

# Sistematización de la experiencia

## El Rincón de la Mujer Mapuche



Karen Arancibia Reyes, Alicia Arias-Schreiber Muñoz,  
Liliana Barría Iroumé, Soledad Barría Iroumé,  
Daniel Egaña Rojas, Marjorie Pailanca Opazo,  
Luisa Quiñenao Morales y Deiza Troncoso Miranda.



Sistematización de la experiencia

# El Rincón de la Mujer

## Mapuche



**SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA EL RINCÓN DE LA MUJER  
MAPUCHE, EN EL MARCO DEL PROYECTO PROMOTORES EN SALUD Y  
CALIDAD DE VIDA: INNOVACIÓN PARA ENFRENTAR LA POBREZA  
MULTIDIMENSIONAL EN VILLAS DE BAJOS DE MENA**

Autoras (orden alfabético): Karen Arancibia Reyes, Alicia Arias-Schreiber Muñoz, Liliana Barriá Iroumé, Soledad Barriá Iroumé, Daniel Egaña Rojas, Marjorie Pailanca Opazo, Luisa Quiñenao Morales y Deiza Troncoso Miranda.

Fotografías: Marjorie Pailanca

Coordinación general: Deiza Troncoso Miranda y Daniel Egaña Rojas

Diagramación: Daniel Egaña Rojas

Corrección de estilo: Vicente Neira Barriá

Impresión: Print Factory Impresores

Fotografía portada: Presentación del proyecto a la comunidad en jardín Francisco Coloane II



Sistematización de la experiencia

# El Rincón de la Mujer

## Mapuche

en el marco del proyecto

Promotores en Salud y Calidad de vida:

innovación para enfrentar la pobreza multidimensional

en villas de Bajos de Mena

Realizada por

Newen Wakolda, Fundación Puente Alto Puede Más y Departamento de

Atención Primaria y Salud Familiar





## Índice de contenido

Introducción.....	3
Reflexión inicial.....	7
Posicionamiento de las autoras .....	7
Sobre el método de sistematización.....	15
Recuperación del proceso vivido .....	19
I. Actores y actrices.....	19
II. Diseño del Proyecto, diseño capacitación y difusión de la capacitación .....	25
III. Capacitación (marzo y abril de 2018) .....	33
IV. Proyectos.....	44
Experiencia: Agrupación Rincón de la Mujer Mapuche (RMM).....	53
Fin del proyecto: Evaluación y actividades posteriores .....	65
Reflexiones de fondo .....	78
Pensamientos Finales.....	78
Interpretación Crítica.....	82
1. La feminización de la participación y del trabajo comunitario.....	82
2. Pago - contratación a las labores comunitarias entendidas como trabajo de cuidado a nivel colectivo y comunitario.....	84
3. Sobre los proyectos sociales .....	91
4. Racismo-discriminación sufrido por las mujeres mapuche.....	96
5. Cómo la agrupación Newen Wakolda a través del proyecto RMM genera una comprensión holística, el küme mogen. ....	98
Puntos de llegada .....	104
Conclusiones y recomendaciones .....	104
Productos de comunicación.....	110
Bibliografía.....	112
ANEXO N°1 - Convenio 169 de la OIT .....	117
ANEXO N°2 - Preguntas iniciales (alcances metodológicos).....	118

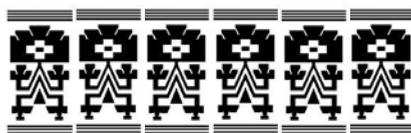
## Índice de tablas

Tabla 1: Descriptores de la capacitación .....	35
Tabla 2: Cronograma de la capacitación.....	40
Tabla 3: Tabla resumen de notas de la capacitación.....	42
Tabla 4: Sistematización de comentarios de la evaluación cualitativa.....	43
Tabla 5: Listado de proyectos participativos desarrollados por las promotoras de salud .....	51

## Índice de fotografías

Foto 1: Primeras reuniones de convocatoria para participar del RMM, en Jardín Francisco Coloane II.....	52
Foto 2: Sesión de reflexión y construcción de "Árbol del problema" en casa de una de las lamngen.....	52
Foto 3: Lamngen expone su investigación sobre mujeres mapuche al resto del grupo.....	56
Foto 4: Herbolario confeccionado por una de las lamngen. ....	56
Foto 5: Preparación de milcao, enseñado por una de las lamngen. ....	60
Foto 6: Secado de milcaos después de ser fritos.....	60
Foto 7: El grupo realiza tortilla de rescoldo en el fogón de la <i>ruka</i> . ....	64
Foto 8: Limpia de trigo para preparación de <i>muday</i> .....	64
Foto 9: Preparación de tortilla de rescoldo.....	68
Foto 10: Compartiendo las investigaciones sobre mujeres mapuche en la historia, invisibilizadas por la Historia .....	72
Foto 11: Cierre de proyecto .....	72
Foto 12: Reunión y almuerzo RMM.....	76
Foto 13: <i>Ruka ñi mongen</i> .....	77

## Introducción



El proyecto “Promotoras de Salud y Calidad de Vida”, ejecutado por la Fundación Puente Alto Puede Más y la Universidad de Chile, buscó la formación y el acompañamiento de "Promotores de la Salud y Calidad de Vida" capaces de conducir actividades comunitarias participativas para la mejora de sus propias condiciones de vida en Bajos de Mena y otros lugares de la comuna de Puente Alto. Durante los 11 meses de ejecución, se reclutaron líderes vecinales interesadas<sup>1</sup> en participar, y se capacitaron como promotoras de salud y calidad de vida durante 2 meses, para que ellas -a su vez- intervinieran en sus propias organizaciones, en diferentes lugares de Bajos de Mena y de Puente Alto.

Luego de la capacitación, en que se graduaron 27 promotoras/es de salud y calidad de vida, se contrató a 10 de ellas a tiempo parcial. Estas promotoras fueron capaces de llevar adelante 9 iniciativas en que problematizaron su realidad, priorizaron problemas y luego diseñaron participativamente proyectos

---

<sup>1</sup> La alusión a las participantes se hace en femenino por la predominante composición sexo-genérica de la misma, aunque incluye la participación de dos integrantes masculinos.

de mejoría de calidad de vida y promoción de la salud. Posteriormente, cada grupo ejecutó durante 3 meses el proyecto participativo planificado y se evaluó lo realizado durante al menos un mes. Esta etapa fue acompañada por facilitadoras y apoyos a la ejecución, de acuerdo con las necesidades de cada grupo. La iniciativa el Rincón de la Mujer Mapuche fue uno de esos grupos.

El proyecto “Promotoras de Salud y Calidad de Vida” buscó probar si un modelo de promoción de salud como éste lograba movilizar a sus comunidades, generando y conduciendo proyectos participativos para mejorar su calidad de vida. La Promoción de Salud busca empoderar a la comunidad, entregándole herramientas para la mejoría de las condiciones de vida que finalmente llevan a salud o enfermedad. Así, se señala en la 5ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud que *“El principio básico en este proceso es que el control de la toma de decisiones corresponde a la comunidad de que se trata —con poca o ninguna participación externa.”* (OMS, 2000, p.13). Esta concepción es desarrollada extensamente por Helena Espinosa de Restrepo, quien preparó un informe técnico al respecto (Espinosa de Restrepo, 2001).

En el Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar de la Universidad de Chile, este modelo de promoción de la salud se venía trabajando desde la docencia, homologando el concepto Calidad de Vida de las personas y las comunidades a la satisfacción de las Necesidades Humanas Fundamentales (Max Neef et al., 1986). Para el desarrollo de este modelo, fomentamos que sea la propia comunidad y sus líderes quienes desarrollen las acciones que permitan el mejoramiento de su calidad de vida. Conforme a este objetivo, la capacitación estuvo basada en la Investigación-Acción-Participativa (Loewenson et al., 2014) y en la educación de adultos de Paulo Freire (Silva, 2018), para así poder dotar a las promotoras y sus comunidades de herramientas para el trabajo participativo.

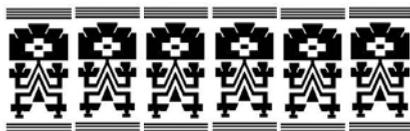
Los resultados generales muestran que el proyecto, a través de la capacitación, seguimiento y acompañamiento de las promotoras, permitió llevar adelante proyectos innovadores, participativos y que las mismas organizaciones o comunidades consideraban relevantes para su calidad de vida. Se logró la participación activa de 250 personas de la misma comunidad, en una zona en que se considera difícil la participación social.

Esta investigación profundiza, utilizando la metodología de sistematización de experiencias (Jara, 2018), en una de esas nueve experiencias: El Rincón de la Mujer Mapuche, liderada por dos promotoras de salud de la Agrupación Newen Wakolda, Marjorie Pailanca y Luisa Quiñenaio.

A continuación, se describe el posicionamiento inicial de las autoras de este trabajo, para luego abordar algunos aspectos sobre el proceso de la sistematización de experiencias. Con estas reflexiones en mente, abordamos la recuperación de lo vivido y las reflexiones de fondo que emergen. Finalmente, revisamos algunas conclusiones y recomendaciones a las que hemos podido llegar a través de este trabajo.



## Reflexión inicial



### Posicionamiento de las autoras<sup>2</sup>

La importancia de este trabajo y su realización radica en varios puntos. En una primera instancia, nos parece fundamental rescatar el concepto mapuche del *kume mongen*<sup>3</sup>, el cual nos plantea la salud o bienestar desde una mirada amplia, en donde confluyen todos los espacios en que se desarrolla la vida humana. Este concepto se contrapone a la concepción biologicista de la salud, predominante en la cultura occidental, que está asociada a la ausencia de enfermedad, mas no al bienestar integral de las personas. El *kume mongen* se relaciona con la promoción de la salud, como forma de empoderamiento de la población y de

---

<sup>2</sup> Las autoras de esta sistematización se detallan en orden alfabético: Karen Arancibia Reyes, Alicia Arias-Schreiber Muñoz, Liliana Barria Iroumé, M<sup>a</sup> Soledad Barria Iroumé, Daniel Egaña Rojas, Marjorie Pailanca Opazo, Luisa Quiñena Morales y Deiza Troncoso Miranda.

<sup>3</sup> En mapuzungun “bienestar, el buen vivir”. Las palabras y expresiones en mapuzungun que aparecen en el texto fueron traducidas por las promotoras de salud del Rincón de la Mujer Mapuche, y corresponden al uso de la lengua en la zona central del país.

activación de sus recursos para el mejoramiento desde una concepción integral de la calidad de vida propia.

Estas perspectivas positivas del bienestar y de la salud son la base de confluencia de nuestros intereses como mujeres mapuche, organizaciones de la sociedad civil y académicos/as de la Universidad de Chile. Exploraremos esta apuesta a continuación, mediante la sistematización de la experiencia El Rincón de la Mujer Mapuche, parte del proyecto de “Promotores de salud y Calidad de Vida”.



Visualizamos este proceso de sistematización como un aporte a las formas tradicionales de trabajar e investigar, ya que, como personas mapuche, siempre hemos sido el objeto a estudiar. Generalmente, no somos las voces que enuncian

sus situaciones, sino que otros y otras hablan por nosotras. De forma recíproca, como académicos/as universitarios/as buscamos no continuar reproduciendo la cosificación de las sujetas, involucrándonos en procesos de investigación que no sean extractivistas, sino transformadores de la realidad en que se sitúan.

En esa línea, encontramos en el método de Investigación Acción Participativa (IAP) una forma simétrica de interactuar, de igual a igual, trabajando en conjunto y desmarcándonos de convenciones jerárquicas. Esto nos involucró estrechamente en la realización del proyecto, permitiéndonos enseñar y aprender al mismo tiempo: encontrarnos como pares. Así, se produce un punto de encuentro alrededor de las bondades de las formas de organización horizontal, que son a su vez una característica de la sociedad mapuche, donde todas las voces deben ser escuchadas y las decisiones deben ser tomadas en conjunto.

De esta forma, la IAP -como aproximación metodológica- nos permitió poner en común nuestros sentipensares como sujetas, representantes y amalgamas de determinados mundos culturales.

Desde el Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, por una parte, veníamos viviendo un proceso de diversificación de los perfiles personales y profesionales de sus integrantes, que se fue traduciendo en nuevas líneas y formas de abordar la labor académica. En esta ruta, nos fuimos acercando -desde el marco de la atención primaria como estrategia de desarrollo, de la salud familiar como praxis que apunta a la integralidad de los cuidados, de las necesidades humanas fundamentales, de la promoción de salud y de la investigación acción participativa- a un paradigma positivo de la salud, que se reubica en las nociones de bienestar y calidad de vida.



En este contexto, nos interesa resaltar que este trabajo busca relevar la participación activa de las mujeres mapuche, la importancia de poner en valor su/nuestro conocimiento y el reconocimiento de la diferencia cultural que muchas veces se invisibiliza (dificultando que se considere la situación indígena al plantear procedimientos o políticas públicas, tanto en el ámbito de la salud como en otros aspectos de la vida que inciden en ésta).

Por otra parte, como mujeres mapuche, frente a años de silencio e invisibilización de la mujer indígena, decidimos empezar a escribir -desde los distintos lugares donde nos toca vivir- nuestras dolorosas experiencias de vida, marcadas por la discriminación y el racismo, desde la infancia en la escuela mediante una educación que busca borrarlos, y luego en la vida adulta, en donde hemos ido tomando fuerza y hemos podido exponer estas vivencias.

Así, ha sido parte de nuestra motivación en esta iniciativa el contar para poder sanar, encontrarnos en un espacio común con otras mujeres mapuche, y organizarnos para la necesaria y urgente denuncia de violencias -aunque esto signifique ser juzgadas dentro del mismo mundo mapuche por no seguir encubriendo prácticas patriarcales, bajo el supuesto de la unidad en lucha como pueblo-.

Por lo mismo, es imperativo develar el rol fundamental que ha asumido la mujer mapuche, dentro y fuera de las comunidades, teniendo que asumir en el ámbito social, cultural y/o económico la carga de las comunidades y la estigmatización, tanto en las ciudades, como en las comunidades en resistencia. Siendo omitidas en gran parte de la historia, no solo hemos sido marginadas y relegadas al espacio doméstico y al rol reproductivo, sino que además la historia nos desconoce como sujetas y nos niega: niega nuestra identidad y niega nuestro gran aporte a la

resistencia mapuche frente al Estado de Chile, razón por la cual seguimos existiendo como pueblo.

No se puede hablar de lucha y resistencia sin nombrar a las mujeres mapuche, ni podemos hablar de autonomía y autodeterminación si la mujer mapuche no está presente, no en calidad de acompañante, sino de líder. Su opinión es, y debe ser, determinante a la hora de tomar decisiones, decisiones que nos afectan como mujeres, pero también como pueblo-nación. Creemos firmemente que la omisión de nuestro actuar en la historia no es casual, ya que, para los valores y sesgos imperantes, es impensable mostrar a las mujeres mapuche a cargo de un ejército o comandando la resistencia hace más de 500 años, por lo que resulta más conveniente dejarnos en el olvido.

Otro ámbito de interés común visto en esta investigación, que relaciona la vida y la historia de la población mapuche, es la afectación a la salud mental. Relacionada a la baja autoestima y la desvalorización de la propia cultura, a la vergüenza de ser mapuche, derivada de años de racismo y de la nostalgia heredada del desarraigo sufrido por las familias mapuche a lo largo de la historia, aparece de forma constante en los colectivos mapuche contemporáneos.

La violencia a la que hemos estado expuestas, de forma política, económica y social, ha marcado nuestra existencia, nuestra vida y forma de vivirla, siendo este el escenario donde la mujer mapuche se desenvuelve, enfrentándose a las inequidades del sistema por ser mujer y mapuche; lo que afecta su desarrollo integral e influye directamente en su calidad de vida. Por eso, creemos que la salud debe ser íntegra e integral, ampliando sus márgenes de acción actuales, los que consideramos limitados y sesgados.

Esto se evidencia de forma sentida al referirnos a la población rural e indígena, particularmente en el contexto actual de la pandemia. Comprobamos estas



insuficiencias en la ausencia de datos -y fuentes institucionales- que describan la situación de los pueblos originarios en la pandemia COVID-19, sus formas de afrontamiento y las consecuencias que ésta tendrá en un futuro en la especificidad de la población indígena. En esta línea, es importante mencionar que la población mapuche de más de 30-40 años se encuentra vinculada a trabajos precarizados mayoritariamente, varios y varias de ellas dedicándose al comercio de productos artesanales de producción propia, instalándose en ferias itinerantes y esporádicas, las cuales se han visto mermadas por la crisis socio sanitaria de la pandemia, impidiéndoles comerciar sus productos y mantener un sustento estable para sus hogares.

Es relevante conocer, y reconocer, el rol de la mujer mapuche en las comunidades, en conjunto con las acciones que han venido realizando para hacer frente a la pandemia: las estrategias que han usado para prevenir los contagios, cómo han contribuido para mejorar la salud de su familia a través de la alimentación saludable así como de otras prácticas y conocimientos tradicionales en salud, y cómo han ido fortaleciendo las organizaciones y la recuperación de prácticas de sanación espiritual (que se han ido perdiendo con la entrada de las religiones occidentales). Este camino conduce a un profundo reconocimiento y valoración de la salud indígena.

Así mismo, deben considerarse las formas propias en que se llevan a cabo los funerales y despedidas en la filosofía mapuche, la importancia de la aceptación de la muerte y los procesos que nos ayudan a sobreponernos. Aunque, la verdad es que poco se conoce y se ha respetado, impidiendo muchas veces su realización, afectando a niños y niñas mapuche la pérdida de pilares importantes dentro del núcleo familiar, pero también, pérdidas de conocimiento ancestral

que nunca fue puesto en valor y que las personas mayores se llevarán tras su fallecimiento.

El proceso de colonización nunca ha cesado, pero sí ha mutado, siendo en la actualidad encarnado por los Estados nacionales y sus sociedades neoliberales, donde -cada cierto tiempo- aparecen e instalan distintas formas, nuevas y antiguas, con las que se busca retomar y terminar su trabajo colonizador, “normalizador”. Pero, es ahí donde estamos, donde siempre estuvimos y estaremos, para resistir y hacer valer nuestro derecho, el que nos asiste como nación originaria. Por lo que nos negamos a ser parte sólo de un museo o una caricatura que sumar a su folclore. A pesar de no tener ninguna injerencia política real, la participación social siempre ha estado presente en la organización territorial. Desde los márgenes, hemos instalado la necesidad de justicia frente a la usurpación y la criminalización, configurándose distintos territorios de resistencia, ya sea en *Wallmapu*<sup>4</sup> como en las periferias de las ciudades donde hemos sido relegadas. Se han construido diversas formas para estar presentes en la discusión pública, dada la necesidad de seguir reclamando y exigiendo los derechos que fueron y son usurpados hasta nuestros días. Es preciso que dejen de mirarnos como cosas, nosotros y nosotras NO somos los indígenas de Chile. Somos sujetos y sujetas de derecho, y es imprescindible que seamos tratadas como tal, que se reconozca y respete nuestra particularidad cultural y política, dejando atrás esa idea de multiculturalismo vacío de significados y meramente estético; poner énfasis en que la inclusión que nos ofrecen es condenarnos a la desintegración y aculturación, con la intención de mimetizarnos hasta el punto de hacernos desaparecer como pueblo. Y es en este escenario adverso, en el que

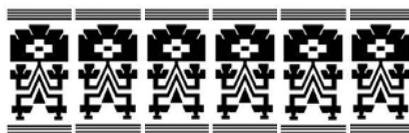
---

<sup>4</sup> *Wallmapu* o *Wall Mapu* es en mapuzungun el nombre dado al territorio ancestral Mapuche, que se ha habitado históricamente en miles de años en diversos grados en el Cono Sur de América, donde se han desarrollado diversas identidades territoriales y con diversa toponimia a sus lugares.



nos ha tocado y nos toca vivir, donde alzar la voz es una necesidad, al tener que exigir constantemente nuestros derechos y buscar la reparación frente al daño causado.

## Sobre el método de sistematización



El presente documento aborda la experiencia del Rincón de la Mujer Mapuche (RMM), iniciativa desarrollada por las promotoras de salud Marjorie Pailanca y Luisa Quiñena, pertenecientes a la agrupación de mujeres Mapuche Newen Wakolda, de la comuna santiaguina de Puente Alto. Esta experiencia estuvo enmarcada en el proyecto “Promotores de Salud y Calidad de Vida: Innovación para enfrentar la pobreza multidimensional en Villas de Bajos de Mena”<sup>5</sup>, ejecutado durante el año 2018 por la Fundación Puente Alto Puede Más (PAPM) en asociación con el Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar (DAPSF) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Este documento se desarrolló en base a un proceso de Sistematización de Experiencias (SE) iniciado a mediados de agosto de 2020, en el contexto de la crisis socio sanitaria por la pandemia de COVID-19.

---

<sup>5</sup> En 2019 fue sistematizada la experiencia de la Villa San Miguel de Bajos de Mena, desarrollada en el marco del proyecto “Promotores de Salud y Calidad de Vida”. El documento se titula: “Por un lugar limpio y sano, San Miguel levanta la mano”, y está disponible en el siguiente enlace: <http://www.medicina.uchile.cl/atencionprimaria/investigacion/publicaciones/revistas-cientificas>



La sistematización de experiencias corresponde a un constructo latinoamericano, originado en la década de 1950, que se nutre de a lo menos ocho corrientes teórico-prácticas: el trabajo social reconceptualizado, la educación de adultos, la educación popular, la comunicación popular, el teatro del oprimido, la teología de la liberación, la teoría de la dependencia y la investigación acción participativa. Es un método de recuperación y reflexión sobre las experiencias como fuente de conocimiento de lo social para la transformación de la realidad. Se diferencia de la sistematización de información -ordenamiento, clasificación y catalogación de distintos tipos de datos- en que la SE entiende “la experiencia” como un proceso histórico complejo, en el que intervienen diversos actores en un contexto económico-social-cultural determinado, y en situaciones organizativas y/o institucionales particulares. Dicho de otro modo, reflexiona sobre la práctica particular y contextual para extraer aprendizajes significativos que posibiliten apropiarse críticamente de saberes y sentires, comprenderlos teóricamente, orientarlos hacia el futuro como aprendizajes individuales y colectivos, y así difundir los alcances y aprendizajes derivados para experiencias futuras (Jara, 2012).

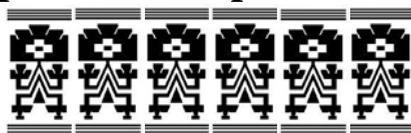
Se conformó un equipo de sistematización, con participantes de distintas etapas de la experiencia, incluyendo a las promotoras Marjorie y Luisa de la agrupación Newen Wakolda, a integrantes de la Fundación Puente Alto Puede Más y del equipo del Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar de la Universidad de Chile.

Entre agosto de 2020 y abril de 2021, se realizaron reuniones de trabajo y presentación de avances semanales (de duración variada y vía plataforma de videoconferencias), en las cuales se diseñó y ejecutó de manera conjunta un plan basado en los cinco pasos para la sistematización de experiencias de Oscar Jara

(2012): 1) Punto de partida, 2) Preguntas iniciales, 3) Recuperación del proceso vivido, 4) Reflexiones de fondo, y 5) Punto de llegada. Jara indica que el punto de partida es haber participado de la experiencia y tener registros de ésta. Las preguntas iniciales corresponden a la definición de objetivos y es objeto de la sistematización el establecer el eje, así como definir las fuentes, materiales y el procedimiento que se seguirá (ver anexo n°2).



## Recuperación del proceso vivido



### I. Actores y actrices

En el desarrollo de este proyecto participaron diferentes actores y actrices, que a continuación se especifican:

 Fundación Puente Alto Puede Más (PAPM)

Organización de la sociedad civil que realizó la postulación a los fondos concursables del Ministerio de Desarrollo Social para financiar la iniciativa, coordinadora del proyecto y asesora de los subproyectos realizados por las promotoras. Esta fundación, ubicada en la comuna de Puente Alto, busca contribuir a la construcción de una comuna inclusiva, democrática, innovadora y diversa, a través de la construcción de espacios de encuentro y de discusión social y política, especialmente dirigidos a promover la organización y articulación de redes locales, así como a la formación y autonomía de líderes, dirigentes y representantes populares en el ámbito local.



La Fundación PAPM tiene por objetivos estratégicos potenciar el desarrollo de dirigentes de organizaciones sociales de base de diverso tipo, así como la organización de las mismas; promover el desarrollo de niños, niñas y jóvenes de las zonas más vulnerables de la comuna a través de la participación, recreación y organización; promover la igualdad de género y el desarrollo de las mujeres de las zonas más vulnerables de la comuna; promover la igualdad territorial y las posibilidades de desarrollo de los y las habitantes.

PAPM ha desarrollado diversos proyectos en las líneas antes descritas. Específicamente, ya había desarrollado un proyecto financiado por el Fondo Concursable de del Ministerio de Desarrollo Social “Chile de todos y todas”, versión 2015, en el territorio de Bajos de Mena: el proyecto “Circo en tu barrio”, realizado en conjunto a Fundación Caracol y la agrupación cultural Circo Chico. La propuesta metodológica del proyecto fue la disseminación de iniciativas/talleres de circo social, para así potenciar su quehacer como expresión concreta de trabajo con niños, niñas y jóvenes. Para esto, se mantuvieron tres talleres de circo en la comuna, y se sistematizó el trabajo efectuado en un *Manual de Implementación de Talleres de Circo*.

Participaron de la Fundación Puente Alto Puede Más: M<sup>a</sup> Angélica Hernández (presidenta), Rosa Yáñez, Soledad Barría, Alejandra Peña y Liliana Barría.

✿ Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar (DAPSF),  
Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Parte del cuerpo académico del departamento realizó la capacitación y asesoría a los proyectos de las promotoras de salud. Esta institución tiene como ejes de acción participar en la formación de pregrado de la carrera de Medicina y otras disciplinas de la salud, así como la de postgrado con el Programa de Formación

de Especialistas en Medicina General Familiar, además de otras actividades propias del ámbito universitario en las líneas de investigación y extensión. Su misión es desarrollar conocimiento transdisciplinario en atención primaria de salud, salud familiar y medicina familiar, a través del ejercicio de la docencia de pregrado, postgrado, postítulo, y de la investigación y extensión basados en la excelencia. Además de la docencia universitaria, realiza actividades de perfeccionamiento y asesorías a instituciones gubernamentales y no gubernamentales, municipales, organismos comunitarios y equipos de la red de salud, contribuyendo así a fortalecer tanto la institucionalidad en salud como el ámbito de la salud comunitaria. Es en este marco que se genera la cooperación con la Fundación PAPM para la realización del Proyecto “Promotores de Salud y Calidad de Vida: Innovación para enfrentar la pobreza multidimensional en villas de Bajos de Mena”, postulando y adjudicándose el Fondo Valentín Letelier para Extensión Universitaria.

Participaron del Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar: Soledad Barría, Daniel Egaña, Karen Arancibia, Alicia Arias-Schreiber, Viviana Ulloa, Claudia Muñoz, Carlos Sánchez y Gabriela Daza.

Participó, por la Facultad de Economía de la Universidad de Chile, Miguel Castro.

#### Pobladoras y pobladores de Bajos de Mena (BM), Puente Alto.

La mayor parte de los participantes del proyecto habita el sector de Bajos de Mena. Este sector está ubicado en el extremo surponiente de la comuna de Puente Alto. Se trata de un gran barrio postergado, con altos niveles de pobreza y hacinamiento poblacional. Entre 1990 y 2010, se construyeron 23 mil viviendas en BM, agrupadas en 49 villas, correspondiendo 18 mil de ellas a departamentos



(de entre 36 a 42 m<sup>2</sup>), solución habitacional que la política pública de la época denominó “condominios sociales en altura”. Este sistema de co-propiedad derivó, en el corto plazo, en serios problemas de convivencia por la escasa regulación y ausencia de mediadores del territorio, entre otros.

Bajos de Mena tiene cerca de 140 mil habitantes (Censo 2012), pero carece de varios servicios básicos como farmacias, sucursales bancarias, bomberos, entre otros. La experiencia en estudio se desarrolló en todos los sectores de la Villa San Miguel de BM, en especial en los sectores 1 y 2.

Participaron en el proyecto del Rincón de la Mujer Mapuche: Antonia Beltrán, Zulema Humilde Colicheo, Patricia Vidal Pailañir, Paula Silva Cifuentes, Sandra Lizana Santis, Liliana Aravena Ovalle, Érica Rail Naguil, Zoila Huenal, Angélica Cortés, Maritza Barrera Rosales, Patricia Marileo Serrano, Sandra Valdebenito, Ana Rain, Carmen Silva Arroyo, Yessenia Cerda Cerda, Alejandra Quilaqueo, Patricia Ibáñez Carrasco, Alejandra Peño Fuenzalida, Ana Licandeo Deuma, Elisa Anticoy Miranda y Gisella Navarrete.

#### Newen Wakolda

Es una asociación indígena constituida el año 2014, compuesta mayoritariamente por mujeres mapuche de la comuna de Puente Alto, reconocida por la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena, así como por la Municipalidad de Puente Alto y cuya personalidad jurídica es 269-2014. Funciona desde el año 2014 bajo el alero de la Oficina de Salud Intercultural del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, quienes, por intermedio de su programa homónimo, promocionan y difunden la salud intercultural. El enfoque de esta organización es el empoderamiento de las mujeres como factor protector para enfrentar la discriminación y todas las formas de violencia, incluida la de género, pero

también las violencias de carácter racista a las que -desde siempre- ha estado expuesto el pueblo mapuche en general y las mujeres en particular. Además, cuentan con una amplia experiencia en emprendimientos, siendo el mejor ejemplo una feria mapuche permanente en el interior del Hospital Sótero del Río, autorizada y apoyada por el Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente. Esta feria se realiza dos veces por semana desde 2016, y en ella se promueve la cultura y se fortalece la economía familiar a través de la venta de artículos con pertinencia indígena. Su funcionamiento, suspendido por la pandemia, ha dejado a todas estas familias sin el sustento económico necesario para su bienestar.

Participaron de Newen Wakolda: Luisa Quiñena y Marjorie Pailanca, miembros fundadoras de la asociación. Son ellas quienes, tras ser capacitadas como Promotoras de Salud y Calidad de vida, emprenden la conformación del grupo que daría vida al “Rincón de la Mujer Mapuche”.

#### Ministerio de Desarrollo Social – MIDESO

El Fondo concursable “Chile de Todas y Todos 2017” financió parte importante del proyecto. El MIDESO convoca a personas jurídicas del sector privado que no persigan fines de lucro -Fundaciones y Corporaciones- a postular proyectos al concurso “Chile de Todas y Todos”. Este concurso busca apoyar acciones sociales innovadoras que abran espacios para la generación de conocimiento, la sistematización, la reflexión, el diálogo y la ampliación de buenas prácticas. La postulación se efectuó entre los meses de abril y junio de 2017, y fueron adjudicados 94 proyectos.

🏛️ Fondo Valentín Letelier (VL), Universidad de Chile.

Fondo complementario en la financiación del proyecto. Es un fondo que financia estrategias de intervención que promueven la expresión y el desarrollo artístico, cultural, científico y patrimonial, así como el fortalecimiento de la educación pública para la ciudadanía, el respeto a los derechos humanos, la igualdad de género y el fomento a la lectura, entre otros temas de relevancia pública para la vinculación de la Universidad de Chile con el devenir de la comunidad y la interacción del conocimiento con el sistema social y cultural. La Universidad de Chile, a través de la Vicerrectoría de Extensión y Comunicaciones, realiza la convocatoria anual de postulaciones. La postulación se efectuó entre julio y octubre de 2017, siendo adjudicados 5 proyectos.

🏛️ Centro de Referencia de Salud (CRS) del Hospital Provincia Cordillera Institución que facilitó sus instalaciones para la realización de la capacitación, cercano al sector de BM. El Centro de Referencia de Salud es la primera fase del futuro Hospital Provincia Cordillera; es un establecimiento de atención abierta de mediana complejidad del nivel secundario (ambulatorio) que brinda atenciones de especialidades médicas y odontológicas, especialidades quirúrgicas que no requieren hospitalización, así como también procedimientos que no están disponibles en la red de atención primaria. Este hospital cuenta con un Consejo de Usuarios en el que participan varias de las promotoras de salud capacitadas en el proyecto.

## **II. Diseño del Proyecto, diseño capacitación y difusión de la capacitación**

La experiencia sistematizada se enmarca en el proyecto “Promotores de Salud y Calidad de Vida: Innovación para enfrentar la pobreza multidimensional en villas de Bajos de Mena”, ejecutado en conjunto por la Fundación Puente Alto Puede Más y el Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar de la Universidad de Chile, y financiada por dos fondos concursables.

En junio de 2017, la Fundación Puente Alto Puede Más, con apoyo del Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, presentó el proyecto al concurso “Chile de Todos y Todas 2017” del Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO, código 1350). Al mes siguiente (julio de 2017), el Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, con apoyo de la Fundación, lo presentó al concurso de extensión universitaria Fondo Valentín Letelier de la Universidad de Chile, el cual poseía dos etapas de concurso. En agosto del mismo año, el proyecto presentado por el Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar pasó la primera etapa del concurso.

Posteriormente, la Fundación Puente Alto Puede Más se adjudica, en septiembre de 2017, el concurso del Ministerio de Desarrollo Social, y en octubre del mismo año el proyecto se adjudica el Fondo Valentín Letelier.

La idea del proyecto comenzó a gestarse en el mes de marzo de 2017, en una conferencia sobre Ciudades Resilientes a la que asistió Soledad Barría, invitada por su participación en la Fundación Puente Alto Puede Más (en tanto organización social de Bajos de Mena). En la charla también estuvieron presentes otras dirigentes sociales de Bajos de Mena, ya que desde 2014 se estaba ejecutando el “Plan Integral Bajos de Mena”, un proyecto intersectorial impulsado desde la Intendencia de Santiago que también fue expuesto en la



conferencia. En este contexto se presenta la experiencia de la ciudad de Medellín, donde se menciona a Helena Espinoza de Restrepo como referente conceptual. Espinoza de Restrepo posee una larga trayectoria académica en la reflexión en torno a la promoción de la Salud. Lo que llamó la atención de Soledad en la propuesta de Medellín es que el trabajo no estaba planteado en términos de salud, sino en términos generales de la promoción y participación en los barrios orientado al mejoramiento de la calidad de vida, y cómo este trabajo había logrado bajar los índices de violencia de una manera notable. En la pausa de la conferencia, Soledad comentó -en broma- a algunas dirigentes de Bajos de Mena presentes que eso era lo que deberían hacer en Bajos de Mena.

Un segundo momento de gestación larval del proyecto se produce en el marco de una actividad mensual que realiza la Fundación Puente Alto Puede Más, que consiste en una reunión/desayuno en la sede de la fundación con dirigentes sociales. En una de estas instancias, las dirigentes de Bajos de Mena asistentes plantearon que debería hacerse una capacitación que apuntara al mejoramiento de su calidad de vida (manejo de residuos, hacinamiento, etc.), profundizando temas de salud y promoción de la salud. Esta fue la instancia en que emergió la idea de postular a un proyecto, el cual -desde su origen- tuvo bastantes aportes de las mismas organizaciones de base a las que pertenecen las dirigentas, que dieron su respaldo a la postulación.

Soledad Barría, quien además de participar en la Fundación Puente Alto Puede Más es académica del Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar de la Universidad de Chile, planteó la idea a Daniel Egaña (también académico de la unidad), quien apoyó la formulación. Así, una primera postulación al Ministerio de Desarrollo Social se hizo desde la Fundación, pero con un importante apoyo técnico de la Universidad.

En esta postulación, la Universidad aportó principalmente en la fundamentación teórica y el conocimiento de la propuesta inicial de la capacitación. Por su parte, la Fundación llevó a cabo gestiones de diversa índole: su presidenta Angélica Hernández se encargó de la parte legal, de reunir los certificados de personalidad jurídica, y también trabajó en el presupuesto y cotizaciones. Otras integrantes de la Fundación se encargaron de aspectos más operativos, como el plan de actividades, la carta Gantt, gestionar los compromisos de los espacios en los que se iba a ejecutar, etc. Asimismo, se sostuvieron conversaciones con distintas dirigentas y dirigentes para exponerles el proyecto y conseguir cartas de apoyo. Las dirigentas también aportaron ideas y experiencias, comenta Angélica, y en general fue un proyecto de construcción colaborativa en el que *“se puso mucho esfuerzo en que fuera grande, participativo y visible para la comunidad, y creo que lo logramos a través de las mismas dirigentes.”* (Angélica Hernández).

Cuando aún no estaban los resultados de la primera convocatoria, surgió la posibilidad de postular el mismo proyecto al concurso de extensión universitaria Fondo Valentín Letelier de la Universidad de Chile. Soledad Barría y Daniel Egaña encabezaron dicha postulación, recurriendo a la Fundación Puente Alto Puede Más para la gestión de los compromisos. Sin embargo, aquí se incluyeron más actores, pues los fondos de extensión exigían participación triestamental y un trabajo interfacultades. Es a partir de esta última exigencia que se incorporó a Miguel Castro, que en ese tiempo trabajaba en la Facultad de Economía y Negocios.

En términos generales, ambos proyectos eran muy similares, buscando complementar los presupuestos, a fin de poder impactar en un mayor número de personas. Su principal diferenciación fue la redacción del objetivo general de cada proyecto. Aquel presentado al Ministerio de Desarrollo Social planteaba



como objetivo general: *“Formar y acompañar ‘Promotores de la Salud y Calidad de Vida’ capaces de conducir actividades comunitarias participativas en pro de mejorar sus propias condiciones de vida, en una zona de Bajos de Mena, comuna de Puente Alto”*. Por su parte, el objetivo general del concurso Valentín Letelier indicaba: *“Desarrollar habilidades en una comunidad vulnerable de Bajos de Mena, comuna de Puente Alto, a través de la formación y acompañamiento de ‘Promotores de la Salud y Calidad de Vida’, para que sean capaces de conducir actividades comunitarias participativas de manera autónoma mejorando sus propias condiciones de vida”*.

En ambos proyectos, los objetivos específicos fueron los mismos, difiriendo sólo en el objetivo específico tres. Los objetivos específicos del proyecto presentado al Ministerio de Desarrollo Social eran: 1. Capacitar promotores de salud y calidad de vida; 2. Seleccionar problemas y diseñar participativamente proyectos de mejoría de calidad de vida y promoción de la salud; 3. Ejecutar al menos dos proyectos participativos de mejoría de promoción de salud y calidad de vida; 4. Evaluar participativamente la ejecución del proyecto y mejorar la cartera de proyectos diseñados; 5. Sistematizar la experiencia. En el proyecto presentado al concurso Valentín Letelier, el objetivo específico tres indicaba, *“ejecutar al menos un proyecto participativo”*.

Una vez adjudicados los proyectos, se inició un ciclo de reuniones de coordinación entre el equipo de la Universidad, integrantes de la Fundación Puente Alto Puede Más y algunos aliados estratégicos, como integrantes del Plan Integral Bajos de Mena (a cargo de la Intendencia de Santiago) y del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (quienes facilitarían el espacio para el desarrollo de la capacitación). Este punto es importante, pues la capacitación se realizó en el Centro de Referencia de Salud Cordillera, que se encuentra cercano a Bajos de Mena, y recientemente había sido inaugurado. Debido a que en marzo de 2018

habría cambio de gobierno, se buscó consagrar el compromiso mediante la firma de un convenio de colaboración entre Universidad de Chile, CRS Hospital Cordillera y la Fundación Puente Alto Puede Más. El convenio se firmó a finales del mes de enero de 2018.

En paralelo se plantearon dos tareas. Por una parte, realizar una convocatoria lo más amplia posible. Por otra, elaborar un programa de capacitación.

Sobre la **convocatoria**, se discutió si esta estaría abierta a todo Puente Alto o se restringiría al sector de Bajos de Mena. Se definió que en su mayoría sería dirigida a Bajos de Mena, quedando algunos cupos para dirigentes sociales de otros sectores de la comuna. Esta decisión también planteaba -a futuro- un posible problema, en tanto el financiamiento solo era para los proyectos que realizaran participantes en Bajos de Mena, y no en otros sectores de Puente Alto. Por último, como recuerda Karen Arancibia, académica de la Universidad, la discusión también reflejaba una tensión entre la voluntad de ampliar la capacitación a más gente y la dificultad que ello implicaría en una fase posterior de seguimiento.

Se decidió realizar la selección mediante el llenado de una ficha y, posteriormente, entrevistas a las y los preseleccionados. En primer lugar, las integrantes de la Fundación Puente Alto Puede Más realizaron la difusión en terreno. Participaron de esta instancia, principalmente, Soledad Barría y Alejandra Peña. Soledad indica que la principal difusión del curso se realizó mediante la entrega de información a distintas organizaciones comunitarias de la comuna de Puente Alto. Específicamente, se centró en Juntas de Vecinos (Villa Juanita y Alto Maipo), y se esperaba que las dirigentes convocaran a otras dirigentes. Ahí, se difundía el proyecto y entregaban fichas de inscripción. Recuerda que -en ese momento- no se difundió mucho que, en una segunda



etapa, habría algún tipo de remuneración a las promotoras, sino que la difusión se orientaba principalmente al tema de la capacitación y el compromiso a trabajar posteriormente con las organizaciones sociales. Así, la oferta era principalmente de una capacitación gratuita, realizada y certificada por la Universidad de Chile. La difusión, recuerda Alejandra, también servía para aclarar dudas y explicar que la salud que se planteaba en el proyecto no se reducía a una concepción biomédica.

Además de esta difusión en las juntas de vecinos, acudieron al Centro de Referencia de Salud del Hospital Cordillera a conversar con el Consejo de Usuarios, que recién se estaba instalando. También se divulgó en radios comunitarias y, por último, hubo una difusión digital en redes sociales, en la que participó Alicia Arias-Schreiber, académica de la Universidad.

La ficha que debían completar preguntaba, entre otras cosas, si pertenecían o se vinculaban con alguna organización, lo cual era fundamental para determinar si, tras la capacitación, era factible que realizaran un proyecto propio. Además, la ficha indicaba los horarios en los que se realizaría la capacitación, para que supieran si realmente podrían asistir a la totalidad de las sesiones. También se les solicitaba que indicaran las razones por las que querían tomar el curso.

Postularon cerca de cuarenta personas, dentro de las cuales al menos catorce eran de Bajos de Mena. Posteriormente, se desarrolló una fase de entrevistas, realizadas en dos o tres sesiones en la sede de la Fundación Puente Alto Puede Más. En esta instancia, además de Soledad Barría, participó Claudia Muñoz, académica de la Universidad, y Alejandra Peña por parte de la Fundación. En la entrevista se buscaba corroborar que las y los candidatos pertenecieran a una organización, que tuvieran disponibilidad horaria para asistir al menos al 80% de la capacitación, y que pensarán continuar con algún tipo de trabajo comunitario.

En esta fase, recuerda Soledad, hubo una suerte de discriminación positiva hacia los hombres, ya que eran minoritarios entre las postulantes. La ronda de entrevistas y la revisión de las fichas sirvieron para reducir a treinta las y los participantes (incluidos los catorce de Bajos de Mena, que cumplían todos los requisitos). En total, solo dos hombres participaron de la capacitación.

La segunda tarea, realizada en paralelo, fue el **diseño de la capacitación**. Desde la formulación del proyecto, el equipo de la Universidad había concebido algunos contenidos mínimos que debía cubrir la capacitación, a partir de lo desarrollado en docencia de promoción de la salud desde la unidad académica. Desde 2016, se había incorporado un módulo de promoción de la salud al curso “Medicina General Familiar II” (de cuarto año de la carrera de medicina). En este módulo se intentaba problematizar la práctica de la promoción en salud en atención primaria desde el marco conceptual de las Necesidades Humana Fundamentales (Max-Neef et al., 1986) y utilizando herramientas de la investigación acción participativa (Loewenson et al., 2014). Asimismo, y siguiendo ese planteamiento, el Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar había realizado, entre marzo y junio de 2017, seis capacitaciones a trabajadores del Servicio de Salud Metropolitano Sur sobre promoción de salud. Por último, en el mismo año, se había incluido este contenido en el programa de formación de especialistas en Medicina General Familiar.

La realización del proyecto planteaba, sin embargo, un desafío docente nuevo. Como recuerda Karen Arancibia, el equipo nunca había llevado la docencia de estos temas a la comunidad, lo cual implicaba un desafío metodológico adicional. En este punto, Daniel Egaña concuerda en que había cierta conciencia de que esta experiencia docente sería distintas a las anteriores instancias de enseñanza y



reflexión sobre la promoción de la salud; sin embargo, no sabían con claridad en qué consistiría este cambio.

El diseño de la capacitación se realizó inicialmente en una instancia de co-construcción entre la Universidad de Chile y la Fundación Puente Alto Puede Más. Para ello, se sostuvieron dos reuniones, en la que se definieron algunos ejes que guiarían el proceso. Soledad Barría recuerda tres lineamientos principales: 1) Redefinición del concepto de salud, apartado de lo biomédico, y enmarcado en la noción de Calidad de Vida. Lo anterior planteaba el desafío de desligar la promoción de la salud de gestos como la toma de presión o la adherencia a fármacos; 2) Metodologías participativas. Este eje aborda las técnicas que se transferirían en el taller, las cuales provenían de ámbitos tales como la investigación acción participativa. El desafío que se planteaba era instalar la idea de horizontalidad y participación frente al modelo dirigencial (vertical, autocrático) que eventualmente traerían las dirigentes; y 3) Liderazgo y habilidades interpersonales. Esto incluía habilidades de liderazgo, de conducción, de relaciones interpersonales, de resolución de conflictos, etc., consideradas fundamentales para asegurar el desarrollo participativo de los proyectos. Este eje era el que más se apartaba de los cursos que el equipo de la Universidad había realizado con anterioridad. Fue determinante, para el desarrollo del diseño de este eje de la capacitación, la participación de Miguel Castro. Como ya se indicó, Miguel se había incorporado al proyecto debido a que el Fondo Valentín Letelier requería el trabajo entre actores de diversas facultades de la Universidad. Miguel realizaba docencia en la Escuela Sindical de la Facultad de Economía y Negocios, por lo que tenía experiencia en estos contenidos y en el trabajo con dirigentes sociales. En este apartado, en conjunto con Karen Arancibia del Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar,

revisaron el contenido y evaluaron las adaptaciones que se podían realizar al curso.

En esta etapa, también se diseñó una suerte de estructura conceptual para las distintas sesiones, la cual contemplaba tres momentos. Un primer momento estaba orientado a que el grupo se conociera y desarrollara lazos de confianza mediante una actividad relacional. Luego, un segundo momento estaba destinado a introducir un elemento teórico a través de una breve sesión expositiva. Finalmente, el grueso de la sesión se dedicaba a un taller práctico, en el que se ejercitaba lo aprendido.

### **III. Capacitación (marzo y abril de 2018)**

La docencia, como se mencionó, estuvo a cargo del Equipo de Promoción de la Salud del Dpto. de Atención Primaria y Salud Familiar de la Universidad de Chile, con la participación de las y los profesores Daniel Egaña, Karen Arancibia, Claudia Muñoz, Viviana Ulloa, Alicia Arias-Schreiber y Soledad Barría. El profesor Miguel Castro, de la Escuela Sindical de la Facultad de Economía y Negocios (FEN) de la Universidad de Chile, se incorporó al equipo de trabajo. Daniel, Soledad, Viviana y Karen contaban con experiencia en el diseño metodológico (junto a otros docentes) y tenían experiencia docente, tanto en la formación de pregrado (con el módulo de promoción de la salud de la asignatura Medicina General Familiar de cuarto año de la carrera de medicina dictado en los años previos), como a nivel de postgrado, cursos de postítulo y capacitación a docentes clínicos, encargados/as de promoción de la salud y equipos de diversos CESFAM urbanos de Santiago.

Parte de estos contenidos habían sido realizados en modalidad de cursos teórico-prácticos presenciales, por lo que fueron adaptados para esta capacitación,



pensando en las condiciones de contexto y características de las participantes a quienes estaría dirigido, propiciando su interés y superando algunos obstáculos propios de la participación comunitaria. Tras una convocatoria abierta a otros docentes del Depto. de Atención Primaria y Salud Familiar, se incorporaron al equipo Alicia y Claudia, quienes habían previamente participado como docentes en el módulo de promoción de la salud del curso Medicina General Familiar.

A diferencia de las experiencias descritas, esta nueva instancia traería para el equipo docente el desafío de ser parte de un proyecto más grande, permitiendo observar en la práctica el impacto en los territorios de la aplicación de contenidos a través de un acompañamiento y seguimiento posterior.

Por otro lado, también representaba un desafío el cambio en el perfil de las participantes, ya que ahora se trabajaría directamente con dirigentes y líderes comunitarios, y no con estudiantes, técnicos y profesionales de la salud encargados o vinculados a los programas de promoción de salud. A diferencia de las experiencias docentes anteriores del equipo de la Universidad, estos nuevos participantes son parte orgánica de la comunidad y generalmente no cuentan con estudios formales en salud, lo que podría ser una oportunidad a la hora de plantear el vínculo entre salud y calidad de vida. Sin embargo, por otro lado, planteaba una dificultad en la transposición didáctica, que no debía caer en tecnicismos innecesarios o en la reproducción de dinámicas de poder profesional/no profesional, lo que dificultaría la emergencia y relevancia de los saberes comunitarios.

Los principales descriptores de la capacitación aparecen a continuación:

CURSO: "PROMOCIÓN DE SALUD Y DETERMINANTES SOCIALES"

**DIRIGIDO A:** Líderes y dirigentes sociales de la comuna de Puente Alto

TOTAL HORAS: 55 horas

**ORGANIZA:** Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, en el marco del proyecto de Promotores de Salud y Calidad de Vida, financiados por MIDESO y Fondo Valentín Letelier de la Universidad de Chile.

**COORDINADORA:** Prof. Soledad Barría

**PROPÓSITO:**

Generar un espacio para el análisis y condiciones para concretar la Promoción de Salud por parte de líderes sociales, entregando herramientas para la mejora de calidad de vida en sus respectivas organizaciones o villas.

**OBJETIVOS GENERALES:**

1. Conocer los fundamentos de la Promoción de Salud y de los Determinantes sociales de la salud, y las estrategias utilizadas para mejorar la calidad de vida de las comunidades.
2. Contribuir al desarrollo de habilidades de los dirigentes sociales para el diseño de propuestas de promoción que puedan ser implementadas localmente.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Distinguir elementos centrales de la definición de salud y su relación con los Determinantes Sociales de la Salud, vinculando Promoción de Salud con calidad de vida.
2. Analizar la importancia de conocer la población y la comunidad, sus condiciones socioeconómicas, educacionales, culturales y étnicas para la construcción de la salud.
3. Manejar los conceptos de participación social, comunicación social, trabajo en red y diseño de proyectos en relación con la Promoción de Salud.
4. Conocer y aplicar *técnicas participativas* para el trabajo en promoción de la salud.
5. Desarrollar habilidades de trabajo colaborativo.
6. Identificar los *recursos con que se cuenta a nivel local* para desarrollar proyectos de Promoción de Salud.
7. Diseñar *propuestas participativas de Promoción de Salud* a trabajar en sus territorios o comunidades: diagnóstico, plan, gestión, seguimiento y evaluación.

*Tabla 1: Descriptores de la capacitación*

El programa de actividades se desarrolló cada 15 días, en jornadas de viernes de 18:00 a 21:00 horas y sábados de 09:00 a 14:00 horas, entre el día 09 de marzo y el 05 mayo de 2018. La elección de dichos bloques horarios buscó propiciar la participación de las líderes y dirigentes sociales: fuera de horario laboral y

resguardando espacios (fin de semana por medio) para poder recoger insumos, compartir y reflexionar con sus organizaciones de base sobre los contenidos revisados, así como para poder realizar pequeñas tareas ancladas en su propia experiencia territorial que alimentarían los talleres de la capacitación.

En esa época del año (otoño en el hemisferio sur), las noches se alargan a costa de menos horas de luz por las tardes, por lo que al terminar la capacitación a las 21 horas ya era de noche, situación que no afectó de forma significativa la asistencia de los participantes a lo largo del curso.

La capacitación se desarrolló en el comedor del Centro de Referencia de Salud (CRS) Hospital Provincia Cordillera, dependiente del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. El CRS está ubicado en la intersección de Acceso Sur con Avenida Eyzaguirre, en el límite nororiente de Bajos de Mena, en la comuna de Puente Alto. Éste fue facilitado de forma gratuita, por medio de un Convenio entre la Universidad de Chile, la Fundación PAPM y el Centro Asistencial. La elección de lugar se basó en el criterio de acercar la capacitación al territorio y facilitar la participación en la actividad de las y los futuros promotores de salud y calidad de vida. Como segundo objetivo, se buscaba establecer una alianza con el sector salud local, permitiendo la vinculación con otras redes intersectoriales del territorio.

Al momento de la capacitación, este centro asistencial estaba recientemente inaugurado e iniciaba su funcionamiento de manera gradual, por lo que aún era un lugar poco conocido y poco concurrido por las y los vecinos de la comuna. Esto produjo un imprevisto para la capacitación: dada la ubicación colindante con autopistas, la baja luminosidad del sector, el poco tránsito de peatones y la escasa frecuencia de locomoción colectiva, los retornos el día viernes adquirirían cierto grado de peligrosidad. Este problema fue superado por los mismos

asistentes y el equipo del proyecto, coordinando traslados en grupos para evitar que constituyera otro obstáculo de participación.

El comedor -ubicado en la planta baja- es un espacio amplio con mobiliario móvil, lo que permitió acondicionar el lugar tanto para el trabajo de grupos (utilizando los mesones), como para las presentaciones, plenarias y dinámicas que requerían de espacios amplios pero cerrados.

La gestión logística de los medios audiovisuales, los materiales y la alimentación estuvieron a cargo de Alejandra Peña de la Fundación PAPM. En cada jornada se dejaba dispuesta una mesa con agua caliente, bebidas frías y colaciones para autoservicio de las y los asistentes. Este espacio de ‘café’ era preparado por el equipo de la Fundación PAPM, docentes de la Universidad y las mismas promotoras en los minutos previos al inicio de cada sesión. Fue habitual contar con donaciones de parte de las asistentes y se convirtió en un espacio informal para compartir experiencias y vivencias de manera horizontal entre docentes, equipo de la fundación y promotoras, en torno a los temas de la capacitación, el proyecto y la vida.

Si bien el espacio físico e infraestructura fueron evaluados de manera satisfactoria por las promotoras al finalizar la capacitación (Nota 6,86 en escala de 1 a 7), el lugar no contaba con accesibilidad para personas en situación de discapacidad física, situación que resulta insólita en un establecimiento público de reciente construcción.

En relación con los contenidos, estos fueron agrupados en tres tópicos generales. Cada uno de ellos contaba con sesiones de trabajo específicas; sin embargo, de forma paralela, se buscaba una integración incremental de estos temas a lo largo de capacitación. Los temas fueron los siguientes:



- ✓ Concepto de salud, promoción de la salud, determinantes sociales de la salud, calidad de vida.
- ✓ Rol de los promotores y herramientas para el trabajo participativo en comunidad con principios de la investigación-acción participativa (detección de problemas, mapeo participativo, árbol de problemas y de objetivos, estrategia, plan participativo, planificación de proyecto).
- ✓ Desarrollo de la autoestima y habilidades para el liderazgo, y la planificación de reuniones.

El detalle de cada actividad, contenido y docentes participantes se resumen a continuación:

SEMANA	VIERNES - 18:00 a 21:00 hrs.		SÁBADO - 09:00 a 14:00 hrs.	
	CONTENIDOS	DOCENTES	CONTENIDOS	DOCENTES
9 y 10 marzo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Creación de Contexto, Bienvenida</li> <li>- Salud y Promoción de salud</li> <li>- Presentación del programa.</li> <li>- Expectativas y trabajo futuro</li> <li>- Café</li> <li>- Taller: Salud y sus determinantes</li> <li>- Plenaria</li> </ul>	Daniel Egaña Miguel Castro Claudia Muñoz Soledad Barría Alicia Arias-Schreiber Karen Arancibia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expectativas de la promoción de la salud</li> <li>- Conversatorio: Rol de promotores/as</li> <li>- Café</li> <li>- Participación</li> <li>- Problemas: tarea Plenaria</li> </ul>	Invitada promoción Daniel Egaña Miguel Castro Claudia Muñoz Soledad Barría Alicia Arias-Schreiber
23 y 24 de marzo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activación del Grupo y tarea</li> </ul>	Claudia Muñoz Soledad Barría Daniel Egaña	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Priorización problemas</li> <li>- Café</li> </ul>	Daniel Egaña Soledad Barría Miguel Castro

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación problemas</li> <li>- Selección problemas delimitación y explicación</li> <li>- Café</li> <li>- Trabajo grupo: principales problemas detectados</li> </ul>	<p>Miguel Castro Alicia Arias-Schreiber</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taller priorización y plenaria</li> </ul>	<p>Viviana Ulloa Alicia Arias-Schreiber</p>
6 y 7 de abril	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taller: Árbol de problemas</li> <li>- Café</li> <li>- Taller: Árbol de objetivos</li> <li>Plenaria</li> </ul>	<p>Daniel Egaña Claudia Muñoz Soledad Barría Alicia Arias-Schreiber Benjamín Añezco</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicación</li> <li>- Liderazgo</li> <li>- Café</li> <li>- Trabajo en equipo (1)</li> </ul>	<p>Miguel Castro Soledad Barría Alicia Arias-Schreiber Viviana Ulloa Daniel Egaña Benjamín Añezco</p>
20 y 21 de abril	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicación (2)</li> <li>- Liderazgo</li> <li>- Café</li> <li>- Trabajo en equipo (2)</li> </ul>	<p>Miguel Castro Karen Arancibia Daniel Egaña Claudia Muñoz Soledad Barría Alicia Arias-Schreiber</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Priorización de estrategia (objetivo)</li> <li>- Café</li> <li>- Identificación de actividades para el plan</li> </ul>	<p>Alicia Arias-Schreiber Daniel Egaña Claudia Muñoz Viviana Ulloa Soledad Barría</p>
4 y 5 de mayo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mapeo de actores para el plan</li> <li>- Café</li> <li>- Cómo planificar reuniones</li> </ul>	<p>Karen Arancibia Daniel Egaña Claudia Muñoz Soledad Barría Alicia Arias-Schreiber</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificación del proyecto</li> <li>- Café</li> <li>- Presentación de Proyectos</li> </ul>	<p>Karen Arancibia Daniel Egaña Claudia Muñoz Viviana Ulloa</p>



				Soledad Barría
GRADUACIÓN:	Sábado 12 de mayo a las 11:00 hrs. Aula Magna campus Sur - Facultad de Medicina U de Chile			

*Tabla 2: Cronograma de la capacitación*

La metodología de enseñanza fue participativa, con énfasis desde la primera semana de capacitación en el trabajo en grupos pequeños, conformados según cercanía geográfica y/o áreas de interés. Se formaron cinco grupos, de entre cuatro y siete participantes, quienes desarrollarían un pequeño plan de promoción participativo de forma secuencial (problematización - diagnóstico - planificación). Este plan fue expuesto a docentes y pares en la última sesión de la capacitación, junto a una hoja física a modo de resumen.

Mantener los grupos de trabajo a lo largo de la capacitación buscaba aportar a la maduración y el conocimiento de cada equipo, fortaleciendo la dimensión instrumental (destrezas) y actitudinal (actitudes y valores) más allá de la mera incorporación de conocimientos teóricos, especialmente de los contenidos relacionados con la aplicación de herramientas para el trabajo comunitario participativo, y de comunicación y liderazgo.

La planificación específica de cada sesión estuvo a cargo de una dupla de docentes, quienes preparaban materiales en base a la planificación de contenidos. Al inicio de la sesión, se entregaba una carpeta con impresiones de las diapositivas que se proyectarían y una hoja de ruta con el cronograma de actividades de la jornada.

Esta construcción gradual de actividades -basada en un plan consensuado y conocido- permitió cierta flexibilidad en lo metodológico, generando espacios para reforzar contenidos y cumplir con los objetivos propuestos. Esto ayudó a

generar espacios para el manejo de situaciones y necesidades educativas demandadas por las y los participantes durante la capacitación.

Cada sesión se estructuró de forma genérica de la siguiente forma: se iniciaba con actividades de cohesión grupal y/o de activación. Luego seguía la etapa central de entrega de contenidos en formato de clases cortas. Posteriormente, se realizaba un trabajo práctico grupal. Finalmente, había un cierre en plenaria, orientado a la puesta en común de lo realizado, elaboración de conclusiones e instrucciones de tareas (orientadas a ir hilando los contenidos de las sesiones previas y siguientes).

Una vez finalizada cada sesión, el equipo docente realizaba una pequeña autoevaluación verbal del día. Esta instancia era guiada principalmente por Miguel, asumiendo otra persona este rol cuando no estaba.

El trabajo se desarrolló de forma horizontal y participativa a lo largo del proceso, estableciéndose relaciones fraternas entre todos los actores. Si bien la experiencia previa de cada dirigente/a -y su propia de experiencia de participación- podía estar construida sobre relaciones jerárquicas, en la instancia colectiva se planteaba un trato horizontal entre las distintas personas participantes.

La evaluación del curso se realizó por medio de una encuesta anónima autoaplicada cuali-cuantitativa estándar, instrumento que ya había sido aplicado a otros participantes de cursos de postítulo y de extensión realizados por el Depto. de Atención Primaria y Salud Familiar. Los resultados de dicha encuesta arrojaron una nota promedio 6,7 para el ítem “conclusiones generales” del curso; nota 6,8 para “medios auxiliares”; y 6,8 para “características de relatores”. Destacan los comentarios positivos sobre la experiencia y sugerencias sobre entrega oportuna de materiales complementarios y otros cursos complementarios.



El detalle de cada ítem y nota se encuentra resumida en la siguiente tabla:

TABLA RESUMEN PROMEDIO NOTAS POR ÍTEM DE EVALUACION - ETAPA CAPACITACION - CURSO PROMOTORES DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA [Escala nota 1,0 a 7,0]		
GENERAL DEL CURSO	MEDIOS AUXILIARES	RELATORES
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Calidad de los Contenidos Entregados: 6,7.-</li> <li>✓ Tratamiento de los Contenidos: 6,6.-</li> <li>✓ Cumplimiento de los objetivos del Curso: 6,8.-</li> <li>✓ Contenidos en Funciones Habituales: 6,6.-</li> <li>✓ Calidad del Cumplimiento de Horarios: 6,8.-</li> <li>✓ Organización del Curso: 6,9.-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Calidad de los Apuntes y Material Instruccional: 6,7.-</li> <li>✓ Puntualidad en la Entrega de Material: 6,7.-</li> <li>✓ Condiciones del lugar de realización del curso: 6,9.-</li> <li>✓ Servicio de Café: 6,9.-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conocimiento de los Contenidos por parte de los Relatores: 6,9.-</li> <li>✓ Metodología de los Relatores: 6,7.-</li> <li>✓ Claridad de las Exposiciones: 6,8.-</li> <li>✓ Interacción con los Participantes: 6,7.-</li> <li>✓ Grado de interés y entusiasmo logrado por los Relatores: 6,8.-</li> </ul>

*Tabla 3: Tabla resumen de notas de la capacitación*

En la misma pauta de evaluación se consignaron dos espacios para preguntas abiertas. Las apreciaciones más comentadas en cada caso fueron:

SISTEMATIZACIÓN COMENTARIOS DE EVALUACIÓN CUALITATIVA ETAPA CAPACITACION - CURSO PROMOTORES DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA	
En términos generales, ¿Cómo evalúa la actividad? “Capacitación enriquecedora. Contenidos muy útiles para el desarrollo de grupos organizados”	¿Qué sugerencia puede entregar a futuras actividades como esta?

<p>“Actividad lúdica, mucho aprendizaje que permite tener un amplio poder resolutivo”.</p> <p>“Metodología excelente, se imparte curso con variadas dinámicas y mucha alegría”.</p> <p>“Excelente, necesaria y de una gran importancia para desarrollar soluciones a las problemáticas de la sociedad en Puente Alto”</p> <p>“Súper educativa y constructiva que sirve para mejorar el entorno”</p>	<p>“Entregar material de apoyo para clarificar contenidos para un aprendizaje más óptimo”</p> <p>“Tiempo más específico para realizar y aprender a hacer proyectos”</p> <p>“Invitar a más dirigentes para tener más participación de colegios y jardines infantiles”</p> <p>“Realizar más talleres o cursos similares que aporten nuevas herramientas”</p> <p>“Invitar a los adultos mayores a ser parte del equipo”</p>
---	--

*Tabla 4: Sistematización de comentarios de la evaluación cualitativa*

El equipo de la fundación PAPM, quienes en su rol logístico estuvieron presentes durante la formación completa, también resalta lo novedoso de los contenidos y lo lúdico del trabajo formativo.

Los comentarios de los participantes, del equipo docente universitario y del equipo logístico de la fundación, resaltan el rol que tuvo el profesor Miguel Castro en el desarrollo de habilidades de liderazgo y trabajo en equipo, siendo identificado como punto crítico de éxito de la capacitación y el desarrollo posterior de las experiencias.

Desde el punto de vista docente, si bien se hace una valoración positiva del proceso -tanto en aciertos como desaciertos-, hay una autocrítica al modo de entrega de los contenidos. Dentro de las expectativas del equipo docente estaba poder generar una instancia horizontal de rescate de saberes comunitarios, lo que se vio dificultado por una capacitación estructurada con énfasis en la entrega y aplicación de contenidos, más directiva que inductiva.

Esta etapa finalizó con la graduación de veintisiete promotoras y promotores de la salud y calidad de vida (de los treinta participantes iniciales), quienes



cumplieron con el requisito de 80% de asistencia. La graduación consistió en una ceremonia celebrada el sábado 12 de mayo de 2018 en el Aula Magna del Campus Sur de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, donde les fueron entregados sus diplomas en compañía de sus familiares y amigos/as. Las promotoras y promotores recibieron además un conjunto de materiales para desarrollar su acción (libro de técnicas, hojas de reuniones, papel kraft para trabajar en grupo, etc.).

## **IV. Proyectos**

### **A. Selección de problemas a trabajar y diseño participativo de proyectos**

Tras concluir la capacitación, se dio inicio al trabajo de diseño y organización de proyectos que abordaran problemas de calidad de vida y promoción de la salud en las comunidades de las participantes. Para esta actividad, se invitó a todas las personas que terminaron la capacitación a realizar un proyecto participativo con las organizaciones de sus territorios. Fueron contratadas 12 promotoras entre los meses de mayo y noviembre<sup>6</sup>, tiempo en que debían desarrollar el proyecto. Adicionalmente, se contrataron tres facilitadoras (de la Fundación PAPM) que acompañaron a las promotoras en el desarrollo de sus proyectos. Específicamente, esta etapa contempló que las promotoras:

- 🏠 Trabajarán solas o en duplas con la población y/u organizaciones de sus territorios.
- 🏠 Conformarán un equipo de trabajo, o segundo círculo de participación, para desarrollar el proyecto de promoción, que busca influir en un tercer círculo: la comunidad de su territorio.

---

<sup>6</sup> Contrato a honorarios por 40 horas mensuales, con referencia al sueldo mínimo de mayo del 2018, por siete meses.

- ✿ Planificaran y realizaran reuniones semanales con su equipo de trabajo (segundo círculo), con la finalidad de realizar un catastro de las dificultades que afectan la calidad de vida en sus territorios, efectuar una priorización y diseñar acciones que contribuyan a dar solución al problema abordado; es decir, diseñar en conjunto un proyecto para el mejoramiento de la calidad de vida en sus comunidades.
- ✿ Documentaran cada reunión realizada con listas de asistencia, informe de la reunión y de los gastos efectuados. El proyecto contemplaba el aporte de recursos para financiar insumos y café en las reuniones de trabajo.

Esta etapa permitió la conformación de nueve equipos de trabajo, superando los cinco propuestos al inicio del proyecto. De estos equipos, siete ejecutaron sus proyectos en sectores de Bajos de Mena y los dos restantes en otros sectores de la comuna de Puente Alto.

### **B. Acompañamiento y seguimiento de proyectos**

Las promotoras recibieron, durante todo el período (mayo a noviembre), asesorías mensuales por parte de la Fundación PAPM y de los docentes de la U. de Chile. La modalidad de estas reuniones era primero la presentación de los avances de las experiencias lideradas por las promotoras, para posteriormente recibir retroalimentación de sus pares y de la gente de la fundación y la Universidad.

Además, cada experiencia contaba con el acompañamiento de una de las profesionales de la Fundación PAPM, que apoyaba y aconsejaba a las promotoras en cada una de las acciones emprendidas de forma semanal. En el



caso del RMM, el acompañamiento fue a través del contacto semanal de Alejandra (profesional de la fundación) con Luisa y Marjorie (promotoras).

Marjorie considera que en el acompañamiento *“fue fundamental el apoyo. Por ejemplo, cuando nosotras solicitábamos cosas, que pueden escapar de lo común para el resto de la gente, en el inicio teníamos destinada una plata para cualquier cosa. Entonces, nosotros, con la Alejandra, le decíamos: ‘queremos hacer esto, eso y esto’, y ella siempre tuvo esa disposición, estaba atenta a lo que nosotras necesitábamos, poniendo todo lo de ella para que funcionara, apoyándonos en todo, no cuestionándonos nada. Estaba ahí, dispuesta a escucharnos y a acompañarnos en todo para que resultara. Solo nos preguntaba ‘¿Qué es lo que quieren hacer? ¿Para qué?’”*.

Luisa destaca no solo el rol de acompañamiento práctico sino también lo formal, de estar con ellas. *“El acompañamiento es súper importante, porque es como la parte formal que estaba detrás del proyecto, la institución que estaba atrás del proyecto, que le daba la garantía. Porque, de repente, llegan dos personas y dicen ‘ya, vamos a hacer este’, pero, ¿de dónde vienen?, ¿quiénes son?, eso también es importante tenerlo, es parte de la formalidad, fue fundamental para ir afiatando”* (Luisa).

Este acompañamiento no significaba suplantar sus liderazgos, ya que como señala Marjorie, *“es parte de la autonomía y la decisión de cada grupo, de tener esa libertad de ir donde nosotras quisiéramos, estábamos muy independientes. Si nosotras queríamos ir a hablar con alguien para ocupar ese espacio, no estábamos restringidas. Siento que eso ayuda mucho a la creatividad, a la decisión de qué y cómo hacerlo; si está muy normado, especificado, es más difícil que surja la autonomía. Esa libertad potencia que uno tenga que “rebuscárselas”, como dicen mis abuelos”*.

Otro aspecto relevante fue la forma de realizar este acompañamiento. Marjorie indica que *“es importante la horizontalidad, como que, dentro de la conformación de los proyectos, en la ejecución, aplicación, en todos los ámbitos es importante la horizontalidad para*

*así generar compromiso en la gente” (Marjorie). En esto concuerda Luisa, quien indica que “algo bien importante, es que las relaciones se den de manera horizontal. Creo que también eso es una forma para llegar a las personas, no que ‘yo sé y los demás no saben nada’, lo que yo les voy a enseñar: siempre en los grupos se dan dos aprendizajes, porque el profesor también aprende del alumno” (Luisa).*

En ese sentido, para la definición del carácter del acompañamiento fueron importantes las características de las facilitadoras. Según Soledad *“fue importante el hecho que Alejandra y Rosa fueran trabajadoras sociales y [Angélica] educadora popular, eso le dio al proyecto una cosa de seguimiento distinto”.*

Alejandra, responsable del acompañamiento, señala que su labor consistió en apoyar la realización de las técnicas participativas (mapeo, árbol de problemas, etc.). Sostuvo reuniones de planificación con Marjorie y Luisa, donde se problematizaba qué acciones se harían, qué recursos se necesitaban, y dónde conseguirlos. Se trataba de despejar dudas del grupo en general y de mantener un vínculo del proyecto con la Fundación.

Por otra parte, se realizaba el seguimiento administrativo de la experiencia, una actividad mensual en que Luisa y Marjorie debían *“hacer la rendición, toda la parte administrativa, la entrega de boletas de honorarios y toda la rendición, el respaldo de cada actividad que teníamos que rendir, eso era mensual” (Liliana).*

Además del acompañamiento semanal de la facilitadora y del seguimiento administrativo a las promotoras, se realizaban reuniones semanales del equipo responsable con las tres facilitadoras. Estas reuniones de seguimiento y acompañamiento buscaban ir analizando y reflexionando sobre el estado de avance y las necesidades de cada uno de los nueve grupos que llevaban a cabo las distintas experiencias. Ocasionalmente, este equipo se reunió con el conjunto de las facilitadoras, lo cual permitió un rico intercambio y aprendizajes cruzados



relevantes. Para Soledad *“fue interesante que ellas se intercambiaban cómo les estaba yendo con su grupo, y eso de ver que tiene los mismos problemas, o menos o más, siempre es bueno. Yo creo que eso, a lo mejor, un proyecto futuro debiese incorporarlo como un aprendizaje horizontal de pares”*.

Tras a la capacitación, el rol del equipo de la Universidad consistió en realizar un seguimiento mensual al desarrollo de los proyectos de las promotoras. En total, se realizaron cinco sesiones de seguimiento entre los meses de junio y octubre de 2018, las que tuvieron un carácter itinerante, llevándose a cabo en algunas de las sedes sociales en las que se articulaban los proyectos.

La estructura de estas sesiones consistía en la exposición de cada grupo de promotoras sobre los avances realizados en el curso del mes, seguida de la retroalimentación, preguntas o comentarios de sus pares (promotoras) y del equipo de la Universidad.

Entre las promotoras existe una valoración general positiva de estas instancias, como Marjorie indica:

*“Me pareció importante porque nos juntábamos con otros grupos, veíamos la experiencia de otros grupos, cómo lo estaban haciendo, y los consejos que les daban. Eso me parece que ayuda, en el caso de que tuviésemos una pregunta teníamos canal directo, una vez al mes, para hacerla. También la experiencia y los consejos que les podían dar a otros grupos, planteamientos que a nosotras todavía no nos habían pasado, no se nos había ocurrido preguntar, el que fueran contestados de forma colectiva, me parece que fortaleció la ejecución del proyecto.”* (Marjorie).

También se señala -por parte del equipo de la Universidad- como déficit de estas instancias que no se incluyeron sesiones en terreno, donde se vieran las actividades que iba realizando cada experiencia. Esto limitaba la posibilidad de las personas de la Universidad de interiorizarse en el conocimiento de las personas de la comunidad que participaban en cada experiencia.

Por otro lado, la experiencia del equipo de la Universidad es heterogénea, en tanto la participación de las y el integrante en estas sesiones fue disímil. Alicia, que participó en la totalidad de sesiones, señala que *"ese espacio de intercambio entre las promotoras era muy lindo, todas estaban compartiendo aprendizajes, aprendiendo las unas de las otras, y siempre se admiraban y felicitaban mucho de lo que había hecho la otra."*

En estas sesiones ocurría una dinámica de reconocimiento mutuo y empoderamiento entre las participantes, en que se vivenciaba el tejido de redes comunitarias entre las integrantes de distintas experiencias, al compartir sus vivencias, al sortear ciertas dificultades comunes, así como al intercambiar información de utilidad sobre dispositivos o actores/as de la red que pudieran ser de apoyo en otros proyectos. El equipo universitario se plantea que esta retroalimentación de pares era más relevante que los comentarios realizados desde el rol docente.

Alicia también apunta que no hubo suficiente sistematicidad en el registro de este seguimiento, lo cual se observa en la falta de documentación asociada a estas sesiones. En este punto, puede rescatarse la sistematicidad de la estructura como factor de éxito de las mismas: exposición, retroalimentación, y discusión conjunta. Así mismo, resalta el carácter itinerante de las mismas, lo que propició una mayor vinculación con los territorios en que se desarrollaban los proyectos.

*"Recuerdo una fuerte impresión en esas sesiones de seguimiento, por el cual fuimos conociendo los distintos escenarios donde se iban desarrollando los proyectos. Era un invierno crudo, o al menos así se sentía en Puente Alto, pero a pesar de la precariedad estructural (sedes sociales con escasa calefacción y mobiliario rudimentario), el ambiente siempre se sentía cálido, de encuentro, reunión y convivencia. Conservo una memoria especial de la sesión en la ruka. No sé si fue ahí que Marjorie y Luisa nos contaron que habían realizado una sesión del proyecto RMM en esa misma ruka, o si al estar*



*abí pude situar en ese espacio el relato. Recuerdo que era una mañana muy helada, y había un fueguito ardiendo y la sensación de estar en un ambiente con un carácter particularmente especial, e imaginaba a estas mujeres mapuche, inmersas en los procesos de marginación social y cultural de nuestras urbes y despojadas de espacios de expresión de su identidad, reencontrándose entre ellas y a ellas mismas en la ruka, cerniendo harina, avivando un fuego o amasando masas sureñas. Esta imagen, posiblemente romantizada, me dio otra medida del calibre de los procesos de participación comunitaria.” (Alicia).*

Finalmente, Angélica (de la fundación) considera también que estas instancias permitieron profundizar la reflexión sobre formas más participativas de conducir la ejecución de los proyectos.

### C. Ejecución de los proyectos participativos locales

Se ejecutaron los nueve proyectos comunitarios planteados por las promotoras de salud y los equipos conformados en sus territorios. Con los recursos aportados por el MIDESO y el Fondo Valentín Letelier se financiaron materiales para dichos proyectos y colaciones para las reuniones semanales de los equipos. A continuación, se detallan los nueve proyectos locales desarrollados:

	<b>Nombre del proyecto</b>	<b>Lugar donde funciona</b>	<b>Sector de la comuna</b>	<b>Objetivo</b>
<b>1</b>	“Dueñas de casa en acción”	Jardín Infantil Coloane	Bajos de Mena	Recuperar la confianza y comunicación entre vecinos y apoderados a través de un huerto participativo
<b>2</b>	“Por un lugar limpio y sano, San Miguel levanta la mano”	Sede vecinal del sector 2 de Villa San Miguel	Bajos de Mena	Disminuir y/o eliminar basura y microbasurales en la Villa San Miguel

3	“El rincón de la mujer mapuche”	Jardín Infantil Coloane y Ruka Mapuche	Bajos de Mena	Recuperación de la cultura e identidad a través de la enseñanza colectiva de saberes ancestrales
4	“Taller de yeso y madera para adultos mayores en Bajos de Mena”	Sedes clubes de A.M. Villa Chiloé y Pedro Lira	Bajos de Mena	Mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en los clubes: Villa Chiloé y Villa Pedro Lira, durante el 2018
5	“Despertando solidaridad”	Villa San Guillermo II	Bajos de Mena	Mejorar la calidad de vida de los vecinos adultos mayores y la participación de la Villa San Guillermo
6	“Operación escoba”	Villa Juanita	Bajos de Mena	Mejorar la limpieza de los espacios comunes de Villa Juanita, a través de jornadas participativas de limpieza e instalación de basureros
7	“Capacitación a dirigentes sociales del sector 5 de Puente Alto”	JJ.VV. Los Prados, Avda. México con el Peñón	Sector 5 Puente Alto	Mejorar la capacidad de los dirigentes vecinales para representar a sus vecinos
8	Prevención de violencia contra adultos mayores	Sede Fundación Puente Alto Puede Más	Bajos de Mena y otros sectores	Prevenir la violencia ejercida contra los adultos mayores
9	Club de adulto mayor Necedal	Sede Necedal	Población/Villa Necedal	Concluye el trabajo con el club de adulto mayor Necedal

*Tabla 5: Listado de proyectos participativos desarrollados por las promotoras de salud*





Foto 1: Primeras reuniones de convocatoria para participar del RMM, en Jardín Francisco Coloane II



Foto 2: Sesión de reflexión y construcción de "Árbol del problema" en casa de una de las lamngen

## **Experiencia: Agrupación Rincón de la Mujer Mapuche (RMM)**

En esta sección, las promotoras de salud pertenecientes a la asociación Mapuche Newen Wakolda reflexionan, en primera persona, sobre el surgimiento de su organización y sus objetivos, para luego revisar la formación del RMM. Posteriormente, las participantes de la experiencia reflexionan sobre los efectos que tuvo este proyecto en su vida. Finalmente, las voces de todos los actores convergen para evaluar la experiencia y proyectar el trabajo.

El nacimiento de la asociación Mapuche Newen Wakolda y su rol transformador. Hablar del pueblo mapuche es hablar de un pueblo históricamente marginado y expuesto a una exclusión social, económica y política sostenida y negada, un pueblo al que se le han objetado todos sus derechos a través de un exilio forzoso de su tierra/territorio. Así, ha tenido que aprender a vivir entre dos mundos: el original y el impuesto. Esto ha traído como consecuencia el desarraigo, la pérdida de la identidad y la negación del origen. El racismo al que ha estado expuesta la población mapuche, ya sea en la ciudad o en el campo, cruza y está presente a lo largo de nuestra/su vida, en donde el colonizador se ha encargado de que todo lo indígena sea valorado como negativo e inferior. El empobrecimiento al que hemos estado sometidos como pueblo nos ha llevado a situarnos en los sectores más vulnerables y marginales de las ciudades; donde hemos tenido que enfrentar la violencia permanente de las instituciones y las personas; donde ser mapuche es estar expuesta/o a la discriminación, al abuso y a malos tratos de todo un engranaje de violencias; y donde, para poder sobrevivir, hay que negar la identidad y la cultura, desde la vestimenta hasta el idioma, en fin, adormecer y ocultar las costumbres culturales, familiares y colectivas. Y es así como el silencio ha sido la mejor arma de defensa y se ha transformado en la vía de escape para tanto atropello.



En este contexto, se necesita propiciar el reencuentro con la cultura, reconciliarse con lo que somos y volver a hacer comunidad. Razón por la cual es que nacen las organizaciones mapuche en las ciudades, para hacerle frente al racismo y poder fortalecer la identidad y autoestima de adultos, adultas, niños y niñas mapuche, que necesitan de esta trinchera para poder sobrevivir. Y este es el contexto inhóspito donde las mujeres mapuche juegan un rol protagónico, ya que somos nosotras las que llevamos a cabo esta importante tarea, asumiendo un papel fundamental en la articulación y en las dirigencias comunitarias, pese a que siempre hemos sido invisibilizadas a lo largo de la historia *wingka*<sup>7</sup> y de la historia mapuche que se ha ido levantando estos últimos años. El aporte y el trabajo (invisibilizado) de las mujeres mapuche es lo que ha permitido mantener viva la cultura mapuche, y esta resistencia nos ha fortalecido para poder desafiar a todo un sistema que nos oprime.

Así, nosotras ya contábamos con una trayectoria de trabajo territorial, principalmente con mujeres mapuche que habitan distintas partes de la comuna de Puente Alto, con quienes nos reuníamos de manera voluntaria y con el solo objetivo de compartir. La organización de mujer mapuche Newen Wakolda funciona al alero de la *ruka*<sup>8</sup> del Hospital Sótero del Río hace aproximadamente 7 años; desde el 2014 nos legalizamos. Veníamos de antes trabajando la idea de revitalizar y rescatar la cultura mapuche a través de talleres de telar, lengua y orfebrería, pero también como un aporte a la salud mental de nuestra gente, que se ha visto sumamente afectada transgeneracionalmente. La conformación institucional se pensó para permanecer en el espacio y poder generar otras

---

<sup>7</sup> *Wingka* o *winka* vocablo usado para las personas no mapuche.

<sup>8</sup> En mapuzungun “casa, edificio”. La *ruka* es un espacio físico, construido en los terrenos del Hospital Sótero del Río de Puente Alto, que posee la estructura tradicional de una *ruka* mapuche y es usada para realizar diversas actividades y capacitaciones.

instancias de comunidad, en donde poder enseñar y aprender, pero también, en donde nos sintiéramos en familia, al fin acogidos/as y entre hermanos y hermanas, sin ser juzgadas ni disminuidas.

Una de nosotras ya tenía una relación con la Fundación PAPM y conocía el trabajo que desarrollaban, y así ambas nos incorporamos a la capacitación del proyecto de Formación de Promotoras de Salud, desde el cual, posteriormente, se dará gestación al proyecto “El Rincón de la Mujer Mapuche”, en conjunto con mujeres mapuche no organizadas que habitan en el sector Bajos de Mena.

Repasando los contenidos de la capacitación que realizamos, el más relevante y útil fue el árbol de problemas, para saber encontrar los problemas que se querían resolver, ya que eso llamaba a la reflexión y a buscar efectivamente cuáles eran las condicionantes que provocaban el problema que queríamos resolver. Una puede verlo muy sencillo, pero hay que hacer una investigación, indagar para llegar a la profundidad y saber las posibles soluciones.

¿Cómo se formó el Rincón de la Mujer Mapuche?

Finalizada la etapa de formación, debíamos conformar un equipo de trabajo -o segundo círculo de participación- con el que desarrollar un proyecto de promoción, para influir en un tercer círculo o comunidad del territorio de acción. Debido a que no vivíamos en el sector de Bajos de Mena, debíamos buscar una forma de incorporar participantes que sí residieran en ese sector. Para ello, realizamos distintas gestiones en el territorio para generar alianzas. Una actividad fue crucial para poder captar a las participantes: nos ubicamos afuera del Centro de Salud del sector con una mesa y una bandera mapuche. Estábamos ahí con un toldo, una bandera gigante y la gente, mucha gente no mapuche también, preguntaba "¿Qué beneficio es este? ¿Qué voy a obtener de este taller? ¿Qué me van a dar?". Nosotras respondíamos que no les íbamos a dar nada, que si querían





Foto 3: Lamngen expone su investigación sobre mujeres mapuche al resto del grupo.

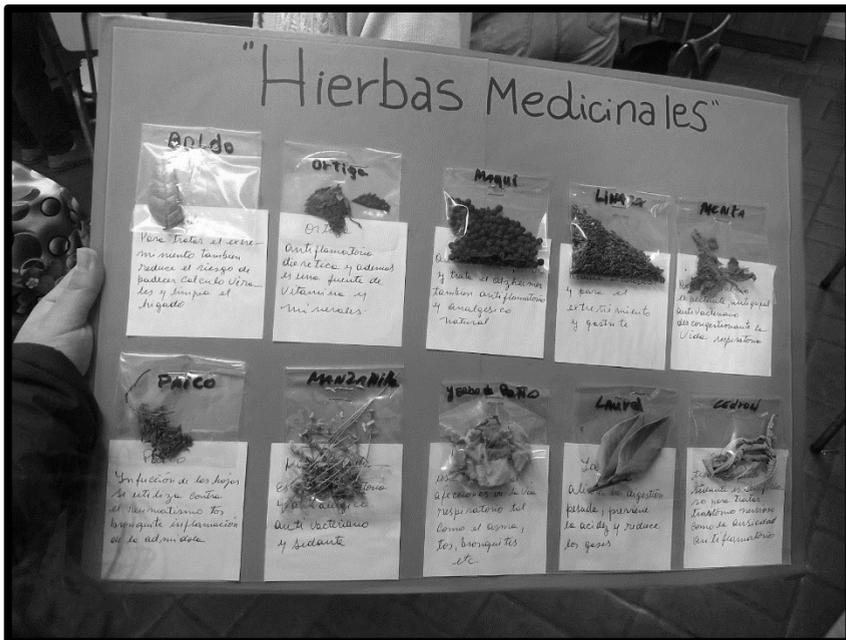


Foto 4: Herbolario confeccionado por una de las lamngen.

participar bien, pero nosotras no les podíamos ofrecer nada, si no teníamos nada. Esto da cuenta de la lógica asistencialista instalada en la población de este territorio, un sector que está sobre intervenido por instituciones estatales y ONGs.

Ya reunidas, comenzamos un proceso de conocimiento mutuo para poder acordar un problema que incidiera en la calidad de vida. Esta actividad también estuvo marcada por las experiencias previas en proyectos sociales asistenciales y jerárquicos. Fue difícil que las mujeres dijeran lo que necesitaban, lo que querían. Porque cuando uno hace consultas o pide opiniones, generalmente la gente no está acostumbrada a entregar su opinión, sintiendo que no tiene validez y no es pertinente, particularmente la mujer mapuche, que dada la violencia y discriminación sufrida a lo largo de su vida, tiende a guardar silencio y a no compartir lo que piensa.

El racismo y la discriminación nos cruza a todas las mujeres mapuche, incluyendo a las mujeres que no tienen origen directo mapuche. Si son casadas con mapuche y tienen hijos mapuche, a sus hijos los discriminan, y al discriminar a sus hijos, a ellas también las ofenden. La discriminación por ser mapuche es un tema trasversal que nos cruza a todas, no solamente a algunas, y fue el problema con el que trabajamos. Al final todo fluyó, una cosa llevó a la otra: si estos son los problemas, ¿Qué hacemos para solucionarlos? Pensando en que éramos nosotras, y lo que hiciéramos debía ser algo en lo que pudiéramos influir nosotras como personas, como grupo, sin solucionar el mundo sino tratando de llevar el problema a nuestra realidad. Esta definición nos orientó en definir el objetivo del Rincón de la Mujer Mapuche: el fortalecimiento de nuestra identidad, recurriendo a nuestros conocimientos, que producto de las experiencias de vida se habían visto desplazados.



Nos reunimos semanalmente, entre los meses de junio y octubre de 2018, en espacios gestionados por nosotras mismas (jardín infantil, vivienda de una participante y *ruka* del hospital). La programación de las actividades fue definida grupalmente con la siguiente metodología de aprendizaje: ¿qué cosas queremos aprender de la cultura, o recuperar? Y paralelo a eso, dijimos, ¿qué cosas las que estamos aquí, en esta reunión, sabemos? Por ejemplo, la comida, que la mayoría sabía; y las hierbas, recuperar el conocimiento de las plantas era importante, y de eso conocían mucho las chiquillas. Entonces, lo primero fue definir que íbamos a hacer tres módulos: uno de hierbas, uno de cultura y uno de comidas. Y al final, se decidió que no, que todo al mismo tiempo, la primera semana cultura, la segunda semana hierbas, la siguiente semana historia, la siguiente comida. Entonces, una vez al mes íbamos a la *ruka* y cocinábamos, entonces ahí decidimos que cada una, cada clase de comida, iba a enseñar algo que sabía cocinar mapuche.

Desde ahí, todo se fue dando más fácil, y si queríamos hacer las sopaipillas, "¡Ah, pero yo sé hacerlas!", y de plantas: "¡Ah, en mi casa tengo un pequeño jardín, y hago esto!", "¡Ah, yo también sé!". Así se fue dando, pensando que recuperar la identidad, fortalecer la identidad, iba a ser mejor para todas.

Pensando si el RMM logró mejorar la calidad de vida de las mujeres mapuche, creemos que sí, de todas maneras y por lejos. Fue importante relevar el conocimiento ancestral que tienen las mujeres, que no se valora y que es necesario rescatar, un conocimiento que se ha ido transmitiendo y que es importante que no se pierda. Nosotras aprendimos eso de ellas.

La experiencia del Rincón de la Mujer Mapuche desde las participantes

A su vez, las participantes conocen el Rincón de la Mujer Mapuche de diversas maneras. Varias de ellas remiten a la instancia a la entrada del Centro de Salud,

pero hubo otros caminos posibles: una se encuentra con Luisa en la plaza, "me dijo: 'ya, te vienes conmigo, vamos a tener este y este proyecto'. Y ahí empezamos" (lamngen<sup>9</sup>).

Una participante es animada por otra mujer mapuche, que entabló vínculo con ella expresamente para invitarla, señalando que la "mamá del amigo de mi hijo vino acá a decirme que si acaso podía ir para allá. [...] Me convenció y me gustó" (lamngen).

Una vez iniciado el proceso, en las primeras reuniones se aclararon las expectativas:

*"Para mí, era la primera vez que participaba en algo así. No sabía bien a qué iba. Lo aclararon en el primer día. Porque hubo gente que pensó que le iban a dar dinero, o cosas así, y les dijeron que no. Dijeron que iban a dar las bases, iban a ayudar para que uno organizara un proyecto"* (lamngen).

La primera reunión, recuerdan, fue para conocerse, para indagar de dónde eran sus antepasados; muchas de ellas no habían problematizado su identidad mapuche: "Yo era bien racista con mi propia raza. No me agradaba mi raza, pero con los cursos aprendí a amar a mi raza" (lamngen). Las participantes coinciden en el proceso de construcción colectiva de las actividades realizadas:

*"en la primera reunión [...] planteamos ideas: qué nos gustaría, qué nos gustaría conocer más del mapuche. A mí lo que me gusta es la gastronomía [...]. Después de eso, empezamos a trabajar, cada una en su conocimiento, de las demás lamngen que había, eso, el idioma también, aprender palabras [...]. Ahí cada una de mis lamngen dan sus ideas, de parte de la alimentación, de la preparación y todo eso. Así es que, en cada sesión, hacíamos una y otra cosa. Hicimos hasta mote, logramos reunir el material, hasta la ceniza, y hacerlo. Y comimos mote ese día, quedó espectacular, como*

---

<sup>9</sup> Los testimonios de las participantes del Rincón de la Mujer Mapuche han sido anonimizados para todas con la expresión *lamngen* (hermana en mapuzungun).





Foto 5: Preparación de milcao, enseñado por una de las lamngen.



Foto 6: Secado de milcaos después de ser fritos.

*se hace el mote en el sur, pisado con el pie y todo ese cuento. ¡Fue fantástico! Era como estar en el sur” (lamngen).*

Entre esta diversidad de actividades, una mujer recuerda el trabajo sobre hierbas medicinales: *“Esa también me gustó harto, porque yo tengo una pequeña huerta en la casa donde hice lo mismo. Tenía poquitas hierbas y ahora tengo más, cultivo más hierbas. Recuerdo una carpeta que tuvimos que hacer con hierbas, anotando de qué es lo que eran y para qué servían. Todas medicinales.” (lamngen).* También se valora el trabajo textil: *“hicimos kvpam<sup>10</sup>, chamal parece que le llaman. Hicimos una faja en telar, yo terminé aquí pero no pude terminarlo bien. Como nunca aprendí en el sur... Mi mamá no me enseñó. Abí lo tengo [...]. Pero ahora aprendí un poco [de tejido a telar] cuando fui a la ruka” (lamngen).* Otra mujer recuerda el taller de mapuzungun y cómo éste generó un impacto radical en su núcleo familiar:

*“En ese participamos la familia. Íbamos mi esposo, yo y mi hijo; participábamos igual abí. Tenía que participar un apoderado y el hijo, pero mi esposo igual se integró, iba como oyente. Para mí fue lindo, eso fue lindo, porque mi esposo como que rescató todo eso de sus raíces, a él le gustó, después tuvimos la idea de venirnos para acá [al sur de Chile] y la idea salió de eso; yo creo que de todo lo que aprendimos abí, de todo eso, a él también le incentivó el venirse para acá, el rescatar lo que es su tierra, sus raíces, querer aprender mapuzungun de su gente, y de todo eso.” (lamngen)*

Según los intereses de cada participante, se identifican las actividades más significativas: recuperación de la gastronomía, herbolaria, tejido, la historia y el idioma mapuche. Hay elementos transversales al proceso del RMM que deben ser mencionados. En primer lugar podemos mencionar la *ruka*, uno de los lugares de reunión, *“es que es algo, no sé, como que nos llamaba la ruka [...] Si nos citaban*

---

<sup>10</sup> En mapuzungun: kvpam es parte de la vestimenta tradicional que consiste en un rectángulo de tela que rodea el cuerpo y se entrecruza por sobre los hombros.



*a las ocho, diez para las ocho yo estaba en la ruka esperando que la abrieran"* (lamngen). Otra mujer destaca aspectos formales que condicionan el contenido: *"era interesante, y además que donde nos reuníamos eran puras mujeres mapuche, hablábamos libremente. Eso era muy interesante. Y [es] una buena experiencia también que tuvimos nosotras, porque nunca nos imaginamos que acá íbamos a llegar a reunirnos y a conocernos"* (lamngen). En una línea similar, otra mujer comenta que con el RMM *"tenía un día a la semana que yo salía de la casa, no estaba todos los días esclavizada en la casa. Yo salía ese día. Era mi día, que yo lo esperaba con ansias de llegar y salir, salir, salir. Y encontrarme con mis compañeras, con mis lamngen, a pasarlo bien, a conversar, reírnos, aunque sea de un mal chiste, pero nos reímos igual, lo pasábamos bien, las tres, cuatro horas que lo pasábamos juntas"* (lamngen). La importancia de realizar este proyecto con mujeres mapuche es hacernos cargo de la desigualdad que hemos vivido, no sólo desde la institucionalidad, sino que también desde las mismas orgánicas mapuche que recién hoy se/nos estamos cuestionando estas prácticas, que muchas veces, no tienen que ver con la cultura mapuche.

El compartir, desde la memoria familiar, conocimientos sobre *lawen*<sup>11</sup> nos recuerda la importancia y necesidad de generar acciones en salud enfocadas en la valoración del conocimiento ancestral de los pueblos originarios. En primera instancia, se vuelve esencial el reconocimiento por parte del Estado y la puesta en valor de los conocimientos tradicionales en salud de los pueblos originarios. Los agentes de salud no deberían pasar por una institución educacional ni estatal, bastando con ser validados por su comunidad como Machi o *lawentuchefe*<sup>12</sup>, entre otros.

---

<sup>11</sup> En mapuzungun: Hierba o planta utilizada como remedio, idealmente recomendado por un/a *lawentuchefe* o machi.

<sup>12</sup> En mapuzungun: persona que sabe y conoce de *lawen* o plantas medicinales.

Por otro lado, el Estado debería fomentar el respeto, la práctica y la utilización de medicina Mapuche (e indígena en general) para la prevención y tratamiento de enfermedades a través de *laven* -y no solo visualizarla como un método alternativo en salud-. Es esencial capacitar al personal que se desempeña en los hospitales y CESFAM, generando protocolos en salud indígena y fortaleciendo la figura de los y las facilitadoras interculturales.

En esta contingencia, podemos evidenciar una vez más la falta de reconocimiento de las particularidades de la población indígena, ya que se debió haber generado un registro diferenciado para pueblos originarios de casos sintomáticos, asintomáticos y muertes por COVID-19. Así, se podría haber entregado información relevante al área de salud sobre cómo se manifiesta el virus en esta población específica.



Foto 7: El grupo realiza tortilla de rescoldo en el fogón de la *nika*.



Foto 8: Limpia de trigo para preparación de *muday*

## Fin del proyecto: Evaluación y actividades posteriores

Una vez finalizado el proyecto, las mujeres participantes del Rincón de la Mujer Mapuche continuaron su participación y vinculación. Luisa y Marjorie, desde Newen Wakolda, las convocaron a nuevas instancias de reunión en las que participaron algunas de ellas: *“Sí, cómo se llama... el empoderamiento de la mujer, y todo eso, se desarrolló en la ruka igual. Sí, de PRODEMU<sup>13</sup>. Como estábamos en la ruka, era como obvio que Luisa nos habló del proyecto. Nos enteramos y nos invitó”* (lamngen). Otro taller desarrollado fue el de lengua Mapuche: *“En el [taller] de mapuzungun que estaban haciendo acá en la ruka, en ese participamos la familia: íbamos mi esposo, yo y mi hijo, participábamos igual ahí”* (lamngen).

También se desarrolló un taller de huertos en el que algunas participaron: *“Ellas nos invitaron a ver como se hacía el huerto, hicieron una charla, fueron a una sede donde se consiguieron el terreno para hacer el huerto y ahí, en vivo, tuvimos que picar la tierra, cernir la tierra, hacer la cama para poner abono, preparar la tierra, nos enseñaron todo (...). Nos pasaron folletos y todo eso lo tengo guardado”* (lamngen). En la misma línea otra participante agrega que *“ahora viene un taller de huerto para espacio reducido”* (lamngen), al cual le invitaron y donde pretende participar porque tiene un huerto en botellas de plástico, debido al reducido espacio en su vivienda.

Además, al poco tiempo de terminar el proyecto, las participantes del Rincón solicitaron a la Fundación Puente Alto Puede Más la realización de un taller de computación<sup>14</sup>, que fue desarrollado en la sede de la Fundación. Una participante cuenta que *“Todas, todas mirábamos un computador y le teníamos miedo, como que nos iba*

---

<sup>13</sup> Taller de Apoyo a la Dinámica Familiar (ADF) donde se trabajan temas como: mejoramiento de las relaciones dentro del hogar, la corresponsabilidad familiar, la escucha activa, la comunicación. PRODEMU es la Fundación de Promoción y Desarrollo de la Mujer.

<sup>14</sup> Fue un aprendizaje que tuvo repercusiones positivas, ya que les permitió comunicarse de forma “digital” en tiempos de confinamiento por la pandemia.

*a morder a nosotras. Y tomamos conciencia de que no po', que uno apreta una tecla y sale el mundo entero. [Aprendimos] a manejar las redes sociales, a comunicarnos entre nosotras, porque igual seguimos comunicadas, y eso es lo más lindo"* (lamngen). La profesional de la Fundación que acompañó éste y los otros proyectos, Alejandra Peña, destaca que fue el único grupo que se mantuvo unido en el contexto del confinamiento por la pandemia<sup>15</sup>. Agrega que ellas organizaron ayudas de alimentos para las compañeras que tuvieran necesidad, ya que *"la mujer mapuche no va a ir a la olla común"*.

Marjorie agrega otras actividades en las que algunas de las mujeres participaron tras la finalización de la experiencia: *"algunas de ellas, la Liliana, la Sandra, iban a las reuniones de la organización, a veces iban a vender a la feria de la entrada del Sótero, (...) hicimos reforzamiento escolar y también llevaron a sus hijos e hijas. Los hijos de la Zulema, la Katy, su hija mayor -y llevaba al Benja y a la Sofí-, participaron también en el taller de lengua, de reforzamiento escolar. También hicimos un mural dentro del hospital, y también participaron los niños y las niñas de ese trabajo. Ese proyecto lo ganamos a través del INJUV. Trabajamos sobre cultura mapuche; bosquejo, entre todos construimos un dibujo. Y luego lo hicimos un mural, que está dentro del hospital. También hicimos un torneo de Palín, nos apoyaron ahí Sandra y Liliana, particularmente en la gestión, en la organización."*

Las participantes de la agrupación, al hacer un balance de la experiencia, valoran las redes que se crearon en el contexto del Rincón de la Mujer Mapuche, en al menos dos sentidos. Por una parte, se estableció una red de mujeres en torno a la identidad mapuche, lazos que antes se desconocían: *"yo, por lo menos, no tenía contacto con ninguna mujer mapuche, y además no conocía que había muchas mujeres mapuche, sobre todo acá en Bajos de Mena. [...] Fue una experiencia muy linda, yo creo que para las*

---

<sup>15</sup> La afirmación se basa en los grupos de WhatsApp de los distintos proyectos de promotoras de salud al que la entrevistada tiene acceso.

*demás chiquillas también.” (lamngen). Pero, además, la red actúa como una herramienta que permite hacer frente a la fragmentación de la vida urbana. “Para mí fue muy importante, muy lindo, muy acogedor. Conocí gente bonita, gente de la tierra, de corazón, porque una en Santiago se aísla en su metro cuadrado y no comparte con nadie, sabiendo que hay gente que se puede conversar, se puede compartir, y de mente sana, de corazón tan limpio. Abí también compartimos nuestras experiencias, nuestras vivencias. Nos apoyamos unas con otras, porque igual todas tenemos problemas de repente, y para fortalecernos, también imponer una disciplina, pero con cariño, que eso cuesta en estos tiempos.” (lamngen). La formación y el fortalecimiento de la red también son destacados por Marjorie, abordando otros aspectos de su importancia: “Igual, las chiquillas formaron otras redes, que les permitió en algún momento tener dinero, porque la autonomía económica es un factor importante para la autonomía de la mujer. Tener redes con el consultorio, en el que todas vivían (no son vecinas cercanas, pero todas viven en el sector), sentir que no están solas. (...) Y el tener una red, siento yo que como te une algo más allá que vivir cerca, que ser vecinas, te une algo más profundo, que es ser mapuche. Eso, ligado a todas las discriminaciones que puedes haber vivido, tener esa historia común, las hace sentirse más acompañadas.”*

Tal como comentábamos anteriormente, esta nueva red, creada en el contexto del Rincón de la Mujer Mapuche, perdura en la actualidad tanto de forma presencial como virtual (WhatsApp y Facebook), ya sea porque algunas integrantes han retornado al sur del país o por los desafíos impuestos por la pandemia; *“hasta el día de hoy, converso con la gente que compartí todo eso. Tengo contacto con ellas” (lamngen).*

Las mujeres mapuche reconocen la influencia directa de la experiencia en el mejoramiento de su percepción de bienestar, aludiendo con frecuencia a la intimidad y amenidad del espacio, al divertirse, “pasarle bien”, como un objetivo implícito en el hecho de juntarse, *“contenta, lo pasábamos bien... ¡de repente nos reíamos*





Foto 9: Preparación de tortilla de rescoldo

harto!". También expresan una valoración distinta de los propios procesos de salud-enfermedad-atención, en los que se potenciaron los recursos de auto-atención: "Ahora tomo menos pastillas" (lamngen). "Antes pasaba un poco más enferma, pero tomando ese remedio [mapuche]...Antes, a mí me dolía el estómago y lo único que tomaba era menta y manzanilla, y después empecé a tomar esto y me siento bien... y antes no era así [...]. Tomo más remedios mapuche [...], tengo más fe en el remedio mapuche [...]. Antes yo no sabía nada." (lamngen).

Las mujeres, finalmente, identifican en la experiencia del Rincón de la Mujer Mapuche un proceso de autoconciencia, guiado por Luisa y Marjorie, que las lleva a reconfigurar su identidad individual y colectiva. En el plano individual, este cambio se inicia con una mejora de la autoestima, el cual impacta en la autoconfianza, la autonomía y las relaciones personales. Como explica una de ellas:

*"Me enseñaron a valorarme, que no me dejara pasar a llevar. Eso fue lo más importante. Todas las que íbamos ahí, íbamos con muy baja estima. Éramos como pollos, y ellas, la Luisa y la Marjorie, ahí nos enseñaban que nosotras teníamos que saber hacernos valorar como personas. Muy importante lo que nos enseñaron [...]. Empecé a trabajar, a cuidar niños, y a juntar mi poca plata, y [para] que nadie pase a llevar a nadie, para tener mi independencia, no andar pidiendo plata. Cuando uno se gana sus monedas solas, ¡uh, es una satisfacción...! [...] Tenemos otra perspectiva de la vida... Ya no somos las que tenemos que andar 'a lo que dice el marido', que nos pegue un grito y nosotros corramos. Ahora no. Yo, por lo menos, ahora me sé valorar. Antes todos me pasaban a llevar, ahora no [...]. Yo me siento orgullosa de mí misma, lo que nunca sentí, pero ahora sí me siento orgullosa."* (lamngen).

Este proceso de autoconciencia, iniciado como ruta individual, también impacta en el plano colectivo con respecto a la identidad mapuche. Como afirma una



mujer participante, en el proyecto aprendió a “*tener más personalidad. A defenderme más, porque yo era como un pollito, a mí me humillaban y me quedaba callada, pero ahora no. Ahora, lo que uno tiene que tratar de ser como persona, [es] desarrollar la personalidad. Eso es lo que a mí me gustó del Rincón de la Mujer Mapuche, lo que nos enseñaban a nosotras es que una no puede dejarse pasar a buscar [pasar a llevar] como lo hacía antes. Los mapuche, éramos mapuche, indio, todo. Pero, de abí, nosotras aprendimos que eso no se puede dejar, que la pasen a buscar a una así. Eso me gustó. A las chiquillas les gustó el cómo poderse defenderse si nos tratan mal.*” (lamngen). Esta reconfiguración de la identidad mapuche es compartida por varias mujeres. Otra participante valora el hecho que “*antes uno siempre pensaba que a uno siempre lo iban a andar indicando con el dedo, que esa es una mapuche, y yo ahora no veo esa parte así. [...] Porque yo ya no [me] avergüenzo de ser mapuche, de dar mi apellido*” (lamngen). A propósito de este proceso, Luisa destaca como el desarrollo de la experiencia permitió “*relevar el conocimiento que tienen las mujeres y que no se valora, y que es necesario rescatar. Hay un conocimiento ancestral, un conocimiento que se ha ido transmitiendo y que es importante que no se pierda.*”

Al respecto, Marjorie también destaca como repercusión de la experiencia el fortalecimiento de la identidad individual de las participantes y la proyección hacia sus familias: “*Las chiquillas igual, viven su mapuchidad sin... no se restringen tanto. Pero digamos que, si bien las chiquillas eran el foco, a través de ellas pudimos fortalecer a sus hijos e hijas. Y eso, para mí, es algo que no estaba pronosticado, que en verdad me hace feliz. Ver al Martín, que ahora no se avergüenza, que le da orgullo andar con su trarilongko<sup>16</sup> donde sea, eso a mí me... Todo el camino que recorrimos, todo el trabajo con la Sandra, eso repercutió en el Martín, o en la Sofí, que en el colegio le dicen..., y ella, ‘sí, soy mapuche y, ¿cuál es el problema?’, siendo que antes a ella le afectaba un montón*”.

---

<sup>16</sup> En mapuzungun "atado a la cabeza", atuendo de lana tejido en telar o joya de orfebrería, qué es usado atado a la cabeza para protección. Es utilizado por hombres y mujeres.

Otra de las participantes relata como este proceso de autoconciencia, comenzado por ella y potenciado por el taller de lengua al que asistía con su familia, les lleva a tomar una importante decisión: “(...) *para mí fue lindo, eso fue lindo [taller de mapuzungun], porque mi esposo como que rescató todo eso de sus raíces, a él le gustó. Después, tuvimos la idea de venirnos para acá [Loncoche<sup>17</sup>, territorio ancestral mapuche IX región], y la idea salió de eso. Yo creo que de todo lo que aprendimos ahí, de todo eso, a él también le incentivó el venirse para acá, el rescatar lo que es su tierra, sus raíces, querer aprender mapuzungun, de su gente y de todo eso... Y mi hijo, él era el más entusiasta... Para mí fue una experiencia muy buena y reconfortante, para mí y mi familia” (Iamngen).*

#### Efectos en la calidad de vida

Uno de los objetivos de este proyecto era mejorar la calidad de las participantes y de sus comunidades. En opinión de Soledad Barría (Coordinadora del Proyecto) para la experiencia del Rincón de la Mujer Mapuche y sus promotoras, “*salud y calidad de vida, tienen mucho que ver con la cosmovisión mapuche. Es muy similar, muy coherente con el buen vivir, no hace más que reafirmar una cosa que ellas tenían*”. Por eso, cree que las herramientas que el curso les proporcionó, enriquecidas con las estrategias participativas, les permitieron un acercamiento al tema de la salud desde su misma cosmovisión. En esta misma línea argumental, Luisa opina sobre el efecto en la calidad de vida de las participantes, ya que “*hay algunas mujeres que estaban muy mal emocionalmente, y sí, claro que les hizo sentido. [...] Es un fortalecimiento, ellas saben que estaba [el conocimiento], pero no saben que es importante, que es bueno, hasta que saben que sí.*”

---

<sup>17</sup> En mapuzungun "cabeza de hombre importante". Longko: Cabeza. En el sentido político-cultural, corresponde al cargo del líder de una comunidad y/u organización territorial.





Foto 10: Compartiendo las investigaciones sobre mujeres mapuche en la historia, invisibilizadas por la Historia



Foto 11: Cierre de proyecto

Con respecto a la motivación de su participación y la repercusión en la calidad de vida de las participantes, Alicia Arias-Schreiber plantea que *“es simbólico que en la presentación final del proyecto haya sido una de las participantes, y no una de las promotoras, la que haya hablado [presentado]. Y más aún cuando era una participante sin facilidades de comunicación, que ganó seguridad a lo largo de las sesiones”*. La autoconfianza desarrollada en el seno del grupo, planteada por las participantes, coincide con la opinión de otra miembro del equipo: *“Cualquiera de ellas puede hablar del proyecto como propio. (...) Las hicieron sentirse orgullosas de lo que habían escondido toda su vida.”* (lamngen).

#### Contrato mensual

Consideramos importante destacar las opiniones con respecto al contrato y pago mensual<sup>18</sup> que recibieron las promotoras de salud por liderar las experiencias en Bajos de Mena. Desde el diseño del proyecto, se pensó en incluir el pago a las promotoras, ya que en los meses en que desarrollaran las experiencias ocuparían al menos un cuarto del tiempo semanal, y que incurrirían en gastos de movilización. Así lo expresa Soledad: *“Yo creo que fue importante. Le dimos mucha vuelta... aquí se entrecruzan las ganas de que las cosas se hagan por solidaridad, altruismo, etc., con la pregunta de porqué tienen que ser siempre las mujeres las que trabajan gratis -que es otra vertiente, feminista, que tenemos en la fundación-. ¡Que no puede ser! Porque uno les está pidiendo que destinen tiempo, seriedad, horario.”*

La coordinadora piensa que el pago por realizar trabajo comunitario es un tema que no está zanjado, y que en la discusión hay argumentos plausibles desde las distintas posiciones. Alicia plantea que, al inicio, la medida le generaba

---

<sup>18</sup> Las promotoras recibieron, entre mayo y noviembre, \$100.000 mensuales por el trabajo desempeñado en la experiencia, a través de un contrato a honorarios. Este pago es equivalente a US\$135,23 al 13 enero de 2020 y corresponde a 30,62% del sueldo mínimo legal para personas entre 18 y 65 años vigente desde septiembre de 2020, a 36,23% del sueldo mínimo vigente desde el 01 de enero de 2018 y 34,7%, al ajuste del 01 de septiembre de 2018.



preocupación por la posible “profesionalización” de las promotoras, pero que finalmente el resultado fue positivo, ya que *“hubo proyectos buenos porque las promotoras pudieron dedicarles tiempo”*. Destaca que hay otras condiciones que influyen en el éxito de las experiencias -tales como la estructura que puso a disposición la Fundación Puente Alto Puede Más para el acompañamiento, o el contar con un financiamiento que viabilizara la realización de las iniciativas en los grupos-, pero no quita mérito a los ingresos, porque valora la función que cumplen *“de reconocer, de validar, de valorar el trabajo femenino y comunitario. En ese aspecto, ejerce un efecto simbólico, no solo del compromiso, sino que también de valorar, en contraposición a la no valorización del trabajo invisibilizado.”* Así también lo expresa Luisa, ya que *“es importante que haya un pago, aunque sea simbólico, pero que haya. Porque es un trabajo, y si uno habla de la importancia del trabajo, de dignificar el trabajo, tiene que ser reconocido como eso.”*

Aportando argumentación a favor, la docente Karen Arancibia considera que el pago a las promotoras *“es un mecanismo de equidad, de poner a disposición ese tiempo sin que tengan que generar ingresos para las familias”*, sobre todo si pensamos en el contexto social y territorial en que se desarrolla este proyecto. Al respecto, profundiza Angélica Hernández: *“Entonces, si reciben algo, igual es para el trabajo social. No es para comprarte una crema, un champú, un par de aros, sino que es para lograr tener una solvencia económica que te permita no hacer recortes, de comprar una presa menos de pollo para poder hacer un trabajo social”*, haciendo alusión a que muchas de las dirigentes sociales no cuentan con una remuneración y terminan *“haciendo recortes de lo que tu marido te da para comprar, para hacer un trabajo social.”*

En el caso de las promotoras del Rincón de la Mujer Mapuche, Karen opina que lo hubieran realizado independientemente de la remuneración, por su historia de participación, y porque entienden la implicancia de la inversión de tiempo

destinada al trabajo comunitario. De igual forma, Liliana Barría destaca que el pago mensual fue positivo, ya que *“ellas ocuparon bastante tiempo, bastantes horas de su semana en este trabajo, y yo creo que era razonable. De hecho, solamente la movilización ya les llevaba bastante, porque venir de Bajos de Mena o de otros lados, tienen que tomar el metro, además un colectivo, de ida, de vuelta, todo eso ayuda para que ellas se puedan mover, porque si no estás pidiendo un sacrificio a esa familia”*. En la misma línea, la asesora de la Fundación -que acompañó esta experiencia- lo considera un reconocimiento más que un pago, pensando que en este caso no jugó un rol importante, ya que no determinó la participación en el proyecto. Pero cree que sí resulta importante a la hora de financiar la movilidad de las promotoras, y como aporte a las acciones desarrolladas en la experiencia.

Al respecto, Luisa opina que quienes participan en organizaciones lo hacen voluntariamente, pero considera que deben ser apoyadas, ya que *“hay un compromiso también de la persona, de dejar -tal vez- cosas de lado por estar ahí, abocada directamente a lo que se está haciendo. Entonces, yo creo que está bien [el pago]. Me parece justo, y necesario también.”* Marjorie confirma que el trabajo comunitario realizado con Luisa no está condicionado por la recepción de un pago: realizan esta labor porque les interesa e importa. Aun así, aclara, *“no quiero decir que esa plata no nos sirviera, porque claramente nos sirve, pero siento que al menos para nosotras, si bien es un aporte y un apoyo (que es necesario y qué bueno que esté), siento que no sé si es un factor determinante, porque nuestro compromiso personal es con esto. Estuviese esa plata o no, igual lo hubiéramos hecho. Pero quizás, si me hubiese salido un trabajo pagado, quizás no hubiese podido dedicarle el tiempo que le dediqué”*.



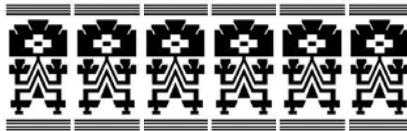


Foto 12: Reunión y almuerzo RMM



Foto 13: Ruka ñi mongen

## Reflexiones de fondo



### Pensamientos Finales

La sistematización de experiencia del RMM reafirma la necesidad de participación de las comunidades en todas las etapas de los procesos de intervención. Pone de manifiesto la pertinencia de incluir a las comunidades como protagonistas en la recopilación de saberes; por medio de un ejercicio colectivo de memoria, no sólo cumplen el objetivo de documentar una experiencia y poder difundir a futuro aciertos y desaciertos, sino que además releva el ejercicio como un espacio mismo de autoeducación. Así, se permite romper con las lógicas asistencialistas obsoletas del antiguo trabajo social, que perpetúan el efecto deletéreo de la determinación social en salud de grupos histórica, social y políticamente marginados, al no entregarles herramientas de transformación de su propia realidad.

La reconstrucción de la historia por parte de Luisa, Marjorie y las mujeres participantes del RMM permite evidenciar el impacto positivo de dispositivos

grupales comunitarios en el ámbito de la salud mental individual y colectiva, y evidencia la brecha importante que tiene la institucionalidad en general, y el sector salud en particular, para entregar respuestas sanitarias pertinentes a los problemas de salud de colectivos vulnerados por la xenofobia y los racismos cotidianos e institucionales, como lo es la población mapuche.

Entre los elementos o factores para el éxito de esta experiencia, identificamos el conocimiento profundo de la problemática por parte de las promotoras -en tanto mujeres mapuche- y su capacidad de incorporar las variables de contexto para planificar una experiencia participativa capaz de congregar a mujeres no organizadas en torno a una problemática sentida y acallada, y a una identidad común. Además, la construcción colectiva del método, actividades y cronograma permitió cerrar un ciclo completo de diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación participativa, garantizando la viabilidad y pertinencia de la experiencia.

Las mujeres mapuche participantes de este proyecto creemos que el rol de las mujeres mapuche ha sido fundamental para la existencia de nuestra cultura. Hemos sido quienes han resistido al exterminio, material e inmaterial, y a la asimilación. Como se puede evidenciar de la experiencia del RMM, la mujer mapuche ha sido protagonista principal -y una parte fundamental- de la lucha incansable por la defensa del pueblo-nación mapuche: la infancia robada, la defensa frente a la criminalización, la demanda justa por los derechos territoriales, la preservación de la lengua, la protección del *itrofilmongen*<sup>19</sup>, la medicina espiritual y la soberanía alimentaria, entre otros tantos ámbitos, en donde el trabajo pormenorizado de las mujeres mapuche ha ido haciendo su camino y del que, hoy por hoy, podemos ver frutos poco a poco.

---

<sup>19</sup> En mapuzungun: la naturaleza, la biodiversidad, toda la vida existente.

También podemos ver que para el pueblo mapuche la mujer es un pilar fundamental, desempeñándose muchas veces como la líder espiritual y/o política de su comunidad. Pero que, al mirar su vida en las ciudades, es quien también se ha llevado la peor parte: toda la violencia de la sociedad en su conjunto con la violencia institucional, una violencia racista que por momentos olvida ocultarse. Esto pone a las mujeres mapuche en mayor desventaja, en comparación con el hombre mapuche. En general, las mujeres tienen menos años de estudios formales, lo que se traduce en trabajos feminizados, desvalorizados y precarios. El trabajo doméstico ha sido el mayor campo de desempeño, donde también han sufrido muchísimos tratos humillantes y vejatorios, bajos sueldos, muchas veces casi en estado de esclavitud. Así, se manifiesta aquí el mayor choque cultural, donde se pueden evidenciar por lo menos tres aristas de discriminación intersectadas: por ser mujer, por ser mapuche y por ser pobre.

Este proceso violento de asimilación cultural ha traído consecuencias directas en la salud mental de la población indígena en general, y de la mujer mapuche en particular, ya que un número importante de ellas viven con depresión producto del desarraigo, la violencia y la discriminación que han sufrido a lo largo de su vida. Esto ha generado una estrategia (presuntamente inconsciente) de mimetización con la cultura dominante, para así disminuir -en alguna medida- las opresiones que viven, no solamente desde el patriarcado institucional y generalizado -ese que sufren todas las mujeres que habitan este mundo-, sino que también, el patriarcado originario que ha generado una alianza con la violencia machista traída desde afuera.

Frente a la negación de todos nuestros derechos, creemos que reafirmar y fortalecer la identidad cultural, trabajar la autoestima y reforzar los lazos

comunitarios es necesario y urgente, para aportar a mejorar la calidad de vida de cientos de mujeres mapuche que habitan en las ciudades. Mejorar la autoestima es un factor protector frente a la discriminación y la violencia, al contrario de lo han pretendido imponer las políticas de asimilación, las terapias psicológicas en base a fármacos, y ciertas visiones de una pertinencia cultural que intenta negar y ocultar nuestra identidad (reproduciendo simbólicamente la aceptación de la inferioridad). No podemos olvidar que mucho de ese daño y autorechazo tiene una raíz en la violencia y el racismo, que ha mermado la autoestima y la autoimagen de las mujeres. Este tema, que se ha trabajado muy poco, lo consideramos fundamental a la hora de evaluar la calidad de vida de las mujeres mapuche.

Finalmente, como instituciones de salud, nos parece de suma importancia que amplíemos el propio concepto de salud, recogiendo en alguna medida los saberes que nos entregan los pueblos originarios, buscando formas de relacionarnos en igualdad de condiciones a la hora de evaluar las enfermedades que aquejan la salud de la población indígena. Es de vital importancia que se considere de manera eficaz la variable indígena a la hora de evaluar, por ejemplo, tratamientos en el área psicológica. La perspectiva de la filosofía mapuche, en donde para estar saludable se considera el concepto de *kume mongen* (lo que vendría siendo el buen vivir, el tener una buena vida en más de un aspecto), contrinuye a ir más allá de la ausencia de enfermedad, poniendo en evidencia todos los componentes que influyen en el bienestar de una persona y su comunidad.



## **Interpretación Crítica**

En este apartado abordamos las preguntas y reflexiones que hemos tenido como equipo sistematizador durante su desarrollo. Se han seleccionado cinco temas, que fueron confrontados con planteamientos y formulaciones teóricas, con el fin de entender por qué la experiencia sucedió de la forma en que lo hizo y establecer la(s) lógica(s) subyacentes. Además, cotejamos los hallazgos de esta experiencia con los de otras similares.

### **1. La feminización de la participación y del trabajo comunitario**

Durante la realización del proyecto existió una escasa participación de hombres. De los 27 líderes capacitados/as para este trabajo participativo, sólo 2 fueron varones. Existía un compromiso del proyecto de tener una cuota mínima de hombres, sin embargo, no se alcanzó. No hubo más postulantes varones, pese a que el horario de la capacitación buscó facilitar la participación de personas con trabajos formales (realizándose los viernes de 18 a 21 y los sábados en la mañana).

En el trabajo de base comunitaria que desarrolla la Fundación PAPM, lo más frecuente es la participación de mujeres, ya sean dirigentas de Juntas de Vecinos, de Comités de Adelanto, de clubes de adulto mayor o ciudadanas interesadas en temas de desarrollo comunitario. Esta experiencia vivida es concordante con lo señalado por la División de Organizaciones Sociales que, en el año 2019, afirmó que tres de cada cuatro personas capacitadas son mujeres (División Organizaciones Sociales, 2019).

Sin embargo, la literatura revisada indica que, en términos generales, participan más hombres que mujeres en organizaciones juveniles (Velásquez y Martínez, 2004), sindicales y clubes (Observatorio de Género, 2020).

Consideramos interesante ahondar en esta diferencia con las observaciones generales: en salud y en organizaciones de base comunitaria vemos una participación mayoritaria de mujeres. Como ya señalaban Velásquez y Martínez (2004):

*“Una de las características de la participación de las mujeres ha sido el involucramiento en actividades que están más asociadas a las labores de su hogar o tienden a un carácter de cuidado hacia otros, en contraposición con las características de la participación masculina (Eagly & Crowley, 1986 en Flanagan et al., 1998; Sabatini, 1995; Serrano et al., 1999). En este sentido, desde la década de los 80, Gilligan (1985) ha realizado contribuciones importantes para entender la incidencia del género en la construcción de ciudadanía y la participación social y política a partir de sus estudios de la Teoría del Desarrollo Moral de Kohlberg.”*

Probablemente, la mayor participación femenina se da por la asociación del tema de la salud a los cuidados, ambos asociados a lo femenino en nuestra cultura patriarcal. Ello explicaría el mayor interés femenino en participar en un proyecto ligado a la salud. Por otra parte, este proyecto se promocionó, buscando interesar a eventuales participantes, principalmente a través de los Consejos de Desarrollo Local de Salud, instancias participativas de los centros de salud, donde también la participación es básicamente femenina.

Pese a fijarnos como objetivo que participaran más hombres y realizar cambios estructurales como el horario facilitador, no logramos vencer los prejuicios culturales que asocian salud a lo femenino. En otras palabras, pensamos con anticipación en posibles barreras estructurales como el horario, pero no le dimos suficiente relevancia a lo cultural, especialmente en términos de género.

Otro elemento que probablemente incide en la mayor participación de mujeres es que en este proyecto no se disputaban cargos o intereses de poder, lo que



podría hacerlo poco interesante para los hombres. Como señala Palacios (2008): *“Esto abre un tópico interesante porque para estas mujeres el ‘ser mujer’ o el ‘ser hombre’ define, por ese simple hecho, motivaciones distintas, donde las mujeres privilegian su participación para ‘el bien común’ y los hombres, movidos por intereses personales y de tipo más reivindicativos, se movilizan en torno a lo que ellas tienden a asociar a ‘motivaciones de tipo más político’, o ‘recreativas’, donde el deporte es la actividad más recurrente.”*

Finalmente, algunas dirigentes y participantes del equipo nos preguntamos si la amplia mayoría de mujeres pudo haber sido un aspecto facilitador del trabajo colaborativo, sin disputas de poder, que favoreció el éxito del proyecto.

## **2. Pago - contratación a las labores comunitarias entendidas como trabajo de cuidado a nivel colectivo y comunitario.**

El “Proyecto Promotores de Salud y Calidad de Vida” en el que se enmarca la experiencia “Rincón de la Mujer Mapuche”, incorporó en su diseño el pago de honorarios de \$100.000 mensuales a las y los dirigentes sociales capacitados que se comprometieron a la generación de proyectos participativos y la aplicación de contenidos en sus comunidades. Los montos fueron calculados considerando un aporte aproximado de un cuarto de sueldo mínimo. Cabe destacar que este aporte se entrega además de los recursos destinados a los gastos operacionales propios de estos proyectos, resguardando así la continuidad de esta participación e incentivándola, al evitar que para llevarla a cabo se incurra en gastos personales o familiares.

La discusión sobre los beneficios y desafíos, así como el sentido que entrega esta remuneración, puede abordarse desde distintas perspectivas. El salario como factor de institucionalización posibilita el ejercicio de la práctica comunitaria y su mayor desarrollo, pero, por otro lado, se corre el riesgo que la

profesionalización los/as aleje de la perspectiva de las comunidades, volviéndose dependientes de las lógicas de quien remunera, perdiendo autonomía y condicionando el espectro de prácticas posibles. Por otro lado, existe desconfianza de que estos espacios sean mal utilizados por operadores políticos sin vínculo comunitario y la consecuente manipulación de la participación comunitaria.

El Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil, con fuerte base territorial y comunitaria, consideró en su implementación la figura de *agentes de salud de la comunidad* encargados de dicha articulación, cuya experiencia se va profesionalizando y formalizando, incluyendo el *pago a este tipo de cuidados comunitarios* y que, tras el término de la política pública y financiamiento de ésta, vuelve a poner el foco en el rol de los agentes cuando no hay financiamiento para su trabajo.

En Chile, existen antecedentes de esta discusión en el contexto de la creación de la figura de *agente comunitario de salud* en la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud con Enfoque Familiar y Comunitario (MAIS) en los CECOSF (Centros Comunitarios de Salud Familiar). La propuesta de un salario tensionó su doble rol, por un lado, como trabajadores de los sistemas de salud y extensión de éstos; y como agentes de cambio, que son parte, conocen y defienden a su comunidad (Fundación EPES y DIVAP, 2016).

En Latinoamérica, los trabajos de cuidados -tanto en la esfera familiar como comunitaria- no están reconocidos. Existe una problematización inicial sobre cómo estas labores -generalmente realizadas por mujeres- sostienen la vida cotidiana y permiten el trabajo productivo en las sociedades, sin ahondar en mecanismos para abordar dichas brechas.



En paralelo, se han implementado otros mecanismos de reconocimiento alternativos al salario. En la experiencia del Perú, desde el año 2015, se celebra el 04 de junio como día del /de la agente comunitario en salud, como reconocimiento público de su labor. En Chile, en el año 2007, se implementó un sistema de reconocimiento a las dirigencias vecinales por medio de la cobertura hospitalaria del seguro público de salud FONASA - Fondo Nacional de Salud<sup>20</sup> (La Tercera, 2008). Este beneficio fue suspendido entre los años 2010-2014 (Seymour, 2014) y retomado desde el año 2017. Esta iniciativa fue entendida como *"una manera de agradecer el trabajo voluntario y desinteresado de cientos de hombres y mujeres que sacrifican su tiempo, y muchas veces sus propios recursos, para generar mejores condiciones de vida en sus barrios y comunas."* (La Tercera, 2008).

El reconocimiento del trabajo de cuidados comunitario sigue teniendo desafíos. Algunos argumentan que la participación en este tipo de trabajo debe ser voluntaria y no remunerada; pero esto contrasta con otros espacios de trabajo comunitario que si cuentan hoy con validación social y remuneración -los cargos de concejalías municipales, CORE (Consejo Regional), los dirigencias gremiales y sindicales con fueros remunerados-, y que se identifican como espacios de poder político, de la vida pública, y asociados socioculturalmente a lo masculino. La subvaloración del trabajo comunitario de cuidados es concordante con la feminización de estos espacios, así como de otras labores técnico-profesionales asociadas a lo femenino (educación, salud, limpieza, cuidados de personas con dependencias, secretaría, etc.). En este sentido, el cuestionamiento de la

---

<sup>20</sup> Esto permite la condonación parcial o total de los costos de sus hospitalizaciones en los establecimientos de la red de salud pública para dirigentes en ejercicio en los cargos de presidente/a, secretario/a, tesorero/a, 1° o 2° director/a y que estén inscritos en el registro de dirigentes vecinales de la División de Organizaciones Sociales (DOS) de su respectivo municipio (gobierno local) y que requiere de un trámite personal de entrega de antecedentes por medio de un formulario y documentos que certifiquen el problema de salud por el que requirió hospitalización, siendo el director regional de FONASA quien apruebe o rechace la solicitud en un plazo de 10 días hábiles.

remuneración vendría bajo una óptica de género. Otros antecedentes señalan que los trabajos feminizados tienden a tener sueldos más bajos (incluso menores al sueldo mínimo), a ser más informales (honorarios, estipendios, si es que los tienen) y más precarios, sin beneficios sociales ni previsionales (Instituto Nacional de Estadística, 2015).

El desarrollo teórico del “salario doméstico” aparece de la mano de las luchas feministas de la segunda mitad del siglo XX. Silvia Federici plantea en la década de 1970 poner en valor de salario los trabajos de cuidados y reproducción de la vida que realizan las mujeres, como una forma de visibilización y lucha contra los roles socioculturales establecidos, y que permiten la mantención de estos modelos sociales y de la estructura social en la que vivimos (Federici, 2013). Las sociedades actuales, bajo un modelo capitalista patriarcal, entienden este tipo de trabajo como inherente a “lo femenino”, como un acto de amor incondicional y una obligación; lo que permite mantener el *statu quo* y la aceptación, al ser asumidos por las mujeres como una aspiración en la vida de la que no se puede huir. Este tipo de trabajo sería fundamental para la mantención de este tipo de sociedades, haciendo además de sostén emocional ante los efectos deletéreos en la salud física y mental que tienen las relaciones interpersonales en el ambiente laboral y social, y que permiten a quienes realizan los trabajos productivos (generalmente varones) poder dedicarse exclusivamente a ello.

La demanda de un “salario doméstico”, para Federici, constituye una revolución, un cambio de perspectiva más que un fin en sí mismo, en tanto visibiliza, pone en valor y tensiona esta concepción de naturaleza/atributo/aspiración “femenina”, desafiando el rol social. La autora, además, vincula el estado de salud de las dueñas de casa, sus afecciones más frecuentes y su imposibilidad de cumplir las aspiraciones -físicas, emocionales y sexuales-, con el ausentismo y/o



las enfermedades laborales. Al preguntarse si con la remuneración se nos exigirá más, responde que se nos exige más porque es gratis, inherente. Esta es la razón por la cual, hasta hoy, las mujeres que acceden a un trabajo remunerado son doblemente explotadas, ya que no pueden desligarse de sus labores privadas domésticas.

Entonces, ¿Se debe pagar la participación comunitaria y el trabajo comunitario de cuidados?

La participación en actividades comunitarias distingue dos niveles. Como *participante y beneficiario/a directa*, el beneficio no necesariamente es monetario, relevando el aprendizaje relacional, la experiencia, los contenidos y materiales incluidos en el proyecto. Otro nivel de participación es el de los *facilitadores y articuladores de la acción comunitaria*, que deben gestionar, articular, organizar y coordinar dichas actividades, ejecutando ideas del conjunto de la comunidad y en beneficio de ésta, dejando de lado los intereses meramente individuales.

En la experiencia RMM y Promotores de Salud y Calidad de Vida, *no se paga la participación, se paga el trabajo de las promotoras de salud*. El salario entrega reconocimiento, tiene un aspecto simbólico, que reconoce el trabajo más allá del valor monetario.

Luisa y Marjorie valoran este reconocimiento y visualizan las brechas existentes, ya que en su propia experiencia de trabajo han visto cómo estos aportes monetarios viabilizan las propuestas y ayudan a superar imprevistos o brechas económicas de participación, al tiempo que desmitifica que las mujeres se dedican a esto “*por entretención*” o “*por lo que les sobra el tiempo*”. Tras años presentando proyectos sociales con su organización Newen Wakolda, han ido generando una forma de postulación que incluye la valorización del trabajo comunitario de articulación, destacando la responsabilidad, amor y

profesionalismo -independiente de los títulos educacionales formales- que ponen las mujeres en el trabajo de cuidados comunitario. Bajo la figura de *monitoras*, al buscar financiamiento operacional del proyecto, han contemplado pagos por un trabajo que incluye el esfuerzo intelectual, la carga mental y el costo de oportunidad (en tanto el uso de este tiempo imposibilita utilizarlo en otras actividades potencialmente asalariadas o de autocuidado personal). Recalcan que este ejercicio de valorización se realiza tanto en postulaciones a fondos públicos como en la administración de fondos y recursos provenientes de la autogestión. En el caso particular del RMM, este dinero fue utilizado para costear movilización, pero también como forma de resguardar esa participación de imprevistos como carencia económica por cesantía, y de evitar que la motivación de participar implique, contradictoriamente, un gasto adicional a sus familias. Existen experiencias de cuidados comunitarios que cuentan con *estipendios, remuneraciones o becas*, pero que *carecen del sentido de reconocimiento de un salario*. Generalmente, son montos inferiores al sueldo mínimo, y como se dan en proyectos sociales focalizados en población vulnerable, terminan destinados a cubrir gastos no necesariamente relacionados con la actividad misma. Por ejemplo, según el portal de internet ChileAtiende (Gobierno de Chile, 2021), el estipendio de cuidadoras principales del programa de Dependencia Severa en la atención primaria chilena (ex Programa de Postrados) no supera los \$30.000 mensuales; generalmente, se destinan a cubrir gastos de medicamentos, insumos, pañales y alimentación, y no en beneficio directo de quien cuida. Desde las ciencias sociales se han estudiado los factores que influyen en la motivación de las mujeres a trabajar en el ámbito comunitario de cuidados, analizando tanto el curso de vida como las trayectorias laborales. La literatura disponible aborda principalmente experiencias de cuidados de personas



dependientes, en los extremos de la vida, con poco desarrollo del trabajo comunitario promocional con respecto a acciones curativas o de rehabilitación. Una experiencia argentina muestra que, frente al déficit de oferta estatal en el cuidado de lactantes y preescolares, se generan programas de guarderías comunitarias en sectores vulnerables, delegando el cuidado de las niñas a mujeres cuidadoras de la comunidad. Sus trayectorias de vida muestran que tienen experiencia en el cuidado de otros/as o apoyando labores de crianza en círculos familiares, de amistades y comunitarios. En lo laboral, se desempeñan mayoritariamente en áreas feminizadas como limpieza, educación, cuidados domésticos y trabajos informales y precarios (como el comercio ambulante). El “interés de participación” es gatillado frecuentemente por un contexto familiar de crisis o adversidad, que genera la movilización de recursos y búsqueda de redes en la esfera pública. ¿Qué las mantuvo trabajando? Entre las motivaciones se encuentran la posibilidad de formalizar su labor, inserción laboral y profesionalización, incluyendo la remuneración y reconocimiento social (Zibecchi, 2014).

Otra experiencia, también en la esfera de cuidados de la infancia y desarrollada dentro del Programa de Cuidados Nacional *Wawa Wasi* del Perú (Alva et al., 2003), problematiza la tensión entre el reconocimiento que les entrega el Estado por medio de un salario y sus limitaciones: en la práctica, solo corresponde a un pago simbólico, que no alcanza a dar cuenta del trabajo ni del uso de recursos que terminan entregando las monitoras (tiempo, materiales e infraestructura). Es un incentivo económico menor, y se sigue sin considerarlas como fuerza laboral. Este pago estaba compuesto por aportes estatales por un lado, y por otro, por contribuciones de las familias beneficiarias del programa. Además, evidencia que a pesar de que estos programas declaran en sus objetivos una perspectiva de

género, esta está ausente en el diseño, la planificación y sus indicadores; no incluyen ninguna estrategia para propiciar la redistribución de labores domésticas entre los varones en las familias beneficiarias, o la pertinencia de género, por ejemplo.

En entrevistas realizadas a mujeres cuidadoras de adultos mayores dependientes, también manifiestan perspectivas futuras de seguir cuidando, profesionalizar su experiencia y obtener una remuneración (Troncoso, 2013).

Al revisar otras experiencias chilenas, debemos mencionar una etnografía realizada entre 2016-2017 a mujeres mayores de la comuna de Independencia (González et al., 2019) que compara las 3 comunas con mayor envejecimiento feminizado de la Región Metropolitana (Independencia, Santiago Centro y Providencia) a partir del envejecimiento y la variable socioeconómica. En esta experiencia, se repiten las trayectorias de cuidado, detallando las características de los espacios comunitarios como: 1) un espacio de cuidados comunitario para sí, 2) lugares para problematizar los diversos “descuidos” que, paradójicamente, tiene la sociedad con las mujeres cuidadoras en la vida cotidiana y, 3) como un espacio libre del cuidado hacia otrxs.

Como hemos revisado, el reconocimiento a la labor de cuidados comunitarios por medio del salario puede ser el punto de partida para el reconocimiento social justo de las tareas que actualmente realizan las mujeres.

### **3. Sobre los proyectos sociales**

Desde fines de la década de 1960, en Chile se han incorporado métodos de planificación para la generación de proyectos *en y desde* el Estado. Se inicia con la Matriz de Planificación de Proyectos (MPP) promovido por la Agencia de los EE. UU. para la Cooperación Internacional (USAID), le sigue la Planificación



de Proyectos orientada a Objetivos (ZOPP) promovida por la Cooperación Alemana al Desarrollo (GTZ), para desembocar en el Enfoque de Marco Lógico (EML), que incorpora el seguimiento y la evaluación al ciclo de gestión del proyecto. Inicialmente, el EML se aplicaba sólo a los sectores de las ingenierías y la gestión de negocios, pero posteriormente esta metodología se estableció como lógica predominante para la implementación de Proyectos de Cooperación tanto en el Estado y sus reparticiones como en organizaciones no gubernamentales (Montes, 2017).

Este proyecto fue financiado a través de la línea de acción social del Fondo concursable Chile de Todas y Todos 2017 (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2021), cuyo objeto es apoyar iniciativas innovadoras que apunten a la superación de la pobreza y vulnerabilidad. Este proyecto buscó el mejoramiento de la calidad de vida de una comunidad en situación de pobreza desde la promoción de la salud, es decir, abordando aspectos de la pobreza multidimensional con la entrega, a personas y comunidades, de herramientas que les permitan enfrentar de mejor forma su existencia diaria y superar la vulnerabilidad.

La gestión del ciclo de este proyecto (diseño, postulación, adjudicación, implementación, seguimiento y evaluación) ha estado definida por el Enfoque de Marco Lógico, como la mayor parte de las iniciativas financiadas por fondos estatales. La metodología de EML plantea que un aspecto fundamental es el acompañamiento en cada una de las etapas del proyecto desde la agencia, en este caso de MIDESO. Al respecto, podemos considerar que la implementación de este proyecto tuvo supervisión por parte del Ministerio, que dio flexibilidad para gestionar los recursos económicos destinados a los proyectos de las promotoras

de salud, lo que facilitó que las iniciativas surgidas en la comunidad pudieran contar con los recursos económicos necesarios.

Pero la supervisión no es suficiente, se requiere un involucramiento de la entidad estatal -o cual sea la que financie- que vaya más allá del control o inspección de las actividades y los recursos. Se necesita un acompañamiento que contribuya a retroalimentar la iniciativa en desarrollo, y que comunique a la agencia - MIDESO en este caso- los aprendizajes que se van dando en la ejecución, a fin de perfeccionar (y redireccionar si fuera necesario) las versiones futuras de los fondos y sus directrices.

Otra característica del EML es el enfoque participativo en el que se sustenta en teoría, pero lamentablemente se soslaya en muchas de sus aplicaciones. Este enfoque participativo estuvo presente tanto en el proyecto general de formación de promotoras de salud, como en las iniciativas generadas a través de ellas. Especialmente, fue en la experiencia del Rincón de la Mujer Mapuche donde la participación se hizo presente desde el primer momento: fueron sus integrantes las que en conjunto definieron el tema a trabajar y la forma de operar, y esa fue la forma con la que el grupo funcionó. Es relevante mencionar que el enfoque participativo está en línea con la naturaleza dialogante del trato y la toma de decisiones del pueblo-nación mapuche.

El territorio de Bajos de Mena cuenta con una especial atención del Estado y de organizaciones no gubernamentales, y una cantidad ingente de iniciativas -enfocadas, muchas de ellas, desde el asistencialismo-, han intentado mejorar las condiciones de vida de su población. Pero, a pesar de los esfuerzos y recursos, no se observan resultados claros. Por ello, consideramos fundamental introducir en la dinámica de los organismos del Estado que desarrollan sus líneas de intervención en base al EML, la generación de procesos de sistematización y/o



evaluación ex post para todas aquellas iniciativas que hayan culminado sus ciclos con resultados positivos. La realización de estos ejercicios de revisión y reflexión de las experiencias permite identificar variables intervinientes -positivas o negativas-, tanto atribuibles al proyecto mismo como a factores externos, y difundir los aprendizajes. En el caso de estos proyectos, permite tomar decisiones sobre las formas y herramientas que posibilitan cambios positivos en la situación de vida de estas comunidades. Es importante mencionar que este fondo contempló -hasta 2019- una línea de evaluación de proyectos, pero lamentablemente esta línea de financiamiento se eliminó a partir del año siguiente.

La evaluación de eficacia del EML aborda el cumplimiento y desarrollo del proyecto, sus metas e indicadores cuantificables. Generalmente, dichos objetivos están mediados por las condiciones que la agencia determina para el desarrollo de la iniciativa, es decir, tiempo y recursos establecidos. Por tanto, las acciones y alcances propuestos deben ajustarse a estas variables. Se produce así una discrepancia entre el propósito mayor de este tipo de proyectos -la superación de la pobreza y la vulnerabilidad- y la insuficiencia de tiempo y recursos destinados a su ejecución, que resultan claramente insuficientes para implementar, mantener y generar independencia de las iniciativas. De acuerdo a otras experiencias desarrolladas en el país, como el Programa de Formación y capacitación para mujeres campesinas, convenio INDAP-PRODEMU (INDAP, 2021), se necesitan al menos tres años de financiamiento y acompañamiento de las iniciativas para incidir realmente en un objetivo tan amplio y complejo como la superación de la pobreza.

La vivencia de la pobreza se explica en un contexto relacional, concepto que sintetiza la experiencia vital de mucha gente. Las personas y familias en esta

situación pueden desenvolverse en un contexto material mayor o mejor, pero en la medida que las relaciones de dependencia persistan y experimenten bajos niveles de dominio de su propia existencia, seguirán atrapados en esta situación. Para generar herramientas/medios en las personas y comunidades, se debe considerar el desarrollo de políticas de superación que actúen sobre los marcos relacionales que provocan la segmentación social. Es decir, la focalización genera tratamientos diferenciados, que aísla a los afectados en barrios, programas, servicios o trabajos homogéneamente precarios.

Esta es la situación que vienen experimentando las personas de Bajos de Mena, ya que desde la década de 1990 han sido objeto (no sujetos activos) de innumerables intervenciones de corte asistencialista, tanto desde las instituciones del Estado como de ONGs. Las lógicas subsidiarias y de focalización, subyacentes en la mayor parte de las iniciativas dirigidas a esta población -y a muchas otras en el país-, no han generado el impacto esperado. Se podría aventurar que ha ocurrido lo contrario, ya que la evidencia indica que los sistemas de focalización social han tenido como efectos no esperados quebrantar el vínculo social y erosionar los sentimientos de filiación de los afectados con la sociedad de la que forman parte: ha generado guetos (Fundación para la Superación de la Pobreza, 2013). Además, estas consecuencias se ven reforzadas por el método de postulación (fondos concursables), que promueve la competencia entre organizaciones y personas por los proyectos sociales.

Creemos que, en la labor de la superación de la pobreza y la vulnerabilidad, resulta imprescindible la definición y consideración de derechos económicos, sociales y culturales, asegurados de forma universal para toda la población. Esta es la condición primera para generar un cambio en la desigualdad estructural del país.



#### **4. Racismo-discriminación sufrido por las mujeres mapuche.**

Aproximarse a la experiencia de racismo vivida por las mujeres mapuche requiere explorar múltiples dimensiones; partimos reconociendo que el racismo experimentando es una entre otras formas de opresión a las que ellas se enfrentan.

Estas opresiones pueden identificarse inicialmente con la ocupación española del Wallmapu y la instauración de formas de dominación que no eran propias de este territorio, como la supremacía blanca y masculina. Esta nueva situación significó para la mujer mapuche un primer exilio simbólico de los que eran sus roles tradicionales en la vida pública mapuche. La supremacía blanca y masculina limitó su quehacer a la preservación de la cultura, de las tradiciones y de las formas de vida mapuche, en el ámbito privado. Este tránsito forzado de roles, desde la esfera pública a la privada, generó un proceso de desvalorización social, al excluirlas artificialmente de los escenarios en que se inscriben las luchas de su pueblo.

Además, la desposesión territorial (consecuencia de los modos de herencia de la tierra patrilineales) conduce a un segundo exilio, desde sus lugares de origen hacia las tierras de su familia política, condicionando un modo de vida de subsistencia frágil. En las últimas décadas, la ocupación del Wallmapu por la industria forestal ha agudizado la expropiación territorial de todo el pueblo mapuche, incidiendo más intensamente en el colectivo de mujeres. A su vez, esta situación conduce a un tercer exilio, con la migración de estas mujeres empobrecidas y despojadas desde el campo a la ciudad, en busca de medios de producción propios y de soporte económico para afrontar la socavada situación de sus familias en Wallmapu.

En este tránsito, la mujer mapuche se encuentra expuesta a múltiples formas de precarización del trabajo, aislamiento social, desarraigo, marginación y discriminación. La discriminación, a su vez, se encuentra interseccionada de forma compleja por el hecho de ser mujer, ser pobre y ser indígena.

Como mecanismo de afrontamiento, la mujer mapuche migrada a la ciudad renuncia a las expresiones de su identidad étnica y se asimila culturalmente a la comunidad receptora. Esta ruta de *chilenización* puede resultar en la reproducción de prácticas de discriminación y racismo vigentes, así como en la adopción de una conciencia de otredad desvalorizada -e incluso criminalizadora- hacia su colectivo de origen. La negación de su origen se construye como recurso adaptativo, para protegerse de las prácticas racistas institucionalizadas en las ciudades, tanto en los ámbitos públicos como privados.

Sin embargo, esta respuesta constituye un espacio de renuncia definitiva pues, al marginarse de su rol de preservación y transmisión de su cultura, termina por perder el último espacio de reconocimiento social que su propio pueblo le atribuye y en el que su identidad se inscribe. Y aun así, no se libra del racismo ni de las otras formas de opresión por género y por clase a las que está expuesta.

La violencia racista hacia la mujer mapuche se expresa de formas diversas: por ser, por hacer, por parecer, por no parecer. No se encuentra sólo en el ámbito estructural del Estado, sino que es reproducida cotidianamente en todos los escenarios donde transcurre la vida (el transporte público, las instituciones educativas y de salud, los espacios públicos, los entornos laborales, etc.) y ejerce su violencia tanto en las prácticas activas como en las pasivas o de omisión.

Esta violencia determina la necesidad permanente de transformar cada espacio de problematización de esta realidad en una plataforma de denuncia, como mecanismo de resistencia y reparación a estas violencias, y como oposición al



sostenimiento cotidiano e inconsciente de las mismas. La convivencia, por sumisión u omisión, con estas prácticas multiplica sus efectos como fórmula de expulsión del mundo social chileno.

Así, desarraigadas de sus territorios de origen y del soporte espiritual que este significa, aisladas en un mundo que impone la negación de su identidad para su supervivencia y que al mismo tiempo las expulsa sistemáticamente de los espacios criollos de socialización, la mujer mapuche se encuentra despojada del grueso de los significados que configuran su existencia -su tierra, su cultura, sus roles y su identidad-, en un espacio evasivo e impreciso en el que ya no pertenece a ningún origen.

Este escenario, aunado a la continua exposición a violencia racista -y otras formas de discriminación- y a la precariedad material en que sus trayectorias de asientan, conjura profundos sentimientos de menoscabo, desvalorización y pérdida de autoestima, teniendo repercusiones en el ámbito de su salud mental, espiritual, social y física.

Estas experiencias de vida, marcadas por el despojo, las violencias y el racismo, terminan minando no sólo la identidad, sino también la salud de las mujeres mapuche. La sistemática enunciación y denuncia es una forma primordial de enfrentamiento a esta realidad, y de proposición de una diferente.

## **5. Cómo la agrupación Newen Wakolda a través del proyecto RMM genera una comprensión holística, el küme mogen.**

Como parte de Newen Wakolda y Promotoras de salud, creemos que la clave de un proyecto fructífero está en el *trabajo colaborativo*, lo que se dio en la planificación, calendarización y ejecución de este proyecto, ya que desde los

objetivos hasta las estrategias para abordarlos se fueron construyendo con todas las participantes, sesión a sesión.

Para plantearnos los objetivos, tuvimos que buscar en nuestras propias biografías y ver qué cosas teníamos en común; dónde vivimos, cómo vivimos y cuáles son los problemas que nos aquejan y que nos gustaría solucionar. Una vez identificados los problemas, debíamos llevarlos a metas realistas, que pudiéramos abordar y, eventualmente, mejorar nuestra calidad de vida.

Para llevar a cabo la planificación de las sesiones se conversaba y tomaba acuerdo, según la disponibilidad de tiempos, horarios y movilidad de todas las participantes. Si bien este proceso puede aparentar ser un poco conflictivo y largo, si se logra llegar a consensos generales, es más probable que se comprometan la mayor parte de las personas, asistan y se pueda prolongar en el tiempo la planificación. Igualmente, se decidieron en conjunto las temáticas de las sesiones y el orden, siempre apuntando hacia los objetivos planteados.

Las soluciones que fuimos proponiendo tenían que partir de dos premisas. La primera es que debían ser prácticas y reales, acorde a nuestras realidades, capacidades y recursos. Y la segunda es que debían concordar con los objetivos que nos planteamos, nunca perdiéndolos de vista, y revisándolos cada vez que fuese necesario.

Por último, las estrategias que implementamos fueron varias: la investigación autónoma, aprender mediante la práctica (cocina, por ejemplo), la educación entre pares, por nombrar algunas. Pero lo más importante y significativo fue poner en valor nuestros propios conocimientos, ya sean aprendidos por herencia y/o por experiencia.



### **Transversalidad en las relaciones grupales.**

Con respecto a las relaciones dentro de los grupos, es sumamente importante que sean transversales. Esto genera un grupo más unido y se sienten con la libertad de opinar con honestidad, con lo que contribuyen a que la planificación y proyección sea realmente desde todas las personas involucradas, y que toda decisión consensuada sea respetada. Pero que, a su vez, siempre está abierta al diálogo y a la discusión; se busca que el grupo se mantenga cómodo y unido, ya que esto es fundamental en la toma de decisiones.

Es importante que se abran los espacios, “delegar” responsabilidades, compartirlas. Delegar, no en el sentido jerárquico, sino que resistirse al querer hacer todo y sobre exigirse. Es necesario que todas las participantes vayan tomando responsabilidades y compartiéndolas, para que el grupo no se desgaste, y que todas sientan que son importantes y necesarias para el desarrollo de lo que nos hemos propuesto, lo que seguirá potenciando el compromiso.

### **Libertad de acción**

Es crucial generar un ambiente cómodo y amigable, ya que, al ser un compromiso voluntario de todas las involucradas, se debe sentir el deseo de participar y colaborar. Se está porque se quiere estar y se cree en el proyecto, no sintiéndolo como una obligación. Asimismo, si un día no se puede asistir o se deja de querer participar, están también en la libertad de abandonar el grupo, sin ser juzgadas y propiciando la autonomía de decisión. La idea es que nos sintamos parte activa en el desarrollo y proyección de todo el proyecto, para que queramos continuar hasta el final propuesto.

### **Vínculo desde la historia común**

Por otro lado, para lograr que el grupo se afiate es trascendental generar un vínculo, más allá del compromiso por los objetivos. Por lo mismo, compartimos

una parte de nosotras, buscamos en nuestra historia de vida -personal y/o familiar- para potenciarla, re-significarla y generar un ambiente de compañerismo y hermandad, contribuyendo a que la trascendencia del proyecto vaya más allá de los objetivos planteados a corto y mediano plazo. La relación no es sólo como participantes, sino que también se ve al grupo como una red de apoyo, que estará ahí de ser necesario.

### **Relaciones recíprocas vs relaciones asistencialistas.**

Uno de los primeros obstáculos a sortear fue motivar y convocar las voluntades más allá de los beneficios que el proyecto pudiese generar (materiales y/o inmateriales). Los proyectos gubernamentales tienen la característica de ser poco participativos y subsidiarios. Al asociar una ganancia por participación, monetaria o de implementos, han generado una cuasi dependencia: se plantean desde esa lógica para asegurar la permanencia de las personas en los proyectos. A su vez, esta mecánica ha causado una desvalorización de los conocimientos y habilidades de las personas. Habilidades y conocimientos con los que, eventualmente, podrían aportar. Por el contrario, nosotras nos inclinamos por realzarlos y potenciarlos, buscando que todas pudiesen compartir lo que sabían, sin tener que esperar que viniera un/una experta a explicarnos o enseñarnos, sino que nosotras podíamos “autoenseñarnos”.

### **Interseccionalidad**

Para finalizar, fue de suma importancia poder evidenciar, conversar y aterrizar las estructuras de poder en las que estamos inmersas, mediante las vivencias de todas las que participamos del Rincón de la Mujer Mapuche. El poder colectivizar nuestras experiencias, las buenas y, sobre todo, las malas, nos fue mostrando como todas compartimos, de una forma u otra, una historia común.



El poder compartir nuestras vivencias, tener un lenguaje en común y reír en colectivo genera una atmósfera de confianza y cariño, lo que va abriendo espacios para el desahogo, tan necesario y muy pocas veces comprendido, en este caso, por las personas que no son mapuche o que no han vivido el racismo y/o el clasismo. Cuando podemos observar que esos recuerdos dolorosos y momentos en los que nos sentimos humilladas (que muchas veces no le contamos a nadie, ni siquiera a nuestras familias) no me han ocurrido sólo a mí, dejo de sentir culpa y vergüenza. Y lograré ver que no me sucedió por ser quien soy, sino que por ser parte de un grupo o tener cierta característica que comparto con muchas otras personas.



## Puntos de llegada



### Conclusiones y recomendaciones

Entre las principales reflexiones, aprendizajes y recomendaciones que surgieron del proceso de sistematización de este proyecto, podemos mencionar:

#### A. Sobre los proyectos sociales financiados por el Estado:

Los proyectos sociales financiados por el Estado a través de fondos concursables están sujetos a criterios rígidos respecto a la entrega de recursos para el desarrollo de actividades. Generalmente, éstas deben estar descritas y justificadas desde la presentación del proyecto, y dejan poco espacio para gastos que no estén previamente definidos, como los que se deciden en la misma ejecución del proyecto. En el caso de iniciativas como las desarrolladas en este proyecto, con experiencias participativas en que son sus integrantes quienes definen qué es lo que necesitarán, la flexibilidad en la gestión de los recursos económicos resulta crucial para su éxito. Por ello, se hace un llamado a que la

gestión de los recursos de fondos destinados a la promoción y participación de la ciudadanía tenga en consideración que muchas de estas decisiones no pueden ser tomadas a priori, sin la comunidad participante.

☞ Generalmente, el período para la realización de proyectos sociales no es superior a un año, considerando su implementación, ejecución y rendición. A este respecto, consideramos que la consolidación de procesos tan complejos como la superación de la pobreza, el fomento y desarrollo de la participación comunitaria, la formación y/o consolidación de organizaciones, la modificación de conductas de salud acordes al contexto cultural, entre otros, requiere períodos de ejecución más extensos, que permitan extender acciones como el acompañamiento/asesoría de las iniciativas de las y los participantes.

☞ Al observar otras experiencias que han obtenido resultados exitosos en problemáticas similares, se coincide en que el acompañamiento en la ejecución es clave. Consideramos que el acompañamiento de las y los profesionales o técnicos debe ser pertinente en lo cultural y territorial-local, para facilitar la consolidación de los proyectos, estableciendo relaciones horizontales y empoderadoras con las personas que lo ejecutan.

☞ Los fondos dirigidos al financiamiento de iniciativas que fomenten la participación de la población deben incluir, como parte de su ciclo y aparte de la evaluación, la realización de sistematizaciones de las experiencias, que permitan a las comunidades rescatar los aprendizajes obtenidos en su proceso. Es de esperar que se considere la sistematización de -al menos- un porcentaje significativo de las iniciativas que se hayan ejecutado, ya que esto permite perfeccionar los proyectos futuros, mejorar las acciones emprendidas por el Estado, y que las comunidades implicadas reflexionen sobre sus experiencias y solidifiquen los aprendizajes.



✿ Consideramos fundamental para el éxito de las iniciativas generar y concretar alianzas con instituciones y organizaciones que colaboren con recursos materiales o humanos, para fortalecer y potenciar la ejecución. Este proyecto, aparte de los fondos estatales (MIDESO), contó con importantes aportes: el financiamiento del Fondo Valentín Letelier, la docencia realizada por académicos del Dpto. de Atención Primaria de la Universidad de Chile y el convenio de colaboración con el SSMSO (que permitió el uso del CRS de Puente Alto como lugar de docencia y de la *Ruka* ubicada en el Hospital Sótero del Río como espacio de reunión).

**B. Desde la Promoción de la salud y la metodología aplicada:**

✿ Desde el ámbito de la promoción de la salud, la propuesta de este proyecto buscó entregar herramientas que permitieran aportar al mejoramiento de la Calidad de Vida de las y los participantes y sus comunidades. Esta particular mirada, si bien corresponde a la definición de la promoción de salud, no es usual en este tipo de proyectos. Desde antes de la capacitación y a lo largo de todo el proyecto, se dejó claro a las participantes que el foco estaría en la calidad de vida y sus problemas, y no en el aprendizaje de técnicas de diagnóstico o recuperación de la enfermedad. Esta visión de Calidad de Vida, y la entrega de herramientas para el trabajo participativo a las promotoras, fue un éxito.

✿ A través de la sistematización del proyecto, y en particular de la experiencia del Rincón de la Mujer Mapuche, logramos observar cómo las herramientas de promoción de la salud utilizadas en las experiencias particulares actuaron, aportando a las agrupaciones y sus participantes en la toma de control de sus vidas. Este aspecto es de especial relevancia en las estrategias de superación de la pobreza, entendiendo que su problemática profunda es la

pobreza relacional, es decir, la pérdida de control de la vida propia. Podemos afirmar, entonces, que la promoción de la salud sí tiene impacto en la percepción subjetiva de la pobreza.

🏠 La metodología aplicada en la formación de las y los promotores de salud buscaba influir en un entorno que fuese más allá de las Promotoras de salud y de las y los participantes de las iniciativas emprendidas, pretendiendo llegar a un tercer círculo. En el caso del Rincón de la Mujer Mapuche, ese tercer círculo sí fue alcanzado: las familias de las mujeres participantes. De cierta forma, la experiencia vivida con la agrupación motivó a esas mujeres y sus familias a tomar decisiones respecto de su calidad de vida, en busca del *Küme Mogen*.

🏠 Un aprendizaje relevante a destacar, en la implementación de proyectos sociales para la promoción de la salud, es la importancia de generar un mapa de actores para el éxito de las iniciativas; identificar y hacer uso de los diferentes recursos –económicos, políticos, de organización, de conocimiento, etc.- a los que se puede acudir. El mapa de actores permite conocer, generar y/o activar las redes de apoyo y colaboración. Por ejemplo, tanto en el proyecto de formación de promotoras como en la experiencia del RMM, los recursos políticos que fueron activados facilitaron el desarrollo de las iniciativas y los logros obtenidos. Específicamente, nos referimos al conocimiento de estructuras organizativas, activación de relaciones y generación de acciones que posibilitaron la ejecución de actividades. Por ejemplo, la relación previa de la agrupación *Newen Wakolda* con el Departamento de Salud Intercultural del SSMSO posibilitó el uso de la *Ruka* del Hospital Sótero del Río como lugar de encuentro de las mujeres del RMM.



### C. Desde el género:

✿ Una reflexión importante de este proyecto surge de la consideración de retribuir monetariamente a las promotoras de salud. Históricamente, las tareas de cuidado que las mujeres realizan -individual, familiar, colectivas- no han sido reconocidas como trabajo pagado. Pero esas tareas “reproductivas” son fundamentales para el desarrollo del llamado trabajo “productivo” -y remunerado- en las sociedades modernas. El pagar a las mujeres que participan de esta iniciativa es considerado por el equipo gestor una cuestión de justicia social, ya que ellas destinan tiempo, conocimientos y acciones al desarrollo de los proyectos.

✿ En la misma línea, reconocemos como aprendizaje que, a pesar de generar estrategias de inclusión de más hombres y jóvenes a la formación de Promotores, estas no tuvieron los resultados esperados. Al revisar las decisiones y acciones, reconocemos que los espacios de salud a los que se acudió para la convocatoria del curso eran espacios feminizados, ya que los espacios locales de salud están compuestos principalmente por mujeres. Ello quedó de manifiesto en la segunda convocatoria de este curso, que al ser difundida por redes sociales, logró persuadir a una población más diversa en género y edades.

### D. Desde la pertinencia cultural:

✿ Los logros obtenidos por el proyecto Rincón de la Mujer Mapuche responden a varios factores, pero queremos resaltar uno en particular: la pertinencia cultural de proponer una metodología participativa, ya imbricada en las relaciones horizontales que establecen las mujeres mapuche en su trato. Las promotoras/facilitadoras, Luisa y Marjorie, eran pares naturales de las otras participantes, todas eran mujeres mapuche, con experiencias en común y con

formas de socialización que favorecen la construcción participativa. Así, se puede proponer que las metodologías participativas de la capacitación hicieron sinergia especial con este grupo, dadas sus características socio-culturales y a la composición de las integrantes del proyecto. Dentro del RMM, Luisa y Marjorie no plantearon, en un inicio, que el proyecto tenía como base la promoción de la salud, sino que esta idea fue relevada desde la perspectiva de *Küime Mogen* y su vinculación con la noción de calidad de vida y bienestar. De esta forma, observamos también los puntos de encuentro que existen entre metodologías participativas y formaciones sociales horizontales, así como entre perspectivas positivas acerca de la salud y aquellas vinculadas al buen vivir de los pueblos originarios.



## Productos de comunicación

La metodología de sistematización de experiencias de Oscar Jara (2012) contempla -como quinto y último paso- los puntos de llegada: la difusión de los aprendizajes. Tal como ha ocurrido a lo largo del proceso, esta etapa estuvo condicionada por las restricciones propias de la evolución de la pandemia en el momento de su realización (restricciones de aforo y/o confinamiento).

Dados los resultados y aprendizajes, se visualizan 2 niveles de difusión:

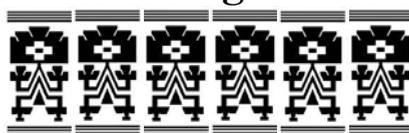
1. La *difusión en formato académico*, que dé cuenta del proceso completo de sistematización y funcione como texto “madre”, del cual se desprendan subpublicaciones y/o subproductos de difusión para congresos, paneles, conversatorios, entre otros. Este formato también debe contemplar la difusión a los actores e instituciones claves identificados (y a quienes hemos dedicado parte de las recomendaciones), es decir, otras instituciones y ONGs que trabajan en la ejecución de proyectos gubernamentales para la superación de la pobreza, así como también a instituciones sanitarias que apoyaron el proyecto (Servicios de Salud Metropolitano Sur Oriente, CRS Cordillera, CESFAM, entre otras), llamadas a incorporar esta temáticas de salud y el enfoque intercultural. Igualmente, se considera al Ministerio de Desarrollo Social y la Vicerrectoría de Extensión y Comunicaciones de la Universidad de Chile, quienes financiaron la ejecución del proyecto.

2. La *devolución de resultados con sus protagonistas*, en este caso, a las mujeres y familias que fueron parte de la experiencia “Rincón de la Mujer Mapuche”, que debido a la pandemia y a las dificultades de conectividad no pudieron participar directamente de la sistematización. Sus relatos y reflexiones, a 2 años de la experiencia, fueron plasmados a distancia por medio de entrevistas telefónicas. Este nivel contempla la generación de una actividad de reflexión y el desarrollo

de instancias de difusión dirigidas a organizaciones sociales con información tipo cartillas (o de documentos tipo resumen ejecutivo), pensados para público general, de fácil comprensión y apoyado por diagramas, dibujos y fotografías.



## Bibliografía



Alva, M., Asalde, J., Ospina, E. (2003). Actividad voluntaria o empleo precario: el trabajo comunitario de las mujeres. 'El aporte de las mujeres al Programa Nacional Wawa Wasi'. En Veraz Comunicação (Eds.), *Mujeres y trabajo: cambios impostergables* (pp.46-53). Red de Bibliotecas Virtuales de CLACSO. <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/gt/20101012021735/6alva.pdf>

División Organizaciones Sociales - DOS. (2019). *Según cifras de la DOS, tres de cada cuatro dirigentes sociales que se capacitan en Chile son mujeres*. [fecha de consulta 3 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://dos.gob.cl/segun-cifras-de-ladostresdecada-cuatro-dirigentes-sociales-que-se-capacitan-en-chile-son-mujeres/>

Espinosa de Restrepo, Helena (2001). Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(1).  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12019104>

Federici, S. (2013). *Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Traficantes de sueños.

<https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Revolucion%20en%20punto%20cero-TdS.pdf>

Fundación EPES y División de Atención Primaria - DIVAP (2016). *Manual de apoyo a la incorporación de agentes comunitarios en salud en los equipos de los CECOSF*. <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/01/Manual-Apoyo-incorporación-ACS-en-Cecosf.pdf>

Fundación Superación de la Pobreza - FSP (2013). *Umbrales Sociales para Chile. Una nueva mirada sobre la pobreza*. [http://www2.superacionpobreza.cl/wp-content/uploads/2019/06/Umbrales-Sociales-2013\\_Versio%CC%81n-Extendida.pdf](http://www2.superacionpobreza.cl/wp-content/uploads/2019/06/Umbrales-Sociales-2013_Versio%CC%81n-Extendida.pdf)

Gobierno de Chile (01 marzo de 2021). *Programa de pago de cuidadores de personas con discapacidad (estipendio)*. Portal ChileAtiende. <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/49627-programa-de-pago-de-cuidadores-de-personas-con-discapacidad-estipendio>

González, H., Guizardi, M. L., Ramírez, A., y Cano, C. (2019). El club como trinchera. Una etnografía sobre cuidados comunitarios entre mujeres mayores en Independencia (Chile). *Revista de Antropología Social*, 28, 317-348. <https://revistas.ucm.es/index.php/RASO/article/download/63770/4564456549549>

INDAP - Instituto de Desarrollo Agropecuario. (2021, 10 de abril). Programa Mujeres Rurales (Convenio Indap - Prodemu). [fecha de consulta 3 de agosto de 2021]. [https://www.indap.gob.cl/servicios-indap/plataforma-de-servicios/asesor%C3%ADas/lk/formaci%C3%B3n-y-capacitaci%C3%B3n-para-mujeres-campesinas-\(convenio-indap---prodemu\)](https://www.indap.gob.cl/servicios-indap/plataforma-de-servicios/asesor%C3%ADas/lk/formaci%C3%B3n-y-capacitaci%C3%B3n-para-mujeres-campesinas-(convenio-indap---prodemu))

Instituto Nacional de Estadística - INE (2015). *Mujeres en Chile y mercado del trabajo: Participación laboral femenina y brechas salariales*. [https://www.ine.cl/docs/default-source/ocupacion-y-desocupacion/publicaciones-y-anuarios/publicaciones/mujeres-en-chile-y-mercado-del-trabajo---participaci%C3%B3n-laboral-femenina-y-brechas-salarialesa.pdf?sfvrsn=ade344d4\\_3](https://www.ine.cl/docs/default-source/ocupacion-y-desocupacion/publicaciones-y-anuarios/publicaciones/mujeres-en-chile-y-mercado-del-trabajo---participaci%C3%B3n-laboral-femenina-y-brechas-salarialesa.pdf?sfvrsn=ade344d4_3)



Jara, O. (2012). *La sistematización de experiencias. Práctica y teoría para otros mundos posibles*. Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano – CINDE.

Loewenson, R., Laurell, A. C., Hogstedt, C., D'Ambruso, L., & Shroff, Z. (2014). *Investigación-acción participativa en sistemas de salud: una Guía de Métodos*. TARSC, AHPSR, WHO, IDRC Canadá, Equinet.

<https://www.tarsc.org/publications/documents/Spanish%20PAR%20Reader%20March%202015fs.pdf>

La Tercera. (2008, 4 de mayo). *Organizaciones sociales y Fonasa difunden beneficios de salud para dirigentes vecinales*. Diario La Tercera. [fecha de consulta 3 de agosto de 2021]. <https://www.latercera.com/noticia/organizaciones-sociales-y-fonasa-difunden-beneficios-de-salud-para-dirigentes-vecinales/>

Max-Neef, M., Elizalde, A., & Hopenhayn, M. (2010). *Desarrollo a escala humana: una opción para el futuro*. CEP/AUR – Fundación Dag Hammarskjöld. [http://www.daghammarskjold.se/wp-content/uploads/1986/08/86\\_especial.pdf](http://www.daghammarskjold.se/wp-content/uploads/1986/08/86_especial.pdf)

Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2021, 10 de abril). *Chile de Todas y Todos 2017*. [fecha de consulta 10 de abril de 2021]. Disponible en: <http://sociedadcivil.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/chile-de-todas-y-todos-2017/>

Montes, E. (2017). Análisis crítico al enfoque de marco lógico (EML) en la gestión de proyectos de cooperación al desarrollo. *Panorama Político*, 2(2), 37-41. <https://revistashumanidadescj.unan.edu.ni/index.php/Panorama/article/view/153>

Observatorio de Género (2020). *Desigualdades de género y territoriales frente al COVID-19*. Observatorio de Género, Mujeres y territorios. RIMISP: Centro latinoamericano para el Desarrollo Rural.

[https://www.rimisp.org/mujeresyterritorios/wp-content/uploads/2020/12/Desigualdades-de-g%C3%A9nero-y-territoriales-frente-al-COVID-19\\_2020.pdf](https://www.rimisp.org/mujeresyterritorios/wp-content/uploads/2020/12/Desigualdades-de-g%C3%A9nero-y-territoriales-frente-al-COVID-19_2020.pdf)

Palacios, F. (2008). *Participación socio-política y construcción de identidad de género en mujeres pobladoras de La Victoria*. [Tesis de Grado, Universidad de Chile].

[http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2008/cs-palacios\\_v/pdfAmont/cs-palacios\\_v.pdf](http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2008/cs-palacios_v/pdfAmont/cs-palacios_v.pdf)

Organización Mundial de la Salud - OMS (2000). Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud Promoción de la salud: hacia una mayor equidad Ciudad de México, 5-9 de junio de 2000. OMS.

[https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr\\_mexico\\_report\\_sp.pdf?ua=1](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf?ua=1)

Seymour, F. (2014, 07 de junio). Gobierno reincorpora atención gratuita en salud para dirigentes sociales. *Diario Universidad de Chile*, sección Política.

<https://radio.uchile.cl/2014/06/07/gobierno-reincorpora-atencion-gratuita-en-salud-para-dirigentes-sociales/>

Silva, A. (2018). Paulo Freire, el INEA y la educación de jóvenes y adultos en México. *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, 9(24), 173-188.

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-28722018000100173](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-28722018000100173)

Troncoso, D. (2013). Cuidadores informales de personas dependientes en Chile. Aspectos psicosociales y culturales. [Tesis de Doctorado. Universidad de Salamanca].

[https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/124233/DSC\\_TroncosoMirandaDeizaYanet\\_Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/124233/DSC_TroncosoMirandaDeizaYanet_Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Velásquez, E., y Martínez, L. (2004). Participación y género: desafíos para el desarrollo de una política de juventud en Chile. *Psyche* (Santiago), 13(1), 43-

51. [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282004000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

[22282004000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=en](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282004000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

Zibecchi, C. (2014). Trayectorias de mujeres y trabajo de cuidado en el ámbito comunitario: Algunas claves para su estudio. *La ventana. Revista de estudios de género*, 5(39), 97-139.



[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-94362014000100006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362014000100006&lng=es&tlng=es).

## ANEXO N°1 - Convenio 169 de la OIT

### Artículo 25

#### Seguridad social y salud

1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.

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



## **ANEXO N°2 - Preguntas iniciales (alcances metodológicos)**

### **Objetivo de la Sistematización**

¿Para qué queremos hacer esta sistematización?

Relevar el proceso desarrollado por el proyecto RMM, donde sus participantes despliegan acciones de planificación e investigación para la ejecución misma de la iniciativa, rompiendo con la verticalidad en la generación de conocimientos característicos del occidente neocolonial y acordes a la cultura de relacionamiento mapuche.

### **Objeto a Sistematizar**

¿Qué experiencia(s) queremos sistematizar?

La experiencia de formación, seguimiento, asesoría y desarrollo del proyecto de promoción en salud Rincón de la Mujer Mapuche.

### **Eje de Sistematización**

¿Qué aspectos centrales de esas experiencias nos interesa sistematizar?

Factores que facilitan la conformación y ejecución de la iniciativa Rincón de la Mujer Mapuche en sus distintas etapas.

### **Fuentes y materiales de Información**

Recopilación colectiva de materiales escritos y audiovisuales (apuntes, informes de proceso, fotografías, videos, registros de reuniones, etc.).

Se reconstruye la historia a través de las entrevistas a participantes de la experiencia y fuentes primarias.

📁 Informes de proceso, informes de los proyectos, fichas de elaboración propia de la sistematización, etc.

🗣️ Entrevistas semi-estructuradas a:

- Luisa Quiñenao y Marjorie Pailanca, Promotoras de salud formadas en el proyecto “Promotores en Salud y Calidad de vida”, que forman parte de la agrupación Newen Wakolda.
- Entrevistas a siete participantes del Grupo Rincón de la Mujer Mapuche: Angélica Cortés, Erica Rail, Zoila Huenual, Patricia Vidal, Paula Silva, Zulema Colicheo, Sandra Lizana.
- Soledad Barría. Profesora del Dpto. de Atención Primaria y Salud Familiar, Universidad de Chile y coordinadora del proyecto.
- M<sup>a</sup> Angélica Hernández. Presidenta de la Fundación Puente Alto Puede Más, acompañante/asesora de los proyectos.
- Alejandra Peña, Acompañante/asesora del Proyecto RMM.
- Liliana Barría, Encargada financiera del Proyecto.

 Grupo focal:

- Karen Arancibia. Docente del Dpto. de Atención Primaria y Salud Familiar, Universidad de Chile.
- Alicia Arias Schreiber. Docente del Dpto. de Atención Primaria y Salud Familiar, Universidad de Chile.
- Daniel Egaña. Docente del Dpto. de Atención Primaria y Salud Familiar, Universidad de Chile.
- Miguel Castro. Docente de la Facultad de Economía y Negocios, Universidad de Chile.

## **Procedimiento**

Metodología para la reconstrucción histórica del proceso:

El trabajo de recuperación de la experiencia se valió de fichas de recuperación de aprendizajes individuales de cada integrante del equipo sistematizador y el vaciado colectivo de una matriz de ordenamiento y reconstrucción del proceso



vivido. Parte de la discusión y problematización inicial contemplaba incorporar a las mujeres participantes del RMM como parte del equipo en esta sistematización. No obstante, debido a las medidas de confinamiento territoriales, a la brecha digital tanto en alfabetización como en acceso a internet de las participantes, y a que algunas habían retornado a vivir al sur de lo que hoy es Chile, se debió prescindir del espacio colectivo con las participantes, complementando la sistematización con entrevistas individuales semiestructuradas, realizadas telefónicamente. Para esto, se seleccionó a las participantes que tuvieron una asistencia de más de cinco sesiones al RMM. Las entrevistas fueron realizadas por integrantes del equipo sistematizador que no habían trabajado directamente con ellas, previo contacto de Marjorie y Luisa (que sí las conocían de forma estrecha). Además, se realizaron entrevistas en profundidad y un grupo focal al resto de integrantes del equipo de sistematización, según perfiles definidos, y a otros actores/as relevantes del proyecto. Tanto las entrevistas como el grupo focal se grabaron con el consentimiento informado verbal de las y los participantes.

El proceso de reflexiones y escritura contenidos en este documento ha sido creación colectiva de todas las integrantes del equipo de sistematización<sup>21</sup>.

---

<sup>21</sup> La alusión al equipo de sistematización se hace en femenino por la predominante composición sexogenérica del mismo, aunque incluye la participación de un integrante masculino.

El proyecto “Promotoras de Salud y Calidad de Vida” buscó la formación y el acompañamiento de promotoras/es capaces de conducir actividades comunitarias participativas para la mejora de sus propias condiciones de vida en Bajos de Mena y otros lugares de la comuna de Puente Alto. Esta investigación consiste en la sistematización de experiencias que profundiza en una de esas iniciativas: El Rincón de la Mujer Mapuche.

Visualizamos este proceso como un aporte a las formas tradicionales de trabajar e investigar, ya que, como personas mapuche siempre hemos sido el objeto a estudiar; no somos las voces que enuncian sus situaciones, sino que otros y otras hablan por nosotras. De forma recíproca, como académicas universitarias, buscamos no continuar reproduciendo la cosificación de las sujetas, involucrándonos en procesos de investigación que no sean extractivistas, sino transformadores de la realidad en que se sitúan.

