

Salud intercultural y la patrimonialización de la Salud Mapuche en Chile

Andrés Cuyul Soto

Revista En el Volcán (www.enelvolcan.com)

Desde el fin del período de la dictadura, y bajo los distintos gobiernos de la Concertación, Chile se ha posicionado a nivel de América Latina como uno de los Estados que más habría invertido y trabajado por la salud de los pueblos indígenas a partir de los años noventa.^[1] Esta situación tiene su origen en el proceso de visibilización de la salud indígena y la denuncia de brechas y desigualdades, determinadas, en gran medida, por la exclusión sociocultural que vive el Pueblo Mapuche.

La reacción institucional chilena respecto de la salud del Pueblo Mapuche se ha concentrado, entre otros, en una folklorización de las prácticas mapuche en salud mediante la institucionalización de las mismas al interior de los centros de salud. Se ha utilizado una serie de dispositivos “interculturales” para vehiculizar el eufemismo de la “participación” que, además de responsabilizar al oprimido de su condición de pobreza producto del despojo histórico, también lo hace parte de la obligación de utilizar sus propias fuerzas y recursos para dar salida a la situación de pobreza estructural (Ugalde en Kalinsky 51). En esta realidad, el proceso salud/enfermedad/atención tiene la carga principal, abarcando también al territorio y los derechos políticos como parte constitutiva de la salud de un pueblo como el nuestro.

La finalidad del artículo es evidenciar de qué manera el Sistema de Salud Público en Chile logra incluir la “oferta intercultural” a su red asistencial, fortalecer esta última en y aumentar su legitimidad como administradora de servicios de salud “culturalmente pertinentes”. En su contraste, la medicina mapuche y las organizaciones que la promueven autogestivamente van perdiendo autonomía y patrimonio cultural, condicionándose peligrosa y progresivamente por la intervención estatal sin que se resuelva el tema de los derechos políticos y territoriales que demanda el Pueblo Mapuche.

Burocratización e intervención de la salud en el territorio

Desde sus inicios, el avance del sistema de salud oficial en las comunidades mapuche del sur de Chile fueron vehiculizadas por los equipos de estaciones médico-rurales, centros de salud de baja complejidad y misiones religiosas que controlaban en tanto hábitos de higiene, orden y moral a las familias mapuche. Estos atendieron sistemáticamente los padecimientos a partir de los dispositivos de la medicina oficial o modelo biomédico implementados luego de la “Pacificación de la Araucanía” a fines del siglo XIX y en adelante con la consolidación del ideario de *Estado nacional* en las primeras décadas del siglo XX.

En ese período el pueblo mapuche experimenta un proceso de *aculturación biomédica* que, además del contacto con la sociedad criolla y con el conocimiento popular de los criollos chilenos, va estableciendo una relación de *equilibrio dinámico* entre modelos médicos. Esto es lo que se mantiene hasta nuestros días e incluye diversos tipos de “hibridación de las tradiciones médicas” (Citarella 52).

Una importante intervención de los servicios de salud en la reproducción socio-histórica del pueblo mapuche fue el inicio del control de la natalidad en los sesenta y luego con la intensificación de acciones biomédicas y la cobertura de las mismas por medio del Servicio Nacional de Salud (SNS).

[2] La instalación de estas tecnologías traducidas en uniformación, disciplinamiento y domesticación mediante controles de salud y diferentes estrategias *biopolíticas* como la regulación de la natalidad tuvieron sin duda fines *reguladores y correctivos* (Foucault 104) aplicados a las comunidades. Esa relación y dispositivos de control se intensificaron en la dictadura (1973-1989) y se han mantenido hasta nuestros días.

Desde el retorno a la democracia, y luego de la promulgación de la Ley Indígena (19.253) por parte del Estado chileno en el año 1993, se crea el Programa de Salud con población Mapuche y poco después su correlato nacional en el Programa Nacional de Salud y Pueblos Indígenas que funciona en la capital. Estos programas van ejerciendo su influencia en servicios de salud de las regiones del centro sur de Chile: Bío Bío, la Araucanía, Los Lagos y Los Ríos en donde según último censo de población y vivienda se concentra el 52% de la población mapuche viviendo en territorio ancestral.

En la región de la Araucanía, el Programa de Salud con Población Mapuche (PROMAP) posee como líneas de trabajo: primero, transversalización del enfoque intercultural en los programas de salud; segundo, capacitación; tercero, fortalecimiento de experiencias de salud colectivas cogestionadas con organizaciones mapuche; cuarto, fortalecimiento de la participación indígena; quinto, comunicación social; y, sexto, salud rural.[3]

Este programa comienza progresivamente con la inserción de facilitadores interculturales en los servicios de salud, hoy en día constituidos en *asesores culturales*; lamgen y peñi que se han organizado y reconfigurado su perfil asistencial hacia uno de promotor de la salud desde un punto de vista sociocultural.

A este programa se suma la incorporación en el año 2001 del programa “Orígenes” que nace del préstamo que el gobierno de Chile solicitó al Banco Interamericano de Desarrollo (BID), denominado “Programa de Desarrollo Integral de Comunidades Indígenas”. Este programa, a través de su componente *Salud Intercultural*, interviene directamente en las comunidades mapuche mediante consultoras, ejecutando proyectos de “salud intercultural” de 4 mil dólares para la implementación de “huertos medicinales,” al interior de las comunidades, sistematización de experiencias en salud intercultural, entre otros.[4]

Complementario a estos dos programas vigentes, el PROMAP y el impulsado por Orígenes, se suma el hecho que el representante del Ministerio de Salud chileno en la región de la Araucanía, el Secretario Regional Ministerial de Salud (SEREMI) en tanto “autoridad sanitaria”, posee una repartición especial de salud intercultural para lo cual contrata profesionales mapuche.

En este contexto, se desarrollan organizaciones mapuche en salud, quienes en base a la crítica del modelo de salud biomédico y la discriminación estructural y simbólica de parte de los servicios de salud chilenos, han promovido desde sus bases una organización y administración propia de los servicios de salud. Tal es el caso de la *Asociación Mapuche Newentuleaiñ* (Hospital de Nueva Imperial), la *Asociación Mapuche para la Salud Makewe Pelale* (Hospital Makewe) y la *Coordinadora de Salud Boroa-Filulawen* (Centro de Salud Intercultural Boroa Filulawen).

Estas nuevas organizaciones políticas mapuche se encuentran administrando sus respectivos centros de salud, implementando modelos propios de atención, promoción, administración y gestión en salud de manera inédita y con directa relación con los servicios de salud oficiales, en particular con el Servicio de Salud Araucanía Sur.[5] Esta vinculación está cruzada por relaciones de poder desiguales, negociaciones y permanentes conflictos que hoy en día es necesario analizar desde un punto de vista estratégico mapuche. Este análisis nos permitirá vislumbrar hasta qué punto la pregonada “interculturalidad” o la salud para la “población mapuche” es posible y hasta dónde nuestra exigua participación en la administración de los servicios de salud no pasa a convertirse en *institucionalidad ajena* del Estado chileno (Marimán). De este modo, se imponen prácticas de *etnofagia* que las instituciones desplegadas en el territorio (Servicio de Salud, Programa Nacional de Salud y Pueblos Indígenas) realizan sobre la administración misma de estos centros de salud, así

como de las prácticas de sanación de nuestros *lawentuchefe* o *machi*.^[6] Etnofagia entendida como proceso global en el cual los estados nacionales contemporáneos exaltan superficialmente la diversidad y el multiculturalismo pero que mas bien sus acciones y programas tienen un propósito de domesticación, integración e invisibilización de las identidades. En palabras de Diaz-Polanco, con la *etnofagia* no se busca la destrucción mediante la negación absoluta o el ataque violento de las otras identidades, sino su disolución gradual mediante la atracción, la seducción y la transformación.

Las organizaciones mapuche en salud han debido enfrentar la fértil aparición de estos programas indigenistas señalados anteriormente (Orígenes-BID) y, en muchas ocasiones, han tenido que experimentar diferencias a partir de la operación de los agentes estatales y las consultoras en el caso de *Orígenes*. Por ejemplo, la puesta en marcha del componente “salud intercultural” del Programa Orígenes incluía dentro de sus lineamientos programáticos la sistematización y posterior apoyo financiero a una “experiencia modelo”, lo que trajo discusiones éticas y políticas respecto de la autonomía de las experiencias de cara a esta nueva forma de ingerencia estatal. De hecho, en el caso Boroa Filulawen y Makewe, este dispositivo fue gatillante para un distanciamiento político entre ambas organizaciones territoriales relacionadas desde sus inicios. De esta manera, la intervención del Programa Orígenes, a través de sus agentes estatales (Servicio de Salud) y para-estatales (Consultoras) consiguió debilitar a organizaciones y territorios mapuche que se han relacionado históricamente.

En el caso arriba descrito, finalmente los recursos para “fortalecer los modelos” no llegaron a ninguna de las dos organizaciones que administran los centros de salud. No obstante, la operación del componente salud intercultural del Programa Orígenes y su correlato en el Servicio de Salud Araucanía Sur logró intervenir en un proceso de autogobierno mapuche en salud y que se hallaba fortalecido gracias a la existencia de las dos organizaciones mencionadas. Los agentes estatales chilenos intervinieron así mediante la coacción del dinero y la consiguiente dispersión de las iniciativas mapuche en salud. No por casualidad sólo se financiaría “una experiencia modelo de salud intercultural”. Lo importante aquí, a mi entender, es darnos cuenta que vamos “pisando el palito” que el Estado y sus dispositivos nos van imponiendo a pesar de las construcciones colectivas y alianzas que se han ido forjando desde los años noventa.

La intervención del Estado chileno, a través de la institucionalidad multicultural en salud y determinado por el Servicio de Salud Araucanía Sur, ha insistido en reproducir un discurso culturalista, esencialista e ideal de lo mapuche, el que les permite intervenir de manera más reducida y asistencialista para un supuesto bienestar de las comunidades mapuche. De esta forma se han concentrado acciones tendientes a resolver necesidades puntuales que precisamente son producto de las brechas estructurales y socioculturales no abordadas, tales como entrega de anteojos, prótesis dentales, compra de medicamentos, financiamiento de exámenes, compra de servicios para exámenes de laboratorio, y realización de operativos asistenciales (Sáez). Inclusive, se ha llegado a pensar que las señaléticas en mapudungun en un centro de salud es “interculturalidad” (no he conocido ninguna *papay* o *peñi* que las haya podido leer).

La institucionalidad actual ha ignorado en términos operativos las verdaderas cuestiones de fondo respecto de la situación de salud de las comunidades mapuche como lo son las *determinantes estructurales, históricas y socioculturales* que influyen en la salud de nuestras comunidades, como lo son la posesión territorial, la subordinación y la marginación en la estructura socioeconómica y política chilena. En este sentido, la interculturalidad va sirviendo para disfrazar y mas bien opacar situaciones de desigualdad tal como se ha hecho en otras zonas de concentración de población indígena.^[7]

De hecho, este nuevo sub-campo de la salud pública, llamado *salud intercultural*, se limita a abordar relaciones terapéuticas “médico-paciente”, “armonización de modelos médicos” o hasta

diseños arquitectónicos con “pertinencia cultural”. No obstante, deja de lado cuestiones de fondo que hacen a la interculturalidad en salud, tales como el territorio y las relaciones de poder dentro del sistema de salud, que mantiene tuteladas a las organizaciones indígenas que administran centros de salud y modelos (de los cuales la política de salud se vanagloria).

Por el contrario, mediante un diagnóstico (inexistente) de la situación de salud del pueblo mapuche y las comunidades, implementa erróneos procedimientos en la población, toda vez que el problema de salud estructural no reside en la falta de capacidad de las personas, en su nivel educacional o en la no valorización de su propia medicina.^[8] Por el contrario, el origen de gran parte de los problemas en salud (desde la concepción mapuche del término) reside en la estructura sociocultural y la determinación estructural y política impuesta por el Estado chileno neoliberal. Dicho Estado, mediante sus agentes y dispositivos, reconocen una supuesta diversidad cultural pero, por otro lado, a través de su limitado abordaje, niega lo que nos hace diferentes, el derecho como sujetos colectivos y el acceso al territorio, un territorio del cual hemos sido despojados y que es la base de una buena vida o *küime mongen*.

Así, podemos entender el por qué, existiendo un Programa Nacional de Salud y Pueblos Indígenas o un Programa de Salud **con** Población Mapuche en la Araucanía, no se investiga ni se impulsan acciones de “mitigación” sobre la influencia y aporte del monocultivo forestal en la carga de enfermedad de las comunidades, especialmente aquellas que han sido literalmente fumigadas; o los efectos del funcionamiento de los vertederos municipales en la salud de la gente; de la creciente instalación de plantas de aguas servidas en territorio mapuche; de la contaminación del borde costero, etc. En definitiva, no surge una visión cuyo eje sea el territorio en el sentido amplio del término, para posibilitar la vida y la salud. Por el contrario, la institucionalidad preocupada de la salud del pueblo mapuche, mediante su inacción, ignora estos *procesos agresores* (Breilh) sobre la salud de nuestras comunidades que dice procurar. Con ello, se naturaliza nuestra condición de *ciudadanos de segunda categoría* (Seguel). Más allá del discurso, esa es la “interculturalidad en salud” del Estado chileno *multicultural- neoliberal*.^[9]

La burocratización de la salud intercultural se cristaliza y se suman profesionales, especialistas o *etnoburócratas* (Boccaro y Bolados) a su reproducción y ejecución presupuestaria legitimadora a través de programas como Orígenes-BID. La línea de trabajo de estas entidades, en salud intercultural, es ejecutar proyectos de “huertos medicinales”.^[10] Estos proyectos se implementan en el ya reducido espacio territorial con el que las comunidades quedaron luego de la reducción, remensura o división que hizo el Estado chileno, mientras que lo quitado no es devuelto: el territorio y las posibilidades de vida mapuche que él contiene, su diversidad (*itrofillmongen*).

Del auge a la subsistencia: los Modelos Mapuche de Salud Intercultural condicionados

Hablar de los Modelos Mapuche de Salud Intercultural implica entenderlos como un constructo cultural problematizado por las organizaciones mapuche que, junto con una fuerte demanda de atención de salud convencional por causa de la inacción del Estado, conceptualiza una forma de abordaje de la salud en un territorio mapuche determinado. Esto implica un proceso de fortalecimiento cultural identitario y político en torno a la manera en cómo el pueblo mapuche conceptualiza y aborda la salud, la cual a su vez define la forma en que esa organización configura una respuesta sociocultural al complejo salud/enfermedad/atención. Por tanto, el modelo es situacional y específico de cada territorio.

Como ejemplo deseo mencionar el caso del Centro de Salud Intercultural Boroa Filulawen, gestionado por la Coordinadora de Salud del mismo nombre, organización que obviamente debió adecuar sus parámetros organizativos a los exigidos por el Estado chileno, cuestión que naturalmente aún no cuenta con un consenso de parte de los líderes locales. El Centro de Salud Intercultural Boroa Filulawen fue inaugurado en diciembre de 2003 y su puesta en marcha partió en

junio del año siguiente, luego de un fuerte trabajo organizacional que incluyó desde la suma progresiva de comunidades del territorio histórico de Boroa (*forowe*) hasta el compromiso político de la otrora ministra de salud Michelle Bachelet para la creación de su Centro de Salud Intercultural, en un momento en el que estaban problematizando y configurando su Modelo de Salud. Hasta aquí, y a la fecha, el Servicio de Salud ha reiterado su compromiso con dicha iniciativa que se encuentra dando resolución a diversos problemas de salud con una respuesta diferenciada desde los saberes mapuche, populares, y desde la medicina oficial.[\[11\]](#)

La operatividad de este Centro de Salud está condicionada por los recursos que mensualmente el Servicio de Salud Araucanía Sur les proporciona. Esto se lleva a cabo a partir de un convenio de prestación de servicios a través del cual la Coordinadora de Salud Boroa Filulawen se compromete a “ejecutar acciones de salud” oficiales “nominadas”, estandarizadas, valorizadas y finalmente evacuadas a un registro estadístico mensual (REM) del Servicio de Salud. Se requiere un mínimo de atenciones en salud para que así el mismo Servicio pueda pagarles mensualmente una cantidad de recursos fijos (según dice el convenio), independientemente de las prestaciones de salud oficial realizadas, e independientemente de las “acciones interculturales” que realice y que supuestamente el Servicio de Salud valora e impulsa en su “Política Nacional de Salud y Pueblos Indígenas”.

De no realizar o entregar estas estadísticas mensuales valorizadas, tal cual política neoliberal y mercantil, los recursos no son depositados en las arcas de la organización y no se pagan los costos que permiten el funcionamiento del Centro de Salud. Ese es el único medio de financiamiento que posee el Centro de Salud para su Modelo de Salud Intercultural. El apoyo del Estado al modelo se reduce a esos fondos que según los mismos dirigentes son insuficientes y que les dificulta realizar acciones que vayan dirigidos a abordar la salud, mas allá del tratamiento biológico de la enfermedad. Es decir, el financiamiento mediante el cual el Ministerio de Salud apoya a dicha experiencia les determina a producir únicamente acciones curativas, tal cual un centro de salud común. Esas son las acciones que dicha entidad valora en pesos (\$); no así las actividades de prevención y promoción de la salud que la organización se plantea desde sus inicios, desde una perspectiva sociocultural, considerando estudios y análisis de situación de salud en el territorio que impliquen un levantamiento de información y discusión de la misma con las comunidades: un sistema de información de salud propio. Para esto, no hay recursos.

De esta forma, la retórica de la Salud Intercultural de parte de la Política de Salud chilena se reduce al pago según un cálculo estandarizado (en base a una “población asignada”) por valor de “prestaciones ejecutadas” por cada experiencia, situación que es ratificada cada año mediante firma de convenio condicionada a la información estadística mensual de prestaciones occidentales. El hecho que el Centro de Salud Boroa Filulawen haya sido construido en terrenos comunitarios no bastó para generar un funcionamiento del todo autogobernado o verdaderamente “intercultural”, ya que tampoco les es posible llevar a cabo acciones de prevención y promoción de la salud adecuados al contexto mapuche que caracteriza a dicho centro ya que no encuentra financiamiento ni valorización de esas iniciativas. De hacerlo, estas iniciativas cuentan con dificultades obvias de financiamiento e improvisación, y que la organización asume hasta la fecha.

En el caso del Hospital Makewe -al igual que Boroa Filulawen y el Centro de Medicina Mapuche en Nueva Imperial- éste cuenta con un convenio similar, en su modalidad de financiamiento y condicionamiento; al igual que Boroa, a pesar de ser considerada una *experiencia de salud intercultural*, no cuenta con apoyo para actividades que prevengan la enfermedad y que promuevan prácticas saludables, produzcan información relevante para la toma de decisiones ni tampoco para acciones en salud necesarias desde el punto de vista mapuche.

Las dependencias del Hospital Makewe fueron adquiridas por el Ministerio de Salud en el año 2004, antes que la alcaldesa de Padre las Casas haya estado a punto de adquirirla y convertirla en un policlínico, por lo que el hecho constituyó un verdadero remate al mejor postor en beneficio de la

Iglesia Anglicana de Temuco, a quienes antiguamente los lonko del territorio cedieron el terreno para su “proyecto evangelizador”. Una reciente inversión en el consultorio de atención externa (2007) producto del avanzado deterioro de la antigua construcción fue gracias a la movilización de recursos de la misma Asociación Mapuche para la Salud que en su momento hizo las gestiones políticas y operativas para que dicha mejora se concretara por medio de recursos del Fondo Nacional de Desarrollo Regional (F.N.D.R.).

No obstante, la Asociación Mapuche para la Salud Makewe Pelale está obligada a firmar año tras año el convenio con el Servicio de Salud, al igual que Boroa (Centro de Salud Boroa Filulawen) e Imperial (Centro de Medicina Mapuche) para la “compra” de prestaciones de salud convencionales, agregando este aspecto una inseguridad, incertidumbre y falta de compromiso de parte del Servicio de Salud para dar continuidad a algún proyecto serio de salud y proyectable en el tiempo. De esta forma, la continuidad y financiamiento de las experiencias quedan a la merced de los gobiernos de turno, lo cual a todas luces constituye una forma de clientelismo político forzado.

De esta manera la política de salud intercultural del Estado chileno mantiene a las experiencias de salud, gobernadas por organizaciones mapuche, condicionadas por el financiamiento y determinadas por la cantidad de prestaciones de salud biomédicas (o *wingka*) que realicen. Es decir, con nuevas estrategias el Estado nos mantiene tutelados, nuevamente parcelados y arreduccionados cuales “indios domesticados” o “indios buenos”.

Estas nuevas estrategias son las que imponen solapadamente las políticas de salud multicultural del Estado chileno, en donde los proyectos de las organizaciones mapuche se van diluyendo en sus posibilidades de desarrollo, frenando su desarrollo y priorizando “cumplir” con acciones de salud biomédicas que les permita un mínimo financiamiento. Esta situación es muy bien graficada por la lamgen Juana Calluil del *Centro de Medicina Mapuche Mapuche ñi Lawentuwün* quien, en una entrevista realizada por el diario La Nación, señala que se desgastan más en sortear esas trabas que en desarrollar con fuerza la medicina indígena (*La Nación*).

Nuevamente “pisamos el palito”, sin duda por la necesidad de que nuestra gente acceda a un servicio de salud digno, donde el Estado falló; para sostener el mandato que nuestra gente ha entregado a las organizaciones; o tal vez para mantener ese capital simbólico que significa mantener un centro de salud para el territorio gobernado por mapuche, etc. [12]. El Estado neoliberal-multicultural saca provecho de eso y nuevamente nos controla, nos mantiene tutelados y condicionados, adecuando su política de salud a su discurso de respeto a la diversidad y desplegando una supuesta “interculturalidad” que no es sino otra forma de dominación y control social en nuestra emergente institucionalidad propia mediante métodos más sutiles o *etnogubernamentalidad* (Boccaro), en donde se “domestica a los dominados” con nuevos dispositivos, esta vez vía la institucionalización de sus prácticas e iniciativas.

Este condicionamiento desplegado sobre las experiencias de salud intercultural se sustenta en la única forma de financiamiento que el Ministerio de Salud implementa mediante una tercerización (*outsourcing*[13]), delegando en las organizaciones mapuche las acciones que el Estado no es capaz de cubrir o no le interesa abordar. De esta manera, la única forma en la cual el Ministerio de Salud puede transferir recursos para la pervivencia de las experiencias es a través de un decreto con fuerza de ley emanado durante la dictadura militar; me refiero al DFL 36 del año 1980, dictado en pleno proceso de instalación “a la fuerza” del modelo neoliberal y “revolucionario” (Moulián), instrumento legal de dudosa legitimidad que permite tercerizar los servicios de salud en privados. [14]

El discurso de la interculturalidad en salud, el supuesto reconocimiento de la diversidad, la reforma del sector, ni los casi 20 años de gobierno de la Concertación han bastado para generar instrumentos legales adecuados que faciliten el ejercicio real y legítimo de la interculturalidad en salud, que en su expresión política y de derechos no es otra cosa que la posibilidad que como mapuche podamos

elegir y producir nuestra respuesta social en salud.

El nuevo peligro: el avance del Estado sobre la Medicina Mapuche.

Cuando las organizaciones mapuche a cargo de las experiencias señaladas esgrimen al Ministerio de Salud la falta de recursos e imposibilidad de desarrollarse como tal, se delega la responsabilidad de ese obtuso financiamiento a la limitación del “DFL 36” pinochetista que solamente financia actividades en salud tipificadas y valorizadas por FONASA.

Es en ese momento el Estado esgrime de manera oficial el hecho de la “valorización de las prestaciones interculturales” haciendo referencia a poner un precio institucional en pesos (\$) a la atención en salud llevado a cabo por una *machi*, un *lawentuchefe* u otro sanador mapuche, especialmente si esta acción se realiza al interior de un centro asistencial. Esto sugiere hacer un listado de “prestaciones” que el “agente mapuche” realiza y su consecuente valorización (\$), para que luego, al igual que las prestaciones *wingka* en salud, sean codificadas e informadas al sistema estadístico de salud oficial.

Respecto lo anterior, en la práctica se van experimentando diferentes fenómenos:

- i) los agentes de salud mapuche al interior de los servicios son condicionados en su accionar por el sistema de salud chileno;
 - ii) las prácticas de salud mapuche se estandarizan, codifican, valorizan y notifican, al igual que las prestaciones de salud *wingka*;
 - iii) la lógica de retribución por el bien (*mañuntu*) cambia a una racionalidad neoliberal;
 - iv) el contexto/escenario de sanación en el territorio cambia al box de atención, aislado de la realidad y variables que hacen a la salud y a la enfermedad, al igual que en la clínica médica;
 - v) las acciones en salud mapuche pasan a formar parte del patrimonio y capital del sistema de salud chileno; y, en definitiva,
 - vi) se determina la reproducción de agentes de salud mapuche a la contratación y pago de parte del Estado chileno y su funcionamiento en box de atención, ya no en el territorio.
- Progresivamente se interviene la cultural misma, determinándola y condicionándola mediante el dinero del Estado.

De esta forma el Estado y el sistema de salud en particular se apropia de la cultura (subalterna) a través de la patrimonialización de las prácticas de salud mapuche, enriqueciendo el *modelo médico hegemónico* haciendo uso de su propiedad acumulativa que le permite legitimidad (Menéndez) y se transforma en política enriquecedora de la nueva agencia multicultural. La pregunta es si en este contexto y política oficial estamos dispuestos a caer de nuevo en ese juego de burocratizar lo que es parte integrante de nuestra cultura, lo que nos hace autónomos, da legitimidad e indica nuestra pre-existencia en el territorio que demandamos reponer. ¿Vale la pena poner a disposición, conocimiento y determinación del Estado nuestras más íntimas y legítimas prácticas culturales con la excusa de permitir que las nuevas institucionalidades levantadas por las organizaciones mapuche autónomas se puedan financiar?

El Estado chileno se introduce en la reproducción misma de nuestra cultura, en las posibilidades de subsistencia como mapuche que las organizaciones debemos cuestionar y analizar de cara al avance de la institucionalidad propia, en estos aspectos tan importantes para nuestra existencia contemporánea.

En ese contexto es inminente la proliferación de centros de salud donde nuestras *machi* atiendan en un *box* pagadas por el mismo sistema de salud, deslindando la responsabilidad de la retribución

tradicional o *mañuntu* que al enfermo (*kuTRANche*) le corresponde entregar, en un servicio de salud o en FONASA, restando al acto mapuche tradicional de sanación de significado cultural y sentido. Tampoco extrañaría que aparezcan nuevas machi o nuevas modalidades de formación de machi o *machiluwün* determinadas por un sueldo o empleo estatal. Sin duda es un tema polémico y no exento de intereses que es necesario discutir internamente.

En ese juego, el único que se fortalece es el sistema de salud *wingka*, a través de la inclusión de una “oferta intercultural” a través de la cual logra legitimación en una parte del territorio nacional donde fue fuertemente objetado; mientras que al introducirse -y determinar de distintas formas el desarrollo de prácticas de salud mapuche insertas ya en su sistema- lo que se debilita es la medicina propia.

De las preguntas a las respuestas: desafíos hacia un Autogobierno Mapuche en Salud

El pueblo mapuche, tal como en otras épocas, se ha logrado reponer al avance del Estado chileno adquiriendo herramientas que el medio ha permitido y puesto a disposición para desarrollarnos en el campo y en la ciudad y de esta forma poder vivir en un contexto impuesto por la sociedad dominante. Es decir, nuestra gente, históricamente ha podido hacer una lectura tal que ha permitido comenzar a recuperar el territorio usurpado y darle sentido a un nuevo escenario que demanda mayor protagonismo y participación en la toma de decisiones en todos los asuntos de nuestro interés. Hoy en día no podemos sino seguir ese ejemplo.

En el caso de la salud hemos dado un avance significativo en la relación asimétrica frente al Estado chileno que no podemos desconocer: ante la inacción y discriminación del sistema de salud oficial propusimos respuestas mapuche en salud con enfoque territorial y fuerte impronta mapuche, creando centros de salud inéditos en Chile, administrados por representantes elegidos por las comunidades mapuche, cuestión que no sucede con los directivos del sistema de salud chileno. En el actual contexto revisado, con procesos de injerencia creciente del Estado en la salud mapuche y sus prácticas a cambio de financiamiento y subsistencia operativa de las experiencias autogobernadas, es oportuno plantearnos un giro de timón respecto del camino que ha trazado la institucionalidad ajena en salud (representada por el Ministerio y Servicios de Salud) y que nos mantiene actualmente en el borde de la burocratización de nuestra cultura mediante la activa patrimonialización de nuestros bienes culturales.

La pregonada salud intercultural en Chile, sus recursos y dispositivos como dominio del Estado chileno, han sido y son erradas respuestas a demandas del pueblo mapuche en salud. En su operatividad, ha implementado un abordaje equivocado, atomizado y folklórico respecto a los verdaderos problemas de salud que dicen relación al territorio y sus recursos, el impacto en la carga de enfermedad de los monocultivos forestales, de los basurales y del impacto que tienen sobre las condiciones de vida de nuestra gente en la situación de salud.

En este escenario, las organizaciones mapuche y quienes apostamos por el *autogobierno mapuche de la salud* -de cara a la creación progresiva de institucionalidad propia- debemos objetar y proponer formas alternativas de relación con el Estado en cuanto a la política de salud en nuestro territorio. Tanto y más debemos rechazar, en el discurso y en los hechos, la manera concreta en la cual los agentes estatales se imponen en experiencias de salud como las de Boroa, Nueva Imperial, Makewe y Pantano. Esta injerencia estatal chilena va por el lado de la burocratización de nuestra cultura, así como por su condicionamiento a la subsistencia de los modelos de salud creados territorialmente, dejándolos a merced del negociado político chileno, a la lógica neoliberal y a los gobiernos de turno.

De seguir la senda actual se seguirá contando el mismo cuento; con los mismos actores. Nuestra responsabilidad histórica seguirá aumentando si no nos autocriticamos y no nos resistimos a dar ese

salto al vacío que significa abrazar la “interculturalidad” ofrecida por el Estado chileno y su sistema de salud domesticador de nuestra medicina. Y nosotros, a cambio, seguiremos hipotecando el territorio y nuestro derecho a la autodeterminación en salud.

En lógica de derecho, el único camino que puede detener estas prácticas de absurda “interculturalidad” a nombre de nuestro pueblo es la apropiación mapuche de los servicios de salud al interior de los territorios y la actuación directa sobre la política de salud atendiendo al derecho internacional y al mismo convenio 169 de la OIT. Este último, en los artículos 25 y 30, traza lineamientos para que los pueblos indígenas sean partícipes y partes cooperantes de las decisiones en materia de servicios de salud, administración y prestación de servicios, ateniéndose y respetando sus tradiciones y culturas, es decir, rechazando las prácticas de participación funcional y utilitaria ofrecidas hasta ahora por el Estado chileno.[\[15\]](#)

Es por ello que para finalizar me permito señalar algunas acciones que a mediano plazo se visualizan como necesarias para activar una política de salud con efectiva incidencia indígena y que permitan, entre otros, reforzar las experiencias en salud intercultural desde las organizaciones mapuche y en los casos que corresponda, desactivar los procesos de patrimonialización de la salud mapuche de parte de la agencia estatal. Estas acciones propuestas responden a planteamientos de organizaciones y referentes mapuche en el tema, asesorías de experiencias en salud intercultural, reflexión y discusión con peñi, lamgen y colegas con quienes trabajamos la temática, así como la experiencia de trabajo del autor en los territorios de Gulumapu (Chile) y Puelmapu (Argentina). Estas acciones debieran ser implementadas, a mi parecer, por las mismas organizaciones mapuche y el Ministerio de Salud de manera colaborativa y complementaria.

Acciones necesarias en Política de Salud y Pueblos Indígenas

1. En las experiencias de autogestión mapuche y en donde los centros de salud no poseen aun participación real y efectiva de las organizaciones, implementar modelos de gestión de la salud basados en la *co-gestión* de los centros de salud como un modelo superador que involucre a la comunidad, los trabajadores de la salud y el Servicio o Ministerio de Salud en su caso. Esto implica una democratización organizacional en los centros de salud, fortaleciendo y recuperando compromiso sanitario entre los actores involucrados en el proceso salud/enfermedad/atención de la población mapuche, impulsando modelos de gestión menos verticales y más matriciales. Incluye la creación de espacios deliberativos colectivos mediante una *cogestión ampliada* de las experiencias (Souza Campos).
2. Pensar y configurar modelos de salud desde una perspectiva colectiva y sociocultural, es decir, partiendo de los conocimientos y prácticas en salud de las personas, de los perfiles de salud locales considerando los *procesos protectores y agresores* por parte de los equipos de salud mediante la investigación-acción y vinculación con las comunidades para el análisis de situación de salud y planeación de acciones (promoción, prevención, curación).[\[16\]](#) Lo anterior implica diálogo y vinculación con actores mapuche y no mapuche, y con el Estado, junto con el reconocimiento de influencias y complementariedad de conocimientos y prácticas en salud en el territorio, evitando así esencializar la organización y las prácticas de salud mapuche. Se trata de considerar sistemas de salud locales en toda su complejidad e influencia sociocultural.
3. Es necesaria la creación de una Subsecretaría de Salud Indígena o figura similar dirigida por indígenas con la misión de implementar la política concertada de salud en territorios indígenas en coordinación con el Ministerio de Salud y sus distintas dependencias. Esta dirección debiera contar con un *Consejo Asesor en Salud Indígena*, con representación de los pueblos indígenas en Chile con la finalidad de discutir y establecer la política de salud indígena, la revisión de programas y presupuestos destinados a la atención, promoción e

- investigación en salud de los pueblos indígenas en Chile, estableciendo prioridades sanitarias junto a los distintos actores gubernamentales, indígenas y gremios si correspondiere. Esta instancia debiera revisar los programas de salud implementados en territorios indígenas que comprometa cambios y armonización sociocultural de las prácticas sanitarias implementadas. El Ministerio de Salud por medio de la Subsecretaría de Salud Indígena o similar deberá proveer los medios para establecer mecanismos de representación indígena en los niveles regional y nacional según los criterios que cada pueblo indígena establezca.
4. Desactivar la notificación al Ministerio de Salud de las prácticas de salud mapuche y las realizadas por sanadores mapuche dentro de experiencias en salud intercultural.
 5. Releva la situación de los centros de salud en territorios indígenas en cuanto a la participación indígena y no indígena en su gestión, su articulación con la red sanitaria, respecto de su infraestructura y equipamiento y los modelos de atención y financiamiento al cual responden. De no estar involucradas las comunidades en su gestión se debe discutir e implementar un modelo de gestión en salud compartido con los servicios de salud chilenos e iniciativas de salud a nivel comunitario que ya se vienen desarrollando.
 6. Impulsar un proyecto de ley que permita recuperación de patentes y/o derechos sobre recursos terapéuticos naturales que salvaguarde mecanismos especiales para su supervisión, control y conservación desde una perspectiva de derechos colectivos.
 7. La incorporación de la variable étnica en los registros y sistemas de información en salud. Asimismo realizar Análisis de Situación de Salud (ASIS) en comunidades indígenas en coordinación y participación con referentes sociales, políticos, sanadores y técnicos de los pueblos indígenas y populares, incorporando el dominio sociocultural para los análisis, y que éstos sean presentados, analizados y debatidos en los distintos territorios y a nivel de gestión sanitaria del Ministerio o Servicio de Salud respectivos.
 8. Exigir la creación de instrumentos legales para garantizar el desarrollo de las experiencias en salud lideradas por organizaciones indígenas que considere la complementariedad de prácticas sanitarias según la determinación de las mismas organizaciones y de acuerdo a sus propios mecanismos resolutivos.
 9. Revisión y actualización de roles y funciones de los promotores y promotoras culturales en los servicios y centros de salud en virtud del alcances y ejercicio de derechos consagrados en instrumentos legales internacionales y nacionales.
 10. Incentivar la incorporación de materias obligatorias de salud sociocultural o antropología médica en la formación de profesionales de las ciencias de la salud. Asimismo, promover en los niveles académicos, asistenciales y de gestión estatal en salud, cuotas y plazos mínimos de prácticas y formación de profesionales de salud pública considerando además incentivos para que los territorios indígenas cuenten con recurso humano calificado.
 11. Aumento de cupos de ingreso por ascendencia indígena en las carreras de ciencias médicas de las Universidades Públicas, incluyendo la carrera de medicina como acción afirmativa en salud (Torres-Parodi), con el objeto de compensar la actual inequidad y subrepresentación indígena en la oferta de profesionales de la salud.
 12. Implementación de un fondo para la investigación en salud y pueblos indígenas que incluya recomendaciones a las políticas o programas de salud. Énfasis en la generación de investigaciones sobre *procesos protectores de la salud* que promuevan la implementación matricial y colaborativa de estrategias y acciones de promoción y prevención de la salud a partir de cuidados y conocimientos cotidianos de las familias y comunidades que deben ser valorados y relevados a favor de la salud del territorio. Estas servirán de insumo para el ejercicio de la *epidemiología sociocultural* en territorios indígenas.
 13. Generación de pautas de investigación para ser incorporadas en protocolos de investigación en salud en territorios indígenas que sea reconocido por instancias académicas como el Consejo de Rectores y el Ministerio de Educación (CONICYT), entre otros.

14. Generación de software para la gestión del *küme mongen* de parte de las experiencias mapuche que comprenda un *tablero de comando de gestión sociocultural en salud* que incluya los dominios: a) Gestión, b) Territorio y recursos naturales, c) Agentes de salud mapuche, d) Registro de prácticas de salud mapuche, e) Registro de prestaciones en salud oficial de acuerdo al CIE-10, f) Registro epidemiológico sociocultural, g) Registro epidemiológico convencional, h) Finanzas, i) Trabajo y relaciones laborales, y j) Producción.
15. Promover e implementar planificaciones estratégicas para la mejora de la gestión de hospitales, centros de salud o experiencias en salud intercultural, que involucre a todos los actores con competencia y responsabilidad en el cuidado, promoción de la salud y prevención de la enfermedad en territorios indígenas.
16. Por último, y en base a la experiencia y capital tecnopolítico de las organizaciones mapuche que lideran experiencias en salud intercultural, se hace cada vez más oportuno que impulsen y encabecen centros de estudios o institutos en salud sociocultural o en salud intercultural como espacio de reflexión, discusión, investigación y docencia respecto de la temática. Abierta a la comunidad y constituida por líderes, referentes y profesionales mapuche y no mapuche en el tema.
17. Todo el avance para forjar la autonomía en salud será posible de la mano de la protección y ampliación del territorio, incluyendo los recursos naturales y la biodiversidad (*itrofillmongen*) como indicadores trazadores del *küme mongen* (salud) de las comunidades. Para ello se requiere la planeación de prioridades y uso del territorio desde un punto de vista integral y consensuado con todos sus actores, así como la ampliación del territorio que promueva este bienestar.

Bibliografía

- Boccara, Guillaume. “Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile.” *Revista Chungara. Revista de Antropología Chilena* 39.2 (2007): 185-207.
- Boccara, Guillaume y Paola Bolados. “¿Dominar a través de la participación? El neoindigenismo en el Chile de la posdictadura.” *Memoria Americana. Cuadernos de Etnohistoria* 16.2 (2008): 167-196. Publicado también en línea. Fecha de visita a la página: 4 de mayo de 2012. <http://www.seccionetnohistoria.com.ar/memoam/Memoria_Americana_16.pdf>
- Breilh, Jaime. *Epidemiología Crítica, Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar, 2003.
- Citarella, Luca, comp. *Medicinas y Culturas en la Araucanía*. Santiago: Sudamericana, 2000.
- Díaz-Polanco, Héctor. *Autonomía regional: La autodeterminación de los pueblos indios*. México D.F.: Siglo XXI, 1991.
- Estrada, Daniela. “Tengo hora con la machi.” *La Nación* 28 enero 2008. Fecha de visita a la página: 23 de abril de 2012. <<http://www.mapuche.info/news/lanacioncl080128.html>>
- Fassin, Didier. *Antropología y salud en comunidades indígenas*. Quito: Abya Yala, 1992.
- Foucault, Michel. “Derecho de Muerte y Poder sobre la vida.” *Historia de la Sexualidad T.1 La Voluntad de Saber*. México D.F.: Siglo XXI, 1995.
- Kalinsky, Beatriz y Wille Arrúe. *Claves Antropológicas de la Salud. El Conocimiento en una Realidad Intercultural*. Buenos Aires: Miño y Dávila, 1996.

- Lorenzetti, Mariana. “Del Capital Cultural a la culturalización de la pobreza: la construcción de alteridad en los programas de salud para la población indígena”, Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, UBA, 2007. Fecha de visita a la página: 4 de mayo de 2008. <http://www.iigg.fsoc.uba.ar/jovenes_investigadores/4jornadasjovenes/>
- Marimán, Pablo. “Burócratas, yanakonas y profesionales mapuche, entre el colonialismo y la autonomía”. Fecha de visita a la página: 3 de mayo de 2008. <<http://www.galeon.com/pewman/publicacion/pablo.htm>>
- Menéndez, Eduardo. “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria”, *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud* (1988): 451- 464.
- Moulián, Tomás. *Chile Actual. Anatomía de un mito*. Santiago: LOM Ediciones, 1997.
- Ramírez, Susana. “Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad. Los centros de salud en el altiplano boliviano.” *Avá: Revista de Antropología* 14 (2009). Fecha de visita a la página: 4 de mayo de 2012. <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16942009000100010>
- Sáez, Margarita. “Salud y Pueblos Indígenas: Políticas, Programas y Planes en un proceso de negociación y acuerdos”. Presentación en Seminario-Taller Pueblos Indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado? CEPAL, Santiago, 25 y 26 de junio de 2007. Fecha de visita a la página: 4 de mayo de 2008. <<http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/8/29208/MSaezD.pdf>>
- Seguel, Alfredo. *Basurales en comunidades mapuche: un conflicto latente en la región de la araucanía*. Santiago: Observatorio Latinoamericano de Conflictos Ambientales, Santiago, 2003.
- Souza Campos, Gastão Wagner. *Gestión en Salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar, 2004.
- Torres-Parodi, Cristina. “Acciones afirmativas para lograr la equidad de salud para los grupos étnicos/raciales.” Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2003.
- Walsh, Catherine. “Interculturalidad, Reformas Constitucionales y Pluralismos Jurídico.” *Derechos Colectivos y Administración de Justicia Indígena*, Universidad Abierta Simón Bolívar. Fecha de visita a la página: 25 de octubre de 2010. <<http://www.uasb.edu.ec/padh/centro/pdf2/WALSH%20CATHERINE.pdf>>

(*) **Andrés Cuyul Soto** nació en Coyhaique en 1978. Es Licenciado en Trabajo Social por la Universidad de La Frontera (Temuko); y Magíster en Salud Pública por la Universidad de Buenos Aires, Argentina. Desde el año 2002, se desempeña como consultor, investigador y docente en el campo del desarrollo y la salud de los pueblos indígenas a través de organizaciones indígenas y de organismos de cooperación internacional en Chile y Argentina. Actualmente es consultor en UNICEF Argentina; e investigador del Instituto de Investigaciones en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires.

Notas

[1] En marzo de 1990, tras el fin del régimen político de Pinochet, se instaló en Chile el primer gobierno de la Concertación, bajo el liderazgo demócratacristiano de Patricio Aylwin (1990-1994). Luego, siguieron los gobiernos de Eduardo Frei Ruiz-Tagle (1994-2000), Ricardo Lagos (2000-2006) y Michele Bachelet (2006-2010), cerrándose así un ciclo de cuatro períodos gubernamentales concertacionistas dentro de la administración política del Estado chileno.

[2] Entre los años 1960 a 1970, contexto en el que epidemias como la tuberculosis diezma a muchas comunidades.

[3] Disponible en <www.araucaniasur.cl> Última visita: 23/04/12.

[4] Se obvia en el diagnóstico del proyecto que la escasez de medicina mapuche tiene directa relación con el “arreducciónamiento territorial” y la contaminación ambiental. Se parte de la falsa presunción que las familias en la comunidad no tienen remedios en su espacio doméstico.

[5] Las organizaciones comienzan su trabajo hacia finales de los años noventa y principios del año 2000.

[6] Uso la noción de “etnofagia” en el sentido desarrollado por Díaz-Polanco (1991).

[7] Para más información, ver Ramirez.

[8] Se utiliza la estrategia de APS (Atención Primaria en Salud), metodología de trabajo que se basa en un análisis sociológico falso de ideal de la comunidad, que participa en su pobreza, la integración de las medicinas, la participación activa de los profesionales de salud pública en terreno, entre otros. Ver Fassin (1992).

[9] El *multiculturalismo* chileno tiene sus bases conceptuales en el Estado neoliberal, “en el que todos supuestamente comparten los mismos derechos. En este contexto, la tolerancia del otro –un cambio sólo en el nivel de las actitudes– es considerado como suficiente para permitir que la sociedad nacional (y monocultural) funcione sin mayor conflicto, problema o resistencia. Pero, además de obviar la dimensión relacional, esta atención a la tolerancia como eje del problema multicultural, oculta la permanencia de las desigualdades e iniquidades sociales que no permiten a todos los grupos relacionarse equitativamente y participar activamente en la sociedad, dejando así intactas las estructuras e instituciones que privilegian a unos sobre otros” (Walsh s/p).

El discurso presidencial de Michelle Bachelet “Pacto Social por la Multiculturalidad” (01/04/08) es gráfico en ese sentido: <<http://www.unicef.cl/unicef/index.php/Ultimas/GOBIERNO-PRESENTO-POLITICA-INDIGENA>> Última visita: 23/04/12.

[10] Esto se impulsa bajo la falsa presunción que las familias en la comunidad no tienen remedios en su espacio doméstico.

[11] Es necesario señalar que los límites entre un modelo de salud y otro son más bien difusos e influenciados mutuamente.

[12] Mientras esto sucede, desde los equipos de salud occidentales, con quienes debieran interactuar las experiencias, se asume una visión *exotizante* y distante. Como señala al respecto Doraliza Millalén de la *Asociación Mapuche Newentuleaiñ* (Hospital de Nueva Imperial), “los que están al lado no nos conocen, así que no es mucho lo que proponen. Nos ven como innecesarios”. En Periódico Mapuche *Azkintuwe*, diciembre de 2004.

[13] Este concepto es introducido con bastante fuerza durante la dictadura militar y, en lo esencial, trata de una modalidad según la cual una organización ajena a la empresa es contratada para hacerse cargo de “parte del negocio” o de un servicio puntual dentro de ella. El concepto externalización o

tercerización se utiliza comúnmente para referirse a este dispositivo empresarial que cada vez mas los gobiernos neoliberales ha aprehendido.

[14] Léase para el Ministerio de Salud: Organizaciones Mapuche.

[15] “La participación comunitaria en salud es frecuentemente promocionada con el propósito de obtener servicios de la comunidad para lograr determinados fines, o para incrementar los usos de los servicios oficiales de la salud antes que para aumentar el control que tiene la gente, compartiendo el poder o contribuyendo a las colaboraciones en el desarrollo de la salud” (Heggenhougen, en Kalinsky & Arrúe, 1996).

[16] Es necesario que las políticas y planes de salud no se “apliquen” en territorio, sino mas bien los equipos de salud en diálogo con las distintas comunidades desarrollen metodologías de investigación que vislumbren de qué se enferma y muere la gente y qué fortalezas o procesos protectores posee para luego configurar estrategias situacionales en salud, vinculando a todos los actores interactuantes en el territorio.