



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Antropología

LA FIGURA DEL FACILITADOR INTERCULTURAL MAPUCHE ¿HACIA UNA VERDADERA INTERCULTURALIDAD EN SALUD?

La experiencia de salud de la comuna de Pudahuel.

Memoria para optar al Título de Antropóloga Social.

Verónica Aguirre Fonseca
Profesora Guía: Marcela Romo.

Santiago, 2006

A Pedro y Verónica
quienes con su sacrificio, perseverancia e
inquebrantable apoyo y preocupación
son motivo de mi superación.

A Miguel,
por enseñarme a creer
y alentarme a seguir.

Agradecimientos:

En especial a Carmen Huenullan y Pedro LLancapan por mostrarme un mundo distinto y acogerme entre las plantas medicinales, por entregarme parte importante de sus tiempos y de sus memorias al igual que Luisa Piutrin y Elizabeth Huenchual.

A Marcela Romo por sus oportunos y valiosos aportes, junto a sus dedicadas y meticulosas revisiones.

A Margarita Saéz y Danilo Ríos por apoyar desde un comienzo esta investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDOS.

Páginas.

I. INTRODUCCIÓN.....	1
-----------------------------	----------

II. PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN.

II.1 Planteamiento y antecedentes del problema de investigación.....	3
II.2 Objetivos.....	12
II.3 Relevancia del problema de investigación.....	13

IV. MARCO TEÓRICO.

IV.1 La Antropología Médica y su interpretación Crítica.....	15
IV.2 Una mirada a los Sistemas Médicos en contextos pluriétnicos.....	20
Dimensiones estructurantes de una experiencia de salud intercultural.	
IV.3 Interculturalidad e Interculturalidad en Salud.....	29
IV.4 Urbe, Salud e Identidad.....	40

III. MARCO METODOLÓGICO.

III.1 Identificación de la orientación metodológica general.....	45
III.2 Características de la investigación: tipo y nivel de investigación.....	47
III.3 Delimitación del universo de estudio, unidades de análisis y muestra.....	48
III.4 Estrategia de recolección de información.....	51
III.5 Estrategia de análisis de la información.....	55

V. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

V.1 Proceso de construcción de la figura del Facilitador Intercultural	
V.1.1 Fundamentos de la incorporación de facilitadores interculturales.....	56
V.1.2 Proceso y requisitos para la elección.....	60
V.1.3 Las elegidas... ¿Quiénes son las facilitadoras interculturales?.....	64

V.2 Constitución del rol de Facilitadora Intercultural	
V.2.1 El Consultorio Poniente: dinámicas de consultorio.....	70
V.2.2 Rol de las facilitadoras interculturales en el espacio consultorio.....	75
V.3 Valoración del rol de Facilitadora Intercultural	
V.3.1 La Perspectiva Comunitaria... los usuarios de las facilitadoras.....	92
V.3.2 La Perspectiva Institucional... desde el MINSAL al consultorio.....	94
V.3.3 La Mirada de los protagonistas.....	96
VI. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	
VI.1 Una Golondrina no hace verano.....	98
VII REFLEXIONES FINALES.....	107
VIII. BIBLIOGRAFÍA.....	110
ANEXOS.....	114

I. INTRODUCCIÓN.

El primer acercamiento con la figura del facilitador intercultural proviene de mi experiencia como alumna en práctica en la Unidad de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud, lugar en donde se me encomendó “la construcción del diseño teórico y metodológico del proyecto de evaluación de facilitadores interculturales a nivel nacional”, cuestión que implicó conocer acabadamente esta estrategia, hasta ese momento completamente desconocida para mí.

Durante todas las etapas de este proceso y al intentar evaluar bajo un mismo parámetro (cuestión lógicamente cuestionable) a un facilitador intercultural aymará de la comuna de Camarones en la I región del país, a un facilitador mapuche en la IX región y a uno en la Región Metropolitana, se hicieron patente importantes diferencias socioculturales que condicionaban de manera significativa la labor de estas personas. Tiempo después surgió la idea de estructurar el presente proyecto de investigación.

Éste posee como objetivo fundamental analizar desde una perspectiva antropológica la figura del facilitador intercultural mapuche, que según los objetivos de su rol pretende ser un “puente” de comunicación en materia de salud entre dos mundos culturales distintos, a través de su proceso de construcción y constitución en un contexto urbano, contexto radicalmente distinto al cual se originó.

Para cumplir a cabalidad con esta pretensión ha sido axiomática la construcción de un apartado, que corresponde al segundo, en el que se desarrolla en profundidad los principales antecedentes que se relacionan con la figura del facilitador intercultural, al igual que la problemática de investigación, los objetivos de éste y su relevancia tanto teórica como práctica.

En el tercer capítulo se presenta el abordaje teórico y se discuten los principales conceptos que fundan el presente estudio. En el cuarto de éstos se expone la metodología de investigación, en la que se opta por una metodología cualitativa de recolección de datos para poder captar la dimensión subjetiva y subyacente en el discurso de los actores relevantes en ésta. Se incluye también el tipo y nivel de la investigación, el universo de

estudio, la elección y justificación de la muestra y por último la estrategia de recolección y análisis de la información.

En el apartado número cinco se exponen los resultados, incluyendo en su estructura los relatos textuales de los distintos grupos de actores que fundan este estudio, incluyendo también relatos etnográficos. En el capítulo sexto se realiza el análisis y discusión de los resultados obtenidos, incorporando y relacionándolo con el *corpus* teórico construido. Seguido del apartado número siete en el que se presentan las principales conclusiones que arrojaron la investigación.

Por último, en el capítulo octavo se revisan las fuentes bibliográficas utilizadas.

II. PROBLEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN.

II.1. PLANTEAMIENTO Y ANTECEDENTES DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

Durante toda la historia de la humanidad hemos podido constatar cómo todas las culturas del mundo han manifestado la necesidad de preservar la salud y el bienestar físico, teniendo en común el hecho de que siempre existe una intervención del hombre en el transcurso de la enfermedad. Sin embargo, la forma de comprenderla, definirla y tratarla es lo que contrasta un grupo de otro y deja entrever sus diferencias culturales. En palabras de Wellin (En: Grebe, 1988:5) la enfermedad se presenta como un universal del hombre, puesto que se da en cualquier tiempo, espacio, sociedad y cultura; asimismo todos los grupos humanos desarrollan métodos con el fin de enfrentar la enfermedad y poseen creencias, cogniciones y percepciones culturales, específicas para definirla o reconocerla.

El estudio de las diversas formas de “enfrentar la enfermedad” o de “preservar la salud” ha estado históricamente dentro de las inquietudes investigativas de la Antropología Social y posteriormente de la Antropología Médica como sub-disciplina específica; asumiendo que las modalidades de enfrentar la situación de salud-enfermedad interactúan en un proceso dinámico con el patrimonio cultural del grupo humano, manteniéndose o transformándose en relación a complejos procesos que implican a la sociedad en su totalidad (Citarella, 1995:39).

Estos procesos de carácter históricos, según Menéndez *“están caracterizados por las relaciones de hegemonía/subalternidad que operan entre los sectores sociales que entran en relación en una sociedad determinada, incluido sus saberes técnicos”* (1994:72). En materia de salud, los “saberes técnicos” a los que hace referencia Menéndez se expresan en sistemas médicos. En sociedades como la nuestra, en donde la realidad sociocultural es pluriétnica coexisten diversos sistemas médicos que representan a cada una de las tradiciones etnoculturales que existen dentro del territorio nacional. No obstante, el paradigma del sistema de salud estatal a través del ejercicio de la

biomedicina o sistema médico hegemónico¹ no considera las diferencias culturales dentro del proceso de atención de la salud-enfermedad.

El desarrollo de marcos teóricos y metodológicos que apunten a la creación de iniciativas tendientes a evitar que la identidad étnica y cultural del usuario constituya una barrera en el acceso y oportunidad a una mejor atención en esta área y a la formación de sistemas interculturales de atención en salud han sido entre otras, temáticas recurrente dentro de las líneas de investigación e intervención de la Antropología Médica, pero especialmente de la variante crítica de ésta. La **Antropología Médica Crítica**² (AMC) realiza un análisis que nace de:

“...una visión marxista sobre las relaciones de poder al interior de los sistemas médicos, en cuanto expresión de las relaciones de dominación propias del sistema económico capitalista. Pone especial énfasis en la necesidad de democratización de la salud, tanto en lo que respecta a la superación de las relaciones de poder establecidas tradicionalmente entre el sistema alópata oficial y los sistemas médicos indígenas y/o alternativos” (Jungue, 2001).

Este proceso de democratización también apunta a la participación de los pacientes y/o usuarios, en tanto ciudadanos y sujetos de salud, en los procesos de reconocimiento, definición, intervención y superación de las distintas necesidades que puedan surgir en el ámbito de la salud y en el proceso de redención de ésta. Esta idea de democratización de la salud, se sustenta en un cuestionamiento político y ético profundo a la forma de hacer medicina propia de la cultura occidental moderna, que en los últimos años se ha visto muy cuestionada y donde como ya dijimos anteriormente la Antropología Médica Crítica ha jugado un papel relevante, apuntando a un pluralismo horizontal entre los sistemas médicos.

En el caso de nuestro país, abogar por un pluralismo horizontal entre los distintos sistemas médicos que coexisten, en especial el de los pueblos originarios, resulta una tarea bastante compleja si se tiene en cuenta que estos pueblos aún se encuentran en la

¹ “Desarrollado por Eduardo Menéndez, designa el tipo de práctica médica característica de la biomedicina: biologismo, individualismo, a historicidad, a socialidad, mercantilismo y eficacia pragmática. El apellido hegemónico proviene de la teoría de Gramsci y se opone al de subalterno”. (Comelles y Martínez, 1993:87)

² Movimiento teórico y aplicado que nace en la década de los setenta en diferentes universidades norteamericanas, pero que tiene su mayor desarrollo en los años ochenta.

histórica condición de dominación y marginalidad dentro del Estado nación. No obstante esta situación, según Citarella, es precisamente en materia de salud en donde la tesis del pluralismo cultural en algunas zonas del país, está encontrando una aplicación concreta aunque aún incipiente (Op. Cit: 541). Las intenciones de abordar desde esta tesis la temática de salud y pueblos originarios proviene de distintas “tomas de conciencia” de parte del Estado, entre las que podemos destacar:

- La atención al contexto internacional en donde el Estado chileno ha recogido “algunos” de los llamados de los organismos internacionales (OMS / OPS) de avanzar desde los Ministerios de Salud en la generación de estrategias nacionales en torno a la salud de los pueblos originarios, cuestión que ha generado importantes cambios en esta materia. Un ejemplo de esto es el acuerdo firmado en el año 1996 entre la Organización Panamericana de la Salud y el Parlamento Indígena de las Américas, en donde se estipulaba la preparación de una agenda legislativa para las políticas de salud y la producción de leyes que protegieran a las tradiciones indígenas. Quedando así otros tratados aún no ratificados como el Convenio N° 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes de la OIT (1989), que determina sustancialmente las posibilidades de reconocimiento integral de los pueblos originarios y por añadidura sus sistemas médicos.
- El reconocimiento de parte del Estado de la existencia de una deuda histórica con los pueblos originarios, quizás no asumida suficientemente y que debe ser saldada³. La aceptación de este principio ha derivado en que los gobiernos de la Concertación de Partidos por la Democracia han asumido la temática indígena como un área relevante de sus políticas de gobierno. En el último tiempo la creación de la Comisión de Verdad Histórica y Nuevo Trato, constituida en enero del año 2001 cuyo informe es la base de la Política de Nuevo Trato, representa entre otros, la atención a la

³ Esta deuda no debe limitarse solamente al problema de restitución de terrenos indígenas ni a la superación de la situación de pobreza y marginalidad social en que se encuentran los pueblos originarios en nuestro país (cuestión esencial por lo demás), sino también a dejar de concebir al indígena como un mero receptor pasivo de las decisiones de los poderes políticos y económicos apuntando a la apertura de nuevos procesos de participación indígena en el ámbito político y social, más allá de la integración de algunos de sus representantes en organismos de gobierno. De igual forma, se debiera resguardar el patrimonio cultural que en algunos casos se halla amenazado de desintegración, cuestión en la que tanto el Estado como la sociedad chilena en su conjunto poseen un alto nivel de responsabilidad a través de históricas y constantes prácticas de aculturación.

necesidad de respeto, reconocimiento, participación y desarrollo de los pueblos originarios. En el área de **Salud** un ejemplo de esto es el desarrollo de un proceso que se encuentra en su última fase, de reconocimiento de los distintos sistemas de salud indígena que existen en nuestro territorio, vía decreto ministerial y que cuenta con la participación de los pueblos interesados; así también como la promulgación de la Política de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud en el año 2000.

Junto con estas medidas, quizás una de las más apreciables en materia de salud y en donde claramente se puede observar una tendencia hacia la tesis del pluralismo cultural, es precisamente en la **Política de Salud y Pueblos Indígenas** que tiene como uno de sus fundamentos teóricos principales:

“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 el modelo biomédico como el único deseable y válido. La medicina indígena tiene un ancestral, amplio y dinámico desarrollo, en especial en las enfermedades relacionadas con los aspectos psicosociales y espirituales” (MINSAL, 2003:20).

La aceptación de este fundamento que responde entre otras cosas, a un cuestionamiento al paradigma sociocultural desde el cual se ha ejercido la medicina moderna que representa la tendencia mundial en territorios multiétnicos y que ha implicado el reconocimiento de la existencia de los distintos sistemas médicos indígenas, ha constituido también el primer paso para el establecimiento de un interculturalidad en salud promovida por el Estado.

Las primeras experiencias de interculturalidad en salud en nuestro país fueron implementadas por el Servicio de Salud Araucanía en la IX región del país, con el Programa de Salud con Población Mapuche que se remonta al año 1992, el cual ideó una serie de estrategias que consideraba e incluía las variables étnico-culturales de la población mapuche en el proceso de atención y recuperación de la salud. De alguna u otra forma, este Programa fue el antecedente directo de lo que en la actualidad se conoce como el programa de Salud y Pueblos Indígenas o de Salud Intercultural, que pretende reforzar la gestión y capacidad técnica de todos los actores sociales e instituciones responsables de la salud de las poblaciones indígenas, a través del desarrollo de planes o

proyectos que apuntan en primera instancia a asegurar el acceso a los servicios de salud y a una atención de calidad.

La línea de trabajo del programa desarrolla una labor coordinada a nivel nacional, regional y local, entre instituciones de salud y organizaciones indígenas, que intenta contribuir a la organización y provisión de servicios de salud (hospitales, consultorios, etc.) integrales y culturalmente apropiados. Éste se implementa a través de planes que diseñan los Servicios de Salud en conjunto con las organizaciones y comunidades indígenas en forma descentralizada.

El Programa de Salud y Pueblos Indígenas, financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (B.I.D) y el Ministerio de Salud (MINSAL) y ejecutado por éste, es la instancia estatal encargada de llevar a cabo el enfoque intercultural en salud, caracterizado por favorecer el conocimiento, el respeto y la complementariedad entre los sistemas de medicina oficial e indígena. Entre las seis⁴ áreas prioritarias de desarrollo que se ha propuesto trabajar el Programa se encuentra la *mejoría de la accesibilidad, calidad y oportunidad de atención en salud*. Ésta área a su vez, posee como estrategia principal la **incorporación de Facilitadores Interculturales en establecimientos de salud**, figuras centrales de esta investigación.

La figura del Facilitador Intercultural tiene su origen en nuestro país en el Servicio de Salud Araucanía Sur, el cual se re-estructuró bajo el objetivo concreto de readecuar la atención en hospitales y consultorios a la realidad multiétnica de la región. En el año 1993, específicamente en los hospitales de Temuco y Galvarino, tomando en cuenta las demandas y opiniones de las comunidades indígenas, se estimó necesario contar en los establecimientos de salud con una oficina exclusiva para apoyar la atención de los pacientes mapuches, las oficinas *Amuldungun*⁵ (llevar la palabra) o denominadas también como de Orientación Intercultural al Paciente Mapuche fueron creadas entonces para esos fines.

⁴ Mejoría de la calidad y accesibilidad de la atención, mejoría en capacidad resolutive en problemas de salud, desarrollo de recursos humanos, participación social e intersectorialidad, comunicación social y por último, investigación.

⁵ La totalidad de los términos en idioma mapudungun que aparecen a lo largo de este texto, están agrupadas con sus respectivos significados a modo de glosario en el anexo N° 1.

Estas oficinas estarían a cargo del facilitador intercultural o *Amuldungufe*, el cual llevaría a cabo la función de intermediar entre los pacientes mapuches (usuarios indígenas) y los equipos de salud (clínicos y administrativos), asumiendo como parte fundamental de este proceso las profundas distancias culturales que existen entre ambos grupos. Esta nueva figura debía cumplir con ciertos requisitos para ejercer su labor, entre ellos se cuentan⁶: Ser identificable como una persona mapuche, ser bilingüe: hablar *Mapundungun* y español, manejar un conocimiento acabado de la cultura mapuche, así como del protocolo tradicional mapuche y occidental, mantener un contacto permanente con la cultura mapuche y sus organizaciones, conocer y manejar la dinámica de funcionamiento del establecimiento de salud, tener 4° año de enseñanza media y ser preferentemente mayor de 30 años.

De esta forma, el facilitador es concebido como una persona indígena que mantiene un fuerte vínculo y sustenta un conocimiento integral de su comunidad de origen y al cual se le encargaron una serie de funciones a realizar:

1. *“Informar, orientar y apoyar a los enfermos de origen mapuche y a sus familiares que requieran atención de salud ambulatoria y de hospitalización. Y coordinar estas acciones con los diferentes servicios clínicos y administrativos del hospital o consultorio.*
2. *Apoyar a los pacientes mapuche hospitalizados y a los equipos de salud, en resolver casos donde lo cultural sea relevante para la recuperación de la salud.*
3. *Llevar un registro de las acciones efectuadas y un archivo de la documentación pertinente que sustente las actividades de capacitación e investigación.*
4. *Facilitar la comprensión de indicaciones médicas y cuidados del enfermo en el hospital, a la vez que hacer más fácil la interacción del enfermo mapuche en el hospital o consultorio.*
5. *Difundir y valorizar la cultura y la lengua mapuche, como el enfoque intercultural al interior del sistema de salud, mediante actividades como coloquios interculturales, material educativo, apoyo docente a alumnos, etc.”*⁷

Por consiguiente, el facilitador intercultural dado ciertos requisitos, es concebido como una persona indígena, elegida por su comunidad, que mantiene un fuerte vínculo y

⁶ En: Propuesta de funcionamiento Oficinas Amuldungun. Jelves Ivonne, Ñanco José. Servicio de Salud Araucanía Sur. 2004.

⁷ En: Facilitadores Interculturales en el Servicio de Salud Arica. Muñoz, Elías y Pedrero, Malva-Marina. Arica, 2002.

sustenta un conocimiento integral de su cultura de origen, destacando aspectos relevantes como el idioma y el conocimiento del sistema médico indígena.

Esta figura que a través de sus funciones ayuda a establecer, al interior de los establecimientos de salud en donde ejerce su labor, *pertinencia cultural* un concepto entendido en la Política de Salud y Pueblos Indígenas como: “*la adecuación de los servicios a las características de la cultura, basada en el respeto y en la construcción colectiva de estrategias, metodologías y protocolos que mejoren el acceso y la utilización de los servicios de salud*” (MINSAL, 2003:23), fue adquiriendo gran connotación y por ende difundiéndose con ciertas modificaciones a otros territorios con presencia indígena importante.

En el año 1996, con la creación del Programa de Salud y Pueblos Indígenas los facilitadores interculturales comienzan a institucionalizarse, hecho que se acrecienta aún más con la promesa presidencial a fines del año 1999, de insertar facilitadores interculturales en todos los establecimientos de salud ubicados en territorios con población indígena significativa.

En la actualidad, dieciocho son los servicios de salud⁸ en nuestro país que cuentan con la presencia de facilitadores interculturales en sus establecimientos, los niveles de inserción e institucionalización de éstos varían de acuerdo a las relaciones que los mismos facilitadores establecen con los equipos de salud en que se han insertado y con las comunidades u organizaciones indígenas que representan. Igualmente, las funciones definidas para los facilitadores que se establecieron con la creación de las Oficinas *Amuldungun* en el Servicio de Salud Araucanía Sur, dirigidas principalmente a la atención de población mapuche rural ante problemas de comunicación idiomáticos, han ido modificándose y readecuándose en estrecha relación con las particularidades de cada zona cultural, establecimiento de salud y a las demandas de los usuarios, organizaciones y comunidades indígenas con las que se relacionan.

De esta forma, las experiencias del Programa de Salud con Pueblos Indígenas o experiencias de salud intercultural, son muy diversas en cada una de las comunas en que

⁸ Servicio de Salud Arica, Iquique, Antofagasta, Atacama, Valparaíso, Bio Bio, Arauco, Araucanía Norte, Araucanía Sur, Osorno, Valdivia, Llanquihue, Magallanes, Metropolitano Norte, Metropolitano Sur, Metropolitano Sur Oriente, Metropolitano Occidente, Metropolitano Oriente.

operan, especialmente cuando se piensa en la dualidad urbano –rural. Entonces ¿Qué sucede cuando se lleva a esta figura a un contexto en donde la realidad cultural es diametralmente distinta de donde se originó? ¿Qué sucede con las tareas designadas a los *Amuldungufes* en un contexto urbano – metropolitano? ¿Por qué “comunidad indígena” son validados? ¿Han sido capaces de validarse en los equipos de salud con los que se relacionan? ¿Aportan a una verdadera interculturalidad en salud? ¿Qué tan interculturales son sus acciones?

La presente investigación pretende llevar estos cuestionamientos a la práctica a través de la siguiente pregunta de investigación: **¿Cómo se ha construido y constituido la figura del Facilitador Intercultural en el contexto urbano, específicamente en la experiencia de salud intercultural desarrollada por la comuna de Pudahuel?**

Tomando en cuenta que la Región Metropolitana después de la Novena Región concentra la mayor cantidad de población indígena del país⁹ imperando ampliamente la población mapuche y que Pudahuel se encuentra entre las 6 comunas con mayor predominio de mapuches urbanos de la región¹⁰; resulta relevante investigar el modo en que la población mapuche urbana de esta comuna se relaciona con la temática de la salud. Relación históricamente intercultural pero que hoy se materializa en una experiencia concreta en la cual el Facilitador Intercultural emerge como un agente clave de lo que se pretende desarrollar en materia de salud intercultural en el país.

La experiencia de salud intercultural que se desarrolla en la comuna de Pudahuel, lleva en funcionamiento desde el año 2000 y se concentra en uno de los centros de atención primaria de la comuna, el Consultorio Poniente. Espacio en el cual coexisten sistemas médicos diversos; el **sistema occidental** enfocado a la atención primaria de salud y el **sistema médico mapuche**, priorizando la atención gratuita de *machi*. Es precisamente en este espacio de coexistencia de sistemas es que se pretende investigar el

⁹ La población indígena se concentra mayoritariamente en la Novena Región, seguido de la Región Metropolitana, Décima, Octava y Primera. Los lugares que cuentan con saldos migratorios negativos, es decir, que mayoritariamente “expulsan” son la Octava y la Novena regiones. El saldo migratorio positivo, queda en la Región Metropolitana. Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas. Gobierno de Chile. Información disponible en línea en: www.censo2002.cl.

¹⁰ La población total de la comuna de Pudahuel es de 19.185 habitantes, de los cuales 8.732 pertenecen a un grupo étnico (4,44%) y de éstos 8.464 a la etnia mapuche. Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas. Gobierno de Chile. Información disponible en línea en: www.censo2002.cl.

modo en que el Facilitador Intercultural se ha ido construyendo y constituyendo procurando establecer un nexo entre la medicina mapuche y el sistema médico hegemónico. Para esto es necesario atender a los diversos discursos que sobre esta figura convergen, incluyendo elementalmente el de éstos.

- el **discurso institucional** del Estado a través del Ministerio de Salud, el Servicio de Salud Metropolitano Occidente y el centro de atención primaria de salud. Instituciones determinantes representadas por actores claves dentro del proceso de construcción y actual situación de los facilitadores interculturales en la comuna de Pudahuel.
- El **discurso comunitario** sustentado por la población mapuche de la comuna, organizada y no organizada, promotora y beneficiaria de la experiencia de salud intercultural de la comuna y de la labor del facilitador intercultural respectivamente, enfrentada a un proceso de promoción de la medicina mapuche por parte del Estado.
- El **discurso personal** de los mismos Facilitadores Interculturales, en tanto sujetos que se auto identifican como mapuche y que se desenvuelven como agentes que promueven una salud intercultural y que son definidos como interculturales en sí mismos, al desenvolverse entre sistemas médicos distintos, sus terapéuticas y agentes.

De este modo, la pregunta de investigación sólo es posible de desentrañar a través del análisis de las acciones, percepciones y aproximaciones discursivas de los distintos actores (incluido los facilitadores) que componen la experiencia de salud intercultural y que por ende determinan la forma en que los facilitadores interculturales se han desarrollado en un espacio de convivencia de sistemas médicos. El dar cuenta de este espacio y de cómo se ha emplazado el facilitador intercultural en éste, llevará en última instancia a analizar su aporte al desarrollo real de una interculturalidad en salud.

II.2 OBJETIVOS.

II.2.1 Objetivo General:

- Analizar la figura del Facilitador Intercultural a través de su proceso de construcción y constitución en la experiencia de salud intercultural de la comuna de Pudahuel.

II.2.2 Objetivos Específicos:

- Caracterizar la coexistencia de sistemas médicos que se da en el Consultorio Poniente de la comuna de Pudahuel.
- Dar cuenta de los fundamentos teóricos y prácticos de la incorporación de facilitadores interculturales en la experiencia de salud de la comuna de Pudahuel, especialmente en el Consultorio Poniente.
- Caracterizar el proceso de elección de los facilitadores interculturales, los requisitos, motivos de elección e instancias que definen la designación.
- Describir las funciones que desarrollan los facilitadores interculturales dentro del centro de atención primaria de salud.
- Dar cuenta de la valoración que se le atribuye a la figura del facilitador intercultural desde los actores que representan el ámbito comunitario e institucional.
- Conocer la perspectiva de las personas que se han formado como facilitadores interculturales en cuanto al significado y valoración de su rol.

II.3 RELEVANCIA DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

La presente investigación entrega importantes avances prácticos y también teóricos. En cuanto a este último relacionados con distintas áreas de investigación ligadas con la Antropología Social como:

- Antropología Médica.
- La relación de la población mapuche urbana con el Estado en materia de salud.

La **relevancia teórica** que posee esta investigación, está dada por el análisis de una estrategia *in status nascendi* y que no ha sido estudiada de manera profunda ni sistemática por ninguna disciplina, incluyendo la antropológica. De esta forma, abrirse al análisis de lo que se conoce como la estrategia de facilitadores interculturales desde una perspectiva antropológica no resulta sencillo entendiendo que es una figura que pretende según los objetivos de su rol, ser un “puente” de comunicación en materia de salud, entre dos mundos culturales distintos.

Desde el punto de vista de Antropología Médica este estudio se presenta como una importante contribución, puesto que genera una discusión teórica en torno a temáticas como la formación de sistemas interculturales de atención en salud en nuestro país, la posibilidad de complementariedad de sistemas médicos (occidental y mapuche) y la inclusión de la pertinencia cultural en la organización y provisión de centros de atención primaria de salud en contextos urbanos, entre otras temáticas.

El análisis de la relación que establece la población mapuche urbana con el Estado en materia de salud, implica necesariamente el debate de temáticas como la situación socioeconómica, cultural, epidemiológica e identitaria de los mapuches en la Región Metropolitana. De igual forma se da una mirada a las políticas, programas y estrategias estatales en salud que se encuentran a disposición de éstos.

En cuanto a la **relevancia práctica** que posee esta investigación, se encuentra la contribución a facilitadores interculturales y representantes de las organizaciones mapuches de la comuna que han trabajado (en conjunto con la institucionalidad) en la

implementación de una experiencia de salud intercultural que lleva en funcionamiento desde el año 2000.

Dicha experiencia que será reconstruida desde sus propios relatos y acciones, situando con especial énfasis la forma en que la figura del facilitador intercultural se ha desarrollado como agente fundamental, no sólo entregará una descripción analítica del proceso de construcción y constitución de la figura central de éste, sino que aporta luces concretas en torno a temáticas como:

- el significado y valoración que se le atribuye a la figura del facilitador intercultural desde los actores que representan el ámbito comunitario (usuarios mapuches) e institucional (equipos de salud),
- los niveles de inserción del facilitador en los equipos de salud o
- su aporte al desarrollo de una interculturalidad en salud.

Asimismo, esta investigación constituye un aporte a la reflexión de las bases institucionales que ejecutan las estrategias de salud intercultural, es decir, al MINSAL a través de la Unidad de Salud y Pueblos Indígenas y al Servicio de Salud Metropolitano Occidente. Ya que contribuye al conocimiento de la forma en que esta figura se desenvuelve en el contexto urbano, pudiendo establecer distinciones con las tareas realizadas en el ámbito rural y de esta forma atribuirle objetivos, roles y funciones específicas.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1 LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA Y SU INTERPRETACIÓN CRÍTICA.

Las relaciones entre Antropología y Medicina son tan antiguas como profundas y complejas, según Comelles y Martínez se *“remontan a los orígenes de ambas disciplinas durante la Ilustración y se configuran en torno al papel de las ciencias naturales, aplicadas y sociales en los cambios relacionados con la preeminencia del capitalismo y la construcción del Estado liberal”* (op.cit.: 7). A pesar de que estas relaciones poseen larga data, sólo en los últimos 40 años se ha reconocido la Antropología Médica como una subdisciplina específica de la ciencia antropológica, dedicada en la actualidad a la investigación de los sistemas médicos y las dimensiones sociales y culturales de los procesos de salud y enfermedad.

El periodo anterior a la emergencia formal de esta subdisciplina, caracterizado en términos generales por una *antropología de salón* y posteriormente por una extensa producción de meticulosas etnografías que irrumpen y colman el escenario antropológico, se encuentra cargado de importantes omisiones en cuanto al modo de abordar la enfermedad que poseen los distintos grupos sociales. Éste periodo ha sido denominado por Ángel Martínez como *“antropología sin enfermos”*, nombre que recibe a partir de la *“ausencia”* del estudio de la enfermedad y de los sistemas médicos como escenarios etnográficos *per se*, ya que aún no se produce el reconocimiento de la enfermedad como un fenómeno social y cultural. (1996: 371).

En la década de los sesenta comienza el período de institucionalización o legitimación de esta sub-disciplina, en la cual se puede evidenciar cómo se van consolidando los estudios sobre sistemas médicos indígenas en manos de la Etnomedicina. Esta vez dejando atrás la determinación que había realizado la antropología clásica de los sistemas médicos y de la enfermedad a otras instancias explicativas como la magia o la religión. Estamos por fin ante la escisión entre estos conceptos. A pesar de que esto constituye un importante avance, los sistemas médicos de los *“otros”* siguen siendo entendidos desde la lógica biomédica que se presenta como

hegemónica producto de constantes mecanismos de subordinación aplicados a las otras medicinas a su paradigma de conocimiento. Asimismo, aún es excepcional observar la propia medicina occidental como un objeto de estudio.

Desde este paradigma es que deviene el avance de la Antropología Médica Aplicada, vinculada a la política de Estado en salud que se desarrolla originalmente en el México posrevolucionario. Se establece entonces la intromisión del antropólogo en los espacios y temáticas históricamente ocupadas por profesionales de la salud conformando equipos interdisciplinarios. A pesar que la práctica se veía beneficiada con ésta, su desarrollo teórico fue exiguo producto de la excesiva subordinación a las demandas e intereses de la medicina occidental. Durante este periodo se advierte como:

“...el holismo antropológico clásico mostraba sus propias limitaciones, al contraponerse con el individualismo y pragmatismo biomédico...la falta de teoría y el intrusismo biomédico comenzaban a ser un lastre y hacían necesario el desarrollo de alternativas encaminadas a la consolidación y legitimación de un campo antropológico específico”. (Comelles y Martínez, *Op.cit.*: 53).

Durante los años setenta surgen algunos esfuerzos por lograr dicha consolidación. Dentro de estos bríos, Fabrega (1972. en: Comelles y Martínez, *Ibid.*) irrumpe en este contexto por primera vez con la idea de una multicausalidad de la enfermedad con su cuestionada distinción entre las dimensiones *disease* (enfermedad, desequilibrios biológicos) e *illness* (dimensión folk o cultural de la enfermedad), conservando la escisión entre el *corpus* biomédico y el antropológico con una delimitación clara de éste al terreno indígena. Sin embargo, resulta evidente cómo el paradigma biomédico constituye el eje de referencia, en el que la *disease* posee el papel hegemónico.

Otro autor que durante esta década produjera tentativas en esta línea fue Foster, quien diferenciara los sistemas médicos en dos de acuerdo a las diversas visiones que existían sobre las etiologías de las enfermedades: los sistemas personalistas y los naturalistas¹¹. El análisis de los duales desarrollos conceptuales de Foster permite darnos

¹¹ En el sistema personalista las causas de la enfermedad se encuentran en las personas (otros) y sus acciones morales dentro de la comunidad, cuestión que deviene en enfermedad. Mientras que en el sistema naturalista, la enfermedad se atribuye a desequilibrios internos (biológicos) al enfermo, alejado

cuenta que al igual que Fabrega, se entrapa en un terreno en donde la medicina occidental aún no deviene como objeto de estudio y sólo se revalida su hegemonía, más aún cuando su teorización sólo es aplicable a sistemas médicos no occidentales. Cuestión que denota nuevamente la carencia de una visión teórica que reúna a todos los sistemas médicos incluyendo el occidental.

Una enfoque con esas características se puede encontrar en los planteamientos del norteamericano A. Kleiman, enmarcados a fines de los setenta y desarrollados extensamente durante la siguiente década, cuando define desde una visión cultural-interpretativa los sistemas médicos como *sistemas culturales* y por lo tanto, como campos específicos de investigación antropológica, situando de este modo a la biomedicina como un sistema médico más. Asimismo, irrumpe dentro de la tradición aplicada de concebir la enfermedad como parte de la naturaleza y sitúa en el debate la relación entre cultura y enfermedad:

“la enfermedad no es una entidad sino que un modelo explicativo. La enfermedad pertenece a la cultura y especialmente a la cultura especializada de la medicina. Y la cultura no es solo un medio de representar la enfermedad, sino que es esencial para su propia constitución como una realidad humana” (Kleiman, 1973; B. Good y M. Good, 1981 En: B. Good 2003: 109).

Ya en la década de los ochenta, antropólogos que abordan la temática de la medicina como Taussig (1980) y Young (1982) desde una postura vinculada al marxismo, introducen la crítica a los “culturalistas”. Esta apunta a que la aparentemente superada relación mente/cuerpo y naturaleza/cultura que los culturalistas detentaban se ejercía igualmente a partir de otra dualidad, la *disease* (enfermedad) e *illness* (expresión cultural) en donde son ignorados por completo los factores sociales, ya sea por pragmatismo o por comodidad. Les acusan de estar obviando los componentes políticos y económicos relegando así sus teorizaciones a enfoques micro y situacionales fortaleciendo el entendimiento de las dimensiones de la enfermedad para mantener y reafirmar la supremacía del sistema médico occidental. A partir de esta carencia es que proponen incorporar al análisis una perspectiva más global, relacionada con las dimensiones colectivas de la enfermedad, introduciendo la noción de *sickness*: “*sickness*

completamente de responsabilidades de tipo social como en el caso anterior. Es importante dejar en claro que nos referimos a determinantes micro – sociales, a la comunidad o colectivo en específico.

refiere a las dimensiones sociales (...) es el resultado de ser definido por otros como “no saludables” (Young, 1982 En: Comelles y Martínez, op. cit.: 62).

A pesar de que esta nueva “incorporación” no supera un nuevo reduccionismo, constituye el punto de partida para el desarrollo de perspectivas que entiendan las dimensiones sociales de la enfermedad no sólo como un universo micro social, como lo hace la *sickness* sino que se conciban a partir de la conjunción de las estructuras políticas, económicas, históricas e ideológicas que determinan el entendimiento de los procesos de salud – enfermedad y del conocimiento médico en sí.

En esta línea que podemos denominar como crítica ante las visiones micro, podemos evocar a Singer quien intentar situar “*los estudios de la salud (y la enfermedad) a la luz de las fuerzas políticas y económicas más amplias que moldean las relaciones interpersonales, forman el comportamiento social, generan significados sociales y condicionan la experiencia colectiva*” (Singer 1982: 181. En: B. Good. *op.cit*: 115).

En 1982 Singer y Baer denominarán como **Antropología Médica Crítica** (AMC) esta perspectiva, caracterizada por una visión de las relaciones de poder al interior de los sistemas médicos en cuanto expresión de las relaciones de dominación propias del sistema económico capitalista. En ésta es posible identificar dos tendencias claras unidas por un modelo teórico marxista en común pero con énfasis distintos. La primera más “ortodoxa” se orienta a la investigación del rol de las fuerzas económicas y políticas en el funcionamiento de las instituciones de salud y en la distribución desigual a nivel internacional de las epidemiologías, así como de la instrumentalización imperialista del modelo médico hegemónico, da cuenta del papel subordinado que posee el componente ideológico (dimensiones, discursos e ideas) ante las relaciones de producción, cuestión que lleva a entender las dimensiones culturales de la enfermedad como epifenoménicas.

La segunda tendencia que ha sido denominada como *crítica interpretativa*, aunque igualmente atenta a las variables políticas y económicas, invierte mayor esfuerzo en generar un análisis crítico de la cultura que reivindique la historicidad a la comprensión de los procesos de salud – enfermedad así como de las relaciones de

carácter político que las producen. La ideología en este caso adquiere un papel mucho más relevante que en el caso anterior.

A pesar de los distintos énfasis en dimensiones comunes, estas tendencias convergen en la férrea crítica a la biomedicina¹² o modelo médico hegemónico que atenta con sus más claras pretensiones ya que como bien lo expresa Menéndez, se caracteriza *“por una serie de rasgos estructurales... que tienden a excluir o limitar la incidencia y el reconocimiento de la importancia de los factores económicos – políticos y socioculturales en la producción y solución de los problemas de salud/enfermedad”* (Menéndez. 1985: 21).

Así, mientras la tendencia más dura pone su énfasis en la determinación de las relaciones de producción en el modo de enfrentar el proceso de salud - enfermedad que poseen los distintos sistemas médicos, la perspectiva **Crítica Interpretativa** junto con incorporar las dimensiones económicas y políticas, incluye en su análisis las condicionantes históricas e ideológicas como referentes esenciales para comprender los procesos de salud - enfermedad. Precisamente desde esta última óptica es que nos interesa situarnos para analizar los fenómenos que en esta investigación nos convocan.

Desde esta posición es posible comprender el macro nivel (contexto) en que se enmarca este estudio, caracterizado por la hegemonía que ejerce la biomedicina a los otros sistemas médicos en nuestro país, en específico el mapuche, dentro de un tejido económico, político e histórico particular. Por otro lado, permite el análisis de un nivel intermedio (ni macro ni subjetivo) en el cual se manifiesta precisamente la relación entre estos sistemas, un espacio concreto como lo es el consultorio Poniente de la comuna de Pudahuel, en donde la figura de la facilitadora intercultural se desarrolla procurando establecer un nexo entre el sistema médico mapuche y el hegemónico. Para poder acceder a estos niveles y sus respectivos análisis es necesario ahondar en la naturaleza de estos sistemas médicos, sus significados y relaciones.

¹² Modelo de práctica e intervención científica occidental caracterizado por sus pretensiones de objetividad positivista y su enfoque estrictamente biológico y técnico del abordaje de la salud y enfermedad, basado en un modelo de entendimiento cartesiano o mecanicista, donde predomina la dualidad del ser. Su origen se establece durante la ilustración y sustituye al conocimiento médico galenico – hipocrático, situación que determina el “nacimiento de la clínica moderna”.

IV. 2 UNA MIRADA A LOS SISTEMAS MÉDICOS EN CONTEXTOS PLURIÉTNICOS: DIMENSIONES ESTRUCTURANTES DE UNA EXPERIENCIA DE SALUD INTERCULTURAL.

IV.2.1 De Sistemas y Modelos...

Al intentar acercarse a un contexto más familiar como lo es el latinoamericano y al encaminarse en el estudio de los sistemas médicos resulta inevitable hacer referencia a Eduardo Menéndez, quien señala:

“el proceso salud/ enfermedad/ atención, así como sus significaciones, se ha desarrollado dentro de un proceso histórico en el cual se construyen las causales específicas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos (significados) de los mismos. Este proceso histórico está caracterizado por las relaciones de hegemonía / subaltermidad¹³ que opera entre los sectores sociales que entran en relación en una sociedad determinada, incluido sus saberes técnicos” (1994:72).

En materia de salud los “*saberes técnicos*” a los que hace referencia Menéndez se expresan en sistemas médicos. En palabras de Pedersen: “*un conjunto reconocible y más o menos organizado de tecnologías...practicantes...integrados en un sustrato ideológico (conceptos, nociones e ideas) que forman parte indisoluble del repertorio cultural de la sociedad.*”(Pedersen 1988. en: Citarella. *Op .cit:* 42). En el planteamiento de este autor es posible observar dos dimensiones, una relacionada con métodos, tecnologías y practicantes, que entenderemos como Sistema Médico. La otra dimensión está arraigada en un fundamento ideológico, es decir a las nociones y creencias que fundan los conocimientos de un conjunto social determinado, sus normas, técnicas, costumbres y prácticas relativas a la búsqueda del bienestar biopsicosocial y a la erradicación de la enfermedad, dimensión que nos remite a la noción de Modelo Médico.

¹³ El apellido hegemónico proviene de la teoría de Gramsci y se opone al de subalterno, teoría que define la hegemonía como un proceso de ejercicio de poder o dominación, que no puede explicarse solamente por la posesión de los medios de producción o poder económico como lo propone la tendencia más ortodoxa, sino que se debe atender al papel que cumplen las formas culturales (ideológicas, poder cultural) que dan sentido común a las relaciones sociales existentes, las que devienen como sostén del orden establecido y de los intereses de clase que las dominan. De esta forma las pautas culturales hegemónicas o predominantes serían incorporadas por las masas y se enraizarían en “el sentido común” de manera natural. (En: B. Good. *Op. cit:* 116)

Así concebido, un Modelo Médico abarcaría según Aldo Vidal (1993) un agregado de categorías y conceptos compartidos culturalmente respecto a contenidos como: El carácter de la realidad y de sus niveles, los fenómenos, seres y/ o objetos que existen en la realidad y las acciones y poderes que poseen así como su relación, influencia y capacidad de interacción con lo humano, la posibilidad de conocer o comprender la realidad por parte del hombre y las formas de conocimiento de esa realidad, las creencias y relaciones entre los procesos de vida y muerte, las ideas sobre el cuerpo humano y su funcionamiento y su relación como "ente" existente en la realidad (En: Citarella, *op.cit.*: 43).

Como podemos ver un Modelo Médico es un modelo cultural y social en sí, ya que sus fundamentos se generan y se explican cultural y socialmente. De esta forma, el hecho de examinar un modelo médico contribuye al entendimiento y explicación de las características filosóficas y operacionales de una determinada especialidad médica representada en un Sistema Médico¹⁴. En este sistema los patrones culturales y la normativa cosmovisional van a constituir los ejes del comportamiento social y terapéutico de los agentes médicos, la relación entre los especialistas y los enfermos, la estructura de roles y funciones, el sistema de normas que regulan las respectivas obligaciones y derechos de cada parte, entre otros.

Cuando el repertorio cultural de una determinada sociedad es pluriétnico como el caso de nuestro país, conviven distintos sistemas médicos que representan a cada una de las tradiciones étnicas que existen dentro del territorio nacional¹⁵. Entre estos grupos sociales, las personas que los conforman y las instituciones que construyen, se manifiestan distintas formas de desigualdad y estratificación construidas en complejos procesos históricos, cuestión que se reproduce cuando hablamos de las creencias y prácticas sobre la salud y la enfermedad.

¹⁴ Es importante señalar que estos sistemas se encuentran en constantes procesos de cambio y reformulación por lo que sería erróneo concebirlos como sistemas estáticos, ya que se presentan como dinámicos y flexibles.

¹⁵ El Estado a través de la Ley Indígena N° 19.253 reconoce como principales etnias indígenas de Chile a: la Mapuche, Aimara, Rapa Nui o Pascuenses, la de las comunidades Atacameñas, Quechuas y Coyas del norte del país, las comunidades Kawashkar o Alacalufe y Yámana o Yagán de los canales australes.

Según Menéndez (1985) dentro de las sociedades capitalistas modernas (o posmodernas) se pueden reconocer en términos globales tres conjuntos de prácticas específicas para el tratamiento de la enfermedad y para su prevención o sistemas médicos fundamentales:

- *El hegemónico*, modelo de práctica e intervención científica occidental caracterizado por sus pretensiones de objetividad positivista y su enfoque estrictamente biológico y técnico del abordaje de la salud y enfermedad. Sus características principales son: individualismo, mercantilismo, asocialidad y ahistoricidad y eficacia pragmática. Se caracteriza por establecer relaciones desiguales entre el médico y los “pacientes”.
- *El alternativo subordinado*¹⁶, a diferencia del anterior se caracteriza por una visión holística sobre las problemáticas de salud, ya que sus bases y argumentaciones (provenientes de la práctica) aluden a elementos fisiológicos, emocionales, culturales, energéticos y funcionales. En esta categoría podemos encontrar desde la homeopatía, la medicina aryuvedica de la India, la medicina popular China hasta los sistemas médicos indígenas y populares, basados en una relación menos asimétrica entre el agente curador y las personas que acuden a él.
- *El de auto atención*, en éste el diagnóstico así como la atención médica son realizados por las propias personas o por aquellos que integran el grupo familiar o comunal directo. Constituye el primer nivel real de atención médica en donde no existe la intervención directa de un agente curador especialista, llámese curandero, médico u otro.

Como es indudable estos tres sistemas¹⁷ entran en evidentes relaciones de poder, quedando relegados los dos últimos a una posición subalterna en relación al **Sistema Médico Hegemónico**. Sistema que ha ganado este estatus a través de su histórica articulación con el Estado Liberal y a una práctica continua de medicalización, en la cual cada vez más áreas del comportamiento social e individual son patologizadas, es así como la salud o aspectos de la vida cotidiana como el embarazo, el nacimiento, la sexualidad, la vejez o la muerte se han convertido en objetos de intervención médica

¹⁶ Este sistema médico junto con el hegemónico son los que en esta investigación nos parecen relevantes y en los cuales centraremos la atención.

¹⁷ Una de las grandes diferencias que podemos encontrar entre el sistema médico hegemónico y los otros dos, es el hecho que éstos son ejercidos casi exclusivamente en el ámbito privado, por individuos o corporativos especializados, no así la biomedicina ligada históricamente a la figura del Estado.

(Foucault. 1966; Menéndez. 1984). Esta situación conduce a fomentar el consumismo médico y farmacológico y a plasmar en el inconciente colectivo aforismos como: un hombre sano es simplemente un enfermo que ignora su condición.

En este proceso que ha sido denominado por Foucault como “medicalización indefinida”¹⁸ la medicina occidental “*responde a otro motivo que no es la demanda del enfermo, cosa que sólo acontece en casos más bien limitados. (y) Con mucha más frecuencia la medicina se impone al individuo, enfermo o no, como acto de autoridad*” (1974: 75). Estos actos de autoridad nos remiten mas allá del acto curativo, a funciones de normativización y control que también constituirían la práctica médica hegemónica al ejercer funciones de “control social” al proveer y promover determinadas normas de comportamiento.

De esta forma, Foucault nos hace patente cómo la medicina moderna se presenta como una práctica social biopolítica, capacitada para ejercer el control de la sociedad no sólo por la conciencia como proceso de racionalización vertical y jerárquico, sino que impregnar ideología en y con el/los cuerpo/s, entendido correlativamente también como una realidad biopolítica. El espacio por excelencia para perpetrar el control del cuerpo lo constituye el espacio médico o terapéutico, como escenario de poder, el cual “*...puede coincidir con el espacio social, o más bien atravesarlo y penetrarlo enteramente. Se comienza a concebir una presencia generalizada de médicos cuyas miradas cruzadas forman una red y ejercen en cualquier punto del espacio, en todo momento del tiempo, una vigilancia constante, móvil, diferenciada*”. (1966: 55).

No es menos cierto que profundizar en los procesos de medicalización y la consecuente hegemonía de la biomedicina resulta muy tentador, pero nuestra ambición investigativa no se centra en ello. Más bien buscamos analizar la relación que entabla ésta con los sistemas subordinados poniendo especial atención a los sistemas médicos

¹⁸ Es importante mencionar que cada país posee procesos de medicalización distintos relacionados con patrones culturales articulados con procesos históricos idiosincrásicos, pero es posible identificar patrones comunes a nivel global, como los que pasaremos a revisar.

indígenas en específico el mapuche¹⁹, en un escenario pluriétnico concreto como lo es el chileno, intentando contribuir a la discusión de cómo se pueden relacionar ambos saberes.

IV.2.2 Coexistencia de sistemas médicos...

El indagar en la relación entre estos sistemas médicos en Chile nos remite necesariamente a contactos históricamente conflictivos entre dos mundos culturales distintos, la cultura mapuche y la occidental hispana-mestiza, caracterizadas por entablar una dinámica de relaciones asimétricas. Este tipo de relaciones que datan desde el siglo XVI basadas en años de dominación cultural, se fueron profundizando durante la primera década del siglo pasado.

Esta situación que se mantiene hasta el día de hoy y que posiciona al pueblo mapuche en una situación de desmedro socioeconómico posee como causa histórica principal el arreduccionamiento que se produjo tras la "Pacificación" de la Araucanía, de la población en diminutas porciones de tierra, la mayoría de las veces de escasa aptitud agrícola denominados reducciones. Para Javier Lavanchy esta situación se presenta como uno de los pilares fundamentales de la "célebre" deuda histórica, sumándole factores como:

"...el sobre agotamiento de las tierras producto de una explotación intensiva y continua; el crecimiento demográfico de la población mapuche, que implica cada vez mayor presión sobre la tierra; el impacto de las forestales; el círculo vicioso producido por la pobreza que impide a los campesinos adquirir los insumos necesarios para hacer productiva tierras en general de aptitud forestal... (Y en donde) producto de la misma precariedad de las economías campesinas, ha tendido crecientemente a urbanizarse y proletarizarse."(2003: 12).

Resulta necesario destacar que todos esos factores han imposibilitado el desarrollo integral de la cultura mapuche y por ende perpetuando la situación de

¹⁹ Los mapuches han sido y son actualmente el grupo étnico de mayor importancia numérica y el que ha sido objeto de mayor número de medidas militares, legislativas, políticas y socioeconómicas en el desarrollo histórico de la nación.

exclusión y desigualdad en que se encuentra en relación a la sociedad occidental dominante. Escenario complejo, cargado de un evidente desequilibrio para analizar la coexistencia o relación de sustratos culturales que definen creencias y praxis sobre la salud y la enfermedad en muchos aspectos antagónicas.

En la actualidad, el **Sistema Médico Mapuche** se ha visto sumido en un paulatino proceso de reducción en sus ámbitos de intervención²⁰ respecto de la biomedicina y su avasalladora hegemonía, de acuerdo a los mismos procesos de marginación que sobrelleva la totalidad de los elementos culturales (lingüísticos, políticos, religiosos) mapuches respecto al Estado y la sociedad nacional en su conjunto. No obstante sus procesos de cambio y reformulación, la medicina mapuche aún vive y mantiene sus aspectos esenciales como el sustrato mágico religioso que sustenta su modo específico de acción; el modelo etiológico que atribuye las causas de la enfermedades a fuerzas espirituales que operan de acuerdo a una lógica de carácter moral; la forma oral de transmisión de los conocimientos médicos; la presencia de agentes médicos como la/el *machi*, el/la *lawenchefe* y el/la *ngütanchefe* y su proceso de enseñanza formalizada o las prácticas de iniciación que se realizan de acuerdo a modelos de tipo ancestral (Citarella, *Et.al., op.cit* : 48).

En términos generales, para lograr comprender la lógica de la medicina mapuche es fundamental internalizar que en el mundo mapuche, salud (*konalen*) y enfermedad (*kutran*)²¹ son en sí una dualidad, opuestos complementarios, realidades que no pueden ser separadas. En palabras de José Quidel (2005):

”El bien y el mal dan sentido a la concepción cosmovisional a través de las cuatro dimensiones de la salud y de la enfermedad: la dimensión social, psíquica, biológica y espiritual, cuando éstas se encuentran en equilibrio uno puede decir que está sano pero cuando se transgreden, se pasa por alto a la

²⁰ Un ejemplo concreto de esto es el despojo y destrucción de sus ambientes ecológicos en manos de megaproyectos de desarrollo y de la invasión de la empresa forestal, que están acabando con la flora por lo que se agotan los recursos herbolarios esenciales para el ejercicio de la medicina.

²¹ Las enfermedades mapuches se pueden clasificar en distintos ámbitos, la primera se deriva del contacto interétnico: mapuche *kutran* (las que reconocen como causadas por un agente etiológico intencional) y *winka kutran* (las que se adquieren por causas biológicas). Otra clasificación general es entre *weda kutran*, o en enfermedades mágico religiosas, y en *re kutran*, o enfermedades naturales; también podemos distinguir entre *fütra kutran* enfermedades grandes y *pichi kutran* o enfermedades pequeñas, entre otras. (Oyarce, Ñanco, Ibacache. 1992)

comunidad, a la naturaleza o a otra persona viene el mal, la enfermedad, la desdicha....para recuperar la salud se debe hacer una negociación de la enfermedad y eso lo hace el machi... ”²².

El agente médico mapuche que ha sobrevivido con mayor fuerza ante las amenazas de desintegración pero que a la vez a sufrido mayores modificaciones desde el siglo XVI ha sido la/el *machi*, destacándose la preponderancia que ha adquirido esta figura con respecto a otros especialistas encargados de diagnosticar, tratar y curar las enfermedades, los que paulatinamente han ido desapareciendo; el segundo de estos cambios radica en el hecho que el rol de la/el machi ha sido asumido cada vez más por mujeres.

Esta figura intermediaria entre el mundo terrenal y el espiritual, son llamadas a ejercer su rol mediante una combinación de experiencias en las cuales debe atravesar una serie de transformaciones, tanto físicas como espirituales, que la preparan para recibir al *fileu* o espíritu que posteriormente ocupará su cuerpo como medio para restablecer el equilibrio y armonía de sus enfermos, lo anterior se refleja en una serie de enfermedades que vivencia antes de consumir su rol. Su rol está constituido culturalmente como propiciador de los espíritus ancestrales, conocedor de la técnica del trance y del lenguaje ritual de las hierbas medicinales, combatiente de las fuerzas del mal y por ende de la enfermedad, conocedor de los códigos sagrados y normas que salvaguardan el bienestar de la comunidad en su totalidad (Bacigalupo, 1993: 12).

El proceso de recuperación de la salud guiada por la/el *machi* depende en primera instancia de la voluntad divina, para lo cual apela a las deidades por la recuperación del enfermo. A través de sus oraciones y ceremonias no ataca directamente el síntoma sino la causa de la enfermedad, para lo cual requiere de mucha energía y fuerza para que el espíritu que desequilibró a la persona la deje libre, así entra en un estado de trance para que el *fileu* realice el acuerdo con los espíritus perturbadores y encuentre el remedio y procedimiento exacto para restablecer el bienestar del enfermo. El cumplimiento de todas las normas establecidas para la realización de estas

²² Extracto de la exposición sobre Sistema Médico Mapuche realizada en el marco del Curso de Perfeccionamiento “Salud y Relaciones Interculturales: Curso de Formación para Facilitadores y Asesores Culturales Mapuche”. Organizado por el Centro Interdisciplinario de Estudios de Género de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, Programa de Salud y Pueblos Indígenas del Servicio de Salud Occidente y CONADI. Noviembre 2005.

ceremonias de sanación y la conducta adecuada de parte del *zungun machife* o ayudante del/la *machi*, el cual lo/la apoya en sus labores e interpreta cuando se encuentra en trance o *keymi*, actuando como intermediario entre el *newen* (fuerza, poder) de el/la *machi* y su comunidad, garantizan la efectividad de las mismas. (Quidel, 2005. *Op.cit*)

Actualmente también existiría una variación del rol de *machi* de acuerdo a factores como: el tipo de llamamiento, la ubicación geográfica o su nivel de “adaptación” frente a las prácticas médicas predominantes en la sociedad chilena (Bacigalupo, *Op.cit*: 16). Es así como en la actualidad es posible encontrar *machis* en comunidades, atendiendo en poblaciones urbanas, en *rukas* instaladas colindantes a algún servicio de salud o directamente en un box de atención médica de algún consultorio o detrás de un mostrador de la farmacia *Makewe Lawen*. Distintas formas, unas más tradicionales que otras, unas menos violentas que otras en que se ha mantenido la medicina mapuche. Nos hablan de lo dinámico de este sistema médico, pero también nos remite a procesos de asimilación cultural, de aculturación e incluso de supervivencia que han perjudicado la práctica tradicional. Un ejemplo de esto es el excesivo encarecimiento del costo de atención de *machi* dentro de las comunidades mapuches lo que ha llevado a la “elitización” de su acceso. Esta situación ha acarreado a las poblaciones mapuches a acceder “obligadamente” a la medicina estatal subsidiaria²³, como única opción.

Las conceptualizaciones realizadas hasta el momento nos permiten entender que las bases conceptuales de los modelos médicos mapuche y occidental no son compartidas sino que se apoyan en cosmovisiones y valores culturales profundamente distintos y hasta incompatibles lógicamente y culturalmente. Citarella expone esta realidad a través del siguiente cuadro.

Cuadro N° 3. Cuadro comparativo entre Modelo Médico Mapuche y Occidental.

²³ Profundizaremos en esta materia más adelante, ligada a las políticas de interculturalidad en salud desarrolladas al amparo del sistema de salud estatal actual.

	MODELO MAPUCHE	MODELO OCCIDENTAL
1. Realidad	Natural y sobrenatural, en un todo.	Natural
2. Conocimiento de la realidad	Conocimiento mágico y empírico-racional y no racional.	Conocimiento empírico-racional
3. Lógicas	Lógica causal, no probabilística.	Lógica causal y probabilística
4. Cuerpo humano	Ente integral, parte de una realidad que es un todo.	Ente natural biofisiológico, físico
5. Entes de la realidad	Entes naturales y no “naturales”.	Entes naturales
6. Realidad (niveles, mundos)	Distintos niveles (sólo para el análisis)	Una realidad, un nivel
7. Cuerpo humano y muerte	Su muerte es natural sólo en ciertas circunstancias	Su muerte es natural
9. Concepción, etiológica.	Base moral, sociocultural	Base empírica, racional

Fuente: (Citarella, *Op.cit.*, et.al: 527)

Desde una perspectiva de estudio o análisis formal, podríamos decir que el sistema médico mapuche y el biomédico se presentan como excluyentes y en muchos casos antagónicos. Sin embargo, en la realidad ambos sistemas por supervivencia el mapuche más que el biomédico, han incorporado formas u aspectos del otro. La población recurre a ellos en forma simultánea y también alternada, generándose una situación de profunda interpelación y contacto, donde se dan relaciones contradictorias, de complementación y de conflicto. Estas últimas caracterizan el contacto interétnico en nuestro país desde la invasión española.

Hoy para muchos los conceptos de **interculturalidad** o **interculturalidad en salud** no son más que la denominación en un lenguaje posmoderno y globalizado de esas históricas relaciones interétnicas y sus respectivos sistemas médicos. Mientras que para otros, un intento por generar diálogos horizontales, amables y complementarios.

IV.3 INTERCULTURALIDAD E INTERCULTURALIDAD EN SALUD.

IV.3.1 Del Multiculturalismo a la Interculturalidad... ¿o viceversa?

Para remitirse al concepto de interculturalidad es necesario profundizar primeramente en el de multiculturalismo²⁴. Ahora bien, ¿Por qué el multiculturalismo se convierte en un tema tan importante en este contexto? Esta pregunta es pertinente si se parte de una perspectiva histórica, desde la cual es posible comprender que el multiculturalismo no es un hecho social específico de la modernidad ya que la convivencia de grupos culturales diversos en un mismo espacio social (que deviene en relaciones interculturales) es un hecho histórico recurrente, por lo que sería la condición normal de toda sociedad humana.

El debate en torno al multiculturalismo entendido como parte de la filosofía anti-asimilacionista del pluralismo cultural que surge como un modelo de política pública y como una filosofía o pensamiento social de reacción frente a la uniformización cultural en tiempos de globalización neoliberal, es y ha sido complejo debido a sus implicaciones teóricas, éticas y políticas. Para situar adecuadamente esta problemática es necesario distinguir entre el multiculturalismo como una noción descriptiva y el multiculturalismo como un concepto normativo, se trata de distinguir el plano de los hechos o de las situaciones reales del de las propuestas o acciones.

En el primer caso, el multiculturalismo es entendido como una manifestación de la diversidad y del pluralismo cultural, que constituye una **realidad** en nuestro país al igual que en la gran mayoría de las naciones del mundo en donde coexisten distintos grupos étnicos y/o culturales en un mismo territorio. No obstante, la existencia de una determinada realidad no constituye necesariamente acciones concretas para su desarrollo o proyecto político específico. En este debate, la posmodernidad postula la institucionalización de la diversidad como el núcleo de identidad moral de las sociedades modernas. Estas teorías aspiran a redefinir la ciudadanía a partir de la

²⁴ Entenderemos este concepto desde la posición de Will Kymlicka en su libro Ciudadanía Multicultural (1996), quien se centra estrictamente en un multiculturalismo derivado de las diferencias étnicas (grupos étnicos y minorías nacionales), dejando de lado las corrientes que emplean este término de manera más amplia incluyendo un conjunto de identidades culturales no étnicas (minorías sexuales, mujeres, entre otros).

expansión y/o redescubrimiento de las identidades culturales; se enfatiza la idea de que el universalismo moderno es abstracto y colonizador y por ello imperialista. Por el contrario, desde la modernidad se aboga por el universalismo y el cosmopolitismo como alternativa a los conflictos e incompatibilidades que puedan suscitar la exaltación de la diversidad cultural. De esta forma analiza el multiculturalismo como un fenómeno social característico de las actuales sociedades pero no cree que como principio normativo sea el modelo social más aceptable éticamente si se considera a la diferencia como el supremo bien moral.

Dentro de esta última postura podemos ubicar a nuestro país, en específico cuando hacemos referencia a los pueblos originarios. Históricamente mediante la implementación de políticas públicas de construcción nacional el Estado chileno ha edificado la identidad nacional a costa de las identidades étnicas aplicando constantes prácticas aculturativas, quedando así en evidencia la molestia por la “diferencia”. A pesar que hoy se “reconoce” la existencia de identidades étnicas diversas su proyecto político aún no es del todo normativo en torno a esta “realidad”, ya que la aceptación de ésta responde en la mayoría de los casos a la transformación de las relaciones de poder político-económicas entre el Estado y los grupos culturales históricamente excluidos, situación que todavía no presenciamos. En esta misma línea, Citarella plantea:

“...hay que reconocer que las sociedades latinoamericanas y la chilena, siguen siendo aún sociedades fuertemente verticalizadas y jerarquizadas. En este contexto los sectores indígenas de la población representan aún el último peldaño de la sociedad nacional, sin que los avances ideológicos registrados en la última década (en relación al derecho de existencia de los pueblos indígenas) hayan logrado cambiar en forma sustancial su histórica condición de marginalidad y dominación” (1995: 538).

Ante lo evidente de esta realidad una de las vías que el Estado chileno ha perseguido para enfrentar lo que demandan los *retos del multiculturalismo*²⁵, junto con crear marcos normativos en torno a los pueblos originarios donde el mayor referente lo

²⁵ Concepto que nace en el marco de los procesos de globalización, de la intensificación de los tránsitos migratorios y del debilitamiento del monopolio identitario y homogenizador del Estado-nación en que se produce un auge de las luchas políticas por el reconocimiento cultural. Diversos grupos: indígenas, inmigrantes, minorías sexuales; etc. afirman su diferencia, exigen el reconocimiento público de la propia identidad y demandan derechos diferenciados que les permitan insertarse en condiciones igualitarias a la sociedad.

constituye la Ley Indígena²⁶, es la generación en ciertos ámbitos de desarrollo como la educación y la salud, de marcos legales y políticos de interculturalidad respectivamente. Las razones de la implementación de medidas interculturales por los gobiernos de la Concertación de Partidos por la Democracia una vez restituida ésta última poseen estrecha relación con el momento histórico nacional, continental y mundial en el que éstas se han ido gestando.

En relación al contexto más amplio, el fenómeno de la globalización que alude a *"los procesos en virtud de los cuales los Estados nacionales soberanos se entremezclan e imbrican mediante actores transnacionales y sus respectivas probabilidades de poder, orientaciones, identidades y entramados varios"* (Beck, 1998: 29) y que denota una pluridimensionalidad al afectar al plano político, económico, comunicacional, social y cultural, ha sido responsable en gran medida del actual debilitamiento del Estado nación principalmente en torno a su soberanía política y económica así como de su carácter cultural. Debilitamiento que ha traído consigo un cambio en las formas de integración social y cultural que se manifiestan en altos grados de exclusión y diferenciación de los grupos "minoritarios" en relación a la sociedad dominante.

Desde esta perspectiva, la tendiente homogeneización cultural que nos impone la globalización, trae consigo como fenómeno de resistencia del mismo proceso, la reivindicación de los derechos etnoidentitarios de los grupos culturalmente diferenciados en relación al resto de la población. Como nos indicaría Foucault: *"donde hay poder hay resistencia"* (1966: 55). En muchos casos, la aceptación de estas *resistencias* o reivindicaciones produjo de manera paulatina la transformación del Estado nación monocultural en un Estado multicultural. La conjunción de la **emergencia** e influencia de estas identidades étnicas o culturales excluidas (contexto interno) y el fenómeno de la **globalización** (ámbito externo), constituye una transformación paradigmática imposible de obviar para esclarecer nuestros propósitos.

²⁶ Antes de 1993 año en que se promulga la Ley Indígena (Ley 19.253), la tendencia del Estado ha sido el desconocimiento de la existencia de los pueblos originarios, a los cuales ha sometido a su legalidad sin reconocer sus especificidades culturales, situación que se intensifica en el período de la dictadura militar cuando la legislación apunta a la enajenación de las comunidades y al desconocimiento de la diversidad étnica dentro del territorio nacional.

Ahora bien, ¿De qué forma ha influido este cambio en el contexto latinoamericano y especialmente en Chile?. En palabras de José Bengoa:

“junto con el llamado ingreso de América Latina a la modernidad y a los procesos globales, han estallado las más antiguas identidades que se remontan al tiempo precolombino...es el surgimiento de nuevas identidades... Son apuestas a una combinación de discursos recuperados de las más diversas culturas que componen la actual modernidad” (2000: 336).

“al proponer una sociedad multiétnica y multicultural los indígenas no solo han cuestionado su propia situación de pobreza y marginalidad, sino que han cuestionado también las relaciones de dominación de la sociedad latinoamericana basada en la discriminación racial, la intolerancia étnica y la dominación de una cultura sobre las otras. Los indígenas han cuestionado las bases del Estado republicano latinoamericano, construido sobre la idea de “un solo pueblo, una sola nación, un Estado” (Ibíd.: 339).

De esta forma, en tanto la gran mayoría de los países latinoamericanos han respondido positivamente al desafío de la construcción de un Estado multiétnico y han modificado sus constituciones en pos del reconocimiento de la diversidad étnica y cultural, en concordancia con el Convenio 169 de la OIT²⁷, la realidad del Estado chileno dista significativamente de ésta. Ya que mientras muchos de estos Estados discuten sobre el mayor o menor alcance de la autonomía indígena o sobre la concreción de nuevos instrumentos que superen las limitaciones del citado convenio de la OIT, Chile aún no ratifica éste ni ha logrado generar los instrumentos jurídicos y políticos apropiados para un reconocimiento constitucional efectivo de sus pueblos originarios.

De esta forma, mientras la retórica estatal multiculturalista de aceptación del “otro” no constituya aún una realidad, ya que opera “...una visión de la nación como nación-pueblo, como una comunidad natural, cuyos vínculos no son problemáticos, sino

²⁷ Convenio sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, con fecha 1989 y entrada en vigencia en 1991. Constituye hasta ahora el único tratado internacional sobre derechos humanos indígenas que lo hace vinculatorio con los países que lo ratifican. Se utiliza el termino “pueblo” en relación a los grupos indígenas que poseen “identidad y organización propia”. Sin embargo, un apartado específico deja sin posibilidad su derecho a la libre determinación, especificando que la terminología “pueblo” no deberá “interpretarse en el sentido que tenga implicación alguna en lo que atañe en los derechos que puedan conferirse al dicho término en el Derecho Internacional”. Información disponible en línea en: <http://www.ilo.org/ilolex/spanish/convdisp2.htm>.

que están dados y definidos” (Foerster y Vergara. 2000) resulta complejo comprender políticas de interculturalidad en donde una de las partes aún no es reconocida del todo. No obstante, estas políticas han sido para los gobiernos concertacionistas una de las maneras más “prácticas” de responder al llamado de determinados organismos multinacionales (ONU, OEA, OMS, entre otros) de avanzar en las condiciones individuales y colectivas de los pueblos originarios y saldar la deuda histórica que el Estado posee con éstos a través de la aceptación de determinadas demandas indígenas.

Para el caso mapuche Foerster y Vergara plantean que:

“...las reivindicaciones mapuches, como una forma de lucha por el reconocimiento, han tenido históricamente dos grandes dimensiones: campesina (demandas por créditos agrícolas, mejoramiento de infraestructura, etc.) y étnica (demandas por el respeto a la identidad mapuche, educación intercultural bilingüe y discriminación legal positiva, entre otras)”²⁸.

Ahora bien ¿Qué entenderemos por Interculturalidad? Este concepto sea como discurso o como praxis se haya intrínsecamente ligado al de multiculturalismo. Mientras éste último visibiliza y pone de manifiesto la diversidad cultural, la interculturalidad (en términos ideales) va más allá al fomentar la construcción de diálogos igualitarios en pos del entendimiento entre particularidades diferenciadas. Es común escuchar que el punto de partida para el desarrollo de una política intercultural es la aceptación del carácter multicultural de la nación, carácter que sigue siendo interpretado por muchos como una amenaza a la integridad de la unidad nacional.

Los primeros ecos de interculturalidad los podemos encontrar en el contexto de la creación de políticas internacionales destinadas a enfrentar los retos del multiculturalismo, a través del discurso de la Organización de Naciones Unidas específicamente relacionado a las luchas de los excluidos por el reconocimiento de sus identidades y derechos. Para Fidel Tubino (2004), el discurso de la interculturalidad en América Latina surge como parte de la agenda de los movimientos indígenas,

²⁸ Los autores plantean que en los últimos años se ha sumado una nueva dimensión que incorpora las dos reivindicaciones históricas pero que les da un importante giro; la reivindicación etnonacional o la demanda por el reconocimiento como pueblo – nación.

constituidos como identidades de resistencias frente a los fracasos de la Modernidad. Así mismo, plantea:

“la Interculturalidad como oferta ético – política es resistencia a la modernización occidentalizadora y al mismo tiempo proyecto de radicalización de la democracia...como identidad de resistencia fomenta la revalorización de las identidades despreciadas pero sin promover su encapsulamiento en un pasado idealizado...como proyecto una manera de superar en democracia, la violencia simbólica estructurada en el imaginario social” (En: Castro, 2004:92).

Esta definición se ajusta en gran medida a los mecanismos de interculturalidad estructural que “propone” el Estado chileno, en cuanto a la revalidación cultural de las identidades indígenas, especialmente mapuche, fomentando la superación de la injusticia cultural dentro que un marco de reconocimiento “en la medida de lo posible”. Sin embargo existe otra violencia, la que no es únicamente simbólica; nos referimos a la situación de marginalidad política, social y económica en que se encuentran los pueblos originarios y que aún no ha podido ser superada. Ésta constituye un freno a las expectativas de desarrollo de una interculturalidad ideal, que propugna el diálogo y el encuentro entre culturas diferenciadas en situaciones de igualdad y simetría.

En esta misma línea, Milka Castro plantea que la *“interculturalidad necesariamente retrotrae a las relaciones coloniales y con ellos a la posibilidad de instalar la acción de los pueblos indígenas como lucha política por una reparación que contenga además del reconocimiento legal, transformaciones estructurales en las relaciones de exclusión”* (Ibid.: 131). De esta forma propone abordar la interculturalidad como un nuevo proyecto que reúna políticas culturales de reconocimiento con políticas sociales de redistribución, es decir la cultura con la economía.

Para Sonia Montecino, la interculturalidad estatista chilena se encuentra lejos de su versión ideal, en la medida en que se ha enfocado únicamente en la entrega de beneficios económicos y culturales, aplicación de discriminación positiva y fomento de prácticas indígenas tradicionales: *“esto no es una relación intercultural, en una relación ambos aportan aquí solo uno lo hace, es una forma de dejarlos tranquilos y que no*

metan bulla”²⁹ (2005). Cuestionamientos como estos resultan más fáciles de comprender si los situamos en un campo específico, como el de la salud, terreno que nos convoca.

IV.3.2 Interculturalidad en Salud...

El hablar de interculturalidad en salud promovida por el Estado nos remite necesariamente a la problemática de la salud en su totalidad. Sin lugar a dudas es una de las mayores preocupaciones en toda sociedad actual y constituye una problemática especial en contextos pluriétnicos. Como consecuencia por un parte, de la situación de abandono y falta de acceso a los servicios públicos de salud y por otra, de la imposición de un sistema de salud hegemónico muchas veces antagónico en relación a los sistemas médicos indígenas.

En Chile a diferencia de lo que sucede en el ámbito de la educación donde la Ley Indígena abre las puertas al establecimiento de un Sistema Nacional de Educación Intercultural Bilingüe, en materia de salud no existe ningún marco jurídico legal para el desarrollo de una interculturalidad en esta área. No obstante, el sistema de salud estatal actual que se constituye como tal durante la década de los ochenta con un importante influjo del sector privado de servicios médicos ha mantenido el papel subsidiario adquirido durante la dictadura militar, proponiéndose reconocer los derechos de los pueblos indígenas respecto de su valor en lo cultural y saber en salud.

Las primeras iniciativas del Estado chileno en relación a la situación de salud de los pueblos originarios se enmarcan dentro de la suscripción de acuerdos y convenios con diferentes organismos multinacionales³⁰, con la idea general de avanzar desde los Ministerios de Salud en la generación de estrategias nacionales en esta materia. Esta idea se materializa en el año 1996 con la creación en una primera instancia del Programa Especial de Salud y Pueblos indígenas (P.E.S.P.I), destinado a la organización y

²⁹ Extracto de la exposición sobre Interculturalidad y Patrimonio realizada en el marco del Curso de Perfeccionamiento “Salud y Relaciones Interculturales: Curso de Formación para Facilitadores y Asesores Culturales Mapuche”. Organizado por el Centro Interdisciplinario de Estudios de Género de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, Programa de Salud y Pueblos Indígenas del Servicio de Salud Occidente y CONADI. Noviembre 2005.

³⁰ - Resolución V OPS/OMS “Salud de los Pueblos Indígenas en las Américas”. - Designación del decenio internacional de las poblaciones indígenas del mundo 1995 – 2004 (resolución ONU 48/163 de 1993).

provisión de servicios de salud integrales y culturalmente apropiados, así como a la formulación, financiamiento e implementación de estrategias y actividades que aporten a la disminución de las brechas sanitarias en materia de acceso, calidad y efectividad para los pueblos originarios.

En el año 2000 se concreta la creación de la Unidad de Salud y Pueblos Indígenas, unidad específica de desarrollo del Ministerio de Salud. En el año 2003 el Ministerio de Salud inmerso en un proceso de Reforma en esta área, publica la **Política de Salud y Pueblos Indígenas**³¹ (MINSAL, 2003) documento que intenta entregar un marco político específico en esta materia y que apunta a la **Equidad** en salud para los pueblos originarios, a la **Participación** de éstos en la toma de decisiones en esta materia y a la **Interculturalidad** como proceso de cambio cultural que contribuiría al reconocimiento de la diversidad de modelos médicos de la población indígena, entre sus principios fundamentales.

La Política de Salud y Pueblos Indígenas invita a entender la Interculturalidad en Salud a través de los siguientes elementos:

- *“Integralidad en el concepto de salud – enfermedad.*
- *Sistema de salud incluyente, abierto, que reconoce, respeta y aplica concepciones y prácticas de salud de otras culturas. Visión holística.*
- *Oferta de servicio regular, equitativo y con pertinencia cultural*
- *Personal de salud calificado y sensible a las necesidades de salud de la población. La capacitación aborda sistemáticamente la diversidad y problemática local en materia de salud.*
- *Complementariedad entre sistemas médicos oficial e indígena”.* (2003: 20).

Los elementos que fundan esta política en materia de salud intercultural constituyen buenas intenciones al atender a ciertas demandas indígenas en esta área, lo cual ha implicado de parte del Estado una importante toma de conciencia que denota una tendencia hacia un pluralismo cultural en materia de salud. Cuestión que ha llevado a establecer así como en otros países latinoamericanos, por diversas razones históricas,

³¹ Ministerio de Salud. Política de Salud y Pueblos Indígenas. Documento del Gobierno de Chile. División de Rectoría y Regulación Sanitaria. Enero 2003.

sociopolíticas y epidemiológicas un **Modelo de Atención con Enfoque Intercultural**³². Este modelo se presenta como un desafío y un proceso en desarrollo que se basa principalmente en:

- Un cambio del paradigma de atención desde el enfoque bio-médico a uno más integrador, que incorpore la adecuación de los servicios de salud a las características culturales de sus usuarios.
- Al reconocimiento de la medicina tradicional indígena y a una complementariedad entre el sistema médico oficial y el indígena, como un proceso de acercamiento entre mundos culturales diversos, procurando así una **interculturalidad en salud**.

Al analizar la Interculturalidad en Salud que se trabaja desde la institucionalidad de Estado y dada las condiciones actuales es pertinente plantear que lo que hoy día se intenta hacer es que el sistema de salud oficial que tiene como gran objetivo estar centrado en el usuario, responda a ese usuario con las características culturales que éste posee. Cuestión que ha significado reconocer (aún no legalmente) la multiplicidad de sistemas médicos existente a través de prácticas como la incorporación en establecimientos de salud de oficinas de atención a usuarios indígenas, señalética bilingüe, atención de *machi* en consultorios e incorporación de programas de parto aymarará entre otras; acciones que se enmarcan dentro de lo que se denomina como pertinencia cultural, intentando generar un cambio de conciencia de los profesionales, de los responsables políticos, de la ciudadanía respecto de la diversidad cultural. Sin embargo, es imposible estar al tanto si esta idea corresponde a una intención culturalista basada en una idea amplia de diversidad cultural o a una cultura jurídica en que la salud, en tanto derecho universal consagrado en la Constitución Política de la República, debe ser garantizado a todos los ciudadanos sin distinciones de ningún tipo.

Por otro lado, la posibilidad de interculturalidad en salud vista como relación armónica y simétrica entre sistemas médicos distintos procurando su complementariedad y generando un nuevo conocimiento (*we kumun*), aunque resulta difícil a sido posible en

³² En: Política de Salud y Pueblos Indígenas. Gobierno de Chile, Enero 2003: 22- 23.

la experiencia del Hospital Makewe³³ en la IX región del país, en donde se realizan acciones de salud con un *enfoque integral* complementando la medicina mapuche con la oficial.

Enfocándose específicamente en la problemática mapuche, para el doctor Jaime Ibacache director del hospital Makewe el enfoque integral bajo el cual se trabaja en éste y que para muchos corresponde a un enfoque intercultural, se contrapone conceptualmente a éste en la medida en que:

“la concepción de interculturalidad como crear puentes entre las culturas no es algo nuevo, a lo mejor es algo nuevo para el Estado chileno u otro Estado, a lo mejor algo nuevo para los agentes de salud, pero para nada es algo nuevo en la historia del pueblo mapuche que siempre tiene puentes...la intermediación tampoco es nueva, es una cosa que siempre ha existido, salvo que hoy día se reconoce y se va a implementar como modelo dominante...la interculturalidad es un tema mas bien que le interesa más al Estado de cómo poder hacer que los pueblos originarios se comporten como el Estado quiere” (1999:101 - 102).

En esta misma línea Víctor Alonqueo, subdirector nacional de la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI) en el marco del tercer encuentro de salud y pueblos indígenas (1999: 54) expuso: *“aquí tenemos la idea clara que la salud intercultural es otro motivo de la salud dominante para incorporar mejor al mapuche, lo que se ha producido desde que están los españoles acá. Entonces ¿Qué se entiende por interculturalidad? ¿Es solamente para aportar a la política de salud del gobierno?”*

Cuestionamientos como estos han sido parte importante de todo el proceso de construcción e implementación de los lineamientos teóricos y prácticos del proyecto de salud intercultural promovido por el Estado. Para Guillaume Boccara, en el proyecto de salud intercultural estatal es posible advertir que la temática de la salud se define como un espacio aislado del resto de los problemas que enfrenta la población mapuche de índole económico o político. *“Esta versión despolitizada y «aséptica» de la salud”* entra en contradicción con los resultados arrojados por distintos estudios etnográficos que demuestran que los mapuches conciben la salud como un hecho social global, vinculado

³³ Para interiorizarse sobre el Hospital Makewe remitirse a: Modelo de Atención de Salud Integral. Dr. Jaime Ibacache Burgos. Disponible en línea en: <http://www.xs4all.nl/~rehue/art/iba2.html>

a lo que llaman la buena vida (*küime mongen*) a la autodeterminación o al autogobierno (*kisu ngünewael*). (2006: 06).

Por otro lado, Boccara advierte que la salud intercultural en tanto que modelo de atención opera como un nuevo dispositivo de etnificación³⁴, en la medida en que el Estado genera a través de la ejecución de programas de etnodesarrollo y “*a través de la adopción de la retórica culturalizante y multicultural neoliberal global*”, efectos de especialización y clasificación en esta materia. (*Ibid.*: 29).

Tanto las conceptualizaciones como los cuestionamientos anteriores acerca de las definiciones, intenciones o modos de vivenciar la interculturalidad en salud, son posibles de desentrañar en la medida en que los contextualizamos dentro de una experiencia de salud intercultural específica, que en el caso de esta investigación es de carácter urbana. Esta condición nos posiciona ante un escenario sociocultural particular, determinado por el proceso de migración de la población mapuche rural a la ciudad que trae consigo una multiplicidad de consecuencias culturales, económicas, identitarias y epidemiológicas. Esta última determinada por el ostensible debilitamiento de la relación del hombre (*che*) con la naturaleza (*re*) y con su comunidad, lo que genera nuevas problemáticas en salud, dando paso a una nueva área de desarrollo en esta área, la salud intercultural en la ciudad o urbana.

En este contexto, las relaciones históricamente interculturales que han sostenido los mapuches en la ciudad en el ámbito de la salud, hoy en día se materializan en experiencias concretas. Dar cuenta de este contexto, con el fin de poder entender el rol del facilitador intercultural como “puente” entre sistemas médicos diferentes dentro de una experiencia de salud urbana específica, constituye el próximo paso.

³⁴ Según Beltrán en: Varas, José (*op. cit.*:10) “*la etnificación subraya más bien la idea de una formación externa o por agentes externos, que etnifican algo, como instituciones, aparatos, fuerzas, leyes, entre otras, que generan aspectos étnicos, es decir, los contextos más globales o generales*”.

IV.4 URBE, SALUD E IDENTIDAD.

Ta ñi kuifike cheyem chaychimu ñi kümeke chengefuehmu, ñi niefuehmu kümeke rakiduam fachiantü ta
utralepaymün tüfachi kurantu lofmew, küme kudaulepaymün.
Fachi antümew feley mün küme rakiduamleael, ta mün wall nütuael kümeke dungu, küñe küme lif
piukemu lonkotukuaymün fill kake kimün.

Nuestros antecesores tradicionales, de comunicación eminentemente oral mantenían sus valores humanos inquebrantables de ser seres sociables, prudentes, de buen pensamiento; la generación de ese noble pasado está hoy aquí de pie en esta ciudad de cemento luchando por un mejor bienestar, dispuestos a seguir reivindicando el sentir del pueblo, rememorando aquel pasado para seguir construyendo con nuevos saberes. Con el reconocimiento de nuestros sabios ancestros que por su integridad y generosidad, sabiamente integrados a un orden dado desde el origen del mundo.

Ernesto Hueicha.
Consejo Mapuche Pudahuel.

Si bien la presencia indígena urbana en Chile no es un fenómeno reciente ésta se mantuvo ignorada por largo tiempo, al sustentarse en la idea que “la comunidad” es el único espacio de permanencia y reproducción de la identidad indígena y quien habita en ella: el único vector de esa identidad³⁵. Sin embargo, durante la década del noventa y atendiendo a los resultados del Censo de Población y Vivienda de 1992 el cual arrojaba que cerca de un 80% de la población indígena del país se concentraba en zonas urbanas, se comienza a replantear esta idea al cuestionarse la distribución geográfica de la población indígena y especialmente mapuche, ligada históricamente casi en forma exclusiva a la región de la Araucanía, y al mundo rural. De esta forma, el mapuche urbano al “visibilizarse” comienza a ser objeto de interés investigativo para científicos sociales³⁶ y se va introduciendo en el ámbito de las preocupaciones políticas y de los programas indigenistas desarrollados por el Estado.

En la actualidad, la Región Metropolitana concentra el 30, 3% del total de la población mapuche del país, esta altísima concentración sería el resultado de constantes oleadas migratorias de dicha población a los principales centros urbanos del país, proceso que se inicia en la década del treinta debido a la reducción de los territorios

³⁵ Como referencia sobre el tema revisar los trabajos de José Marimán (1990): Cuestión Mapuche, Descentralización del Estado y Autonomía Regional y de Teresa Durán (1986): Identidad Mapuche, un problema de vida y de concepto.

³⁶ Con excepción de los trabajos de Carlos Munizaga en la década de los sesenta, no fue hasta los años noventa o fines de los ochenta cuando se inician las investigaciones sobre este tema, destacándose los trabajos de Marimán (1990); Foerster (1889); Montecino (1990); Kilaleo (1992), entre otros.

indígenas, la usurpación, la falta de programas de desarrollo rural e indígena, las políticas asimilacionistas e integracionistas impulsadas por el Estado de Chile, sumado a un contexto de crisis de la agricultura tradicional en el proceso de desplome de la vida rural (tanto mapuche como no mapuche) en el modelo de modernización implementado en el país. Este proceso migratorio o éxodo rural se ha agudizado en los últimos treinta años como resultado de las políticas de libre mercado, de integración comercial y del ingreso de megaproyectos forestales, turísticos e hidroeléctricos en territorios mapuche, lafquenche, pehuenche y huilliche. (Varas, 2005: 6).

Para José Bengoa la situación indígena actual en Chile al igual que en la mayoría de las urbes de Latinoamérica, es de un creciente movimiento de ida y vuelta entre la ciudad y el campo. Situación ante lo cual plantea que:

“los dirigentes indígenas contemporáneos son tan urbanos como rurales. Su fuerza reside justamente en su capacidad de establecer puentes entre ambos mundos. El discurso que se ha levantado en los últimos años es urbano-rural. Está situado en las comunidades, pero ha pasado por la reelaboración de los debates urbanos de las nuevas generaciones que han cursado estudios en el sistema educacional formal...” (2000: 353).

Estas “nuevas generaciones” constituirían parte del universo mapuche que existe en la ciudad y en el que Kilaleo (1992) reconoce la existencia de tres componentes del mapuche urbano³⁷ o también llamados *warriache*:

- **Migrantes:** son aquellos que proceden de la comunidad rural. Conservan, normalmente, el idioma y las tradiciones. Están decididos a quedarse en la ciudad.
- **Residentes:** proceden mayoritariamente de las comunidades como migrantes temporales o de otras zonas rurales que no son comunidades mapuches. Conservan en muchos casos la cultura y permanentemente consideran el retorno a la comunidad.
- **Descendientes:** son nacidos en la ciudad, hijos o nietos de migrantes, generalmente desconocen la cultura.

³⁷ A pesar de las diferenciaciones entre uno u otro, Kilaleo reconoce que todos ellos sin excepción, ya siendo activos defensores o completos desinteresados de su pueblo, sabrían que *“son mapuches distintos a los chilenos”*. (1992: 11).

Desde otra perspectiva, Valdés (2000) cuestiona y critica la categorización misma de *mapuche urbano* desde distintos ámbitos, no obstante la más relevante para nuestro análisis posee relación con que la identidad mapuche se estructura a partir de la memoria histórica del pueblo, lo cual supondría una reivindicación de las formas culturales, los modos de relación social y de producción simbólicas distinta de la *winka*. De esta forma, el admitir la existencia de la condición de mapuche urbano en tanto sujeto, implicaría aceptar “*el nacimiento de un nuevo tipo de memoria histórica formulada con arreglo a la nueva coyuntura de tipo urbano de carácter modernizador que, dada esta dicotomía urbano/rural se contraponen a la anterior*”.

En esta misma línea, José Marimán (1990) plantea que el proceso de migración del mapuche a la ciudad, ya sea éste involuntario o no, deviene en la mayoría de los casos en una ocultación de su identidad étnica producto de la discriminación, lo que produciría una pérdida de la identidad y una asimilación con el resto de la población urbana en un contexto de precariedad económica. Desde esta perspectiva, “*La ciudad no ofrece un espacio para el desarrollo de la cultura Mapuche*”.

Ante la tesis de la imposibilidad del desarrollo de la cultura mapuche en la urbe, Kilaleo asume una postura contraria, al plantear que ésta sí es posible resistiendo y apropiándose de elementos que no poseía la cultura tradicional; advierte que la cultura mapuche urbana no existe como realidad independiente sino que se haya intrínsecamente ligada a la cultura mapuche tradicional de las comunidades y es producto de ella, pero con una dinámica propia (Kilaleo, *op. cit.*). Para Aravena (1995) también es posible recrear y reproducir la cultura indígena en el medio urbano, llevando a cabo una reelaboración cultural fuera del ámbito de la comunidad rural.

No obstante una o otra postura, es importante manifestar que cada día son más comunes especialmente dentro de la Región Metropolitana ceremonias como *we tripantu* (año nuevo) o *nguillatun* (rogativa comunitaria), así como la elaboración de espacios ceremoniales como los *rewe* (árbol ceremonial) de machi y la socialización cultural de la mano de innumerables organizaciones mapuches urbanas. Resulta adecuado sostener que en el ámbito urbano se generan dinámicas culturales tradicionales como también propias de éste.

Por otro lado, junto a la situación de pobreza y marginación socioeconómica en que se encuentran los mapuche en la ciudad en relación a la sociedad occidental dominante, éstos deben enfrentar los conflictos del hecho mismo de migrar (duelo del migrante, des-adaptación) así como las diferencias culturales que se manifiestan en la mayoría de los casos en discriminación. Igualmente, la falta de especialización seguida de una sobre explotación laboral ligada a subempleos como: jornaleros de la construcción, trabajadoras de casas particulares, temporeros/as, auxiliares, entre otros (Varas, *op. cit.*).

Asimismo y como se ha planteado anteriormente, el proceso de migración a la ciudad trae consigo significativas consecuencias epidemiológicas, ya que la urbanidad al despojar al mapuche de los fundamentos de su cultura: la relación con la tierra (*mapu*), genera nuevas problemáticas en salud. Estas han sido satisfechas tanto por los especialistas médicos mapuches (*machis, lawentuchefes*, entre otros) que igualmente han migrado o que se han formado en la ciudad y que ejercen su rol de manera particular, como por la acción del Estado a través de la implementación de programas de salud intercultural en el contexto urbano.

La gestión estatal en materia de salud en la Región Metropolitana se manifiesta desde el año 2000 en el Programa de Salud Intercultural³⁸. La experiencia del programa en el Servicio de Salud Metropolitano Occidente y que alberga a la comuna de Pudahuel, posee como principales ejes de acción: la Participación de las organizaciones mapuches, la Interculturalidad y la Equidad en salud. Estos ejes se concretizan a través de los siguientes objetivos:

- La socialización de la cultura y medicina mapuche en jordanas interculturales de acercamiento a la comunidad.
- Rescate y promoción de la práctica de salud de *machi* en centros de atención primaria de salud.
- Trabajo de adaptación de los modelos de atención de salud hacia un enfoque holístico con beneficio para la población mapuche.

³⁸ Este programa a diferencia de la totalidad de los programas de salud implementados por el Ministerio de Salud no posee una demanda epidemiológica específica.

Para la realización de estos objetivos, el programa de salud intercultural que se desarrolla en la comuna de Pudahuel y que funciona durante seis meses cada año, cuenta para su desarrollo con los fondos entregados por el Ministerio de Salud a través de un mecanismo de postulación de proyectos por las organizaciones mapuches que participan del programa. El proyecto anual que éstas elaboran es asesorado y aprobado por el Servicio de Salud Occidente. Una vez aprobado, la transferencia del dinero a las organizaciones se realiza mediante un convenio entre el servicio de salud respectivo y la Municipalidad de Pudahuel. La Corporación Municipal de Salud es la que recibe el capital y determina sus formas de entrega a las bases.

Un equipo mixto que opera en distintos niveles y roles, es el responsable de hacer posible el funcionamiento del programa. A nivel institucional, existe un responsable técnico del Servicio de Salud Occidente y una coordinadora en el consultorio Poniente. Por otra parte, las dos organizaciones mapuches de la comuna que actualmente participan del programa, el Consejo Mapuche de Pudahuel y *Koskulla Rayen*, aportan con alguno de sus miembros para que desarrollen dos tipos de roles: coordinador y facilitador intercultural.

III. MARCO METODOLÓGICO.

III.1 IDENTIFICACIÓN DE LA ORIENTACIÓN METODOLÓGICA GENERAL

El acto de investigar no constituye una actividad aislada, representa de alguna manera un modo de ver, abordar, analizar y actuar sobre la realidad, de allí que el investigador debe acompañarse de un punto de vista paradigmático que sustente sus creencias. Es por esta razón que es de suma importancia posicionarse desde una determinada perspectiva paradigmática antes de definir una orientación metodológica determinada, ya que es la perspectiva la que determina “las reglas del juego” o la manera de realizar la investigación.

La presente investigación se inscribe dentro de la perspectiva fenomenológica o interpretativa para enfrentar la búsqueda del conocimiento, entendiéndola como la comprensión de los fenómenos sociales desde la perspectiva del actor (Taylor y Bogdan, 1992). Para Max Weber, esta perspectiva procura el *versen*, la comprensión en un nivel personal de los motivos y creencias que están detrás de las acciones de la gente; de esta forma, las conductas, percepciones, motivaciones de las personas o grupos investigados se constituyen como el resultado del modo en que éstos definen el mundo, por lo que hay que aprehender el proceso de interpretación del mismo.

La metodología por excelencia del paradigma interpretativo o fenomenológico es de carácter cualitativo, por consiguiente la propuesta metodológica de esta investigación corresponde a este orden, ya que ésta a diferencia de la metodología cuantitativa recoge datos descriptivos, palabras y conductas observables de las personas sometidas a la investigación. La recurrencia a lo descriptivo proporciona datos importantes sobre el mundo de los sujetos, sus actos y comportamientos cotidianos, por ello posee una base preponderantemente individual y subjetiva, sustentada en una profunda base interpretativa e ideográfica, en términos generales su tema es el estudio fenomenológico de la vida social. Así, “*La metodología cualitativa consiste en más que un conjunto de técnicas para recoger datos. Es un modo de encarar el mundo empírico*”. (Ibíd.:20).

La elección de la Metodología Cualitativa, junto con ser un acto de coherencia entre paradigma y método, corresponde efectivamente a que se presenta como la

alternativa más apropiada para llevar a cabo los objetivos propuestos a través de la realización del trabajo de campo, ya que permite rescatar de manera provechosa las acciones, percepciones y aproximaciones discursivas de los distintos actores relevantes en esta investigación. Apuntando a comprender la realidad social como fruto de un proceso histórico de construcción visto a partir de la lógica y el sentir de sus protagonistas, por ende, desde sus aspectos particulares y con una óptica interna.

Por último, es importante mencionar que la metodología cualitativa permite abordar la problemática de investigación desde una perspectiva integral. Entendiendo en este caso, la figura del facilitador intercultural como agente central de una totalidad organizada y dinámica: experiencia de salud intercultural.

III. 2 CARACTERÍSTICAS DE LA INVESTIGACIÓN: TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN.

La presente investigación se enmarca dentro de lo que se conoce como un Estudio de Caso. Definido como: “*el análisis de una situación real, que implica algún problema específico. Recoge en forma descriptiva el estado de la cuestión (...) y establece un marco de discusión y debate*” (López-Barajas, 1995:25 En: Puig). Esta definición se relaciona directamente con los propósitos definidos en esta investigación, que apuntan a lograr un entendimiento exhaustivo de la forma en que los facilitadores interculturales, se han desarrollado (problema específico) específicamente en la experiencia de salud intercultural desarrollada por la comuna de Pudahuel (situación real).

Al especificar aún más el tipo de investigación, podemos decir que ésta corresponde a un **Estudio de Caso Único e Intrínseco**, ya que tiene como propósito principal indagar en la particularidad y complejidad de un caso singular como lo es la experiencia de la comuna de Pudahuel. Al ser un caso único de análisis, no es necesariamente representativo de todo el universo de experiencias de salud intercultural que operan en un contexto urbano y por ende de la forma en que los facilitadores interculturales se desarrollan en éstos. De esta forma, dado su carácter de unicidad, el fenómeno a analizar es contextual e irrepetible y por lo tanto posee un interés intrínseco.

Igualmente corresponde a un nivel de investigación de **tipo exploratorio – descriptivo** dado que la emergencia de facilitadores interculturales urbanos es una realidad reciente y que se encuentra en pleno desarrollo, situación que hace que aún sea una realidad poco visible y por consiguiente poco investigada. De acuerdo a la descripción dada por Hernández, el estudio exploratorio “*permitirá determinar tendencias e identificar relaciones potenciales entre variables para efectuar, posteriormente investigaciones más rigurosas*”. (1998:59). Y es descriptiva en la medida en que busca penetrar hondo en la complejidad de la figura a investigar y trabajar con pocos casos para profundizar el significado de ésta. Es decir, conocer una realidad social determinada de un modo detallado aproximándose al establecimiento de relaciones entre fenómenos y características de esta realidad.

III.3 DELIMITACIÓN DEL UNIVERSO DE ESTUDIO, UNIDADES DE ANÁLISIS Y ELECCIÓN DE LA MUESTRA.

El **Universo de Estudio** está comprendido por las personas que componen la experiencia de salud intercultural y que por ende han determinado directa o indirectamente el proceso de construcción y constitución de la figura del facilitador. En dicho universo, entendido como un conjunto de personas no equivalentes ni intercambiables, diferentes y conectadas entre sí en una estructura o totalidad organizada y dinámica, existen distintos actores sociales que pertenecen y representan tanto al ámbito comunitario como al institucional y otros que se insertan en ambos, como el caso del facilitador intercultural. En cada uno de estos ámbitos se pueden evidenciar ciertos grupos de análisis, como queda de manifiesto en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 1. Descripción de ámbitos y grupos de análisis.

ÁMBITO	GRUPOS DE ANÁLISIS
COMUNITARIO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Población mapuche beneficiaria de la experiencia de salud intercultural.
INSTITUCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Equipos de salud del centro de atención primaria de salud, lugar en que desarrollan mayormente su labor los facilitadores interculturales. ➤ Directivos y encargados del Programa de Salud Intercultural a nivel ministerial, de servicio de salud y de consultorio.
COMUNITARIO – INSTITUCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Facilitadores Interculturales. ➤ Coordinadores de la experiencia de salud intercultural a nivel comunal.

Para extraer la **muestra** en cada una de los grupos de análisis identificados, se ha optado por un procedimiento **no probabilístico e intencional**, es decir, los informantes se seleccionaron siguiendo criterios preestablecidos para cada una de los grupos de análisis:

- Población mapuche usuaria de la experiencia de salud intercultural. En este caso se escogieron tanto a hombres como mujeres que asisten sistemáticamente al consultorio Poniente de Pudahuel a la atención de *machi* y que deben necesariamente entrevistarse previamente con los facilitadores interculturales y que contaban con disponibilidad para responder la entrevista.
- Equipos de salud del centro de atención primaria de salud. Para esta unidad de análisis el diseño muestral está dado por hombres y mujeres, profesionales y administrativos sin distinción de edad que se relacionan constantemente dentro de sus actividades laborales con facilitadores interculturales y que contaban con tiempo y disponibilidad para someterse a una situación de entrevista.
- Directivos y Encargados del Programa de Salud y Pueblos Indígenas a nivel ministerial, de servicio de salud y centro de atención primaria de salud. Igualmente en este caso, la unidad de análisis es equivalente a la muestra ya que son 3 personas las encargadas del Programa en cada uno de los niveles mencionados.
- Facilitadores Interculturales. La muestra está dada por el total de la unidad de análisis, que corresponde a tres mujeres que se desempeñan como facilitadoras interculturales³⁹.
- Coordinador de la experiencia de salud intercultural a nivel comunal. En este caso también existe una equivalencia entre la unidad de análisis y la muestra ya que existe un solo coordinador mapuche del programa de salud, que representa a las organizaciones mapuches que participan del programa.

La delimitación numérica de las personas elegidas como muestra, está dada por el punto de saturación de la información producida, en los casos en que la unidad de análisis no es equivalente a la muestra.

³⁹ Desde este momento hablaremos específicamente de facilitadoras interculturales.

Cuadro N° 2. Matriz identificatoria de informantes.

ÁMBITO	INFORMANTE	ROL	CÓDIGO IDENTIFICACIÓN
COMUNITARIO	León	Usuario mapuche	U.M.1
	Marihual	Usuario mapuche	U.M.2
	Caripan	Usuario mapuche	U.M.3
	Ruiz	Usuario mapuche	U.M.4
	Ñancuqueo	Usuario mapuche	U.M.5
	Micaela	Usuario mapuche	U.M.6
INSTITUCIONAL	Sáez	Encargado MINSAL	E.P.M
	Ríos	Encargado Serv. de Salud	E.P.S
	Valenzuela	Coordinador del programa	C.W.P
	Madariaga	Funcionario salud	F.C.1
	Aliaga	Funcionario salud	F.C.2
	Rodríguez	Funcionario salud	F.C.3
	Núñez	Funcionario salud	F.C.4
COMUNITARIO – INSTITUCIONAL	Huenuñan	Facilitadora Intercultural	F.I.1
	Huenchual	Facilitadora Intercultural	F.I.2
	Piutrin	Facilitadora Intercultural	F.I.3
	Llancapan.	Coordinador mapuche del programa	C.M.P

III.4 ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

III.4.1 Revisión Bibliográfica.

Los datos de segundo orden y el análisis documental, son elementos de suma importancia dentro del desarrollo de esta investigación ya que permitieron:

- Conocer los antecedentes o estado del arte de la situación nacional de la estrategia de facilitadores interculturales, cuestión que permite contextualizarse y posicionarse ante la estrategia a investigar.
- El conocimiento, análisis y posterior construcción o desarrollo de los aspectos teóricos que fundan esta investigación, lo que permite elaborar un marco teórico acorde con los objetivos del estudio.

Las fuentes de información utilizadas fueron variadas: libros, revistas especializadas, memorias de título, sitios de Internet y documentos oficiales del Ministerio de Salud, del Servicio de Salud Occidente⁴⁰ y otros organismos que han trabajado sistemáticamente la temática de salud y pueblos originarios. La revisión sistemática de estas fuentes permitió posicionarse desde una perspectiva más completa ante la problemática a investigar.

III.4.2. Trabajo de Campo.

El trabajo de campo más que la aplicación de un conjunto de técnicas para recabar información, es una situación metodológica que se constituye como un proceso en donde se entrecruzan una serie de acciones, comportamientos, acontecimientos, percepciones y motivaciones de los actores sociales a investigar y también del investigador, es la instancia máxima de acercamiento y comprensión de la problemática a investigar. Igualmente se presenta como la experiencia constitutiva de la antropología, porque distingue a la disciplina, cualifica a sus investigadores y crea un cuerpo primario de sus datos empíricos.

⁴⁰ El acceso a documentos oficiales de los organismos anteriormente mencionados, está relacionado con el trabajo realizado como alumna en práctica en el Ministerio de Salud, específicamente en la Unidad de Salud y Pueblos Indígenas durante el año 2004, instancia en que se me encomendó realizar el diseño teórico y metodológico del proyecto de evaluación de Facilitadores Interculturales a nivel nacional.

El trabajo de campo funda el acercamiento empírico con la realidad a investigar. Distintas son las instancias que han ayudado a adentrarse en esta realidad y que constituyeron parte importante de nuestro trabajo de campo, entre las que destacan las siguientes actividades:

- Taller de Difusión de Cosmología Mapuche y Programa de Salud Intercultural para Equipos de Salud. Servicio de Salud Metropolitano Occidente, 25, 26 y 27 de junio 2005.
- Jordana de Discusión de la Política de Salud y Pueblos Indígenas. 25 de julio y 16 de agosto 2005.
- Ceremonia de Nguillatun en la comuna de Pudahuel, 1 y 2 de octubre.
- Curso de Perfeccionamiento “Salud y Relaciones Interculturales: Curso de Formación para Facilitadores y Asesores Culturales Mapuche”. Organizado por el Centro Interdisciplinario de Estudios de Género de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, Programa de Salud y Pueblos Indígenas del Servicio de Salud Occidente y CONADI. 4, 11, 18, 25 de noviembre.
- Jordana de evaluación 2005 y programación de actividades para el año 2006 del Programa Salud y Pueblos Indígenas. Servicio de Salud Metropolitano Occidente.
- Ceremonia de finalización de la atención de machi, con la participación de las personas atendidas durante el año en el consultorio Poniente de Pudahuel.

Paralelamente a la participación en estas actividades que permiten un acercamiento integral y contextual de la realidad del programa en cuestión, se desarrolló un trabajo de campo más específico orientado especialmente a la experiencia de salud intercultural desplegada por la comuna de Pudahuel y a la forma en que las facilitadoras interculturales se han orientado en ésta. Éste se realizó mayoritariamente al interior del centro de atención primaria de salud y en la sede de la organización: Consejo Mapuche Pudahuel.

Es importante destacar que el trabajo de campo se efectuó durante siete meses de manera continua y contó con el consentimiento verbal e informado de la totalidad de los informantes de esta investigación.

III.4.3 Técnicas de Recolección de Información o Recogida de Datos.

➤ **Observación Participante:**

“La observación consiste en el registro sistemático, válido y confiable de comportamiento o conducta manifiesta” (Hernández y Fernández, 1998:309). En este tipo de observación el investigador interactúa con los sujetos observados a diferencia de la no participante. Para los fines de esta investigación, esta es una de las técnicas más completas, en cuanto al conocimiento de las conductas, relaciones y manifestaciones tanto de las facilitadoras interculturales como de los otros actores sociales relevantes (equipos de salud, usuarios mapuches, etc.) en el proceso de construcción y constitución de esta figura dentro de su escenario de reproducción social por naturaleza.

La aplicación de esta técnica permitió captar durante un tiempo prolongado, sistemáticamente y sin descontextualizar, todos y cada una de las costumbres, prácticas, relaciones y manifestaciones que los actores sociales relevantes en ésta investigación develan dentro de su escenario de desenvolvimiento, el consultorio Poniente de Pudahuel. El poder interactuar como observador en el escenario natural en que se despliega el fenómeno a estudiar, permitió establecer un proceso de permanente reajuste al contexto observado, lo que se expresó en un mayor acercamiento y comprensión del fenómeno.

El periodo de observación participante estuvo comprendido entre los meses de Julio y Noviembre del año 2005, específicamente al interior del centro de atención primaria de salud durante los días miércoles y viernes, días en que se produce la atención del *machi* y es posible encontrar a los usuarios de éste y a las facilitadoras interculturales desarrollando sus actividades. Las observaciones se produjeron tanto en la mañana como en la tarde indistintamente, logrando identificar ciertas diferenciaciones en la dinámica del consultorio y por ende de la atención de las propias facilitadores.

Por otro lado, fue posible lograr un importante acercamiento con algunas de éstas lo que permitió participar de numerosas actividades ceremoniales, culturales y de capacitación fuera del escenario de salud, lo que ayudó a definir aún más el rol del facilitador dentro de su comunidad y organizaciones que representan.

➤ ***La Entrevista en Profundidad.***

La llamada Entrevista en profundidad supone una situación conversacional cara a cara y personal, en que el entrevistado es portador de una perspectiva que será elaborada y manifestada en un diálogo con el entrevistador. El investigador provoca el habla con preguntas pero también con reformulaciones e interpretaciones. Se utilizaron dos tipos de entrevistas con estas características, las que pasaremos a revisar a continuación:

1. Entrevista⁴¹ Semi-estructurada y Focalizada

Se ha optado por un formato **semi-estructurado** con una pauta guía que incluye los ejes temáticos importantes de abordar durante la entrevista, pero sin cerrar la posibilidad de temas, pues se ha considerado que la propia estructura con que la persona entrevistada presenta su relato, es portadora de significados que no deben alterarse con una directividad muy alta. La semi-estructura se construye así como una manera de ordenar la información, sin embargo esto no restringe ni dificulta la profundidad de los ejes tratados en la pauta ni de otros que puedan surgir en el transcurso de la entrevista, ya que se trata de una semi-estructuración flexible pero a la vez **focalizada** específicamente en los aspectos que han determinado la forma en que los/las facilitadores/as interculturales se han situado en una experiencia de salud intercultural urbana particular desde la perspectiva de cada uno de los distintos grupos de análisis⁴². A su vez, cada una de éstas responde a una pauta de entrevista diferente.

2. Entrevista Biográfica.

Técnica bastante utilizada en la disciplina antropológica y que corresponde a una de las formas de abordar “La Historia de Vida”. La entrevista biográfica posee como objetivo conocer en profundidad el relato de vida de una persona desde una temática particular, que en este caso es la influencia del rol de facilitadora intercultural en cada una de las personas que se han constituido como tales. La aplicación de estas entrevistas, permitió recabar información relacionada no sólo con acontecimientos concretos vividos por éstas sino que también, con el conjunto de imágenes y representaciones que están detrás de dichas vivencias.

⁴¹ Es importante recalcar que cada una de las entrevistas o conversaciones fueron grabadas con pleno consentimiento de los involucrados y posteriormente transcritas a la brevedad para poder reproducirlas con una mayor viveza contextual.

⁴² Remitirse a cuadro N° 2. Descripción de ámbitos y grupos de análisis. página16

III.5 ESTRATEGIA DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

Como estrategia de análisis de los datos obtenidos durante el desarrollo de la presente investigación, se ha optado por un **Análisis de Discurso Textual** (Miles y Huberman, 1994. En: Rodríguez, Gil y García, 1996). Éste debe ser entendido como la categorización y codificación que aspira a simplificar el mensaje textual original entregado por los entrevistados, identificando y diferenciando unidades de significado (áreas temáticas). Su utilización aporta al esclarecimiento de las dimensiones discursivas de los distintos actores con que se estableció una situación de entrevista dilucidando los contenidos esenciales.

Se utilizó el siguiente procedimiento:

- Lectura de las entrevistas transcritas para acercarse a una idea general del contenido de sus discursos.
- A partir de esta lectura se identificó por separado los ejes temáticos o fragmentos que aluden a un mismo tópico, entendidos como los temas más recurrentes en los relatos ya sean de manera explícita o implícita. La idea fue organizar los datos de modo operacional para hacer más abarcable y manejable el discurso.
- Posteriormente se categorizó cada unidad temática, que consistió en clasificar u organizar conceptualmente las unidades que son cubiertas por un mismo tópico con significado,
- Acto seguido se procedió a codificar la información, entendida como la operación concreta por la que se asigna a cada unidad temática un indicativo o código, propio de la categoría en la que consideramos incluida.
- Por último, se desarrolló un análisis interpretativo de cada categoría, relacionado con el *corpus* teórico construido para esta investigación.

V. RESULTADOS.

V.1 EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LA FIGURA DE LA FACILITADORA INTERCULTURAL.

*“a mí antes que me dijera la organización: “tú vas a ayudar al machi”
yo lo había soñado unos dos días antes...
soñé que mi abuelito, el papá de mi abuelita, mi bisabuelo
me entregaba el bastón que él llevaba,
tenía el pelo blanquito, súper anciano, estaba sentado
y mi abuelita que estaba a su lado le decía: “aquí está mi hija”
y me entregó su bastón y me aconsejó como que estuviera aquí presente,
me aconsejó y me dijo: “te vas por aquí”
y me mostró por donde, caminé, caminé y caminé,
por allá me paré y lo miré para atrás
y estaba sentado muy lejos de mí, muy lejos
y pasé entre puros árboles, hierbas y crucé,
al otro lado había un terreno súper limpiecito, verde, lleno de pasto
y ahí estaba una tía, estaba mi abuelo,
estaba mi mamá y ellos me vistieron,
me pusieron paños, me pusieron reboso,
me pusieron el trarilongko, el trapelakuche,
me pusieron todo.
al domingo siguiente
me dijeron que era yo la que iba a ayudar al machi,
que era yo la facilitadora
y que empezaba tal fecha.
Desde esa fecha tuve que vestirme
lo cual antes yo no me vestía”*

Carmen Huenullan
Facilitadora Intercultural.

V.1.1 Fundamentos de la incorporación de Facilitadores Interculturales...

Una vez que se concreta en el año 2000 el mandato del Ministerio de Salud de incorporar a través de sus respectivos servicios de salud el Programa de Salud y Pueblos Indígenas a las comunas de la Región Metropolitana con mayor presencia de población originaria; las organizaciones indígenas de la región fueron convocadas, informadas de los objetivos e invitadas a participar de éste. En Pudahuel, el Consejo Mapuche Pudahuel y *Meli Rewe* fueron las organizaciones mapuches interesadas, las que en coordinación con el Servicio de Salud Metropolitano Occidente y la corporación de salud de la comuna ponen en funcionamiento el programa.

En una primera instancia, dentro de cada una de las organizaciones se eligieron algunos representantes, que posteriormente se transformarían formalmente en coordinadores y/o facilitadores interculturales, para que realizaran visitas domiciliarias a las familias mapuches de la comuna con el fin de invitar, presentar e informar detalladamente acerca de los beneficios del naciente programa. Además de estructurar un catastro detallado de la situación socioeconómica y epidemiológica de esta población.

En éste quedó en evidencia que el déficit epidemiológico más serio se daba en las áreas de odontología y oftalmología. Como consecuencia por un lado, de la incorporación de nuevos patrones de alimentación lo que derivaba en importantes problemas dentales, así como de la gran cantidad de adultos mayores que producto de la edad precisan constantemente atención y tratamiento oftalmológico. Asimismo, se reveló que los adultos mayores representaban la población más desvalida y alejada del sistema de salud oficial producto de trabas tan significativas como el idioma, ya que un número no menor de ellos hablaba fundamentalmente *mapudungun* y por ende no manejaban a cabalidad el idioma español, lo que hacía difícil su acceso, comunicación y entendimiento con los profesionales de la salud, profundizando así su marginación.

“hay viejos que no hablan español entonces a ellos les cuesta mucho acceder, ellos viven en una marginalidad espantosa, porque existe el problema del idioma, así ellos tampoco entienden lo que los profesionales de la salud les decimos, en general los profesionales son muy técnicos en su vocabulario, por lo tanto cuando explican a un paciente mapuche las instrucciones el paciente no entiende nada, si le sumamos a esto que ser mapuche en la ciudad produce un

montón de problemas de salud principalmente de salud mental, por toda la pérdida cultural, porque viven muy marginales, viven en espacios muy pequeños, muy reducidos y que no tienen nada que ver con los grandes espacio en que nacieron, el resultado es preocupante” (Valenzuela, C.W.P)

Tomando en cuenta estos antecedentes, desde aquel entonces el programa se ha desarrollado centrándose principalmente en el consultorio Poniente de Pudahuel y con una perspectiva en salud intercultural, enfocada particularmente en la entrega de atención gratuita de *machi* y la aplicación de discriminación positiva a los miembros de los pueblos originarios, especialmente a la población mapuche de la comuna, beneficiaria del Sistema Público de Salud (FONASA grupos A, B, C y D e indigentes) de todas las edades y sin distinción de género.

La acogida de este nuevo programa por parte de la comunidad mapuche de la comuna, es posible caracterizarla de la siguiente manera:

“la gente no creía, la mayoría no nos creyeron porque ellos tanto tiempo que viven en Santiago han acudido a los establecimientos de salud y siempre la discriminación, la hora de espera, aquí no, aquí funciona y no se espera, aunque se nos llenan los cupos y no pasa sólo con la medicina mapuche, sino que con la atención dental y hasta el año pasado con oftalmología también...muchas gente no solamente viejitos, que nunca había podido acceder a lentes o prótesis dentales, esas cosas muchas veces era inalcanzables para nuestra gente, ahora no, para nuestra gente eso es como un orgullo de tener algo que antes no tenían...muchas gente se puso muy contenta porque antes hacían un viaje especial al sur para ir a atenderse con un machi y eso les salía muy caro, en cambio ahora lo tienen aquí y no tienen que hacer esos viajes tan sacrificados, los ayuda a no perder la cultura, porque mucha gente que no tiene plata dejaba de visitar a machi”. (Llancapan, C.M.P)

“...Lo que pasa es que hay mucha gente que conocía machis en sus comunidades pero que nunca se atendieron, nunca tuvieron la oportunidad de verse directamente con ellos, entonces ésta era una oportunidad para la gente que no conocía o los que sí conocieron pero que nunca pudieron atenderse allá, una oportunidad y también otra opción de vida, de encontrar sanidad a través de un medio distinto, porque la gente nuestra es tan complicada para la atención médica, les cuesta tomarse los remedios, no cumplen las indicaciones médicas, entonces todo eso conlleva a un stress y la atención del machi para ellos fue algo más cercano, es una facilidad para la gente, una alegría”. (Huenchual, F.I.2)

Desde la perspectiva de los funcionarios del establecimiento de salud, se describe este proceso:

“...hay una primera etapa muy difícil de inserción en el consultorio, porque nosotros que tenemos una formación biomédica y ante todo lo que tenga que ver con medicinas alternativas u otro tipo de medicinas existe una negación, se ve como los que no saben...acá la primera etapa de inserción del programa fue tremendamente difícil, hoy yo diría que estamos en una etapa de aceptación de que esto existe paralelamente”. ((Valenzuela, C.W.P)

“fue complejo entregar un espacio a algo tan distinto, algo que poca gente conocía, al principio alguna gente hasta se reía de ellos, de pura ignorancia...” (Madariaga, F.C.1)

Durante esta etapa los funcionarios del consultorio Poniente tanto profesionales como administrativos, con el fin de comprender y estar mejor preparados ante la llegada de la atención de un especialista médico indígena (*machi*) a los espacios destinados históricamente a la biomedicina y mayoritariamente a los pacientes *winkas*, fueron incentivados a conocer la cultura mapuche a través de numerosas jordanas de “sensibilización”. Éstas estuvieron a cargo de los conocedores de la cultura que poseían las mismas organizaciones que participaban del programa, los que a través de charlas de cosmovisión y herbolaria, junto con muestras culinarias y artísticas, pretendieron dar a conocer los fundamentos esenciales de este pueblo.

De este modo, a partir de una progresiva aceptación y adaptación de los vecinos mapuche de la comuna y de los equipos de salud del centro de atención primaria a esta nueva experiencia intercultural en salud, es que ha devenido el programa hasta la actualidad. Por su parte, la incorporación de la figura del facilitador intercultural en éste posee estrecha relación con el contexto nacional imperante. Como bien lo explican desde la Unidad de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud:

“surge de la necesidad de poder tener a alguien, una especie de traductor de lo que la persona sentía, de lo que le pasaba hacia el mundo médico y viceversa, fue algo que comenzó cada vez a ser más necesario ya que habían comportamientos que la población indígena tenía y que eran incomprensibles para la lógica de la salud oficial y que a través de los facilitadores fue posible

entender por qué ocurrían. Este tipo de situaciones ayudaron a decir: bueno aquí necesitamos otra persona que esté en el medio entre el paciente y el sanador oficial”. (Saéz, E.P.M)

Sin embargo, el traslado de esta figura al espacio urbano metropolitano no estuvo exento de cuestionamientos. Ya que mientras esta estrategia se enraizaba como uno de los iconos dentro del espacio de la interculturalidad en salud y las prácticas de pertinencia cultural, para algunos resultaba complejo imaginar su instalación en un contexto indiscutiblemente distinto del original.

En términos generales, hasta ese entonces no se distinguía totalmente que la problemática urbana era diferente a lo que en ese momento sucedía en otros territorios con población indígena importante, por lo que si en esos lugares la estrategia presentaba resultados positivos “¿por qué aquí tendría que ser la excepción”? Desde esa lógica es que la figura del facilitador se extrapoló a Pudahuel.

La anexión de esta estrategia queda de manifiesto en la siguiente idea:

“nunca hubo lineamientos muy claros acerca del facilitador intercultural porque del MINSAL no ha habido una orientación muy clara del modelo de atención que querían instalar...hasta el día de hoy no se nos ha dicho: el facilitador debe trabajar de esta forma, o en tal cosas, o tantas horas, estas son puras instalaciones locales... son cosas que aún se encuentran en discusión”. (Ríos, E.P.S).

No obstante que la figura en cuestión era inherente al desarrollo normal de todo programa de salud intercultural, ya que “se pensaba que si en Temuco se hacia así aquí también se podía hacer” (Ríos, E.P.S). Los dirigentes de las organizaciones mapuches se vieron en la necesidad de incorporar esta estrategia, porque:

“...tenía que haber una persona a cargo del acceso de la salud, que cumpliera ese rol, que hiciera el trabajo de hacer llegar a la gente mapuche la atención mapuche y la otra, una persona que dominara el tema y que explicara...” (Llancapan, C.M.P)

De esta manera, mas allá de seguir una dinámica estándar la incorporación de facilitadores interculturales se hizo fundamental y terminó por justificarse en sí misma, como veremos más adelante.

V.1.2 Proceso y requisitos para la elección... ¿Quién puede o debe ser facilitadora?

Más allá de las circunstancias bajo las cuales se produjo la decisión de incorporar la estrategia de facilitadores interculturales⁴³ en la comuna, el análisis del proceso de elección de las personas que llevan a cabo este rol resulta muy significativo a la hora de avanzar en su comprensión global.

Desde los orígenes del programa hasta la actualidad, las mujeres que han asumido el rol de facilitadoras interculturales han sido escogidas desde el interior de las organizaciones mapuches a las que pertenecen, las mismas que han participado activamente de esta experiencia.

“La idea que no es de acá no más, sino que a nivel regional también de que los facilitadores provengan de una organización y que la misma organización escoja a una persona que los pueda representar” (Piutrin, F.I.3).

El proceso de elección se ha mantenido constante a pesar que una de las organizaciones que dio inicio al programa, *Meli Rewe* actualmente no participa en éste⁴⁴. Este proceso es descrito desde la institucionalidad del Servicio de Salud Metropolitano Occidente de la siguiente manera:

“Nosotros no los elegimos, ahí hubo un ejercicio democrático, ellos lo hicieron, nosotros sólo reconocimos a los que eran dirigentes y en la medida en que ellos se fueron legitimando en su responsabilidad y empoderándose del programa a nivel de servicio y a nivel comunitario con su comunidad, fueron eligiendo a los facilitadores”. (Ríos, E.P.S).

⁴³ Es importante destacar que desde el año 2000 han sido 4 mujeres las que se han desempeñado en este rol y no necesariamente han sido contemporáneas en el cargo.

⁴⁴ No obstante, en la actualidad la facilitadora intercultural que ellos propusieron sigue cumpliendo su rol.

Específicamente la dinámica de elección se basa en que cada organización en representación de su comunidad, de manera independiente y a través de sus particulares procesos de resolución y selección, elige una persona como postulante para que oficie de facilitador. Cuando éstas ya están claramente definidas, la decisión es tomada por el coordinador mapuche del programa junto a los dirigentes de las organizaciones, los que a través de largas conversaciones discuten y eligen quienes serán las más idóneas para llevar a cabo el rol.

“Yo creo que las personas cuando eligen a sus facilitadores o coordinadores por el tema de la amistad solamente o cuando son designados así no más y no porque tienen una experiencia antes, porque mantienen su cultura, porque la aprendieron y la manejan o porque tiene ciertos requisitos, no es correcto. No es ser facilitadora así no más, de la noche a la mañana o porque te dijeron: “ya, desde mañana tú eres facilitadora, no” (Huenullan, F.I.1)

Como es posible percibir, existen ciertos requisitos tácitos que son tomados en cuenta al momento de elegir a una persona como facilitadora, entre estos se encuentran:

“Ser mapuche, manejar el idioma y más que nada tener la motivación de trabajar en esto, el amor, saber de la cultura” (Piutrin, F.I.3)

“Tiene que ser una persona que tenga los conocimientos, que hable mapudungun, si no es así, ¿cómo puede hablar de salud, de medicina si no habla el idioma ni conoce la cultura ni a su gente?” (Huenullan, F.I.1)

“En primer lugar hablar el idioma, saber de nuestra cultura, saber qué es un machi, qué cosas hace un machi, porque cuando llega gente no mapuche o incluso gente de nuestra propia cultura que se ha criado acá y no saben estas cosas, una tiene que explicarles que es una persona importante, una autoridad en el mundo mapuche, explicarles de la cultura para que la gente logre entender y valorar” (Huenchual, F.I.2)

“Tener el interés de participar en el tema de la salud, conocer las enfermedades, las hierbas...que sea una persona adecuada para acoger a su gente, dispuesta, con ganas de ayudar” (Llancapan, C.M.P)

A modo de síntesis, es posible identificar que los principales requisitos son:

- Identificarse como mapuche, pertenecer a alguna de las organizaciones de la comuna y mantener un contacto permanente con su comunidad.
- El manejo del idioma *mapudungun*.
- El conocimiento integral de la cultura mapuche, en específico lo relacionado con la medicina y la herbolaria.

Aunque en algunos casos se cumplan a cabalidad estos requerimientos la designación puede quedar sin efecto si es que la persona en cuestión que trabajará directamente con el machi no es validada u aprobada anteriormente por éste. Situación que lo posiciona como otro agente determinante dentro de este proceso, pues la suya en estos casos constituye “la última palabra”.

“Ellos también eligen con qué personas quieren trabajar, porque no puede ser cualquier persona, tiene que ser del agrado del machi también porque él tiene que sentirse bien, sentirse apoyado, sentirse en confianza con la persona que está al lado... no porque nosotros veamos quienes pueden hacerlo, el machi no da su opinión de quien va a trabajar con ellos, por eso es importante manejar el idioma porque ellos hablan el idioma” (Llancapan, C.M.P).

“Me eligieron los coordinadores pero se tomó en cuenta la opinión del machi también, porque obviamente él necesita estar con una persona mapuche que lo entienda, que se pueda adaptar a él, no que él se adapte a una persona”(Huenchual, F.I.2)

Por su parte, las mismas facilitadoras dan cuenta del momento en que se establecieron como tales:

“En el año 2000 llegué porque yo me manejo bien en el idioma mapuche, se hablar y en el primer año empezaron trabajando con el machi, entonces necesariamente tenía que haber una persona que fuera mapuche y que hablara el idioma, para poder atenderlo, estar con él y debido a eso yo me integré a trabajar en el programa de salud intercultural, por el tema del idioma y porque sé del tema mapuche”. (Huenchual, F.I.2)

“Cuando yo llegué estaba de facilitadora otra persona, ella trabaja este año también con nosotros y se retiró por problemas de embarazo y en el año 2001 estuvo otra que también se retiró por problemas de estudios, así que por eso no pudo seguir. De ahí tomaron la decisión de buscar otra persona que dominara el

idioma, que dominara la cultura, que tuviera interés, que fuera responsable, que tuviera carácter para atender a la gente porque no cualquier persona atiende a público, no todos tenemos ese carácter de llegar a la persona”. (Huenullan, F.I.1)

“Cuando me eligieron como facilitadora habían otras niñas que también querían serlo, aunque mi tarea no era estar directamente con el machi sino que orientar a la gente mapuche en el consultorio, al principio me puse muy nerviosa porque tenía mucho miedo, miedo a equivocarme, me complicó un poco al principio porque yo no manejo perfectamente el idioma aunque entiendo todo, porque era una necesidad para ser facilitadora, pero como mi tarea no era estar con el machi en este caso no importunaba tanto, porque me dijeron que tenía otras cosas que eran importante....como las ganas de ayudar a la gente, la amabilidad, el conocimiento de la cultura” (Piutrin, F.I.3)

V.1.3 Las elegidas... ¿Quiénes son las Facilitadoras Interculturales?

El actual grupo de facilitadoras interculturales está compuesto por tres mujeres⁴⁵, las que sin distinción se reconocen como orgullosamente mapuches. Sus edades fluctúan entre los 26 y los 31 años y compatibilizan sus labores maternas y domésticas con el trabajo en la organización a la que pertenecen y con el Programa de Salud y Pueblos Indígenas.

El trabajo que realizan dentro del programa en cuestión como facilitadoras, es percibido por ellas de las siguientes formas:

“Me gusta trabajar aquí, me gusta esa relación con la gente, es un trabajo más libre no apatronado, tengo la suerte de trabajar más directamente con las personas y obviamente conocer sus historias de vida, dedicar un tiempo para las personas porque es lo que ellos esperan, a veces uno logra ser un apoyo para ellos porque hay gente que no tiene a quién contarles sus problemas, su enfermedades, sus necesidades, eso me ha servido...” (Huenchual, F.I.2)

⁴⁵ Una de ellas participó sólo tres meses como facilitadora intercultural, mientras que las otras los seis meses en que funciona el programa al año.

“trabajar como facilitadora es estar aprendiendo siempre, con las personas, con el machi, con la gente del consultorio, uno aprende de los dos mundos, de las dos medicinas” (Huenullan, F.I.1)

“Es que yo antes estaba más que nada en casa con mi hijo, ahora yo siento que puedo trabajar, que tengo una motivación para levantarme todos los días, que puedo aportar en mi familia y a mis lamnguen (hermanas), yo ya no me siento como una persona común y silvestre, sino que he aprendido a hacer mi trabajo, me gusta lo que hago, me gusta trabajar el tema de la salud intercultural ha sido muy bonito porque he aprendido mucho, vivir la experiencia de estar acá en Santiago con puros lamnguen (hermanos) es muy lindo, he tenido la oportunidad de aprender, de conocer, de compartir, de salir de nuestro metro cuadrado como se dice y compartir con la gente, yo he aprendido mucho de ellos y de mí misma también” (Piutrin, F.I.3)

Para estas mujeres su labor como facilitadoras interculturales se ha transformado en una oportunidad de representar a su organización, de acercarse día a día a “su gente”, de profundizar en los conocimientos sobre medicina mapuche y de aprender cómo funciona el sistema de la medicina occidental y también de recibir un ingreso durante los meses que se desempeñan en este rol. Sin embargo para las que han tenido la posibilidad, lo que les pareciera ser más significativo es poder estar en contacto permanente con un *machi*:

“es un gran privilegio, no todos lo pueden hacer porque él es una persona especial, es una autoridad, con un machi uno aprende muchas cosas, tiene nuevos conocimientos, el machi te va enseñando de medicina, de la cultura, de lo bueno, de lo malo, de todo un poco y eso no todos lo pueden tener”. (Huenchual, F.I.2)

“estar con don Oscar todos los días es una oportunidad muy especial, yo me siento orgullosa, es un regalo que me han dado” (Huenullan, F.I.1)

Junto a los diversos significados de portar la investidura de facilitadora intercultural, estas mujeres reconocen una motivación y una conexión anterior con ésta, que se haya directamente relacionada con sus historias personales, el lazo con sus comunidades de origen y la vida en la ciudad como *warriache* (mapuche de la ciudad).

“...nacé en Coñaripe y me crié ahí hasta los 20 años más menos, con mi abuelita y mi tío, entré en conocimiento con ellos, los cuales ellos fueron mis padres

.....en la casa donde yo me crié siempre se iba al nguillatún, mi abuelita era una de las personas que participaba siempre, ella era hija de lonco, era nieta de machi, era hermana de una lawentuchefe (conocedora y sanadora a través de las hierbas), entonces el tema de la cultura estaba siempre presente en la casa, mi mamá no hablaba castellano, ella hablaba todos los días en mapudungun, su idioma, a mí solo me hablaba en mapudungun, a mí me decía: hija tú tienes que saber los dos idiomas, tienes que saber el castellano, tienes que saber el mapudungun y saber cómo se hace un nguillatun, saber como se cría a un hijo, saber como se enseña a un hijo, entregarle el ngulam, el consejo, ella me enseñaba como ser mapuche” (Huenullan, F.I.1).

“...tengo 26 años y nací en comunidad, aproximadamente hace 10 años que estoy acá en Santiago...en la comunidad mía se habla mucho en el idioma aún, mi abuela me conversaba mucho de historia antigua, de cómo mataron a los líderes mapuches antiguos, ella me hablaba y hablaba en el idioma, yo se lo agradezco ahora que ya no está, yo no le di mayor importancia en ese momento... yo creo que ella sabía que yo iba a estar en el tema cultural y que algún día esto del idioma me iba a servir”. (Huenchual, F.I.2)

“Yo soy una mapuche de la ciudad, nací aquí, aunque mi familia por parte de mi papá y mi mamá todos son del sur, mapuches del campo, a nosotras con mi hermana desde chiquititas nos llevaban 4 meses al año a vivir allá, ahí aprendí de los nguillatun, de la comida, del idioma... nunca estuve alejada de la cultura, siempre tuve contacto, mi familia siempre intentó mantener la cultura del sur, siempre existió un lazo y fuerte, sobre todo con mi abuelita, la mamá de mi mamá que hablaba mapudungun, ella trataba de enseñarnos, nos enseñaba, incluso nos retaba siempre en mapudungun” (Piutrin, F.I.3)

Como es posible constatar, cada una de estas mujeres durante gran parte de sus vidas mantuvo un contacto permanente con el espacio más propicio de permanencia y de reproducción de la identidad mapuche, la comunidad rural. Sus relatos dan cuenta que la vida en ésta representa la cultura mapuche *in situ*, por lo que resulta complejo hablar de un proceso de aprendizaje cultural. Sin embargo, es recurrente la presencia de una figura familiar educadora, que a través de la oralidad reafirma contenidos y sustratos culturales, con el fin de “enseñar a ser mapuche”.

Dentro de los contenidos que son reafirmados con mayor intensidad destaca el idioma *mapudungun*. La importancia de éste se desprende a lo largo de las historias de cada una de las facilitadoras, asimismo su dominio representa una distinción en el

espacio urbano ante aquellos que no lo manejan y les permite con mayor seguridad llevar a cabo el rol que actualmente desempeñan.

Por otra parte, aunque resulte difícil pensar en la permanencia y la reproducción de la identidad étnica una vez que se produce el desarraigo (voluntario o no) de la comunidad de origen y se radica en un espacio indiscutiblemente diferente como lo es el urbano, las experiencias de estas mujeres dan cuenta de lo contrario:

“En el año 1999 llegué a vivir donde vivo actualmente, en la sede del Consejo Mapuche Pudahuel, mi compromiso fue de cuidar ese terreno y también de participar en la organización, así que me inscribí como socia y fui participando porque tenía mucho interés por la cultura, tenía ganas de seguir lo que yo hacía en el sur con personas que tenían mucha sabiduría y por eso quería compartir eso acá, porque las personas de la ciudad un poco desconocen la cultura, el idioma, porque se vinieron hace muchos años, salieron de los 14 o 15 años de la casa a la ciudad y no volvieron más, entonces fueron perdiendo la cultura, por eso es bueno estar en una organización porque ahí se juntan los conocimientos, se comparten y también los que no saben aprenden... en la organización se trata de mantener la cultura y rescatar lo que no se sabía, el idioma, la cultura la traspasan los que venimos del sur, la organización fue una de las primeras que hizo nguillatun en Santiago, porque había gente que tenía el conocimiento, el presidente Ernesto Hueicha tiene todos los conocimientos, él viene de abuelos machi y gente conocedora de la cultura, del idioma, de religiosidad, de todo, entonces él vino a enseñar y a rescatar la cultura...” (Huenullan, F.I.1)

“...actualmente participo de una organización que es más cultural, Meli Rewe, es una organización donde se hacen ceremonias, encuentros, actividades artísticas, de comida mapuche, yo creo que eso no lo habría hecho si no hubiese encontrado a mi pareja porque él me invitó o hubiese retomado mi cultura varios años después desde que llegué a la ciudad, recapacitando de que soy mapuche de que tengo que estar ahí, igual al principio fue como un participación un poco forzada ahora no es así, porque tengo más edad y la conciencia más abierta, al principio acá fue complicado porque yo no me esperaba machis, ni nguillatunes, ni me atraían tanto.....en la comunidad estaba muy dormida aún, no participaba mucho, ahora trato de tomar las ceremonias, las actividades, hace años atrás no se veía tanto...” (Huenchual, F.I.2)

“Mi hermana formó hace años una organización aquí en la comuna, porque siempre le interesó mantener nuestra cultura, ahí yo me integré, me integré porque quería saber más, porque tenía ganas de decir que yo soy mapuche sin

vergüenza, porque cuando chica a veces me daban ganas de no tener los apellidos que tenía porque me molestaban mucho, me decían que yo era distinta, entonces por ese lado a uno le daba vergüenza, le daba rabia que lo trataran así, pero cuando fui creciendo ya más grande empecé a participar de la organización, le tomé cariño a la cultura y reconocí de donde yo era, y ahí aprendí a defenderme de las burlas, no con violencia ni nada por el estilo, sino que con argumentos...” (Piutrin, F.I.3)

En los relatos anteriores se desprende que las organizaciones mapuches urbanas constituyen un espacio de encuentro para los *warriache* que desean conservar sus tradiciones, pues al interior de éstas se desarrollan ceremonias propias de la vida en comunidad como el *nguillatun*, así como la realización de diversas muestras culturales que intentan hacer presente los aspectos fundamentales del conocimiento mapuche.

Para las facilitadoras interculturales la organización cumple una función esencial a la hora de enseñar, compartir y reafirmar la identidad mapuche e incluso permite estimular en un contexto urbano, la identidad que por diversas razones en la misma comunidad se mantuvo “dormida”.

Dentro de la promoción del desarrollo cultural que han logrado generar estas organizaciones, la temática de la medicina a través de la participación activa en el Programa de Salud Intercultural no ha quedado exenta, pues las mismas organizaciones han logrado formar una red de relaciones, a modo de comunidad virtual que sustenta y promueve el desarrollo del programa. De igual forma, esta temática tampoco ha sido ajena en la vida de algunas de estas facilitadoras antes que se constituyeran como tales:

”...el tema de las hierbas, los remedios es lo que a mí me atrae, porque de alguna manera yo me crié con eso, como tenía a mi abuelita lawentuchefe, ella siempre con las hierbas, siempre la medicina, siempre la enfermedad, yo veía como cuidaba a sus enfermos, yo la acompañaba al bosque a buscar las hierbas medicinales para mejorar a sus enfermos que los ubicaba en su propia casa mientras se mejoraban, así con ella aprendí el manejo de las hierbas...” (Huenullan, F.I.1)

“siendo mapuche uno siempre va a saber cómo medicarse, que hierbas son buenas para tal cosa y cómo prepararlas, entonces para mí no es nada muy nuevo, es algo que siempre desde chica que te lo enseñan tu mamá o tus tías”
(Piutrin, F.I.3)

Al realizar un recorrido por los orígenes de la experiencia de salud intercultural y de cómo la figura del facilitador se fue incorporado en ésta, especificando sus fundamentos y requisitos, caracterizando quienes son y cómo incorporan en sus vidas las mujeres mapuches que sustentan esta investidura, estamos en condiciones de indagar específicamente sobre las funciones que éstas desempeñan.

V. 2 CONTITUCION DE LA FIGURA DE LA FACILITADORA INTERCULTURAL.

V.2.1 El consultorio Poniente: dinámicas de consultorio.

Falta poco para las diez de la mañana hora en que comienza la atención y el *machi* Oscar Benavente ya ha sido traído al consultorio por el chofer que a diario lo traslada. Con un lento caminar producto de una dificultosa enfermedad renal, vestido con “prendas” y con *kultrun* en mano, saluda a las funcionarias que se encuentran tras el mesón de atención mientras se hace a un lado entre las mujeres y niños que esperan su turno en maternal o *kellungen puñeñ ngechi domo*, como lo indica la señalética del consultorio.

A la mayoría de los niños, quienes visitan constantemente el consultorio acompañando a sus madres embarazadas o a sus hermanos con pocos días de nacidos, les llama poderosamente la atención la presencia de un hombre que como ellos dicen: “está vestido de mujer”. Otros en cambio, van más allá al dudar y preguntar a sus madres: “¿es hombre o mujer?”.

Entre estas personas, ubicadas en las hileras de sillas que forman la sala de espera, es posible identificar las primeras “pacientes” de la jornada de atención del *machi*, las que con botellas vacías en mano muestra de que van a “controlarse” se paran rápidamente a encontrarlo y saludarlo. Junto a ellas, el coordinador mapuche del programa recibe de manos del chofer del *machi* quien también es miembro del consejo mapuche de la comuna, los innumerables litros de brebaje que el *machi* prepara en tanto conocedor del lenguaje ritual de las plantas medicinales y que suministra como remedio a sus enfermos, litros de preparado que posteriormente en una dinámica de trueque serán intercambiados por las botellas desocupadas.

Mientras tanto Carmen, facilitadora intercultural, toma el brazo de quien se entiende directamente con *Ngechén* y lo invita a pasar al espacio que ambos comparten durante la atención. El trayecto no es largo pues directamente colindante a las hileras de sillas cuelga una cortina de madera pintada de incólume blanco, que separa durante los

días miércoles y viernes de cada semana el espacio en dos. El *winka* y el mapuche. El área de las matronas y el del sanador indígena. El espacio de las píldoras y el de las hierbas (ver fotografía). El *machi* y la facilitadora entran en este último, conversan durante un rato a cortina cerrada mientras sus “pacientes” esperan.

Figura N° 1.

División de espacio: sala de espera área maternal y atención de medicina mapuche.



Fotografía: Verónica Aguirre F.

Cuando Carmen perfectamente vestida con *chamal*, *ikulla*, *trarilonko* y *trapelaku* al igual que las otras facilitadoras, invita a ingresar a la señora Inés, quien dice estar saliendo adelante con una severa depresión gracias “a las hierbas y a las conversaciones con el *machi*”, ya son pasadas las diez de la mañana. Se abre brevemente la cortina y es posible ver a don Oscar sentado en una pequeña silla y visiblemente concentrado, como si estuviera orando en silencio. A su lado otra silla y una mesa que son utilizadas por la facilitadora, es ahí donde se apoya para anotar en su cuaderno el detalle de las horas entregadas y el registro de las personas que visitan al *machi*. Frente a ellos dos sillas más, la del potencial sanado y la de un posible acompañante, además que una pequeña estufa a gas que sirve para atenuar el intenso frío de estas mañanas de invierno.

Una vez dentro de aquel reducido espacio pareciese imposible saber lo que sucede, sin embargo, no es del todo así, ya que a ratos cuando el volumen del televisor que sintoniza El Matinal de Chile o cuando el murmullo de las decenas de personas esperando alguna u otra atención médica disminuye, es posible escuchar desde los asientos de la sala de espera contiguos a la cortina de madera lo que está aconteciendo. La conversación entre *machi*, facilitadora y “paciente” se centra principalmente en cómo ha sido la mejoría de su mal desde que don Oscar le indicara la toma de tres dosis diarias de la infusión que él prepara en su casa especialmente para cada una de las personas que atiende.

La conversación se ve interrumpida cuando el sanador comienza a hablar en *mapudungun* durante unos minutos, palabras que Carmen luego de un momento traduce. Vuelve al español y más tarde al *mapudungun* nuevamente, esta dinámica se repite unas tres veces dentro de los veinticinco minutos que duró la atención. La señora Inés sonriendo y con una botella llena hasta el borde del nuevo preparado de hierbas en mano, sale acompañada de la facilitadora y se despiden cariñosamente hasta su próximo encuentro. Carmen vuelve a entrar.

Afuera, en el espacio de la espera, nuevas personas han llegado para hacer valer su hora con el *machi*, unas portando sus botellas desocupadas y otras que no corren la misma suerte piden a Luisa, facilitadora intercultural que ha llegado mientras se realizaba la primera atención, que les conceda una hora. Ella les informa que éstas sólo se entregan durante ciertos días en los tres consultorios de la comuna, sin embargo prima la insistencia.

Una vez que desisten, la facilitadora pregunta a estas dos mujeres *winkas* las razones por las cuales desean ver al *machi*, una de ellas responde que tiene “*tomados los nervios*” por culpa de los problemas con su marido del cual sospecha que tiene otra mujer, que ya no sabe que hacer y que le han dicho que “*este brujo*” ayuda en esas cosas. Luisa quien termina de escuchar pacientemente los detalles del supuesto *affaire*, insiste en explicar detenidamente el significado y la importancia que tiene el atenderse con un *machi*, enfatizando en que su atención poco tiene que ver con adivinaciones o brujerías.

Mientras tanto una de las mujeres que sí ha tenido suerte en conseguir una hora es invitada por Carmen a ingresar, portando en sus manos una bolsa plástica con un frasco con orina en su interior, quedando en evidencia que éste es su primer encuentro con don Oscar. En estos casos como explica Pedro, coordinador mapuche del programa, el *machi* hará un *willentún* al examinar pacientemente la muestra y conversará de igual forma con la persona acerca de sus dolencias, sus tristezas y alegrías para posteriormente entregar el diagnóstico y sus causas. Si se trata de una *pichi kutran* o enfermedad pequeña, en la próxima sesión ya estará a disposición el remedio que el *machi* ha indicado y preparado como tratamiento. Pero si se hace presente una *fütra kutran* o gran enfermedad, será necesario realizar un ritual curativo más elaborado fuera de este espacio y de manera particular o de lo contrario si se trata de una enfermedad *winka* que está muy avanzada derivar al especialista biomédico.

Después de unos treinta minutos la mujer sale de la consulta del *machi* y se despide de las facilitadoras y del coordinador. El coordinador que aunque detenta otro tipo de rol a ratos parece una facilitadora más, ya que al igual que éstas se encuentra presente durante todas las horas que dura la atención de *machi*, recibiendo a las personas que desean atenderse, respondiendo sus dudas y consultas.

Por su parte, la única matrona que en ese momento presta los servicios de su especialidad, la misma que se presenta como la contraparte de Pedro, pues también es coordinadora del programa pero de la otra trinchera, de la trinchera *winka*, se asoma a la puerta del box de atención que utiliza y que se encuentra al lado del espacio destinado a la medicina mapuche, con la intención de llamar a viva voz a la próxima de sus pacientes. Sin embargo, retrasa momentáneamente la atención y se acerca a saludar cordialmente a su *alter ego* y a la facilitadora que lo acompaña.

Dado el reducido espacio, es posible escuchar que Luisa le comenta sobre una mujer mapuche que ha llegado al consultorio para realizarse un Papanicolau, ante lo cual le solicita su ayuda y comprensión, pues ésta se encontraría muy nerviosa ya que sería la primera vez que se atreve a hacerlo. La facilitadora cuenta que esta mujer hace unas semanas atrás fue al consultorio La Estrella en busca de unos remedios para su anciano padre cuando se encontró con una de sus colegas (la misma que hoy no se encuentra presente), la que en ese momento se hallaba entregando horas de atención para la

medicina mapuche. Al iniciar la conversación la mujer daba cuenta de fuertes malestares en la parte baja de su vientre y dolores de cabeza, la facilitadora junto con indicarle que restableciera la atención con el *machi*, le recomendó realizarse una serie de exámenes y entre ellos el PAP. Recomendación que tuvo buenos resultados.

Mientras la matrona reconoce visualmente a la mujer que posteriormente le realizará el examen, Luisa agradece la deferencia y ambas reanudan sus actividades. A su vez, quien acompaña al sanador mapuche en su terapéutica sale hacia la sala de espera y saluda a quien tiene el próximo turno, conversan durante un momento e ingresan al espacio destinado a la atención del *machi*. Así una y otra vez.

Esta rutina se mantiene constante hasta aproximadamente la una y media de la tarde horario en que las facilitadoras, el *machi* y el coordinador interrumpen por una hora y media la atención. Pausa destinada a compartir la comida que éste hace unos minutos atrás trajo envuelta en bolsas plásticas al mismo espacio en el que el *machi* se conecta con los espíritus ancestrales. Reunidos todos ahí, disfrutan del almuerzo acompañándolo de yerba mate, la misma que les ha servido para sobrellevar la fría jornada. Después de una distendida conversación, se retiran las viandas, se ordena el lugar y se reanuda la atención hasta las cinco de la tarde, volviendo todos a sus labores.

Retorna el *machi* a la sanación de las enfermedades de la carne y del alma; una de las facilitadoras vuelve a su función de colaboradora de éste y la otra a su labor de orientación y apoyo a su comunidad, mientras el coordinador constata el buen funcionamiento del programa. A su vez, la matrona reanuda su práctica galena, las funcionarias administrativas se abocan de lleno a las fichas clínicas de los pacientes y a la entrega de horas, mientras decenas de mapuches y *winkas* comparten pacientemente un espacio en común, el de la espera.

V.2.2 Rol de las Facilitadoras Interculturales en el espacio – consultorio.

Dentro del particular escenario terapéutico que caracteriza al consultorio Poniente las tres facilitadoras interculturales desempeñan distintas funciones. Mientras una de ellas trabaja apoyando directamente al machi en su labor terapéutica, las otras dos se turnan para apoyar y orientar a la comunidad mapuche que concurre al consultorio en busca de los beneficios de la medicina occidental y/o mapuche.

Aunque a simple vista la labor de las facilitadoras se reduce a la explicación del párrafo anterior, existen un sin fin de funciones que no son del todo evidentes y que se tornan esenciales a la hora de comprender los fundamentos de esta figura. Estas funciones que se llevan a cabo con y para con cada uno de los distintos actores que conforman la experiencia de salud intercultural de la comuna y que se hayan completamente interrelacionadas, son las que pasaremos a revisar con detención a continuación.

V.2.2.1 Las facilitadoras y los equipos de salud... La sensibilización cultural de los equipos de salud.

Una de las funciones permanentes que llevan a cabo las facilitadoras interculturales al interior del establecimiento de salud es la difusión, promoción, y extensión de aspectos esenciales de la cosmovisión mapuche a los equipos administrativos y profesionales de salud, con el objetivo que éstos logren atender y comprender de la mejor manera posible a la comunidad mapuche de la comuna que asiste al establecimiento de salud.

Distintos mecanismos de acción han utilizado las facilitadoras para hacer que el sistema de salud oficial a través de sus funcionarios responda a los usuarios mapuches con las características culturales que estos poseen.

“en el consultorio hemos organizado charlas de la cultura, incluso se han hecho talleres de mapudungun, de la medicina mapuche, también se han hecho muestras de la comida, de la vestimenta mapuche también... para que la gente

que trabaja aquí en el consultorio pueda entendernos un poco más y para que pueda aceptarnos” (Piutrin, F.I.3)

“Nos importa que la gente no mapuche sepa la forma de trabajar de un machi, que la gente no mapuche sepa qué visión tiene el mundo mapuche que es muy distinta a la de la gente no mapuche que se atiende (en el consultorio)... así y todo obviamente hasta ahora hay aún gente que tiene nula culturalidad del tema mapuche, aún hay gente que continúa con el tema de que somos araucanos, que somos indios, cosas así...” (Huenchual, F.I.2)

“en las jordanas de sensibilización que se han hecho aquí o en el Servicio de Salud, se les han entregado información sobre nuestro pueblo, nuestra medicina, sobre cómo atiende un machi, sobre cómo nosotros vemos la salud, los males, sobre la fe, porque no solo es lo que hacen las hierbas o el machi, sino que la persona tiene que creer, siempre hay personas que les va mejor que a otras, que sanan más luego porque son más creyente, que tienen esa creencia de sanar y les va súper bien, está la medicina pero también esta la religiosidad, también...” (Huenullan, F.I.1)

“...se ha puesto señalética en los consultorios donde los profesionales se interesaron e incluso andan pronunciando la señalética, hay palabras que nos preguntan a nosotros como pronunciarlas”. (Llancapan, C.M.P)

“...los mismos folletos que les entregamos a la gente con información del programa, de la cultura, se los entregamos a los que trabajan aquí, a las chiquillas de maternal para que aprendan, para que se capaciten” (Huenullan, F.I.1)

De esta forma, las facilitadoras interculturales con el apoyo de los distintos componentes del Programa de Salud y Pueblos Indígenas a través de talleres, charlas y exposiciones en torno a temáticas como la cosmovisión, el idioma, la vestimenta, la comida y alguno de los fundamentos del modelo médico mapuche como la relación entre el proceso de recuperación de la salud y la religiosidad, dentro de la terapéutica del *machi*; intentan permanentemente establecer la pertinencia cultural al interior del consultorio. Asimismo, la señalética en *mapudungun* y la entrega de folletos explicativos constituyen referentes materiales permanentes de transmisión de información cultural a los equipos de salud.

Igualmente, se les insta a participar de manera constante a través del servicio de salud respectivo y del coordinador del programa a actividades que se realizan fuera de

los límites del consultorio como capacitaciones y encuentros de funcionarios de la salud que se encuentran ligados a la temática intercultural, al igual que a las ceremonias de inauguración y clausura del programa que celebran anualmente y en conjunto las comunas del sector metropolitano occidente que participan de éste. De la misma manera, algunos de éstos son invitados especialmente a las ceremonias o encuentros que llevan a cabo las organizaciones mapuches de Pudahuel como la rogativa colectiva de *nguillatun*, convocatoria que resulta ser más limitada y específica, como bien lo explica una de las facilitadoras:

“...nosotros estamos siempre tratando de que ellos participen, que conozcan, que aprendan de lo nuestro, por eso siempre los estamos invitando a que participen, se acerquen, que compartamos, porque eso es lo bueno, compartir, no quedarse aislados, por eso los invitamos a cosas nuestras, incluso a algunas de nuestras ceremonias como el nguillatun, aunque sean pocos con los que hay más confianza, pero así ellos conocen y les van contando a los demás...”
(Huenullan, F.I.1)

Dentro del equipo de funcionarios del consultorio, indiscutiblemente con quien existe mayor comunicación y confianza es con la coordinadora *winka* del programa, la cual se establece como la puerta de entrada para que las facilitadoras interculturales logren establecer relaciones más fluidas con el resto de los funcionarios en beneficio de la población mapuche que representan, realizando las siguientes acciones:

“...Uno los orienta, los ayuda y deriva con otras personas que pueden ayudar en casos de pacientes graves o muy viejitos, como cupos en hospitales, medicamentos que no pueden conseguir, cosas así...los ayudamos porque hay gente que le cuesta decir lo que necesita o pedir hora, a veces por miedo, porque tienen miedo que los discriminen o que no los tomen en cuenta, hay mucha gente que llega aquí con mucho miedo, ahí nosotros hablamos con las chiquillas o los acompañamos en sus cosas” (Piutrin, F.I.3)

“...nos relacionamos con varios funcionarios, pero más con la matrona del consultorio, a través de ella hacemos las derivaciones de nuestra gente cuando están complicadas, ahí en conjunto buscamos las horas o ella nos dice que vamos a hablar con tal persona para que nos ayude con el paciente, para agilizar los trámites como con la asistente social del consultorio por ejemplo”
(Huenullan, F.I.1)

“...con las charlas o encuentros tratamos de decirles que nosotros no somos igual de los winkas, porque la gente mapuche es complicada para atenderse con los doctores porque no está acostumbrada, porque los ven de manera distinta que a un machi, con ellos hay menos confianza, por eso es difícil que la persona continúe el tratamiento que le da el médico, porque no creen, porque son tímidas, sobre todo las mujeres que no les gusta que las examinen, ni que les hagan exámenes, porque nosotros tenemos otra idea de nuestro cuerpo no es así como mostrarlo no más, es complicado, nosotras tratamos de que ellos entiendan eso” (Huenchual, F.I.2)

En las ideas anteriores es posible identificar dos funciones esenciales que desarrollan las facilitadoras interculturales. Una de ellas posee estrecha relación con la transmisión de aspectos relevantes de la personalidad y cosmovisión del sujeto – “paciente” mapuche a los equipos de salud con el objetivo de que éstos logren comprender la lógica cultural de los usuarios indígenas al momento de establecerse la relación terapéutica y de esta forma aportar para que los diagnósticos y tratamientos se encuentren en relación a los fundamentos cosmovisionales de los mismos, logrando así facilitar el proceso de recuperación de la salud. De igual forma, la transferencia de esta información permite a su vez la derogación de ciertos prejuicios que operan negativamente entre los funcionarios del establecimiento y que han desembocado muchas veces en actos de discriminación basados en años de ignorancia.

Dicha discriminación hoy gracias a la labor de las facilitadoras interculturales entre otras cosas, se ha transformado en positiva en favor de la comunidad mapuche de la comuna que asiste al establecimiento de salud. Ya que éstas en coordinación con los equipos de salud ejercen la función de facilitar y resolver los distintos problemas e inquietudes que puedan llegar a tener los usuarios indígenas al interior del sistema de salud oficial, intercediendo por sus pares para que se les agilicen trámites, se les conceda ciertos beneficios especiales o se les permita una mayor flexibilidad en ciertas atenciones o requerimientos, cumpliendo así una función asistencial dentro de un marco institucionalizado de discriminación positiva, como queda de manifiesto en la siguiente frase: *“la gente lo entiende así, como que es una facilidad que se le está dando, saben que tienen la opción de hacer sus cosas más simples” (Llancapan, C.M.P)*

De esta forma, las relaciones que establecen funcionarios y facilitadoras interculturales dentro de la dinámica que permite el centro de salud, son caracterizadas por los mismos protagonistas de las siguientes formas:

“las personas que trabajan acá en el consultorio colaboran mucho con nosotros y con la gente porque siempre les entregan información del programa, de la atención del machi, están preocupados que renovemos la información que nosotros pegamos o consultan cosas, como que ellos siempre están pidiendo las informaciones para dárselas también a la gente mapuche que no sabe del programa intercultural, de la hora en que estamos las facilitadoras, ellas lo hacen por voluntad propia...” (Huenullan, F.I.1)

“acá es distinto, ellos se sienten parte de lo que nosotros hacemos, nos apoyan, nos sentimos parte del consultorio, hay una relación muy buena, muy respetuosa, siempre andan pendiente de nosotros, de lo que necesitamos, nos sentimos parte del consultorio, no extraños.” (Piutrin, F.I.3)

“Las facilitadoras han llegado muy bien, hay bastante respaldo de los médicos, del director, secretarias, todos, entonces se ha alivianado el trabajo. Hay buen enganche con las personas del establecimiento, incluso uno de los médicos de aquí ya conoce a los pacientes mapuches, incluso gracias a nosotros aprendió a saludar a la gente en mapudungun, incluso le dice a la gente que aprenda el idioma, que el idioma es bonito y que deberían aprender más de su cultura, le habla de nosotros (facilitadoras interculturales, coordinador) que estamos acá...” (Llancapan, C.M.P)

En las ideas anteriores, términos como: colaboración, preocupación, apoyo y respeto caracterizan la relación que promueven ambos grupos, evidenciándose una visión muy positiva al respecto. Sin embargo, no resulta ser la única perspectiva pues existen otras menos ideales:

“yo creo que las jornadas de sensibilización sirvieron para dar a conocer que existía esto y para que este espacio que ellos tiene sea respetado, o sea porque ya hoy día ya nadie me dice como antes: ¡no es que yo la sala la tengo que ocupar!, hoy día nadie cuestiona que ese es el espacio de ellos, pero de ahí a algo más profundo es complejo aún... Falta más capacitación al personal de salud, pero fundamentalmente a los médicos para que entiendan que esto también existe y que también es una alternativa, algunos aún ni siquiera lo piensan como una opción... o sea yo te puedo decir que aquí por ejemplo cualquier problema que hay con ellos dicen: ¡la Tencha que se entienda con sus indios!, entonces aquí también hay un problema de respeto bastante fuerte, hay

una aceptación pero no hay un respeto, de que los otros son distinto, falta... si somos súper objetivos lo que se hace es que el consultorio presta un espacio para la atención del machi, eso es en el fondo, se presta el espacio bien, sin crear conflictos, ellos atienden a su gente y le dan los medicamentos en su área, pero no tiene que ver mucho con el resto". (Valenzuela, C.W.P)

"...Tal vez un poco, un poco pero no muy interiorizadamente, a lo más un saludo, el compartir un poco cuando se hace alguna atención, pero de ahí a algo más directo entre los mapuches y los funcionarios, no, no se da mucho tampoco...no hay ese tipo de intercambio de sabidurías entre el machi y los doctores, no, solo compartir momentáneamente pero a nivel de medicina, de salud nunca se ha dado eso..." (Huenchual, F.I.2)

El análisis de ambas perspectivas da cuenta que al interior del espacio de coexistencia de sistemas médicos que caracteriza al consultorio Poniente, se presentan relaciones paradójicas entre estos grupos, ya que por un lado se evidencia cierto nivel de colaboración pero paralelamente también se patentizan relaciones de conflicto, de invisibilización, de asimilación e incluso de descalificación de la tradición biomédica hacia el saber mapuche y sus representantes.

V.2.2.2 La facilitadora y el machi...puro newen.

Es importante enfatizar que las funciones que desarrollan las facilitadoras interculturales en la atención del *machi*⁴⁶, no se reducen solamente a lo que dura la relación terapéutica que establece el sanador con quienes recurren a él en busca de la tan ansiada mejoría, sino que existe una etapa previa y otra posterior a ésta en que también participan activamente las facilitadoras.

La función que realizan las facilitadoras interculturales dentro de lo que concierne la atención del *machi*, comienza una vez que se les asigna un día y horario específico a las personas que deseen atenderse con éste. Para eso las facilitadoras se trasladan especialmente a los tres centros de atención primaria de salud de Pudahuel⁴⁷

⁴⁶ De acuerdo a los datos de evaluación del programa durante el año 2005, las personas beneficiarias con la atención de machi fueron 209 con un total de 1.025 atenciones.

⁴⁷ Consultorio Poniente, La Estrella y Gustavo Molina.

durante la primera semana de cada mes, intentando captar la totalidad de la población mapuche de la comuna que asiste a los distintos establecimientos de salud, ofreciéndole los beneficios de la medicina mapuche.

Sin embargo, esta actividad no se limita exclusivamente a la asignación de una fecha determinada para una cita con el *machi*, sino que involucra otros elementos que se presentan igual o mayormente significativos:

“...por eso que cuando la persona va a pedir la hora yo converso con ellos y les pregunto por qué quiere ir al machi, cuál es su motivo de consulta, cuál es la enfermedad que ellos tienen, si están viendo médico o si no ven médico, por qué no están viendo médico, entonces todos esos antecedentes son importantes porque uno de alguna manera aliviana el trabajo del machi, porque uno ya tiene un antecedente del paciente, entonces antes de que ese paciente entre a conversar directamente con el machi, él sabe a qué va ese paciente” (Huenullan, F.I.1)

“...preguntarles por qué quieren atenderse con el machi, qué es lo que esperaban ellos de la atención, ahí se le da una hora, indicarle la fecha de la atención, tomarles los datos, entonces cuando ellos vayan a atenderse con el machi ya haya algo avanzado, eso ayuda a que la atención con el machi sea más rápida, porque en el consultorio llega mucha gente a atenderse con el machi y eso a ayudado para que no se haga tan pesada la atención, para que así el machi se preocupe solamente de ver al paciente y no de verle los datos, porque esa es nuestra función” (Huenchual, F.I.2)

“...entonces acá la persona llega donde la facilitadora plantea su problema y si lo podemos atender, se atiende y se le orienta, entonces ya la persona viene bien informada y solamente tiene que venir y pasar al machi, el machi también sabe que esa persona viene informada, así es más fácil sino se perdería tiempo.” (Llancapan, C.M.P)

De esta forma, en el momento de la entrega de horas de atención para la medicina mapuche las facilitadoras entablan una detallada conversación con cada una de las personas que desean entrevistarse con el *machi*, diálogo en el cual se puntualizan importantes referencias personales y clínicas de cada una de éstas. Como motivaciones de consulta, explicación del auto diagnóstico y sus razones, entre otros.

Esta información es transmitida al *machi* precedentemente a que se establezca la relación terapéutica, situación que permite su simplificación y agilización. Así el agente médico mapuche se consagra únicamente a su labor sanadora teniendo en cuenta claramente, gracias a la labor de la facilitadora, quién y por qué está ahí la persona que desea curarse. Asimismo, las facilitadoras interculturales desempeñan la tarea de mediar el primer contacto entre el *machi* y quien acude a él, pues según la tradición mapuche la comunicación con una figura de esta investidura implica la posesión y el manejo de ciertos principios, como se explica a continuación:

“...ayudamos para que la persona que va las primeras veces donde el machi sepa que hacer, porque mucha gente no sabe comunicarse con un machi porque no lo ha vivido nunca...” (Huenchual, F.I.2)

“...aunque nosotros estamos acá en la ciudad y la mayoría de la gente son nacidos acá, para nosotros como mapuches la atención del machi no es llegar y atenderse con el machi, quizás lo pueden hacer las personas que dominan el idioma y pueden conversar con el machi pero la persona que no sabe conversar...eso requiere de un tiempo, porque la gente de acá no sabe, ¿cómo llego?, ¿cómo le pregunto?, ¿cómo le digo? lo que pasa es que en nuestra cultura ellos son autoridades entonces no cualquiera llega y va a saludar a un machi, sino que tiene que dominar el idioma y conocer la costumbre nuestra, hay toda una presentación de la persona, una conversación” (Huenullan, F.I.1)

En los relatos anteriores es posible identificar que parte de la población mapuche de la comuna que recurre a la práctica médica mapuche, desconoce por completo la manera de acercarse y comunicarse con el *machi*, deficiencia que es enmendada por la acción de las facilitadoras, pues éstas acompañan y guían el primer acercamiento. Igualmente, el dominio de este rito de aproximación se haya ligado al manejo del idioma originario y al conocimiento de la “costumbre”, la que no estaría presente en la vida de los *warriache*.

De igual forma, las facilitadoras interculturales cumplen la función de educar e informar detalladamente sobre los fundamentos esenciales de la atención del *machi*, ya que muchas de las personas que llegan a atenderse con éste, los ignoran por completo o presentan confusiones al respecto:

“...explicarles a las personas de qué se trata lo que hace un machi, porque mucha gente no sabe cómo es el trabajo de un machi, la gente espera encontrarse ahí con un yerbatero, con un brujo, con alguien que le vea la suerte, entonces esa es la diferencia que hay entre la gente que no sabe y la gente mapuche que sí sabe de la atención” (Huenullan, F.I.1)

“...contarles con quién se iban a encontrar, que el machi no les iban a adivinar las cosas, porque hay gente que hace unas preguntas absurdas, entonces antes que ellos entren a la atención con el machi yo les explico que él no es un doctor directamente, sino que es otra persona, es un machi, es alguien que atiende desde el medio espiritual y no del medio escrito, darle a conocer eso a la gente, porque la gente piensa que la atención de un doctor es similar a la de un machi, entonces la gente espera que la atiendan a la hora puntual, los minutos necesarios y obviamente nunca es así, la atención de un machi es muy distinta porque ellos tienen otra forma, no tiene horario, no tienen minutos definidos de tiempo para la atención, todo eso es un poco mi función, orientar a las personas que van a atenderse y contarles de los resultados que se van a obtener con la atención, hay personas que esperan mejorarse de un día para otro, como la inyección que ponen los médicos y al otro uno está bien, ellos esperan que ocurra un poco eso y con el machi eso no es así, obviamente es un proceso de tiempo, de creer.” (Huenchual, F.I.2)

Las funciones anteriormente descritas realizadas por las facilitadoras interculturales dan cuenta de la etapa precedente al momento de la realización del ritual curativo que efectúa el *machi*, proporcionando orientación, información y educación sobre el rol terapéutico y cultural de éste, simplificando de esta forma su labor. Sin embargo, sólo una de las tres facilitadoras está presente durante la relación que se establece entre quien cura y quien desea ser sanado⁴⁸, realizando un papel determinante para el óptimo desarrollo de ésta, como pasaremos a revisar a continuación:

“También las facilitadoras estamos en la tarea de traducir a la persona lo que dice el machi porque hay palabras que el machi no te las va a decir en castellano te lo dice en mapudungun cuando entra en trance, la cual yo en este caso tengo que decirle a la persona lo que significa, o lo que el machi dice o pide para traer, o que el tratamiento es de esta forma, una traductora, traducir lo que el machi está diciendo... pero cuando la persona habla el idioma solo se comunica en ese”.(Huenullan, F.I.1)

⁴⁸ No obstante, otra de las personas que integra el actual grupo de facilitadoras interculturales desarrolló anteriormente esta labor por dos años seguidos, siendo la primera persona que realizó esta labor.

“...por eso es importante manejar el idioma porque ellos (machi) hablan el idioma y si uno no lo habla no entiende y si le habla al paciente en mapudungun el paciente no entiende entonces uno ahí tiene que traducir lo que el machi le está diciendo, también hay momentos en que el machi necesita hablar en mapuche para transmitirle algo a uno que uno no más en ese momento debe saber, aunque esté la otra persona, aunque esté el paciente, en el caso de una enfermedad grave del paciente para no asustarlo...”. (Huenchual, F.I.2)

“...También porque puede ir un paciente que a veces no sabe expresarse entonces uno lo escucha y le expresa lo que quiere decir al machi, entonces está la facilitadora para comunicarse con el machi, como ella sabe hacerlo y comunicar la información...” (Huenullan, F.I.1)

La labor de traducir del *mapudungun* al español las ideas que el machi transmite cuando logra un estado de trance para que el *fileu*⁴⁹ realice el acuerdo con los espíritus perturbadores y encuentre el remedio y procedimiento exacto para restablecer el equilibrio del enfermo (salud), se presenta como una tarea fundamental ya que a través de ésta la persona aquejada logra comprender a cabalidad lo que machi expresa o solicita durante el ritual terapéutico, logrando de esta forma una mayor posibilidad de eficacia en el proceso de recuperación de la salud. Igualmente, la facilitadora se constituye en un puente de comunicación para el enfermo, pues atiende a sus palabras y posteriormente explica al *machi* sus inquietudes o dudas.

Al simplificar la comprensión y atención del *machi*, la facilitadora intercultural se convierte en una figura vital para éste, en una *zungun machife*, al apoyarlo en sus labores e interpretar cuando se encuentra en estado de trance, además de actuar como mediadora entre el *newen* (fuerza, poder espiritual o mental) del *machi* y el enfermo:

“Un machi no puede atender solo a una persona, en el mundo mapuche siempre el machi tiene un intermediario, tiene una persona antes que él, un hijo o su señora, una persona de confianza, siempre...como su forma de trabajar es espiritual y cuando la persona es sola obviamente no tiene a quien recurrir, por eso la facilitadora se hace necesaria, pero no cualquier persona puede estar con el machi, una que él habla en el idioma continuamente y porque uno sirve de ayuda con su fuerza, así se dan dos fuerzas al atender a una persona, porque el machi nunca debe estar solo, donde va siempre tiene que andar acompañado, ya

⁴⁹ Espíritu titular del machi que ocupa su cuerpo durante el estado de trance como medio para restablecer el equilibrio y armonía de sus enfermos.

sea de un hombre o de una mujer, y estas personas tienen que dominar la cultura, saber conversar con el machi, porque el machi tiene sus temas de conversación... ”. (Huenchual, F.I.2)

...son dos fuerzas que se unen porque si un machi estuviera solo no tendría tanta fuerza, y esa persona tiene que tener mucho newen, mucha fuerza el que esté acompañando al machi, porque si no tiene esa fuerza ¿Qué newen le va a dar al Machi? Ninguno...ser facilitadora no es fácil pero trabajar tan cercanamente con un machi es más difícil todavía porque llegan todo tipo de enfermedades, enfermedad natural, enfermedad de espiritualidad, que tiene cargas negativas la personas, se enferman y eso también transmite la enfermedad a las personas que atienden, un machi recibe todo el mal que tú tengas, toda tu enfermedad se lo trasmite al machi y a la persona que está a su lado también, porque hay personas que llegan con fuerzas negativas, que le dicen el mal, con enfermedad de mal, tú quedas muy agotada, por eso el machi no atiende como un médico que termina con uno y sigue con el otro inmediatamente, el machi por eso hace descansos de 10, 15 minutos después de cada paciente, porque el machi queda muy cansado, trabaja mucho la vista y el espíritu queda muy cansado y una también, a mí me duele mucho la cabeza, decaimiento, mucho sueño, me da un sueño terrible, por eso mismo don Oscar a veces duerme en el consultorio un rato, por el cansancio, entonces no es fácil trabajar cercanamente con un Machi” (Huenullan, F.I.1)

Además de tener un rol preponderante antes y durante el ritual terapéutico que efectúa el sanador indígena, la facilitadora intercultural no terminan su labor ahí pues posteriormente se dedica a la entrega de las infusiones de hierbas medicinales⁵⁰ que el *machi* suministra como tratamiento a la enfermedad precisada a través del *willentún* o diagnóstico que hace por medio de la minuciosa observación de la orina de sus enfermos. Para esto lleva un detallado registro de los litros entregados a cada una de las personas atendidas, especificando sus datos personales, el número de atenciones recibidas, los

⁵⁰ Es importante señalar que las plantas medicinales que no es posible encontrar en la ciudad y que necesita el machi Oscar Benavente para la elaboración de sus remedios, son extraídas de los bosques de la comuna de Carahue en la región de La Araucanía. Para eso el coordinador del programa viaja aproximadamente una vez al mes en busca de ellas, una vez allá un machi de la comuna sureña se encarga de recolectarlas con previa orientación e información de don Oscar sobre cuáles son las hierbas y la cantidad que necesita para sus preparaciones. El resto de las hierbas se extraen del invernadero que el Consejo Mapuche Pudahuel posee gracias a que se adjudicó hace unos años atrás un aporte financiero del Fondo de Solidaridad e Inversión Social (Fosis), en la actualidad su mantención corre por cuenta de la organización. De acuerdo a los datos de evaluación del programa durante el año 2005, los litros de medicina entregada por el machi a los usuarios fue superior a los 2.000 lts.

síntomas, el diagnóstico y la evolución de los tratamientos dada la prescripción de determinadas dosis diarias del brebaje medicinal.

“todo lo que es documentación y fichas, todo eso se mantiene acá en el consultorio, no se anda para un lado y para otro con eso. Cada persona tiene su número de ficha, ahí se le ponen sus datos, ahí está lo que el paciente tiene y lo que tiene que hacerse, ahí también las funcionarias de la otra parte anotan cuando la persona se atiende con la otra medicina...” (Huenullan, F.I.1)

De esta forma cuando el *machi* culmina su proceso de sanación, el que ha sido acompañado permanentemente por la facilitadora, ésta sigue su labor mientras el chaman mapuche aprovecha de descansar y reponer fuerzas para poder dar la bienvenida a una nueva persona que recurre a él en busca del ansiado restablecimiento de su salud.

V.2.2.3 Las facilitadoras y su gente...

Aunque es evidente que cada una de las funciones que desempeñan las facilitadoras interculturales ya sea con los equipos de salud y con el *machi* se realizan en directo beneficio de la población mapuche de la comuna, existen otras que se efectúan directamente con ésta⁵¹. De esta manera, las facilitadoras junto con difundir la medicina mapuche, ejercen permanentemente la función de incentivar a la población beneficiaria a acceder al sistema médico oficial a través de la utilización de los beneficios que el programa actualmente posee como la atención y entrega gratuita de prótesis odontológicas. Asimismo, educan sobre aspectos relevantes de prevención y diagnóstico oportuno de enfermedades *winkas* al impulsar la realización de determinados exámenes:

“Nosotras le entregamos información a la gente para que se venga a atender al consultorio, para que se hagan los exámenes necesarios e importantes para tener un buen estado de salud, les contamos de qué se tratan, les decimos que son importantes, lo que pasa es que la gente mapuche es súper complicada para esas atenciones, sobre todo las mujeres por eso siempre se les dice que vayan donde la matrona, incluso don Oscar a veces después de su atención derivaba a

⁵¹ Según los datos de evaluación del programa durante el año 2005, las personas atendidas por las facilitadoras interculturales fueron 2.932.

otro especialista, porque hay enfermedades winkas que el machi no puede sanar...” (Huenchual, F.I.2)

“Aparte de la atención de machi nosotros tenemos atención dental, tenemos oftalmología, también tenemos el Pap, en la cual uno de los problemas que hemos tenido que nuestra gente es un poco reacia a la atención del Pap y para que sea hagan el Espa también, las facilitadoras están en traer a la gente al consultorio y a la otra medicina” (Llancapan, C.M.P)

“Damos información a las personas, a nuestros lamnguen (hermanos) que llegan al consultorio, nosotros como que los rescatamos de ahí, porque ellos se sienten desorientados y los acogemos, los ayudamos, les informamos cuáles son sus beneficios gratuitos, les decimos dónde tienen que ir, cómo lo tienen que hacer, porque hay gente que aquí adentro se pierde, no se haya cuando quieren ver a medico o hacerse algún examen...” (Piutrin, F.I.3)

Como es posible constatar en los relatos anteriores, las facilitadoras realizan la función de impulsar y apoyar la práctica de exámenes como el Papanicolau (PAP) en el caso de las mujeres y el Examen de Salud Preventivo del Adulto (ESPA), ya que reconocen manifiestamente en la población mapuche de la comuna especialmente en las mujeres una importante reticencia con la atención en la medicina occidental. A su vez, validan la importancia de ésta principalmente en los casos en que la medicina mapuche por tratarse de alguna *enfermedad natural* no puede combatirla:

“Hay casos en que la medicina mapuche no puede curar algunas enfermedades porque hay muchas hierbas que ya no están, o son enfermedades winkas o la enfermedad está muy avanzada” (Llancapan, C.M.P).

De esta forma, la labor que realizan las facilitadoras permite mejorar la accesibilidad, calidad y oportunidad de atención en el sistema de salud hegemónico para la comunidad mapuche de Pudahuel. Optimizando el acceso a las prestaciones y ampliando las coberturas de la atención primaria de salud en esta población específica.

Otra de las funciones que realizan estas mujeres, es la permanente transmisión de variada información que no se relaciona directamente con sus roles de facilitadoras en el ámbito de la salud, pero que es requerida constantemente por quienes recurren a ellas.

“...son tantas las cosas, van a preguntar de vivienda, cómo postular, a qué oficina tienen que ir, siempre llegan esos tipos de preguntas al consultorio. Lo otro es sobre las becas indígenas, para los niños o jóvenes, de los requisitos, cómo postular...” (Huenullan, F.I.1)

“Nosotros tenemos ciertas informaciones que se manejan que nosotros la entregamos, se orienta a la persona en varios temas...De la CONADI, de los proyectos de la CONADI, consulta de becas indígenas, son varias cosas” (Llancapan, C.M.P)

“No todo es lo de la salud, la atención del machi, sino que uno atiende desde las tareas de los niños, consultas de becas indígenas, de acreditaciones para indígenas, hasta temas legales a veces...eso pasa porque no hay una oficina acá en la comuna, no hay informaciones, entonces la gente llega aquí” (Huenchual, F.I.2)

Como es posible identificar son variados los tópicos abordados, predominando las dudas y consultas sobre derechos o beneficios que proporciona el Estado a través de sus instituciones. De esta forma, las facilitadoras se transforman en interlocutoras y referentes válidos para responder las dudas que puede ostentar cualquier persona que pertenece a un pueblo originario y que habita en la ciudad. Situación que lleva a entablar una relación más allá de la mera transmisión de información.

“...lo que pasa es que la gente mapuche es muy tímida, cuesta que se acerque y cuando se acerca se acerca con desconfianza y entonces ahí empiezan a preguntar, la mayoría de las personas que se acercan lo hacen para preguntar por los beneficios que ellos tiene por ser mapuches, pero después cuando entran en confianza empiezan a contar cómo ellos lo hacían en el sur, cómo era su vida en el campo o empiezan a preguntar de cómo participar de alguna organización, de cómo nos juntamos, dónde...” (Piutrin, F.I.3).

“Yo como facilitadora intercultural transmito todo lo que sé a las demás personas que se les olvidó un poco la cultura, se les olvidó un poco el idioma, para traspasar lo que uno sabe y no dejar que la cultura y el idioma se pierdan...Es que uno como facilitadora tienen que incentivar a la gente mapuche a participar de la organización para que de alguna manera ella, su familia, sus hijos, sus nietos, vayan conociendo la cultura si no la saben, así uno va aportando con los conocimientos que uno tiene, porque los pacientes preguntan por ejemplo de los nguillatún, que por qué los hacen, cómo los hacen, qué se hace en esa ceremonia, o el we tripantu, qué es un we tripantu, la información

de las organizaciones mapuches en la comuna, dónde estas ubicadas, cómo pueden integrarlas o comunicarse con ellas, o qué hacen dentro de la organización, cómo incentivar a los niños para que los niños también se queden con nosotros, esas preguntas llegan de la gente que nacieron y se criaron acá en la ciudad.” (Huenullan, F.I.1)

”.....lo que pasa es que las facilitadoras interculturales se van convirtiendo en una especie de asistente social, que buscan el bien de la gente, de colaborar, pero con la cultura, de entregar confianza al paciente, porque uno puede pasar horas y horas conversando con ellos, uno como facilitadora también escucha a la persona y lo orienta, no solo de darle la información, sino que uno los escucha, se preocupa, y ya la persona se saca un peso de encima, porque ellos tiene confianza con las facilitadoras”. (Huenchual, F.I.2)

De este modo, se desprende la importancia que tienen las facilitadoras interculturales en cuanto a orientar, acercar y despejar dudas sobre variados aspectos del mantenimiento de la cultura mapuche en la ciudad, convirtiéndose así en referentes y alicientes para aquellos que desconocen, han perdido o quieren recuperar la identidad en un contexto urbano. Igualmente, desarrollan una significativa función de rescate cultural, de recuperación de valores, que permite incluso compartir la memoria de la vida en comunidad:

“...lo que pasa es que al momento de conversar con la persona que se va a atender y sentarlo a la mesa donde se va a dar la atención se comunican otro tipo de conocimientos y con eso ellos se sienten como rescatados en la ciudad...” (Piutrin, F.I.3)

Al dar cuenta de las principales funciones que realizan las facilitadoras interculturales al interior del consultorio Poniente con cada una de las personas con que se relacionan, podemos señalar que la temática de la salud constituye la punta de lanza para abordar otras materias. Por lo que su rol no se limita solamente a este ámbito, el de la atención de *machi* o de la medicina oficial, sino que cumple una función educadora de su cultura, difundiendo y valorizando importantes aspectos del conocimiento mapuche, validando así la idea de la salud como un sustrato integral que se haya relacionado con la totalidad de los aspectos constitutivos de una determinada cultura.

Cuadro N° 4. Cuadro Resumen de Funciones.

FUNCIONES	MECANISMOS DE ACCIÓN
<p>- <u>Sensibilización cultural de los equipos de salud</u>, dando a conocer aspectos primordiales de la cosmovisión del usuario indígena (medicina, religiosidad) para establecer un diagnóstico integral y la subsiguiente recuperación de la salud.</p>	<p>- Jornadas de sensibilización de los equipos de salud en cosmovisión mapuche, muestras culinarias y de vestimenta mapuche.</p> <p>- Entrega de folletos informativos sobre cultura mapuche.</p>
<p>- <u>Entrega de información</u> del Programa de Salud y Pueblos Indígenas, organizaciones y cosmovisión mapuche y beneficios estatales entre otros contenidos a la comunidad mapuche de la comuna. Información cultural.</p>	<p>- Entrega de folletos informativos (medicina mapuche, derechos en salud (AUGE), derechos y beneficios del Estado como vivienda, becas, etc.)</p>
<p>- <u>Facilita el acceso del usuario mapuche a las distintas áreas y beneficios del sistema de salud oficial. Discriminación positiva.</u></p>	<p>- Agilización de trámites dentro del consultorio a los usuarios mapuches, inter - consultas, hospitalizaciones, asistencia social, beneficios, etc.</p>
<p>- <u>Coordinación y preparación de la atención de la medicina mapuche (machi).</u> Labor previa.</p>	<p>- Entrega de horas de atención en cada uno de los consultorios de la comuna a las personas que deseen atenderse con el <i>machi</i>.</p> <p>- Asistencia y compañía al usuario mapuche durante el proceso previo a la atención del <i>machi</i>, preparándolo e informándolo de las características de la atención de la medicina mapuche.</p> <p>- Durante este mismo proceso la facilitadora informa al <i>machi</i> de los motivos de consulta del enfermo, sus síntomas o enfermedades anteriores, realizando una evaluación y diagnóstico previo.</p>

FUNCIONES	MECANISMOS DE ACCIÓN
<p>- <u>Asistencia del paciente durante la atención de la medicina mapuche.</u></p>	<p>- La facilitadora traduce al español y explica lo que el <i>machi</i> dice y manifiesta durante la atención.</p> <p>- Colabora con el <i>machi</i> en la explicación del diagnóstico y tratamiento del paciente.</p>
<p>- <u>Orientación de la población mapuche al acceso de las prestaciones de salud occidental</u></p>	<p>- Incentiva la toma de exámenes preventivos (Pap, Espa, entre otros.)</p> <p>- Entrega horas de atenciones dentales y oftalmológicas, garantizadas a la población indígena de la comuna por el Programa de Salud y Pueblos indígenas.</p>
<p>- <u>Realización de actividades de rescate cultural dentro y fuera del consultorio.</u></p>	<p>- Ejecución de ceremonias mapuches dentro del establecimiento de salud.</p> <p>- Muestras culinarias.</p> <p>- Difusión de vestimenta mapuche.</p>

V. 3 VALORACIÓN DEL ROL DE FACILITADORA INTERCULTURAL.

Dar cuenta de la valoración que le otorgan los distintos actores que se relacionan de alguna u otra forma con las facilitadoras interculturales, los mismos que conforman el ámbito comunitario (población mapuche de la comuna, beneficiaria de la experiencia de salud intercultural) e institucional (equipos de salud del centro de atención primaria y encargados del Programa de Salud y Pueblos Indígenas a nivel ministerial, de servicio de salud y de consultorio), permite entregar importante luces sobre el significado y aporte de esta estrategia. Siendo igualmente relevante la perspectiva de las propias facilitadoras.

V.3.1 La Perspectiva Comunitaria...Los Usuarios de las Facilitadoras.

“para mí ellas son muy importantes, porque me incentivaron a participar de lo mapuche, ellas ayudan mucho a la gente, tienen paciencia, una me está averiguando cómo se hacen los trámites que tengo que hacer... explican todo de nuevo, a uno le anotan las cosas para que no se le olvide, no se demoran nada en atender, para nosotros son súper importantes...” (León, U.M.1)

“yo vine un día con mi guagua y estaba muy triste, con depresión, y una de las facilitadoras se me acercó y me preguntó que me pasaba, me ayudó, me escuchó, me tomó en cuenta, le importó lo que yo le decía, ella me contó del machi, de ser mapuche, de sentirse orgullosa de ser indígena, me dijo que aquí la gente se junta en reuniones, actividades, la gente comparte su vida...ellas son buenas, son nuestras hermanas, ...” (Caripan, U.M.3)

“ayudan a entender algunas cosas que dicen los médicos o el mismo machi, explican con otras palabras, a uno lo tratan muy bien, ellas hacen su trabajo con amor, se nota, les gusta, no es como las otras niñas de acá (funcionarias administrativas del consultorio)” (Marihual, U.M.2)

“para mí ellas son una ayuda, ellas explican mejor lo que uno tiene, porque yo le entiendo más a la Carmen (facilitadora) que al machi, para mí son muy necesarias”. (Ruiz, U.M.4)

“lo acompañan a uno en el consultorio, uno así las cosas se hacen más rápidas, es bueno porque están tratando de dar a conocer la medicina mapuche, dándola a conocer, ayudando su pueblo” (Ñancuqueo, U.M.5)

En términos generales, las apreciaciones que confiere la población mapuche de la comuna en torno al rol que desempeñan las facilitadoras interculturales se encuentran directamente relacionadas a las distintas funciones que éstas desempeñan en directo beneficio de las personas y el pueblo que representan. Estas apreciaciones resultan ser bastante positivas, ya que se hayan ligadas a ideas como: “*son muy importantes*”, “*hacen su trabajo con amor*”, “*ellas son buenas, son nuestras hermanas*”, “*son muy necesarias*”, “*ayudando a su pueblo*”.

Asimismo, la valoración del rol también se relaciona con las características personales de las facilitadoras quedando en evidencia la empatía y cercanía que éstas sustentan, estableciéndose incluso tajantes distinciones con las trabajadoras administrativas del consultorio. Cuestión que lleva a pensar que en el imaginario de este grupo la labor de las facilitadoras de alguna manera se encuentra ligada al rol de una funcionaria de salud más del centro de atención primaria, pero estableciendo importantes diferenciaciones, principalmente en la calidad, rapidez y confianza en la atención.

Por otro lado, algunas de estas personas dan cuenta de falencias y proponen a su vez medidas concretas para mejorar el rol de las facilitadoras interculturales al interior del consultorio, hecho que ayuda a vislumbrar ideas sobre cómo conciben el arquetipo de esta figura:

“...yo no entiendo por qué no están todos los días de la semana como ellas (funcionarias administrativas del consultorio)” (Marihual, U.M.2)

“...sería bueno que siempre estuvieran aquí, todos los días” (Ruiz, U.M.4)

“Eso sí que debieran tener una oficina, un lugar como los otros doctores y no que anduvieran de aquí para allá” (Ñancuqueo, U.M.5)

De esta forma se evidencia una importante preocupación por el mejoramiento del desarrollo de esta estrategia, puesto que se ha transformado en un fundamento necesario e importante de apoyo para todos aquellos que llegan en busca de la redención de su equilibrio físico, mental y/o espiritual a un escenario la mayoría de las veces distante y hostil.

V.3.2 La Perspectiva Institucional... desde el MINSAL al Consultorio.

Entre quienes sustentan esta perspectiva es posible identificar dos grupos. En el primero se encuentran aquellos que desempeñan su labor al interior del consultorio Poniente y que por ende comparten habitualmente con las facilitadoras interculturales. Mientras que en el segundo, aquellos que perfilan e intervienen los lineamientos de esta figura desde el Ministerio de Salud y el Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

Estos últimos, desde sus respectivas posiciones y tomando en cuenta el nivel de proximidad que poseen con las facilitadoras, exponen sus apreciaciones a continuación:

“...tienen la importancia de hacer visible que hay interpretaciones y comportamientos distintos que pueden llegar a favorecer la recuperación de la salud y que el sistema de salud debe conocer esas interpretaciones y comportamientos y entendimientos distintos, para poder ser en este caso permisivo...El facilitador intercultural urbano como tal, tiene desde mi punto de vista una necesidad que es marcar territorio y presencia de los mapuches en el campo urbano, que tiene que ver con el fortalecimiento de la cultura más que con funciones de traducción u otra cosa como sucede en el sur.”(Saéz, E.P.M)

“el valor está dentro del ámbito de lo asistencial, porque para mí el facilitador aunque no es el icono de la medicina ancestral sería un factor reconocible, estandarizable dentro de la lógica occidental, es la persona, individuo o gente que hace conversar a las dos culturas y que es reconocido por los dos, o sea la comunidad médica lo reconoce y la comunidad mapuche lo reconoce también y como él conoce el funcionamiento del sistema oficial les dice: en lo oficial la cosa es así o asá y los ayuda en eso, los ayuda a coordinarse con el grupo de salud e insertarse”. (Ríos, E.P.S)

Entre los relatos anteriores se evidencian posturas disímiles en cuanto al significado que posee la figura del facilitador intercultural. Mientras uno de ellos pone énfasis en el valor que ésta posee como agente paradigmático y revalidatorio de su identidad étnica constituyéndose en un referente para dar cuenta de una realidad invisibilizada en el contexto urbano, específicamente en el del sistema médico oficial; el otro lo hace contrariamente en su valor práctico y asistencial, valor que se potenciaría producto del doble reconocimiento que ostenta.

Por otro lado, las visiones que emergen desde el interior del centro de atención primaria de salud son las que pasaremos a revisar a continuación:

“con ellos sí han habido cambios, pero son cambios sutiles, yo creo que hay ahora una cosa distinta de los funcionarios, de preguntar, de consultar, de interesarse más, de ver las cosas de una visión más completa, una visión....No, yo no diría holística todavía, pero....yo creo que habría que cambiar un poco su función, pero no hemos logrado que el facilitador esté en forma permanente, todos los días, sería bueno que cumplieran un rol de visitar a su población, de ver los problemas de salud pero en terreno, estar abajo, con la comunidad y ahí hacer reuniones, y ahí capacitar e informar y desde ahí generar la relación con el sistema de salud, yo creo que hay que hacer cambios fundamentales en ellos” (Valenzuela, C.W.P)

“encuentro buena su labor porque ellos fomentan su cultura, la enseñan, enseñan su medicina, además que atienden muy bien a su gente...son buenas personas” (Rodríguez, F.C.3)

“establecen relación con el personal, de hecho yo he aprendido bastante de la medicina y de la cultura mapuche, eso bueno para nosotros, pero para la gente mapuche es ellos son importantes porque les dan la oportunidad de tener otra alternativa de salud, creo que sería bueno que tuvieran un espacio físico más adecuado para atender y que estuvieran un poco mejor informados...de consultorio, etc.” (Madariaga, F.C.1)

En las ideas precedentes se constata una positiva valoración de la estrategia intercultural en cuestión, específicamente del aporte que realiza para la población mapuche de la comuna y de la sensibilización cultural de los equipos de salud clínicos y administrativos, aunque se reconoce también que esta última no se ha desarrollado en su plenitud. De esta forma, se proponen ciertas reformas al rol relacionadas principalmente con la instauración de una función menos estática y centralizada en el consultorio y más activa y cercana a la población mapuche.

Igualmente, se cuestiona el nivel de información que las facilitadoras manejan y se propone a su vez la entrega de un lugar apropiado para la realización de sus labores. Junto con estos cuestionamientos, es posible encontrar enfoques considerablemente más críticos del rol que desempeñan las facilitadoras intercultural al interior del consultorio Poniente:

“les ayudan a los otros mapuches, pero les falta conocimiento de salud en general, a veces creen que las cosas aquí son fáciles y no es llegar y hacerlas, hay tiempos, conductos regulares, etapas...ellos creen que las cosas son fáciles y no es así” (Aliaga, F.C.2)

“ ...yo veo que no es mucho su aporte y ganan hartito más que un auxiliar que trabaja 8 horas diarias, pero ellos no lo ven así, solo vienen los días que viene el machi, cuando ellos deberían tener una presencia estable, solo vienen miércoles y viernes, ¿pero qué pasa el resto de la semana?... ” (Nuñez, F.C.4)

Nuevamente reaparecen los cuestionamientos a los horarios laborales de la facilitadoras interculturales, pero esta vez no como una recomendación de extensión de éstos como lo hacen los usuarios mapuches del centro de salud sino como una crítica directa, fundada en una comparación con los honorarios normales de ciertos funcionarios de salud. Se cuestiona una vez más también, la falta de conocimiento sobre el funcionamiento del sistema de salud público.

V.3.3 La Mirada de las Protagonistas.

“yo siento que ellos con nosotras se sienten que están reconocidos en el país, que no están como solos en este mundo, ellos te dicen: oye que bueno que están aquí, como que están apareciendo, ellos pensaban que antes estábamos desaparecidos y como que la cultura mapuche empezó a florecer...Les gusta que nosotras de alguna forma estemos destacando nuestra cultura, eso les gusta mucho, yo creo que con eso se dice todo, se sienten rescatados de la ciudad, les gusta mucho vernos, les gusta mucho vernos vestidas, nos dicen que se sienten un pedazo más de nosotras, nos dicen: a mi me gustaría vestirme así, pero quizás nos lo hago por vergüenza o porque quizás qué me van a decir. Ellos se alegran del hecho de vernos, nos felicitan por estar rescatando la medicina, la cultura, porque ellos se sentían perdidos entonces al ver que estamos en la ciudad trabajando por ellos, se sienten importantes...” (Piutrin, F.I.3)

“el trabajo de facilitadora no es sólo en el consultorio, hay gente que viene a mi casa los sábados y domingos y me pregunta cosas entonces tengo que atenderla o me vienen a dejar documentos, o me piden información y uno no les puede decir: yo ahora no lo puedo atender porque no es mi hora de trabajo, vaya al consultorio tal día, no, porque nuestra costumbres es así, nosotros tenemos esa consideración con la gente para atenderla y eso a una la hace sentirse bien, de dar, de entregar algo que las personas quizás buscaban hace mucho tiempo y lo

encontraron y el privilegio de estar uno ahí presente y de alguna manera ayudar a todos los pacientes que llegan todas las semana, que uno los vio como llegaron y los ve cómo se van, uno ayuda a subirle el autoestima a la gente también, se da el tiempo de escucharlos... Por eso es que sería importante que existieran facilitadoras todo el año, porque no tenemos enfermos solamente 5 o 6 meses, sino que tenemos enfermos todo el año, por eso ¿no sería bueno que existiera un facilitador intercultural todos los días del año en todos los consultorios?”. (Huenullan, F.I.1)

“Nuestro trabajo es súper importante porque nosotros (mapuches) ya tenemos una persona aquí que está de nuestro lado, porque la otra parte es otra cosa, funciona de otra manera, porque si usted no va a pedir la hora a las 5 de la mañana usted no tiene derecho a la salud, la gente no sabe mucho, no le informan... Aunque no haya atención de una machi en un consultorio o en un hospital, debiera estar una facilitador, una persona mapuche, porque hay mucha gente que ha llegado Santiago y que aún tiene ese miedo, tiene esa barrera, que no ha logrado vencer que a sido por medio de la discriminación, por la misma atención que se les han brindado, porque no tienen un vocabulario apropiado para expresarse, porque no hablan español, hay cosas que ellos no entienden y tienen miedo a preguntar, porque tienen miedo a que los agredan, aún hay gente mapuche que no ha vencido esa barrera y un facilitador puede ayudarlo en eso, ayudarlo a atenderse en un hospital o un consultorio, ojalá hubieran muchos ayudando a nuestra gente, como un intermediario antes de ingresar a una atención, que reciban una orientación antes de inscribirse, cosas así, mínimas, pero que son súper importantes para nosotros” (Huenchual, F.I.2)

Atendiendo con detención a las apreciaciones de cada una de las facilitadoras interculturales, resulta innecesario realizar una interpretación más allá del contenido de sus propias palabras, pues por sí solas engloban y son portadoras de todo cuanto de positivo puede llegar a poseer este rol en términos asistenciales y culturales, especialmente para el pueblo que representan.

VI. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

VI.1 UNA GOLONDRINA NO HACE VERANO.

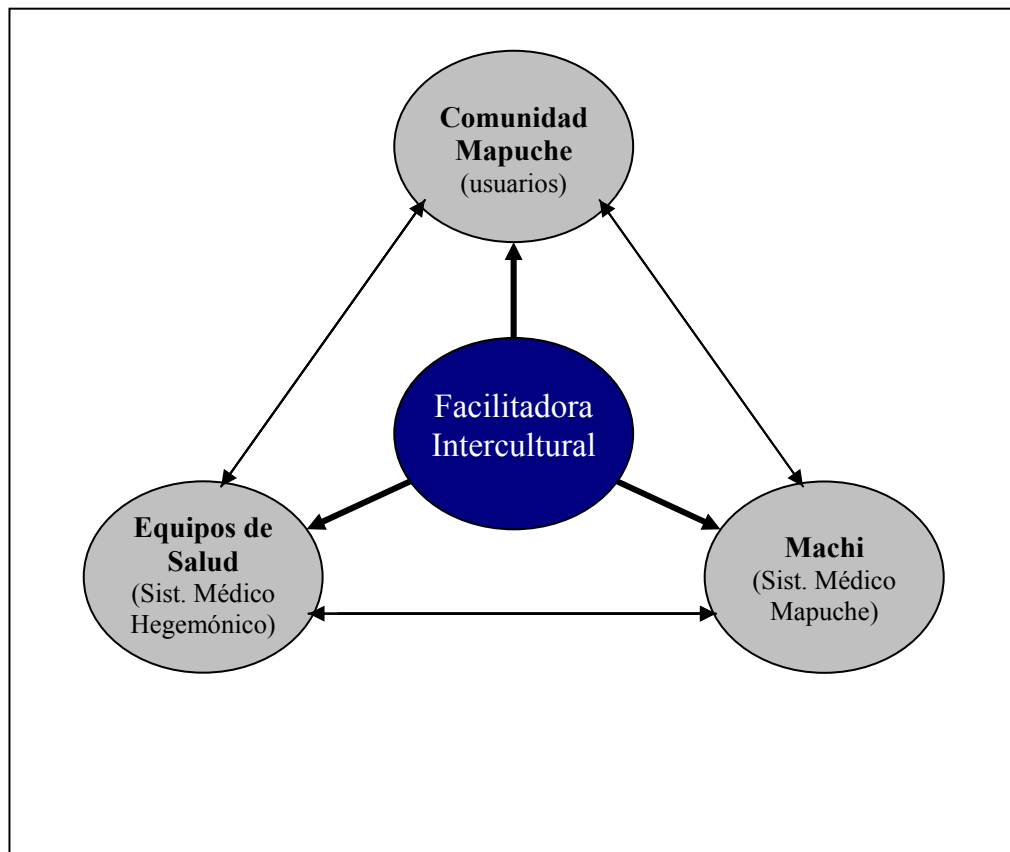
Los resultados anteriores dan cuenta que la figura de la facilitadora intercultural se fue erigiendo al interior de la experiencia de salud desplegada por la comuna de Pudahuel careciendo de directrices claras. Dejando en evidencia que su incorporación responde a la elaboración por parte del Ministerio de Salud de un plan centralizado de política a nivel nacional que se aplica en todo el territorio de igual manera sin considerar variables socioculturales particulares, ni contextualizándose en este caso a la realidad urbana.

No obstante a este desacierto, este agente ha logrado legitimarse al interior de la comunidad indígena que representa a través del ejercicio de su rol, legitimidad proveída en una primera instancia por las organizaciones mapuches de la comuna que componen el programa de salud intercultural, pues son éstas las que validan a las personas en su rol de facilitadoras interculturales luego de calificar sus competencias y verificar si obedecen a los múltiples requisitos que han preestablecido.

Asimismo y como ha quedado de manifiesto, estas organizaciones formadas por vínculos de conocimiento y reconocimiento entre sus distintos miembros tienden a asumir algunas de las funciones sociales y operacionales que cumple la comunidad tradicional. Desempeñando así una tarea fundamental al momento de convocar a sus pares en torno a la socialización y revalidación de la cultura mapuche, generando dinámicas culturales características de la comunidad rural (*nguillatun, we tripantu*, reforzamiento del idioma vernáculo, entre otros) como también otras propias de la urbanidad a través de un proceso de reelaboración cultural. Estas experiencias y las de las mismas facilitadoras permiten establecer que **es posible recrear y reproducir la identidad étnica en el medio urbano** como lo plantean Kilaleo (1992) y Aravena (1995), en contraposición a la postura de José Marimán (1990) en tanto la ciudad no ofrecería un espacio para el desarrollo cultural.

El programa de salud intercultural y específicamente la atención de *machi* al interior del Consultorio Poniente constituye efectivamente un proceso de reelaboración cultural de la medicina mapuche tradicional en el cual las facilitadoras interculturales, como hemos precisado anteriormente a través de la detallada descripción del rol que desempeñan, ocupan un importante sitio. Para dar cuenta con mayor claridad de esta realidad ha sido necesaria la construcción del siguiente esquema explicativo:

Esquema N° 1.
Espacio Consultorio



Fuente: elaboración propia.

En el diagrama anterior queda de manifiesto que las facilitadoras interculturales se constituyen en el **eje** en el que convergen necesariamente las distintas identidades

(comunidad indígena, *machi* y equipos de salud) que componen la experiencia de salud intercultural implementada en este espacio de convivencia de concepciones y praxis diferentes sobre la salud y la enfermedad. Ya que la interrelación y comunicación entre estas identidades diferenciadas se encuentra mediatizada por las distintas funciones que realizan las facilitadoras con y para cada una de estas, transformándose también en un **nexo**.

De esta forma, la función de *zungun machife* como lo denomina Quidel (2005) (nexo entre el *newen* del *machi* y el enfermo), la tarea de sensibilización cultural de los equipos de salud del establecimiento (nexo entre éstos y la cultura mapuche), la orientación de la población mapuche al interior del sistema médico oficial y a sus prestaciones de salud (nexo entre el mapuche y la biomedicina), la transferencia de aspectos relevantes de la personalidad y cosmovisión del sujeto – “paciente” mapuche a los equipos de salud (nexo entre funcionarios y usuarios indígenas) o la difusión y educación de contenidos propios del conocimiento mapuche como el rol terapéutico y cultural del *machi* o el protocolo de aproximación a éste (nexo entre el mapuche urbano y su cultura); son sólo algunas de las importantes funciones que cumplen las facilitadoras interculturales y que apuntan a establecer relaciones de entendimiento y cooperación entre estos actores sociales, sus tradiciones culturales y los sistemas médicos que representan u optan.

En términos generales, las facilitadoras se presentan como un elemento fundamental dentro del cumplimiento de ciertos objetivos del Programa de Salud Intercultural que poseen estrecha relación con la población beneficiaria de éste, principalmente a través de dos funciones y sus respectivos aportes:

- **La Función Asistencial.** A través de la permanente orientación y apoyo de la población mapuche de la comuna al interior del sistema de salud oficial y de su red asistencial, además de fomentar la pertinencia cultural del centro de atención primaria intentando adecuarlo a las características culturales de esta población; la figura de la facilitadora contribuye a mejorar el acceso y la oportunidad de atención, cumpliendo la pretensión del Ministerio de Salud de ampliar la incorporación de los indígenas al sistema médico occidental, favoreciendo la asimilación de las prácticas biomédicas.

- **La Función Identitaria.** Las facilitadoras interculturales al responder a una demanda de orientación y educación por parte de su comunidad de múltiples elementos de la cultura mapuche que superan lo estrictamente médico, se convierten en referentes identitarios importantes para aquellos que desconocen o quieren recuperar la identidad en la ciudad. De igual forma, las facilitadoras al representarlos marcan su presencia haciendo manifiesta la cultura mapuche, visibilizándola y mostrándola como una alternativa más en un espacio caracterizado por una lógica unicultural y que sienta sus bases en el dominio exclusivo de la verdad, la verdad científica.

De esta forma las facilitadoras se establecen en una especie de trabajador social que posee cierta eficacia respecto de problemas específicos y que contribuye culturalmente a su comunidad. Ahora bien, en el escenario que proporciona el Consultorio Poniente y dadas las dinámicas que permiten las facilitadoras a través del ejercicio de su rol ¿Es posible hablar de una interculturalidad en salud, si tomamos en cuenta el planteamiento del Estado a través de la Política de Salud y Pueblos Indígenas (2003) donde este concepto es entendido en términos generales como la complementariedad entre el sistema médico oficial y el indígena como un proceso de acercamiento entre mundos culturales diversos?.

Para responder esta pregunta cabe en primer lugar recordar que las bases conceptuales de estos sistemas médicos no son compartidas, sino que se apoyan en cosmovisiones y valores culturales profundamente distintos y hasta incompatibles lógicamente y culturalmente, como queda de manifiesto claramente en el cuadro comparativo proporcionado por Citarella⁵² (1995). Desde este punto de vista la intención de acoplar operativamente modelos epistemológicos y cosmovisionales disímiles sobre los fenómenos de salud y enfermedad acarrea resistencias y polarización, lo que hace la relación conflictiva por naturaleza.

⁵² Para consultar el cuadro comparativo entre el modelo médico mapuche y oficial, remitirse a la página N° 37.

Las facilitadoras en tanto puentes de comunicación entre ambas concepciones médicas, sus terapéuticas y agentes han desplegado importantes esfuerzos por romper con estas relaciones conflictivas, pero su aporte no ha logrado derogar incluso en un marco de discriminación positiva institucionalizada las prácticas que el sistema de salud occidental sustenta históricamente en relación a las otras tradiciones médicas. Pues, no obstante, las jornadas de sensibilización cultural a los profesionales de la salud occidental específicamente en torno a la práctica médica mapuche, aún se constata una condición de indiferencia e invalidez hacia ésta.

Esta condición queda de manifiesto cuando se recurre a las dinámicas de derivación entre ambos sistemas médicos y sus terapeutas. Es decir, en tanto el *machi* que recurrentemente deriva a sus enfermos al especialista biomédico, de manera contraria esta situación está ausente, ya que la actitud de rechazo o de falta de consideración hacia las prácticas de la medicina mapuche es generalizada entre los agentes de la medicina oficial, produciéndose una **derivación de complementación unilateral**. Quedando en evidencia la inexistencia de un trabajo complementario entre ambos sistemas y sus representantes.

Sin embargo, cabe señalar que los sistemas médicos adquieren existencia a partir de sujetos específicos que los legitiman mediante el uso que ellos hacen de éstos. Es decir, cuando el usuario mapuche previamente bien informado y orientado gracias a la labor de la facilitadora en cada uno de los sistemas médicos que tiene a su disposición en el Consultorio Poniente, opta por la utilización de la medicina mapuche o por la biomedicina para sanarse de determinada enfermedad, eligiendo la alternativa de salud que él mismo legitima como efectiva; es posible reconocer una **dinámica intercultural, pues el usuario distingue las pertinencias de cada sistema y efectúa su elección** (complementación).

En este sentido, se evidencia la existencia de un **itinerario terapéutico** realizado por el usuario mapuche que permite identificar a éste como un agente activo en lo que a salud intercultural se refiere y no sólo como un ente pasivo de los modelos interculturales propuestos desde la institucionalidad de Estado.

De este modo, reconocemos en la complementariedad de sistemas médicos que el mismo mapuche realiza al interior del Consultorio Poniente guiada por las facilitadoras interculturales y no directamente entre agentes o procedimientos del sistema médico oficial y mapuche; la expresión de lo que denominaremos como **interculturalidad empírica** en contraposición a su versión estatal - ideal en la que se pretende una complementariedad directamente entre sistemas.

La posibilidad de una interculturalidad ideal además ser difícil operacionalmente es más complejo aún, como hemos manifestado, cuando se hace patente la devaluación ejercida por el sistema médico hegemónico a la práctica terapéutica del *machi*. Devaluación que tiene su expresión más evidente junto con la unilateralidad de derivación, en la destinación por parte de los directivos del centro de atención primaria del lugar para la atención del *machi*, ya que éste dista significativamente de los box de atención que utilizan los profesionales biomédicos al proporcionarse un espacio carente de condiciones estructurales y de privacidad mínimas, evidenciándose una clara **subyugación espacial**.

Esta situación patentiza las ansias de hegemonía y control que salvaguarda el sistema oficial de salud al interior del consultorio, cuestión que dificulta las posibilidades de revelar estrategias de colaboración ya que las limitaciones que imponen el etnocentrismo, impiden la posibilidad de alcanzar buenos niveles de comunicación intercultural basados en el interés y el respeto mutuo, más allá de la labor que realizan las facilitadoras interculturales.

Estas dinámicas nos remiten a un escenario en el cual se producen actividades médicas específicas, junto con funciones de control y normativización como lo sostiene Foucault (1966) y que tienden a ser opacadas por las primeras. Queda en evidencia un **espacio de poder** donde se manifiesta el control técnico y sociocultural de la biomedicina (ligada históricamente a la figura del Estado) sobre la cultura mapuche y su sistema médico.

Es así como la revalorización de la práctica médica mapuche bajo el control del aparato político central de salud, constituye en sí y ha producido una **occidentalización** de éstas, ya que se han sumado fichas médicas, rendición de prestaciones y tiempo

estimado de atención, entre otros aspectos ajenos a la terapéutica tradicional del machi. Además de generar importantes relaciones de dependencia de los promotores de ésta (organizaciones mapuches y sus miembros), reduciendo la capacidad local de la propia comunidad para asumir un mayor control sobre sus propias prácticas.

De este modo, el Programa de Salud Intercultural en la comuna de Pudahuel opera como un nuevo **dispositivo de etnificación** como lo advierte Boccara (2005), que en este caso posee como consecuencia la **resignificación de la práctica médica atávica mapuche** y la reducción de la autonomía sobre ésta. Esta resignificación da cuenta de un proceso de incorporación de aspectos de la “otra” tradición cultural, dinámica ausente en sentido inverso. Situación que se corresponde con el planteamiento de Montecino (2005) al expresar que *“esto no es una relación intercultural, en una relación ambos aportan aquí sólo uno lo hace”*.

Por otro lado, **las facilitadoras interculturales igualmente constituyen una estrategia de etnificación** en tanto son un constructo estatal de doble militancia (institucional y comunitaria) que a través del ejercicio de su rol, han conseguido al validarse dentro de su comunidad reforzar e incentivar el desarrollo de importantes aspectos étnicos. Sin embargo, no han tenido la misma suerte al interior del Consultorio Poniente en tanto nexos de colaboración entre las lógicas médicas mapuche y occidental, pues *“una golondrina no hace verano”*⁵³.

Esta cooperación es imposible de lograr en la medida en que se continúe entendiendo la salud intercultural simplemente como una respuesta a las reivindicaciones mapuches que Foerster y Vergara (2000) denominan como **étnicas** e ignorando la importancia de los factores estructurales dentro del proceso de salud y enfermedad, como se ha hecho hasta la actualidad desde el nacimiento de la clínica moderna con su enfoque reduccionista. Mientras no se asuma que el proyecto intercultural se manifiesta ontológicamente como conflictivo con el pueblo mapuche, en la medida que subyacen en él un sin fin de problemáticas que superan lo estrictamente médico y que no han sido solucionadas, el fracaso es su constante.

⁵³ Aristóteles. Ética a Nicómaco. Libro primero, capítulo VII.

Entre estos elementos se encuentran:

- El reconocimiento constitucional y (en algunos casos) la demanda por el reconocimiento como pueblo – nación.
- La necesidad de un marco jurídico que garantice el ejercicio legal de los sistemas médicos indígenas.
- La usurpación de las tierras ancestrales mapuche, la contaminación y destrucción de sus ambientes ecológicos en manos de megaproyectos de desarrollo y la invasión de las empresas forestales e hidroeléctricas, situación que impide el ejercicio integral de la medicina mapuche al eliminar los recursos herbolarios y los espacios ceremoniales.
- La situación de precariedad y marginalidad socioeconómica, la discriminación social y la opresión política.
- Y la aprobación por parte del Estado de los convenios internacionales aplicables a los pueblos indígenas en especial la ratificación del convenio 169 de la OIT,

El análisis de estas problemáticas que se hayan intrínsecamente relacionadas, permite concebir la interculturalidad en salud como una entidad global en la medida en que se encuentra directamente ligada principalmente a factores de índole político, en torno a los derechos colectivos del pueblo mapuche, pero también a aspectos económicos y sociales.

Queda entonces en evidencia la necesidad de analizar el fundamento de la salud con características interculturales desde una perspectiva que incorpore en su análisis dimensiones políticas y económicas, que incluya además las condicionantes históricas e ideológicas que determinan la relación entre sistemas médicos diferentes.

De esta forma, mientras las problemáticas anteriores no estén solucionadas, el consultorio Poniente en tanto núcleo de la experiencia de salud intercultural de Pudahuel, seguirá siendo un **espacio dirigido política y administrativamente por el Estado**, en el que se refleja y reproduce la histórica relación de hegemonía /subalternidad (Menéndez, 1994) entre éste y el pueblo mapuche.

Situación que en este caso en particular permitiría sostener la posibilidad que manifiesta Foucault (1966) de que **el espacio terapéutico coincide con el espacio social**.

VII. REFLEXIONES FINALES.

Junto con dejar en claro la necesidad de abordar la temática de la salud intercultural desde una perspectiva integral incluyendo en su análisis los distintos factores que determinan la relación en un mismo espacio entre culturas diferenciadas. Los resultados de esta investigación al dar cuenta de cómo se ha ido construyendo y constituyendo la figura de la facilitadora intercultural, a través de la descripción en profundidad de la coexistencia de sistemas médicos que se da en el Consultorio Poniente, así como de las funciones que desarrollan las facilitadoras interculturales al interior de éste, caracterizando primeramente los fundamentos teóricos y prácticos de sus incorporaciones, al igual que sus procesos de elección, especificando los requisitos, motivos e instancias que definen sus designaciones, incluyendo igualmente la valoración que se le atribuyen a éstas y a su rol desde los actores que representan el ámbito comunitario e institucional y por último rescatando las perspectivas de quienes se han constituido como facilitadores interculturales en cuanto al significado y valoración de su rol en relación a sus vidas como mapuches; aportan a la reflexión de las bases institucionales que elaboran las estrategias de salud intercultural en la Región Metropolitana.

En tanto el cumplimiento de las pretensiones de este estudio, permitió evidenciar la ausencia de lineamientos claros de parte del Ministerio de Salud sobre los objetivos bajo los cuales debía trabajar la figura de la facilitadora intercultural. Sin embargo, a través de la detallada observación de las funciones que éstas desarrollan al interior del Consultorio Poniente fue posible descubrir los objetivos de ésta. Es decir, la indagación en la praxis hizo viable esclarecer el discurso implícito.

A su vez, gracias a la profunda comprensión de estas funciones se hicieron patente ciertas distinciones con las tareas realizadas por el prototipo rural de la/el facilitador intercultural, de esta forma y siendo una de las más significativas, mientras la función principal de éste es estrechar las distancias lingüísticas entre los equipos de salud del hospital o consultorio y el usuario mapuche hablante en mapudungun, la facilitadora urbana se encuentra en términos generales ajena a esta realidad. Sin

embargo cumple una función esencial a la hora de traducir a los usuarios mapuches al español las palabras que el *machi* en su idioma vernáculo transmite durante su rito curativo, quedando en evidencia las diferencias existentes entre una población y otra y por ende, las diferencias entre el ejercicio de un mismo rol.

La constatación de esta situación permitiría a las bases institucionales generar criterios específicos de desarrollo para la figura de el/la facilitador intercultural urbano, designándole explícitamente objetivos y funciones particulares, pues responde a necesidades distintas y se inscribe en un contexto sociocultural (urbanidad) con características particulares y diferentes al original en que se formuló esta estrategia.

Al igual que para la institucionalidad de Estado, estos resultados contribuirán en mayor medida a la reflexión y también al análisis, lo que puede generar instancias de evaluación, revisión o de apoyo a la labor que se ha realizado hasta el momento por parte de las mismas facilitadoras, coordinadores o dirigentes mapuches que ejecutan el Programa de Salud Intercultural en la comuna. Pues a través de la reconstrucción de la experiencia de salud en la que ellos son protagonistas, se facilita una mirada externa que se presenta positiva al momento de analizar ciertos elementos que por razones de intermediación resultan difíciles de abordar.

Uno de estos elementos tiene relación con el número de facilitadoras que ejercen las mismas funciones en un mismo tiempo y lugar. De esta forma, en lugar que dos personas cumplan igual labor en un momento determinado, una de ellas pudiese realizar otro tipo de funciones fuera del centro de atención primaria de salud, incorporando de esta forma a la labor interna otra externa.

Esta nueva instancia de acción a través de visitas comunitarias, apuntarían a la promoción de patrones de conducta saludables y la prevención de patologías asociadas a la incorporación por ejemplo, de patrones alimenticios urbanos o al desequilibrio producido por el debilitamiento de la relación del mapuche urbano con la naturaleza y con su comunidad, o al mismo duelo que debe enfrentar quien migra a la ciudad. Ya que estas transformaciones entre otras, afectan de manera importante la salud física, mental y espiritual de los *warriaches*. Estas podrían llevarse a cabo, una vez organizada a la

población ya catastrada de la comuna en el año 2000, en sedes comunales o en las de las organizaciones mapuches de la comuna.

Esta labor externa permitiría ampliar la población mapuche beneficiaria del programa, al acceder a las personas que por alguna u otra razón no pertenecen a una organización indígena o no se hacen presentes en alguno de los centros de atención primaria de la comuna en donde las facilitadoras difunden la información del programa y entregan las horas de atención para la medicina mapuche. De esta forma, esta proposición colaboraría en optimizar y expandir el actual rol de las facilitadoras interculturales en tanto promotoras en el ámbito de la salud.

Por último, el desarrollo de este estudio ha permitido también evidenciar dos potenciales líneas de investigación. La primera de ellas tiene relación con **la eficacia terapéutica de la práctica médica del *machi* en la atención de mapuches al interior de un espacio biomédico**, teniendo en cuenta el contexto y los elementos tradicionales ausentes en éste. En segundo lugar, la necesidad de abordar **el análisis de la figura del facilitador intercultural incorporando la variable o perspectiva de género**, investigando si existen trasformaciones en el rol en tanto es ejercido por mujeres o por hombres.

VIII. BIBLIOGRAFÍA.

1. ALVIRA, FRANCISCO. 2000. “Estudio de caso”. cinco vías de acceso a la realidad social. En: el análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación. Compilación: Manuel García Ferrando, Jesús Ibáñez y Francisco Alvira. Editorial Alianza. Madrid.
2. ALONQUEO, VICTOR. 1999. En: Jélves, Ivonne (comp.). Tercer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas. Villarrica, Chile.
3. ARAVENA, ANDREA. 1995. Población indígena, hábitat y desarrollo: desarrollo y procesos identitarios en el mundo indígena urbano. En Aylwin, José Coord. Tierra, territorio y desarrollo indígena. Edit. IEI, UFRO, Temuco.
4. ARISTÓTELES. Ética a Nicómaco. 2001. Editorial Alianza. Madrid.
5. BACIGALUPO, ANA MARIA. 1993. Variación del rol de machi dentro de la cultura Mapuche: tipología geográfica, adaptativa e iniciática. Revista Chilena de Antropología, volumen 12. [en línea].
<www.uchile.cl/facultades/csales/antropo/rch12-4.htm> [consulta: agosto 2006]
6. BECK, ULRICH. 1998. ¿Qué es la globalización? Falacias del globalismo, respuestas a la globalización. Barcelona. Ediciones Paidós.
7. BENGOA, JOSÉ.
1999 Políticas públicas y comunidades mapuches: del indigenismo a la autogestión. Revista Perspectivas. Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Chile. Volumen 3. N° 2. (pp. 331-365).
2000 La emergencia indígena en América Latina. Edit. Fondo de Cultura Económica, Santiago.
8. BOCCARA, GUILLAUME. 2006. Estado y Etnicidad en Chile. Génesis y estructura del campo de la Salud. Universidad Católica del Norte.
9. CASTRO, MILKA (ed). 2004. Los desafíos de la Interculturalidad: identidad, política y derecho. Programa Internacional de Interculturalidad, Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, Universidad de Chile. Santiago, Chile.
10. CITARELLA, L., CONEJEROS, ESPINOSA B., JÉLVES. I, OYARCE, A.M & VIDAL, A. 1995. Medicinas y culturas en la Araucanía. Corporación Italiana de Salud. Editorial Sudamericana. Santiago.

11. COMELLES, JOSEPH. 1997. De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual. III Jornadas Aragonesas de Educación para la Salud. Teruel.
12. COMELLES, J y MARTÍNEZ, A. 1993. Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina. EUDEMA, Ediciones de la Universidad Complutense. Madrid-España.
13. DAVISON, G. JÉLVEZ, I y YÁÑEZ, S. 1997. Investigación del diseño de un programa de salud intercultural para Indígenas. Bases para una propuesta de un Seguro Indígena. Fundación de Desarrollo Educacional La Araucanía y la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena.
14. DICCIONARIO MAPUCHE. MAPUDUNGUN. 2003, primera edición. Editorial Musigraf.
15. DURÁN, TERESA. 1986. Identidad mapuche, un problema de vida y de concepto. En: América indígena, Vol. XLVI, N° 4, Universidad Católica de Chile. Sede Temuco.
16. FOERSTER, ROLF. 1989. Identidad y pentecostalismo indígena en Chile. En Revista Creces N° 6, Vol. 10. Santiago.
17. FOERSTER, R. y VERGARA, J. 2000. Los mapuches y la lucha por el reconocimiento en la sociedad chilena. Publicado en: XII Congreso Internacional. Derecho Consuetudinario y Pluralismo Legal: desafíos en el tercer milenio. Castro, Milka (Editora). Tomo I. (pp. 191-206). [en línea] <<http://www.xs4all.nl/~rehue/art/arica.html>> [consulta: Septiembre 2006].
18. FOUCAULT, MICHEL:
 - 1966 El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. Siglo XXI editores. México.
 - 1974 Historia de la medicalización. En: La vida de los hombres infames. Ed. La Piqueta Madrid.
19. GOOD, BYRON. 2003. Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica. Ediciones Bellaterra.
20. GREBE VICUÑA, E. 1988. La medicina Tradicional: una perspectiva antropológica. Enfoques en Atención primaria Vol.3. N° 3. Páginas: 5-10.
21. HERAN, T y MONSALVE, D. 2003. Abriendo espacios en salud: El significado de una buena atención. Una mirada desde la antropología médica. Tesis de grado

para optar al título y grado de Licenciado en Antropología. Universidad Austral de Chile.

22. HERNÁNDEZ ROBERTO, FERNÁNDEZ COLLADO, CARLOS BAPTISTA LUCIO, PILAR. 1991. Metodología de la investigación. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México.
23. IBACACHE, JAIME. 1999. En: Jelves, Ivonne (COMP.). Tercer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas. Villarrica, Chile.
24. JELVES, I y ÑANCO, J. 2004. Propuesta de funcionamiento Oficinas Amuldungun. Servicio de Salud Araucanía Sur.
25. JELVES, IVONNE. 1999. (COMP.). Tercer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas. Villarrica, Chile.
26. JUNGUE, PATRICIA. Nuevos paradigmas en la Antropología Médica [en línea]. Cuarto Congreso Chileno de Antropología. 19 al 23 de noviembre 2001. Campus Juan Gómez Millas de la Universidad de Chile. Simposio: Antropología Médica. Disponible en Web: <<http://rehue.csociales.uchile.cl/antropología/congreso/s1201.html>> [consulta: julio 2006].
27. DE MIGUEL, J y KENNY, M. 1980. La Antropología Médica en España. Anagrama.
28. KILALEO, FERNANDO. Mapuche Urbano. 1992. [en línea]. <www.mapuche.cl/documentos/mapuches/MAPUCHE_URBANO_1992.pdf> [consulta: septiembre 2006]
29. KYMLICKA, WILL. 1996. Ciudadanía Multicultural. Barcelona. Ediciones Paidós.
30. LAVANCHY, JAVIER. 2003. El pueblo mapuche y la globalización. Apuntes para una propuesta de comprensión de la cuestión mapuche en una era global. Trabajo final presentado al seminario "Desarrollo hacia fuera y globalización en Chile siglos XIX y XX" Dictado por el profesor Gabriel Salazar (PhD.). Universidad de Chile. Programa de Doctorado e Historia.
31. LEVI-STRAUSS, CLAUDE. 1995. La eficacia simbólica. En: Antropología Estructural. Barcelona. Ediciones Paidós.

32. LEY NUM. 19.253. Ley Indígena, Establece Normas Sobre Protección, Fomento y Desarrollo de Los Indígenas, y Crea La Corporación Nacional De Desarrollo Indígena. (D. Of. 5.10.1993).
33. MARIMÁN, JOSÉ. 1990. Cuestión Mapuche, Descentralización del Estado y Autonomía Regional. [en línea]. <<http://www.xs4all.nl/~rehue/art/jmar1.html>> [Consulta: junio 2006]
34. MILES, M. y HUBERMAN, A. 1994. Análisis de Datos Cualitativos. Newbury Park; CA: Sage Publications.
35. MARTÍNEZ, ÁNGEL. 1996. Antropología de la salud. Una aproximación genealógica. en: Ensayos de antropología cultural. Homenaje a Claudio Esteva Fabrega. Ediciones Ariel Antropología. BCN.
36. MENENDEZ L. EDUARDO:
 1984 Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos. Apuntes para una antropología médica crítica. Revista Nueva Antropología. Vol. VI, N° 23. México.
 1985 Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina. Revista Nueva Antropología. Vol. VII, N° 28. México 1985.
 1994 La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional? Revista Alteridades, México. 1994. Págs. 71 – 83.
37. MINSAL. 2003. Política de Salud y Pueblos Indígenas. Gobierno de Chile.
38. MUÑOZ, E. PEDRERO, M. Y MALVA M. 2002. Facilitadores Interculturales en el Servicio de Salud Arica. Casa de Encuentro de la Mujer. Arica.
39. PUIG DÍAZ, R. El Estudio de Casos en la Investigación Cualitativa y su Utilidad en la Educación. [en línea]. <<http://bibliotecavirtualut.suagm.edu/Publicaciones%20profesores/Rosita%20Puig/EI%20Estudio%20de%20Casos%20en%20la%20Investigaci%C3%B3n%20Cualitativa.pdf>> [consulta: julio 2006].
40. TAUSSIG, MICHAEL. 1980. La reificación y la conciencia del paciente. En Taussig, Michael (comp.), Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente. 1995. Barcelona: Gedisa.
41. TAYLOR, S.J; BOGDAN, R. 1992. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós Básica.
42. TUBINO, FIDEL. 2004. La impostergable alteridad: del conflicto a la convivencia intercultural. En: Castro, Milka (ed.).

43. VALDÉS, MARCOS. 2000. El problema de lo urbano y lo rural. [en línea] <http://www.mapuche.cl/documentos/mapuches/urb_rur.htm> [consulta: septiembre 2006].
44. VARAS INSUNZA, JOSÉ. 2005. La construcción de la identidad étnica urbana: etnificación y etnogénesis del movimiento mapuche urbano organizado en la ciudad de Santiago 1990-2000. Tesis presentada para obtener el grado de Magíster en Antropología y Desarrollo. Universidad de Chile.
45. WEISNER, MÓNICA. 1998. La Antropología Médica, Lo Uno – Lo Múltiple. En: actas tercer Congreso Chileno de Antropología. Tomo I.

ANEXOS

Anexo N° 1. Glosario

Chamal o chamal: Prenda de vestir de color negro que en el caso de las mujeres envuelve sus cuerpos desde los hombros a los pies, sujetado por el hombro derecho, dejando descubiertos el hombro izquierdo y los brazos. Igualmente se conoce como *kipam*.

Fileu: Espíritu tutelar de la/el *machi*, que el acto curativo ocupa su cuerpo como medio para restablecer el equilibrio y armonía de sus enfermos, pues éste es quien realiza el acuerdo con los espíritus perturbadores y encontrar el remedio y procedimiento exacto para restablecer el bienestar del enfermo.

Fütra kutran: Gran enfermedad.

Ikulla o ikella: Chal o mantón grande de color negro que utilizan las mujeres bordeado por una franja en sus bordes de color azul, fuccia o verde. Este se sujeta en los hombros, se prende al cuello y cuelga largo hasta los tobillos.

Kisu ngünewael: autogobierno.

Konalen: salud.

Kultrun o kultrung: Instrumento musical de la/el *machi* que en todos los actos sociales y religiosos lo utiliza para expresar su sentimiento de alegría y de unión con su *fileu*.

Küme mongen o monen: buena vida.

Lamnguen: hermana o hermano.

Lawentunchefe: persona que a través de las yerbas medicina a un enfermo.

Newen: fuerza, poder espiritual o mental.

Ngechén: deidad principal, ser o fuerza principal protectora y guía.

Nguillatun: oración o rogativa comunitaria.

Ngulam: consejo.

Kutran: enfermedad

Pichi kutran: pequeña enfermedad

Rewe: tronco descortezado de árbol (laurel, maqui o canelo) labrado con peldaños enterrados frente a la *ruka* del o la *machi* de la cual es instrumento y símbolo, constituye un espacio ceremonial.

Ruka: vivienda mapuche.

Trapelakuche o Trapelakucha: adorno pectoral de plata formado por dos placas de plata unidas entre sí por tres cadenas; la placa superior representa a dos aves enfrentadas y la inferior por una doble línea y un motivo labrado al centro, de esta también cuelgan figuras como cruces, figuras humanas o florales.

Trarilongko: cintillo de plata que rodea la cabeza con discos colgantes.

We Tripantu: nuevo año.

Warriache: mapuche de la ciudad.

We kumun: nuevo conocimiento.

Willentún: diagnóstico que hace por medio de la observación de la orina.

Winka o huinca: persona no mapuche. Hombre blanco español.

Zungun machife: ayudante del/la *machi*,

Anexo N° 2
Fotografías.



Facilitadora Intercultural en Consultorio Poniente.



*Socia del Consejo Mapuche Pudahuel y
usuaría de la atención del machi.*

Facilitadora intercultural y machi en ceremonia de finalización anual de la atención de la medicina mapuche, en el patio interior del Consultorio Poniente.



Cubriendo de las intensas heladas el invernadero del Consejo Mapuche Pudahuel.



Pendón informativo del Programa de Salud Intercultural ubicado permanentemente en el consultorio Poniente



Señalética bilingüe dispuesta en todas las áreas del consultorio Poniente.

Anexo N° 3

Mapurbe

Somos mapuche de hormigón
Debajo del asfalto duerme nuestra madre
Explotada por un cabrón.

Nacimos en la mierdopolis por culpa del buitre cantor
Nacimos en panaderías para que nos coma la maldición

Somos hijos de lavanderas, panaderos, feriantes y ambulantes
Somos de los que quedamos en pocas partes

El mercado de la mano de obra
Obra nuestras vidas
Y nos cobra

Madre, vieja mapuche, exiliada de la historia
Hija de mi pueblo amable
Desde el sur llegaste a parirnos
Un circuito eléctrico rajó tu vientre
Y así nacimos gritándoles a los miserables
Marri chi weu!!!!
en lenguaje lactante.

Padre, escondiendo tu pena de tierra tras el licor
Caminaste las mañanas heladas enfriándote el sudor

Somos hijos de los hijos de los hijos
Somos los nietos de Lautaro tomando la micro
Para servirle a los ricos
Somos parientes del sol y del trueno
Lloviendo sobre la tierra apuñalada

La lágrima negra del Mapocho
Nos acompañó por siempre
En este santiagoniko wekufe maloliente.

David Aniñir Guilitraro⁵⁴

⁵⁴ Para conocer más sobre su poesía remitirse a: http://meli.mapuches.org/article.php3?id_article=30

