

sistematización

de **experiencia** de

SALUD INTERCULTURAL en
**Centro de Referencia de Salud y
Medicina * Mapuche * (CRSM)**

◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇ “La Ruka” ◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇

sistematización

— de **experiencia** de —

SALUD INTERCULTURAL en Centro de Referencia de Salud y Medicina * Mapuche * (CRSM)

“La Ruka”

Trabajo de sistematización de experiencia financiado por el FONDO CHILE DE TODAS Y TODOS del
MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL, año 2016.



AUTORES

AGRUPACIÓN MAPUCHE KALLFULIKAN

MARCELA LINCOVIL H.
Facilitadora Intercultural y Presidenta de
Asociación Mapuche Kallfulikan.

SAMUEL MELINAO Z.
Lonko y Encargado de la Salud y Medicina
Mapuche.

MANUEL LINCOVIL
Machi

VÍCTOR CAYUQUEO
Facilitador Intercultural

MARÍA NAHUELHUE
Lawentuchefe

EQUIPO FACILITADOR

CRISTIAN LAGOS F.
Académico,
Facultad de Filosofía y Humanidades,
Universidad de Chile.

MÓNICA MANRÍQUEZ H.
Académica, Departamento de Kinesiología,
Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

JAME REBOLLEDO S.
Académica, Departamento de Kinesiología,
Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

VERÓNICA FIGUEROA H.
Académica, Instituto de Asuntos Públicos,
Universidad de Chile.

ROCÍO KLETT F.
Estudiante, Escuela de Kinesiología,
Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

DANIELA YÁÑEZ I.
Estudiante, Escuela de Kinesiología,
Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

SANTIAGO IRIBARRA
Antropólogo en práctica,
Pontificia Universidad Católica de Chile.

JOSÉ MIGUEL GÓMEZ L.
Académico, Departamento de Kinesiología,
Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 8

CAPÍTULO I 10

ASPECTOS HISTÓRICOS: LA COMUNIDAD MAPUCHE KALLFULIKAN Y EL CENTRO DE REFERENCIA DE SALUD MAPUCHE “LA RUKA”

CAPÍTULO II 18

EXPERIENCIAS DE ATENCIÓN EN LA RUKA

- 1 CARACTERIZACIÓN DE TRES AÑOS DE ATENCIÓN 21
- 2 PERCEPCIONES SOBRE LA SALUD MAPUCHE EN EL CRSM LA RUKA 29
 - 2.1 *Percepción de usuarios y usuarias* 29
 - 2.2 *Percepciones de los agentes tradicionales de salud mapuche* 34
 - 2.3 *Percepción de los Trabajadores de Atención Primaria de Salud* 43
 - 2.4 *Percepción de las Autoridades comunidad mapuche y Autoridades salud local* 50

CAPÍTULO III 64

CONCLUSIONES, APRENDIZAJES Y DESAFÍOS

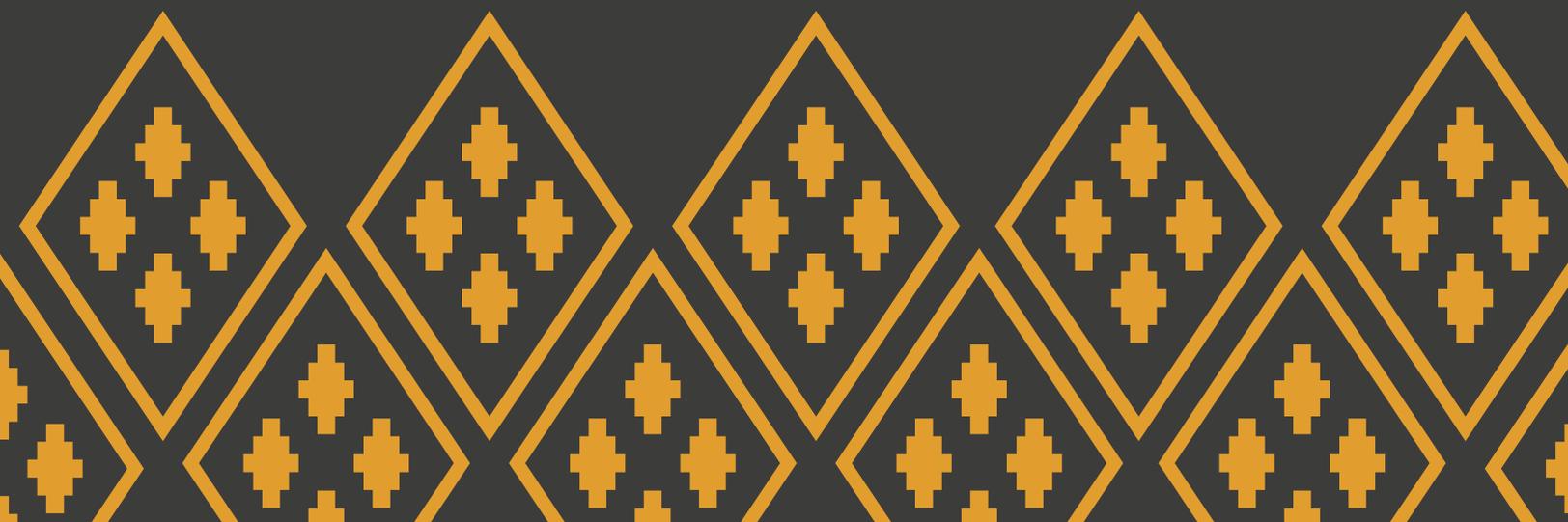
Introducción

EL MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL financia, a través del fondo concursable “Chile de Todas y Todos”, proyectos de sistematización de experiencias que tengan por objetivo mejorar la calidad de vida de las personas, particularmente de aquellas en situación de vulnerabilidad social, con el fin de socializar y fomentar el diálogo con los diversos actores involucrados. A este llamado responde un equipo conformado por académicas, académicos y estudiantes de la Universidad de Chile, los que, en conjunto con la Agrupación Mapuche Kallfulikan, iniciaron un trabajo de colaboración con el fin de socializar la experiencia de Salud Mapuche que ha liderado la citada agrupación desde el año 2000, en un modelo de atención en salud tradicional mapuche - autogestionado y coordinado con el servicio local de salud - que ha ido directamente en beneficio de la población de la comuna de la Florida, la Región Metropolitana, otras regiones e, incluso, otros países. Una experiencia que ha cumplido con el anhelo de las comunidades indígenas de poder contar con espacios de diálogo y reconocimiento para sus prácticas tradicionales en salud, y que es posible al insertarse en el Programa Especial de Salud para Pueblos Indígenas (PESPI), programa que surge en 2008 (como continuación del PROMAP, iniciado en 1992) para consolidar un sistema de salud intercultural que reconociera que los sistemas médicos son limitados para resolver los problemas actuales de salud, admitiendo la existencia y validez de otros sistemas de curación, como los indígenas.

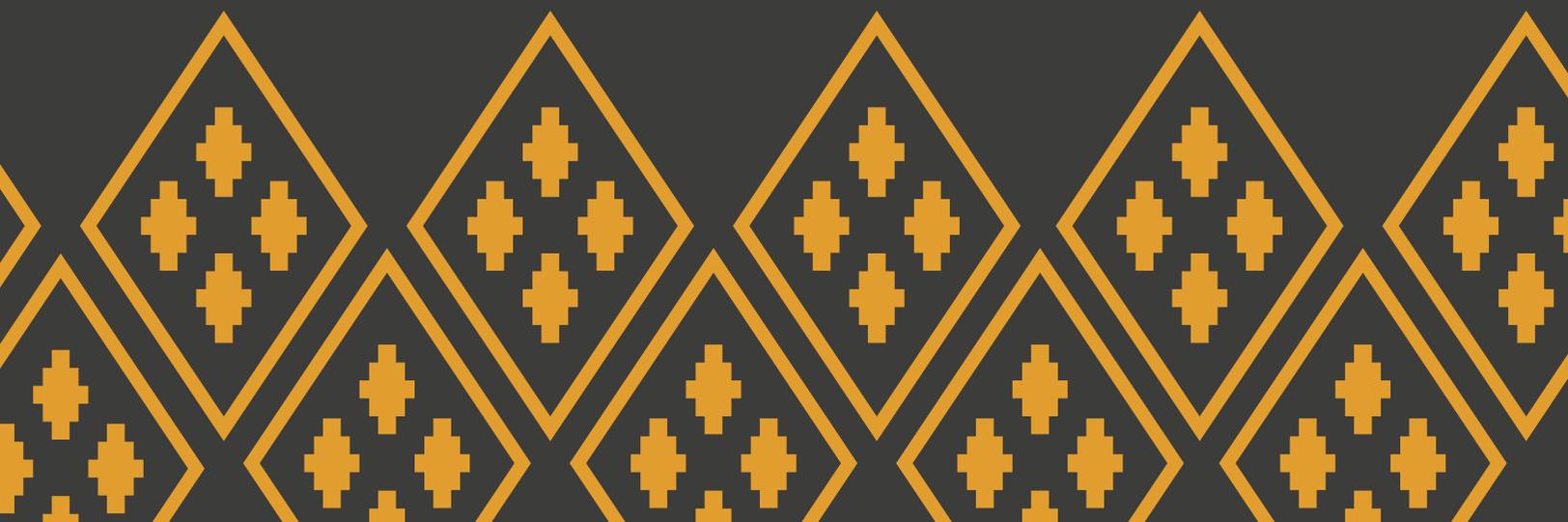
El informe que a continuación presentamos sistematiza esta experiencia recogiendo las perspectivas de los diferentes actores sociales que participan del espacio de la Ruka. Por un lado, incorporando la experiencia de usuarios y usuarias del Centro de Referencia de Salud y Medicina Mapuche (CRSM) “La Ruka”, facilitadores interculturales, equipo de salud mapuche y autoridades de la Agrupación Mapuche Kallfulikan. Y, por otro, incluyendo la visión de las autoridades locales y profesionales del área de Salud que comparten un espacio físico, político y simbólico con la Ruka. Esperamos como equipo que la información sistematizada sea de utilidad para la agrupación en tanto ejercicio de autoobservación, develando los aprendizajes que los han potenciado y vislumbrando obstáculos y problemas a superar y proyectando su crecimiento hacia el futuro. Adicionalmente, como equipo facilitador profundizar y conocer esta experiencia ha sido un gran aporte al conocimiento, especialmente para comprender la importancia de incorporar elementos de interculturalidad en la formación de profesionales de la salud. De este modo estos futuros profesionales puedan enfrentar positiva y colaborativamente el encuentro entre culturas, valorando y respetando los saberes ancestrales.

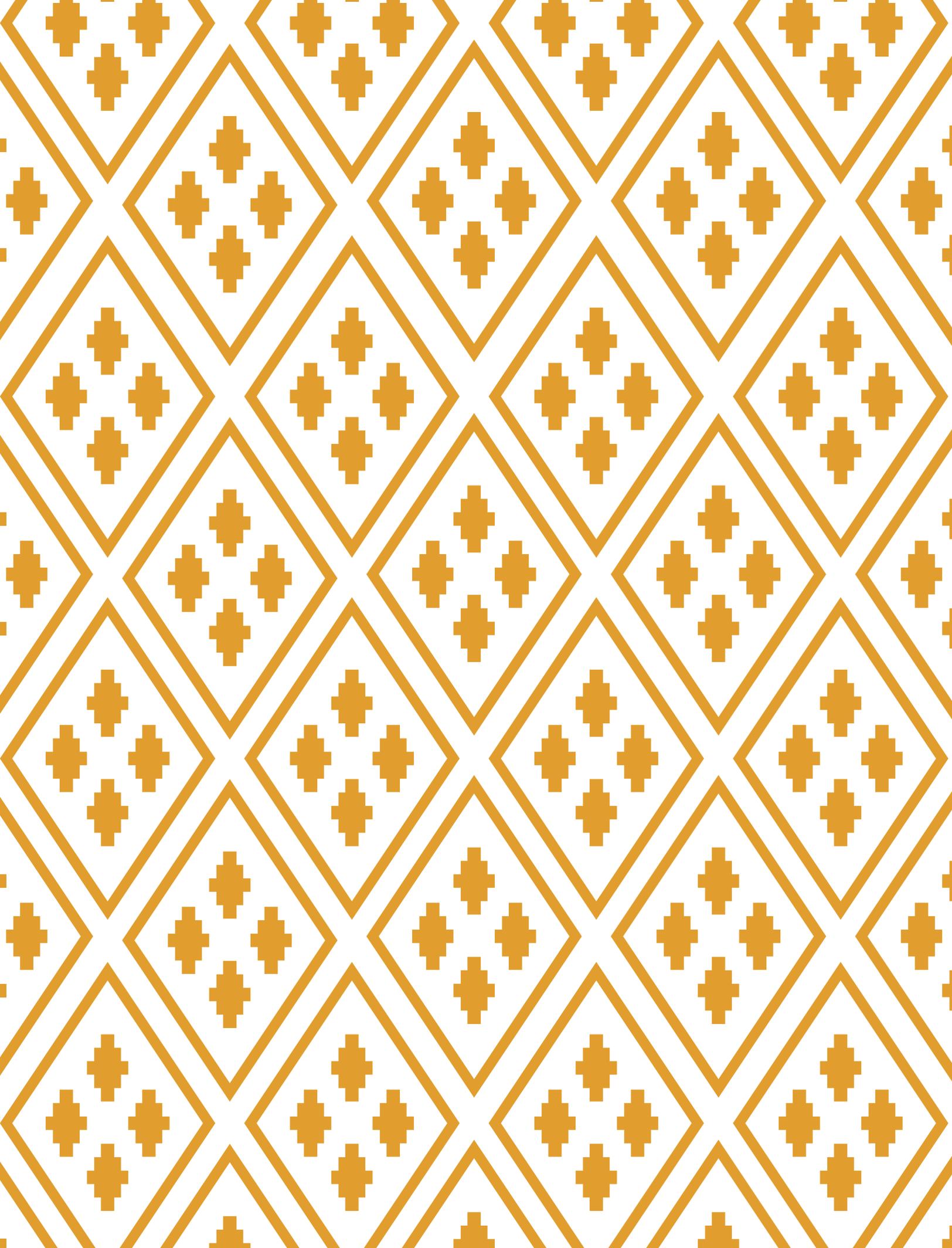
küme
akukonpayaymün

CAPÍTULO I



ASPECTOS HISTÓRICOS:
la **Comunidad Mapuche**
Kallfulikan y el Centro de
Referencia de Salud Mapuche
“**La Ruka**”





EL CENTRO DE REFERENCIA DE SALUD Y MEDICINA MAPUCHE (CRSM) “LA RUKA” corresponde a una iniciativa levantada por los integrantes de la agrupación indígena mapuche Kallfulikan (nombre que proviene del mapudungun *kalfu* - azul - y *likan* - piedra mística -, dotada de poderes y fuerzas espirituales). Esta es una comunidad mapuche conformada por mapuches y familias residentes en el territorio de la Región Metropolitana. Se constituyó formalmente en 1998 y se caracteriza por reproducir y respetar en su seno la organización sociopolítica tradicional a través de un Lonko. Se constituyó legalmente el día 05 de Diciembre del 1999, al amparo de la Ley Indígena N° 19.253.

Como agrupación, Kallfulikan busca como objetivo recuperar y mantener la cultura mapuche en la ciudad, como parte del territorio perteneciente a la cultura mapuche, a través de una serie de actividades educativas sobre cultura mapuche a integrantes de la comunidad, como también a comitivas de extranjeros y niños(as) de jardines infantiles de la comuna.

Precisamente, desde el año 2000 uno de los ámbitos en el que se ha abocado a realizar esta recuperación y rescate es el de la salud, aportando al anhelo de la salud intercultural, en el marco del PESPI, que apunte a disminuir las brechas de acceso a la salud sin importar la condición indígena, practicar un enfoque intercultural de salud que respete los valores y cosmovisión mapuche (culturales y técnicos) y lograr la participación social indígena (en la formulación, ejecución, evaluación y monitoreo de los planes locales).

La instalación y presencia de la Ruka ubicada en el CESFAM Los Castaños (FOTOGRAFÍA 3) como un espacio en el que se realizan prestaciones de salud, siguiendo el modelo tradicional mapuche, es una historia donde el impulso de la base social indígena mapuche urbana ha sido el componente central, antes que ser el resultado de la aplicación



FOTOGRAFÍA 1 Se observa una comitiva extranjera visitando la Ruka. FUENTE: ARCHIVO COMUNIDAD KALLFULIKAN.

de una política pública de salud intercultural diseñada desde un nivel central o de servicios. Es, por tanto, una historia de instalación progresiva y con varios obstáculos y tensiones. Tal como lo señalan sus gestores, el Lonko de la agrupación:

“... fuimos nosotros lo que propusimos la idea, fuimos nosotros lo que recurrimos a las autoridades, no las autoridades ni la política a nosotros (...) Aquí no intervino el Estado, no intervino un Servicio, no intervino una clase política” (SM)

Tal como se señalaba, la agrupación inició su trabajo en la salud intercultural formalmente el año 2000 a través de una experiencia de sensibilización cultural, esto es, dar a conocer a miembros del equipo de salud de distintos centros de salud de la comuna de La Florida contenidos relativos a la cultura y cosmovisión mapuche. Esta primera experiencia la realizaron a través de una alianza con la Corporación de Salud de la Municipalidad de la Florida (COMUDEF), en un trabajo colaborativo que también incluía a otras dos organizaciones indígenas de Santiago: Lelfunche y Werayenmapu.

Es importante mencionar que, sin embargo, tal iniciativa no fue impulsada desde la COMUDEF hacia la base indígena, sino que fue más bien una inquietud de actores sociales de Kallfulikan, consistente en proyectar las prácticas y creencias acerca de la salud y la enfermedad practicadas en el wallmapu (territorio originario) en la ciudad. Así, la agrupación llevó el tema a las autoridades y estas resolvieron apoyarla.

En esta primera etapa (2000–2003) trabajaron con centros de salud y algunos establecimientos educacionales de la comuna, apuntando a conseguir un espacio físico en donde desarrollar sus actividades. Así, el primer espacio físico que lograron – facilitado por la Municipalidad – estaba ubicado en el Consultorio Villa O'Higgins, en donde instalaron una experiencia piloto de un invernadero para cultivar las diversas yerbas medicinales (lawen) que son la base del tratamiento en la visión mapuche de la salud y enfermedad. Un espacio que, sin embargo, más que ser pensado como proveedor de yerbas - para la preparación

de infusiones para el tratamiento-, tenía un perfil más bien educativo para la comunidad, para sensibilizar a la población, orientando y dando a conocer qué yerbas usan los pueblos indígenas, para que las necesitan, por qué se requieren para la medicina mapuche y por qué también puede servir para la población general.

El otro espacio físico que la COMUDEF puso a disposición de Kallfulikan estaba ubicado en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Los Castaños (actual ubicación de la Ruka en donde se atiende siguiendo el modelo de la salud mapuche), comenzando entre 2002 y 2003 la construcción de una Ruka. Sin embargo, en ese período aún no habían conformado un grupo que se pudiera dedicar a atender público en su modelo tradicional, pues hasta entonces sólo hacían la ya citada sensibilización a equipos de salud, comenzando un proceso de reclutamiento de quiénes podrían formar parte de este equipo. De esta manera, en 2005, la agrupación dio lo que denomina su “gran salto” para hacer medicina según el modelo tradicional



FOTOGRAFÍA 2 Visita de niños y niñas de un jardín infantil.
FUENTE: ARCHIVO COMUNIDAD KALLFULIKAN.

mapuche, atendiendo a público. Sin embargo, ese año - 2005 - fue un año destinado a dialogar - no exento de conflictos - con el Ministerio de salud, con el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (ssmsso) y sus autoridades en términos de poder gestionar la atención al público, reconocida por la autoridad sanitaria y en un espacio validado por esta. Aquí nuevamente es importante recalcar que todo el proceso de diálogo fue gatillado y convocado desde la base indígena, apoyándose en la existencia del programa Nacional de salud y pueblos indígenas (programa que desde 2008 pasó a conformar el “Programa Especial de Salud para Pueblos Indígenas”, PESPI), ya hace algunos años, lo que culminó en 2006 con la autorización de parte de MINSAL y el inicio formal - aunque no contando con una autorización por escrito - de La Ruka como espacio de atención en salud mapuche.

Tras esta autorización, la atención de pacientes comenzó primero con una búsqueda de estos en el Servicio de Orientación Médico Estadístico (SOME) del CESFAM de aquellos que tenían apellido

mapuche en sus registros, pues la intención era orientarse a población exclusivamente mapuche, en tanto el PESPI exigía que la población atendida fuera de al menos en un 70% de origen indígena. No obstante esto, desde un inicio llegó un contingente importante de personas de origen no indígena, situación frente a la cual la agrupación optó por atender a la persona independiente de su origen étnico, mismo criterio que aplicaron frente a la cada vez más creciente visita de personas de otras comunas, incluso fuera del espectro cubierto por el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (ssmsso). Así, tras la pesquisa, a las personas con apellido mapuche se les contactó por teléfono y se les informó que en el mismo centro de salud se había abierto la posibilidad de atenderse con un machi de modo gratuito. En ese entonces, la atención se realizaba un sólo día a la semana, el día jueves y, en general, los asistentes buscaban un tratamiento que fuera más “natural”, frente al imperio del sistema (bio) médico (“huinca” o chileno), basado principalmente en fármacos. Tras este inicio, en los años siguientes el volumen de



FOTOGRAFÍA 3 Ruka y espacio de atención del machi.
FUENTE: PRODUCTORA ESKAMA AUDIOVISUAL.

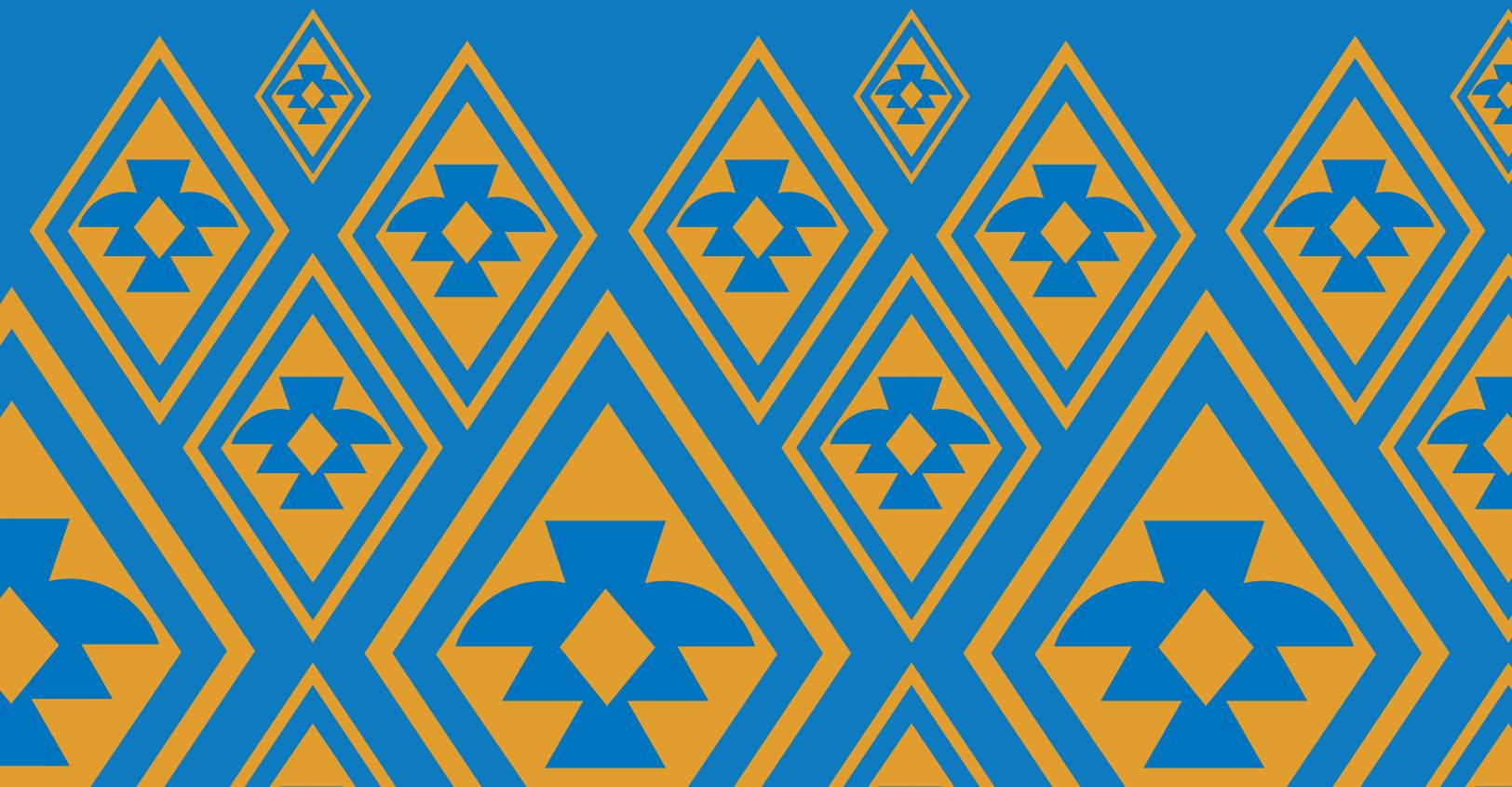
población atendida fue creciendo de manera sostenida y progresiva, más que obedeciendo a un proceso de difusión activa por parte de la Asociación Kallfulikan o el CESFAM, lo hizo a través de un boca a boca de personas que encontraban en el modelo de atención sanitaria mapuche algo que no encontraban con el modelo (bio) médico. Este aumento progresivo de la población atendida se caracterizó también por una progresiva inversión en los porcentajes de personas según su origen étnico, compuesta actualmente la población atendida por una mayoría de origen no mapuche (tendencia que vivió su punto de inflexión en 2015).

CADENILLA QUE REPRESENTA LA UNIÓN
DE TODAS LAS COMUNIDADES MAPUCHE.

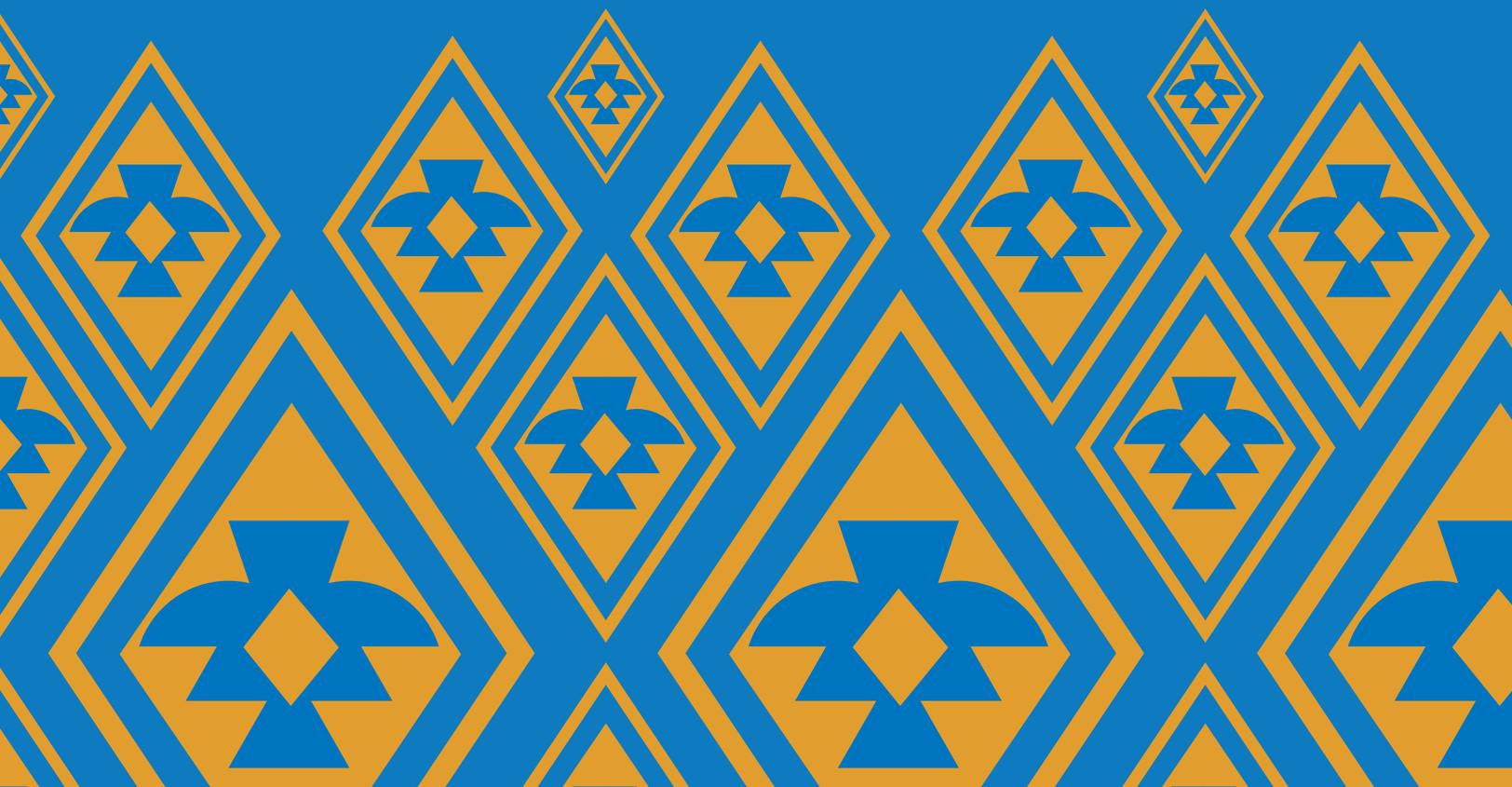


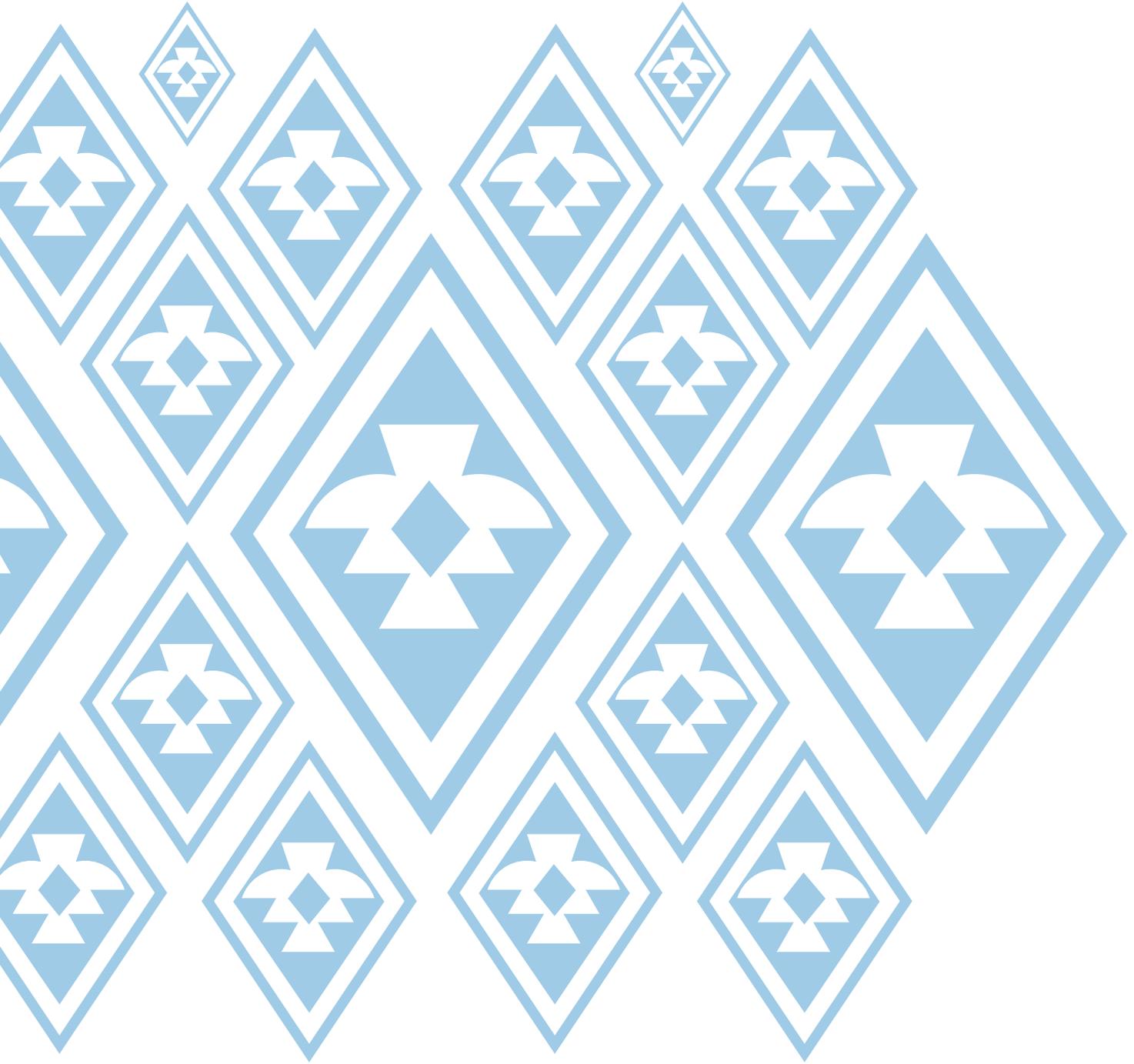


CAPÍTULO II



Experiencias de atención en la Ruka





1 Caracterización de tres años de atención

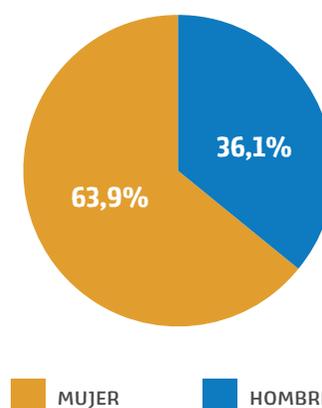
En este apartado se describen y analizan los datos obtenidos a partir de un catastro realizado a tres cohortes temporales de población atendida registradas en las fichas de registro de atención a usuarios y usuarias del Centro de Referencia de Salud y Medicina Mapuche (CRSM) “La Ruka”. Cabe mencionar que la agrupación Kallfulikan realiza este registro de sus atenciones desde el año 2006, en un intento por contar con evidencia de su labor. La información de las fichas que serán descritas corresponde a las cohortes de los años 2006, 2010 y 2015. La caracterizará a la población usuaria desde el punto de vista de su sexo biológico, edad, comuna de residencia, pertenencia étnica (indígena o no), religión, previsión en salud, motivo de consulta y vía de derivación a la atención en salud mapuche.

PERFIL GENERAL DE LAS PERSONAS ATENDIDAS

En las tres cohortes analizadas se atendieron en total 1.035 personas: 179 personas en 2006, 220 en 2010 y 636 en 2015. La tendencia al cada vez mayor aumento en la población atendida se explica por la adición de un día a la atención (inicialmente solo se atendía una vez a la semana - miércoles -, lo que cambió en 2015 al agregar atenciones el día jueves) y por el conocimiento masivo de sus actividades a través de distintos medios de comunicación, nacionales e internacionales.

En términos sociodemográficos, los registros dan cuenta que, en general, las mujeres acceden en mayor porcentaje a la atención de salud mapuche en la Ruka, correspondiendo a un 64% del total de los usuarios en los años catastrados, tal como se puede apreciar en el GRÁFICO N° 1:

GRÁFICO N°1
Porcentaje de personas atendidas según sexo en los tres años analizados.



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.

En cuanto al rango etario de los usuarios, del total de personas atendidas en la cohorte analizada, el 91,2% (944) correspondieron a personas adultas (mayores de 18 años) y 8,8% (91) a niños(as) y adolescentes. La edad promedio de la población adulta atendida fue de 53 años, correspondiendo la edad mínima a 19 años y la edad máxima a 90 años. La edad promedio de la población infantil de esos tres años se situó en los 11 años, atendiéndose usuarios desde los 1 hasta los 18 años.

Ahora bien, al cruzar las variables edad y sexo biológico de la población usuaria, los registros muestran que el 65% de las personas adultas atendidas durante los 3 años analizados eran de sexo femenino y el 35% de masculino. En el caso de la población infantil, al ver su composición según sexo biológico, el 52% corresponde a población de sexo femenino y el 48% corresponde a masculino. Es aquí donde se puede apreciar una diferencia

importante, ya que en la población adulta existe un predominio de atenciones a mujeres en relación a los hombres, una diferencia que resulta bastante menos marcada en la población infantil y adolescente, tal como se aprecia en los GRÁFICOS N° 2A y 2B.

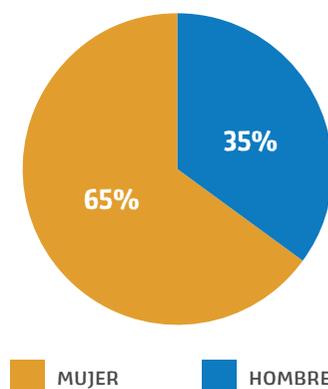
COMUNA DE RESIDENCIA DE LAS PERSONAS ATENDIDAS

Durante los años 2006, 2010 y 2015 se observan diferencias respecto a las comunas de residencia de las personas atendidas en el CRSM “La Ruka”, indicando una expansión de la procedencia de las personas más allá de la comuna y región en la que se origina y se ubica, una prueba más (además del aumento de la población que se atiende, de lo exitoso de su modelo de atención).

22

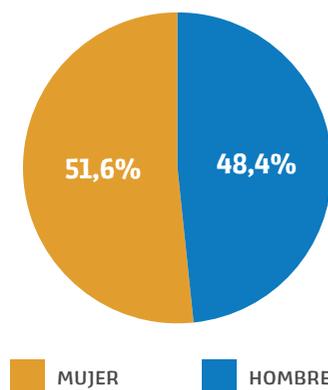
En la TABLA 1 se puede apreciar que mientras el año 2006 el 87,2% de las personas atendidas en el CRSM “La Ruka” residían en la comuna de La Florida (comuna donde se ubica CESFAM Los Castaños, en el que se ubica el CRSM), en 2015 este disminuyó a 61,6% del 2015, cifra que, a la luz del aumento progresivo de la población atendida, se explica por la creciente inclusión de usuarios de otras comunas incluidas en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (del cual depende administrativamente el CESFAM Los Castaños y el CRSM), tales como Puente Alto, La Pintana, San Ramón, entre otras. Este cambio demuestra la tanto la apertura que ha tenido la Comunidad Kallfulikan al ampliar la atención a personas de otras comunas, como el hecho de que la atención brindada es reconocida y ha sido difundida por los propios(as) usuarios(as), alcanzado a diversas comunas de Santiago.

GRÁFICO N° 2A
Porcentaje de personas adultas atendidas según sexo.



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.

GRÁFICO N° 2B
Porcentaje de personas menores de 18 años atendidas según sexo.



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.

CARACTERÍSTICAS SOCIOESTRUCTURALES DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

Los registros de ingreso del CRSM “La Ruka” contienen información sobre el origen étnico declarado por las personas que acuden a este centro. En este ítem, del total de personas registradas en los 3 años analizados (1035), un 63,2% se declara chileno, y un 34,8% indígena. Este perfil fue dinámico en el tiempo, caracterizándose por la progresiva inversión de las cifras hacia una mayoría

de pacientes no indígenas en la actualidad. Así, tal como se aprecia en la TABLA 2, si en el año 2006 el 67,7% (121 personas) declararon ser indígenas, esta cifra cayó en 2015 a un 24,2% (154 personas), cifra relativa explicada en algo por el aumento de la población total atendida, pero principalmente debida a la mayor proporción de personas atendidas sin origen étnico indígena declarado.

TABLA 1 Comunas de residencia de personas atendidas según años de ingreso

	2006 (n = 179)	2010 (n = 220)	2015 (n = 636)
La Florida	87,2% (156)	71,8% (158)	61,6% (392)
Puente Alto	0,6% (1)	0,0% (0)	4,1% (26)
La Pintana	0,0% (0)	2,3% (5)	1,3% (8)
San Ramón	1,7% (3)	0,0% (0)	0,6% (4)
La Granja	0,6% (1)	0,5% (1)	1,9% (12)
Pirque	0,0% (0)	0,0% (0)	0,6% (4)
Otras comunas (fuera del ssms)	10,1% (18)	24,1% (53)	29,2% (186)
Sin dato	0,0% (0)	1,4% (3)	0,6% (4)

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

ACCESO A SALUD Y MOTIVO DE CONSULTA

En cuanto a las creencias religiosas, considerando solo a las personas adultas ingresadas en los tres años estudiados, se observa un perfil bastante heterogéneo, que en términos porcentuales es predominantemente la religión católica la más declarada (TABLA 3).

Este dato permite inferir que más allá de las creencias religiosas, las personas acuden a la medicina mapuche, validando sus saberes ancestrales y confiando en sus resultados con el uso de yerbas.

Dos ámbitos importantes a conocer sobre el acceso a la medicina mapuche son la previsión de salud de las personas que asisten y a través de qué medios fueron derivados a ellas o cómo conocieron de su existencia en el CRSM.

En cuanto a la primera dimensión, en general y coincidente con el perfil nacional, el mayor porcentaje (cerca del 90%) de las personas registradas en los tres años analizados es beneficiaria de FONASA, seguido por un 5% de personas sin previsión de salud, tal como se aprecia en el GRÁFICO N° 3.

TABLA 2 Origen declarado por año de ingreso

	2006 (n = 179)	2010 (n = 220)	2015 (n = 636)
Indígena	67,6% (121)	38,6% (85)	24,2% (154)
Chileno	30,2% (54)	60,5% (133)	73,4% (467)
Extranjero	0,0% (0)	0,9% (2)	1,3% (8)
Sin dato	2,2% (4)	0,0% (0)	1,1% (7)

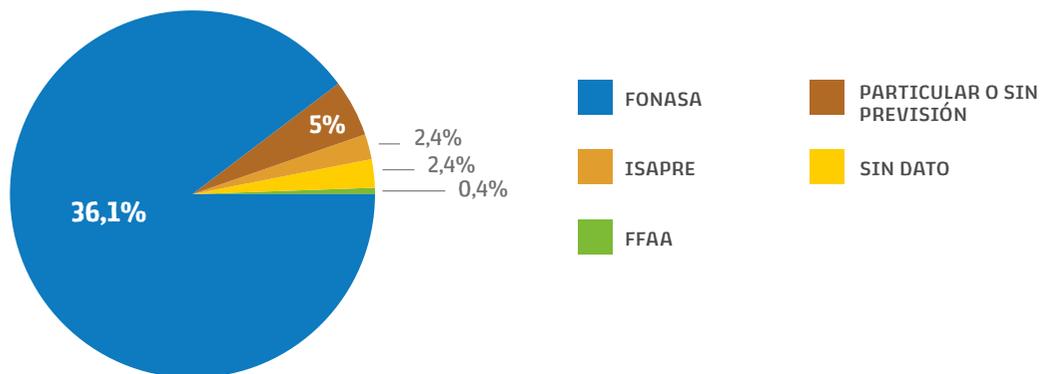
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

TABLA 3 Religión declarada por año de ingreso.

	2006 (n = 156)	2010 (n = 205)	2015 (n = 583)
Católica	44,9% (70)	57,1% (117)	61,6% (359)
Evangélica	16,0% (25)	13,2% (27)	11,7% (68)
Indígena-Mapuche	3,8% (6)	2,4% (5)	1,2% (7)
Creyente	30,8% (48)	23,9% (49)	7,7% (45)
Sin Religión	2,6% (4)	1,5% (3)	11,1% (65)

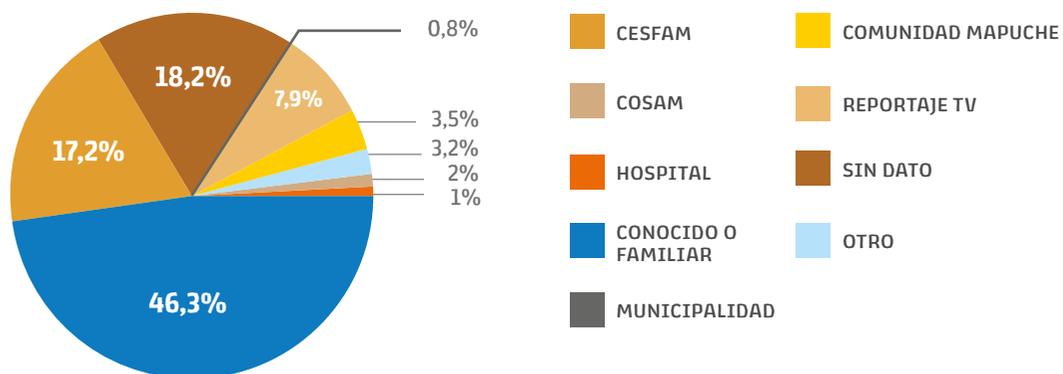
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

GRÁFICO N° 3 Previsión de salud de las personas ingresadas los años 2006, 2010 y 2015.



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.

GRÁFICO N° 4 Porcentaje de personas según quien deriva o cómo conocen de la Ruka.

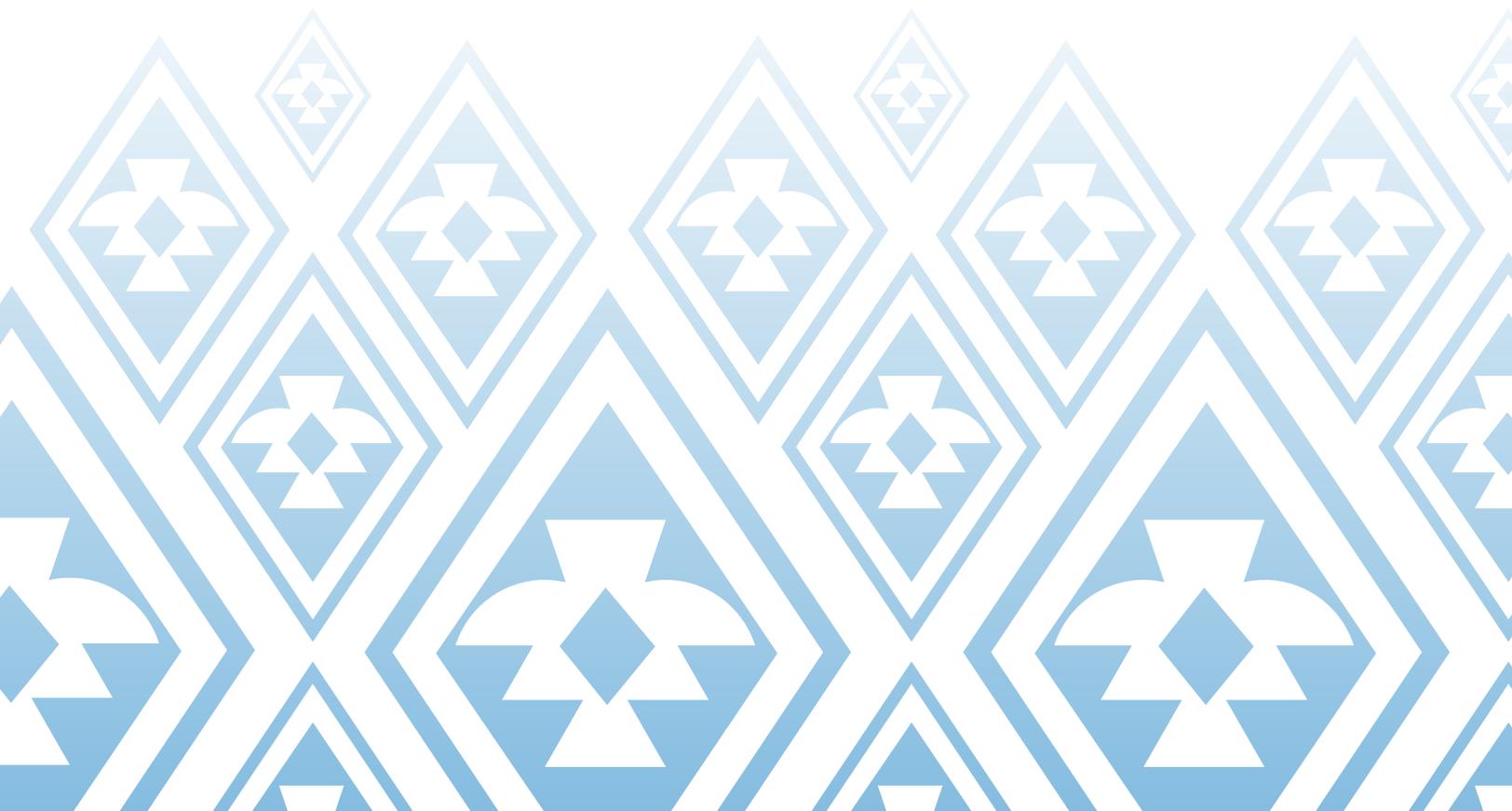


Adicionalmente, el hecho de que un 5% del total de los usuarios atendidos en los tres años analizados no cuenta con previsión de salud, es evidencia de que la medicina mapuche se transforma también en una experiencia que elimina las barreras de acceso, ya sólo por residencia y origen étnico, sino que también por previsión, considerando el carácter gratuito de la atención.

En cuanto a la vía de derivación al sistema de atención tradicional mapuche, la mayoría de los usuarios que han llegado a atenderse se han enterado de esta experiencia en la Ruka a través de canales no formales, esto es, por medio de un conocido o un familiar. Así, como se aprecia en el GRÁFICO N° 4, sólo muy marginalmente han llegado como un procedimiento de derivación formal de algún agente institucional público (CESFAM, COSAM, Municipalidad u Hospital), en un aspecto clave para evaluar - como veremos más adelante en las voces de los agentes de salud mapuche y gestores de la iniciativa - el carácter efectivamente intercultural de experiencias como la del CRSM "La Ruka".

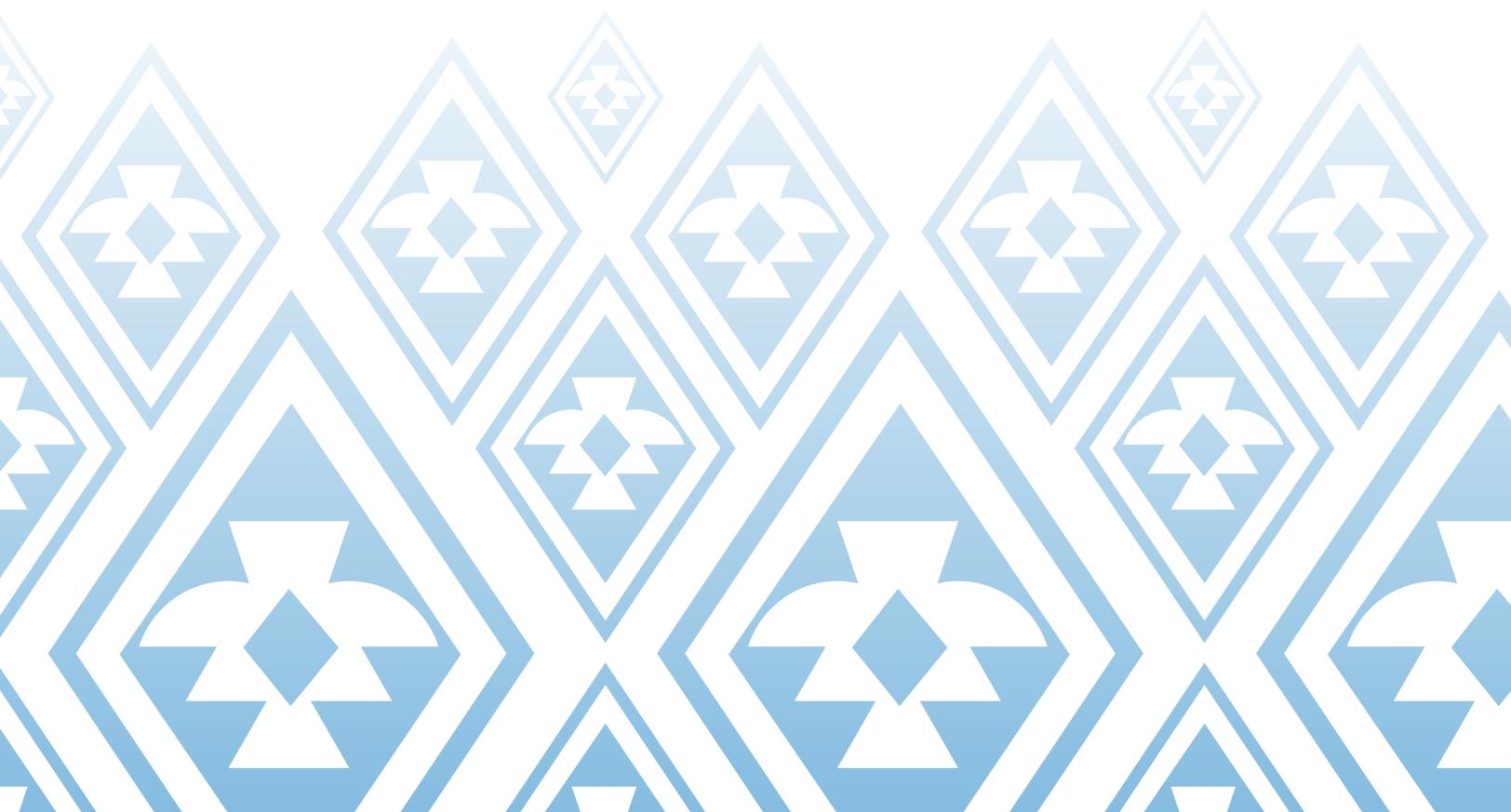
Para 2015 se sumó un nuevo canal de difusión no formal para la llegada de los pacientes, pues un 12,7% de los usuarios de ese año se enteraron de la Ruka por un reportaje televisivo que actuó como un factor que aumentó la difusión y popularidad de esta experiencia.

Finalmente, en términos de los motivos de consulta, las personas atendidas en la Ruka consultan principalmente (59,9%) por alguna enfermedad previamente diagnosticada en el sistema huinca o por un síntoma que principalmente es dolor. Por otro lado el 27,3% consulta por su salud en general, tanto física, mental como espiritual, y un 5,7% consulta por temas de salud mental, tales como depresión, trastornos generales del ánimo, adicciones, entre otras.





DISEÑO QUE REPRESENTA UNA
PLANTA USADA CON FINES
MÉDICOS Y DECORATIVOS.





FOTOGRAFÍA 4 Sala de espera.
FUENTE: PRODUCTORA ESKAMA AUDIOVISUAL.

2 Percepciones sobre la salud mapuche en el CRSM La Ruka

En esta sección revisaremos las percepciones que distintos actores sociales que confluyen en el espacio social de la Ruka tiene respecto del modelo de atención en salud allí entregado, tanto desde el punto de vista de su aporte a la atención de los pacientes como en cuanto al logro de la entrega de una salud con una perspectiva efectivamente intercultural, así como también en cuanto a sus significados sociales y políticos en el contexto mayor de la relación entre la sociedad chilena (y el Estado) y el mundo indígena. Se considerarán tanto las impresiones de los usuarios/as, como de los agentes de salud mapuche, los integrantes del equipo de salud del CESFAM y de los gestores de la iniciativa en el nivel político local y global.

2.1 PERCEPCIÓN DE USUARIOS Y USUARIAS

En este apartado presentamos la visión de 19 personas acerca de su experiencia al ser atendidos en el modelo de salud mapuche practicado en el CRSM “La Ruka”. Como una pequeña muestra de usuarios/as, ella reproduce la composición general de total de los registros analizados, siendo las siguientes sus características sociodemográficas: (a) 15 mujeres y 4 hombres; (b) en cuanto a su origen étnico, 6 se identificaron como mapuches; y (c) con edades fluctuaron entre los 39 y 84 años, con mayor la participación de personas sobre 60 años.

Lo primero que resalta de los discursos de usuarios/as es lo que ocurre con la modalidad de conocimiento y acceso al modelo de salud mapuche en el contexto global de la oferta en atención de salud, un contexto en el que, claramente, la salud según el modelo huinca o biomédico (asociado al CESFAM y todo el sistema de salud) es la que cuenta con hegemonía. Es por esto, que las personas llegaron al CRSM la Ruka casi exclusivamente a través de canales informales de difusión y conocimiento, esto es, principalmente por el “boca a boca”, la información transmitida



FOTOGRAFÍA 5 Proceso de atención del Machi a los pies del Rehue. Se observan también los frascos con orina que utiliza el Machi para realizar sus diagnósticos
FUENTE: ARCHIVO COMUNIDAD KALLFULIKAN.

por familiares, vecinos o conocidos acerca de su propia experiencia de atención en la Ruka y con el machi. Información que generalmente se asocia al consejo de asistir con este especialista tradicional fruto de una buena experiencia.

En cuanto al relato acerca de la experiencia de atención, los entrevistados señalan que esta se realiza miércoles y jueves, por las mañanas, por orden de llegada, por lo que todas las semanas hay ingresos. Los días de atención es usual que desde las 9.00 de la mañana ya haya personas en la sala de espera, la que está ubicada a un costado de la Ruka (FOTOGRAFÍA 4).

Luego, cerca de las 10:00 AM se comienza a realizar el registro de los que ingresan, se llama a los usuarios/as para que el machi los atienda al aire libre, frente al rehue, dejando su frasco de vidrio con la orina, tal como se aprecia en la FOTOGRAFÍA 5.

Luego de que son atendidos, pasan al interior de la Ruka a retirar sus yerbas, para lo cual deben llevar dos envases vacíos de 2,5 o 3 Lts. (FOTOGRAFÍAS 6 Y 7)

En cuanto a la experiencia de su atención en el modelo de salud mapuche, los usuarios/as, tanto mapuches como no mapuches, la evalúan de manera claramente positiva (muchas veces, en contraste con su impresión acerca del modelo huinca o biomédico de la salud y enfermedad), destacando aspectos tales como:

- a) La valoración de la medicina natural basada en hierbas. En este sentido, el uso de hierbas es destacado dado su carácter “natural”, considerándolas más sanas, porque no dañan el estómago y no tienen efectos secundarios, como los medicamentos alopáticos. Tal como lo relataba una de las usuarias: “...las pastillas hacen bien para una cosa y mal para otra...” (Mujer, 67



FOTOGRAFÍA 6 Se muestra el interior de la Ruka, en primer plano las botellas con agua de yerbas que cada persona se lleva como parte de su tratamiento.

FUENTE: ARCHIVO COMUNIDAD KALLFULIKAN.

- años). Otro aspecto destacado en este mismo sentido es el hecho de que este modelo de tratamiento no los obliga a tomar hierbas para cada enfermedad, pues la infusión de hierbas, en sus diversas y secretas preparaciones, actúa en diversos malestares.
- b) El reconocimiento del Machi como agente de sanación y sabiduría. En este sentido, las personas entrevistadas refieren tener fe en la medicina mapuche, al observar – señalan – resultados en su organismo en pocos días de tratamiento, manifestando confianza en que esta medicina natural los sanara de todos sus males. Si bien la mayoría no comprenden del todo la cosmovisión mapuche, respetan sus saberes y valoran la labor del machi. Tal como lo expresa una usuaria, para quien “*el (machi) te ve la vida*” (mujer, 60 años). Así, para muchos/as la atención con el machi resulta reveladora, descubriendo e indagando en aspectos de su vida que creían irrelevante. En tal sentido, la misma usuaria aludida antes se manifestaba sorprendida de que el Machi con solo “*ver la orina sabe tantas cosas*” (mujer, 60 años).
- c) El carácter inclusivo del modelo de atención mapuche de la Ruka, en tanto usuarias(os) reconocen la accesibilidad de la medicina mapuche, al ser gratuita, más rápida para conseguir hora de atención, no contar con requisitos de edad o residencia, y la inexistencia de gastos en exámenes o en medicamentos. Por esto y por las mejoras en su condición que han vivido, recomiendan la Ruka, traen a sus familiares y se manifiestan conformes con la atención.
- d) El abordaje integral de la persona, que, entre otras cosas, permite evaluar la atención en salud también como un espacio para conocer y encontrarse con otros aspectos de su vida,



FOTOGRAFÍA 7 Persona recibiendo y cerrando sus botellas. Cada persona lleva sus botellas plásticas para ser llenadas con las yerbas que le correspondan.

FUENTE: ARCHIVO COMUNIDAD KALLFULIKAN.

no solo el religioso. Así, lo relata una usuaria, para quien, poder asistir a la Ruka le permite a las personas acercarse a las tradiciones mapuches: “...*me encuentro con mis raíces*” (39 años), expresa. En este último sentido, la Ruka es un espacio de rescate y reivindicación de la vida mapuche, invisibilizada en la ciudad, por lo que es también un espacio en el que se recrean los ritos y tradiciones propias del wallmapu, como se aprecia en la FOTOGRAFÍA 8.

DESAFÍOS O MEJORAS DESDE LA VISIÓN DE LAS USUARIAS Y LOS USUARIOS

Desde la opinión de las(os) usuarias(os) participantes, principalmente mejorarían la difusión, para que otras persona puedan acceder a este servicio de salud mapuche. Algunas personas esperan que el servicio se entregue más días a la semana y que existan más rukas más cercanas a sus comunas.

FOTOGRAFÍA 8 Ceremonia *Wiñol Tripantu*. Actividades ceremoniales que se realizan en la *Ruka* y su territorio
FUENTE: ARCHIVO COMUNIDAD KALLFULIKAN

*Celebración del año nuevo mapuche en el solsticio de invierno austral (el día más corto del año en el hemisferio sur) entre el 21 y el 24 de junio.



Existe divergencia de opiniones sobre las mejoras en cuanto a tecnología o infraestructura, por un lado hay personas que señalan que se podría incluir tecnología para el registro, y así acelerar el proceso de atención, para otras la falta de tecnología o modernización es parte de la esencia de tradicional.

2.2 PERCEPCIONES DE LOS AGENTES TRADICIONALES DE SALUD MAPUCHE

Este apartado se refiere a las visiones que tienen quienes ejercen roles en el modelo de atención basado en la tradición mapuche tienen respecto de la experiencia de Salud intercultural dada en el Centro de Referencia de Salud y Medicina Mapuche (CRSM) “La Ruka”. El texto se organiza en tres apartados (a) la definición de sus roles

específicos en el modelo de atención mapuche aplicado en el CRSM La Ruka, (b) cómo se relacionan sus prácticas con la cosmovisión mapuche de salud/enfermedad y (c) cómo evalúan el carácter intercultural de la experiencia de salud mapuche inserta en el CESFAM Los Castaños.

ACERCA DE LOS AGENTES TRADICIONALES, SUS ROLES Y PRÁCTICAS:

En el Centro de Referencia de Salud y Medicina Mapuche (CRSM) “La Ruka” atiende un equipo de salud conformado por los siguientes agentes tradicionales mapuche:

- a) 1 machi
- b) 2 facilitadores interculturales
- c) 1 lawentuchefe



FOTOGRAFÍA N°9 Ingreso y registro de las personas por Facilitador Intercultural.
FUENTE: PRODUCTORA ESKAMA AUDIVISUAL

Cada uno cumple roles definidos y asignados tanto por tradición como por funcionamiento bajo la modalidad del programa. El facilitador intercultural es el responsable del registro de todas las personas que vienen a atenderse por primera vez, a control y a hacer retiro de sus yerbas medicinales. Adicionalmente, es el encargado de la recepción del usuario y de entregarle toda la información acerca del programa de atención en salud con la perspectiva tradicional mapuche, orientándolos en el funcionamiento de este espacio de salud y de qué manera acceder a él. También es el encargado del registro estadístico de los usuarios (edad, origen étnico, comuna, etc.) que están siguiendo tratamiento y a lo que se entrega yerbas medicinales. Para ejercer su rol como mediador entre ambos sistemas de atención

en salud, el facilitador debe conocer su cultura (mapuche), en primer lugar. Teniendo en cuenta los procesos de desplazamiento lingüístico que ha sufrido el mapudungun en la ciudad, si bien puede no ser hablante en su lengua (al igual que la mayor parte de los usuarios), sí es imprescindible que conozca, en palabras del mismo facilitador:

“... cómo son los machis, las autoridades tradicionales que nosotros tenemos, por ejemplo, cuáles son los protocolos también, protocolos en el sentido de protocolos mapuche tanto de las ceremonias, en este caso de los ritos de sanación”.



FOTOGRAFÍA N°10 Frascos de orina de las personas que esperan atención del Machi.
FUENTE: PRODUCTORA ESKAMA AUDIOVISUAL

Por su parte, el machi dentro de la medicina mapuche, es el encargado de hacer el diagnóstico de las enfermedades de la persona consultante. Tal tarea se realiza desde distintas estrategias, las que, en el caso del CRSM La Ruka es a través de la orina, los números y las manos. Este agente tradicional no se forma bajo ninguno de los parámetros de los especialistas o agentes del modelo biomédico, pues sus habilidades y saberes son parte de un don con el que se nace, y que tiene que ver con sus antepasados, su linaje. Por tanto, ser machi y aportar su sabiduría a la comunidad es casi un imperativo moral. Y tal don es algo que se tiene que ir nutriendo con la conexión con la naturaleza, tal como lo señala el machi:

“... fui aprendiendo en todos lados, donde iba, en el bosque, en los cerros, con la gente, con los animales, con los pajaritos. Iba aprendiendo cosas, porque ahí está toda la historia, toda la sabiduría, en la naturaleza. Hay que saber entenderla, hay que tener la capacidad, ¿no es cierto?, mental, de captar esos conocimientos que están en el aire, que están en el sonido, que están en el viento, en todas partes.”

El espacio de atención del machi es al aire libre, respetando el modelo de atención consistente con la cosmovisión mapuche, esto es orientado hacia el oriente y frente a un rehue, en un modelo interaccional que se separa de la visión huinca o biomédica, suponiendo una dimensión proxémica o de uso del espacio que también es significativa para la relación clínica y sus resultados.

Finalmente, el rol de la lawentuchefe corresponde a quien prepara las infusiones de yerba para el tratamiento de las enfermedades o cuadros diagnosticados por el machi. También es la encargada de la recolección de las yerbas mismas en el contexto del Wallmapu (territorio tradicional mapuche). En la ciudad, la mayoría de las yerbas se traen desde el sur (de proveedores del comercio o de familiares que las traen desde el sur) lo que se complementa con otras que se obtienen de un huerto (como boldo, romero) que hay en el mismo espacio de la Ruka.

El modo en que se llega a ser lawentuchefe es similar al del machi, pues corresponde a un don que viene de los antepasados (“es hereditario”), en el caso de CRSM su abuela era machi y su mamá recogía yerbas. Así lo señala:

“(en un inicio)... los mismos médicos decían ‘por qué el machi sabe, y yo tengo estudios’... el machi no estudia, el lawentuchefe no estudia, no estudia la planta, no estudia en un libro para saber, sino que a través del sueño le van diciendo ‘mira, esta planta es para esto y para esto otro’, para diferentes enfermedades”

Su espacio de trabajo es dentro de la Ruka misma, en la parte poniente, en un área adecuada a los requerimientos del MINSAL para la preparación de infusiones (piso lavable, mesones y lavaderos de acero inoxidable), y en la preparación de las infusiones no solamente es esencial la planta medicinal, sino también lo que denomina la “parte espiritual”, lo que implica también acompañar

FOTOGRAFÍA 11 *Proceso de atención del Machi a los pies del Rehue.*
FUENTE: PRODUCTORA ESKAMA AUDIOVISUAL



el proceso de oraciones en mapudungun y en el espacio de la Ruka. Para esta preparación la lawentuchefe sigue la prescripción que realiza el machi tras evaluar y diagnosticar al paciente.

ACERCA DE SUS PRÁCTICAS Y SU RELACIÓN CON LA COSMOVISIÓN MAPUCHE DE SALUD/ENFERMEDAD

Tal como se ha visto anteriormente, la mayor proporción de personas de origen no indígena que asisten a la Ruka se explica por cómo entienden los mapuches el sistema de curación tradicional en su universo cultural nativo, en cuanto a qué enfermedades deben ser consultadas a, o asumidas por, un machi, un aspecto en donde vemos que la configuración del mundo de experiencia mapuche v/s experiencia según el modelo huinca o biomédico no se corresponden. Así lo expresa el facilitador intercultural:

“... generalmente los mapuche por algún malestar normal, un dolor de estómago, un dolor de cabeza, ellos no van a acudir al machi, generalmente. ¿Cuándo un mapuche acude a su medicina? Cuando ya sabe que no es un problema físico que tiene, sino que es algo más espiritual, porque generalmente la mayor parte de la población indígena, su problema de salud tiene que ver con algo espiritual, eso espiritual tiene que ver con la energía, la energía que él tiene como mapuche y la energía que viene de familia, y que, de alguna u otra forma, eso perjudica un poco en su estado anímico, en su estado de salud.”

Es decir, el machi no puede ser homologado a la figura de un médico u otro profesional de salud, pues la mirada mapuche entiende a la salud y la enfermedad bajo un prisma social, colectivo, que trasciende la vida individual (englobando a sus antepasados inclusive) y lo físico o biológico. Así también lo expresa el machi, al definir que el enfoque que le dan al diagnóstico y tratamiento es más integral, respecto de lo que ocurre en un enfoque más biomédico. En palabras del machi:

“... tomamos a la persona en su integridad, cuerpo físico y cuerpo invisible, que es el alma. Lo tomamos como una sola cosa, entonces la otra medicina no, lo toma por partes”

En el mismo sentido, tampoco se trata de una práctica estandarizada -lo que en el modelo biomédico tradicional se plasma, por ejemplo en la existencia de protocolos para tratar determinados cuadros-, las prácticas medicinales varían precisamente vinculadas con un aspecto central de la cultura mapuche; la territorialidad. Así lo plantea el facilitador intercultural:

“... también hay que entender que no todos los modelos y sistemas son iguales, porque todos los machis no trabajan de la misma manera, y como generalmente nosotros los mapuche nos dividimos en territorios, no todos los territorios trabajan de la misma forma”



FOTOGRAFÍA 12 Yerbas medicinales preparándose en fondo de acero.
FUENTE: PRODUCTORA ESKAMA AUDIOVISUAL

El mismo machi refuerza esta idea esta idea, al plantear que cada machi es diferente en sus prácticas:

“Son todos muy distintos, porque en el momento en que somos distintos como personas, como seres humanos, por muchas razones no cierto... tiene que ver el origen, tienen que ver nuestros antepasados, nuestras creencias, nuestra forma de vida, nuestra... el sector, el lugar donde nacemos, todos esos factores tienen que ver de la forma como nosotros somos. La forma de vida que tenemos, ¿cierto? Y en los Machis también se refleja eso, por eso cada Machi tiene una forma de ver, una forma muy distinta, uno del otro”

En cuanto al lugar que encuentra el modelo tradicional mapuche en su relación con el modelo biomédico, los agentes tradicionales de salud mapuche consideran que, sobre todo para los no mapuches, su modelo aporta respuestas que el biomédico no entrega, ocupando el lugar que otras medicinas alternativas tienen también, apuntando a su carácter más natural, rescatando su clave homeopática (en tanto opuesta a la alopática):

“... las personas buscan esta alternativa, porque es algo más natural, de acuerdo a ellos es algo como más natural, porque generalmente en la otra medicina, dependiendo tal vez de la enfermedad que tienen, se tratan con muchos fármacos, y generalmente las propias personas

son conscientes en el sentido de decir que los fármacos, si bien les pueden ayudar para su enfermedad, pero tal vez les pueda provocar otro daño, las personas también andan en la búsqueda de algo natural, de algo que no sea tan invasivo para la persona en su cuerpo” (Facilitador intercultural)

Finalmente, los agentes tradicionales entienden que hay una estrecha relación entre sus prácticas y aspectos de la cosmovisión mapuche tan centrales como la lengua, el mapudungun, comprendiendo que sus prácticas requieren una agencia que es a partir del mapudungun. Así lo plantea el machi, para el cual sin lengua (mapuche) no es posible ejercer su rol:

“... nuestra medicina está muy ligada a la cosmovisión, a la espiritualidad, entonces, un Machi no puede funcionar con otra lengua que es la lengua mapudungun, porque los códigos, porque nosotros nos comunicamos con el entorno, con el espacio, con el cosmos. Nos comunicamos con nuestros antepasados, imagínate un antepasado de cientos de años atrás, o miles de años, el único idioma era el mapudungun acá, y el mapudungun significa el hablar de la tierra. O sea que, nuestro idioma es el hablar de la tierra. Como te decía denante, el sonido de la cascada del agua, del viento, de la lluvia, el trinar del pajarito, el rugir de los animalitos, todo ese sonido... entonces, lo captó el mapuche antiguo miles de años atrás y lo

transformó en palabras, o sea, el lenguaje es fundamental, para que podamos conectarnos con el espacio, podamos conectarnos con nuestros antepasados, con el entorno natural, la naturaleza, es fundamental. Sin el lenguaje mapuche no hay Machi”

En su práctica la conexión central es con los espíritus de sus antepasados, por lo que no hay otra opción que hablar en mapudungun. Allí se ve esta doble conexión, pues, por un lado, el machi como agente emerge más bien como un mediador de saberes, antes que la figura de un especialista que “posee” saberes como individuo, y, por otro lado, que tal mediación debe ser en la lengua ancestral:

“El machi cuando llega acá lo primero que hace se comunica con sus antepasados, quien le dio este rol, y pide todos los apoyos necesarios para atender, hacer su trabajo por el día, eso lo hace el machi cuando recién llega en la mañana... Porque en el fondo, son los espíritus los que están diciendo lo que tiene el enfermo a través de uno. Porque el machi es un mortal como todo mortal, pero como tiene ese don y está acompañado por los espíritus ancestrales, entonces son ellos los que están hablando por uno”

La lawentuchefe da cuenta de un modelo cultural similar, al entender que la labor de preparar las yerbas también debe ser mediada por actos de habla en mapudungun, señalando:

“La persona hablante conoce las yerbas y hacen las oraciones, porque la persona que no conoce la planta, que no sabe hablar mapudungun, yo pienso que no puede hacer las yerbas medicinales. Las que preparan la yerba tienen que saber mapudungun”

Incluso, esta mediación a través de la lengua, impregnada por la visión de la naturaleza que provee de las plantas como un agente vivo, se proyecta al acto mismo de recolectar los insumos para su trabajo. Así lo señala la lawentuchefe:

“Usted va a buscar yerbas y no puede llegar y meterse ... usted tiene que pedir permiso... porque se puede enfermar... porque a usted no lo conoce... por eso siempre se pide a una persona hablante de mapudungun”

EVALUACIÓN RESPECTO DEL CARÁCTER INTERCULTURAL DE LA EXPERIENCIA DE SALUD MAPUCHE EN VECINDAD CON EL CESFAM LOS CASTAÑOS

En general, en los distintos agentes de salud que participan en el espacio de la Ruka existe la conciencia de que su modelo de salud (intercultural) abarca mucho más que lo sanitario o lo médico (desde la óptica biomédica), lo que se verifica en el plano de la lengua, por ejemplo, tal como lo relata el facilitador, en los encuentros con el machi u otros agentes de salud indígena:

“... el simple hecho de que vengan y no sé *poh*, conversen tal vez conmigo o con otras personas que atienden acá y puedan un poco hablar su idioma, yo creo que para ellos es como... podríamos llamarlo... como algo emotivo, porque desde que la mayoría, cuando se fueron de sus comunidades de jóvenes por ejemplo, aquí en Santiago no hay espacios, no hay lugares donde se puedan reunir y hablar tu idioma, por ejemplo en el trabajo ellos no pueden hablar el idioma mapudungun porque sus compañeros no les van a entender, y cuando se encuentran con algo como esto yo creo que es algo emotivo para ellos y yo creo que también se reencuentran con su pasado, se reencuentran con lo que son, que son mapuche... el mismo machi cuando le hablan en su idioma ya ahí yo creo que genera un impacto en la persona”

Así, el significado que usuarios y agentes de salud atribuyen al espacio social que es la Ruka tiene que ver como la mirada que tiene la cultura mapuche, así como otras comunidades, indígenas, como un fenómeno social, colectivo, antes que individual, en este último plano (el de la lengua), conectado con la posibilidad de reconstruir una comunidad originaria perdida tras la migración forzada que experimentaron desde sus comunidades una vez ocurrido el proceso de enajenación y despojo por parte del Estado de sus tierras ancestrales.

La otra clave en que los agentes entienden la experiencia de salud instalada en tanto intercultural es una clave política. Así lo señala el coordinador de la experiencia, en tanto la ven como un medio para un fin:

“... siempre fue la intención de instalar el modelo y sistema de salud mapuche propio. Y que a través de ello, y cómo podíamos nosotros lograr, establecernos, y dar pie a eso, aprovechando esta oportunidad para el Estado y para el sistema se le llama Salud Intercultural, independiente que nosotros nunca, y hasta el día de hoy, no estamos de acuerdo con el concepto de salud intercultural, hicimos, digamos, uso de ese concepto para instalar nuestro tema”.

Desde esta clave, existe además la claridad de que, si bien instalar la Ruka constituye un avance, la experiencia dista mucho de un logro de una real interculturalidad:

42 “...un Estado en la cual todavía no tiene claro, digamos, lo que es la interculturalidad. Para nosotros es una visión totalmente distinta. La interculturalidad todavía no existe, al menos en Chile. Es un concepto impuesto, digamos, a los Pueblos Indígenas, pero que beneficia en este caso al Estado para poder implementar su política pública. Pero de ninguna forma, digamos, es un concepto que es aceptado por los indígenas. Porque primero que nada hay que entender cómo entendemos por interculturalidad. La interculturalidad se supone que son igualdad de condiciones, y que por ambos lados se reconozcan, y aquí no hay ese, no tiene, digamos, ese grado de reconocimiento. Primero, por ejemplo, porque entre los especialistas, la medicina convencional y los especialistas de la medicina mapuche no hay diálogo. No pasa eso. Entonces, ese es como el ejemplo para decir no hay interculturalidad, porque la interculturalidad se da cuando ambos especialistas entran a dialogar, entran a conversar desde un punto de vista individual a llegar a un consenso común, digamos. Y eso aún no existe, todavía no...”

Esta percepción se ve ratificada en las prácticas de cada uno de los agentes de salud mapuche. La opinión que prima entre los agentes tradicionales de salud mapuche y los representantes del modelo biomédico es que la experiencia del crsm La Ruka

logra una interculturalidad en un plano funcional, es decir, son capaces de coordinar acciones en conjunto entre ambos actores. Pero más allá de esto predomina un juicio crítico a cómo se lleva en el fondo la interculturalidad en salud allí. Así lo plantea el machi:

“Acá el estado chileno habla de interculturalidad, pero es un decir en el fondo porque de interculturalidad no tenemos nada. Para mí sería intercultural, primeramente, si nuestra medicina estuviera reconocida legalmente, a través de la ley ¿no cierto? Existiera un reconocimiento, y ese reconocimiento legal de nuestra medicina no puede existir porque ni siquiera somos reconocidos como pueblo en la constitución. En el fondo no existimos... y malamente pueden autorizar o reconocer la medicina de seres que no existen, ¿no cierto? Ya, entonces habla de interculturalidad. Entonces la interculturalidad ellos la entienden que nosotros nos acerquemos a ellos, y estemos cerquita, y hagamos lo que usted me mandó a hacer de acuerdo a sus conocimientos, de acuerdo a sus ideas de cómo hacen la salud ellos, pero eso no es interculturalidad. La interculturalidad, según lo que tengo entendido yo, no es que una cultura absorba la otra. La interculturalidad es paralela, en vez de fortalecer nuestra cultura, el estado chileno, nuestra forma de hacer medicina, y estemos a la par con la otra medicina, de tú a tú, con todo el respeto que se merece... eso sería algo más intercultural, pero ahora no”

Para el mismo machi, el hecho de que tras años de trabajo en el CESFAM aún no cuenten con la instalación de baños propios (debían ocupar baños de usuarios del CESFAM y solo hace poco tiempo les dieron la posibilidad de usar los de los funcionarios) es otro indicador de la asimetría y de su estatus distinto al de los integrantes del equipo de salud. Por lo mismo, uno de los integrantes del equipo de salud el CESFAM señaló que “entre la Ruka y el CESFAM hay un Bío Bío” aludiendo a un distanciamiento.

Esta ausencia de una real interculturalidad se traduce en constantes choques y tensiones entre las concepciones de salud y enfermedad que ambos actores – agentes indígenas y sistema de salud biomédico –, tales como las relatadas:

“La experiencia que nosotros tuvimos con el ministro de salud, cuando nos cuestionó... y cuando nos dijeron «¿tienen un lavamanos?» porque deben tener un lavamanos porque es parte del código sanitario». Nosotros le dijimos, haber, el código sanitario es suyo, no es mío, yo no estoy haciendo medicina convencional, mi modelo y mi sistema tiene su propio mundo. Yo no estoy dentro de su espacio, es mi espacio “

“Por ejemplo, en el manejo de las yerbas, un modo es que tu pescas la yerba y la aplicas, otro modelo es que tú la pescas y la escupes y la aplicas. Para el código sanitario, desde el momento en que tú le echaste escupo es insalubre. Para nosotros no. Tú te haces una herida en la cocina y no puedes cortar la sangre, ¿qué te dice la cultura mapuche?... méalo... tu propia orina, ¿y qué significa eso para el código sanitario?... Insalubre, no corresponde, no puedes hacerlo. Pero es nuestra cultura, nuestra filosofía, nuestro propio modelo y sistema de vida”

Sin embargo, a pesar de esta mirada crítica, los agentes así como el resto de los integrantes de la comunidad ven esto más bien como un proceso, con avances y retrocesos, en el cual poco a poco van recuperando y defendiendo su cultura.

2.3 PERCEPCIÓN DE LOS TRABAJADORES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

En este apartado se describen las percepciones expresadas en entrevistas grupales realizadas a los profesionales, técnicos paramédicos y administrativos que conforman el equipo de salud del Centro de Salud Familiar Los Castaños. Se

realizaron 3 entrevistas semiestructuradas, 1 de ellas fue realizada al equipo del CECOF Los Castaños y las 2 restantes con trabajadores(as) del CESFAM Los Castaños; en las 3 entrevistas se combinaron diversos profesionales del área de la salud, administrativos y técnicos paramédicos y las entrevistas tuvieron una duración promedio de 49 minutos. Se entrevistaron en total 10 mujeres y 3 hombres; y los(as) profesionales no médicos presentaron una predominancia numérica en todas las entrevistas realizadas.

Las personas del equipo de salud en las tres entrevistas coinciden en que el Centro de Referencia de Salud y Medicina Mapuche (CRSM) “La Ruka” es reconocido a nivel nacional e interna-

cional, y que esta experiencia de salud Mapuche los identifica y caracteriza como una iniciativa de salud Intercultural dentro de la Atención Primaria de la Región Metropolitana. Además, los equipos reconocen que cada vez más los(as) usuarios(as) buscan alternativas naturales para tratar sus enfermedades o patologías, esto debido a la utilización excesiva de medicamentos por parte de la medicina occidental que muchas veces está presente en los centros de salud públicos chilenos, tal como lo expresa una de las profesionales que participó en estas entrevistas.

44 **“... aparte yo siento que igual la comunidad en sí, a nivel país está buscando alternativas diferentes, entonces estamos volviendo a lo natural, si tú te das cuenta... claro hay gente que todavía se alimenta, no sé poh, que la comida chatarra qué sé yo, pero hay gente que ya está como “no, mira, veamos la fruta, veamos la verdura, la leche” qué sé yo, todas las propiedades más naturales, está volviendo esa conciencia, entonces ellos también están abarcando mucha más gente también” (Trabajadora entrevista 1)**

Además, los(as) trabajadores(as) participantes en las entrevistas concuerdan que se ha logrado un trabajo armónico entre “La Ruka” y el CESFAM, ya que la mayor parte de los usuarios(as) asisten a ambos lugares comprendiendo que aunque se atiendan con el Machi no deben dejar sus controles ni tratamientos con los profesionales del centro de APS, tal como lo indica una de las personas entrevistadas:

“...Si, igual ellos dicen si es que tuviese esta persona una diabetes o una hipertensión le dicen ‘tiene que seguir controlándose en su centro de salud’ o sea ellos en ningún rato les dicen deje las hierbas, o sea deje los medicamentos y tome solamente esto, en eso son súper respetuosos porque eh... allá si hay una patología que está definida ellos le dicen que tienen que seguir en control” (Trabajadora entrevista 2)

Sin embargo, a pesar de lo anterior, varias personas del equipo expresaron que la relación con la cosmovisión de salud que posee el pueblo mapuche era algo desconocido para ellos antes de trabajar en el CESFAM Los Castaños, ya que tenían la impresión que la medicina mapuche, y en particular sus agentes tradicionales de salud eran parte de la historia de Chile, pero no representaban prácticas que actualmente se realizaran de forma masiva y creían que sólo se desarrollaban en las regiones con mayor población de origen mapuche, pero no en las ciudades más grandes ni en la zonas urbanas. Sin embargo, esta percepción ha ido cambiando al conocer el trabajo de la Comunidad Kallfulikan, ya que han visto que cada vez es mayor y más diversa la población que se atiende en “la Ruka”, como lo expresa esta profesional entrevistada:

“...yo creo que sí porque si no estuviera la Ruca yo ni me enteraría de cuál es la medicina Mapuche, de lo que es un Lonco, ni lo que es un Machi, sería así como para mí así como un libro de historia que existían Machis y nada más”. (Trabajadora entrevista 1)

VISIÓN SOBRE LA SALUD INTERCULTURAL

Los(as) trabajadores(as) entrevistados(as) opinan que la interculturalidad en salud se refiere a la integración de visiones sobre los procesos de salud y enfermedad que están presentes en la población, ya sea por diferencias culturales con población inmigrante o población indígena, tal como lo expresa una entrevistada en la siguiente cita. Creen además, que incorporar la interculturalidad en salud es muy importante para tener una buena relación con la población que se atiende en la atención primaria.

**“...intercultural significa como tratar de... calzar o que se integren ciertas visiones de lo que es salud y enfermedad, y tienen que ver con saludes étnicas o la concepción oriental-occidental, pero tiene que ver como con hacer conversar finalmente todas estas visiones”
(Trabajadora entrevista 3)**

Para los trabajadores entrevistados, atender a personas inmigrantes representa un desafío, sobre todo la población haitiana, debido a las marcadas diferencias culturales y además porque tienen un idioma distinto. Sin embargo, no tienen la misma percepción cuando han debido relacionarse con personas de origen mapuche o de otro pueblo originario, es decir, el abordaje intercultural se considera más ahora, con la llegada de la población inmigrante, pero no es algo que se considerara al momento de abordar a la población indígena, sin embargo el que exista un Machi en la Ruka les ha permitido, en parte, un abordaje más intercultural con la población indígena de nuestro territorio, tal como se aprecia en las palabras expresadas por una de las profesionales entrevistada.

**“Porque nuestra formación académica es una anamnesis típica, las herramientas que nosotros pensamos que ellos tienen, o el concepto que ellos tienen de autocuidado, y acá nos hemos dado cuenta con nuestros usuarios extranjeros, finalmente Haitianos; ellos no perciben la salud como un autocuidado, ellos la perciben como distinto, ellos la perciben cuando estoy enfermo, de hecho las mujeres embarazadas Haitianas se controlan tardíamente porque ellos no están acostumbrados a tener un control natal preventivo, ellos piden y si es que piden ayuda en el momento de tener el parto, entonces esto de conocer, quizás no tan solo nuestra culturas ancestrales sino también conocer a estos nuevos hermanos que están llegando, también nos permiten a nosotros saber cómo abordar esa persona desde el punto de vista de salud y no quedarme estática con mi estructura de consulta clínica sino que poder abordar y en el fondo, en base a su conocimiento y a su visión de cada una de estas culturas poder enfocar mi atención..”
(Trabajadora entrevista 1)**

“...Eso partió en no sé en qué año, después esta misma comunidad en conjunto con las otras comunidades Mapuches que hay cercanas a los centros de salud, se hizo capacitaciones a los funcionarios y esta capacitación eran seis semanas, todos los Lunes; seis semanas y se daba todos los años y en esa capacitación nos explicaban en el fondo cual es la visión como Mapuche, ya, mucho cosas que a veces uno no entiende y de repente pasa un velorio y por qué son tantos días y ahí a uno le abre un poco más la mente...” (Trabajadora entrevista 1)

46

Sin embargo, los relatos de los trabajadores en las tres entrevistas realizadas no presentan experiencias similares en relación a un abordaje intercultural dentro del CESFAM Los Castaños, y menos dentro de la Comuna; algunos profesionales y TENS nos contaron que en algún momento asistieron a cursos realizados por las diversas Comunidades Mapuches presentes en La Florida (en coordinación con las autoridades de la Mu-

nicipalidad), sin embargo estas capacitaciones no han sido continuas en el tiempo y han sido parciales. Además expresan que estas capacitaciones se han enfocado en medicina mapuche, pero no en medicina intercultural (en relación a un abordaje más amplio). Lo único que relatan como una experiencia más intercultural dentro del CESFAM han sido los Diagnósticos participativos con las distintas comunidades presentes dentro de la Comuna. Así se puede apreciar en el relato de una de las funcionarias participantes en las entrevistas:

“O sea, la Ruca ha dado ciertos cursos de Medicina Mapuche pero capacitación de medicina intercultural... de salud intercultural no hemos tenido, yo por lo menos no he tenido la oportunidad de asistir a ninguna, lo que sí nos hemos ido acercando en hacer en diagnósticos participativos con las distinta comunidades, no solo Mapuches sino que Colombianos, Haitianos, que sé yo” (Trabajadora entrevista 1)

POSICIONAMIENTO DE LO INTERCULTURAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Los(as) trabajadores(as) del CESFAM Los Castaños entrevistados consideran que la atención primaria es el lugar más indicado para que se desarrollen iniciativas que rescaten y promuevan las diversas culturas presentes en un país, debido a que en la Atención Primaria de Salud (APS) es el espacio donde debería producirse la prevención de enfermedades, promoción de la salud y el trabajo comunitario, y esto último es considerado por los equipos, como una práctica que también es desarrollada por Kallfulikan, ya que ellos generan un importante trabajo con la comunidad, tal como lo relata esta profesional:

“... la mayoría lo que he escuchado yo ha tenido una grata experiencia y siguen yendo, a parte que en la Ruca también yo una vez... no sé si será muy habitual pero eh... habían unos niños, en jardines aprendiendo Mapudungun, entonces también hay otras actividades que son extras, que no son netamente la medicina, sino que también enseñar la interculturalidad” (Trabajadora Entrevista 1)

Por otro lado, algunos profesionales del equipo, expresan que la APS es el lugar más indicado para desarrollar la interculturalidad en salud, debido a que aquí se atienden los pacientes menos complejos, por ende existen menos posibilidades de que se produzcan efectos adversos, ya que según estos profesionales, muchas de las prácticas de la medicina mapuche o medicina no tradicional, no cuentan con suficiente evidencia sobre sus reales efectos curativos. Este último punto, fue el que mayor debate generó dentro de los trabajadores entrevistados, debido a que otros(as) profesionales tienen la impresión de que el evidenciar los efectos de las prácticas en salud siempre es impuesta desde la visión occidental, y eso es bastante cuestionable.

“Yo creo que un punto y más ligado a lo que estaba tocando y planteado en delante que finalmente funciona muy bien el de tener una mirada de atención primaria porque aquí hacemos estrategias de promoción y prevención, no estamos tratando pacientes tan complejos, pero yéndonos a una realidad más hospitalaria ahí sí lo encuentro más delicado porque ya estamos hablando de pacientes enfermos que requieren tratamiento o tienen una patología declarada, en cambio aquí yo siento que puede ser un aporte en la estrategia de la promoción de la salud, prevención de enfermedad”
(Trabajadora entrevista 2).

Los profesionales relatan que al comenzar a funcionar el CRSM, la derivación de usuarios(as) se enfocó en pacientes que tuvieran por lo menos uno de sus apellidos mapuches, debido principalmente a que así estaba determinado por la comunidad Kallfulikan (esto según lo establecido en los inicios del Programa PESPI), sin embargo esto también potenció al CESFAM Los Castaños, ya que existía

muy baja adhesión a controles y tratamientos de las personas de origen Mapuche, sobre todo adultos mayores, y el funcionamiento de La Ruka permitió que este tipo de usuarios(as) se atendiera en ambos sistemas y así mejorar el control y tratamiento de estos(as) usuarios(as).

En las entrevistas realizadas se pudo apreciar que los trabajadores que más realizaban derivaciones de usuarios(as), sin apellido mapuche, al (CRSM) “La Ruka” eran los profesionales que trabajan en salud mental, sobre todo en los casos en los cuales los usuarios no deseaban medicarse en exceso o buscaban una alternativa más natural de tratamiento, y los profesionales para respetar esta decisión del paciente, les sugerían probar algo distinto con el Machi que trabaja en la Ruka”, tal como se puede apreciar en lo que expresa una de las profesionales entrevistada.

“...mi principal criterio es un poco, bueno yo atiendo principalmente pacientes de salud mental, entonces al momento del ingreso si se ve que está con sintomatología muy aguda, no sé poh, le cuesta mucho dormir o esta con apetito bajo, todas esas cosas, igual se les ofrece, aparte de hacer la educación eh... se les comenta el flujograma ya después va para que lo atienda médico ‘pucha, pero no me gusta medicarme’ entonces ya ahí ya hay una... eso me da un indicio de que a lo mejor puede probar cosas más alternativas “¿y porque no le gusta el fármaco?” ‘no porque he tenido mala experiencia o porque no creo en este tipo de medicina’ y ahí como que te... como pie para derivar, entonces al momento que se les dice ...”mire hay una Ruca Mapuche, ¿usted cree?’ ‘sí a mí me gusta’, listo derivamos (...) Entonces también consultarle un poco, que es lo que cree, demostrar que esta la Ruca

como hacen su tratamiento y todo, y respetar la decisión del paciente de a veces no querer fármaco, o sea, si yo veo que él necesita, ya, no se le pregunta, directo a médico, pero si veo que es algo más moderado, más leve y que sería mucho más bueno para él, el tema de las hierbas y eso”

(Trabajador, entrevista 1)

48 Sin embargo, es necesario agregar que existen profesionales dentro del CESFAM que creen que los efectos brindados por la medicina Mapuche corresponde mayoritariamente a un efecto placebo, y no tienen la misma validez que la medicina tradicional, debido a la falta de evidencia científica que la sustenta. A pesar de esto, otros profesionales tienen una visión distinta, ya que creen que la Medicina mapuche se sustenta en la evidencia que apoya los efectos de los Fitofármacos, junto además con la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, que han demostrado que existen otros factores, y no solamente los biológicos, los que determinan las condiciones de salud que presentan los seres humanos.

“Hay mucha evidencia, si bien no de la medicina de Mapuche así como todo pero de los fitofármacos un kilo, o sea de la propiedades que tienen las hierbas y la anamnesis que ellos hacen finalmente, claro dicen ‘no está en la evidencia’ pero oye párala, en la medicina tampoco es tan la evidencia que si tú haces eso, esto va a pasar, cachai, es contradictoria, en el tema de los fitofármacos también...” (Trabajadora entrevista 3)

“O sea hace 100 años los determinantes sociales no estaban por ningún lado en la atención de salud” (trabajadora entrevista 3)

“No poh’, y ahora es el patrón de conducta, lo primero que tenía que mirar cuando vas a hacer un estudio de familia por ejemplo, entonces... y eso ya aquí todo está validado y el que no lo valida decirle “bueno, vaya a darse una vueltecita y estudie” pero es así, el paradigma cambio, por los que trabajamos comunitaria, salud familiar, en atención primaria, tenía que saberlo” (Trabajadora entrevista 3)

Es llamativo ver que los profesionales que menos contacto han tenido o han trabajado en menor medida con la Comunidad Kallfulikan son los que tienen más aprensiones a derivar pacientes que no sean mapuche, y lo hacen solamente si es que los(as) usuarios(as) se lo solicitan.

BRECHAS Y DESAFÍOS

A pesar de que el Centro de Referencia de Salud y Medicina Mapuche (CRSM) “La Ruka” tiene un funcionamiento armónico con el CESFAM Los Castaños y es reconocido como un espacio que aporta positivamente a la identidad de este centro de Atención Primaria, múltiples voces dentro de los profesionales no médicos que participaron de las entrevistas tienen la percepción de que la cultura y medicina mapuche son respetadas dentro del CESFAM, pero no son valoradas y no se les otorga el reconocimiento adecuado, lo que sí ha ocurrido a nivel nacional e incluso internacional.

Los(as) trabajadores entrevistados(as) opinan que faltan mayores instancias institucionales donde pudiera generarse una mejor interacción entre el personal del CESFAM y la Comunidad Kallfulikan, interacciones que permitan que las personas que trabajan en “La Ruka” puedan sentirse y además ser parte del equipo de personas que trabajan en el CESFAM, brindando salud a la población que acude a Los Castaños. Por ejemplo, una de las profesionales relata que recién este año se les otorgó a las personas de la Comunidad Kallfulikan las llaves de los baños de los funcionarios (antes debían ocupar los baños públicos destinado a los usuarios), lo que demuestra que todavía las personas de Kallfulikan no son consideradas parte del equipo del CESFAM. Sin embargo, algunos(as) profesionales relataron que en ciertas oportunidades han trabajado en conjunto con el Machi y los facilitadores interculturales para lograr, por ejemplo, una mayor cobertura de vacunación dentro de la población mapuche que se atiende en este CESFAM a través de un abordaje con perspectiva intercultural, teniendo muy buenos resultados.

Las personas entrevistadas consideran que, a pesar de que existe una fluida comunicación entre La Dirección del CESFAM y los dirigentes de la Comunidad Kallfulikan, no se produce la misma interacción entre el equipo del CESFAM y las personas que componen Kallfulikan; para mejorar este punto los(as) mismos(as) entrevistados(as) proponen de que debiera existir mayor interacción entre ambos actores, pero de una manera más institucionalizada, generando espacios de trabajo en conjunto y participación de los miembros de Kallfulikan en las actividades de coordinación del CESFAM Los Castaños, como las reuniones por sector o las reuniones de programas.

Además, se reconoce, por parte de algunos profesionales, la falta de conocimiento sobre el programa PESPI, específicamente lo relacionado con el ámbito regulatorio y administrativo que este programa debiera tener para mejorar la interacción entre los Centros de atención primaria y las comunidades indígenas que brindan salud mapuche en la comuna.

Finalmente, es necesario agregar ciertas reflexiones que surgieron dentro de las entrevistas y que reflejan un factor importante a considerar para tener una verdadera perspectiva intercultural en salud dentro de la atención primaria; estas reflexiones se relacionan con los prejuicios que se presentan dentro del equipo de salud sobre la cultura mapuche y su cosmovisión de salud, y cómo estos prejuicios no permiten que exista un real abordaje con perspectiva intercultural dentro del CESFAM (a pesar de ser uno de los espacios donde mejor se logra una interacción entre ambas culturas) y según los entrevistados(as) de esto no se hace cargo ni tampoco lo trabaja el programa PESPI, así lo expresa uno de los profesionales participante en las siguientes palabras.

“... borrar ciertos mitos porque al final ellos se sienten tan con la autoridad que permiten abrirse al mundo y es un gesto político total, entonces en términos de políticas de salud, yo creo que Kallfulikan si bien compartimos un terreno pero pareciera que hay un Bío Bío, entre nosotros por esos prejuicios que existen, yo creo que somos unos de los centros de salud que tiene más nociones sobre la salud intercultural...” (Trabajador, entrevista 2).

2.4 PERCEPCIÓN DE LOS DIRIGENTES DE LA COMUNIDAD KALLFULIKAN Y AUTORIDADES DE SALUD LOCAL

En el ámbito de la política pública, la percepción de los actores que juegan roles en cualquiera de las etapas del proceso, ya sea en la formulación o implementación, resultan de gran relevancia pues permite evidenciar valores, sesgos, visiones, intereses, entre otros, que difícilmente pueden ser evidenciados por otros medios que no sean las entrevistas. Tal como señalan Stein y otros (2006:15)** “las políticas públicas son el resultado de intercambios complejos entre actores políticos a través del tiempo”. En esos intercambios las instituciones juegan un rol central, pues “son el crisol en el cual las políticas se forjan, se moldean y adquieren su forma y significados verdaderos” (Stein et al 2006:278). De allí que para este informe resulte de gran relevancia la posición de los actores y la institucionalidad desde la cual se relacionan con la salud intercultural.

50

Para ello se realizaron cuatro entrevistas a quienes han desempeñado algún rol clave en el ámbito de la implementación local de la política de salud intercultural a través del Programa Especial de Pueblos Indígenas. Estos roles van desde la mirada política y administrativa del Municipio, la mirada

político-estratégica del Servicio de Salud, la mirada estratégico-operativa del CESFAM Los Castaños y de la organización Kallfulikan. A continuación se analizan cada una de sus percepciones agrupadas en categorías analíticas que facilitan una mirada integrada respecto de las dimensiones sustantivas de un modelo de salud intercultural.

ACERCA DE LOS ROLES

Respecto de los roles asignados en el marco de la salud intercultural, es importante identificar quiénes pueden incidir en su caracterización, entendiendo la interculturalidad como un proceso de comunicación e interacción que supone una relación respetuosa entre culturas. Por lo mismo se entiende que es un modo de convivencia en el que las personas y las instituciones a las que representan deben encontrar los mecanismos para concretar la relación basada en el respeto a las diferencias.

Los actores entrevistados coinciden en el lugar estratégico que ocupa la Ruka dentro del sistema de salud de la comuna, y cada uno de ellos ha realizado esfuerzos por mantener y fortalecer las diferentes instancias en las que la Ruka se convierte en una posibilidad de concretar las aspiraciones de la salud intercultural. Como señala uno de ellos:

“hay un respeto de los saberes ancestrales. Y nosotros entendemos que ahí las personas deberían tener acceso y práctica a su propia medicina” (Entrevista 2).

“Ha habido también como (...) entendemos la salud intercultural como parte de nuestro quehacer, y siento que también ha facilitado mucho el tema de que poco a poco existe esta dinámica de entender al paciente desde un contexto mucho más amplio. También ha sido todo un cambio acerca de los sistemas desde las relaciones de los sistemas convencionales de salud, de que hay relaciones de repente muy verticales, y hoy por hoy las relaciones hace buen rato tienen que ser una relación más horizontal” (Entrevista 3).

** Stein, Ernesto; Tomassi, Mariano; Echebarría, Koldo; Lora, Eduardo y Payne, Mark (eds) (2006). La política de las políticas públicas, Washington DC: BID-Planeta.

En ese sentido, los principales esfuerzos han sido utilizar sus roles para visibilizar las estrategias de salud intercultural e intentar incidir en las percepciones de otras personas, sean indígenas o no indígenas, que participan en la prestación de la salud o que tienen a su cargo la gestión de recursos de diferente tipo.

Otro elemento importante son aquellas otras personas que forman parte del sistema de salud intercultural, especialmente en el mundo indígena, y que han desarrollado una estrategia para posicionarse frente a otros actores del sistema occidental. Como indica un entrevistado

“Acá se reconocen los machis, los lonkos, todas las autoridades tradicionales y agentes de salud en esta comunidad están reconocidos por esencia. Por lo tanto las conversaciones, determinaciones, diálogos, acuerdos y toma de decisiones están bajo ese contexto. Y desde allí también están elegidos las personas que están autorizados para llevar a la conversación, el diálogo. No cualquiera va a hablar de salud en nombre de la organización, estamos basados bajo el pensamiento y cómo en la comunidad se trabaja. Esto significa que debe haber personas aptas, capacitadas y que tengan el espíritu de llevar a cabo un trabajo. Y eso significa la participación de las reuniones. Parte del diálogo político, en el diálogo de las políticas públicas, de todo lo que hace el Estado” (Entrevista 4).

Junto con lo anterior, resulta relevante considerar la validación que la propia organización mapuche ha tenido en el sistema de salud intercultural, lo que puede convertirse en un foco importante de trabajo y de ejemplo para otras organizaciones. Como resalta un entrevistado

“Todos los acuerdos, todo el trabajo que hacemos, es acordado desde la autoridad máxima, con la municipalidad de La Florida y la autoridad máxima del área de salud de la comuna. Por lo tanto desde ahí hay un ordenamiento donde todos los centros de salud están acogidos a esta experiencia, y en la comuna de La Florida, nosotros hoy día estamos reconocidos como centro de referencia en salud y medicina mapuche, único en la comuna y único autorizado para tener referencia y contra-referencia. Cualquier otra experiencia pasa en el consenso entre la autoridad local y la comunidad indígena. Entonces no es un trabajo que nace con el consultorio, es un trabajo que nace con las autoridades, en la negociación con la autoridad comunal con todas sus políticas públicas y esta comunidad indígena” (Entrevista 4)

En este sentido, los roles asumidos en el modelo de salud analizado nos lleva a repensar y reformular una serie de aspectos vinculados al proceso de implementación de la política de salud, pues ya no se trata de un proceso neutral sino que se reconocen en él la confrontación de intereses y visiones entre actores que disponen de diferentes recursos y mecanismos de acceso a la toma de decisiones. Las políticas reflejan maneras de pensar sobre el mundo y cómo actuar en él, traduciendo modelos implícitos (y algunas veces explícitos) de las sociedades dominantes y de las visiones acerca de cómo los individuos debieran relacionarse con la sociedad o los unos con los otros.

El rol que ocupan los diferentes actores del sistema, el acceso a espacios de poder, la legitimidad que tengan frente a otros actores dentro y fuera del sistema, la posibilidad de definir estrategias de largo plazo, son elementos relevantes a la hora de evaluar no sólo los resultados de la salud intercultural, sino también las posibilidades de que se mantengan en la comuna por mucho más tiempo.

ACERCA DE LA VISIÓN DE SALUD INTERCULTURAL

Existen diferentes visiones de la salud intercultural, de acuerdo a las responsabilidades, procedencia, expertiz, entre otros, de quienes juegan un rol en las definiciones estratégicas del sistema de salud, tanto indígena como occidental. De esa manera, las visiones van desde aquellas que lo identifican como una práctica de aquellos que son considerados “diferentes” y que tienen el derecho a ocupar los espacios que la sociedad dominante les ha permitido, hasta aquellos que lo entienden como una red de interrelaciones donde diferentes culturas se ven influenciadas unas con otras, actuando en un marco de respeto y valoración mutua.

En términos generales la experiencia de la Ruka permite evidenciar que se ha avanzado en materia de reconocimiento de la salud como un espacio de ejercicio de derechos y de diálogo intercultural. En ese sentido, la mayoría de las opiniones entienden a las otras personas de culturas distintas (en este caso mapuche y chileno) como seres dignos de ejercer todos sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial. De esa manera, conviven y se relacionan compartiendo espacios territoriales, políticos y de prácticas sanitarias como una forma de potenciar relaciones hacia una mejor convivencia social. Por ejemplo, uno de los actores entrevistados señala:

“la salud intercultural yo la entiendo como los conocimientos ancestrales de salud de nuestros pueblos originarios y como ellos se relacionan con la sociedad chilena. Con la sociedad que los mapuches, que son los que conocemos acá en Santiago, los que están practicando salud intercultural, hablan como de la salud huinca”. Para el caso específico de La Florida, señala “Y en un caso específico, en La Florida, cómo se relaciona la salud mapuche con los servicios de salud de nuestra comuna, como es la relación que hay ahí. Eso es el concepto que tengo yo” (Entrevista 1).

Uno de los puntos importantes de la comprensión entre ambos sistemas es el entendimiento de los otros sistemas de salud que están, que probablemente podríamos llamarle no formales o no convencionales, pero que están ahí. Y que tienen como un peso pesado dentro de la dinámica de las personas y las familias y las comunidades.

Sin embargo, desde el mundo indígena existe una visión un tanto más crítica al señalar que

“la salud intercultural no existe. Vamos caminando hacia un proceso para ver si podemos llamar intercultural u otra cosa. Pero nosotros al menos como experiencia no lo consideramos como salud intercultural. Nosotros trabajamos la salud mapuche. Ahora cuando vamos a entrar en la salud intercultural, cuando ambas culturas, tradicional y mapuche puedan complementarse, conversar, establecer un marco de poder compartir la experiencia, compartir el trabajo, y lo más importante. Trabajar por una causa común que es mejorar a las personas, darles una mejor calidad de vida. Si logramos eso a futuro estaríamos comenzando a hablar de la salud intercultural” (Entrevista 4).

Este juicio se debe entender en un contexto más amplio pues la población indígena sigue siendo la más marginada en todos los aspectos y salud no se queda atrás, los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país.

Otro entrevistado señala la necesidad de moverse y dialogar entre ambos sistemas, de manera de favorecer a las personas, pues:

“es el paciente el que tiene que ganar, se va a mover en ambos lados, pero no un marco de decir “lo mío es mucho mejor que lo tuyo”, sino buscar siempre en el ámbito de la complementariedad. Y dejando de lado lo folclórico que en algún momento a veces se dan los tintes” (Entrevista 3).

Asimismo, no siempre hay consenso entre las percepciones de los actores del sistema y el rol que el estado ha dado a la salud intercultural o incluso cómo la ha conceptualizado. Un entrevistado señala que

“lo intercultural, esa palabra, es la que está en este momento albergando, es algo que no está conceptualizado el consenso, y está albergando cualquier tipo de cultura. Diversidad y cultura cae en ese ítem. Y los pueblos son temática propia de este territorio, distinta y diferente (...) Entonces esos conceptos como interculturalidad, salud intercultural... ahora lo que estamos tratando de hablar (...) “salud ancestral”, “salud Indígena” o “salud mapuche”, o “salud propia de los pueblos originarios” (Entrevista 2).

Por lo tanto, la salud intercultural como concepto tiene diferentes miradas, sin embargo, ninguno de los actores discute su relevancia ni la necesidad de profundizar en acciones que permitan posicionar poco a poco el rol de la medicina mapuche en particular o de la salud indígena en general. Cuando se habla de Salud Intercultural en el caso de la Ruka, se habla mucho más de una simple implementación de una metodología de atención con pertinencia cultural en un escenario caracterizado por la diversidad en la ciudad, sino que indica una forma de ejercer la medicina ancestral tanto en población indígena como no indígena. Esto es coincidente con otras experiencias, donde no siempre la claridad conceptual antecede a las acciones de salud, sino que más bien se entienden como espacios ganados por los propios movimientos indígenas o las organizaciones que intentan mantener su cultura viva, pero también ejercer su derecho legítimo a ser atendido bajo un sistema de salud que considere su cosmovisión.

ACERCA DE LA VINCULACIÓN CON LA POLÍTICA PÚBLICA

La política pública constituye un espacio importante para discutir respecto de los enfoques que se privilegiarán a la hora de definir la salud intercultural, especialmente porque las políticas expresan formas de entender el mundo y de relacionarnos con ellos. En el caso de la salud intercultural, su desarrollo y fortalecimiento no dependen sólo de un gobierno sino que más bien requiere de la acción concertada de diferentes

organismos involucrados en las condiciones de vida y de salud de las personas indígenas y no indígenas, en diferentes organizaciones y sectores.

En ese sentido, la transversalización de la temática de la salud indígena a través de la acción conjunta de diferentes organismos de la administración pública y de la administración privada, así como de diferentes organizaciones de la sociedad civil y del mundo indígena, supone identificar funciones, instancias y mecanismos de coordinación entre ellos, pues todos ellos, así como las políticas y las acciones programáticas tienen incidencia sobre las realidades y situación de los pueblos indígenas en materia de salud.

Esto supone concientizar a las organizaciones públicas que conforman el sistema de salud de los beneficios de incorporar la interculturalidad como una variable clave en el logro de resultados, tanto a corto, mediano y largo plazo. En ese sentido, más que nunca, la administración pública requiere de contenidos teóricos y metodológicos que faciliten la identificación de nuevas áreas de acción intercultural así como la implementación de prácticas concretas de intervención en comunidades diferenciadas culturalmente, que contribuyan al rescate, promoción y desarrollo de sus culturas a través del ámbito de la salud.

Por lo tanto, la política es fundamental. Sin embargo, han existido sesgos de parte del estado para entender la realidad y las demandas de los pueblos indígenas en materia de salud. Tal como señala un entrevistado:

“Un gran problema es que hay una mirada errada desde el Estado hacia los pueblos indígenas, y desde las autoridades de salud hacia los pueblos indígenas. Porque el Estado lo mira en términos económicos, y la medicina convencional, en este caso la salud pública, también lo ve desde el punto de vista económico. (...) Desde ese punto de vista, el Estado y la salud pública se niega debatir el tema y prefiere no dar reconocimiento o la medicina indígena no que se regule, entonces como se da la excusa, “no podemos regular, son pueblos indígenas y nosotros no nos vamos a meter ahí”. Creo que no es lo justo, lo justo es que tiene que el Estado hacer el esfuerzo, la salud pública, también para mejorar su política, y en eso mejorar los pueblos indígenas, y entrar de lleno a la autonomía y la autodeterminación de los pueblos indígenas” (Entrevista 4).

Efectivamente, el apoyo gubernamental mediante la creación de marcos jurídicos, financieros, reglamentarios, etc. que apoyan estas iniciativas debe ser un aspecto sustantivo en la salud intercultural. Sin embargo, debe considerar en su diseño cuáles son las demandas que provienen de las mismas organizaciones. Esto supone entender que la política de salud intercultural, desde los pueblos indígenas, no puede ser concebida como en el mundo occidental pues se nutre de parámetros territoriales, de la cosmovisión, de las comunidades, de las transformaciones que se dan en la ciudad, lo que supone un enfoque dinámico. Requiere procesos de formulación bottom-up, donde la mirada “experta” propia de los diseños occidentales pueden mermar, sesgar e incluso minar la riqueza cultural que pueden aportar los pueblos indígenas. Así lo expresa un entrevistado cuando enfatiza:

“La importancia que tiene esto, es que el ejercicio, la práctica, la puesta en marcha de este trabajo, no parte de las autoridades. Esta es una de las cosas básicas que esto tiene. Esto es una demanda de la organización, la comunidad indígena y su interés en hacer algo. A diferencia de otras muchas experiencias donde ha intervenido el Estado, el Ministerio, la Municipalidad, en instalar el tema. Aquí ha sido distinto, nosotros hemos demandado, hemos propuesto trabajar y en la cual hemos pedido la colaboración del estado, del Ministerio de Salud, de la comuna. Y eso ha sido la estrategia de trabajo” (Entrevista 4).

Otro elemento importante dice relación con las falencias que la política ha tenido para dimensionar las variables que deben ser consideradas en la prestación de una salud intercultural. No se trata sólo de contar con un lugar físico o un box de atención, sino de una serie de condiciones

que permitirían generar un mayor impacto en las acciones que se emprendan. Sin embargo, esto requiere cambios profundos al modelo de crecimiento implementado en Chile, en el sentido que los pueblos indígenas y la salud no pueden ser desasociadas de los territorios o de las prácticas locales. Esto también debe ser considerado en contextos urbanos como ocurre en el caso de la Ruka. Un entrevistado resalta que:

“hablar de salud intercultural sin tener territorios, agua limpia, sin tener lugares apropiados para ir a buscar los remedios, sin tener que pedir permiso a la CONAF o a los latifundistas de ahí, es complejo. Y además esta salud es altamente preventiva. Es como más lo que pasa en países desarrollados, que no ponen todas las fichas en hacer más hospitales, operar, etc. La gente que llega a eso es gente que no tuvo acceso a la prevención, a la salud. Entonces es bien complejo como se entienden los conceptos de estar bien” (Entrevista 2)

Por lo tanto, la acción desde el Estado en materia de salud intercultural ha sido más bien reactiva. De acuerdo con algunos expertos, ha respondido a situaciones coyunturales más que a expresiones estratégicas de largo plazo por instalar capacidades reales en el sistema sanitario para prestar atención de salud intercultural. El Estado ha ido aprendiendo a relacionarse con los distintos agentes del sistema de salud indígena, y ha intentado incorporar (aunque con dificultad) los preceptos de diferentes instrumentos normativos nacionales e internacionales. Esto se refleja en lo que señala un entrevistado:

“Yo creo que se ha producido una aceptación de las iniciativas de las organizaciones indígenas. O de las comunidades indígenas. Entonces son las comunidades las que han tomado la iniciativa y los agentes del estado han un poco comprendido que hay tratados internacionales y acuerdos que como que obligan o condicionan al estado a apoyar estas políticas. Y han dado un espacio. No ha sido una cosa fácil, ha dependido del desarrollo organizacional de las comunidades indígenas. Si tienen mucho desarrollo logran avance, si logran poco desarrollo ha sido poco avance” (Entrevista 1).

local. (...) Pero eso depende mucho de cómo las autoridades nos planteamos los gestores en el sentido de incorporar y trabajar en un modelo de salud donde está todo abierto. (...) Está instalado, pero darle la institucionalidad y la formalidad es lo que nos compete. Porque los actores probablemente no queden de buena onda. Entonces tiene que haber una política, y eso es lo que estamos buscando a nivel del área de salud, con todo lo que hemos avanzado. Entonces ya es un papel mucho más, una política local de salud intercultural. Para que se mantenga, y los que vengan se tengan que adaptar y seguir en esa dinámica” (Entrevista 3)

56

Finalmente, la sostenibilidad de las acciones en materia de salud ha sido una preocupación permanente mencionada por todos los entrevistados. Los vacíos que plantea el PESPI han servido para generar nuevas iniciativas, ya sea impulsadas por las organizaciones indígenas o por otras organizaciones. En ese sentido, existe interés por instalar capacidades de largo plazo, que no dependan de los intereses o las visiones de los políticos, autoridades o gestores de turno, sino más bien de lineamientos más holísticos e integrales. Si no existen estos lineamientos, algunos de los actores del sistema están movilizando recursos de distinto tipo para instalarlos, tal como nos señala uno de los entrevistados

“Entonces estamos creando una política, justo esta semana tuvimos una reunión de la red La Florida en salud intercultural, para fortalecer nuevamente, porque queremos consolidar un tema de una política

En definitiva, la vinculación con la política resulta de gran relevancia pues un enfoque intercultural de gestión en salud puede contribuir a mejorar los términos de las relaciones entre el Estado y los pueblos indígenas al facilitar que los esquemas e instrumentos de políticas sean más sensibles a la diversidad cultural y estén mejor adecuados a las necesidades diferenciadas de los pueblos indígenas, en este caso, el mapuche. Sin embargo, dado el carácter multidimensional de la problemática asociada a la interculturalidad en salud se requieren acciones intersectoriales que vinculen a los diferentes niveles de gobierno: local, regional, central, comprometiendo así a la administración pública y su entramado de organizaciones. La posibilidad de impulsar una visión colaborativa de la gestión pública con las organizaciones indígenas en materia de salud juega un rol clave en la promoción de espacios interculturales, donde la pertinencia cultural supone considerar la diversidad considerando el respeto y la adecuación de toda acción dirigida a los pueblos indígenas.

DEFINICIÓN DE LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS Y MECANISMOS DE GESTIÓN

El apoyo del ápice estratégico, ya sea nivel político o de gestión, se constituye en un punto de apalancamiento fundamental para incorporar a las organizaciones aspectos vinculados a la gestión intercultural, especialmente por la ausencia de incentivos institucionales específicos que permitan sostener esfuerzos en el largo plazo. La gestión intercultural en el ámbito de la salud supone considerar elementos estratégicos y operativos, es decir, la vinculación entre una serie de lineamientos que dan coherencia a las acciones impulsadas y los mecanismos de gestión identificados para su implementación.

Por lo tanto, si una organización cuenta con competencias interculturales podrá negociar, comunicarse y trabajar en equipos inter e intra organizativos con enfoque cultural, dando respuesta a las incidencias que surgen en el entorno mediante el autoaprendizaje intercultural y la resolución de problemas que consideren las aproximaciones de otras culturas, en este caso, la que proviene de los conocimientos en salud del pueblo mapuche.

Siguiendo algunos parámetros generales, un modelo de gestión intercultural en salud debe ser capaz de garantizar una mejor articulación intersectorial en la implementación de líneas específicas, dotando de capacidades estratégicas a las organizaciones involucradas (CESFAM - Municipio - Servicio de Salud - Comunidad Kallfulikan) con una mirada en el entorno y en aquellos actores estratégicos que optimicen la gestión a realizar. Debe mejorar las capacidades de gestión de las distintas organizaciones, producto de la incorporación de nuevas prácticas, las que deben estar “incrustadas” en ámbitos estratégicos de la gestión. Finalmente, debe incentivar a largo plazo la provisión de servicios y programas con enfoque intercultural: rediseñando procesos y

prácticas, introduciendo capacitaciones permanentes, transformando culturas organizativas, institucionalizando un presupuesto que sostenga financieramente los cambios introducidos, etc.

Un aspecto estratégico de la gestión interorganizativa radica en el mecanismo escogido para articular y coordinar las diferentes acciones e iniciativas vinculadas a la oferta pública, siendo necesario que estos mecanismos constituyan dispositivos ágiles, flexibles y novedosos, que les permitan a los grupos interesados interactuar en forma eficiente, en pro del desarrollo de las metas compartidas. En el caso de la Florida, esto se ha hecho principalmente por iniciativa de las autoridades. Como señala un entrevistado

“Ha habido por voluntad de las autoridades, también de los equipos, y como nos movemos y como visionamos nosotros la salud intercultural en Los Castaños. Previamente ha sido como un trabajo que le hemos fortalecido entendiendo de que primero relacionarnos desde el tipo de generar espacios de confianza, de transparencia. Y para eso es conocer, porque si se suman cosas que no conocemos nos ponemos como...y sobre todo si es salud y enfermedad, a veces podríamos creernos dueños de la verdad absoluta. Entonces ese conocimiento, qué significa eso, primero relaciones y reuniones estratégicas, y procesos de capacitación de los funcionarios. Ese es un punto que permitió saber, qué es lo que está haciendo el otro con mi paciente, o con mi usuario” (Entrevista 3)

La articulación entre organizaciones es otro punto relevante. Una gestión culturalmente inclusiva debe generar nuevos puentes culturales poniendo en entredicho, o al menos cuestionándose, la validez de los métodos y aproximaciones para trabajar con comunidades indígenas. Por lo tanto, requiere la revisión de dimensiones simbólicas que luego se van “aterrizando” en cuestiones prácticas, permitiendo incorporar conceptos y visiones del mundo indígena, reconociendo y adaptando su funcionamiento a estas necesidades.

Sin duda que este proceso no se activa de manera automática, sino que requiere de una serie de catalizadoras para que ello ocurra, entre los que se encuentran: incentivos para la adaptación; competencias que aseguren y sostengan las nuevas prácticas; compromiso político y de la alta dirección; valoración ciudadana sobre el tema; reconocimiento de los usuarios indígenas; inclusión de sistemas de recompensa interna, entre otros. Como señala un entrevistado, existe interés por avanzar hacia una mayor complementariedad entre ambos sistemas, donde existen intereses compartidos respecto del rol del paciente

“Ellos están comprometidos que si detectan algún tipo de necesidad con la persona quizá pueda tener acceso a esta complementariedad, ellos con un instrumento que ellos mismo diseñaron, validado con su identificación, no sé, yo lo he visto, tienen su nombre, de dónde lo derivan, quien lo deriva, y para qué lo deriva, la firma de toda la gente, y con eso se presenta al facilitador que lo recepciona y lo ingresa. Luego esa persona tiene acceso a atención de machi, entrega de remedio y después controles, ahí se termina su beneficio” (Entrevista 2)

En otro sentido, otro actor también identifica estas acciones de acercamiento:

“Por ejemplo para este año, decidimos acercarnos más, y también en el sentido de relaciones estratégicas a otro nivel, de Director, encargado, promoción de participación, jefe de sector, es estadístico que hoy día necesitamos a manejar información más firme en términos de que nosotros tenemos registro clínico electrónico para mejorar los procesos de referencia y contra-referencia. Porque el paciente, si estamos viendo y el paciente en su necesidad en su expectativa circula para allá y para acá, y somos nosotros los sistemas de salud que tenemos, y nosotros consideramos como un punto de nuestra red de asistencia, de derivación, Kallfulikan” (Entrevista 3).

La posibilidad de contar con sistemas de información que sustenten la toma de decisiones también ha sido un aspecto abordado en la comuna, especialmente para favorecer la medición de la gestión. Sin embargo, aún es incipiente la existencia de indicadores cruzados, sino que más bien los esfuerzos han ido en la línea de poder evidenciar las atenciones, las derivaciones, entre otros. Como señala un entrevistado:

“El tema de si tenemos por ejemplo ya estadísticas, hace como 3 años ya tenemos, en los registros de nosotros aparecen cuantas atenciones entregó Kallfulikan. Eso también, saber yo qué pacientes se están moviendo, lo tengo en el grueso, pero nos falta desarrollar esto de definir, qué tipo de pacientes, cuales características, sabemos que un 40% promedio son pacientes que tienen un problema de salud mental, que ellos lo denominan. Entonces como estamos en este feedback”. (Entrevista 3)

Otro factor importante en esta línea es la posibilidad de generar sistemas de gestión que puedan permanecer en el largo plazo, independientemente de las personas que se encuentren al frente de cada organización. Esto constituye un reto importante pues hasta ahora gran parte de los avances han descansado en los liderazgos que han surgido en las diferentes instituciones participantes de la red o en los intereses particulares. Sin embargo, dado que se trata de una experiencia reconocida a nivel nacional, es importante sentar las bases para una gestión de largo plazo.

Esto es coincidente con algunos estudios que señalan que la mayoría de los funcionarios públicos de salud no indígenas que actualmente se vinculan con la salud intercultural lo hacen porque desde una política pública se les indica que implementen acciones para poder involucrarse y tener mayor conocimiento sobre la salud intercultural puesto que se desenvuelven solamente en el área de la medicina occidental, aunado a esto la necesidad que se tiene para que ambos sistemas médicos (sistema médico occidental y sistema médico mapuche). Como indica un entrevistado

“Yo pienso que lo primero que tienen que hacer es tener unidades interculturales, porque eso permite que no importa que en este turno, si el día de mañana no está el Dr. Infante o no estoy yo, ellos no retroceden, porque de ahí va a depender de la voluntad de alguien, que te pongan una persona que esté como al 100 %” (Entrevista 2)

En definitiva, en términos de gestión se puede asumir que difícilmente un proyecto de salud intercultural, que hace dialogar sistemas diferentes tienda a ser ideal, pero si se gestionan de una manera eficiente traerán consigo más beneficios que perjuicios a los individuos para quienes fue diseñada. Es esta ocasión las experiencias anteriores nos abren el camino para visibilizar lo mucho que hay por hacer y que no todo depende solamente en este caso de la creación de una política pública sino también de una buena gestión para su implementación.

BRECHAS Y DESAFÍOS DESDE LA PERSPECTIVA DE AUTORIDADES

Uno de los objetivos de la gestión de salud intercultural es la generación de capacidades propias en las instituciones que permitan dar cuenta del nivel de implicación real con las prácticas o procesos incorporados. Estas capacidades pueden ser de diferente naturaleza, tales como sensibilización en torno a los pueblos indígenas y sus necesidades, la incorporación de procesos específicos, nuevos aprendizajes producto de capacitaciones o formación, competencias para comprender la naturaleza de las comunidades y sus lógicas de relación, entre otros. En ese sentido, como hemos podido apreciar, las acciones emprendidas han intentado avanzar en la generación de aprendizajes e instalación de capacidades que deben permear a las organizaciones y producir cambios relevantes.

Como hemos señalado, gran parte de los desafíos han sido superados por las acciones de las organizaciones, específicamente de Kallfulikan, que ha jugado un rol de liderazgo en la comuna y ha servido de catalizador para la realización de ajustes incluso a nivel del diseño programático a nivel de servicio o del propio Ministerio. Sin embargo, persiste el desafío de mantener estos logros en el tiempo. Como señala un entrevistado:

“Sí, yo creo que ahí falta un reconocimiento más oficial. Es un espacio que se ha ganado la organización por su trabajo, y que el Municipio o el Estado lo que ha hecho es reconocer el espacio que se han ganado ellos. Pero como política pública no existe mucho” (Entrevista 1)

Otro desafío dice relación con las condiciones políticas del entorno, en el sentido de avanzar en la concreción de los preceptos contenidos en acuerdos y normativas internacionales que definen estándares para llevar a delante las acciones de salud intercultural. La importancia de este punto radica en la posibilidad de contar con un “paraguas estratégico” que intencione las acciones y que sirva como referente para que las acciones tengan un sentido específico, y sobre todo, para avanzar en la sensibilización de la ciudadanía, indígena y no indígena. Como señala un entrevistado:

“Entonces tiene que haber una política, y eso es lo que estamos buscando a nivel del área de salud, con todo lo que hemos avanzado. Entonces ya es un papel mucho más, una política local de salud intercultural. Para que se mantenga, y los que vengan se tengan que adaptar y seguir en esa dinámica. No que quede solamente por la buena onda” (Entrevista 3)

Esto también es reforzado por otros actores entrevistados:

“Si tú me preguntas que falta aquí, es un reconocimiento estatal de que una nación plurinacional, no plurintercultural, sino que plurinacional, y que habían naciones antes y el pueblo mapuche es una de ellas. Que tenía tratados que son vigentes pero no están reconocidos y han sido vulnerados por el Estado” (Entrevista 2)

“Tiene que existir un reconocimiento constitucional de la medicina mapuche, tiene que existir un sistema que regule la práctica y ejercicio de la medicina mapuche, si eso no ocurre estamos en un riesgo latente porque se va a comenzar a ejercer y poner en práctica lo que se llama las malas prácticas en salud. Usurpación de funciones, de roles, machis que no son especialistas que no lo son, autoridades tradicionales que no lo son. Necesariamente hay que regularlos en los tiempo de hoy, tener reconocimiento y trabajo para que esto pueda funcionar” (Entrevista 4)

En otro aspecto, la disponibilidad real de recursos también se convierte en un desafío importante. El PESPI dispone de aproximadamente \$2.200 millones de pesos anuales lo que supone un presupuesto menor de cara a las necesidades crecientes que existen respecto de la medicina intercultural, pues no sólo atiende a población indígena sino que también durante los últimos años se ha acrecentado la demanda por contar con prestaciones de salud a población no indígena. Esto también supone redefinir los sistemas de medición de indicadores pero también aumentar los recursos, pues se requiere satisfacer a cada vez más usuarios. En el caso de Kallfulikan hemos visto cómo la demanda supera con creces los límites de la comuna. Como señala un entrevistado:

“También ahí topamos con los recursos. Porque si tú dices “a ver, cómo puede tener acceso la gente real”, a lo mejor quisiéramos irnos al sur a tener acceso a nuestra propia medicina, con un tipo de bono, no sé, un bono permanente que puedas usarlo, o en el sistema público, privado o propio” (Entrevista 2)

“Nosotros decimos que los facilitadores tiene un rol y una función que cumplir en directa relación con la población, no en un box tratando de dar información al estilo de un sistema impuesto. Y nosotros lo hemos demostrado porque nosotros en la comuna no tenemos instalado facilitadores en los centro de salud. Porque nosotros en acuerdos con el municipio y con el área de salud, si nosotros queremos que se instalen facilitadores interculturales dentro de la salud pública, dentro de los CESFAM, tienen que contar con el recurso mínimo que significa su sueldo base. Y con un espacio adecuado, y los facilitadores deben cumplir con ciertos requisitos, que sirva tanto para la medicina convencional y a los pueblos indígenas no por un antojo de implementar la salud intercultural de acuerdo a la política pública. Sino como satisfacemos de mejor forma a la población. Por otro lado le hemos dicho al ministerio y al servicio de salud, si Ud. no cuenta con los recursos que se requieren mínimamente para instalar facilitador intercultural no lo vamos a instalar” (Entrevista 4)

Relacionado con el punto anterior, también se encuentra el interés que la experiencia de la Ruka ha generado en la población, donde las expectativas han crecido y esto ha llevado a aumentar la frecuencia de atención. Por lo tanto, el crecimiento organizativo debe ir de la mano de la generación de nuevas capacidades para absorber esta demanda creciente, que no sólo impacta en Kallfulikan sino también en los otros actores que participan del sistema. Como señala un entrevistado:

“En este momento es muy precaria en cuanto a cupos y porque finalmente la gente no tiene tanta cobertura, porque aquí en la ciudad no es lugar donde está la gente. No es donde están los machis, donde tienen sus Rehues, sus lugares sagrados, sus Lawen, sus remedios, sus aguas... (...) aquí en la ciudad estamos restringidos” (Entrevista 2)

En definitiva, si bien aún persisten brechas y desafíos, es importante definir una hoja de ruta que permita consolidar la experiencia de la Ruka y generar sistemas de traspaso de aprendizaje no sólo al interior de la organización, sino también entre todas las organizaciones que componen el sistema de salud en la comuna. A modo de síntesis, podemos señalar: a) diversificar instrumentos de gestión, pues la solución no pasa por la adecuación

de uno o dos instrumentos de dos o tres organizaciones, sino más bien de una acción conjunta donde se identifiquen lineamientos complementarios y se trabaje de manera mancomunada por mejorar los estándares de atención de la población; b) Valorar realmente el conocimiento indígena: donde se promueva una mayor conformación de equipos con profesionales y/o sabios indígenas, que puedan discutir con profesionales no indígenas y generar así una verdadera interculturalidad. Esto debe ser incentivado en el CESFAM pero también en el Municipio, en los Servicios de Salud, en el Ministerio, etc.; c) simplificar la relación administrativa entre el CESFAM y la organización, d) reconocer la importancia de la implicación política, ya que las acciones interculturales en salud requieren del apoyo de las autoridades políticas y estratégicas para asegurar un mayor impacto y la sustentabilidad de los aprendizajes. El principal desafío está en superar a las personas y pasar más bien a las estructuras como mecanismo que permita sostener en el largo plazo los avances; e) Incorporar el manejo comunicacional como una variable importante, ya que la gestión intercultural de salud requiere del apoyo de mecanismos que permitan dar una máxima publicidad a las acciones que se estén desarrollando, ya sea a través de canales institucionales (webs, intranets, boletines, etc.) como a través de los medios de comunicación. Muchas veces al interior de los propios servicios se desconoce las prácticas que se están implementando, con lo que difícilmente se logrará permear y generar verdaderos cambios; f) es necesario generar estructuras internas que

fomenten una cultura de coordinación, crear sistemas de información que faciliten la gestión de las prácticas de interculturalidad en salud entre los actores del sistema, fortalecer la formación, capacitación y supervisión de los funcionarios para generar una predisposición a la interculturalidad, medir los avances y generar instrumentos que den cuenta de cuanto se ha avanzado en términos de interculturalidad, entre otros.

Finalmente, resulta importante destacar el rol de las personas en el éxito de la experiencia de la Ruka. Aquellas que han actuado como promotoras, que han asumido liderazgos, que han propuesto mejoras a los procesos, que han actuado de manera proactiva frente a la demanda de la población indígena de la comuna, entre otros, deben ser identificadas, realizando una especie de “levantamiento de perfiles” que permitan construir instrumentos de gestión que den cuenta de esas competencias, de manera de extrapolarlas a otras áreas comunas pero también para generar sistemas de apropiación del aprendizaje.

CAPÍTULO III



Conclusiones, aprendizajes y desafíos



Este proceso de sistematización permite reconocer las siguientes conclusiones, desde una triple perspectiva:

a) Desde la comunidad mapuche Kallfulikan:

1. La autodeterminación y autonomía de la Comunidad Mapuche Kallfulikan ha sido clave para propiciar el diálogo y la toma de acuerdos con las autoridades de salud, y así impulsar el desarrollo de este proyecto de salud mapuche.
2. La instalación de un programa de salud mapuche contribuye a rescatar la cultura mapuche en la ciudad.
3. El programa de Salud especial de Pueblos Indígena (PESPI) ha sido un aporte para el desarrollo de la salud mapuche, sin embargo, no ha permitido la instalación de una salud intercultural.
4. En el contexto urbano, el desarrollo de la medicina mapuche, requiere de igual modo el vínculo con el territorio, para la obtención de las yerbas medicinales, para la conexión espiritual y con los saberes ancestrales que permiten al machi y la lawentuchefe desarrollar sus saberes.
5. La Ruka es una experiencia que ha derribado las barreras de acceso: residencia, origen étnico y previsión de salud. La Asociación Kallfulikan ha tomado decisiones hacia un modelo inclusivo, esto es atender a personas de otras comunas y no exclusivamente a mapuches.
6. La mirada mapuche entiende a la salud y la enfermedad bajo un prisma social, colectivo, que trasciende la vida individual, lo físico o biológico.

7. Esta experiencia se diferencia con otras en su apertura, y en su modo de registro y rendición de cuentas, que busca la transparencia y un modo de verificación del trabajo realizado y validación frente al sistema huinca.

b) Desde la visión de las personas usuarias de la experiencia.

1. La salud mapuche es una alternativa natural, accesible y efectiva desde la visión de los usuarios y usuarias.
2. La salud mapuche es valorada por las personas que acceden a su atención, quienes las recomiendan a otras personas y confían en el beneficio del uso de aguas de yerbas.
3. Si bien se valida la sabiduría del Machi, se desconocen las tradiciones mapuches, y la cosmovisión sobre la salud.
4. La experiencia de usuarias y usuarios no muestra prácticas de salud intercultural, ven ambos sistemas de salud y atención distintos, con sus propios propósitos y procedimientos.

c) Desde la visión de los profesionales de salud y los gestores de política pública en salud y temas indígenas

1. La experiencia de salud mapuche desarrollada por la Comunidad Kallfulikan ha permitido a los profesionales de Atención Primaria conocer sobre la cosmovisión mapuche, a pesar de este acercamiento, aún no es valorada ni la cultura mapuche en general ni su cosmovisión en salud al mismo nivel que la salud huinca.
2. La opinión de los profesionales sobre la Salud Mapuche es polarizada, por un lado, algunos creen que no se pueden comparar, que son sistemas con diferentes paradigmas por lo

tanto sus prácticas y efectividad no pueden ser medidas del mismo modo que la medicina occidental. Otros en cambio, señalan que la medicina mapuche debiera someterse a la examinación y evaluación metódica de la Medicina Basada en la Evidencia.

3. La visión de las autoridades y profesionales de salud, sobre la salud intercultural van desde aquellas que lo identifican como una práctica de aquellos que son considerados “diferentes” y que tienen el derecho a ocupar los espacios que la sociedad dominante les ha permitido, por otro lado aquellos que lo entienden como una red de interrelaciones donde diferentes culturas se ven influenciadas unas con otras, actuando en un marco de respeto y valoración mutua.
4. Las estructuras administrativas rígidas dificultan el desarrollo de una coordinación efectiva entre los centros de salud y la Ruka para lograr una salud intercultural. Esto se traduce en que a pesar de llevar 10 años la experiencia, los gestores de salud mapuche aún no se incluyen o son consideradas como parte del equipo de salud.
5. Si bien consideran que esta experiencia es en gran parte intercultural, no representa, a su juicio, un óptimo abordaje de la salud intercultural, esto se evidencia en las crecientes tensiones al afrontar el aumento de atención a comunidad migrante. Los profesionales, no se sienten capacitados para comprender otras culturas y abordarlas en el quehacer clínico de la Atención primaria.

Basado en el trabajo realizado en conjunto con la Comunidad Kallfulikan se reconocen los siguientes aprendizajes y desafíos:

1. Es necesario mejorar la divulgación y formación de la comunidad y de los trabajadores de salud sobre la cosmovisión mapuche y sus implicancias en la Salud, de este modo, desmitificar las prácticas de salud mapuche, fomentar la derivación y la comunicación con los agentes de salud mapuche.
2. Un importante desafío a nivel de Formación de profesionales de la salud en el pregrado es incorporar los determinantes sociales de la salud, el paradigma de la salud intercultural, y particular la cosmovisión indígena sobre salud, de este modo mejorar las prácticas de atención con pertinencia cultural y la comunicación con los agentes de salud mapuche, desde el respeto por la diversidad y validación de sus prácticas y saberes.
3. El Estado chileno, así como los gobiernos locales deben sincerar y definir en conjunto con las comunidades mapuches como se definirá y llevará a la práctica la salud intercultural, de modo de ser coherentes en el enfoque y avanzar hacia la interculturalidad o bien promover una salud multicultural en igualdad de condiciones.
4. A nivel de las Instituciones a cargo del Programa PESPI es necesario mejorar la gestión de la salud intercultural, a través del apoyo estratégico para una mejor administración financiera, así no generar retrasos en las transferencias económicas y rendiciones de gastos, que afectan el funcionamiento y atención en la Ruka.

5. Diversificar los instrumentos de gestión para lograr una acción conjunta donde se identifiquen lineamientos complementarios y se trabaje de manera mancomunada por mejorar los estándares de atención de la población.
6. Para mejorar el vínculo entre el CESFAM y la Ruka, se debe potenciar la relación de los agentes de salud de Kallfulikan y los equipos de salud de atención primaria, pues hasta ahora, según los propios trabajadores, la relación con el CESFAM ha estado concentrada a nivel directivo, y si bien esto ha sido muy favorable, no ha fomentado una acción colaborativa constante a nivel de los trabajadores.
7. Para la comunidad Kallfulikan, el desarrollo tecnológico es un desafío pendiente, visualizan las mejoras que un sistema informático tendría en la gestión administrativa, registro de sus actividades y rendición de cuentas, por lo cual el desarrollo de un sistema de registro pertinente y útil para Kallfulikan es una de las proyecciones a desarrollar.
8. Finalmente, la oportunidad de generar alianzas con universidades y equipos de investigación ha sido provechosa tanto para el desarrollo del conocimiento sobre esta experiencia de Salud Mapuche como en la contribución que éste pueda significar para el enriquecimiento de Kallfulikan y la mejora continua de su proceso de atención bajo sus tradiciones culturales. Esta alianza debe también ser la oportunidad para generar un espacio de colaboración en la formación de profesionales de salud, para que estos puedan conocer la experiencia y valorar la cultura mapuche.



ESTA IMAGEN REPRESENTA
UN PAR DE OJOS, QUE SON LA
PUERTA DEL ALMA.

DISEÑO Y PRODUCCIÓN



GRÁFICA
METROPOLITANA