado por el individualismo moderno, donde es posible pensar en una experiencia de fusión, una relación de piel entre los actores de la comunidad, con un fuerte componente emocional o sentimental con las demás personas que participan del colectivo, con lazos sensibles y afinidades que dan sentido a estar ahí juntos (Carretero, A. 2007).

Los vínculos establecidos por los asistentes al programa de salud intercultural, no olvidemos, se dan en el contexto de interacción con la machi, agente de salud Mapuche, símbolo de la cultura, y ¿porqué no? depositaria de creencias y atribuciones místicas necesarias para la experiencia de la socialidad. «Estar juntos», necesita un receptáculo, un continente, en donde pueda llegar a fructificar. Esto lo ofrece la sedimentación de lo imaginario bajo la forma de mito. El mito del poder de sanación de la machi en el que coparticipan globalmente los integrantes de una comunidad les sirve a éstos como matriz de auto-reconocimiento colectivo (Carretero, A. 2007).<sup>6</sup>

Es a través de las prácticas grupales y colectivas en donde los usuario(a)s pueden acceder a una posible “cura” de la enfermedad, en tanto que para el programa, la persona no puede ser pensada como individuo aislado, sino que está inmerso en su rol como integrante de su comunidad, participando en las mismas condiciones en la búsqueda de soluciones sanitarias y a las problemáticas cotidianas. Si bien es cierto, las necesidades de los usuario(a)s a nivel de salud pudieron haberse maximizado con el advenimiento de patologías de la época (estrés, depresión, trastornos adaptativos, etc.), su experiencia en el contexto intercultural también se ha redefinido con base en nuevos modelos interpretativos para entender sus enfermedades y consecuentemente, otras formas de abordaje provenientes del encuentro con la cosmovisión Mapuche.

*“entré a este grupo porque me gusto y como se hacían otras cosas por eso entre acá, porque a otra parte yo no iba. Acá hilamos, conversamos. Lo que pasa se conversa y uno se desahoga de lo que le pasa en la casa”.* (M. 47. US. MAP).

Pero no solo la comunidad afectiva le da sentido a la experiencia en la ruca, sino también, la oportunidad de redefinirse a través de lo étnico. Quizá el estar juntos ahí, es gracias al lazo cultural que amalgama el sentimiento colectivo. No es producto de la casualidad el estar en un taller desarrollado por una asociación indígena, y si bien se configuran nuevas formas de vivir lo étnico, entre gente Mapuche y no Mapuche; lo cierto es que los distintos íconos culturales, y principalmente la machi, determinan posiblemente la escogencia y adhesión a un grupo y no a otro.

---

<sup>6</sup> Si bien, el concepto de socialidad aplicado para entender las lógicas posmodernas de agrupamiento (tribus urbanas, nuevas congregaciones religiosas), lo utilizo además para ejemplificar el fenómeno de identificación colectiva que se da en torno al mejoramiento de los pacientes y los lazos emocionales que se suscitan en la experiencia de los talleres, donde muchas veces los participantes comparten experiencias personales de discriminación u otras cosas por las que han sido marcados. En ese entorno empático, la compañía y la aceptación se convierten en factores claves de cohesión y desindividualización, lo cual se refuerza con esa fe vinculante que se pone a prueba en los tratamientos y rituales destinados a los pacientes. CF. Maffesoli, M. “La comunidad localizada. Variaciones sobre las sensibilidades posmodernas” Revista Ideas. N0. 6, Junio 2008. Pág. 7-30.



El desahogo, las confidencias y secretos compartidos por los usuario(a)s en el contexto de la intervención parecen tener como telón de fondo, la cosmovisión Mapuche que lograr generar esta atmósfera de sentimientos y carencias encontradas. A su vez, ese secreto compartido solidifica las razones para estar ahí. De ahí que también tengan lugar los desencuentros y conflictos, justamente por el tipo de vínculos que se generan: *“A veces las relaciones no muy bien, no somos muy unidas a veces con la mirada como que te están comiendo, a veces hay gente que no se puede entender”*. (S. 56.US. MAP).

La reapropiación de prácticas y valores culturales terminan siendo el pretexto para la búsqueda de sentido grupal, independiente que entre los usuario(a)s se presenten estos desencuentros. Los ejecutores de los talleres son quienes están llamados a dar manejo a estas situaciones, lo hacen igualmente desde la perspectiva indígena: *“aquí las cosas se dicen en la cara, de frente. La persona Mapuche no se esconde, sino que va de frente.”* (M. 46. COO. MAP).

*“lo primero han perdido el dialecto, el mapudungun, y acá están retomando haciendo un esfuerzo para aprender y son grandes todos, o sea ya personas adultas y quieren aprenderlo y en la vida cotidiana han perdido su gastronomía, han perdido su vestimenta, entonces acá han aprendido el encontrarse, el hablar, el estar juntos.”* (E. 48. US. NO MAP).

La percepción de la experiencia intercultural en cuanto a su utilidad, se asocia a la noción de aprendizaje y a la revalorización del espacio físico donde resurgen anécdotas locales y rituales cotidianos que estructuran un cuerpo social que causa pertenencia y que determina el deseo de permanencia. Las características del espacio como el piso de tierra son percibidas como esenciales para vivenciar y rescatar la huella cultural de la etnia Mapuche, el piso de tierra o la fachada rudimentaria de la ruca no son considerados factores de pobreza o escasez, si no más bien como el derecho a manifestaciones culturales de carácter ancestral originario. Percepción que refuerza la idea de una filiación cultural como pueblo originario.

*“El lugar físico, o sea yo creo que la casa propia es más acogedora que estar en un lugar que nos ofrecen y que no tenía las condiciones, no estaba ambientada para nosotros, no como acá”*. (E. 48. US. NO MAP)

Aquí la actitud del ejecutor es clave en la medida que los usuario(a)s acuden a la experiencia sin mayores antecedentes de lo que van a aprender, se ubican en el lugar de receptor en la experiencia de aprendizaje: *“no nunca lo propuse, primera vez que lo digo, me gustaría que hicieran otros cursos pero digo: quién soy yo para decir eso, no se si hacerlo o no, pero no creo que lo haga”* (G. 54. US. MAP)

Pero más allá de eso, la experiencia de estar juntos y los lazos que allí se construyen dependerían más los rendimientos psíquicos del estar juntos. Esto responde a la pregunta sobre si el hecho de que trabajen conocimientos y

tradiciones de la cultura Mapuche, ¿es suficiente para adherirse a dicha experiencia?

### 7.3.3 NOCIONES DE UTILIDAD DEL PROGRAMA

Desde la mirada de los usuario(a)s del programa en forma general se percibe en sus relatos la aceptación de manera positiva de la medicina natural Mapuche. Es en este caso importante destacar que los usuario(a)s del programa no son en totalidad de la étnia Mapuche, lo que pone en juego nuevos elementos, ya que no en todos los casos significa la aceptación de un modelo médico debido a la identificación con una tradición médica determina.

Surge aquí la búsqueda de bienestar en relación con tres posibles fuentes: la primera tiene que ver con la utilidad de la práctica medicinal en función de la disminución de la sintomatología. La segunda está relacionada con la compensación afectiva que se da al interior de la grupalidad, donde la cuestión étnica, emerge como dispositivo aglutinador de intereses móviles que van desde el interés por aprender hasta la recuperación de prácticas propias de la etnia Mapuches rurales, sin que ello signifique que los asistentes vayan movilizados por una motivación estrictamente étnica. La tercera fuente de utilidad, es de orden pragmático, y tiene que ver con la saturación del sistema médico oficial y el abaratamiento de costos derivado de la medicina natural Mapuche.

*“Ha curado un dolor en las piernas, algo de sarna, de los hueso, me parece que enfermedades de la sangre, dolor de cabeza mareos, cosas así, la presión la puede curar. Todas las enfermedades si no fueran graves. Yo iría donde la machi siempre y cuando no sea algo grave”.* (S. 56.US. MAP).

*“Lo encontré todo, yo creo que más que conocerlos, encontré a hermanos, encontré amistad, encontré toda la cultura perdida, que yo por más que la investigo, ahí me la entregaron ellos”.* (E. 48. US. NO MAP)

*“Era caro, yo ganaba 100.000 pesos ponte tu, y el medicamento me costaba 32.000, era bastante, eso sumando todos los gastos de la casa. Lo suspendí ya hace unos 6 meses, cuando fui a la ruca, la cuestión era más tranquila (...) el dolor pasó, pasó no te voy a decir que por arte de magia pero pasó (...) no he sentido nada. Y bueno, aparte que el médico te toca todo, te hacen exámenes y no salía nada en la endoscopia y todos los exámenes no arrojaron nada.* (Ad. 59. US. NO MAP).

El hecho que la medicina Mapuche esté orientada a la *sanación espiritual*, explica de alguna manera que los usuario(a)s acudan cuando la enfermedad o la sintomatología “no sean graves”. Esto aviva una discusión entorno a la equivalencia de las etiologías o causas de las enfermedades occidentales a la cosmovisión Mapuche. La que se evidencia en un primer momento es la equivalencia que pudiera existir entre salud mental y *lo espiritual*.

*“la machi en un principio me encontró súper mal, “tai mal” me dijo, cuando me dolía la cabeza, ella me dice; tu cabeza está mal y eso es verdad, pero ahora cuando yo tomo el remedio de ella, me he sentido bien, yo tengo fe en ella porque yo estoy tomando el remedio de ella, lo que echo de menos es de repente el remedio de ella cuando descansamos enero y febrero, porque vengo a tomar recién en marzo de nuevo”.* (S. 56.US. MAP).

La pregunta obligada de esta *equivalencia* es si resulta suficiente para sostener o facilitar la conversión hacia un modelo de salud intercultural. ¿Si la medicina Mapuche reportara mayores resultados en “enfermedades graves” sería más viable la complementariedad de los modelos médicos?. Pareciera que una competencia (teórica y práctica) en la obtención de resultados entre ambos modelos, alejaría la discusión de lo propiamente étnico y la remitiría nuevamente, al ámbito de la gestión y los indicadores sanitarios.

No obstante, resulta paradójico el contraste con la apertura simultánea hacia la medicina Mapuche como una opción dentro de las distintas ofertas médicas, a raíz seguramente de las condiciones de posibilidad que se producen en el sistema emergente. Probar la medicina Mapuche en el caso de una enfermedad catastrófica (independiente de que sea una medida desesperada o no por la gravedad de la enfermedad), seguramente no es un fenómeno novedoso, sin embargo, cuando se comienza a dar esta apertura hacia el modelo de salud dominante, se obtiene como resultado esta suerte de “fisura”, que si bien no da por hecho el fortalecimiento de una identidad étnica, si parece agrietar el preciado equilibrio de los modelos médicos en la retórica intercultural:

*“me recuerdo un tiempo, que fui, a llevar a mi mamá al consultorio y me recuerdo que un doctor se molestó porque le dije que mi mamá toma remedio de machi, y el dijo si toma remedio de machi, para qué la trae a acá; le dije, porque es una emergencia y ella es adulta no es como yo que puedo aguantar el dolor”.* (C. 50. US. MAP)

*“A mi hija le descubrieron en el policlínico que tenía cáncer, yo le dije anda donde la machi, anda con fe, ya la segunda vez que fue le dijeron que no tenía nada, ella tomo agüita, ella es un testimonio”.* (Al. 56. US. NO MAP)

*“Mis hermanas también fueron. A mi hermana la machi le dijo, que lo de ella ya estaba demasiado avanzado para que ella se pudiera mejorar. Ella siguió con el médico”.* (Al. 56. US. NO MAP)

Independiente que tratamiento de la machi resulte efectivo o no, la subordinación del sistema médico Mapuche en relación con el oficial, se ve reflejada en la autodeterminación estructural de ambos modelos, reforzando las distinciones que precipitan formas de incomunicación y el escaso traspaso de información entre uno y otro. Sin embargo, según los relatos de los usuario(a)s, la presencia de la fe, y la misma amplitud de la oferta médica, nos revela a un usuario(a) errante,

que elije sus opciones de acuerdo a condiciones de posibilidad y a filiaciones dinámicas, que si bien, determinan un modo significativo de estar en la experiencia intercultural, gozan del tal plasticidad que logra alojar de forma eficiente el sentimiento de pertenencia en lo Mapuche.

*“En cuanto a conocimiento yo creo que se aprende harto, porque yo teñir no sabía y ahí yo he ido adquiriendo el beneficio de saber, de saber más cosas que yo no sabía por el hecho de haber venido del sur yo había perdido eso. Además he aprendido a compartir con mis hermanos. Que lindo, que lindo llegar a sabe (...) a mi parecer como es la ciudad está bien, como lo están haciendo en cuanto a la medicina, porque si no tenemos otra alternativa más”. (C. 50. US. MAP).*

La utilidad que exponen los usuario(a)s no es sólo de tipo médica visto desde la perspectiva occidental, la utilidad se presenta en tanto *comunidad emocional* representada en el bienestar percibido al entrar nuevamente en contacto con elementos simbólicos Mapuches, sobre la base del reconocimiento de un origen común y las prácticas compartidas, como en este caso particular, los procesos ligados al trabajo de telar. El estar juntos y desempeñar un trabajo con un propósito final puede constituir un fenómeno de persistencia o perseverancia sobre elementos culturales sobre la base del afecto compartido sobre dichas prácticas, lo que a su vez construye un marco natural donde la solidaridad fortalece posibles reidentificaciones con elementos simbólicos étnicos, por medio del diálogo, la discusión y la necesidad filial.

Esta amalgama motivaciones filiales y étnicas, configuran un usuario(a) que no solamente es destinatario de un tipo de intervención con pertinencia cultural, sino que además toma el papel de “promotor”, identificando la utilidad del programa con la posibilidad de que más personas se den cuenta del sentido del mismo a través de sus propias voces. En esta medida se convierte en agente activo que se involucra con el resto de comunidad para ofertar los beneficios del programa.

*“yo creo que igual si tiene la fe, igual se mejoran porque yo he conversado con harta gente que no tiene nada que ver con el mundo Mapuche, que les simpatiza, que les agrada y que se mejora. (...) yo creo que va mucho en cuanto a la creencia, a lo que crea la persona de la medicina natural”. (C. 50. US. MAP).*

*“Yo creo que los remedio que le da la machi a uno le van a hacer bien, más las conversaciones, mejora aún”. (G. 54. US. MAP).*

La necesidad de encontrarse, parece tener uno de sus mayores rendimientos (aparte de la promoción de elementos étnicos) en *“las conversaciones”*, el encuentro con un modelo de salud que supone modalidades de intervención *parlantes*, que apuntarían a comprender al usuario(a) en sus más íntimos repliegues. Y si las personas no asisten a una terapia grupal (a parte de un costo económico) responde a que se trata de conversaciones en un escenario con impacto simbólico, logrado mediante las constelaciones de elementos Mapuches. Estar juntos e inmersos en construcciones simbólicas Mapuches, si bien, presenta

ciertos ribetes terapéuticos (lo cual se constata con la modalidad de intervención psicosocial desarrollada en el programa de salud intercultural), los usuario(a)s quizá lo emparentan más con una forma de maximización de sus relaciones sociales bajo el influjo emocional de la comunidad étnica.

*“esa es la parte rica, de que con la cosa del taller no solamente me he mezclado con el taller, he estado en las fiestecitas que se han dado, aprovecho de todas esas cosas, trato de ir a todas esas cosas que ha habido, al guillatún que se yo harlo he hecho, para mi son como esenciales. (Ad. 59. US. NO MAP).*

De la utilidad socioemocional, pasamos a una utilidad en términos de aprendizaje, un plus de saber. No sabemos si este valor de lo aprendido radica exclusivamente en la recuperación de prácticas afincadas a un territorio y cosmovisión, o si se desprenden otro tipo de provechos instrumentales. Es preciso señalar que esta ganancia es percibida de distinta forma entre usuario(a)s Mapuches y no Mapuches. Por un lado, el provecho está en la recuperación de algo conocido y a la vez distante

*“Yo por lo menos el telar no lo sabía hacer mucho (...) mi abuela no me dejaba acercar, tenía uno que andar cuidando las vacas, la abuela era la que sabía telar” (S. 56.US. MAP)*

Independiente de esto, el estar allí parece suficiente compensación para ambos orígenes étnicos, recorriendo las distintas etapas del proceso de aprender a telar u otra actividad:

*“Todo lo que es telar, comenzando por pelar las ovejas, o sea han pasado todos los procesos, lavarlas, hilarlas, teñirlas, todo; pero eso ha qué ha ayudado a mi vida. Tu sales primeramente de la rutina, sales de sentarte de ver televisión a aprender cosas nuevas” (E. 48. US. NO MAP).*

*“ha echo acercarme más a las costumbres, a buscar dentro de la basura las perlas; dentro de lo que hay, pues yo me he mezclado más con libros, con lo que he pillado, ahora ya me dio por investigar yerbas a mi en lo personal (...) antes de esta consulta no se me había despertado este interés”. (Ad. 59. US. NO MAP).*

La ganancia en las personas no Mapuches, parece vincularse más al interés por el aprendizaje novedoso y de romper con lo que se percibe predecible y abarcante, la rutina de un sistema ya conocido. Ese *ver televisión* (como imagen prototípica), se ve interpelado por la ganancia del aprendizaje. El cálculo efectuado revitaliza el sentido de pertenencia a la experiencia intercultural de la organización Taiñ Adkimn, no solamente como valor de novedad, sino como contestación sutil, al influjo del mundo occidental.

Este interés por aprender puede resultar además en búsquedas personales con el objeto de profundizar en las expresiones simbólicas de lo Mapuche junto a otros. Esta forma de aprendizaje, ya sea de carácter recuperatorio o innovador,

constituye para los usuario(a)s una forma de utilidad que nos habla de múltiples fines y utilidades del programa que se enmarcan en la cuestión étnica, pero que al mismo tiempo es remontada, o flexibilizada en el contexto de las relaciones interétnicas, donde lo Mapuche adquiere distintos rendimientos y usos (sociales, afectivos, instrumentales) anudados en el discurso étnico, que debe contar con la suficiente intensidad para garantizar la confluencia de los intereses o expectativas de los usuario(a)s.

#### 7.3.4 SUGERENCIAS DE MEJORAMIENTO

Las sugerencias de mejoramiento dejan ver otro entramado de significados que enriquece la percepción de los usuario(a)s frente al programa. Se amplían los horizontes de la interculturalidad y al tiempo se pone en cuestión tanto los lineamientos de la política pública, como la misma implementación del programa de salud intercultural. Por esta razón el concepto de mejora constituye un acervo de significados, útil para dar cuenta de los quiebres o contradicciones en la línea de comprender mejor las expectativas de los usuario(a). Ampliación de cobertura, implementación de pautas que respondan a las metas y objetivos o el acceso a materiales, son algunas de las sugerencias que esgrimieron los usuario(a)s en sus relatos. Estas sugerencias no sólo apelan a las necesidades sentidas por los usuario(a)s, sino que también siembran un interrogante en lo referente a la intervención intercultural, en tanto pone en evidencia el déficit de complementariedad en los sistemas médicos.

*“Es que la machi me decía que yo tenía la sangre machucada, eso fue lo que ella me dijo y que posiblemente estuviese anidando una guagua, pero a mi ya me habían hecho todo y a mi me habían dicho que yo tenía cáncer, pero como te digo en ningún momento me llamaron a control o esto, no nada, nunca me llamaron. A lo mejor si yo le hubiese dicho a ella que tenía cáncer, a lo mejor me habrían llamado, se habrían preocupado más, yo pienso que el día que no fui al control me deberían haber llamado, no se, pero como te digo a mi siempre me dijeron que yo no tenía que decirle nada a la machi de lo que tenía, porque supuestamente la machi sabía lo que uno tenía”* (Ss. 31. US. NO MAP)

Dado los cambios adaptativos que se han tenido que dar para la reproducción de la medicina Mapuche en el contexto urbano, la asimilación de los códigos o técnicas semiológicas empleadas por la machi, aparece como un punto de desencuentro entre los usuario(a)s y el modelo médico Mapuche, solamente superable por la fe, función mental que permite creer sin necesariamente entender la figura o forma de *sanación* empleada por el agente de salud para tratar la enfermedad. No obstante, tal “repliegue” respecto a los códigos de diagnóstico o intervención, que tendría que ver con el carácter espiritual e ininteligible de las prácticas curativas de la machi, no es asimilado íntegramente por los destinatarios, quienes movilizados por la fe y la enfermedad, acuden al tratamiento, y dependiendo de la gravedad de la misma y de los resultados obtenidos, juzgaran el *repliegue hermético*.

Más allá de que corresponda que los usuario(a)s comprendan la naturaleza de un tratamiento ya sea de medicina occidental u otra, lo que refleja este fenómeno de desencuentro es una modalidad de fe circunstancial, flexible de acuerdo a las distintas expectativas de los usuario(a) que pueden abortar o no el tratamiento según el cálculo realizado de su efectividad. Una fe suspicaz que permite poner a prueba el poder espiritual sanador de la machi. Este calculo también es realizado por los usuario(a)s Mapuches, quienes condicionan su permanencia en el tratamiento según sus resultados y la gravedad de la enfermedad.

Descubrir el “equivoco” o “falla” de la machi en su diagnóstico, podría coincidir con la práctica generalizada de encontrar el error, y parece coincidir con los múltiples cuestionamientos realizados al sistema médico occidental. Vale la pena rescatar que lo que hemos denominado *hermetismo* en la semiología de la enfermedad es un primer obstáculo a superar en la perspectiva de complementariedad en los sistemas médicos, de lo contrario, la interculturalidad será lo que siempre ha sido, especialidades médicas a la carta sin complementariedad, de acuerdo a las expectativas, necesidades y la trayectoria cultural de los usuario(a)s.

*“cada persona tiene su propia visión, su punto de vista, poniéndole un caso ya: si yo voy a una parte a buscar papa y no hay papa hay puro maíz, yo no me quedo ahí porque no encontré papa, po.”* (C. 50. US. MAP)

Lo que hemos denominado hermetismo en la semiología de la enfermedad, tiene también sus variaciones sutiles en la implementación del programa, en el ámbito de la intervención psicosocial y en los talleres, lo cual también puede contrastarse con los resultados esperados de la política pública en materia de participación:

*“Son otros quienes lo dirigen, que lo intervienen, entonces no podría decir que le falta qué le pongo, porque bien poco podría servir mi opinión. Incluso el año pasado cuando estuvo una candidata que fue la albear, yo ahí me atreví a hablar porque de alguna manera hay más opción de que seas escuchada”* (Ad. 59. US. NO MAP).

*“solamente se nos dice esto es lo que estamos haciendo y para allá vamos, porque llegaron hartas personas cuando ya habíamos comenzado el taller del hilao y habían muchas que no sabían, les decían ya llevamos varios talleres y vamos a hilar y luego el teñido, pero no se dice del programa completo”* (C. 50. US. MAP)

¿Cómo explicar aquella paradoja contenida entre el espacio afectivo acogedor representado en el programa de salud intercultural y esa voz de los usuario(a)s que es soslayada en la toma de decisiones? Aquí se podrá decir que nunca es suficiente la cuota de participación hasta no tener una posición estratégica que permita la toma de decisiones. No obstante, las dificultades explicadas anteriormente en el ámbito de la implementación pueden darnos algunas luces. Las trabas cotidianas en el funcionamiento ligadas a la ausencia de normativización en el funcionamiento, puede tener consecuencias en la

autorregulación del programa al no lograr seleccionar y aprovechar los aportes o críticas de sus usuario(a)s.

No en vano, en el ámbito de la ejecución, una de las prioridades es:

*“el diseño o de un modelo de intervención con pertinencia cultural, a partir de todos estos insumos que hemos estado sacando durante todos estos años (...) osea, todos estos años de trabajo en algún momento nos van a llevar a aterrizar en un modelo”* (MU. 46. COO. MAP).

Y es que los procedimientos no sólo se necesitan para las prácticas diagnósticas o de intervención, si no también para la legitimación social del programa y el aprovechamiento de la participación de los usuario(a)s.

Esta hipótesis explica la ausencia de participación por la falta de mecanismos de gestión, en la medida que, a falta de una delimitación y clarificación de estrategias, roles, diseños, evaluaciones y funciones, se haría difícil estructurar la participación de los usuario(a)s, convirtiéndose en un evento aislado o impreciso, no asimilable en la autocomprensión del programa de salud intercultural, y además, generando una especie de autopercepción de pasividad de los usuario(a)s en relación al programa.

Si bien, los usuario(a)s entregan esta suerte de crítica en cuanto a la participación, también es cierto, que se ve superada por necesidad de propósito o finalidad, es decir, si no están dadas las condiciones para participar de forma activa, entonces se deberían probabilizar con la obtención de resultados concretos en la experiencia de los talleres:

*“Pienso que el programa debería mejorar, aprender más cosas y la gente que no se venga sólo a sentar, lo mejor sería un telar grande, que lo vean, bonito, una manta para cuando llegue gente digan que bonito quiero aprender. Porque en los años que estoy no se ha avanzado nada, más trabajo”.* (S. 56.US. MAP).

La autocrítica usuaria aparece aquí como una opción de mejoramiento definida por liberarse de aquella pasividad (venir sólo a sentarse) mediante logros extensibles al resto de la población. Esto puede ir de la mano con la sistematización de la rutina de trabajo. Sin embargo allí quizá exista otra barrera semántica y es que desde la cosmovisión Mapuche, dada la diversidad o plasticidad de su comprensión de la salud, el hecho de establecer un sistema en función de resultados (telar grande) implicaría una cristalización u homogenización del trabajo realizado, desde la visión étnica. Cómo zanjar la discusión entre la búsqueda de resultados y el fortalecimiento de lo étnico. En palabras de los usuario(a)s la demanda implícita de organización y sistematicidad cobra fuerza, y se interpone al supuesto de la normativización como práctica integracionista.

Desde la visión del usuario hay aspectos del programa que deben mejorarse como lo es la duración del programa, la continuidad, la promoción hacia los



usuarios, pero además sugerencias de elementos propios del contexto interétnico urbano que apuntan a suplir brechas culturales de acuerdo a las nuevas realidades de la ciudad y la modernidad, partiendo de la premisa señalada anteriormente de la utilidad y valor otorgado a los aprendizajes:

*“bueno, pero igual pienso que le faltan cosas por hacer, me gustaría que hicieran por ser cursos no importa que fueran de poquitas personas, cursos así como de aprender a nadar, una cosa así me gustaría y que dieran aquí mismo cursos, unos cursos así como aprender inglés, también, esas cosas. Yo soy viejita pero igual me gustaría aprender de todo, pero no se, no se si uno tendría que darles ideas”* (G. 54. US. MAP).

La sugerencia referida a ampliar la oferta, independiente de que la satisfacción de los usuario(a)s sea una variables condicionada por distintos factores, que no pasan exclusivamente por la oferta programática, debe leerse como selección y articulación de interpenetraciones culturales. Es decir, las expectativas traspasan las fronteras de lo étnico a pesar de que sea la identificación con lo Mapuche un motor decisivo para la asistencia al programa.

Esto recae nuevamente en la formulación de valor otorgado al aprendizaje de distinta índole, indistintamente que se circunscriba a lo Mapuche. Si bien, aprender a telar con la técnica artesanal constituye una experiencia de recuperación de elementos étnicos con un valor intrínseco, las expectativas de aprendizaje parecen estar además en un plano instrumental, donde el usuario(a)s valora por un lado la pertinencia, y simultáneamente calcula mayores rendimientos u optimizaciones.

Esta formulación no sólo se fundamenta en el relato de querer aprender inglés o a nadar, sino también en las mismas pretensiones de capitalización de la sabiduría medicinal Mapuche:

*“Yo daría algunas sesiones de yerbas que estuvieran más cercanas, que hubiera una medicina más auxiliar, que la gente maneje más porque por ejemplo todos cuando nos duele la guata tomamos meyanta, sabemos poco, sabemos por los libros que se venden por todas partes. Yo haría eso le daría a la gente más herramientas en ese sentido”.* (Ad. 59. US. NO MAP).

Una coincidencia que se dio en varios de los relatos de los usuario(a)s en torno a las sugerencias de mejoramiento tiene que ver con la inconformidad de que el programa se suspenda en el periodo de vacaciones (enero-febrero), lo que indica una alta adhesión no menoscabada por las críticas u observaciones realizadas al funcionamiento del programa:

*“a mí me gusta venir aquí porque, ahora ya van a salir a vacaciones y no se que voy a hacer, no voy a tener a donde ir, en la casa no más: igual voy a echar de menos la ruca”*

*“Es una lata de que realmente se pierda la atención de la ruca tanto tiempo, en el verano. Debería haber talleres de verano, con otras temáticas, no siempre lo mismo. (Ad. 59. US. NO MAP).*

Independiente de si las razones de esta adhesión, son de carácter étnico, medicinal, emocional o instrumental, lo cierto es que los usuario(a)s están dispuestos a continuar asistiendo y a que sigan pasando los sábados en la experiencia de salud intercultural. Si bien, no es posible determinar con precisión cuál de estos aspectos incide mayormente en la elección de las personas, lo que aparece como sugerencia de mejoramiento es un pedido de continuidad, que también remonta lo étnico, al obtenerse una ganancia a nivel emocional. Es decir, el espacio de construcción colectiva (significativo para los usuario(a)s como espacio de aprendizaje y de efervescencia emocional) se hace improbable por fuera del espacio del programa de salud intercultural y de sus facilitadores.

Pese a que las condiciones para resignificación de la identidad Mapuche están dadas en lo programático y en los recursos disponibles, con una manifestación embrionaria de capital social a través del programa como dispositivo generador, los usuario(a)s participan en una suerte de semblante en la construcción colectiva de lo Mapuche, que desaparece y se reproduce sólo bajo las condiciones propiciadas por el programa de salud intercultural.

Por contraste, no sólo hay una demanda por una continuidad vitalicia del programa, también los motivos de deserción pueden dar cuenta de la fragilidad del vínculo entre los usuario(a)s y las prácticas de salud Mapuches:

*“las primeras aguas eran sabrosas, pero después la tercera o cuarta agua me daba asco tomarlas, incluso las dejaba en la misma botella y no me las tomaba porque no podía tomármelas, era algo que no se aguantaba, yo pienso también que es por eso que la gente abandona esto también”. (Ss. 31. US. NO MAP).*

*“La machi me dijo, que con el agüita, que ella me iba a dar, yo me iba a sentir mejor, yo dije bueno, voy a probar; fue por lo que tomé, pero no quise seguir porque el agua sabía muy mala”. Entonces yo dije, qué voy a ir, si ella me da un agua y yo no me la voy a tomar”. (C. 50. US. MAP)*

Lo anterior nos retrotrae a la formulación de que las adhesiones también son dinámicas, cambiantes y que dependen de circunstancias que superan los alcances del mismo programa, no obstante, el hecho de que el sabor de la medicina condiciona la adhesión al tratamiento, también refleja otro sentido de lo étnico, en la medida que quizá solo en este contexto (urbano) sea legítimo dejar de tomar un medicamento (con una carga espiritual que proviene de la propia cosmovisión Mapuche), por no soportar el sabor.

La pregunta que viene es si esta elaboración de los medicamentos podrá ceder al influjo de los mismos usuario(a)s que refieren resistencia su sabor, en un gesto más de interpenetración de expectativas y nociones provenientes de los

usuario(a)s no Mapuches, o se va a seguir elaborando dentro de lo que anteriormente llamamos “repliegue”, en este caso, ya no de la semiología de la enfermedad, sino de la composición del remedio.

### **7.3.5 MOTIVACIONES DE ASISTENCIA Y EXPECTATIVAS DEL PROGRAMA**

La salud como valor universal coincide en las entrevistas como factor decisivo a la hora de acceder al programa de salud intercultural y cuando la medicina Mapuche se convierte en una opción dentro de la amplia oferta de medicinas y tratamientos dentro de lo que hemos denominado paradigma emergente, saltan a la vista preguntas obligadas sobre si realmente se ha dimensionado la resignificación de la medicina ancestral (con todo y que sigue siendo un referente simbólico a nivel de salud para el pueblo Mapuche) y el tránsito hacia su *masificación*.

*“Fue como una alternativa, traté de buscar, pues distintas opciones, como para poder salir de esa enfermedad. (Ss. 31. US. NO MAP)*

Sin embargo vale aclarar que constituye una opción en la medida que se marca una clara diferencia en relación con el modelo médico occidental, en tanto involucra elementos rituales y de fe que alimenta las expectativas de sanación en los usuario(a)s.

*“Por todo lo que había escuchado, por todo lo que la gente hablaba de que la machi los había sanado, de que la machi esto, la machi lo otro, de que la machi es muy buena, entonces por eso me dio como esperanza”. (Ss. 31. US. NO MAP)*

El hecho de que la fe movilice los nexos interculturales no es algo nuevo, sin embargo se torna problemático cuando pensamos en la redefinición del modelo de atención a la luz del enfoque intercultural, sobre todo si se tiene en cuenta que la fe ha sido un elemento históricamente proscrito del mundo de la ciencia, aparte de la subordinación que ha sufrido la medicina Mapuche en relación al sistema médico oficial (CF. Anigstein, M. y Álvarez, V. 2002).

Sin embargo, no sería extraño encontrar este tipo de prestaciones entre sistemas de salud en el contexto de las relaciones interétnicas, así como también, podemos encontrar casos de personas que acuden tanto a la medicina occidental como a la homeopática. Los cambios adaptativos que ha sufrido la medicina ancestral para su reproducción urbana, se expresan también en la atención hacia esta modalidad de usuario(a) que va y viene de acuerdo a su necesidad, movilizado por la fe, pero no necesariamente por la causa étnica.

*“Si quisiera volver a ir, voy a ir donde ella. Yo voy a ir donde ella porque me dicen que el oído medio no tiene remedio, que dan calmantes no más pero no tiene remedio, del 100% el 99% es negativo. No quise volver, cuando me dieron la última agua, porque yo iba todos los sábados a buscar el agua, pero la última*

*estaba tan fuerte, no la soporte (...) yo me la tomo sin preguntar de qué hacen el agua, de donde proviene, no. Yo me las tomo igual". (Al. 56. US. NO MAP).*

*"En mi inconcientemente yo decía eso me va a hacer mejor que el médico. Yo pensé "me lo voy a tomar y listo", era como algo milagroso, pero no era tanto, ese era el problema no era milagroso y a lo mejor yo esperaba el milagro con la machi, pero eso no fue". (Ss. 31. US. NO MAP)*

Y la fe se erige como una evidencia más de que los acoplamientos entre los modelos médicos dependen de cambios estructurales que escapan a las definiciones del programa y de la misma política pública de salud y pueblos indígenas. Si al usuario(a), movilizado por la fe, no le importa el contenido que ingiere de la botella suministrada por la machi, no tardará mucho tiempo para que al sistema de salud oficial si le importe en la medida que se vaya viabilizando la complementariedad entre los dos modelos.

Si la política pública remarca en su visión las pretensiones de modernización en el sistema de salud y el funcionamiento regulado por estándares de calidad, parecería poco factible que las botellas de remedio se sigan suministrando artesanalmente, sin un control de calidad en el procesamiento de la sustancia, ejercido por una instancia distinta al control que desde su sabiduría la machi realiza.

Ello al mismo tiempo pone en riesgo la supervivencia de la práctica o su total reinención, dado que a pesar de que en la ciudad se den nuevas formas de legitimación de las prácticas médicas <sup>7</sup> y de la plasticidad del modelo Mapuche, existen imponderables que determinan la naturaleza o esencia del tratamiento:

*"lo complicado es buscar el remedio, tengo que viajar al sur, voy a buscar remedio a la montaña, mi hermano va a buscar remedio yo lo enseñé, yo no voy a la montaña porque me da miedo, porque haya hay leones, mi hermanos va armando, lleva pistola, lleva perros y lleva de toda armas y va acompañado, eso yo no voy, porque me da miedo." (MCH. 65. MAP)*

Si la machi viaja quincenalmente a traer las plantas para preparar el remedio, con todo lo que implica esa inmersión en la montaña ¿sería contraproducente la existencia de un tercer ojo que regulara la preparación de los remedios, regido por estándares y no por los códigos de la cosmovisión Mapuche?

Una de las maneras de enfrentar esta paradoja, en un escenario supuesto de valorar algo que se haya perdido (realización artesanal del remedio), se trataría de

---

<sup>7</sup> En relación a los agentes médicos Mapuches, Basigalupo afirma que dado el espacio rural, estos se legitiman de forma consensuada y se basan en el desempeño de cada agente ((Anigstein, M. y Álvarez, V. 2002), lo que explica la ausencia de una normativa explícita que estandarice los procedimientos médicos, mientras que en el escenario urbano, la legitimación dentro de marcos generales de funcionamiento, obedece a otro tipo de valoraciones y códigos sociales que determinan implementación efectiva, con un costo adicional que tiene que ver con la reducción en el repertorio de las prácticas medicinales ancestrales.

entender aquello reinventado como una versión flotante de lo que otrora fue: designa algo esencial de la práctica medicinal, pero se abre a otro tipo de ejercicio bajo lo que podría llamarse “esencialidad abierta” (Foerster, R. y Montecino, S. 2007). Seguramente la práctica artesanal es valorada intrínsecamente por lo que representa simbólicamente como acto de sanación, sin embargo, en la ciudad se preserva a un precio alto: la apertura de su esencia.

Otra motivación que moviliza decisivamente a los usuario(a)s a asistir al programa de salud intercultural está relacionado con el componente étnico, particularmente en las personas Mapuches que provienen del sur.

*“Yo siempre he querido participar en algo que tenga relación con mi pueblo, si bien aquí cuesta mucho estar constantemente; el idioma el mapudungun todo eso, entonces siempre ando buscando gente que tenga los mismos sentimientos, la misma conversación, los mismos temas, algo para conversar pero en mapudungun. Entonces por eso yo siempre me he interesado desde hace mucho tiempo”. (C. 50. US. MAP)*

*“a uno le duele, a mi duele que me digan india, cuando incluso a una persona, que otra le diga india me molesta, (...) para mi mejor que nadie supiera que soy Mapuche, pero por el apellido lo ubican al tiro a uno, por los apellidos, entonces yo sentía como que no me tomaban en cuenta a mi, a lo mejor me tomaban en cuenta pero yo como que me hacía a un lado. Llegue aquí, y estoy feliz y contenta porque todos son muy buenos, me quieren como soy” (G. 54. US. MAP)*

*“Esperaba la misma gente, los mismos que vienen del sur, el mismo Mapuche que uno conoce. (Mg. 47. US. MAP)*

Este reencuentro con lo pretérito y lo étnico, supone la percepción de distintos beneficios, entre los cuales se incluye el hecho de no ser discriminado. Sin embargo, aquella etnicidad imaginada por el usuario(a), se ve problematizada por el hecho de que ser Mapuche en la *Ciudad*, comporta una redefinición estructural que afecta distintos ámbitos de la persona, independiente de sus motivaciones, causas o adhesiones.

De ahí que las configuraciones interétnicas sean entendidas como procesos sometidos a intercambios externos y dinámicas internas que van modificando las características constitutivas de lo étnico y van dando lugar a complejas narrativas emergentes (Bartolomé, M. 2006). El programa de salud intercultural no está exento de estas reconfiguraciones en su implementación, lo cual se refleja en el enfrentamiento de las expectativas con la realidad:

*“.no he encontrado muchas cosas, yo esperaba más, simplemente porque yo ya había visto en otras organizaciones en el sur, Si bien uno no puede decir que hay mucha expectativa con lo que uno quisiera ver, lo que pasaría en el sur, cómo estaríamos en el sur, no porque no estamos en el sur, estamos acá. Entonces uno tiene que aceptar no somos mapuches del sur somos de acá de la zona, más*

*adelante tal vez vayamos descubriendo mucho más cosas entre todos, enseñando a otras hermanas lo que no han sabido de que se hacía antiguamente en el sur, qué es lo que nos toca recuperar, esas cosas”. (C. 50. US. MAP)*

### **7.3.6 PERCEPCIÓN DE MODELOS MÉDICOS**

No existe una percepción concreta del modelo de salud intercultural. Se evidencian más bien percepciones parcializadas del modelo médico occidental y el modelo de salud Mapuche. En ambos modelos se destaca la imposibilidad de coexistencia de estos. La machi pide a los usuarios que elijan entre el tratamiento médico tradicional (medicamentos) o el tratamiento con yerbas naturales y el médico a su vez pregunta porqué van donde él, si están en tratamiento con la machi:

*“me recuerdo un tiempo, que fui, a llevar a mi mamá al consultorio y me recuerdo que un doctor se molestó porque le dije que mi mamá toma remedio de machi, y el dijo si toma remedio de machi, para qué la trae a acá; le dije, porque es una emergencia y ella es adulta no es como yo que puedo aguantar el dolor”. (C. 50. US. MAP).*

*“la machi me decía que con el agüita que ella me iba a dar yo me iba a sentir mejor, que tenía que tomármela pero si estaba tomando remedio de médico dijo que tenía que dejarlo a un lado, o seguía con ella o seguía con el remedio del médico y yo en ese momento no estaba en el médico. Ella me dijo: o sigues conmigo o sigue con le médico usted tiene que decidir, pero yo la agüita la tomé poquito porque más no podía es súper amarga.” (Al. 56. US. NO MAP)*

Una vez más, como se planteó en el ámbito de la implementación, el repliegue de los modelos médicos asoma como el primer rasgo inherente a las prácticas interculturales. Los usuario(a)s no parecen tener problema con la falta de complementariedad en los modelos, lo que refleja a su vez, que dicha estrategia tiene un propósito político y no responde a una demanda explícita de los usuario(a)s. Ellos terminan recibiendo la “hostilidad” de ambos modelos cuando se percibe la presencia discursiva o práctica del otro modelo cerca de su dominio. Los usuario(a)s terminan resintiendo el enfoque de complementariedad, en la medida que a mayor autoreferencia de los modelos médicos, más vetos tienen respecto de la interacción con uno u otro.

Las diferencias entre modelos, independiente de las restricciones que impongan los agentes de salud, se ven marcadas decididamente por la relación médico-paciente, donde los usuario(a)s perciben que la machi tiene un trato más humano en cuanto se da el tiempo de escuchar y el programa permite un seguimiento estructurado de los efectos de los remedios naturales. La relación con el médico es percibida como más fría y distante.

Esto coincide con lo mencionado en la temática de utilidad, donde los usuario(a)s mencionan el plus de afectividad percibido en el programa de salud intercultural, lo cual abre un interrogante sobre la naturaleza de los resultados de la intervención y su ligazón con la vinculación étnica y la acogida, además de lo que significa la grupalidad emocional, donde el usuario(a) es contenido.

*“La machi por lo meno tiene la disponibilidad de sentarse a escucharte y te dice que es lo que pasa, yo creo que es más personal o será porque ella es machi y Mapuche, Mapuche con Mapuche se entienden mucho puede ser por eso también”* (C. 50. US. MAP).

*“es distinto porque es más frío, pero el doctor como que igual le da confianza a uno, pero es que también ahí que pagar, sale caro, es muy caro. Si como más frío, porque somos 2 personas no más las que estamos ahí”* (G. 54. US. MAP)

La aproximación cálida de la machi en la relación agente de salud – usuario(a), se ve reforzada con la percepción de bienestar y ausencia de efectos nocivos por parte de la medicina Mapuche (a pesar de tener sabor desagradable y de no ser sometida a controles de calidad), en contraste con el tratamiento farmacológico, que es evaluado como eficaz pero a largo plazo dañino (intoxicante):

*“Yo creo que el de la machi es mejor porque el medicamento que te dan en el consultorio hay que seguirlo tomando, puedes estar un año tomando las pastillas y te puede pasar pero después te vuelve la enfermedad de nuevo. El medicamento afecta el estómago, me dio gastritis (...) me dieron cálculos y me operaron en el padre Hurtado, porque la machi no trata eso, tiene que operarse uno para poder sacarlo.”* (Mg. 47. US. MAP)

Si bien, la distinción entre medicina natural y los fármacos, ha venido cobrando relevancia con el advenimiento del paradigma emergente (medicina homeopática, fitoterapias, terapias holísticas, etc.), la machi imprime un sello en la intervención que trasciende el medicamento mismo, es ella como figura simbólica quien da sentido al tratamiento, es ella misma el tratamiento. Sin embargo, no tiene un poder sanador omniabarcante, y es allí donde los usuarios(a)s flexibilizan su creencia y establecen interconexiones entre los sistemas médicos disponibles a partir de lo que a juicio de ellos sea más efectivo.

Los problemas, físicos o las urgencias médicas constituyen un elemento divisorio en función de la percepción y elección del modelo médico, se reconoce un límite en el poder de sanación, independiente de que sean personas provenientes del sur o usuario(a)s no Mapuches. Esto debe coincidir con la tradición científica que deviene en el paradigma biomédico, percibido de manera estable como proveedor de soluciones efectivas a las dolencias físicas. Sin embargo, como lo habría definido la política pública en su definición de salud (modelos bio-psico-social-espiritual), las dolencias físicas o patologías graves no son las únicas manifestaciones del malestar, y es allí (en ese prisma amplio de malestares) donde los usuario(a)s encuentran grandes rendimientos en la salud Mapuche,

*“Mi mamá tiene 80 años y siempre ha preferido la medicina natural, las yerbas, ahora va al médico porque tiene una enfermedad de los huesitos y tiene que alternar medicina tradicional y medicina Mapuche para que pueda mantenerse ella estable por sus dolores y todo eso (...)” no ha podido mejorarse con la yerba machi. (C. 50. US. MAP)*

Valdría reflexionar sobre el hecho de que ambos sistemas médicos reconocen que existen patologías que son inabordables para cada uno, lo cual aparece explícito en la política pública:

*“Cuando no pertenece conmigo lo mando al médico, señora o hombre le digo no le sirve esto, pertenece al médico (...) cuando tiene parálisis, haya que enviarlos para el médico.” (MCH. 65. MAP)*

Y aun así, ambos modelos persisten en el repliegue de sus prácticas y en el rechazo velado hacia los agentes representantes de un modelo distinto. Parecería que allí ya no estaría en juego tanto la autocomprensión del tratamiento (y en función del mismo, su defensa y reivindicación), como la emergencia de elementos de identidad funcionales a la étnia y al modelo oficial, donde cada agente se convierte en una especie de albacea de su modelo respectivo.

Otra de las diferencias que atañen a los modelos médicos que se evidencian en las percepciones tiene que ver con las formas de diagnóstico, mientras que el médico avala su mirada con instrumentos tecnológicos, la machi se vale del contacto con el usuario(a):

*“la machi a uno le ve las manos, la mano derecha, la revisa, como que le palpa los dedos, las yemas y la presión parece que se la toma, el pulso y todo eso” (G. 54. US. MAP).*

Como también la relación entre tiempo y efectividad:

*“la diferencia es que a lo mejor la de la machi es más lenta y la otra es como más rápida; más rápida pero más cara a la vez. Cuando he tenido otro tipo de enfermedades voy a un consultorio o voy a donde un doctor y me atienden rápido más fácil por ejemplo: si me saliera una mancha en la piel, voy al dermatólogo”. (G. 54. US. MAP)*

Estas diferencias en cuanto a la lentitud o rapidez del tratamiento, están ligadas además a los mecanismos de gestión, a la capacidad económica de los usuario(a)s y a las distinciones en cuanto a la naturaleza de la enfermedad como se señaló anteriormente. La lentitud del tratamiento parece ser plausible en enfermedades que no revisten mayor riesgo, pero que están latentes y que demandan una comprensión e intervención, inabordables para el modelo oficial, caracterizado según los relatos, por su frialdad y rapidez. Esta comprensión puede estar emparentada con la perspectiva de salud mental, que es rescatada en los objetivos de la organización Taiñ Adkimn.



*“ella se ha hecho machitun y se ha recuperado, por los males del espíritu como se dice, porque el cuerpo se enferma y el espíritu se enferma y la persona anda mal, y con eso ella se ha mejorado, pero en cuanto al dolor de los huesitos no se recuperó y por eso tiene que estar viendo medicina tradicional” (C. 50. US. MAP).*

## VIII CONCLUSIONES

### 8.1 A NIVEL DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS

En la política pública de salud y pueblos indígenas se hace explícita la evolución del paradigma médico, pero no parece haber un real dimensionamiento de los que implica la complementariedad de los modelos médicos. Basta con detenernos en lo que llamamos el repliegue de los modelos, para darnos cuenta que en la política pública no existe un cálculo de los costos del semblante discursivo de la interculturalidad, más aun cuando se parte de la premisa del fortalecimiento de un sistema de salud ancestral “incontaminado”. La modernización del sistema médico oficial, apuntala una serie de prácticas, lógicas de intercambio, mecanismos de traspaso de información y decisiones logísticas, no totalmente asimilables desde la visión étnica más “ortodoxa”, pero plausibles en la lógica de las configuraciones interétnicas<sup>8</sup> (Bartolomé, M. 2006). Esta evolución paradigmática está marcada por las pretensiones de complementariedad en los modelos médicos aun no viabilizadas, teniendo en cuenta las dificultades en el intercambio de información y la ausencia de mecanismos través de los cuales los agentes de salud puedan encontrarse y fortalecerse en sus diferencias, lo que refleja también, lo avezada que puede sonar la retórica intercultural y al mismo tiempo, la “inmadurez” de su puesta en práctica.

La apuesta de la política pública es la modernización del modelo de atención, reflejado en el mejoramiento del servicio: Señalética, facilitadores culturales y reconocimiento de la cosmovisión, fortaleciendo todo el sistema *front office*, todo lo que sea visible. Pero la transformación de las estructuras y jerarquías existentes entre los modelos médicos, constituye todavía una disputa que va desde la escasa información que comparten los sistemas médicos, hasta la ausencia de las prestaciones indígenas en la canasta de servicio de los centros de salud.

El aporte de Zizek puede cobrar relevancia para explicar esta conclusión, si entendemos la transformación del modelo de atención como efecto vistoso que pone al usuario(a) frente a una interculturalidad palpable, que encandila en la prestación de servicios de salud y que encubre las contradicciones o resistencias en el acoplamiento estructural de los modelos. Esta escenificación de lo intercultural, tiene la cualidad de levantar el tema frente a la opinión pública, pero no garantiza la implementación de un modelo intercultural basado en la complementariedad, teniendo en cuenta que las fronteras étnicas, discursivas y

---

<sup>8</sup> Recordemos la cita de Miguel Bartolomé, cuando nos recuerda que las fuerzas sociales operantes en los sistemas interétnicos aparecen definidas por un equilibrio precario entre las pretensiones del “subsistema nativo y el nacional”, donde se confrontan y acoplan las estructuras de sentido que afirmarían a cada uno de los sistemas médicos. Esto implicaría posibles adaptaciones procedimentales y flexibilización de técnicas, plausibles solamente en implementaciones sujetas a la resignificación de las construcciones simbólicas referentes a prácticas medicinales en el contexto urbano.

paradigmáticas no permiten aun el intercambio fluido de información y la legitimación mutua de los sistemas médicos.

Zizec lo entiende como una disputa ideológica, donde lo vistoso, lo demostrable, constituye un instrumento más para las pretensiones homogenizantes implícitas en el discurso de diversidad cultural (Zizec, 1998). La participación de usuarios no Mapuches, también relativiza esta postura crítica hacia el multiculturalismo, en tanto, son quienes reflejan la apertura de los significados asociados a la identidad étnica. Bajo la percepción de estos usuario(a)s, la interculturalidad es puro efecto sensible, aprenden sobre construcciones simbólicas Mapuches y atraviesan lo étnico desde la experiencia grupal.

La política es enfática en que la intervención a nivel intercultural debe levantar estándares de calidad que permitan una gestión efectiva de los programas mediante protocolos, guías y procedimientos que permitan controlar los objetivos de las intervenciones.

La complementariedad de los modelos de salud se juega entonces en una lógica administrativa que es propia del sistema occidental en la perspectiva de modernización, donde es posible que participen los Mapuches que pueden acoplarse a dicha lógica de gestión. En este contexto, los agentes de salud Mapuche quedan al margen de la gestión del programa, más allá de que cumplan un rol fundamental en el trabajo con los usuario(a)s. Este hallazgo constituye una aporía derivada del modelo de complementariedad, en tanto aparecen factores condicionantes ligados a la voluntad de los agentes de salud. Hasta que la machi lo decida, ella no va a participar de los procesos de gestión, y va a permanecer allí, suspendida o automarginada de las iniciativas interculturales, sea por razones idiomáticas, étnicas o ideológicas.

Una posible salida sería la creación y sistematización de criterios y procedimientos pertinentes a la cosmovisión Mapuche, que supongan una equivalencia con el sistema de salud oficial. Es decir, generar nuevos vínculos o enlaces en la perspectiva de lo que llamamos anteriormente *esencia abierta* retomando las palabras de Foerster. Estos vínculos implicarían también la flexibilización de los criterios clínicos existentes en occidente, con un dimensionamiento amplio de las patologías y la generación de formulas de comunicación que faciliten el intercambio de los agentes. Esto además debe ser promovido en el ámbito de la divulgación, derivación y prevención, para que los usuario(a)s vayan identificando la importancia del cruce de información, el seguimiento compartido de los casos por parte de los agentes de salud y prescripciones conjuntas, a fin de no producir intervenciones aisladas.

Las metas y resultados esperados van de la mano con la política del Ministerio de Salud que prioriza mantener y mejorar los logros sanitarios a nivel nacional. La política pública tiene prioridades que le son inherentes a su función en la sociedad y esto decide la necesidad de levantar descriptores de efectividad, y de esta manera capitalizar la cuestión cultural como una herramienta para el mejoramiento

de la calidad y volverla operativa con los rendimientos esperados de la política pública, que de una u otra manera, reflejan la construcción parcial de una problemática., relacionada con las jerarquías entre los modelos de salud.

La intervención en salud con pertinencia cultural vendría a ser un hito más dentro de la gestión de calidad, lo cual pone en entre dicho las pretensiones de fortalecimiento de la identidad cultural Mapuche. Si bien, la incorporación de estándares de calidad (dentro de la cual se incluiría la pertinencia cultural) resulta ser un imperativo dentro de la modernización del sistema de salud, la cualificación de los distintos agentes de salud, en función de superar el ostracismo de los modelos, se vuelve una condición de posibilidad para que los estándares puedan incorporarse globalmente. Esta cualificación pasa además por la generación de instancias de intercambio de conceptos y prácticas relevantes para la complementariedad en salud, donde la capacitación y las experiencias vivenciales de distintos elementos de la cosmovisión indígena, posibilite la fluidez en el modelo intercultural y la flexibilización de preceptos fundantes para la medicina occidental.

La cualificación, debería comprender igualmente, una estandarización de conocimientos relevantes a las distintas cosmovisiones indígenas, con métodos de seguimiento y evaluación para los funcionarios y agentes de salud especialmente, que posibilite la incorporación estructural de prácticas relevantes al modelo intercultural.

En cuanto a la participación y toma de decisiones, la política enfatiza el objetivo de elevar la capacidad de autogestión de las asociaciones, involucrando a la población indígenas en el diagnóstico, implementación, control y evaluación de los procesos. Sin embargo, en la práctica se evidencia la falta de mecanismos que permitan a los usuario(a)s apoderarse de sus procesos de intercambio y prácticas interculturales.

Los mecanismos de participación devienen de lógicas modernas. Los usuario(a)s no hacen uso de las herramientas de participación derivadas de la política pública, y dado que tampoco hay una estrategia definida para llevar a cabo esta apuesta de participación, los usuario(a)s y los ejecutores no alcanzan a vincularse en la planificación estratégica del programa, por lo tanto parece haber una percepción distorsionada de los usuario(a)s en torno a su potencial de participación para manifestar sus opiniones y gustos frente al programa, lo que también perjudica su retroalimentación y autocomprensión.

## 8.2 A NIVEL DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD INTERCULTURAL

En la implementación, un hallazgo decisivo fue constatar la paradoja entre la autonomía de las organizaciones indígenas en la ejecución de prácticas interculturales y la necesidad de crear mecanismos de mejoramiento en la gestión que les permitan tener una mejor comunicación y acoplamiento del programa con las demás variables ligadas al sistema de salud (calidad, eficiencia, acceso, etc.) ¿cómo hacer que la autonomía en la gestión y desarrollo de los programas no menoscabe las pretensiones de complementariedad? es la pregunta que se hace la política pública.

La autonomía en la implementación le ha permitido al programa de salud intercultural, obtener una evaluación positiva por parte de los usuario(a)s, en los ámbitos y categorías desarrolladas en este estudio, sin embargo, este resultado parece más valorado por las pretensiones del discurso étnico en su afán de fortalecimiento, que para los rendimientos en materia de salud intercultural, entendida como complementariedad en los sistemas.

Mientras no se desarrollen iniciativas en la línea de lo que denominamos transculturalidad, la respuesta hacia la pregunta que se hace la política pública será una sola: depende de cuanta complementariedad esté dispuesta a admitir, y cómo se las va a arreglar para zanjar (en ese contexto de intercomprensión) el posicionamiento de la medicina Mapuche en los consultorios, dados los hallazgos que nos muestran la escasa voluntad cotidiana para conectar los modelos (falta de mecanismos de derivación, de comunicaciones intermodales, ostracismo, improbabilidad de capacitación en cosmovisión Mapuche, etc.)

Por último, la autonomía remite a lo que es *ser indígena* en la actualidad. Hasta qué punto la política pública se hace cargo de esta premisa en sus pretensiones multiculturales. A juzgar por la autonomía del programa de la organización taiñ Adkimn (valorada por los ejecutores y que los ha llevado a obtener resultados), la política ha abordado el tema tangencialmente. Y quizá de eso se trata.

La interculturalidad como modelo de atención esta en proceso de construcción, no es algo que este dado. Y si bien, en la práctica, la interculturalidad se ha vuelto inherente a las relaciones interétnicas en las sociedades multiculturales, esta se probabiliza como modelo de salud sólo en un espacio intermedio (Bhabha, H. 1996) donde ambos sistemas puedan encontrarse respetando las particularidad y códigos de uno y otro, con la declaración frontal de que el choque de constelaciones simbólicas no implica una diferenciación estructural, teniendo en cuenta la interconexiones que siempre han sucedido a través de los usuario(a)s.

Esta voluntad por producir este acoplamiento no se reduce a la retórica intercultural. En la realidad, cada modelo se sigue rigiendo bajo su propia lógica, no hay un encuentro de los dos modelos, persistiendo en una comunicación fragmentada entre profesionales y agentes de salud tradicional bajo el primado del

discurso científico. La figura de la machi es notoria para los usuario(a)s del programa de salud intercultural, sin embargo es invisible para el sistema de salud en su lógica operativa. Esto responde además al ostracismo de los modelos, donde cada uno responde a la lógica de la diferencia.

De ahí que entre en consideración la rentabilidad política del discurso intercultural como forma de promoción y difusión de inclusividad por parte del Estado, habida cuenta de que el reconocimiento de la medicina Mapuche constituye un logro para la organización dentro de las pretensiones de reivindicación cultural de este pueblo, aun así, el acoplamiento práctico de los sistemas médicos sea improbable.

Haciéndolo más gráfico, sería pasar de la interculturalidad a la *transculturalidad*, haciendo caso a los intercambios inherentes a las configuraciones interétnicas urbanas y en suma, a las diferentes perspectivas que determinan diferencias de alcance, prevalencia y jerarquización de valores dentro del campo de la salud que configuran un escenario de discontinuidades, inequidad y escasa intercomprensión.

Estas pretensiones de intercomprensión se fundarían en un acto comunicativo a través del cual seríamos capaces de asignar un sentido a la acción social de otro, y desde ahí, admitir mínimamente algún tipo de coherencia, lo que equivale a actuar con la convicción de que el otro es un testigo/actor que no juzga ni castiga, no como un acto intelectual, sino como una declaración que se traslada al ámbito cotidiano y que se manifiesta como voluntad empática.

Seguramente, para las corrientes étnicas, asimilar una propuesta como esta con una deuda histórica impaga, parece poco factible, pero estamos hablando de complementariedad en el modelo de salud y estamos hablando de flexibilización de voluntades, no de la concesión de los logros o alcances democráticos conseguidos a través de años. Si no que se trata de dimensionar la resignificación y actualización de la medicina Mapuche en el contexto urbano a través del ejercicio de distintos mecanismos *intercomprensivos* de los agentes de salud (occidental y Mapuche) para acercarse a lo otro, ensayando desde el registro proxémico (no intelectual) y apelando al ámbito vivencial de los hechos sociales, como evidencia de la necesidad (plasmada por los usuario(a)s) del encuentro de las visiones.

### 8.3 A NIVEL DE LAS PERCEPCIONES DE LOS USUARIO(A)S

La identidad étnica, entendida como un posible dispositivo de participación ligado a la pertenencia a un pueblo indígena, y a las actividades o programas desarrollados por los mismos, constituye una herramienta que todavía no logra desplegarse, quizá por las condiciones de vulnerabilidad social de los usuario(a)s, que precipitan su adherencia, permaneciendo activamente como depositarios de los beneficios, motivados especialmente en aprender ( en algunos casos a ser Mapuche).

Sin embargo, esta contradicción entre las pretensiones de participación en la política pública y la conformidad de sus destinatarios, también puede estar asociada al debilitamiento o resignificación de las identidades étnicas, donde los rezagos discursivos del estado de bienestar, configuran un tipo de usuario(a) motivado por el aprovechamiento de recursos y/o programas que signifiquen un beneficio agregado. Habría que preguntarse si el fortalecimiento del discurso étnico sería suficiente para garantizar una participación activa y crítica dentro del programa, teniendo en cuenta los distintos incentivos y variables sociales y personales que condicionan la participación.

Si bien, se ha desarrollado una idea sobre las motivaciones de permanencia del usuario(a) en la experiencia intercultural, y su consecuencia en la capacidad de acción y toma de decisiones, y como esta va develando las contradicciones existentes en relación a los resultados esperados de la política pública, este era un hallazgo apenas esperable teniendo en cuenta las tensiones constitutivas que caracterizan la dinámica entre los dos modelos. Los usuario(a)s permanecen en un lugar constituido por fuerzas híbridas, que presentan herramientas y prestaciones a su medida, y en ocasiones *poliformes* pero que a pesar de ello, propicia una suerte de estabilidad / adhesión, que se produce entre los márgenes del discurso étnico y la comunión afectiva de los usuario(a)s, sin olvidar, las ganancias a nivel físico obtenidas por la toma de medicina Mapuche.

Otro hallazgo en relación con los usuario(a) tiene que ver con la mística de la sanación de la machi, que se extiende a la sensación de alivio por estar en el programa en las distintas prestaciones que ofrece. Esta es un dato que fue transversal a la experiencia y que arroja luces sobre el tipo de bienestar que están persiguiendo las personas que asisten a este tipo de experiencias. Un bienestar que más allá de ser mental o físico, acontece en un marco simbólico notable. Estamos hablando de una búsqueda de bienestar ligada a narraciones y ofertas de sentido, propiciadas en esta experiencia bajo el marco de la identidad étnica. Independiente que lo Mapuche responda a una construcción autocontenida de identidad, lo cierto es que logra hacer que confluyan expectativas y motivaciones disímiles de usuario(a)s Mapuches y no Mapuches, con procesos distintos, tanto en la naturaleza de sus patologías, como en la afinidad con el discurso étnico.

El trabajo con los usuario(a), supone también una carga afectiva étnica que se hace notoria en la descripción realizada por los ejecutores, quienes atribuyen a los

usuario(a) Mapuches, una suerte de saber o de tradición inmaterial que hace que sean distintos de los no Mapuches, quienes irían en busca de medicina Mapuche, según los ejecutores del programa por motivos más pragmáticos (aliviarse rápidamente, o “milagrosamente”). El Mapuche en cambio, es caracterizado por quienes ejecutan el programa, por su conocimiento inconciente de la cultura, que determina su nivel de compromiso con el tratamiento y que lo hace saber intuitivamente cuando necesita ver a la machi o tomar la medicina Mapuche. Este saber *innato*, que diferencia al usuario(a) Mapuche del no Mapuche, no es sin embargo, motivo para no aceptar a la persona *winka* en el programa, quien ingresaría con esta brecha de sensibilidad y conocimiento, que a su vez lo distanciaría de la esencia misma del tratamiento.

Este tipo de distinciones tendrían que ser problematizadas con lo que en un párrafo anterior se denominó esencia abierta. Donde lo étnico suponga una diferencia, pero a la vez un vector de conexión. En la experiencia de la ruca, las personas, como bien lo mostró el análisis, tienen motivos de vinculación distintos al étnico, motivos que parecen ser reinterpretados por los propios ejecutores, que apelan nuevamente a las motivaciones étnicas.

Otro hallazgo que se pudo corroborar en relación con los usuario(a)s es la mayor participación de mujeres, tanto en el servicio de atención de machi, como en los talleres culturales e intervención psicosocial, nos remite a un escenario paradójico, donde el estudio desarrollado por el centro de estudios públicos, nos puede arrojar luces para nuestra conclusión.

En el estudio se destaca que las mujeres demuestran menos confianza y dan menos crédito a todo tipo de instituciones (Foerster, R. y Montecino, S. 2007), especialmente, en lo que respecta a organizaciones indígenas, no así a instituciones como los Carabineros o iglesias. Los autores citados trabajan con la hipótesis de que las mujeres portan una percepción de discriminación más acentuada, lo que reforzaría su posición de vulnerabilidad; sin embargo, llama la atención, que la experiencia intercultural de Taiñ Adkimn, haya logrado reunir este número de usuarias de origen Mapuche y no Mapuche.

Esto parece que va de la mano con los beneficios palpables percibidos por los usuario(a)s, donde entran en juego experiencias concretas de capital social, de afectividad y de aprendizaje que parecen explicar dicha preferencia, dando por descontada la no discriminación. Que las mujeres vayan en mayor proporción que los hombres a la experiencia intercultural, a pesar de las evidencias empíricas que muestran Foerster y Montecino en su análisis, dan cuenta de un interrogante que queda abierto, y que tentativamente solo puede ser explicado por los lazos de confianza que se han construido en el tiempo entre las usuarias, además del trabajo de intervención psicosocial previo, que logró que los usuario(a)s accedieran a la propuesta y se motivaran a asistir en un primer momento.

Antes de terminar, esta tesis que se ha propuesto establecer nexos entre la política de salud pueblos indígenas, su implementación y las percepciones



asociadas de los usuario(a)s, puede llegar a ser un insumo útil para repensar la salud en función de los beneficios o motivaciones de las personas que con sus relatos han complejizado las nociones de calidad de vida. ¿Qué tipo de distinciones debería perseguir de ahora en adelante las investigaciones en salud pública?

Vale decir que tras esta descripción, pensar en una política pública como solución a una determinada problemática en salud, debería considerar mínimamente la problematización, de lo que se está hablando cuando se habla de expectativas de salud del pueblo Mapuche. Este es un interrogante que también queda abierto y que se desprende de las contradicciones evidenciadas entre los distintos ámbitos de la experiencia intercultural. Los puntos a continuación podrán ser abordados en tesis futuras, que desde la teoría sistémica podrían ser desarrollados con el fin establecer más puntos de encuentro en lo que en este trabajo, evidenció ser una aporía: La salud y el desencuentro entre sus marcos comprensivos y estrategias de aplicación.

¿Cómo fortalecer los intercambios entre agentes de salud tradicional y médicos occidentales?

¿Cómo enfrentan las políticas públicas las necesidades de salud en un escenario de resignificación de lo étnico?

¿Cuándo las identidades culturales dejan de ser suficientes para explicar la pertenencia de una persona en un colectivo?

¿Cómo promover la autosostenibilidad de los proyectos de salud intercultural?

¿Cómo influye el trabajo desde la perspectiva étnica en el desarrollo de herramientas de participación?

El programa de salud intercultural nos puede dar luces sobre cómo se entiende la demanda de salud de los pueblos indígenas en la perspectiva de la reparación histórica, y los vínculos existentes con la ejecución de los programas.

Son preguntas que no alcanzan a responderse aquí, pero que quedan decididamente sugeridas para quien quiera asumir una nueva aporía.

## IX BIBLIOGRAFÍA

AGUIRRE, V. 2006. La figura del facilitador intercultural Mapuche ¿Hacia una verdadera interculturalidad en salud?. Universidad de Chile. 2006

ALESSANDRI M; SALAZAR, C. 2001. Tesis: Motivos de consulta de los usuarios del Centro de Salud Intercultural de la comuna de La Pintana al agente de salud Mapuche, entre los meses de abril y julio del año 2001 Universidad Católica de Chile.

AMEIGEIRAS Y JURE. 2006. Diversidad Cultural e interculturalidad. Buenos Aires, Prometeo Libros, Universidad Nacional de General Sarmiento.

Anigstein, M. y Álvarez, V. 2006. "Medicina Mapuche en la Ciudad". Gazeta de Antropología. N. 22. [http://www.ugr.es/~pwlac/G22\\_26MariaSol\\_Anigstein-Valentina\\_Alvarez.html](http://www.ugr.es/~pwlac/G22_26MariaSol_Anigstein-Valentina_Alvarez.html). Visitada el 15 de Noviembre de 2009.

ARNOLD, M. 2005. La sociedad como sistema Autopoietico: Fundamentos del Programa Sociopoietico. Programa de Magíster Antropología y Desarrollo. Universidad de Chile. Santiago de Chile.

AUGE, M. Y COLLEYN, J. 2006. Qué es la Antropología. Editorial Paidós. Buenos Aires.

BHABHA, H. 1996. Capitulo: El entre-medio de la Cultura, extraído de la obra Cuestiones de identidad cultural. Amorrortu Editores. Argentina.

BAPTISTA, P. FERNANDEZ-COLLADO, C. HERNANDEZ, R. 2007. Metodología de la Investigación. Mc. Graw Hill Interamericana. Mexico.

BARTOLOMÉ, M. 2006. Procesos Interculturales. Editorial Siglo XXI.

BASAGLIA, F. 1968. Razón locura y sociedad. Editorial Kairos. Madrid.

CARRETERO, A. 2003. "La noción de imaginario social en Michel Maffesoli". Revista Electrónica REIS. Pág. 199 – 209. España.

CITARELLA, L. 2000. Medicinas y culturas en la Araucanía. Editorial Sudamericana segunda edición. Chile

COMELLES, J. 2003. El Regreso de lo Cultural. Diversidad Cultural y Prácticas Médicas en el Siglo XXI. Cuad. Psiquiatría. Comunitaria.

CONTRERAS, L. 2002. Reportaje: medicina intercultural. La Ruka y el Machi: una mirada a la medicina mapuche. Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

CHIODI, F. 2001. El enfoque intercultural en la política italiana de la inmigración. <http://www.unisi.it/ricerca/centri/cisai/chiodi.htm>. página visitada el 3 de agosto del 2009.

División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. 2001. Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El Caso de los Mapuche de Makewe-Pelale de Chile. Organización Panamericana de la Salud. [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl). Página visitada el 15 de julio del 2009

DUQUE MC, Salazar E. "Cuidado de las personas en los procesos de salud y enfermedad en comunidades indígenas y negras". Terrenos No 2 de la Gran Expedición Humana. Javegraf, Santa Fe de Bogotá. 1994.

Estudio de Derecho Comparado en Cinco Países de América" Bolivia, Perú, Ecuador, Colombia y México. 2003 La Experiencia Internacional en Materia de Reconocimiento de la Medicina Tradicional Indígena. [www.Minsal.cl](http://www.Minsal.cl). Página visitada el 28 de junio 2009

FLORES, R. Salud, Enfermedad y Muerte. Lecturas desde la Antropología Sociocultural. Revista Mad. No. 10. Departamento de Antropología. Universidad de Chile.

FOERSTER, R. y MONTECINO. 2006. Un gesto guardado implacablemente en nuestras entrañas. Notas reflexivas sobre una encuesta iluminadora: [www.cepchile.cl](http://www.cepchile.cl)

GALAZ, P. 2002. Fortalecimiento Indentitario y asociativo: La experiencia Mapuche Urbana en la comuna de la Pintana. Tesis Magíster Antropología y Desarrollo Universidad de Chile. Santiago de Chile

GONZALEZ, A. 2001. Ensayo: Culturas Indígenas e Interculturalidad, extraído de la obra Diversidad Cultural e Interculturalidad. Edit. Universidad Nacional del General Sarmiento. Argentina.

HALL, S. 2003. Cuestiones de Identidad Cultural. Amorrortu Editores. Argentina

HALL, S. 1996. ¿Quién necesita "Identidad"? extraído de la obra Cuestiones de identidad cultural. Amorrortu Editores. Argentina.

HERNANDEZ, R. ed. All. 2007. Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill

HUILCAMAN, E. RIVAS, E y SILVA, A. 2003. Sistematización participativa de experiencias de salud intercultural en las comunidades mapuche y establecimientos de salud existentes en las comunas de la provincia de malleco focalizadas por el programa de desarrollo integral de comunidades indígenas. Programa Orígenes.

IBACACHE, B; MORROS, L; TRANGOL, M. 2002. Salud mental y enfoque Socioespiritual - psicobiológico: una aproximación ecológica al fenómeno de la salud – enfermedad desde los propios comuneros y especialistas terapéuticos mapuche de salud en:

<http://mapuche.info.scorpionshops.com/mapuint/sssmap020911.pdf>, visitada el 1 de octubre 2009.

MAFFESOLI, M. 2008. "La comunidad localizada. Variaciones sobre las sensibilidades posmodernas" Revista Ideas Universidad de Santiago. Año 6, Junio 2008. Pág. 7-30.

MASCAREÑO, A. 2007. Sociología de la Cultura. La reconstrucción de lo Mapuche. Estudios Públicos, 105. Verano 2007. En [www.cepchile.cl](http://www.cepchile.cl). Pág. Visitada el día 07 de Diciembre de 2009.

MEERSON, C. 2005. Introducción a Teun Van Dijk: Análisis de Discurso. Cinta de Moebio, Diciembre, N. 024. Universidad de Chile. Santiago de Chile.

MOLANO, O. 2006. La identidad cultural, uno de los detonantes del desarrollo territorial. En revista virtual Territorios con Identidad Cultural. [www.rimisp.org](http://www.rimisp.org) Visitada el 29 de Noviembre de 2009

MUJICA, A. PEREZ, V. GONZALEZ, C. Y SIMMON, J. 2004. "Conceptos de Enfermedad y Sanación en la Cosmovisión Mapuche e Impacto de la Cultura Occidental" Revista Ciencia y Enfermería N. 10. En <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v10n1/art02.pdf>. Visitada el 10 de Junio de 2009.

OYARSE, A. 1996. Una Perspectiva Antropológica sobre la Coexistencia de los Sistemas Médicos (Inédito).

PEÑALOZA E, RODRÍGUEZ J, ACOSTA N, STERLING S. 2001. "Modelo de salud para pueblos indígenas de la sierra nevada de Santa Marta" Centro de proyectos para el Desarrollo -Cendex-, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá Colombia.

PINZON, C.1992. Mujeres Lechuza. Historia, Cuerpo y Brujería en Boyacá. Ediciones Ican-Concultura. Bogota- Colombia.

Programa orígenes CONADI. [www.programaorigenes.cl](http://www.programaorigenes.cl) .pagina visitada el 17 de Julio 2009

SÁEZ, Margarita 2001. Programa salud y pueblos indígenas, MINSAL "Interculturalidad en salud: caminos y desafíos"

SZASZ, Thomas. 1968. Razón locura y sociedad. Edit. Kairos.

VALDES, M. 1998 .Políticas Públicas, Planificación y Pueblos Indígenas en Chile. Extraído de [WWW.MAPUCHE.CL](http://WWW.MAPUCHE.CL)

VALDES, M. 2000. La vigencia del concepto de la Aculturación alcances y limitaciones. Extraído de [WWW.MAPUCHE.CL](http://WWW.MAPUCHE.CL). Visitada el 27 de julio 2009

VALLES, M. 2000. Técnicas cualitativas de investigación social. Editorial Síntesis. Madrid – España.

VELASCO, L. 2001. El “desarrollo indígena visto desde las políticas en Chile y Bolivia”. Tesis Magíster Antropología Universidad de Chile. Santiago de Chile.

VENEGAS, J. 2000. "Reflexiones sobre la constitución de Prácticas Sociales Interculturales Indígenas en el contexto urbano de Santiago". Edit. Facultad de Trabajo Social UTEM

WOLKMER, A. 1998. PLURALISMO JURÍDICO: nuevo marco emancipatorio en América latina. Red de bibliotecas virtuales de ciencias sociales de América latina y el caribe, de la red de centros miembros de CLACSO.

ZIZEC, S. 1998. Estudios culturales y reflexiones sobre multiculturalismo. Editorial Paidós. Argentina.

Ley de autoridad sanitaria y gestión. 2004. [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl). Página visitada el 10 de junio del 2009

### 10.1 ANEXO1: LOCALIZACIÓN DEL ESTUDIO, LA RUCA

El programa actualmente funciona en el campus de la Facultad de ciencias agropecuarias de la Universidad de Chile en la comuna de La Pintana. la ruca fue construida en el año 2006 en los predios de la Universidad de Chile, ubicada a la altura del paradero 30 de Santa Rosa, una de las avenidas principales del sector.

La ruca Mapuche tradicionalmente cumple tres funciones: dormir, cocinar y guardar, los que podían, tenían una ruca para cada cosa. Su estructura está basada en dos sólidos maderos de árboles nativos, la techumbre y paredes presentan una especie de tejido de fibras vegetales de gran resistencia a la lluvia. Hoy en día, es más bien un lugar de reuniones y no tanto un hogar como antes.

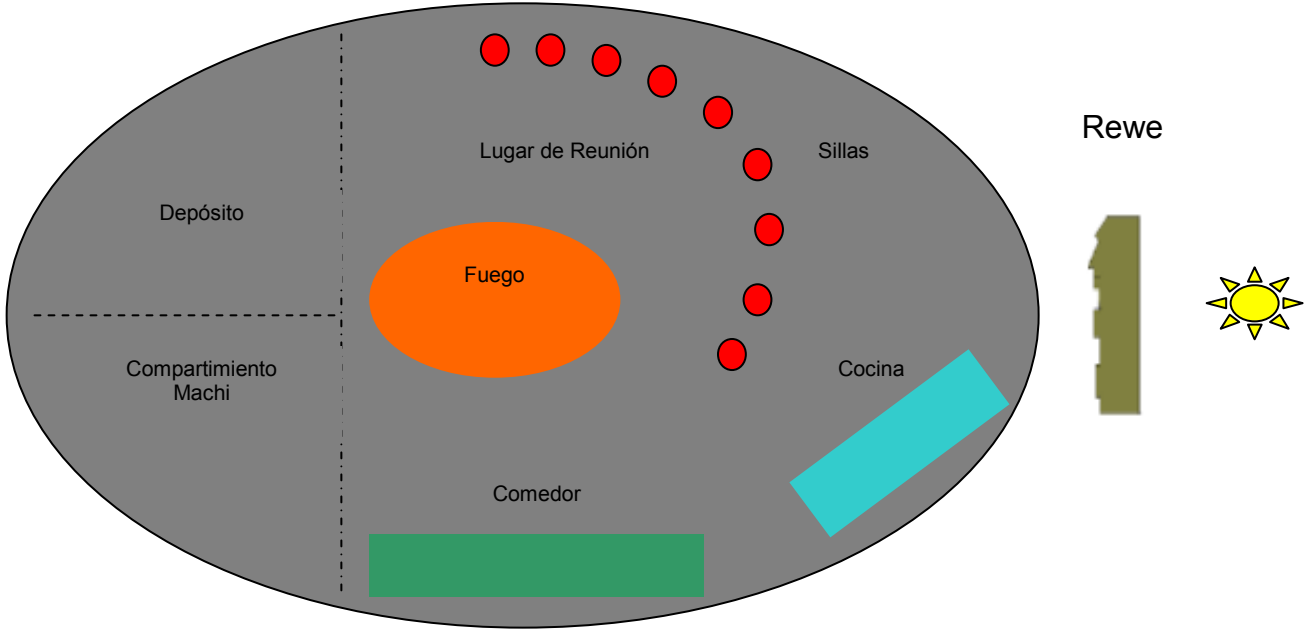
La entrada de la ruca esta posicionada siempre hacia el oeste, hay rucas ovaladas y rucas redondas en esta ruca se cambiaron las dimensiones reales y se hizo un techo más alto por seguridad, la disposición de los espacios es libre, pero el fuego siempre tiene que estar en el centro porque ahí está concentrada la energía del rayo, y es ahí donde se reúne la gente para realizar los rituales y conversar.

El fuego además es usado para cocinar y para el proceso del teñido de la lana, el piso es de tierra. En la entrada de la ruca, afuera se pone el *Rewe* mirando hacia la ruca y dando la espalada al sol, el *Rewe* representa a Dios, en la base tiene una serie de escalones que representa el al cielo; tiene en la cabeza una corona y el rostro humano y, detrás se levantan tres banderas con los colores de la machi, azul el cielo, rojo el fuego, la sangre, el rayo y blanco que representa la nieve de la cordillera.

Alrededor hay variedad de árboles nativos, como la araucaria, Roble, Canelo, entre otras. La ruca está hecha de paja este material atrae mucho las arañas, pero por acción del humo del fuego, la ruca se mantiene libre de estos arácnidos. El humo es símbolo de purificación por eso la ruca tiene solamente dos orificios pequeños en el techo, estos permiten la entrada de luz y ventilación suficiente pues es costumbre mantener el humo a dentro para la purificación de la ruca.

La ruca pertenece a un predio que limita con otros lotes abiertos hacia el norte y el poniente y con la Avenida Santa Rosa. No hay viviendas en el perímetro del predio, hasta después de la calle Lo Martines o detrás de la avenida Santa Rosa con dirección Oriente. Esta ruca fue adquirida en comodato por la asociación Taiñ Adkimn en el año 2006, a través de una gestión con la Facultad de Ciencias Agropecuarias de la Universidad de Chile, que también la utiliza para realizar eventos en el contexto académico.

Vista Aérea de la Distribución del Espacio





## **10.2 ANEXO 2: SERVICIOS ENTREGADOS POR EL PROGRAMA**

### **Atención de Machi**

Se trata de la atención del agente de de salud tradicional incorporado en este programa. La machi atiende únicamente los sábados a partir de las 11:00 AM.

En esta consulta, cada paciente se reúne con ella y con un facilitador cultural (quien es el encargado de transmitir las indicaciones en castellano cuando a la machi se le hace difícil) en su despacho. La machi detecta la dolencia del paciente tomándole del pulso o a través del iris, de inmediato le dice al paciente lo que tiene y le receta un líquido al que llaman *Lawen o remedio*. Este líquido lo envasan en botellas de plástico de bebidas gaseosas que son reutilizadas.

La atención oscila entre 5 y 10 minutos según la gravedad del caso y después el paciente reclama la dosis de medicina natural que es despachada en la habitación contigua. Posteriormente, a la semana, debe reclamar la otra dosis, pero en esta ocasión no tiene contacto con la machi, vuelve a ver al paciente por lo general a las 5 semanas de tomar el líquido en una cita denominada “de control”.

Otro servicio prestado en el contexto del programa de salud intercultural, sucede cuando el paciente presenta una dolencia grave que no logra ser sanada con el remedio. En estos casos se recurre al ritual del *machitun* que se lleva a cabo generalmente en el domicilio de la familia afectada o en la misma ruca. El Machitun tienen su razón de ser de acuerdo a los casos graves que vayan surgiendo en la atención de los pacientes, no hay una planificación anual o mensual de este tipo de rituales.

La machi no interviene en las demás actividades que contempla el programa, por lo general permanece en silencio sentada, mientras transcurren los talleres o actividades planificadas para cada Sábado.

### **Talleres Psicosociales**

Los talleres psicosociales son una modalidad de intervención desarrollada por una Asistente Social y un Psicólogo y tienen una duración aproximada de 2 horas. Los talleres se hacen igualmente los sábados y tratan distintos temas en la perspectiva del fortalecimiento de la identidad Mapuche.

Se trabajan además distintas herramientas de trabajo grupal donde afloran las vivencias personales de los usuarios. Se busca que el grupo produzca un efecto de contención, y para ello, el Psicólogo, la Asistente Social y los coordinadores del programa moderan las conversaciones y los contenidos internos allí tratados.

Dentro de esta intervención psicosocial se contempla también la realización de visitas domiciliarias, hechas por la asistente social y el psicólogo, con el objetivo

de producir un diagnóstico de las condiciones de vida en las que se encuentran los usuario(a)s del programa. La intervención psicosocial contempla además consejerías individuales y grupales donde los usuarios tienen la posibilidad de trabajar sobre problemáticas personales, de pareja o familiares, en la perspectiva de contribuir al mejoramiento de su calidad de vida y salud mental.

### **Encuentros Culturales**

Otra de las actividades a realizar en el contexto del programa de salud intercultural es la recuperación de prácticas originarias donde los usuarios tienen la oportunidad de aprender o recrear actividades significativas para la Cultura Mapuche, entre las cuales se pueden mencionar:

- Taller de Gastronomía: Donde se preparan alimentos propios de la cultura Mapuche.
- Taller de Telar: Se aprende a cortar la lana de la oveja y procesarla artesanalmente para la elaboración de telares.
- Taller de Mapudungun y cosmovisión Mapuche: Asisten expertos, quienes transmiten conocimientos y teorías sobre los orígenes de la cultura, los ancestros y/o prácticas antiguas.
- Taller de sembrado: Se trabaja la tierra con métodos de sembrado y riego propios de la cultura.
- Guillatún: Ritual donde se realizan rogativas.

### **10.3 ANEXO 3: TRAYECTORIA DEL PROGRAMA**

Esta experiencia comenzó con un trabajo de investigación con una muestra representativa del sector norte de la comuna de La Pintana sobre las necesidades de salud de la población Mapuche urbana de la comuna. A partir ahí se generó una segunda etapa que denominan “fase de intervención”. Fue en ese momento donde se conformó el equipo multidisciplinario indígena mencionado anteriormente.

Con el equipo conformado, se comenzó a realizar un seguimiento a las familias que habían sido contactadas en la primera etapa de investigación y se les administró “un cuestionario para detectar trastornos depresivos en la población” (CP. E 45. Mapuche).

Con esta intervención a nivel familiar y comunitario, se comenzó a desplegar el programa con la atención de machi en el consultorio San Tomas de la Pintana. No hay un registro de los pacientes atendidos en los en que inició el proyecto. La prestación de servicio era similar a como se da actualmente en la ruca, con la diferencia de que anteriormente la machi atendía 2 veces por semana. También en el consultorio se llevaban a cabo los talleres psicosociales los sábados donde intervenía el psicólogo y la asistente social.

En el consultorio Santo Tomas permanecieron por más de 2 años hasta el 2006 cuando se construyó la ruca en el predio de la Universidad de Chile, igualmente en la comuna de la Pintana.

El proyecto ha visto crecer el número de usuario(a)s en los últimos dos años, lo que les ha significado constituirse como programa, con más recursos para su funcionamiento durante todo el año, en mancomunidad no solo con el servicio de salud sur oriente, sino también con la secretaría de salud municipal. Esto implica también que el proyecto ha crecido en su capacidad de gestión, logrando mantenerse y asegurando su permanencia con redes de apoyo y alianzas con otras organizaciones.

Actualmente no sólo trabajan en alianza con el consultorio Santo Tomas para la derivación de pacientes, sino también con el consultorio el Roble del sector Norte de la comuna. La idea que manejan los responsables del programa es ampliar la cobertura a toda la comuna y no sólo al sector Norte. Vale la pena mencionar, que si bien, el crecimiento de demanda de usuario(a)s en el consultorio Santo Tomas fue sostenido, el presente año, el servicio presentó una baja en la demanda en comparación del año anterior en más de 50% en lo que respecta a la atención de machi. El proyecto ha permanecido con las dos modalidades de servicio mencionadas anteriormente, con distintos matices de acuerdo a la planificación y evaluación que el programa realiza anualmente. Los consultorios de Santo Tomas y El Roble siguen derivando pacientes a la ruca, pero aparentemente, en una menor cantidad en comparación de cuando la atención de la machi era realizada en el propio consultorio.

## 10.4 ANEXO 4: CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIO(A)S

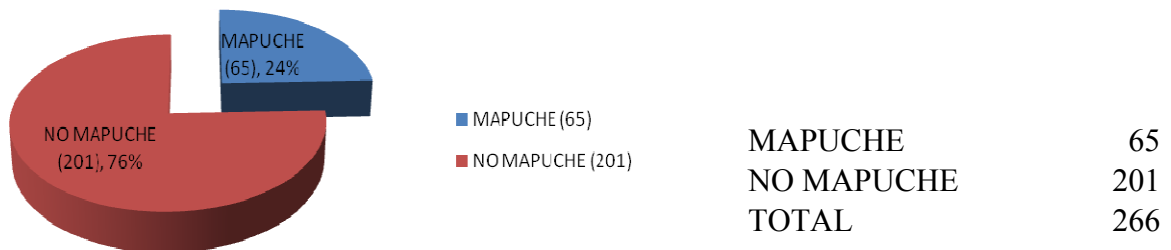
Las estadísticas del programa indican que es mayor la afluencia de familias y usuario(a)s no Mapuches que de Mapuches. Parecería demasiado obvio que las familias que asisten al programa debieran ser en su mayoría de origen Mapuche, de otra forma no se explica cómo no hay claridad sobre la apertura del programa hacia familias y personas no Mapuches, a menos que no hubiese una retroalimentación fluida entre la asociación que lleva a cabo el programa en la ruca y los administradores del consultorio:

*“ellos (asociación Taiñ Adkimn) trabajan con familias de origen Mapuche, bueno eso es lo que... de origen Mapuche y que ellos intentan ,, y que la intervienen durante un periodo y eso no más. Se eso sí... que son familias de origen Mapuche no son familia winka” (Dr. 48 NO MAP).*

El siguiente gráfico muestra la distribución de los usuario(a)s al programa de salud intercultural, donde con grandes diferencias, los no Mapuches superan la presencia de usuario(a)s Mapuches en un 52%. Esto nos retrotrae a una discusión en torno a las fronteras de la identidad Mapuche, donde curiosamente, quienes hacen mayor uso de los elementos medicinales propios de las construcciones simbólicas Mapuches, son precisamente las personas chilenas.

### Gráfico 1

Distribución por Origen Étnico Comuna de La Pintana



### Fuente:

Registros Asociación Taiñ Adkimn

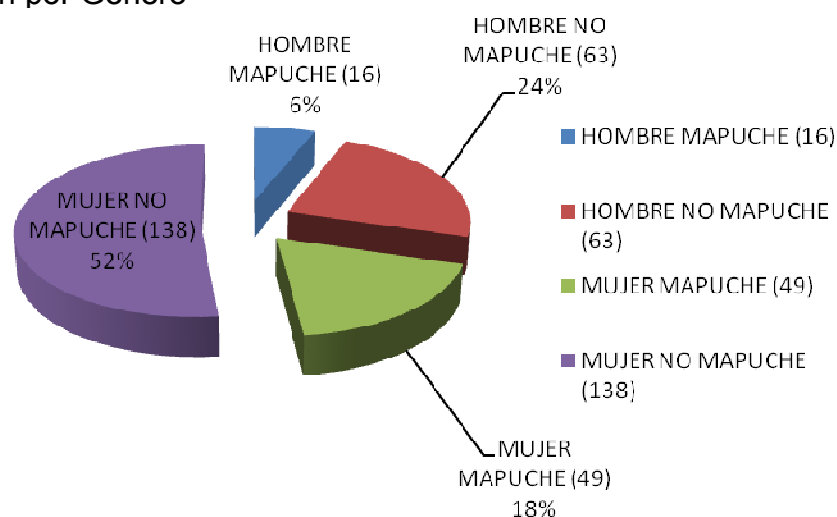
Esto coincide además con la formulación de la porosidad del concepto de cultura, cuando vemos a todas luces, las interpenetraciones y reconfiguraciones prácticas entre los distintos orígenes étnicos, y lo problemático que resulta entender la cultura Mapuche como una identidad de tipo esencialista. Las prácticas médicas Mapuches han dejado de ser exclusivas de una étnia, sin embargo, en lo retórico, se siguen ensalzando como puntal de la recuperación y fortalecimiento de lo Mapuche.

Otro hallazgo importante en cuanto a la tipificación de los usuario(a)s en el programa tiene que ver con la variable de género, referido por el agente ejecutor en la siguiente cita:

*“Bueno, yo creo que son usuarios que van a los consultorios en su mayoría, son usuarios más mujeres que hombres. El 70% mujeres. Yo he visto que son personas que ya han probado otros métodos, no se si la palabra es que se han desencantado, pero ya han tenido una serie de recorridos, que han buscado médicos, y no se sienten como sanos” (M. 46. COO. MAP).*

Información reforzada por el siguiente gráfico, correspondiente a la estadística interna del programa:

**Gráfico 2**  
Distribución por Género



**Fuente:**  
Registros Asociación Taiñ Adkimn

**10.5 ANEXO 5:** Tabla Informantes Claves: Usuario(a)s del Programa de Salud Intercultural

<b>Nombre Informante Usuario(a)</b>	<b>Edad</b>	<b>Etnia de origen</b>	<b>Programa en el que participa</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Años en el programa</b>
E.	48	No Mapuche	Taller psicosocial y Atención Machi	Cansancio Depresión	2 años
G.	54	Mapuche	Taller psicosocial y Atención Machi	Depresión	2 años
Ss.	31	No Mapuche	Atención Machi	Tumor al útero	10 meses
Ad.	59	No Mapuche	Taller psicosocial y Atención Machi	Intoxicación medicamentosa	2 años
Al.	56	No Mapuche	Atención Machi	Reacciones nerviosas	1 año
Mg.	47	Mapuche	Taller psicosocial y Atención Machi	Depresión	2 años
C.	50	Mapuche	Taller psicosocial y Atención Machi	Enfermedad familiar	10 meses
S.	56	Mapuche	Taller psicosocial y Atención Machi	Dolores estomacales	3 años

**10.6 ANEXO 6:** Tabla Informantes Claves sobre ejecución de programa y Agente de Salud Mapuche

<b>Nombre de Informante</b>	<b>Edad</b>	<b>Etnia de origen</b>	<b>Rol</b>	<b>Dependencia Institucional</b>
HU.	44	Mapuche	Coordinador(a) asociación indígena	CONADI
DR.	46	No Mapuche	Funcionario Consultorio	SSSO
C.	65	Mapuche	Agente de Salud Mapuche	CONADI

### 10.7 ANEXO 7: Tabla de abreviaturas para citas de fragmentos de entrevista

Nombre Informante Usuario(a)	Edad	Etnia de origen	Rol en el Programa	Sigla
E.	48	No Mapuche	Usuaría	E. 48. US. NO MAP
G.	54	Mapuche	Usuaría	G. 54. US. MAP
Ss.	31	No Mapuche	Usuaría	S. 31. US. NO MAP
Ad.	59	No Mapuche	Usuaría	Ad. 59. US. NO MAP
Al.	56	No Mapuche	Usuaría	Al. 56. US. NO MAP
Mg.	47	Mapuche	Usuaría	Mg. 47. US. MAP
C.	50	Mapuche	Usuaría	C. 50. US. MAP
S.	56	Mapuche	Usuaría	S. 56. US. MAP
M.	46	Mapuche	Coordinadora	Mu. 46. COO. MAP
Dr	46	No Mapuche	Director Consultorio	Dr. 49. NO MAP
C.	65	Mapuche	Machi	MCH. 65. MAP



**10.8 ANEXO 8:** Tabla de Estratos y Criterios de Informantes Claves

Nº	Ámbito	Criterios de Inclusión
1	Política Pública de Salud y Pueblos Indígenas (Plano general)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documento Programático de Política Pública que contiene los fundamentos, teorías, antecedentes históricos y expectativas que dan sentido a la misma.</li> </ul>
2	Ejecutores de Programa (Plano intermedio) y Agente de Salud Mapuche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Origen Mapuche</li> <li>• Conocimiento de la Cultura Mapuche.</li> <li>• Activos en la gestión de proyectos en salud Intercultural.</li> <li>• Por lo menos con dos años de servicio en el programa de salud intercultural</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Origen No Mapuche</li> <li>• Activo en la gestión de Proyectos en Salud</li> <li>• Conocimiento del quehacer institucional en el ámbito de la Salud Municipal.</li> <li>• Que cumplan funciones ejecutivas y de gestión.</li> <li>• Por lo menos dos años trabajando para el SSSO</li> </ul>
3	Usuarios del Programa (Plano Particular/ Experiencia micro)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De origen Mapuche</li> <li>• Que hayan estado todo este año en el programa o que hayan ido anteriormente por más de 6 meses.</li> <li>• Que hayan tenido atención de machi o hayan participado en los talleres psicosociales.</li> <li>• Que habiten en la comuna de La Pintana (Accesibilidad)</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• De origen No Mapuche</li> <li>• Que hayan estado todo este año en el programa o que hayan ido anteriormente por más de 6 meses.</li> <li>• Que hayan tenido atención de machi o hayan participado en los talleres psicosociales.</li> <li>• Que habiten en la Comuna de La Pintana (Accesibilidad)</li> </ul>

**10.9 ANEXO 9:** Matriz para el diseño de la pauta temática de entrevista semiestructurada.

Objetivo	Variable	Técnica	Supuesto	Pregunta
<p>Caracterizar las percepciones, expectativas y evaluaciones realizadas por los usuarios del programa de salud espiritual desarrollado en el marco de la política de salud de los pueblos indígenas.</p>	<p>Percepciones de los usuarios entorno al proyecto de salud intercultural</p>	<p>Entrevista semi-estructurada a usuarios Mapuches y no Mapuches</p>	<p>Los usuarios se atienden con la machi porque tuvieron malos resultados con otros tratamientos.</p>	<p>¿Qué la llevó a consultar a la Machi?  ¿Qué diferencias nota entre ir a la machi e ir al médico del consultorio?</p>

### 10.10 ANEXO 10: Matriz para el análisis de entrevistas

Ámbito	Categoría	Turno	Implicancia
<p>En esta columna se identifica el ámbito de análisis, que para el caso consiste en la "Implementación del Programa de Salud Intercultural"</p>	<p>Esta columna se refiere a la categoría de análisis contenida al interior de cada ámbito. En este ejemplo, se corresponde a la categoría: "Salud Intercultural en la óptica del Operador"</p>	<p>Consiste en el fragmento de la entrevista seleccionado para desarrollar el análisis, interrelacionando el contenido con la categoría de análisis. En este ejemplo, se considera el fragmento de la entrevista a uno de los ejecutores, referido a la salud intercultural en la perspectiva del operador:</p> <p><i>"Yo creo que trabajar sobre la pertenencia étnica fortalece el programa. Aquí si se le respeta, porque incluso si es hablante, ella va a tener la posibilidad de hablar le en su propio idioma cuando la Machi le de su diagnóstico."</i> (M. 46. COO. MAP).</p>	<p>La implicancia hace referencia a la interpretación del turno con base en el marco teórico, interrelación de categorías o contradicciones evidenciadas en los fragmentos:</p> <p>"Se debe poner especial atención, a que desde la perspectiva de la Organización Indígena, el valor del programa intercultural está en poder realizar prestaciones de salud con pertinencia cultural hacia los Mapuches hablantes de Mapudungun, no en la articulación conceptual y práctica de distintos saberes médicos."</p>



