

7

Memoria del Primer  
Encuentro Nacional Salud y  
Pueblos Indígenas: Hacia una  
Política Nacional Intercultural  
en Salud

Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas

Febrero 1998  
Washington, D.C.



División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud

© Organización Panamericana de la Salud, 1998

El presente documento no es una publicación oficial de la Organización Panamericana de la Salud; no obstante, la organización se reserva todos los derechos. El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido, reproducido o traducido totalmente o en parte, sin autorización previa, a condición de que se especifique la fuente y de que no se use para fines comerciales.

**MEMORIA**  
**PRIMER ENCUENTRO NACIONAL**  
**SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS:**  
**HACIA UNA POLÍTICA NACIONAL INTERCULTURAL EN SALUD**

**Saavedra - Región de la Araucanía**

**Noviembre 1996**

SERVICIO DE SALUD  
ARAUCANIA  
IX REGION

MINISTERIO  
DE SALUD  
*La Vida es lo primero*

**SALUD Y PUEBLOS INDIGENAS:  
HACIA UNA POLITICA NACIONAL INTERCULTURAL EN SALUD**

Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas:  
(Hacia una Política Nacional Intercultural)  
4 al 8 de Noviembre, 1996

**"Taxpacha jakinaka oraq" en utjirinaka apt'apiniwa taxpach  
jachakollanakapa"  
"Wallmapu che trapũmay ñi lawen"**

**Chile, Región de La Araucanía, Comuna de Saavedra**

**Organizado por:**

Programa de Salud con Población Mapuche - Servicio de Salud Araucanía  
Programa Salud de los Pueblos Indígenas - Ministerio de Salud  
Ilustre Municipalidad de Saavedra

**Patrocinado por:**

Corporación Nacional de Desarrollo Indígena  
Centro de Estudios y Documentación Liwen  
Coordinadora de Mujeres Mapuche  
Policlínico Metodista  
Facultad de Medicina, Universidad de la Frontera  
Instituto de Estudios Indígenas, Universidad de la Frontera  
Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud

Editado con aportes de la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas de la Organización Panamericana de la Salud,  
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

**PRIMER ENCUENTRO NACIONAL DE SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS:  
HACIA UNA POLÍTICA NACIONAL INTERCULTURAL**

4 al 8 de noviembre, 1996

**DOCUMENTO DE TRABAJO**

**Comité Editorial:**

Jaime Ibacache Burgos	Servicio Salud Araucanía Sur
Ivonne Jelves Mella	Servicio Salud Araucanía Sur
Yolanda Nahuelcheo Saldaña	Monitoría Indígena
Jaime Neira Rozas	Servicio Salud Araucanía Sur
Ana María Oyarce Pisani	Universidad de la Frontera
Sergio Pezoa Bertoni	Ministerio de Salud
Margarita Sáez Salgado	Ministerio de Salud

**Sistematización:**

Margarita Sáez Salgado	Ministerio de Salud
Ivonne Jelves Mella	Servicio Salud Araucanía Sur

**Sugerencias y Comentarios:**

Eduardo Marileo Lefío  
Eusebio Nahuelcura Coilla  
María Elsa Ancavil Tropa  
Doralisa Millalén Rapiman  
Eliana Quilaqueo Bustos

**Transcripción de ponencias:**

Mario Castro Vera y Yilina Elter Silva, Servicio Salud Araucanía Sur

## PARA SANARTE VINE, ME HABLO EL CANELO

Para sanarte vine, me habló el árbol sagrado  
Ve y recoge mis hojas, mis semillas  
me está diciendo  
De todas parte vinieron tus buenas machi  
mis buenos machi  
desde las cuatro tierras, desde las cuatro aguas  
mediaremos, me están diciendo sus poderes  
en tus nervios, en tus huesos, en tus venas  
¿o deseas acaso abandonar a nuestra gente?  
Elevaré mis rogativas, le digo  
Ay mis pensamientos se apartaron de  
los apacibles ríos de mi corazón:

Piedra, Transparente será éste, por mí, dijiste  
Oo! Ngvnechen, envíame tu aliento  
tu resollar de aire poderoso  
Este va a ser cantor, dijiste, entregándome  
el caballo Azul de la palabra  
Hasta la tierra de Arriba llegará en sus sueños  
confundiendo al mensajero de sus enemigos  
Me oirá cuando hable desde la savia  
de las plantas y de las flores. Así dijiste  
Mas yo quise olvidar el consejo de las Ancianas  
y de los Ancianos  
por eso estoy enfermo ahora  
Mis pensamientos se alejaron de los apacibles  
Ríos de tu corazón

Mírame, estoy soñando que he subido por tus hojas  
La cascada azul de la mañana vinos a mojar  
mis labios con sus aguas  
Subí, subí con ellas, pero me sujetó el murmullo  
de los peces  
Caminé luego sobre el aroma de los bosques  
Después bailé. En él estaba colgado mi poder  
Las buenas visiones y los buenos sueños  
lo rodeaban  
Lloré entonces, lloré, abrazado por el espíritu  
*de mi canelo.*

**ELICURA CHIHUAILAF**

## **AGRADECIMIENTOS**

*Una vez que ya concluye este trabajo de sistematización, en la quietud de la tarde nos vamos recordando de todos los hermosos momentos vividos en el lafkenmapu junto a todos los amigos que llegaron a compartir allí sus conocimientos e ideas.*

Debemos agradecer en primer lugar a la comunidad Mapuche Lafkenche que con sus Machi, Longko y dirigentes nos acogió en esa mágica tierra que nos brindó calor y enseñanzas.

También agradecemos a las autoridades locales que nos apoyaron y abrieron las puertas a la realización de este encuentro.

Al Equipo de Salud Municipal y al Equipo de Salud del Hospital de Saavedra vayan nuestros agradecimientos por su colaboración y participación en variadas actividades.

Un especial agradecimiento a Adriana Marcus, Médica General del Hospital de Zapala, Argentina, quién con afecto y solidaridad realizó un gran aporte a esta sistematización enviándonos sus apuntes e ideas desde allende Los Andes.

A los poetas y músicos: gracias por compartimos su fuerza y por ofrecernos ese espacio de libertad.

Finalmente debemos agradecer esta oportunidad que nos ha dado la vida de poder trabajar en el inicio de este camino de encuentro entre hermanos, que buscan complementariedad e identidad.

**COMITÉ EDITORIAL**





# TABLA DE CONTENIDO

<b>PARA SANARTE VINE DIJO EL CANELO (poesía)</b> .....	<b>v</b>
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	<b>vii</b>
<b>PRESENTACIÓN</b> .....	<b>xi</b>
<b>PRÓLOGO</b> .....	<b>xiii</b>
<b>INAUGURACIÓN ENCUENTRO SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS</b> .....	<b>1</b>
<b>DISCURSOS:</b>	
Dr. Claudio Farah Meza, Director Servicio Salud Araucanía .....	1
Dr. Cleofe Molina, Jefe División de Apoyo a la Gestión, Representante del Ministerio de Salud .....	4
Sr. Mauricio Huenchulaf, Director Nacional de CONADI .....	6
Sra. Yolanda Nahuelcheo, Comisión Monitoría Indígena OPS/OMS .....	9
Sr. Orlando Ulloa, Alcalde de la Comuna de Saavedra .....	10
Boca Budi (poesía) .....	11
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>13</b>
<b>ESTE SILENCIO DE MILES DE PALABRAS (poesía)</b> .....	<b>17</b>
<b>1. PANEL CONDICIONES DE SALUD Y VIDA DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS</b> .....	<b>19</b>
1.1 Introducción .....	19
1.2 Carmen Alarcón .....	21
1.3 Julia Aguirre .....	21
1.4 Sandra Berna .....	22
1.5 David Gutiérrez Tanabe .....	22
1.6 Víctor Toledo .....	23
1.7 Domingo Raín .....	25
1.8 Yolanda Nahuelcheo .....	26
1.8.1 Antecedentes demográficos .....	26
1.8.2 Obstáculos para la atención de salud de los pueblos indígenas .....	27
1.8.3 Propuesta para trabajo en salud .....	28
1.9 Resumen Discusión y Comentarios .....	31
<b>AGUA ENAMORADA (poesía)</b> .....	<b>32</b>
<b>2. PANEL SALUD Y MEDIO AMBIENTE</b> .....	<b>33</b>
2.1 Introducción .....	33
2.2 Experiencia de una Comunidad Pewenche .....	33
2.3 Salud, Medio Ambiente y Desarrollo en Comunidades Indígenas, por Pablo Regalsky .....	36
2.4 Organización Tradicional y Territorio, por Manuel Muñoz Millalonco .....	40
2.5 Recuperación, Educación y Gestión Ambiental: Suelos Degradados de Chanquin y Huentemo. Hacia la Democratización de las Propuestas de Desarrollo, por Omar Vejar Cid .....	44
2.6 Resumen Discusión y Comentarios .....	46
<b>A VECES ME SORPRENDO (poesía)</b> .....	<b>48</b>
<b>3. PANEL INTERCULTURALIDAD EN SALUD</b> .....	<b>49</b>
3.1 Introducción .....	49
3.2 Interculturalidad en Salud: Reflexiones en Torno a la Situación en el Norte de Chile, por Malva Pedreros .....	49
3.3 Medicina Intercultural Indígena, por Molly Garrido .....	52
3.4 Política Intercultural en Salud: Elementos de una Propuesta, por Ana María Oyarce .....	54
3.4.1 Algunas preguntas básicas .....	55
3.4.2 Reflexiones sobre una política intercultural .....	55
3.4.3 Condiciones para el desarrollo de una política intercultural .....	56

3.4.4	Definiciones básicas de lo intercultural .....	56
3.5	Resumen Discusión y Comentarios .....	60
<b>RUEGO EN LAS PAREDES ROCOSAS DEL CIELO (poesía) .....</b>		<b>63</b>
<b>4.</b>	<b>PANEL COEXISTENCIA DE SISTEMAS MEDICOS .....</b>	<b>65</b>
4.1	Introducción .....	65
4.2	Caminos, Tropiezos y Algunas Certidumbres, por Willie Arrué .....	66
4.3	Sistemas Médicos en la Novena Región: En Busca de la Complementariedad, por Ivonne Jelves .....	68
4.4	Coexistencia de Sistemas Médicos en la Región Andina, por Isabel Alanoca .....	72
4.5	Resumen Discusión y Comentarios .....	73
<b>EL AMOR DE LOS POBRES (poesía) .....</b>		<b>76</b>
<b>5.</b>	<b>PANEL FORMACIÓN DEL EQUIPO DE SALUD INTERCULTURAL .....</b>	<b>77</b>
5.1	Introducción .....	77
5.2	Formación de Recursos Humanos: una Reflexión desde la Universidad, por Gonzalo Valdivia .....	77
5.3	Experiencia desde los Facilitadores Interculturales, por Elsa Ancavil .....	81
5.4	Reflexiones desde la Experiencia del Programa de Salud Rural, por Adriana Schalchli .....	83
5.5	Rol de los Promotores de Salud, por Rubén Montoya .....	84
5.6	Resumen Discusión y Comentarios .....	87
<b>CASAS EN EL AGUA .....</b>		<b>88</b>
<b>6.</b>	<b>PANEL MARCO LEGAL PARA LA INERCULTURALIDAD EN SALUD .....</b>	<b>89</b>
6.1	Introducción .....	89
6.2	Interculturalidad en Salud: El Contexto Social Vigente .....	89
6.3	Marco Jurídico Legal para la Interculturalidad en Salud .....	91
6.4	Marco Legal: Situación Actual del Pueblo Mapuche .....	94
6.5	Experiencia de un Médico Tradicional Mapuche, por Juan Huentemil .....	96
6.6	Resumen Discusión y Comentarios .....	97
<b>7.</b>	<b>CONCLUSIONES Y PROPUESTAS .....</b>	<b>101</b>
7.1	Tema: Condiciones de Vida y Salud de los Pueblos Indígenas .....	101
7.1.2	Propuestas condiciones de vida y salud .....	101
7.2	Tema: Salud y Medio Ambiente .....	101
7.2.1	Propuestas salud y medio ambiente .....	102
7.3	Tema: Interculturalidad en Salud .....	102
7.3.1	Propuestas para la Interculturalidad .....	104
7.4	Tema: Coexistencia de Sistemas Médicos .....	105
7.4.1	Propuestas para la Complementariedad entre Sistemas .....	107
7.5	Tema: Formación del Recurso Humano .....	107
7.6	Tema: Marco Legal para la Interculturalidad .....	108
7.6.1	Propuestas Marco Legal .....	108
<b>PALABRAS DE FACILITADORES INTERCULTUALES .....</b>		<b>109</b>
<b>ANEXO 1: PROGRAMA PRIMER ENCUENTRO DE SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS .....</b>		<b>111</b>
<b>ANEXO 2: LISTA DE PARTICIPANTES .....</b>		<b>115</b>
<b>ANEXO 3: COMISIÓN ORGANIZADORA DEL ENCUENTRO .....</b>		<b>121</b>
<b>ANEXO 4: PARTICIPANTES EN GRUPOS DE TRABAJO .....</b>		<b>123</b>

## PRESENTACIÓN

*Interculturalidad en Salud* implica reconocer la validez de los conocimientos y prácticas desarrolladas por los diferentes grupos humanos a lo largo de su historia para enfrentar el proceso salud-enfermedad y facilitar procesos que se sustenten en la reciprocidad de las relaciones, el respeto y el entendimiento mutuo. En consecuencia, incorporar a nivel de políticas de salud un *Enfoque Intercultural en Salud* requiere del desarrollo de un proceso de análisis y construcción con los distintos actores claves.

Fue entonces que se hizo necesario producir un espacio de conocimiento nuevo en relación al proceso de salud-enfermedad para nuestro país, cuyo objetivo principal los hermanos Mapuche lo expresaron como **“Wallmapu che trapümay ñi lawen”** y los hermanos Aymara como **“Taxpacha jakinaka oraq”en utjirinaka apt’ apiniwa taxpach jachakollanakapa”**; es el espíritu de nuestros antepasados que nos dice que en un encuentro como este “Toda la gente de la tierra unirá sus medicinas”.

En el marco de una política intercultural de salud , un primer paso a nivel nacional fue la realización de este Encuentro, caracterizado como un espacio de debate amplio y heterogéneo, donde se compartieron diferentes visiones, experiencias y propuestas dada la gran participación de representantes indígenas y el carácter multidisciplinario e interinstitucional de los participantes, quienes iniciamos así el largo y urgente camino *«Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud»*.

El Encuentro se realizó en la Comuna de Saavedra, Región de La Araucanía, Chile, entre el 4 y 8 de Noviembre de 1996. Su organización estuvo a cargo del equipo de trabajo del Programa de Salud con Población Mapuche del Servicio de Salud Araucanía y del Programa de Salud de los Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud, en coordinación con la Ilustre Municipalidad de Saavedra.

Esta publicación recoge el proceso de reflexión, la discusión grupal y las principales conclusiones y propuestas.

El documento está organizado en capítulos que reúnen las ponencias presentadas en cada uno de los paneles del Encuentro. Se trataron temas relevantes como: Condiciones de Vida y Salud de los Pueblos Indígenas, Salud y Medio Ambiente, Interculturalidad en Salud, Coexistencia de Sistemas Médicos. Formación de los Recursos Humanos y Marco Jurídico y Legal.

Las ponencias se presentan conservando el carácter coloquial de las exposiciones. En cada panel se han incorporado títulos a las ponencias, una breve introducción al tema y al final, una sistematización de las preguntas, opiniones y comentarios realizados por los participantes y panelistas.

La diversidad de opiniones y conclusiones recogidas se presentan como insumos para emprender reflexiones similares en las distintas regiones del país. Este documento de trabajo del Encuentro busca contribuir a la difusión del tema y sugerir propuestas de acción.

En algunas ponencias e intervenciones se registran términos en lenguas indígenas, fundamentalmente en mapudungun, que por tratarse de un idioma de tradición oral, hasta ahora no ha logrado consolidar un

alfabeto único, razón por la cual se ha optado por respetar la forma escrita presentada por cada autor, sin embargo en los comentarios y conclusiones presentadas por el equipo editor, se ha hecho uso del alfabeto unificado, que nace de un acuerdo entre lingüistas y otros investigadores de la lengua mapuche.

Su preparación y edición son resultado del esfuerzo de un grupo de personas provenientes de distintas instituciones, preocupadas por contribuir a producir los cambios que la problemática de salud requiere y por proponer insumos para una *política de salud nacional para los pueblos indígenas con una visión pluriétnica y multicultural*.

**COMITÉ EDITORIAL**

## PRÓLOGO

La salud es una meta que impone complejas exigencias, difíciles de alcanzar para toda la población en forma equitativa, más aún si consideramos la diversidad étnica presente a lo largo del territorio nacional. Al igual que en otros países del continente, la realidad de Chile es pluriétnica, alrededor de un 10% es de origen indígena, donde la efectividad de un enfoque de equidad deberá sustentarse en el reconocimiento de la existencia de mundos socioculturales diversos, donde se encuentran distintas formas de entender y enfrentar el proceso de salud-enfermedad.

La importancia y la necesidad de desarrollar políticas y planes para el mejoramiento de las condiciones de salud y medio ambiente de los pueblos indígenas es universalmente reconocida, mas allá de las diferencias entre los sistemas políticos, niveles de desarrollo y modelos de servicios de salud existentes. En nuestro país, el desarrollo de los Servicios de Salud centrados en la satisfacción de los usuarios, se ve enfrentado no sólo a problemas nuevos, sino también, a reconocer la posibilidad de utilizar estrategias diferentes para situaciones conocidas, dando lugar a nuevos modelos de atención.

La experiencia pionera de trabajo en salud con poblaciones indígenas desarrollada en la Novena Región desde hace una década por diversas instituciones, los avances logrados en esta materia por el Servicio Salud Araucanía y el actual compromiso de los Servicios de Salud Arica, Iquique y Osorno, son una demostración de la decisión del Ministerio de Salud de impulsar el desarrollo de acciones concretas de trabajo intercultural en los Servicios de Salud. En este marco, se realizó el “Primer Encuentro de Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud”, cuya memoria se presenta en las páginas siguientes.

La reflexión emprendida y las propuestas del Encuentro, apuntan resaltar algunos de los desafíos pendientes: reconocimiento a la pluriculturalidad y diversidad étnica existente en el país, incorporar a nivel de Servicios de Salud lineamientos específicos en relación a la salud de las poblaciones indígenas que estén dirigidos a mejorar el acceso y la calidad de la atención desarrollando estrategias acordes con su realidad sociocultural, generar información epidemiológica y lograr impactos sobre sus problemas de salud. El abordar estos desafíos no tiene como fin último ayudar a los pueblos indígenas, sino más bien ayudarnos mutuamente con el fin de alcanzar la salud para todos.

**DR. FERNANDO MUÑOZ PORRAS**  
**SUBSECRETARIO DE SALUD**

## INAUGURACIÓN ENCUENTRO SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS DISCURSOS

---

**DR. CLAUDIO FARAH MEZA**  
**DIRECTOR SERVICIO SALUD ARAUCANIA**

Estamos en la Región de la Araucanía, tierra en la que se libró una guerra de tres siglos entre el pueblo mapuche y el ejército de colonización. Desde esa época, los mapuches tienen la memoria histórica de combatir para mantener su tierra, sus costumbres y su cultura.

Hoy estamos dándonos la mano no solo entre «huincas» y mapuches, sino también con otros pueblos indígenas de Chile, y además con pueblos nativos de otros países de América Latina, aprovecho de saludar a los representantes de los pueblos Aymara, Atacameño, Rapanui, Mapuches (VIII y IX Regiones), Huilliches, Mapuches de la Provincia de Neuquén, Argentina, a los hermanos de Bolivia, Ecuador y Venezuela.

Estamos construyendo una nueva manera de entendernos, una manera en la que podemos mirarnos a los ojos de frente, todos a la misma altura, no unos más arriba que otros, nos estamos mirando sin desconfianza, sin el temor de ser engañados, estamos tratando de construir una relación en la que ningún pueblo tenga que renunciar a su cultura para poder «integrarse» a la sociedad mayor y dominante, estamos tratando de buscar la complementariedad de nuestras capacidades de sanar a las personas y de cuidar el ambiente.

Este Encuentro pretende poner en contacto a gentes, que venidas desde los más diversos rincones de Chile y de otros países, pueda avanzar en la estructuración de una *Política de Salud Intercultural para Chile*. Queremos aprovechar la experiencia de personas venidas desde otras naciones hermanas, así como esperamos poder iluminar en alguna medida los caminos que en esas naciones se puedan recorrer en el futuro para lograr una meta parecida.

En la Novena Región de Chile, hemos andado un largo camino para llegar a este Encuentro. En esta Región de la Araucanía ha habido gente que ha hecho su aporte desde diversos ámbitos. Debo reconocer a los médicos y otros profesionales que trabajaron en el Consultorio Guacolda en la Comuna de Traiguén: Jaime, Félix y otros, debo reconocer también el aporte que desde un ámbito más académico, y muy comprometido con la cultura mapuche, han hecho profesionales de la antropología médica: Anita, Aldo, Teresa, entre otros. También es necesario destacar en años más recientes la decisión visionaria de quien fuera el anterior Director de este Servicio de Salud y hoy Subsecretario de Salud, Dr. Fernando Muñoz, quien supo estimular el inicio de un Programa único en los Servicios de Salud chilenos el *Programa Mapuche*.

Este Programa pretende incorporar la perspectiva de la cultura mapuche al interior de nuestro Servicio, con el objetivo de establecer nuevas pautas de relación entre el Sistema Público de Salud y el pueblo mapuche, un trato más pertinente en lo cultural y más digno en lo personal. También pretende aprender de una cultura más antigua los méritos que le han permitido sobrevivir hasta ahora.

A través de esta experiencia hemos incorporado la visión de profesionales de las ciencias sociales en un aspecto directamente relacionado con la atención de salud. Así es como los antropólogos han hecho un aporte significativo a comprender y valorar la diversidad.

Alguna vez dije que con el establecimiento de este programa, el Programa Mapuche, el Servicio de Salud Araucanía estaba iniciando el pago de una deuda, en el sentido de ofrecer una perspectiva adecuada a la realidad cultural de nuestra región.

Es así como podemos mostrar una elevada proporción de funcionarios del Servicio de Salud capacitados en aspectos relevantes de la cultura mapuche. También hemos incorporado oficinas Amuldungun, algo así como oficinas de información intercultural, en seis establecimientos de nuestra región. Estas últimas han permitido establecer un nuevo miembro el equipo de salud: el Facilitador Intercultural. Debo destacar el aporte de estos nuevos integrantes de los equipos de salud, que constituyen un verdadero puente cultural entre los pacientes mapuches y el personal de los establecimientos. Otras actividades del programa Mapuche son investigaciones de terreno, docencia a estudiantes de medicina y el apoyo a comunidades en proyectos de desarrollo comunitario, vinculados a la salud.

Sin embargo, no todo ha sido fácil, en un comienzo hubo bastante resistencia a incorporar al Servicio de Salud, una visión que durante años (tal vez siglos) había sido descalificada y estigmatizada. Afortunadamente esta resistencia inicial se ha ido venciendo, pero a pesar de las dificultades este Servicio de Salud seguirá adelante con esta experiencia, en la seguridad de estar aportando más allá de los límites de nuestro Servicio de Salud, más allá incluso de la salud de la población, nos sentimos haciendo una contribución a una mejor convivencia en nuestro país.

Durante estos cinco días estaremos construyendo consensos en torno a la situación de salud de los pueblos indígenas, al significado de la interculturalidad, a la coexistencia y la complementación de los sistemas médicos occidental e indígena, a la relación entre salud y medio ambiente, etc.

Queremos aprender como Servicio de Salud, la visión coherente de las culturas indígenas, en términos de la relación entre medicina, religión y cultura global.

Es indispensable señalar que una experiencia como la que he descrito, no puede entenderse en forma aislada. En efecto, este Programa es necesariamente complementario de los otros programas de salud, tal como es complementario de la actividad de salud, a cualquier otro programa que desarrollemos regularmente, esto quiere decir que este Programa debe buscar integrarse con los otros programas de salud.

Estamos seguros de que los modelos desarrollados a partir de nuestra experiencia, pueden contribuir para elaborar estrategias dirigidas a otros grupos minoritarios o con particularidades culturales o subculturales, tales como los adolescentes, los pobres marginales de grandes ciudades, etc.

Es preciso agradecer a todas las personas que han hecho posible este Encuentro, a los que desde el dentro del Servicio han estado a cargo de arreglar cada uno de los detalles, Jaime,

Angélica, Noemí, José, Jorge, Ana, Mario, Federico, Verónica; a todos los facilitadores interculturales, agradecer también a las instituciones que nos brindaron su apoyo: la Municipalidad de Puerto Saavedra, que desde el primer momento entendió la trascendencia que este evento tenía y otorgó las facilidades para utilizar recintos de su propiedad, como por ejemplo, este gimnasio donde nos encontramos. Al Ministerio de Salud, que nos ayudó con financiamiento. A la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI), que permitió la venida de representantes de otros pueblos indígenas, Aymaras, Atacameños, Mapuches (de la VIII y IX Regiones, y de la provincia de Neuquén) y Huilliches. A Yolanda, la representante de la Comisión Monitora de Pueblos Indígenas de OPS, que nos prestó su apoyo desde el inicio, al Programa de Salud y Pueblos Indígenas del MINSAL; en fin a todos los que permitieron abrir este espacio de reflexión.

Por último, deseo que estos cinco días sean del máximo provecho para alcanzar conclusiones, deseo que este hermoso entorno natural y humano, sea propicio para llegar al día viernes con el **“we kimün”** o *conocimiento nuevo*, además de metas y compromisos que permitan en un futuro cercano establecer una política de salud intercultural en Chile, y quizás en otros países hermanos. Deseo también resaltar la necesidad de que se establezcan los lazos necesarios para estructurar una red de contactos nacional e internacional en torno a este tema.

En este acto declaro inaugurado este Primer Encuentro de Salud y Pueblos Indígenas, en la Comuna de Puerto Saavedra en la IX Región de Chile.



**DR. CLEOFE MOLINA**  
**JEFE DIVISIÓN APOYO A LA GESTIÓN**  
**REPRESENTANTE DEL MINISTERIO DE SALUD**

Autoridades presentes, hermanos indígenas de todo el país, amigos:

Como quisiera compartir con Uds. la emoción que siento en este momento y lo que Uds. son para mí, como persona y como representante del Ministerio de Salud.

Como persona tiene un doble significado. Primero, por ser hijo del norte; soy de Copiapó, tierra de Collas, en la III Región de Atacama; y en segundo lugar porque en algunos instantes de mi vida he vivido y compartido no sólo con el pueblo de Angol, sino que también con familias mapuches cercanas a Purén.

Como representante del Ministerio de Salud es importante estar presente en este evento y colaborar para que los objetivos, las tareas, los acuerdos y los consensos logrados tengan la mayor trascendencia posible y se transformen en objetivos de más equidad, más justicia y participación para todos.

Los equipos interculturales que sobreviven en nuestro país deben ser reforzados y estimulados a mejorar continuamente. Digo que sobreviven, porque lo han hecho más por iniciativas individuales que por una decisión de país, de Estado, o de ciudadanos.

Como Ministerio de Salud estamos en un proceso de fortalecimiento del sector público de salud y en este proceso no puede estar ausente ninguno de los participantes de nuestra sociedad.

Con nuestro Plan de Fortalecimiento del Sector Público de Salud queremos un fuerte rol regulador del Estado, cambiar el Modelo de Atención, reformar efectivamente y de verdad los Programas de Salud, y hacer una fuerte Reforma Financiera. Con este Plan queremos lograr un Sistema Público capaz de dar cuenta de las necesidades de salud de las personas, de todos los chilenos, y por cierto incluidas las del pueblo indígena.

Pero no basta con fortalecer el sistema público, es necesario expresarlo en algunas prioridades cuyos resultados pueda verse en el día a día. La primera y principal tarea la hemos llamado de humanización.

Cuando hablamos de humanizar los hospitales y consultorios, cuando hablamos de humanizar a nuestro Sistema de Salud, lo que estamos diciendo es como reconocemos el espacio de las personas y los ciudadanos y como somos equitativos en las prestaciones que el sistema hace a nuestra población. Desde la perspectiva técnica, es querer llevar mayor consulta, mayor control del niño sano, es recoger y fortalecer el rol que las personas tienen en el autocuidado de la salud también es lograr espacios de libertad humana, requisito fundamental para avanzar en la tarea de modernización del Estado.

Sin embargo, nuestra preocupación por la humanización y la participación no es solamente por la perspectiva técnica, nos importa también desde una perspectiva política, por cuanto es

relevante hoy por hoy , concebir un país en el cual cada uno de sus ciudadanos sea capaz de mirarse a los ojos con su hermano, pueda compartir el destino común que todos tenemos e incluso romper las fronteras que artificialmente nos dividen.

Nuestra América morena también cabe en la perspectiva de la humanización y la participación. Como seamos capaces de abrir nuestros establecimientos para que la familia, núcleo esencial de la sociedad se pueda expresar, como seamos capaces, por ejemplo, para que el padre conozca a su hijo desde el momento que va asomando su cabeza desde el vientre materno, como seamos capaces de mejorar para que nuestros hospitales estén abiertos, para que el padre se incorpore no solo en el control pre natal, no solo en el parto, sino que también en la decisión de pareja de que método de paternidad responsable van a usar, si es que van a usar. Como seamos capaces, compañeros, de abrir nuestros establecimientos sin paternalismos, como podemos lograr que los padres y las madres puedan acompañar a sus hijos que están hospitalizados y puedan también acompañar a sus ancianos, a sus adultos, a sus abuelos, aquellos que le dan tolerancia a la vida diaria y al mismo tiempo, continuidad histórica a la familia. En esta tarea estamos y por eso participamos de esta reunión.

Queremos humanizarnos cada vez más, queremos todos como hermanos, abrir los espacios para que cada uno de nosotros pueda tener su lugar, pueda expresarse, y al mismo tiempo, pueda decir que es posible crecer juntos cada día.

Creemos que es posible, así como la primera gota que cae en el agua y crea el primer círculo que va ampliando y ampliando, del mismo modo, queremos decir que esta primera gota, que este primer Encuentro, sea de una onda que vaya creciendo y que sea capaz de ayudarnos a construir un país donde podamos ser más hermanos, y más allá de las fronteras, podamos construir la patria común de todos los americanos. Muchas gracias a todos...

**Sr. MAURICIO HUENCHULAF**  
**DIRECTOR NACIONAL DE CONADI**  
**(CORPORACIÓN NACIONAL DE DESARROLLO INDÍGENA)**

Este Primer Encuentro nos sitúa frente a una de las dimensiones centrales de la vida de los pueblos indígenas, la salud, entendida como equilibrio entre las fuerzas buenas y malas que viven en nuestro mundo. Un equilibrio trizado en muchos aspectos, lo que se refleja en una situación desmedrada del bienestar de nuestras comunidades mapuche, aymara, rapa-nui, licanantay, colla, kawashkar y yagan. Superar esa situación de inequidad es un desafío de todos los que formamos parte de este país pluriétnico, restituir el equilibrio y la convivencia. Este Primer Encuentro de Salud y Pueblos Indígenas es un paso en ese camino.

Para la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena, no es indiferente constatar la brecha de equidad en salud que indica que en las zonas indígenas se presentan los peores indicadores.

Así por ejemplo, mientras el país exhibe orgulloso una tasa de mortalidad infantil de 14 por mil nacidos vivos, las comunidades del altiplano aymara presentan tasas de mortalidad infantil de 44 por mil nacidos vivos; a su vez, de cada 1000 niños atacameños que nacen 57 fallecen antes de cumplir un año; 32 niños rapa-Nui y 40 niños mapuche fallecerán antes de dar sus primeros pasos.

Una investigación reciente indica que el perfil de salud de la población aymara de la provincia de Parinacota es el que poseía Chile a inicios de este siglo: el 45% de las muertes es por causas infecto-contagiosas y accidentes. La esperanza de vida no alcanza a los 64 años, mientras que el país presenta esperanza de vida de 76 años.

No es necesario dar más números. En lo que hemos señalado se refleja en toda su profundidad la desigualdad en que se encuentran las comunidades indígenas de Chile. Es necesario que todas las partes involucradas, las comunidades, las organizaciones indígenas, los municipios e instituciones de salud, nos planteemos la superación de la brecha de equidad en salud. Identifiquemos juntos los factores que ponen en riesgo a los pueblos indígenas, a la vez de destacar las fortalezas de las culturas médicas indígenas; culturas y recursos propios que han sido capaces de defender a nuestros pueblos de la diversidad de males que los acechan. Aquí están las **machis** y **yaya**, y también está el acervo de sabiduría transmitido de generación en generación; sabiduría que constituye el principal recurso de atención primaria en el hogar indígena.

Sabemos que en esta reunión se discutirán muchos temas relevantes. Nosotros, como organismo cuya misión es el desarrollo de los Pueblos Indígenas quisiéramos contribuir al debate planteando un conjunto de ideas y propuestas básicas para el diseño de políticas públicas en salud de los pueblos indígenas.

#### Tomar el actual proceso de reforma de la salud, como una oportunidad

Sabemos que el sistema de salud chileno vive un proceso de profunda reforma, expresión sectorial de la modernización del país. Pensamos que esa «Reforma de la Salud» cuyos principios programáticos son la Equidad, la Calidad y la Eficiencia, debe tener su propia expresión étnica como una clave en cada uno de los instrumentos de la Reforma de la Salud.

En primer lugar, es necesario abrir el debate de la definición de un nuevo modelo de atención en salud para Chile, que contemple especificidades para las Áreas Indígenas.

En segundo lugar, en relación al rediseño de las redes asistenciales, proponemos al Ministerio de Salud y Servicios de Salud una adecuación de los estudios de Redes Asistenciales que realizan los distintos Servicios para programar la Inversión Sectorial para los próximos diez años, incorporando sistemáticamente la variable étnica en tales estudios en los Servicios de las Regiones I, II, III, V, Metropolitana, VIII, IX, X y XII, de modo tal de planear las inversiones pertinentes en Areas Indígenas.

En tercer lugar, dada la relevancia de la Atención Primaria de administración Municipal, vemos como una valiosa oportunidad para la definición de políticas pertinentes en salud, la exigencia de elaboración de Planes Comunales de Salud y compromisos de gestión en salud. Oportunidad para la salud indígena a condición de apoyar al conjunto de 40 comunas con alta concentración de población indígenas y monitorear sus planes y compromisos.

#### Las áreas de desarrollo indígena y la autogestión en salud

Pasando ahora al ámbito de la legislación indigenista chilena, identificamos otras oportunidades y desafíos para el diseño de políticas públicas de salud indígena; las Areas de Desarrollo Indígena.

Es política de la CONADI impulsar un proceso de construcción de Areas de Desarrollo Indígena que propulse la autogestión de las comunidades. territorios en donde se implementen programas de desarrollo coordinados y servicios locales con la participación de la comunidad. Participación entendida como control decisorio. En tal sentido se comparte el espíritu del enfoque de Sistemas Locales de Salud e identificamos en Estatuto de Atención Primaria espacios e instrumentos para pensar el diseño de sistemas locales para las áreas indígenas.

#### Mejorar el marco legal para los sistemas de salud indígenas

La mención a la Ley Indígena y el Estatuto de Atención Primaria nos sirve para señalar los enormes vacíos y retrasos del actual marco legal, para respaldar, las diversas iniciativas que en este Encuentro se discutirán.

La legislación de Chile acerca de pueblos indígenas es insuficiente para abordar la problemática de la salud: existe en ella un vacío. Si a ello agregamos el actual Código Sanitario que penaliza las prácticas médicas alternativas; tenemos un marco jurídico restrictivo que es necesario superar, y ello agrega una tarea más a nuestra agenda de propuestas:

La Reforma de la Ley Indígena y Código Sanitario para el reconocimiento de las medicinas indígenas y sus especialistas, y respaldo a los sistemas locales de salud indígena.

En esta misma línea compartimos plenamente la recomendación de la OPS de propiciar la Ratificación del Convenio 169 de la OIT.

En el mismo ámbito legal planteamos la necesidad de proteger los derechos indígenas frente al patentamiento de recursos genéticos. Al respecto hemos hecho llegar un oficio al Ministerio de

Salud manifestando nuestra preocupación por la realización de investigaciones con población indígena en el Proyecto de Genoma Humano.

### La salud indígena en la ciudad

La mayor parte de la población indígena vive en los lugares periféricos de las ciudades, y reproduce al menos parcialmente la cultura.

Reconocimiento de esta realidad en las ciudades por parte de los Servicios de Salud y el diseño de programas especiales de atención.

Se requieren estudios acabados acerca de sus condiciones de vida y salud y definir en conjunto las políticas y programas de salud hacia esas comunidades.

La temática de la salud indígena es una oportunidad para plantear un problema más de fondo: el carácter pluriétnico de nuestros países como un desafío para la democracia del siglo XXI.

**SRA. YOLANDA NAHUELCHEO**  
**COMISIÓN MONITORIA INDÍGENA OPS/OMS**

**Mari mari lamngen, Jorana korua Kamisarak**, hermanas y hermanos:

Me ha correspondido dirigirme a ustedes como integrante de la Comisión de Monitoría Indígena del Continente, para compartir algunos antecedentes en relación a la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. La cual se enmarca dentro de las actividades y procesos del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo. En consecuencia su abordaje y desarrollo se articulan necesariamente con los demás esfuerzos de nuestros hermanos y de quienes se han comprometido con nosotros a mejorar nuestras condiciones y calidad de vida y a reconocer, valorar y destacar nuestra riqueza cultural y sabiduría ancestral.

Para la mayoría es conocido que la situación de pobreza de las poblaciones indígenas es alarmante, las condiciones de vida, ingresos, empleo, educación, acceso a los recursos y servicios básicos como agua, saneamiento y salud, vivienda y disponibilidad de alimentos, son inferiores a los promedios nacionales. La propiedad y la explotación de la tierra, parte fundamental de nuestra vida, cultura e historia, y a la vez determinante de la supervivencia y del nivel de salud y nutrición, constituyen un problema de primera magnitud. La ausencia de políticas favorables, el proceso de aculturación y la implementación de modelos exógenos de desarrollo han contribuido a la desarticulación de las culturas iberoamericanas y a la desvalorización de la cultura mapuche, de la identidad indígena, con la consecuente marginación. En este contexto, los pueblos indígenas de las Américas tienen una expectativa de vida más corta que los grupos homólogos de la sociedad nacional, mayores tasas de mortalidad y un perfil de morbilidad diferente y cambiante según su nivel de vida. Su posición social y grado de aculturación así como por la distinta exposición al riesgo de enfermar y morir ante esta realidad. Es prioritaria la atención integral de todas las necesidades identificadas, respetando las tradiciones y culturas de los diferentes grupos.

La Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de la Américas (SAPIA) propone apoyar a los pueblos indígenas, a los gobiernos y a las demás instituciones e individuos comprometidos con el mejoramiento de la salud y condiciones de vida de los pueblos indígenas, en esfuerzos sistemáticos y sostenibles para materializar los objetivos de la Iniciativa, promoviendo procesos que conduzcan al mejoramiento de la salud y condiciones de vida de todos los pueblos de la Región de las Américas.

Para finalizar quisiera invitar a cada uno de los asistentes a participar activamente durante toda esta semana y a responsabilizarnos mutuamente del éxito de este Encuentro. Gracias.

**SR. ORLANDO ULLOA**  
**ALCALDE DE LA COMUNA DE SAAVEDRA**

En este Primer Encuentro de Salud y Pueblos Indígenas, quisiéramos destacar que el gobierno de Chile está respetando a la gente, este acto es una demostración de que no solamente eso está en el discurso, sino que también hay hechos concretos. Por eso hoy día las autoridades de salud se reúnen con las comunidades, con toda la gente, para recibir de parte de ellos las denuncias o simplemente los aportes que van a ir en beneficio de mejorar aun más la atención de salud.

Quisiera también destacar aquí a todo el equipo que se ha esforzado para que este Encuentro salga adelante sin mayores tropiezos, porque debo confesarles a todos Uds. que su realización se nos cruzó con la reparación de este gimnasio, por lo que les pido a todos un poquito de comprensión. Quiero decirles que en Puerto Saavedra estamos contentos por tener visitas de diferentes partes del país y del extranjero.

Creo que estamos dando un paso muy importante, el pueblo mapuche tiene una gran tarea por delante y quiero decirlo aquí, que son Uds. los únicos responsables de su desarrollo junto con las autoridades. Quiero destacar esto, porque hace pocos días renovamos las autoridades y el pueblo mapuche ha dado un gran paso, por lo menos ya tienen un representante en el Concejo Municipal y eso creo que es muy importante. Porque si ustedes se pusieran de acuerdo elegirían a sus autoridades, a sus alcaldes.

Hay una gran tarea que hacer por delante, no solo elegir autoridades comunales, sino que tener representantes en todos los organismos, incluso me gustaría algún día ver a un mapuche como General de la República. Así que los invito a que sigan trabajando en forma responsable y que en este Encuentro hagan aportes, hagan denuncias. Porque yo estoy seguro, que las autoridades de salud los van a considerar para implementar los futuros planes y programas de salud que van a beneficiar a todas las etnias.

Los invito a que desde aquí, entreguen lo mejor de ustedes, para que las autoridades vean reflejados y satisfechos los objetivos por los cuales se está organizando este Encuentro; esto es muy importante, porque de esa forma no ha sido en vano este sacrificio. Hemos venido a hacer un gran aporte, ojalá sirva para una gran reflexión, especialmente para los que de una u otra forma están relacionados con la comunidad, con las autoridades, con los jefes de servicio, hasta los auxiliares de las postas rurales. Yo los invito a reflexionar sobre lo que estamos haciendo, porque muchas veces el hermano que está dolido, que necesita una acción de salud le ponen trabas; eso la gente lo denuncia, a veces se necesita simplemente de un esfuerzo y tener ganas de ayudar al hermano. Yo me siento complacido y orgulloso de poder recibirlos en esta comuna.

## **BOCA BUDI**

Ven a ver como se hunde el mar  
Dentro de nosotros  
Ven a verlo ahora aunque sólo sea  
Un inútil desahogo  
Ven a mirar el fondo del mar  
Que nos ama de ola en ola  
Y se nos desagua en los ojos  
Te llamo y se que no puedes  
Venir sé que no puedes oírme  
Tu que serías  
Muelle Bote Isla Luz  
*Por encima de la niebla.*

**ESTEBAN NAVARRO**





## INTRODUCCIÓN

---

### EL CONTEXTO...

Chile al igual que muchos países latinoamericanos, se encuentra inmerso en procesos de reforma y modernización de su sector salud. En general, estos procesos se han fijado como objetivos, el logro de un mejor nivel de salud para toda la población, un acceso equitativo a la atención de salud y una mejor calidad y mayor eficiencia de los sistemas y servicios. En este escenario, el Ministerio de Salud se ha planteado como principios básicos de su política la equidad, participación y descentralización; enfatizando los conceptos de promoción de la salud, continuidad e integralidad en la atención, de manera que se responda adecuada y oportunamente a satisfacer al usuario.

Al igual que en muchos países, nuestra población es pluriétnica. Se estima que alrededor del 10% de la población nacional es de origen indígena. En la Región de la Araucanía actualmente viven 823.103 personas, de las cuales el 37% son de origen *mapuche* y habitan en las zonas periurbanas y rurales. En la Primera Región, se calcula que aproximadamente 35.000 personas son de origen *aymara* las que continúan viviendo de acuerdo a patrones culturales propios del mundo andino. Las regiones I, II, VIII, IX y X concentran la mayor parte de población indígena en sus comunidades de origen. Según el Censo de población de 1992, un millón de personas mayores de catorce años, se han identificado con los pueblos indígenas aymara, mapuche y rapa-nui, sin considerar los pueblos colla, licanantay (atacameños), kawashkar y yagan.

La situación social y cultural del país es diversa, la población indígena se distingue por poseer lengua, costumbres y valores propios y porque, en muchos casos se encuentra ubicada en lugares de difícil acceso. Los cambios culturales y en su organización social, junto al empobrecimiento progresivo de las comunidades indígenas por falta de tierra, bajos ingresos y deterioro del medio ambiente, son algunos de los condicionantes de su calidad de vida, los que sin duda conllevan factores de riesgo para su salud.

La permanente desarticulación como producto de la emigración de los miembros jóvenes de las comunidades en busca de trabajo y mejores expectativas para vivir, trae como consecuencia muchas veces la desintegración de la familia y la comunidad. La Región Metropolitana concentra casi el 50% de la población indígena, en el último Censo 433.035 personas mayores de 14 años se identificaron con las etnias mapuche, rapa-nui o aymara, sin ser menos importante los grupos que habitan en algunas ciudades como Concepción, Temuco, Iquique y Arica. Los indígenas se desenvuelven en dos mundos por su dinámica de subsistencia, algunos de los que ya no viven en la comunidad recrean su cultura y mantienen vínculos con su etnia dondequiera que estén.

La situación de salud de la población indígena requiere de un abordaje específico. La información epidemiológica disponible, aunque incompleta, muestra que en las áreas de mayor concentración, los indicadores de salud son más deficientes que en el resto de la población, lo que refleja una situación de marcada inequidad. Poco se ha investigado aún sobre los factores protectores

que se traducen en indicadores comparables o mejores que las tasas nacionales en comunidades indígenas.

Para algunos Servicios de Salud, la existencia de grupos étnicos importantes a lo largo del territorio ha sido percibida como un «factor limitante» para desarrollar acciones de recuperación, prevención y promoción de la salud, lo que ha significado grandes esfuerzos con frecuencia poco efectivos. Los equipos de salud mayoritariamente formados en un enfoque biomédico carecen de metodologías para trabajar en un contexto de diversidad cultural, lo que deviene en un desencuentro por la imposibilidad de comprender y respetar las diferencias, con implicancias directas en la salud y en el trato de las poblaciones indígenas.

Por el contrario, otros Servicios de Salud vienen desarrollando programas de trabajo con poblaciones indígenas, los que tienen como propósito resolver los problemas de salud usando los recursos locales en salud, revalorizando la medicina indígena y el saber popular y coordinando acciones en el marco del respeto a los distintos modos de vida de los pueblos. Destaca entre ellos la experiencia desarrollada desde 1992 por el Servicio de Salud Araucanía, pioneros en la generación de un programa de trabajo con poblaciones indígenas.

En este escenario, el Ministerio de Salud a través del Programa de Salud de los Pueblos Indígenas apoya los procesos impulsados desde el Servicio de Salud Araucanía y ha abierto desde 1996 una línea de trabajo que ha comprometido a otros Servicios de Salud al desarrollo de nuevas estrategias y acciones con poblaciones indígenas donde la participación de todos los actores claves en el nivel local ha sido su mayor fortaleza.

Estos elementos ofrecen tanto oportunidades como desafíos. Reconocer el camino avanzado junto a la necesidad de abrir nuevos y amplios espacios de reflexión y propuestas, fundamentaron la realización de este Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas.

## **PROPÓSITO Y OBJETIVOS...**

El Encuentro tuvo como propósito establecer las bases de una política intercultural en salud para Chile, como un modo de contribuir al mejoramiento de la salud y las condiciones de vida de los pueblos indígenas del país.

Los objetivos propuestos fueron: (1) analizar la situación de salud y condiciones de vida de las comunidades indígenas y elaborar propuestas desde una perspectiva interétnica y multidisciplinaria; (2) formular orientaciones para el desarrollo de políticas de recursos humanos, identificar las bases de un marco legal para un enfoque intercultural en salud y definir estrategias de complementariedad entre sistemas médicos ; y (3) establecer una red que permita coordinar y fortalecer el trabajo de los distintos actores sociales, validar e intercambiar experiencias en materia de salud y poblaciones indígenas.

## **PARTICIPANTES...**

Participaron más de 200 personas venidas desde distintos puntos del territorio nacional y países amigos.

Asistieron representantes de pueblos indígenas del territorio nacional: aymara, atacameños, mapuche, williche, lafkenche y pewenche. Representantes de Servicios de Salud, equipos locales, agentes de medicina indígena, organizaciones indígenas, Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI), OPS (Chile) y OMS (Ginebra), Ministerio de Salud, Universidades, Organismos no Gubernamentales e invitados latinoamericanos de Argentina, Bolivia, Ecuador y Venezuela.

## **EL PROCESO...**

Los días de trabajo estuvieron divididos en diversos espacios de encuentro. Se inició con un **Ngillatun** rogativa mapuche y con una *Rogativa aymara*, luego se realizó un **Misawun** (compartir alimentos). La ceremonia inaugural contó con la participación de machi (chaman mapuche) que llegaron desde distintos puntos de la región. Dirigieron palabras el Sr. Orlando Ulloa, Alcalde de la Comuna de Saavedra; el Sr. Mauricio Huenschulaf, Director de la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI); Sra. Yolanda Nahuelcheo, Comisión de Monitoría Indígena para la Organización Panamericana de la Salud; el Dr. Claudio Farah, Director Servicio Salud Araucanía y el Dr. Cleofe Molina, Jefe División de Apoyo a la Gestión del Ministerio de Salud; quienes valorizaron la convocatoria a esta magna reunión.

Representantes de los pueblos indígenas: aymara, rapa-nui, mapuche, williche, lafkenche y pewenche expresaron saludos y buenos deseos de cumplimiento de los objetivos propuestos.

La Introducción estuvo a cargo de la Comisión Organizadora, intervinieron la Sra. Margarita Sáez, Encargada del Programa Nacional de Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud; Srta. Doraliza Millalen, Facilitadora Intercultural del la Oficina de Amuldungun del Hospital de Imperial; y el Dr. Jaime Ibacache Burgos, Jefe del Depto. de Acción Integral en Salud y Coordinador del Programa con Población Mapuche del Servicio de Salud Araucanía; quienes expusieron el marco general del encuentro, los objetivos y la metodología de trabajo.

Durante los cinco días del Encuentro los participantes intercambiaron reflexiones, experiencias y propuestas. Se trataron temas complejos y prioritarios como: Condiciones de Vida y Salud de las Poblaciones Indígenas, Salud y Medio Ambiente, Interculturalidad en Salud, Coexistencia de Sistemas Médicos, Formación de Recursos Humanos y Marco Jurídico Legal para la Interculturalidad. Los temas se desarrollaron según el programa establecido.

Igualmente, se desarrolló al final de cada día un programa cultural- artístico, que incluyó música y poesía, donde los participantes compartieron, disfrutaron, establecieron contactos y nuevas amistades.

## **METODOLOGIA DE TRABAJO...**

La metodología de trabajo fue participativa, orientada a generar intercambio y análisis entre los participantes. Se trabajó a través de paneles y trabajos de grupos sobre los ejes temáticos, en base a exposiciones, sesiones plenarias de discusión. El trabajo grupal contó con una pauta de reflexión. En cada panel participaron representantes indígenas y no indígenas. Se constituyeron diez grupos de trabajo cuya composición osciló entre 12 y 15 participantes.

Los grupos se caracterizaron por la heterogeneidad de sus participantes: trabajadores de salud (auxiliares de postas rurales, promotores de salud, técnicos en Medio Ambiente, profesionales de salud, agentes de Medicina Tradicional), dirigentes de comunidades indígenas y representantes de organismos estatales y diversas instituciones (ONG, Universidades y Municipalidades); donde se integraron los invitados de países hermanos de América y Europa (Ginebra). La composición de los grupos se orientó a reunir personas según las diferentes regiones del país, con el propósito de favorecer el conocimiento y la conformación de futuras redes locales.

## ESTE SILENCIO DE MILES DE PALABRAS

*Yo escucho mejor  
cuando la lluvia cae  
cuando todo se aquieta bajo en rumor danzante  
y un millón de palabras se atropella en silencio,  
en donde aún habita y vibra la esperanza.*

*Entonces callo y siento  
y escucho en todo el cuerpo,  
que algún día esta lluvia caerá en otros rostros,  
danzará en otros techos,  
llamará a las ventanas  
de unos hombres más libres,  
de otras mentes más altas.*

*Y entonces, tu y yo,  
un poco más ancianos  
limpiadas las conciencias de amargas remembranzas,  
miraremos crecer los nuevos rostros jóvenes  
con los ojos más puros que estas gotas de lluvia,  
con las almas más nuevas que las flores y el agua.*

*Ahora, entonces, piensa.  
No culpes mi silencio.  
No es más que el desolado latir de la esperanza.  
No es más que este silencio de miles de palabras.*

**VALERIO GONZÁLEZ**



# 1. PANEL CONDICIONES DE SALUD Y VIDA DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

---

## 1.1 INTRODUCCIÓN

En el contexto de la inauguración del Primer Encuentro Salud y Pueblos Indígenas, algunas personas, representantes de las distintas etnias presentes en el evento, expusieron antecedentes en relación a las actuales condiciones de salud y vida de las comunidades.

El grupo de expositores estuvo compuesto tanto por dirigentes o representantes de comunidades indígenas como por personas con trabajo en áreas interculturales.

Desde el norte del país participaron, Carmen Alarcón, dirigente aymara, quien aportó información sobre la situación de salud y algunos conceptos propios de la cosmovisión aymara. Julia Aguirre, matrona del Servicio Salud Iquique, quien se refirió al trabajo en salud hacia la población aymara y los nuevos desafíos y Sandra Berna, atacameña y alcaldesa de San Pedro de Atacama, quien en una breve exposición señaló las condiciones de vida de la población atacameña.

David Gutiérrez, médico, director del Hospital de Isla de Pascua, quien a través de su exposición entregó información sobre la isla y sus habitantes originales.

Víctor Toledo Llancaqueo, investigador social de la Novena Región, quien presentó algunos avances de una investigación solicitada por la Oficina Panamericana de la Salud sobre el perfil epidemiológico y sociodemográfico de los pueblos indígenas nacionales.

Domingo Raín, dirigente mapuche del **lafkenmapu**, zona costera de la Novena Región, quien proporcionó una visión integral respecto de la salud del pueblo mapuche, asociada a sus condiciones de vida y relación con la sociedad nacional dominante.

Finalmente participó Yolanda Nahuelcheo, asistente social mapuche del Programa Salud Comunitaria de la Corporación Metodista y representante de la Monitoría Indígena de OPS, quien aportó reflexiones sobre las condiciones de salud mapuche y calidad de vida. Moderaron el panel Víctor Toledo y Elvira Cariqueo de la Oficina **Amuldungun** del Consultorio Miraflores, Temuco.



**Cuadro comparativo:  
Medicina científica y medicina tradicional  
(Cármén Alarcón)**

<b>Comparación</b>	<b>Medicina científica</b>	<b>Medicina tradicional</b>
Agente de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- idioma español</li> <li>- raza blanca o mestiza</li> <li>- sexo varón</li> <li>- edad adulto que se graduó en universidad</li> <li>- clase social burguesa o capa media</li> <li>- selección por elite social</li> <li>- capacitación universitaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- idioma quechua o aymara</li> <li>- raza mestiza o indígena</li> <li>- sexo varón y mujer</li> <li>- edad anciano y adulto que aprendió del amauta</li> <li>- clase pobre o media</li> <li>- selección por tradición y por sectores populares</li> <li>- capacitación por experiencia</li> </ul>
Lugar de atención Horario de atención Economía de atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ciudad o pueblo hospital o consultorio</li> <li>- fijo, rígido, de día (de noche se paga más)</li> <li>- se paga</li> <li>- medicamentos comerciales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- campo o margen de ciudad hogar del enfermo</li> <li>- de día y de noche, flexible</li> <li>- con \$ o víveres</li> <li>- medicina natural</li> </ul>
Causa de enfermedades Intereses Trato verbal Auxiliar Instrumental	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gérmenes que ataca en el cuerpo</li> <li>- superficial y físico y por sección corporal</li> <li>- interrogatorio individual corto</li> <li>- laboratorio</li> <li>- técnicas modernas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ecológicas, religiones, psíquicas, morales</li> <li>- integral, profundo, espiritual</li> <li>- conversación, dialogo que integra a la familia, requiere más tiempo</li> <li>- orina y venas</li> <li>- lectura de coca o sueños</li> </ul>
Diagnóstico final Terapia Dieta Medicamentos Religiosidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- somático</li> <li>- individual</li> <li>- alimentos costosos</li> <li>- caros</li> <li>- ausente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- psicossomático</li> <li>- individual y comunitario</li> <li>- alimentos adecuados</li> <li>- hierbas accesibles</li> <li>- ritos propios</li> </ul>
<b>Actitudes</b> Como acude el paciente Rol médico respecto al paciente Especialidad hacia la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- con temor</li> <li>- objetividad</li> <li>- segregación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- confianza y respeto</li> <li>- simpatía y servicio</li> <li>- integración</li> </ul>

## 1.2 CARMEN ALARCÓN

En primer lugar, quiero aclarar que hablo como paciente, ya que fui atendida en el sistema de salud oficial a raíz de enfermarse de TBC y reconozco que ambas medicinas son importantes. Es necesario que se le pregunte a la gente ya que tiene mucho que decir. Viendo los índices de TBC y habiendo enfermado, me motivé a trabajar a través de las universidades y del hospital. Arica está en la Frontera con Bolivia y Perú por lo que tenemos familiares en los tres países.

El mapa comparativo que presento en la página 32, da cuenta de las características del sistema médico científico y del sistema médico tradicional andino y es lo que quiero compartir con ustedes en esta oportunidad.

En lo concreto, propongo incorporar la posición vertical en el parto y la presencia activa de la pareja en este acontecimiento; crear programas de capacitación para funcionarios de salud que atienden a población aymara y mejorar los servicios de salud rural, sobre todo con la presencia de dentistas y con matronas mujeres, no hombres.

## 1.3 JULIA AGUIRRE

En Iquique, el 14 % de la población vive en el área rural y el 9 % de la población rural es aymara. Son zonas de difícil accesibilidad. Hay cinco comunas rurales con dos consultorios y doce postas. Todas las semanas el equipo de salud, que incluye chofer, médico, dentista, psicólogo, paramédico, matrona, enfermera, etc. salen de ronda durante dos días y medio para ir de pueblo en pueblo, de población en población a atender a la gente. Todos los integrantes de los equipos deben formular proyectos de desarrollo local por ejemplo; construcción de letrinas, cadena de frío, huertos familiares con invernáculos de adobe, financiamiento de la estadía de pacientes rurales que van a Iquique, por ejemplo al oculista, mejoramiento de las condiciones de vida de los ancianos, educación para la salud dental de los escolares de 1° y 2° grado, etc.

Recientemente se realizó en Iquique un “Encuentro de Salud Aymara” donde participaron representantes del Servicio de Salud, organizaciones aymara, ONGs, CONADI y del Programa de Salud de los Pueblos Indígenas del Ministerio donde por primera vez reflexionamos juntos y que arrojó las siguientes conclusiones :

- Necesidad de formar agentes voluntarios de salud aymara.
- Necesidad de modificar la atención profesional del parto, el que debería ser en forma vertical.
- Realizar un catastro de personas que trabajan en salud tradicional/popular.
- Trabajar en coordinación con otras instituciones.
- Construir una relación de respeto mutuo entre el equipo de salud y la comunidad indígena.
- Incorporar a la carrera de enfermería elementos de cultura aymara.
- Asegurar una educación permanente sobre los derechos y los deberes de los pacientes.

## 1.4 SANDRA BERNA

Además de ser descendiente del grupo étnico atacameño, soy la actual alcaldesa de San Pedro de Atacama, pueblo que no tiene agua ni electricidad permanente, solo tres horas diarias de luz mediante un grupo electrógeno, la gente vive de las huertas familiares y de la ganadería, de la minería y del turismo. Somos 2.400 habitantes incluyendo algunos afuerinos, que por lo general son agentes de turismo que invaden el pueblo, que así se siente acorralado y contaminado culturalmente. El pueblo atacameño (**licanantay**) se trata de la última minoría étnica reconocida en el país.

## 1.5 DAVID GUTIÉRREZ TANABE

Vengo de la colonia chilena en la Polinesia, ejerzo el cargo de director del Hospital de Isla de Pascua, ubicado en la zona urbana de la comuna, dependiente de la Quinta Región.

La isla está ubicada en el medio del Océano Pacífico Sur y pertenece geográficamente a la Polinesia. Está a 3500 kilómetros de Chile y a 4500 de Tahití. Es un triángulo formado por la erupción volcánica y en cada ángulo tiene un volcán, tiene 2 horas de diferencia con la hora de Chile, de modo que a partir de este año, en que llegó la televisión chilena tengo que convencer a mis hijos de irse a dormir a las 8 de la noche para respetar el horario de protección al menor.

La isla tiene 3000 habitantes de los cuales 30% son rapa-nui o mezcla, es decir que uno de los padres es indígena. Solo 89 personas viven en el área rural y la mayoría de la población es joven, aunque no se tienen datos más precisos, ya que nunca fue encuestada. Existe una gran inmigración de continentales, contratados por servicios públicos con amplias garantías, como por ejemplo llevar vehículos. Para 3000 habitantes hay 1500 vehículos que pertenecen a los continentales y que quedan en la isla cuando ellos se van, ya que es complicado trasladarlos. Las actividades principales son la agricultura mínima tradicional, la pesca tradicional y el turismo.

Fue descubierta por un holandés y anexada a Chile en 1888 por un capitán de la marina, mediante un acuerdo entre el rey y este, que sede soberanía a cambio de mantener sus títulos. En 1895 es cedida a una hacienda ovejera y la comunidad es llevada a un extremo, que es donde ahora se encuentra el pueblo. La isla tiene una extensión de 13 x 23 km.

En 1917 se aprueba la Ley N° 3222, por cuanto la isla pasa a depender de Valparaíso. Aún explotada por la compañía ganadera en el año 1933, el estado chileno la inscribe como bien raíz y en 1952 deshace el convenio con la compañía ganadera, quedando al año siguiente bajo control de la Armada Chilena. En 1962 se transforma en Parque Nacional y en 1966 se dicta la Ley Pascua, mediante la cual se crea el servicio público y se da derecho a voto a los habitantes. Ese año nace el Hospital, en el que fuera el edificio de la armada, con 10 camas, un médico, una matrona, 6 auxiliares de enfermería y 6 auxiliares de servicios. En 1976 se inauguró el Hospital nuevo que es bien occidental, con 39 funcionarios.

Los trabajadores del Hospital viven en un barrio especial, al igual que los marinos en otro, los aeronáuticos, los que trabajan en empresas forestales, los profesores, etc. En Angaroa hay barrios como ghettos. Los blancos no estamos incorporados a la comunidad en el vivir diario.

En 1993 el Hospital intentó integrarse a la comunidad rapa-nui y capacitó a doce personas indígenas como paramédicos. Ocho se titularon y se encuentran trabajando y seis hablan el idioma de la gente, es un avance. De los doce profesionales que trabajamos allí ninguno sabe el idioma, sólo tres personas tiene pareja rapa-nui (dos enfermeras y una matrona) y de ellos sólo una vivió más de cinco años en la Isla.

El modelo de salud viene desde afuera para atender a un pueblo que no se reconoce chileno, que habla en su propio idioma y está orgulloso de su cultura. Se dijo que ellos no tienen medicina y que por ese motivo recibieron bien la medicina occidental. También se dice que la población originaria se extinguió y que llegaron a ser 110 rapa-nui en algún momento. Sin embargo tienen su propia medicina, una filosofía propia respecto de su propio cuerpo y su estética, además son muy hermosos físicamente, y un concepto particular sobre el físico útil. Por ejemplo, al dedo medio, al meñique y al anular se les denomina «dedos inútiles» y desde la medicina occidental laboral sabemos que no es lo mismo lesionarse esos dedos que el pulgar o índice.

Hay *curadores*, así como acá hay machis, pero no tienen una denominación particular, saben usar hierbas y hacen rituales de curación. El aceite de tiburón es mejor que una sutura intradérmica, sin embargo no la debemos usar nosotros, porque una vez lo intentamos y produjimos una inmensa infección.

## 1.6 VÍCTOR TOLEDO

La información y reflexiones siguientes se sitúan en el intento de construir una base de datos nacional con el perfil sociodemográfico y epidemiológico de los pueblos indígenas, estudio que ha sido apoyado por OPS/OMS y Ministerio de Salud y que me ha tocado realizar. Al recabar información sobre los problemas de salud de los pueblos indígenas en Chile, el primer obstáculo que se presenta, es la inexistencia en las estadísticas de datos sobre el origen étnico de las personas, debido a que en los certificados de defunción, los formularios de egreso de pacientes hospitalizados y las historias clínicas de los puestos de salud, no existen datos que permitan analizar los fenómenos de la salud en relación a las poblaciones indígenas. Frente a lo cual la CONADI y los Servicios de Salud deberían hacer algo.

Al sobreponer un mapa de localización de los pueblos indígenas por comunas, junto a mapas de la pobreza y de mortalidad infantil, se pone de manifiesto que las tasas más altas de mortalidad infantil se producen en comunas con más de un 20% de población indígena. Así por ejemplo, Arica presenta un 8% de mortalidad infantil, pero si nos centramos en los índices regionales, encontramos que la población aymara tiene un 15%, en tanto que la no aymara es de un 7%. De manera que la esperanza de vida al nacer es más baja que la media nacional en zonas con mayor porcentaje de población indígena, lo que demuestra que las condiciones de inequidad en salud que existen en el país. Al superponer a los anteriores, el mapa de las postas sanitarias, consultorios y hospitales que existen para dar respuestas a los problemas de salud, demuestra que allí también se producen desigualdades.

En relación al criterio utilizado para determinar población indígena en las distintas regiones, que para las zonas rurales se hizo una combinación entre apellido y lugar, después de un trabajo

previo de identificación de los lugares indígenas. En el caso mapuche esto resultó relativamente sencillo porque se realizó a través de los títulos de merced de tierras, mientras que en caso aymara fue un trabajo más lento, que se hizo a través de la identificación de las estancias rurales aymaras, de la identificación de la propiedad indígena y de una combinación de apellido. Lo urbano no estaba inicialmente en el estudio, pero tuvimos que incorporarlo porque no podemos eludir la alta presencia de población indígena allí existente, en el caso aymara estamos hablando de tres cuartas partes de la población que vive en las ciudades de Arica e Iquique. Hubo que construir una matriz de apellidos aymaras en combinación con lugares, lo que en la ciudad de Arica fue sencillo, por que están identificado los barrios típicamente aymaras. Eso tiene un sesgo, hay un margen de error, pero la única posibilidad de entrar a corregir las tasas es entrando a hacer estudios de caso y eso ya es un trabajo de refinamiento de los indicadores que requiere investigaciones a cargo de los servicios. Para resumir, lugar y apellido fueron los parámetros que se usaron.

Es importante hacer un comentarios respecto de las metodologías para determinar la extrema pobreza. Para poder argumentar en función de políticas publicas en este país es necesario poder construir datos sólidos respecto a las condiciones salud, respecto de las condiciones socioeconómicas de las poblaciones indígenas.

Las poblaciones indígenas en Chile no son como los Yanomani de la Amazonia. Todos los pueblos indígenas en Chile, a través de sus organizaciones argumentan las condiciones de pobreza y empobrecimiento como una de sus banderas y a partir de eso la discriminación. Es una lucha que va por un lado, en la línea de la pobreza y por otro, en la línea de la dignidad. Son las dos líneas en las cuales se construyen las luchas indígenas. La primera es la línea de la dignidad y ahora en toda la discusión de todos los movimientos indígenas de Chile, aparece la denuncia de las condiciones de pobreza. Ahora hay que matizar sobre que tipo de pobreza estamos hablando cuando hablamos de pobreza de la población indígena de este país, y aquí hay que considerar que sobre el 50% de la población indígenas es población urbana.

Como se sabe, en Chile se aplican parámetros urbanos en el caso de pobreza rural. Por ejemplo, en el caso del altiplano aymara o en el lufkenmapu, obviamente resulta absurdo aplicar el criterio de si el techo de la casa es de paja, si este es peor que el techo de zinc o si el piso es de madera o si está con cemento. Estamos hablando de lo que habitualmente se denomina como la pobreza tradicional, que en rigor no sería pobreza. En el caso aymara nos encontramos con campesinos, ganaderos propietarios de alrededor de 200 llaños, 100 alpacos que no son pobres y viven en casas con techo de paja brava y piso de tierra.

Es necesario construir y poder argumentar frente a la burocracia también con los criterios de la línea de la pobreza. Ahora, otro asunto es definir criterios de desarrollo, que aún es una discusión no resuelta en este país. Las estrategias de etnodesarrollo, las estrategias de desarrollo indígena, en cuanto a definir sus indicadores, sus propios parámetros de avance o de que es vivir mejor; es decir, una definición indígena de que es vivir mejor.

Por último, queda aún una tarea pendiente en esta misma línea de las condiciones de vida de las poblaciones en nuestro país, esta es la construcción de sistemas de registros de data de información válida para lo que es la fundamentación de los programas de desarrollo.

Para desarrollar proyectos de desarrollo, hasta el momento sólo contamos con información de los servicios, la información del Censo. No contamos con otro tipo de información para poder hacer políticas a nivel nacional.

En cuanto a que no asimilemos las exigencias que nos plantea el Banco Mundial o los patrones de Naciones Unidas para el desarrollo, es válido plantear lo que es el control decisorio, el control político que tengan los pueblos indígenas como herramienta para la superación del empobrecimiento. En ese sentido es destacable mostrar el eje altiplánico como asociado a los peores indicadores biomédicos, sin embargo, encontramos que en ese mismo eje altiplánico las últimas elecciones municipales dejaron todos los municipios en manos indígenas, en manos aymaras y en manos atacameñas. Es decir, están allí justamente, en manos de dirigentes indígenas. No importa su color político; están en manos de los indígenas los principales instrumentos para la gestión de desarrollo de sus propias comunidades. Es decir, nos encontramos paradójicamente con situaciones de pobreza, pero con riqueza en términos políticos, de control decisorio.

## **1.7 DOMINGO RAÍN**

Para analizar porque el mapuche está mal en lo que se refiere a su salud, se debe contextualizar el problema, ya que la salud tiene que ver con la vida y la práctica diaria, y esto tiene que ver con la tenencia de la tierra y el modo de explotarla.

Existe una intencionalidad desfavorable de las leyes para normar el comportamiento del territorio que se llama Chile, para lo cual los mapuches no colaboraron en su redacción. La situación precaria en salud tiene que ver con la pérdida de los conocimientos propios y con la destrucción de la naturaleza. Lo que se da en llamar progreso, por ejemplo la construcción de una carretera por el medio del territorio indígena, rompe el equilibrio en ese lugar y daña la vida.

La propuesta es conocernos más mutuamente y luego señalar los obstáculos en la atención de la salud de los pueblos indígenas para reconocer las posibles soluciones:

- El empobrecimiento por la carencia de su tierra, que es vida.
- La existencia de métodos ineficientes de tecnología, con la consecuente degradación del ecosistema.
- La migración urbana, el 60 % de los indígenas viven actualmente en ciudades donde se los margina y discrimina y entran en una crisis de identidad destructiva.
- El desencuentro del sistema de salud con las necesidades indígenas.
- En lo económico, por los costos de tratamientos.
- La negación de la medicina tradicional, desde un modelo que se sustenta en la no solidaridad.
- La negación de los conocimientos tradicionales por parte de la cultura urbana occidental, que habla otro idioma y que prohíbe y sanciona otras practicas.

- La discriminación del indígena y del pobre al llegar al Hospital.
- La negación de los conocimientos tradicionales por parte de la cultura urbana occidental, que habla otro idioma y que prohíbe y sanciona otras prácticas.
- La discriminación del indígena y del pobre al llegar al Hospital.
- La ignorancia sobre lo que les pasa a los mapuches, la creencia ingenua de que no «hay problemas».
- La falta de cobertura universal en zonas alejadas.
- La falta de coordinación entre instituciones de salud.

La salud es un derecho fundamental del pueblo y no sólo individual, o sea que es un derecho social, políticamente «peleable». La propuesta es la siguiente:

Realizar un abordaje integral de la salud desde una cosmovisión holística (espiritual, emocional, física y mental). Respetar la autonomía y la autodeterminación de los grupos. Lograr la participación en la implementación de los programas y planes de salud. Revitalizar la cultura. Apuntar hacia la reciprocidad de las relaciones interculturales (nos necesitamos unos a otros, no compitamos sino complementémonos). Ampliar el modelo epidemiológico para comprender que nos pasa. Nos corresponde participar de la democracia que nos ofrecen.

## **1.8 YOLANDA NAHUELCHEO**

La presente ponencia se centrará en compartir algunas reflexiones en torno a antecedentes demográficos sobre Salud Mapuche y Calidad de Vida, obstáculos para la atención de salud de los pueblos indígenas y propuestas para un trabajo en salud en comunidades mapuche.

### **1.8.1 Antecedentes demográficos**

Para todos es sabido que durante toda la historia, la Novena Región ha presentado los indicadores de salud más deteriorados en relación al resto del país.

Los antecedentes que se poseen de las condiciones de vida y salud de las familias mapuches, son deficientes y críticas, ello se refleja por una parte, en los índices más altos de mortalidad debido a causas evitables.

Otro ejemplo de ello está demostrado en un trabajo de la UNICEF, realizado en 307 comunas del país durante el año 1990, donde se puede verificar que la Novena Región es una de las áreas de alto riesgo de salud, donde se concentran comunas con muy alta vulnerabilidad, especialmente aquellas donde el porcentaje de la población mapuche es más alto.

### Mortalidad infantil del país y la Región de la Araucanía (año 1992)

Área	Tasa
País	14.3
Región Araucanía	16.9
Mapuche*	32.1

Fuente: Indicadores Biodemográficos. Depto. Informática, Servicio de Salud Araucanía.

\* Tabulados Especiales Censo 1992. CELADE. NACIONES UNIDAS.

#### 1.8.2 Obstáculos para la atención de salud de los pueblos indígenas

Como está comprobado con los antecedentes recién expuestos, la realidad del pueblo mapuche se refleja en perfiles socioeconómicos e indicadores de salud negativos, que ponen en evidencia las inequidades existentes. Las comunidades mapuches son las más afectadas por las inequidades en salud, constituyéndose en «los más pobres» entre los pobres y siendo permanentemente discriminados.

Entre los principales obstáculos para la adecuada y oportuna atención de las enfermedades de la población indígenas y sobre todo para el mejoramiento de su salud, se deben señalar los siguientes:

- a) El empobrecimiento progresivo de las comunidades debido a carencias de tierras, métodos ineficientes de producción agrícola, el deterioro del medio ambiente natural con la degradación de los ecosistemas, fuentes de agua, alimentos, desempleo y migración a las ciudades, la falta de oportunidades, crisis de identidad, lo cual, a más de deteriorar su salud, limita el acceso a la atención de salud.
- b) El desencuentro del Servicio de Salud estatal con las necesidades de las comunidades indígenas debido a los siguientes elementos restrictivos:

**Económico:** Las comunidades indígenas no tienen los recursos necesarios para implementar servicios médicos y programas de salud el costo de los tratamientos es inaccesible para la mayoría de las familias campesinas e indígenas, la negociación de la medicina tradicional porque su práctica afecta intereses de un sector muy importante de los profesionales de la salud, sustentados en un modelo económico no solidario.

**Cultural:** La organización de los Servicios de Salud se ha pensado exclusivamente desde la cultura urbano-occidental, desvalorizando y no respetando el saber médico tradicional, sin considerar la diversidad cultural de la población indígena en su aspecto lingüístico, donde el personal de salud no conoce ni utiliza el lenguaje materno indígena; y no considera la medicina tradicional, la que al contrario ha sido permanentemente prohibida, desprestigiada y sancionada.

**Social:** La población indígena percibe un trato discriminatorio cuando acude a los hospitales o centros de salud. Esta discriminación es doble pues a la condición de indígena se suma



la situación de pobreza, como también por la visión errónea de que el pensamiento científico es algo que sólo se aprende en las Universidades y que la práctica de la medicina tradicional es charlatanería y superstición.

Uno de los métodos más efectivos que siguen adoptando las culturas dominantes para mantener la supremacía, es el de “ignorar”, porque cuando no se tiene ni se busca información sobre lo que realmente sucede, puede construirse por lo menos la ficción de que todo está bien.

- c) La escasez, insuficiencia y mala distribución de recursos financieros del Servicio de Salud para brindar cobertura universal a la población indígena que por lo general ocupa zonas geográficas alejadas.
- d) Ausencia de una eficaz coordinación entre las instituciones que trabajan en salud en las comunidades indígenas. Duplicación de esfuerzos y recursos, con baja cobertura a la población más necesitada, son las consecuencias de la descoordinación señalada.

Es en este marco donde los pueblos indígenas han desarrollado una doble lucha: primero, para que el Estado brinde Servicios de Salud y segundo, para que se reconozca, respete, complemente y desarrolle la medicina tradicional indígena.

Desde esta dimensión se considera que la salud para los pueblos indígenas es un derecho fundamental que tiene que ser visto desde la perspectiva de los derechos sociales, esto es la necesidad de brindarles un servicio de salud a los pueblos; pero al mismo tiempo hay que verlo como un derecho del pueblo y por lo tanto implica un relacionamiento de tipo político, de administración, de servicios; diferente a cualquier otro sector social.

En otras palabras, se trata de hacer realidad un derecho social como es la salud, en el marco de los derechos culturales, económicos y políticos que tienen los pueblos indígenas.

### 1.8.3 Propuesta para trabajo en salud

Quisiera compartir, con Uds. algunas recomendaciones que se han definido en una reunión continental sobre pueblos indígenas y salud, realizadas en Abril de 1993 en Winnipeg, Canadá, en el marco del Año Internacional Indígena, oportunidad en la cual indígenas de 18 países estuvieron presentes.

Las recomendaciones, han tomado en cuenta los contextos y diversas situaciones en donde se dan las luchas por mejorar la salud indígena: espacios de gobiernos, organismos internacionales, organismos no gubernamentales, organizaciones indígenas, y ante todo, comunidades y localidades.

Los principios claramente identificados durante la reunión fueron los siguientes:

**“Abordaje integral de la Salud”**: el concepto holístico de salud debe ser respetado, promovido y servir de base para el abordaje de un modelo integral de salud; atendiendo los elementos fundamentales de la salud indígena: espiritual, físico, emocional y mental.

**“Autonomía y autogobierno de los pueblos indígenas”:** el derecho a participar en la definición e implementación de políticas de salud. Los pueblos indígenas deben tomar el control y responsabilizarse de su propia salud.

**“Derecho de los pueblos indígenas a la participación sistemática”:** dentro de las comunidades y frente a las instituciones en la implementación de los programas y proyectos de salud. Un elemento fundamental para alcanzar el cumplimiento de los objetivos planteados en la unidad indígena.

**“Revitalización de la Cultura”:** el derecho de los pueblos indígenas a que se respeten sus lenguas, tradiciones, costumbres y religiones. Esos elementos culturales deben servir de base para la construcción de los modelos alternativos de salud y desarrollo.

**“Reciprocidad”:** reconocemos que nos necesitamos unos a otros. Para alcanzar la salud y el desarrollo de los pueblos indígenas debemos trabajar juntos.

### **Recomendaciones:**

- Reconocer y legalizar la medicina indígena asegurando apoyo a los médicos indígenas y sus organizaciones. Los gobiernos deberán asegurar medidas que impidan la represión en contra de los médicos tradicionales.
- El desarrollo de proyectos y programas de salud en comunidades indígenas deberán basarse en la promoción de procesos autogestionarios, utilización de recursos locales, y participación sistemática y activa de la población en el proceso de planificación, implementación y evaluación de los mismos.
- En el proceso de planificación y ejecución de los programas y proyectos de salud deberá promoverse y asegurarse la participación de mujeres, ancianos y jóvenes.
- Debe trabajarse mucho en la defensa de la tenencia de la tierra, mejoramiento de la alimentación, vivienda y evitar la contaminación ambiental.
- Deben señalarse estrategias tanto para que se produzcan leyes que respondan a los derechos y necesidades de salud de los pueblos indígenas, como para que estas leyes se cumplan.
- Los gobiernos deberán garantizar la recuperación, protección y presentación de lugares sagrados de los pueblos indígenas con el fin de impedir la pérdida de la integridad cultural.
- Que las instituciones internacionales y los gobiernos reconozcan y utilicen la experiencia de los pueblos indígenas en la conservación y manejo del medio ambiente.
- Es fundamental el reconocimiento a nuestro pueblo, nuestra cultura, nuestro sistema de salud, con sus particularidades y especificidades de la experiencia histórica en el contexto regional y nacional, las que deben ser analizadas en términos de: los actores sociales, los escenarios y los procesos sociales, ecológicos, políticos, económicos y culturales.

Como mapuches nos corresponde participar en la exigencia y propuestas de políticas de salud, asegurando por una parte que las comunidades mapuches se involucren en la toma de decisiones sobre la naturaleza y el papel de los servicios médicos locales y por otro lado sensibilizar a los profesionales de la salud en una valoración de los métodos tradicionales.

A nosotros nos corresponde revisar los conceptos sobre el desarrollo general y la salud tomando en cuenta nuestra propia realidad en términos de salud, enfermedad, revención y tratamiento.

Es necesario generar propuestas de abordajes a nuestros problemas, conocer los factores determinantes de la realidad actual : analizar las carencias, obstáculos y fracasos en programas de salud indígena, como también conocer las prácticas exitosas. Analizar los problemas de salud indígena, nos remite a analizar las políticas de salud, los servicios y las mismas bases de salud pública.

Nos corresponde también el reconocimiento y valoración del rol que le corresponde a la **machis** y agentes de salud tradicional en vías de lograr autonomía y apoyo por parte de la medicina occidental.

El reconocimiento de un modelo de atención primaria de salud significa una revisión crítica del modelo reduccionista occidental que reduce el todo a las partes y del modelo integral tradicional mapuche que considera a las partes de un todo.

Se propone como principio orientador el garantizar el desarrollo de las prácticas y saberes tradicionales de salud y conseguir que dicho desarrollo se oriente al logro creciente del bienestar social con equidad que merecemos los indígenas.

Es conveniente tener presente que el conocimiento de la medicina tradicional puede ayudar a comprender mejor los modelos de atención y de práctica clínica; como también pueden servir para ampliar el modelo epidemiológico convencional en una dimensión sociocultural.

Creemos que la medicina no es privativa de los médicos o profesionales de la salud. En realidad todos deberíamos ser capaces de prevenir y tratar las enfermedades que se presentan con más frecuencia en nuestros hogares, si comprendemos las causas biológicas y sociales de tales enfermedades.

Es importante que los funcionarios de la salud pública comiencen a valorar la dimensión social y cultural del pueblo mapuche. Que les permita comprender la idiosincrasia de las familias mapuches, de su manera de pensar y actuar. La medicina tiene que traducirse en un nuevo enfoque, más humano e integral de la salud y la enfermedad.

Finalmente, queremos decir que invertir en el mejoramiento de la salud y en las condiciones de vida redundará en beneficio de las futuras generaciones y de la sociedad en conjunto. La acción del estado para disminuir la desigualdad social, debe basarse en una distribución equitativa de recursos, con el pleno respeto de nuestros valores, cultura y sistema de salud, y a nosotros ejerciendo la democracia y participando como mapuches en la toma de decisiones para lograr una mejor salud y calidad de vida.

## 1.9 RESUMEN DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Los comentarios y preguntas apuntaron especialmente al concepto de pobreza y la metodología empleada en la investigación epidemiológica realizada por Víctor Toledo. Se indagó sobre los criterios que se utilizaron para determinar población indígena en cada uno de los lugares y sus dificultades. Se respondió que para las zonas rurales se usó primero una combinación entre apellido y lugar, luego hubo un trabajo de identificación de los lugares indígenas. “En el caso mapuche fue sencillo porque se realizó a través de los títulos de merced, de las tierras, y en caso aymara fue un trabajo más lento a través de la identificación de las estancias rurales aymaras, identificación de la propiedad indígena inicialmente y combinación del apellido fundamentalmente. En el caso urbano que no estaba inicialmente en el estudio, tuvimos que incorporarlo porque no podemos eludir la presencia, en Arica e Iquique las tres cuartas partes de la población es aymara. Existe también una combinación de apellidos, hubo que construir una matriz de apellidos aymaras y combinación de lugares; en la ciudad en Arica fue sencillo, porque están identificados los barrios típicamente aymaras. Desde luego eso tiene un sesgo, hay un margen de error, pero la única posibilidad de entrar a corregir las tasas es entrando a hacer estudios de caso y eso ya es un trabajo de refinamiento de los indicadores que requiere investigaciones a cargo de los Servicios. Para resumir, lugar y apellido fueron los parámetros que se usaron”.

En relación al concepto de pobreza se planteó que «pobre significa la imposibilidad de cubrir las necesidades básicas humanas, que tiene que ver con un concepto de pobreza particular, ya que está ligado a una teoría económica capitalista que define como desarrollo a la necesidad, en general artificial, de trabajar para acumular cada vez más. Es decir que hay que crear conciencia de necesidad, hay que inventar necesidades donde no las hay. Así dicen los grandes capitales transnacionales y sus tecnócratas. Por eso pregunto: ¿qué es ser pobre?. Los parámetros urbanos para medir la pobreza son la calidad del material de construcción, el tipo de educación para definir los conocimientos, el agua potable para definir la salud; y estos parámetros no sirven en el altiplano. Para no ser pobre en el altiplano deberían colocar tuberías de agua potable, cambiar el adobe por el ladrillo, lograr estudios universitarios, de modo que los parámetros no sirven. Pero existe una pobreza introducida y es a través de la escolaridad, cuando el primer factor disociador en las comunidades es la escuela y a través de ella se llega a la pobreza. En cuanto a la salud, el acceso a control sobre el territorio es determinante de la salud de la comunidad: estos son los reales criterios de pobreza y de riqueza».

También se hizo referencia a la tendencia a enfatizar los aspectos cuantitativos, resaltando la validez de la investigación cualitativa y más precisamente la participativa, que se realiza en conjunto con la gente.

## AGUA ENAMORADA

*a Bárbara Délano*

*El agua que sube y se desborda.  
El agua que entra en nuestra casa.  
Agua de mar, agua de luz, agua de dolor.  
Tanta agua rodeándonos sin excusa,  
Saliéndonos por la boca,  
Derramándose por los ojos.  
Agua sin consuelo a medianoche,  
Agua inútil que nos deja más sedientos.  
Agua de rencor, agua del adiós, agua.  
Agua en los bolsillos, en las calles,  
En las salas de espera,  
Agua encima de los montes.  
Agua de partir, agua,  
Agua de nacer, agua,  
Agua serás, más agua enamorada.*

**ESTEBAN NAVARRO**

## 2. PANEL SALUD Y MEDIO AMBIENTE

---

### 2.1 INTRODUCCIÓN

El panel *Salud y Medio Ambiente* abordó una de las temáticas fundamentales desde la perspectiva de sentar las bases para una propuesta de política intercultural en salud. Ello porque nos sitúa frente al contexto natural y tradicional en el que se han desarrollado las culturas indígenas y porque como se ha reiterado a través de la OMS, “la salud de un pueblo no sólo se ve afectada por lo que podríamos llamar aspectos sanitarios, sino por la integralidad de la vida del grupo involucrado”. Considerando la actitud de respeto y solemnidad que históricamente han manifestado los pueblos indígenas frente a su entorno natural, con el que han establecido una relación de empatía y reciprocidad, uno de los aspectos relevantes de reflexión es el impacto de la *modernidad y el desarrollo* en la salud de estas poblaciones, especialmente cuando este «desarrollo» se traduce en depredación y usurpación o cuando empuja a la migración a ciudades en condiciones desfavorables.

Cabe señalar que aunque el tema del Medio Ambiente cobra cada vez más vigencia, generando a nivel mundial acciones que incluyen investigación, denuncia y una serie de acuerdos internacionales, es poco lo que se ha reflexionado en términos de como su deterioro afecta la salud de las poblaciones humanas, aún cuando resulta ser una consecuencia lógica.

Las experiencias presentadas, tanto a nivel testimonial como de sistematización y asesoría a comunidades indígenas, así como los aportes de los participantes al Encuentro, dan cuenta de la necesidad de seguir profundizando sobre este tema, para fortalecer la defensa del medio ambiente y el derecho de los pueblos indígenas a permanecer en las tierras ancestrales.

El panel fue moderado por el sociólogo venezolano Rubén Montoya y contó con tres expositores. La primera presentación correspondió al dirigente mapuche pewenche Alfredo Meliñir, es de carácter testimonial y da cuenta de una situación vivida por alrededor de 22 familias de la comunidad pewenche de Quinquen, comuna de Lonquimay, Novena Región. La segunda, presentada por el antropólogo argentino-boliviano Pablo Regalsky, entrega elementos teóricos sobre la relación hombre-cultura y medio ambiente, y el impacto de los programas de desarrollo en comunidades indígenas a partir de una experiencia de trabajo desarrollada por la ONG CENDA (Centro de Comunicación y Desarrollo Andino), en la zona de Cochabamba (Bolivia). Finalmente, el antropólogo Manuel Muñoz Millalonco, representante y asesor del Consejo de Caciques del Pueblo Williche-Chilote, expuso una experiencia de desarrollo y autogestión, basada en el fortalecimiento de la organización tradicional williche, la que es complementada por el Dr. Omar Vejar del Hospital de Castro, Chiloé, Décima Región.

### 2.2 EXPERIENCIA DE UNA COMUNIDAD PEWENCHE por Alfredo Meliñir Levinao

Mi nombre es Alfredo Meliñir Levinao, soy de la comunidad de Quinquen que queda a 30 Km. de la ciudad de Lonquimay IX Región. Quiero hacerles un breve recuento de nuestra historia.

La comunidad de Quinquen fue conocida tanto a nivel nacional como internacional por nuestra lucha y sufrimiento que se viene arrastrando por asuntos de la tierra desde hace como 100 años y que desde hace como 30 años empezó a agravarse. Nosotros sabemos que por historia teníamos un derecho ancestral, desgraciadamente esta historia poco la han tomado en cuenta.

¡Somos mapuche donde nos vean! Tenemos nuestra cultura, hablamos nuestra lengua, tenemos nuestra identidad, tenemos nuestra religión. Esto no lo hemos inventado nosotros; aquí en Chile, desgraciadamente la justicia ha hecho muy poco para nosotros.

Por la codicia y avaricia del dinero nos quisieron desalojar de esa tierra. Nosotros defendemos el Medio Ambiente, a la montaña, a la araucaria. Donde vivimos no se da la agricultura, no se da la siembra porque es cordillera. Hay mucha helada y nevazón en el invierno, entonces la única manera de vivir en la zona pewenche es la pequeña crianza de animales vacunos, caprinos, lanares y el pino araucaria que para nosotros es un Arbol Sagrado que nos da la vida, el alimento, el piñón, por eso para nosotros ese árbol es un símbolo. Las empresas madereras desde la década del 50 han explotado casi toda la montaña, sin que nadie, ningún gobierno les salieran al paso para proteger esa montaña. Nadie hablaba, nadie habló, nadie dijo que ese árbol era interesante no solamente para los mapuches, también para la sociedad chilena, para toda la gente pobre de toda esa zona.

Viendo todos esos atropellos, hicimos una demanda internacional denunciando que del total de araucarias que había en la zona, ahora queda solamente el 20% sobreviviendo. Porque esos árboles nativos dan muy buena madera, porque es una madera de exportación, entonces los grandes empresarios que pensaron hacer?, ¡desalojarnos de esa tierra! No teníamos justicia, nadie nos escuchaba, entonces, que es lo que teníamos que hacer, que es lo que teníamos que decir? Cuando en esos años, el gobierno de Aylwin tenía como 2 ó 3 años, yo como **Longko** representante de varias comunidades y otros hermanos estábamos dispuestos a llegar a un enfrentamiento para defender la tierra. Nosotros no estamos dispuestos a que nos quiten la camisa, nadie está dispuesto, porque esta tierra es nuestra por historia. Lo saben; sabe todo el mundo que somos mapuche y que la tierra es nuestra, ese fue el término que usamos y aquí nuevamente lucharemos y moriremos para defender la montaña, la tierra.

Esa fue la palabra, porque la injusticia era mucha, era grave, no teníamos dinero para defender nuestros territorios porque estos señores empresarios tienen el poder, tienen la plata, pagan abogados, si nosotros pagamos 10 lucas ellos pagarán 100, si pagamos 100 ellos pagan millones y la justicia va en apoyo al dinero, la razón sabíamos que la teníamos, entonces eso ha sucedido con todo esto, hemos sufrido mucho.

Gracias a las organizaciones mapuche, hermanos de Temuco, de distintos lugares de Chile y del Mundo que nos apoyaron esta palabra que nosotros decíamos. Quisieron sacarnos con engaño: «Van a salir de esta tierra de Quinquen porque aquí neva mucho», nos decían, porque allá es realmente nevador, pero nosotros estamos acostumbrados, estamos aclimatados, «los vamos a llevar a otra parte», repetían y nosotros no creíamos. No queremos creer a la autoridad chilena porque por eso estamos condenados, estamos pisoteados; por engaño. Nosotros teníamos que ver cual era la tierra para poder trasladarnos, vinimos a ver la tierra; era el Volcán Lonquimay, ahí nos

tenían un lugar para traernos. ¿Es eso justicia señores, estimados **Peñi**, estimados amigos es justicia eso?. Nosotros no le aceptamos por ningún motivo, preferíamos entregar la vida antes que no nos dejaran sepultar donde están sepultados nuestros antepasados. Nosotros habíamos dicho: «hagan una averiguación, hay cementerios que tienen unos 200 ó 300 años», hay algún extranjero en los cementerios?, yo creo que no lo hay, porque estos señores que están instalados allá son empresarios, son franceses, vienen de Francia y ahora están radicados en Chile. Esos son la gente, nosotros no hemos luchado contra nuestros hermanos, ni con los **wingka**, ni con los criollos que son gente pobre. Estamos luchando con los empresarios y esa es la rabia. Y esa es la envidia que tienen, de sacarnos de esta tierra, eso ha pasado.

En la primera pelea que hicimos, decidimos que la araucaria no se cortara nunca más, que pasara a ser un monumento nacional. En esos días era candidato Don Patricio Aylwin, el Ex Presidente y acogió esa demanda y cuando llegó a ser Presidente de Chile presentó una Ley para que eso fuera monumento nacional. Por eso estamos agradecidos de ese gobierno, hizo lo que tenía que hacer. Por eso está la araucaria viva, el 20% que les decía que quedan en la zona. Entonces eso ha sido un dolor ahora mismo están explotando cerca de nosotros, otra empresa, arrasando con el bosque nativo, la Lengua y el Coigüe y a donde va a quedar esa pobre montaña.

Según dicen, se va al Japón. Ahora trabajan con motosierras y anteriormente cuando explotaban, cortaban con corvina y trabajaba mucha gente, la gente de la zona podía ganar plata. Ahora no, una motosierra corta cientos de árboles en el día; 20, 30 camiones cargando de esa madera, limpiando el bosque nativo. Se está trabajando con Bulldoser y no se trabaja con bueyes, porque dicen que es tierra privada, es un fundo. Entonces ese es un dolor para nosotros como mapuches. Este año estamos bastante sentidos, no hay nieve en la cordillera arriba, eso a través de los bosques, esa es la altura de la nieve. Cuando le pelan su bosque, el sol pega muy fuerte hacia esa tierra y la nieve se va muy luego, se derrite, se va entonces eso puede producir sequía en la zona de Lonquimay. Se está anunciando una sequía que podría provocar grandes atrasos para nuestra zona, para la empastada, para el piñón.

El araucaria produce de acuerdo a la humedad, ahora mismo se están comenzando a secar los pinos, se está chamuscando, no se que habrá pasado, no sé que enfermedad. Puede ser por todo lo que están pelando la montaña, eso ningún gobierno lo ha visto, ese devorar que están haciendo. Entonces esa es una cosa que hemos hecho nosotros en la zona wingka. El mapuche pewenche ha cuidado sus bosques y el medio ambiente, porque nosotros estamos rodeados de árboles y también de aves silvestres. Nosotros no le hacemos daño a esos pájaros, a nada. Si volteamos una madera, volteamos para trabajarla no para comercializarla, entonces eso es una injusticia que cometen con nosotros, entonces ese es el dolor que nosotros sentimos. Yo he luchado, he sufrido mucho, pero yo como mapuche no me canso, no me cansaré hasta morir para defender lo que es de nosotros. No estamos defendiendo cosas ajenas, entonces espero que la sociedad chilena se dé cuenta que nosotros tenemos derecho, somos hijos de Dios como cualquier otra persona.

Nosotros no estamos contra el progreso del país, de ninguna manera. Pero que no hagan del progreso daño de la comunidad indígena, eso es lo que nosotros queremos: que se haga progreso en otra parte del resto de la poca y nada tierra que nos va quedando. Es triste es terrible lo que están haciendo, para que nuestros hermanos se estén yendo a vivir a Santiago. ¿Qué es lo que se



hace en Santiago?. la gente que no tiene educación, qué es lo que hace en Santiago?, la gente se va a meter en trabajos peores, va a fumar ese cigarro que dicen que vuelve loco. Yo no entiendo eso, la marihuana, el alcoholismo y acá eso no se conoce. Somos los más limpios que hay en la zona, no se sabe nada de eso, entonces ese es el dolor que yo siento, por eso quiero seguir luchando y hablando.

Cueste lo que me cueste, quiero que la sociedad chilena entienda todo esto, para que algún día tengamos un apoyo. Porque yo no estoy en contra de toda la gente, porque cuando a Quinquén lo iban a desalojar, hablaron muchos hermanos, solidarizaron muchos mapuche y no mapuche. En primer lugar estuvo con nosotros el Equipo de Salud de Araucanía, fueron a ver, ellos saben la historia de nosotros, porque ellos estuvieron, vieron en vivo y en directo el sufrimiento nuestro. Pero queremos que la gente de la sociedad chilena, de las Leyes se eduquen, que sepan que hay un pueblo por delante, que es interesante reconocerlo para poder saber como se trata el medio ambiente y la salud. También queremos, incluso hemos hecho una Posta. Gente de países internacionales vinieron a solidarizar con nosotros, aportaron con un puñadito de arena para hacer una Posta, porque no la teníamos. Hicimos una Escuela que no la teníamos, con dineros internacionales. También el FOSIS (Fondo de Solidaridad e Inversión Social) y la CONADI (Corporación Nacional de Desarrollo Indígena) aportaron un poco, porque ellos vieron que gente de otro país se estaba dando cuenta que estábamos abandonados.

Entonces eso es lo que nosotros esperamos de una vez por todas, que la gente se eduque, que se den cuenta que somos una gente humana, que merecemos respeto, merecemos desarrollo y que no sigamos sufriendo y que no nos sigan atropellando, que no estén haciendo progreso encima de nosotros las grandes empresas madereras, en los parlamentos. Esa sería mi poca palabra, yo no traigo ningún material para poder mostrar, sólo mi palabra.

### **2.3 SALUD, MEDIO AMBIENTE Y DESARROLLO EN COMUNIDADES INDÍGENAS por Pablo Regalsky**

El tema que nos han pedido es la relación del Medio Ambiente y la Salud de las comunidades. Quiero previamente explicar cómo se construye una relación entre una comunidad y el medio ambiente. No vamos a hablar de condicionamientos ambientales que afectan a la Salud, lo que nos interesa ver es cómo una determinada sociedad construye su propio ambiente. No es cierto que aparecemos en un determinado ambiente y que eso nos afecta, como si fuera algo causal.

Una comunidad social es básicamente una comunidad biológica. Nosotros aunque nos llamamos seres humanos somos una comunidad biológica igual que las hormigas y las abejas y esta comunidad biológica, igual que ocurre con las hormigas, pero mucho más aún, construye su ambiente. Entonces partiendo de esa base, considero importante tocar un tema fundamental que es básicamente el tema de la nutrición, de lo que ingerimos y de lo que excretamos y que tiene mucho que ver con el ambiente, porque finalmente la relación que hacemos con nuestro ambiente es para tener algo que ingerir. Hacemos algo de intercambio con ese medio ambiente, ingerimos energía en forma de alimentos y excretamos lo que como elementos de esa comunidad biológica no usamos y lo devolvemos a ese medio ambiente. Ayer apareció el tema de la nutrición, desnutrición y estos son temas que se construyen social y culturalmente; no son conceptos que vienen fijados

ni en la Biblia ni en el Corán, ni los dictó Dios ni ningún otro poder sobrenatural. Cada cultura construye su concepto de lo que es, lo que se ingiere y lo que se excreta.

Hemos relacionado el tema de lo que ingerimos, la nutrición, con determinados elementos y condiciones naturales del espacio donde se produce ese alimento. Aquí tenemos un tipo de ambiente, el Sur de Cochabamba, la Región Quechua donde trabaja nuestra Institución CENDA (Centro de Comunicación de Desarrollo Andino) desde hace 13 años. Es un proyecto que comenzó como un proyecto de comunicación en Quechua, a través de un periódico y de una radio que luego se fue extendiendo a todos los aspectos de la vida comunal. Es un tipo de ambiente donde aparentemente abunda el agua. Hay tierras planas y hay masa aparentemente verde. Pero también existe otro ambiente, el de las alturas, bastante más seco.

Al preguntarnos en cual de esos dos ambientes hay mejores condiciones de vida, parece muy obvio que es en el primero. Sin embargo, una investigación rigurosa y sistemática hecha durante varios años nos muestra paradójicamente lo contrario. Hay en esta zona un 24% de desnutrición marasmática o kwashiorkor grado 3, en tanto que en la otra zona, solo un 8%. La paradoja la resuelve el hecho de que: el hombre construye su organización social y al mismo tiempo construye su ambiente y no es afectado mecánicamente por ese ambiente.

Si nos fijamos bien en un conjunto habitacional de una familia de la altura, podemos encontrar silos de almacenaje. Por el contrario, en el caso que veíamos al comienzo, un sistema de riego introducido por el hombre en esa sociedad fue construyendo un sistema basado fundamentalmente en la producción para el mercado, no existiendo un sistema de almacenamiento, un sistema de autosuficiencia alimentaria; lo que hace es producir mucho, vender mucho. El alto porcentaje de desnutrición en este sistema obedece a que los hombres han construido un sistema de autosuficiencia alimentaria y sin embargo venden el 30% de su producción, que consiste básicamente en granos trigos, maíz y papas.

Quiero explicar brevemente como el hombre va construyendo y apropiándose de su ambiente. En el medio ambiente de las tierras de altura, el sistema social está condensado en la figura de pequeños silos donde la familia guarda el alimento para todo el año, y donde hemos podido verificar que sobrepasa las calorías en grasa y proteína animal; tienen suficiente proteína vegetal y calorías.

Nos preguntamos que ha pasado en la otra comunidad donde entró el riego? ¿Qué ha sucedido abajo? Ha sucedido que como efecto de las políticas estatales de modernización agrícola, de “incremento” de la productividad agrícola, -en base a la incorporación de paquetes tecnológicos que incluyen el uso de agroquímicos y semillas mejoradas como la Desiree y otras yerbas-, el sistema tecnológico, que era muy parecido al que tienen los de arriba, se modifica, no simplemente porque producen para el mercado, sino porque producen de una manera diferente que no los articula entre ellos. Así, la producción no es una articulación entre familias sino que cada familia compete con las otras, porque todos están peleando por llegar al mercado en mejores condiciones. Esta ruptura de los tejidos sociales se debió a la incorporación de estas nuevas tecnologías, que incorporan una variedad de papa distinta, que es la Desiree, cuya introducción cambió el tipo de estructura social y toda la forma en que la organización social se apropiaba y se articulaba con su ambiente. Resultando de esto que ahora la ingesta de alimentos no es suficiente, aunque lo que

producen es el doble de lo que producían antes. Parece muy paradójico y difícil de explicar en dos minutos, pero los resultados de nuestra investigación están respaldados en documentación y publicados. El tema es que se ha producido desnutrición a partir del desarrollo y que podemos establecer como primer punto, que un cambio tecnológico, la modernización, puede ser equivalente a desnutrición.

Un segundo aspecto apunta a que ese cambio tecnológico deterioró las redes sociales de cooperación entre familias, para producir mejor entre familias, por una competencia mutua por la tierra del vecino. Así, desaparecen las formas naturales de control y apropiación de la tierra por formas mercantiles. Esto da lugar a un segundo fenómeno que afecta la salud, la gente se comienza a suicidar con insecticida. Esto ocurre en esta zona y en muchas otras zonas que hemos detectado, donde hemos verificado una tasa de suicidios de 430 x 100.000 habitantes. Es decir que en una población de 10.000 habitantes se matan 50 por año, ingiriendo insecticidas y esto, sin considerar toda la gente que muere accidentalmente por ingerir insecticidas. Esas muertes por suicidios evidencian que se está alterando la salud de esa comunidad, ya no la salud somática, en el sentido de una epidemia, si no que se está produciendo un desequilibrio y una crisis social por ese cambio tecnológico que altera esa comunidad. Ya no se apropia de ese territorio a través de las formas de control tradicionales, sino por la vía mercantil; la compra y la venta que es otra forma de apropiarse del territorio y manejar los recursos.

Esta forma de apropiación del medio ambiente que hoy nos parece tan natural que no creemos que exista otra mejor o alternativa, que consiste en manejar a través del dinero, es relativamente reciente, no es tan antigua. Pensar que los recursos sólo se manejaban a través de la relación mercantil, es desconocer que hay otras formas de apropiación, que son las que conocen los pueblos indígenas. Ellos son los únicos que conocen la forma como manejar su territorio y pueden dar elementos o gérmenes para la generación de una nueva sociedad que reemplace esta sociedad que está en proceso de putrefacción. Los elementos para construir una nueva sociedad se encuentran en los conocimientos de las comunidades andinas.

La sociedad de arriba nos sigue dando elementos y para finalizar esta ponencia, veamos una cosa pintoresca. Frente a toda la problemática de salud, territorio, sistema productivo y cambio tecnológico, a UNICEF no se le ocurre otra cosa que poner letrinas, desarrollar un programa de construcción de letrinas. Desde un punto de vista de análisis cultural, introducir ahí el tema de la letrina daría para mucho pensar. El principal problema que encara UNICEF, o sea nuestra sociedad representada, es como ocultar las excretas, porque el problema principal es como hacer de la excreción un acto privado y ya no público; tiene que ser en un agujero. Culturalmente eso pertenece a la sociedad nuestra, que es un poco loca, absolutamente yo diría, porque la forma de la gente de arriba de liberar sus excretas es absolutamente sana. Se puede decir específicamente que el caso del cólera ha afectado ciertamente la forma de liberación de excretas que existe arriba, pero aún eso pudieron manejarlo.

Entonces yo, lo que quiero es mostrar ese contrapunto que existe entre la problemática de salud, que nuestra sociedad crea e introduce a estas comunidades, y las soluciones que se les ocurre dar a los problemas que ella crea. Estamos introduciendo aquí un elemento muy *andino*, que es el tema de por qué estos sistemas de altura de montaña tienen acceso a esta seguridad alimentaria. Es por el acceso a los múltiples pisos, que va en contra de la producción en escala

como argumento para la mejoría de la productividad y por ende para la mejora de la situación nutricional de ingesta, como sistema de reemplazo de la mortalidad y la uniformidad por la diversidad.

En este caso, aprovechando los múltiples pisos, este sistema se basa en la diversidad por contraposición a la homogeneidad que busca nuestro sistema productivo y eso se refleja en el nivel cultural por supuesto. Estamos hablando de huertos familiares, tenemos un cultivo tradicional andino que consiste en mezclar 13 diferentes plantas en una parcela. Cultivar una sola clase de plantas es una concepción técnica totalmente equivocada, tecnológicamente y científicamente, es un absurdo. Otra cosa es que a la industria le convenga que se haga así, pero desde el punto de vista biológico lo que es necesario es manejar una diversidad para evitar el problema de las plagas y el deterioro de los suelos. Así se maneja el tiempo en la parcela y se tiene acceso a una diversidad de ingestas, por que puede contar con cualquier cantidad de aminoácidos, vitaminas de diferentes tipos que no es lo mismo que tener trigos.

En una parcela donde hay una variedad de cultivos mezclados, el sistema de seguridad que es básico y fundamental, se hace a través de la comunidad y su sistema de control. Después de las cosechas, una comisión asignada por la comunidad revisa los silos para ver si han cosechado todo y si han cosechado bien; porque el que no ha cosechado bien es un vago, o tiene que probar que le ha ido mal por una razón ya que la comunidad castiga a los que no han llegado a una buena cosecha.

Ahora vamos al tema del servicio, por ejemplo aquí hay una Jampiri que está tomando el pulso, pulseando y aquí está el elemento humo. El Tata Santiago, es el rayo. Hay un médico cada 30 familias y un médico académico cada 3.000 familias. Este pobre médico del sistema oficial es un médico que salió de la facultad y va a experimentar allí su año de provincia y nadie quiere atenderse con él, porque todos tienen una mínima experiencia. El Tata Santiago a través del Rayo es el que designa a los Jampiri porque es el *señor de la montaña*, la montaña resume la biodiversidad que da vida entonces el Rayo da muerte y da vida a la vez.

En relación a la medicina, que es de lo que estamos hablando ahora, de la medicina de los pueblos indígenas. Creo que tiene que quedar bien claro que el propósito no apunta tanto a revalorizar, aunque eso no lo podemos negar, el valor de nuestras yerbas o de nuestros recursos. El recurso que disponemos en favor de la salud de los pueblos indígenas es la posibilidad de desarrollar estrategias para su valoración. Lo que supone un aprendizaje, porque en cierta medida, producto de la opresión de siglos, se ha perdido confianza en sus formas de llevar adelante la vida. Porque eso es la salud: Ver como hacemos para llevar adelante la vida, y esto no es simplemente que remedio tomarnos. En esta perspectiva, el pueblo indígena tiene una política, incluso para gobernarse y lo que debemos hacer nosotros como institución, es ayudar a reforzar esas políticas, esas formas de vida y esas organizaciones políticas, también para manejar un territorio.

De acuerdo a lo anterior, nosotros a través de CENDA no armamos ninguna estrategia en forma externa, nos limitamos a apoyar la estrategia que los pueblos y los sectores con los cuales estamos trabajando. Desarrollar, ayudar a desarrollar, que ellos desarrollen su propia estrategia, que la amplifiquen y venzan los obstáculos que les pone el gobierno, las empresas, los sectores criollos dominantes, los sectores del vecindario, los intermediarios, los maestros de escuelas, los

hospitales y todos las demás instituciones del Estado que tienen otra estrategia contrapuesta, que tienen detrás de sí un respaldo de casi 700 millones de dólares de ayuda, no reembolsable de parte de gobiernos europeos y de ONGs que van al Servicio de esta otra estrategia gubernamental, aquella que promueve la introducción de la papa Desiree, y el traspaso de la semilla de papa nativa a multinacionales, que permite la apropiación del material genético de esas variedades nativas a través de patentar todo esto, etc. Entonces, lo que nos interesa es conocer cual es su estrategia y ayudarles a desarrollar ese potencial. Finalmente, una reflexión sustentada en la investigación realizada, la cual está publicada. Se puede establecer aquí, que un cambio tecnológico, modernización es igual a desnutrición.

## 2.4 ORGANIZACIÓN TRADICIONAL Y TERRITORIO por Manuel Muñoz Millalongo

Lo primero que quiero manifestar es un gran saludo de parte del «**Consejatun Trawün Huilliche**» Gran Consejo de Comunidades Huilliche de Chiloé y un saludo muy especial de Don Carlos Lincomán, **Longko** Mayor del Consejo.

Hemos venido a este Encuentro, como asesores del Consejo de Caciques, por que nos interesa hablar de la Salud y el Medio Ambiente del pueblo huilliche chilote y de nuestro trabajo con una organización que tiene una larga data histórica, como es el Consejo General de Caciques de Chiloé, el cual se organizó formalmente entre los años 1793 y 1823, cuando Chile todavía era colonia.

El Consejo de Caciques desarrolló su trabajo fundamentalmente en la defensa de su territorio, logrando un reconocimiento por parte de la Corona Española, que entre 1823 y 1825 les reconoce sus derechos de propiedad sobre el espacio en que históricamente habían vivido desde la llegada de los blancos. Este derecho, esta situación se modificó violentamente con la llegada de los chilenos en 1826, y desde entonces, el pueblo huilliche chilote ha estado defendiendo su derecho al territorio, fundado desde el punto de vista técnico-jurídico, en los títulos de Realengo, que no encuentran espacio en la Ley 19.253, conocida también como «Nueva Ley Indígena». Este tremendo perjuicio para el pueblo huilliche chilote ha significado hoy día continuar con el proceso de defensa del territorio, de la **mapuñuke**, donde se constituye e instituye la salud del pueblo huilliche.

No hay indio sano sin tierra, no hay indio libre sin tierra, no hay **mapuñuke** sin hijos. Este Consejo de Caciques ha incentivado la conformación de un equipo de profesionales huilliches y no huilliches con el propósito de buscar mecanismos para enfrentar en forma conjunta la problemática de los derechos territoriales. En esto estamos desde hace 7 años y una de nuestras responsabilidades ha sido formular las demandas al gobierno chileno, y desde esa demanda ir encontrándonos con un proceso tal vez distinto al que ha ocurrido con otros pueblos originarios de Chile, del que nos sentimos testigos y protagonistas.

Desde un estado de fuerte patología afectiva-psicosocial derivada de los derechos conculcados del pueblo huilliche chilote, por el Estado chileno, asistimos hoy a un proceso de sanación que deriva de la recuperación de tierras usurpadas por el Fisco o particulares, como es el caso de las

comunidades de Chanquín y Huantemó, aledañas al Parque Nacional Chiloé, donde el Estado se ha comprometido a devolver a lo menos 4.000 Hás. de las que había usurpado en el año 1982.

Además de la recuperación de tierras, hay otros temas fundamentales que obligan a buscar resguardos jurídicos, éticos y morales, con el objeto de salvaguardar derechos esenciales que se encuentran en riesgo. Tales temas dicen relación con el derecho sobre el conocimiento ancestral, el derecho sobre la biodiversidad y el derecho esencial, que como el pueblo huilliche ha denunciado a través de los medios de comunicación, ha sido vulnerado a causa de la facultad que se ha otorgado a empresas extranjeras, para la patentación de Genes Humanos, lo que constituye un crimen contra los derechos esenciales del ser humano. El proyecto del Genoma Humano constituye un riesgo para la población huilliche. Se han detectado en la sangre huilliche, anticuerpos para el ATL, un tipo de leucemia celular. Sabemos que hoy día hay sangre nuestra en Bancos Japoneses y no sabemos aún, ni el gobierno ha contestado, si el gen huilliche fue patentado y si se encuentra en manos de la industria farmacológica japonesa. Este es un tema delicado, cuando el Servicio de Salud de Castro nos pidió información y nos pidió asesoría, enfermeros y médicos coincidieron en manifestar que estábamos ante un tema absolutamente diabólico.

En términos más evidente están los conflictos con las empresas Forestales, como el caso de la «Golden Spring» una empresa de Hong Kong que se apropió de 23.000 Hás, 4.000 de las cuales corresponden a tierra indígena (parte del Fundo Koihuin Hueque Trumao de COMPU). Al respecto, no ha habido pronunciamiento de parte del Consejo de Defensa del Estado, debido a que el Ministerio de Bienes Nacionales no ha hecho la solicitud.

Todo lo anterior genera daño a la salud del pueblo huilliche, daño en todos los niveles, sin embargo esto se revierte con la organización. Hay salud para el pueblo huilliche, hay salud en todos los niveles cuando el pueblo huilliche se organiza, cuando denuncia, cuando demanda. Entonces es tal vez en esa problemática que se inserta la búsqueda de una alternativa de salud; en ese ámbito debería enmarcarse nuestro quehacer diverso. Somos médicos, abogados, antropólogos, ingenieros forestales, ingenieros agrónomos, los que estamos en esa historia, pero la diversidad del problema del pueblo huilliche es como la diversidad del organismo humano.

Otro de los impactos importantes ha repercutido en el ecosistema acuático, a raíz del tremendo auge que ha tenido el cultivo y crianza del salmón. El salmón ha venido contaminando parte de la **Mapuñuke** que contiene la Mar; la industria del salmón ha cambiado las temperaturas del agua, ha generado una serie de patologías. Hoy día aunque no se ha difundido oficialmente, se comen salmones que han incorporado a su organismo a lo menos 5 antibióticos. Se ha producido un tipo de patología que los ictiopatólogos aún no han logrado reconocer y que mantiene contaminado el salmón de Chiloé.

Otro riesgo, otro peligro para el pueblo huilliche chilote lo constituye un proyecto de 120.000 Has. que afectaría a cinco comunidades huilliches de Chiloé: Tuhuen, Piedra Blanca, Coi-Coi, Yalda y Coinco. Es un proyecto que se vincula a la «Golden Spring» y se conoce como «Estudio de Identificación de Posibilidades de Desarrollo de un Aprovechamiento Forestal en el Area de Puerto Carmen en la Isla Grande de Chiloé». Chiloé tiene aproximadamente 500.000 Has. de bosque nativo, de las cuales 300.000 están en territorio huilliche. Este estudio del Proyecto fue encargado por las empresas «Los Parques S.A.» y «Le Bank Colvert» de Francia y ejecutado por

la Fundación Chile con los servicios de «INFORA» Estudios, en Enero de 1994. Este estudio contempla la explotación de 129.459 Has. en el extremo sur de la Isla-comuna de Quellón, e implica una tala anual de 154.000 Mts.<sup>3</sup> de lo que se destinará un 61.6% a la producción de astillas; un 32.2% a madera aserrada y un 6.2% a palet. Este proyecto significa explotar un 32% de la superficie cubierta por bosque de Chiloé y el volumen de corte anual del proyecto equivale a 5 veces la actual producción anual de madera aserrada en Chiloé y casi 3 veces el consumo de leña.

El proyecto mencionado está hoy en manos de la Corporación Nacional Forestal y según estos antecedentes, se convierte en la primera explotación industrial del bosque nativo chilote, lo que de acuerdo a la visión del Consejo General de Caciques, así como la de los biólogos y ecologistas, derivará en la destrucción de las formas de vida del ecosistema isleño, constituyendo por tanto una violación directa e inhumana a los derechos ancestrales del pueblo huilliche.

El permanente estado de amenaza frente al pueblo huilliche, que se puede constatar a través de los antecedentes presentados anteriormente, ha llevado a que el Consejo de Caciques impulse a través de su equipo de profesionales, un proceso de diagnóstico de la realidad medio ambiental. Así, a partir de 1993 se comienza a trabajar en la realización de los primeros diagnósticos socioculturales, a cargo de abogados y antropólogos y posteriormente, con la incorporación de otros profesionales, se prosigue con el diagnóstico de la problemática directamente vinculada al Medio Ambiente y la Biodiversidad.

Los riesgos que enfrentan todos los ecosistemas huilliches; nuestras tierras y nuestros mares, han implicado que el pueblo huilliche establezca algunos deberes posteriores al diagnóstico, en función de definir alguna estrategia de como enfrentar la problemática. Así, el problema de la defensa del bosque, la defensa de los ecosistemas marinos y la defensa de los suelos, se relaciona con problemas de Nutrición humana; por ejemplo, los Programas de Transferencia Tecnológica promovidos por INDAP (Instituto Nacional de Desarrollo Agropecuario), promueven y venden a los campesinos huilliches el Super Fosfato Triple y el Salitre Potásico, sin haber hecho nunca un estudio de suelos, en consecuencia de que según hemos podido constatar, existen en algunos niveles de la provincia, suelos cuya demanda de nutrientes no es el Fósforo sino el Calcio, a causa de los altos niveles de aluminio libre que contienen. Esto demuestra que la implementación de políticas tecnológicas no se sustentan en estudios de la realidad, lo que ha llevado a cometer errores gravísimos, que no contribuyen al desarrollo de este país y no resultan ser congruentes con una visión académica de lo que allí está ocurriendo. Es simplemente desprotección para el pueblo huilliche, es simplemente abandono.

El Consejo ha asumido también la línea de la defensa de la conservación. Desde que se realizara el proceso de diagnóstico de 15 comunidades en las comunas de Chonchi, Quellón y Queilen, hemos trabajado en un programa de formación de guardabosques huilliches, que ha permitido ir entregando capacitación, en torno a las fórmulas legales. No estamos hablando de formula ecológicas de resguardo al medio ambiente, porque el pueblo huilliche sabe muy bien el valor que tienen para sí las herramientas jurídicas, las herramientas técnicas para resguardar el bosque.

El Consejo ha asumido también la línea de la defensa de la conservación. Desde que se realizara el proceso de diagnóstico de 15 comunidades en las comunas de Chonchi, Quellón y Queilen, hemos trabajado en un programa de formación de guardabosques huilliches, que ha permitido ir entregando capacitación, en torno a las fórmulas legales. No estamos hablando de formula ecológicas de resguardo al medio ambiente, porque el pueblo huilliche sabe muy bien el valor que tienen para sí las herramientas jurídicas, las herramientas técnicas para resguardar el bosque.

Por otra parte, se han formado y hoy día existen los «guardadores del mar», cuya función principal es cuidar sus propios cultivos de pelillos (alga glacilaria) porque, aún habiendo establecido el pueblo huilliche, zonas de cultivos de algas, no ha llegado a tener la concesión del mar y en este minuto, se está peleando dicha concesión. Es un banco artificial, elaborado por el pueblo huilliche, pero tiene desde el punto de vista legal (Ley Indígena), condición de banco natural. Eso es una contradicción profunda para todos los técnicos y demuestra que las políticas del Estado no responden a una comprensión de lo que es el quehacer de las comunidades en este minuto.

Una tercera estrategia ha sido exigir la demarcación de las cercas de los fundos huilliches, a partir de los títulos originales de 1823, y proponer a la CONADI y al Congreso, que se modifique la Ley Indígena, reconociendo legitimidad a los títulos de Realengo, que por principios esenciales y jurídico los chilenos deberían otorgarles validez. Hay una omisión inexplicable del legislador, porque la CEPI (Comisión Especial de Pueblos Indígenas), cuando era la Comisión de los Pueblos Indígenas, entregó los antecedentes a la Comisión que elaboraba la Ley.

Un cuarto punto tiene que ver con la utilización de los subsidios estatales y como 15 comunidades huilliches, se organizan para no competir, sino que para establecer prioridades acerca de sus necesidades y sobre esa base entonces, postular a los subsidios del estado, ya sean del FOSIS (Fondo Solidario de Inversión social), CONADI u otros espacios. Desde esa perspectiva el pueblo huilliche colabora además con el Servicio de Salud, específicamente el de Castro, en la verificación de vertederos. Hoy día, la existencia de vertederos de desechos de salmones al interior del territorio huilliche, es denunciada, y esto se hace porque es necesario utilizar las herramientas legales que a veces el propio Servicio desconoce. Así, el Consejo ha ido denunciando y pidiendo a las autoridades de higiene ambiental del Servicio de Salud, que realice acciones sumarias ante la implementación de vertederos de actividad salmonera que se instalan sin autorización, rompiendo todas las normas, aprovechando que todavía se está a la espera del reglamento de la ley de base del Medio Ambiente que no se si se sigue negociando o si se habrá terminado de negociar.

Finalmente, se ha hecho un diagnóstico de los derechos de agua y concesiones de masa de agua en territorio huilliche, teniendo presente que toda esta recopilación de antecedentes y el análisis de tales antecedentes, va generando herramientas para restituir una historia originaria, conculcada y suspendida durante mucho tiempo, suspendida y contada en dos niveles: uno oficial y otro del pueblo huilliche. En relación a esto, a quienes nos hemos incorporados como técnicos y profesionales, nos corresponde resistemizar el conocimiento originario, que como producto de la salmonera, de las Empresas Forestales e inclusive de políticos mal pensados, han ido dispersando el conocimiento originario. Nuestra tarea hoy día por tanto, consiste en devolver esa historia y



devolver el conocimiento originario, que responde incluso a patologías prevalentes como la colelitiasis intrahepática, para la que no hay cura, pero que si debe estar al interior del pueblo huilliche, porque todas las patologías étnicas encuentran su respuesta en el propio sistema médico, no afuera.

Hay herramientas fundamentales que el Consejo maneja para vincularse con el Estado. El pueblo mapuche huilliche es reconocido en el Artículo 61 de la Ley Indígena. Se reconoce la existencia del sistema tradicional de Cacicados y sus ámbitos territoriales, eso significa que hoy día nuestros *longko* son autoridades tradicionales y además la Ley señala que es obligación de las autoridades del Estado, vincularse adecuadamente con estas autoridades tradicionales, y esto ha significado poder dialogar en términos legales, exigir desde la ley una situación de diálogo horizontal. En segundo lugar, ha significado generar espacios de diálogo permanente con los gobiernos comunales, donde se resuelven un montón de situaciones específicas particulares que atañen a las comunidades, y desde esa misma lógica hoy día existe una relación de diálogo con el gobierno en todas sus instancias.

El Consejo de Caciques de Chiloé es la única organización que tiene una sola personalidad jurídica, porque en virtud de lo que la ley manda y una conveniente interpretación de la Ley Indígena se ha exigido, muy a pesar de la CONADI, que las 15 comunidades huilliches de Chiloé sean una, con un status jurídico único, con una autoridad única, y leyendo entre líneas, se ha logrado que en Chiloé de alguna manera exista un reconocimiento de la organización política originaria, que es el Consejo General de Caciques de la **Buta Huapi Chilwue**. Es muy importante que las autoridades de salud, sobre todo esa vinculación se busca hoy día con el Servicio de Salud Llanchipal, el Ministerio de Salud y de alguna manera también se tiene con el Servicio de Salud de Castro, eso permite que la relación dialógica horizontal en alguna medida se dé en un marco. Si tú no respetas lo mío, no sólo estás atropellando mi dignidad sino que además estás atentando contra la legalidad. Estás obligado a cumplir la ley, ser autoridad del Gobierno de Chile, eso como principio de autoridad al menos es lo que se vive en la Décima Región.

## **2.5 RECUPERACIÓN, EDUCACIÓN Y GESTIÓN AMBIENTAL: SUELOS DEGRADADOS DE CHANQUIN Y HUENTEMO. HACIA LA DEMOCRATIZACIÓN DE LAS PROPUESTAS DE DESARROLLO** **por Omar Vejar Cid**

La presente ponencia tiene como objetivo dar a conocer el modelo de autodesarrollo que se encuentra implementando el Consejo General de Caciques en las comunidades huilliches de Chanquín y Huentemó, ubicadas en la comuna de Chonchi, provincia de Chiloé, Décima Región, Chile, a través de un Predio Experimental demostrativo (PED).

Este proyecto es financiado por la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI), y se encuentra en ejecución desde el mes de Enero de 1996, con el apoyo del equipo de profesionales del Consejo de Caciques.

El proyecto nace como respuesta a las necesidades que manifiestan las comunidades desde el momento en que inician el proceso de demanda de restitución de tierras al Estado de Chile, la que

es sistematizada mediante el desarrollo de un autodiagnóstico sociocultural que se inicia en el año 1993.

La característica fundamental que acompaña el proceso desde que se plantea el proyecto hasta su ejecución, es la permanente interacción y diálogo entre las comunidades y el equipo técnico, en un marco de respeto de la naturaleza antropológica del pueblo huilliche de Chiloé y en especial del que vive en Chanquín y Huentemó. De este modo, junto a las comunidades se logra establecer una propuesta de desarrollo silvoagropecuario, enmarcada en la recuperación, educación y gestión medio ambiental, transformándose el PED en una instancia de facilitación tanto para la introducción de nuevos recursos culturales, como de recuperación y sistematización de aquellos que por desuso se encuentran suspendidos, particularmente de los sistemas de conocimiento médico.

La experiencia de investigación aplicada y participativa de la que damos cuenta, está significando en términos interdisciplinarios y profesionales, confirmar que toda cultura desarrolla sistemas de conocimientos que permiten que el conjunto de individuos que los comparten se mantengan en armonía y atiendan, a su vez, los procesos de desequilibrio de la comunidad humana como producto de agentes patógenos. En la cultura de las comunidades podemos identificar la recurrencia de un concepto de salud referido a que ésta, es el producto de una relación armónica con el medio ambiente físico, humano y sobrenatural. Concebir al individuo portador de una patología como aquel que altera el equilibrio de la comunidad, implica que toda la comunidad debe participar en el tratamiento de él; dicho tratamiento no sólo implica los remedios o medicamentos a la enfermedad, sino que involucra complejas redes de creencias que abarcan el estado físico, humano y medio ambiental.

En estas comunidades el principal agente de desarmonía ha sido la suspensión de las actividades forestales que las comunidades ejercían hasta el año 1982, año de instauración del Parque Nacional de Chiloé. Por lo tanto, la principal variable en consideración a la implementación del proyecto es la histórica, ya que es precisamente la historia de ellas la que va indicando la transformación antropológica y medio ambiental en las comunidades.

El proyecto lleva casi nueve meses de ejecución. La metodología de aplicación consiste en mantener un acercamiento directo a las familias en dos espacios: día comunitario y visita a la familia.

Como resultados esperados en relación a las comunidades están:

En lo inmediato, valorar la importancia de la organización y de la capacitación como instrumentos fundamental para generar estados de independencia frente a los problemas que surgen dentro de las comunidades, en sus diferentes niveles. En el mediano plazo, se espera que las comunidades encuentren en el PED un espacio permanente de transferencia de tecnología apropiada y de sistematización de los recursos culturales propios, que le permitan mejorar substancialmente su calidad de vida.

En relación a la experiencia interdisciplinaria, se espera poder diseñar propuestas técnicas que den solución integral a las necesidades existentes, mediante el uso adecuado de los recursos naturales y culturales de las comunidades. Por otro lado, se espera una vinculación con la

epistemología originaria huilliche que permita avanzar en una propuesta alternativa de desarrollo para los organismos competentes, tanto gubernamentales, como no gubernamentales, con una metodología y un marco teórico pertinente al fortalecimiento de las intervenciones en salud, toda vez que éstas estén orientadas por las definiciones y criterios propuestos por la OMS en Alma Ata.

## 2.6 RESUMEN DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El primer testimonio dió cuenta de una situación que se repite cada vez más en los territorios en los que se asientan los pueblos originarios de Chile y del resto del mundo, lo que queda de manifiesto en la presentación de otras denuncias.

Una de ellas afecta a mapuches pewenches del Alto Bío-Bío, Octava Región, a raíz del Proyecto, ya en vías de implementación de la Empresa ENDESA, de construir una Central Hidroeléctrica que arrasará con 3.750 Hás. obligando así el traslado de más de 500 personas. La construcción de la Represa se llevará a cabo a pesar de que la evaluación de impacto ambiental fue negativa y que todos los sectores públicos dieron como dictamen que no cumple con los planes de mitigación de impacto. El pueblo pewenche del Alto Bío-Bío no pudo estar presente en el Encuentro, pero se sabe que está luchando con el apoyo de amplios sectores de la población nacional. Se han denunciado que día a día, hay violación de Derechos Humanos, que hay gente que ha sido golpeada por representantes de la empresa.

Una segunda situación se refirió al Proyecto de construcción de la carretera «ByPass», cuyo fin es descongestionar una gran arteria que atraviesa la ciudad de Temuco pero que representa un peligro para la continuidad cultural de muchas familias mapuche, en tanto no sólo significa la expropiación de algunos predios agrícolas, sino que afecta terrenos de alta significación y valoración cultural como cementerios y campos de **nguillatun**<sup>1</sup>. Según la denunciante: «no podemos hablar aquí sobre el mantenimiento cultural, sobre el mantenimiento de la salud y ampliar la salud, reconocer la forma de medicina frente al Sistema de Salud y por otro lado se sigue destruyendo esta forma de vida, esta ecología, y este medio ambiente. Yo quiero decir esto hermanos para que se tenga en cuenta dentro de este evento”.

A nivel nacional, de acuerdo a la visión de un dirigente mapuche, las intervenciones del estado han apuntado siempre a la destrucción de los pueblos indígenas, lo que se expresa entre otras cosas en la escasa participación que se les ha permitido en la gestión, principalmente en las leyes que los involucran.

Se señaló que “no hay solución efectiva cuando se declara Monumento Nacional un árbol considerado Sagrado por algunos de los pueblos y tampoco cuando se declara «Parque Nacional», o «Reserva Forestal» los territorios indígenas, por que el daño, la destrucción ha sido provocada por agentes externos”. Así, es importante ver «cuál es nuestra situación como pueblo indígena

---

<sup>1</sup> *Ceremonia Religiosa Comunitaria, que se realiza periódicamente en las Comunidades Mapuche y que a grandes rasgos, tiene por objeto agradecer a las Divinidades por todos los beneficios otorgados, pedir por la salud y la producción, conocer los designios y los mandatos para la comunidad.*

respecto a la tenencia de la tierra, respecto a nuestro territorio. Nuestro esfuerzo, nuestro trabajo y nuestra comprensión debe ir, principalmente en recuperar las tierras que han sido nuestras, para poder seguir manteniendo nuestro sistema de vida».

Respecto del trabajo de equipos asesores que implementan programas de capacitación, educación y promoción, se afirmó que estos no siempre responden a las necesidades y requerimientos de la gente, frente a lo cual se propone que las intervenciones tengan como base “el conocer que es lo que realmente necesitan las comunidades”.

Respecto del trabajo de equipos asesores que implementan programas de capacitación, educación y promoción, se afirmó que estos no siempre responden a las necesidades y requerimientos de la gente, frente a lo cual se propone que las intervenciones tengan como base “el conocer qué es lo que realmente necesitan las comunidades”.

En casi todos los países latinoamericanos, gran parte de los recursos naturales más importantes se localizan en los territorios indígenas, de manera que las situaciones denunciadas en este Foro Panel, no difieren mucho de la que podemos encontrar en el resto de los países hermanos, incluso las características del comportamiento de los diferentes estados nacionales es la misma. Se planteó entonces la necesidad de reflexionar sobre: -¿qué es lo que debemos hacer?, ¿cuál es el reto planteado a propósito de la experiencia y la sensibilidad que tenemos en este momento?, ¿qué hacer con el enfoque multidisciplinario ante situaciones como las expuestas?

Al respecto se propuso considerar la importancia del manejo tradicional de los Ecosistemas y los peligros que encierran los programas de desarrollo exógenos para las poblaciones indígenas. Especialmente, cuando la tendencia actual de la mayor parte de las sociedades de Latinoamérica, donde viven los pueblos indígenas, apunta a la implementación de la globalización. “Un problema lo constituye el hecho de que el modelo científico nacional por lo general se identifica con intereses totalmente antagónicos a la memoria histórica, a las raíces de lo que es el mismo país y lo que es la realidad latinoamericana. Estamos frente a una realidad en la cual no sólo se trata de sentar las bases para crear un cementerio en los espacios territoriales de los hermanos indígenas, sino que se está planificando el cementerio latinoamericano, al arrasar con los bosques, con las aguas, fauna y flora, que son la esencia de la humanidad”.

## AVECES ME SORPRENDO

A veces me sorprendo desnudo de ansiedades,  
distante del recuerdo, perdido en el presente,  
y utilizo la angustia más fácil del momento  
para hacer la tristeza más pequeña y más breve.

Más de pronto en los ojos de un hermano se enciende  
al compás de su pala, su martillo, sus manos  
o al ritmo desgarrado del paso de sus bueyes  
la esperanza guardada en tantos viejos cantos.

Y entonces ya no sufro los instantes cercanos,  
sino todos los tiempos a veces susurrados  
por la angustia enredada y ahogada en los cuerpos,  
por la esperanza muerta en los ojos cansados.

Y quiero ser entonces descubridor de nuevo  
de la amistad, la lucha, la belleza, la entrega  
Sacudir, destrozar, la indiferencia, el miedo  
*y despertar, hermano, unidos en la fuerza.*

**VALERIO GONZALEZ**

### 3. PANEL INTERCULTURALIDAD EN SALUD

---

#### 3.1 INTRODUCCIÓN

El objetivo de avanzar en una propuesta de política intercultural en salud para Chile, fundamenta que el concepto de interculturalidad se haya constituido en el eje temático central del Encuentro. El tema fue abordado a través de un panel, discusión plenaria y un extenso trabajo de grupos que ocupó un día completo de trabajo; sin embargo, los desafíos de un enfoque intercultural en salud, conllevan una serie de condicionantes cuyo análisis desborda los resultados esperados de la reunión.

La complejidad del concepto de Interculturalidad fue uno de los retos enfrentados, ¿qué significa para los diferentes actores involucrados?, ¿cuáles son los facilitadores y obstáculos para la interculturalidad en salud?, ¿es posible adecuar el Sistema de Salud Oficial a la realidad lingüística, rural, sociocultural indígena?, ¿cómo se puede hacer?, estas fueron algunas de las interrogantes planteadas tanto en las presentaciones como en los trabajos de grupos que siguieron a la mesa.

El panel fue moderado por el investigador Eliseo Cañulef del Instituto de Estudios Indígenas, Universidad de la Frontera, Temuco y contó con la participación de tres expositores cuyas ponencias abordaron con amplitud y profundidad las distintas posiciones, interrogantes y desafíos que el tema sugiere.

En primer lugar presentó Malva Pedreros, antropóloga de la Corporación Norte Grande, Arica, Primera Región, quien nos mostró una reflexión surgida de la experiencia del mundo andino. En segundo lugar, participó Molly Garrido, veterinaria, Presidenta Consejo de **Kuraka Aymara**, Provincia de Iquique quien analizó los obstáculos y proyecciones para una medicina intercultural indígena. Finalmente, expuso Ana María Oyarce, antropóloga de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Frontera y parte del equipo del Programa con Población Mapuche de la IX Región, quien intervino con una serie de preguntas y propuestas en torno a las condiciones para una política intercultural en salud.

#### 3.2 INTERCULTURALIDAD EN SALUD: REFLEXIONES EN TORNO A LA SITUACIÓN EN EL NORTE DE CHILE por Malva Pedreros

El proceso de discusión sobre interculturalidad y salud es bastante reciente en la Primera Región. No data más de dos años y no es un fenómeno distinto al que ocurre en el resto de país. El tema de la interculturalidad ha traspasado los límites de la Educación y se empieza a asentar aunque de manera bastante incipiente en el ámbito de la salud.

Lo que pretendo hacer es una síntesis de este proceso de discusión, por lo tanto, más que a la interculturalidad como a un proceso amplio, me referiré a las características principales que este proceso asume a nivel de la Primera Región.

Cuando a nivel regional, se ha abordado la discusión y/o acción en torno a la problemática de salud y pueblos indígenas, han surgido, al menos cuatro visiones básicas, cada una refleja de una

manera implícita o explícita un posicionamiento ideológico de las personas que las sustentan frente al tema.

La primera de ellas, surge al interior del Servicio de Salud y de una manera u otra, asume y actualiza los postulados del liberalismo y declara la igualdad formal de aquellos que son social y culturalmente diferenciados. Por una pretendida igualdad entre los usuarios (sean éstos indígenas o no indígenas), se rechaza cualquier posibilidad de considerar las especificidades culturales y sociales de la población aymara, a la hora de definir e implementar programas de salud. Por razones obvias quienes sustentan esta posición se han restado de los espacios de debate y articulación que se han venido construyendo para la definición de un Programa de Interculturalidad en APS (Atención Primaria en Salud).

Aquellos que hemos participado en la construcción de tales espacios, nos posicionamos también de distintas formas cuando hablamos de interculturalidad en salud. Las visiones que presento a continuación se inscriben en este proceso.

Una posición surgida también al interior del Sistema, es sustentada por quienes, al evaluar la cobertura y el impacto de algunos programas de salud en la Región, detectan que los niveles más críticos están asociados a la población aymara. Ellos reconocen que habrían «variables culturales» que condicionan la situación de salud, pero estas son vistas más como una barrera a superar que como una potencialidad a desarrollar. En ese sentido, se tiende a una instrumentalización de elementos culturales.

Para quienes participan de esta visión, el problema se centra a nivel de la comunicación. En este sentido, proponen mantener una relación más empática con los usuarios aymara, recurriendo de manera instrumental a las variables culturales en este proceso. No hay un cuestionamiento de fondo a las características y la estructura del Sistema Médico Oficial, sino más bien al Sistema Médico Andino y sus prácticas. Se trata de hacer menos «tortuosa» la interacción entre población aymara y Servicio de Salud, pero se exige a los pacientes aymara una adherencia absoluta y total a los programas que se implementan.

Existen diversos ejemplos de esta situación. Me referiré con mucho respeto a una nueva experiencia que se viene desarrollando en la zona desde hace dos meses, que fue la implementación al interior del Servicio, de una oficina de «Facilitadores Interculturales». Motivados por la experiencia que se había vivido en la Araucanía, se pensó que ésta podría ser una buena estrategia para establecer un puente entre la cultura Aymara y el Sistema Oficial de Salud.

Esta iniciativa abre, por primera vez en la Primera Región, un espacio formal al interior del Sistema para enfrentar la problemática de Salud de los Pueblos Indígenas. Sin embargo, es una instancia desvinculada de las dinámicas comunitarias en tanto se ha visto que esta iniciativa es para resolver el tema de salud del mundo rural aymara. Así por ejemplo, si nuestros facilitadores no se pueden comunicar en su propia lengua con los usuarios indígenas, es muy difícil que se haga interculturalidad; si nuestros facilitadores no hacen un trabajo de reflexión y cuestionamiento al interior del propio Sistema, es poco lo que se puede avanzar. Insisto, sin embargo, en que es un paso importante, pero que debe ser aún dotado de contenidos interculturales.

Una tercera visión proviene de algunas organizaciones aymara de la ciudad. Allí la idea fuerza es el rescate y la revalorización de la medicina tradicional. Parten de la constatación de que el Sistema Médico Andino es un sistema desarticulado; miran con atención las expresiones de éste en países como Bolivia y Perú, tratando de aprehender concepciones y prácticas a fin de reeditarlas en nuestro país. El énfasis está, entonces, en el sistema médico como elemento de identidad étnica, cuestión que indiscutiblemente tiene legitimidad y validez ; sin embargo, pareciera ser que hay ciertos olvidos en esta reflexión. Olvidan estas organizaciones que los aymara de hoy no son los mismos de la época Pre-hispánica, ni los mismos de los períodos republicanos Peruano o Boliviano. Olvidan que en Chile no existe “una identidad aymara”, que existe un sistema de identidades relacionales, existe un pueblo disperso que se posesiona en distintos pisos ecológicos y, según donde se poseione, se identificará como andino, como aymara o tan sólo como campesino. Así, se tiende a pensar que el tema de la identidad y la cosmovisión aymara vendría a ser como “tipo ideal”, no asumiendo que son construcciones que están histórica y socialmente condicionadas.

La última posición a la que me referiré, es sustentada por quienes intentan buscar caminos para que de una manera u otra, se concreten articulaciones entre el Sistema Médico Andino y el Sistema Médico Oficial. Es particularmente a esta visión, a la que yo me voy a referir con mayor detención.

Esta postura surge en función de un profundo cuestionamiento a los logros y a la estructura del sistema sanitario oficial. Comparte una serie de reflexiones que han circulado por el mundo médico, como por ejemplo, la relativización de los impactos del sistema médico moderno sobre la salud de la población. Se llega, entonces a cuestionar que tanto puede el sistema dar respuestas efectivas a las necesidades que tiene la gente en salud.

Un cuestionamiento que nos ha acompañado dice relación con si es posible desarrollar espacios interculturales para el desarrollo regional con un enfoque sectorial. Si asumimos que existe una interrelación práctica entre los problemas de salud y los distintos elementos del desarrollo social, nos vemos obligados a plantearnos que las estrategias a seguir son totalmente intersectoriales, más aún si consideramos que el tema de la interculturalidad tiene un carácter eminentemente político, ya que se sitúa en el marco entre las relaciones de minorías y mayorías, entre pueblos indígenas y estados nacionales. No me voy a detener en ese aspecto, pero sí quiero dejar en claro entonces que la interpolación real de la perspectiva intercultural en los programas de Salud, pasa necesariamente porque esto se extienda también a las otras esferas del desarrollo social.

Un segundo cuestionamiento que también ha sido profundo, tiene que ver con la posibilidad real de generar un programa intercultural en Salud, sin que haya un cuestionamiento al propio Sistema Médico. Nosotros asumimos que para que ello efectivamente ocurra existen varios requerimientos.

Primero: despojarse de las pretensiones de objetividad y universalismo del Sistema Médico Oficial, asumiendo que éste también tiene y se ordena y se estructura en base a modelos culturales históricamente condicionados.

Segundo: asumir que en tanto la población dispone y utiliza distintos elementos terapéuticos provenientes de distintas tradiciones culturales (y que nada nos está indicando que eso vaya a dejar



de ser así), se requiere de una visión pluralista al interior del Sistema. No se trata de catastrar “usos y costumbres” médicas, confiriéndoles un carácter “folklórico”, ni de conferirles validez de acuerdo a nuestros propios conceptos y prácticas. Se trata más bien de que las opciones terapéuticas de la gente son, por decirlo de alguna forma “democráticas” y que el sistema debe ser consecuente con esta realidad.

Tercero: desprenderse del autoritarismo que implica el querer conocer los sistemas indígenas con el fin de desestructurarlos aún más en función de la búsqueda de éxito de los propios programas de salud. Es condición, no sólo necesaria sino que indispensable, para devolver a la gente la capacidad y el poder de decidir sobre sus procesos de salud-enfermedad.

Cuarto: asumir que no somos nosotros los llamados a “salvar” a los pueblos indígenas, incorporándolos a nuestros propios referentes, a nuestras ideas de modernidad, de conocimiento científico, de universalismo; sino que es posible que nosotros también aprendamos de ellos. Así, la interculturalidad es una oportunidad que se abre para que el sistema médico oficial también aprenda del sistema médico andino y que, en tal sentido, este último pueda entregarle al primero conceptos y herramientas que permitan mejorarlo. En un sentido amplio, la interculturalidad es igualmente una oportunidad para discutir los modelos de desarrollo que queremos para nuestra propia sociedad.

Por último quisiera plantear a la mesa dos cuestiones necesarias de enfrentar en términos prácticos, no sólo a nivel regional.

Primero, que interculturalidad no es discriminación positiva hacia los pueblos indígenas, interculturalidad sigue siendo una opción y una oportunidad para los no indígenas.

Un segundo aspecto que también me gustaría discutir en torno a la posibilidad de desarrollar espacios interculturales, es la relación que se establece entre pueblos indígenas en el país. La posibilidad de diseños políticos nacionales democráticos nos plantea exigencias a todos. No nos plantea solamente exigencias a huinkas y karas; les plantea también exigencia al mundo indígena, les exige responsabilizarse en la construcción de apuestas interculturales, no sólo a nivel de demandas que nosotros debemos responder, sino más bien en términos de comprometerse en la búsqueda de soluciones, en este caso en el ámbito de la salud.

### **3.3 MEDICINA INTERCULTURAL INDÍGENA** **por Molly Garrido**

**Kunamasta. Jilatanaja, Kullakanaja.** Con el permiso de mi tata Inti Pachamama, pido permiso para poder dirigirme a ustedes entregando la medicina intercultural indígena, en la mesa tengo colocado cuatro hojas de *Coca* que indican los cuatro puntos cardinales que me guían hacia ustedes y que es la hoja sagrada de nuestros pueblos aymaras porque aymara, somos nosotros, uno solo, solamente dividen las fronteras.

La 1ª Región tanto en el sector urbano como rural y en virtud a las características de su población es un espacio intercultural, donde se ha desarrollado la cultura aymara chilena. Como punto de partida, eso significa reconocer el derecho de todo pueblo de expresarse en su propia

lengua y cultura, el médico andino debe necesariamente ser respetado por su cultura y está expuesto desde que nace a las fuerzas de arriba, el **Alak Pacha** y de abajo **Jisman Kapacha**, razón por la cual debe aprender a convivir respetuosamente con ambos.

Sabemos que la medicina moderna a través de su desarrollo, marginó el Sistema de la Medicina Indígena, señalando que éstos no son científicos por tener conceptos supernaturales, por lo cual no consideran su valor ancestral. El médico andino debe ser entendido como parte de un modelo cultural. El ambiente social y la ritualidad son elementos psicológicos y el sistema comunicativo son partes relevantes de la terapéutica andina. Todo lo cual contribuye a entender las dificultades que enfrentan los equipos de salud a la hora de enfrentarse con la población aymara.

La sociedad nacional ha ido desestructurando muchos elementos de nuestra cultura, el médico andino no ha estado ajeno a este proceso, cada vez es más difícil encontrar especialistas en la Región. Subsisten yatiris, parteras, componedores de huesos, sabemos que el médico andino todavía está presente en la zona. El Yatiri es el principal especialista médico andino que existe en la Región, se trata de un chamán que goza de una especial importancia y prestigio, ya que es respetado por las comunidades como mediador entre los Espíritus y el Hombre, es el encargado de hacer los sacrificios en tiempos de crisis y ritos calendarios andinos. Sabe ver la estabilidad del hombre en las hojas de la coca y predecir acontecimientos futuros, puede realizar rito de **Vilancha** a los **Malkus** y la **Pachamama** y a otros. El concepto que le dan algunas personas no indígenas es que el médico andino es un brujo.

Desde tiempos inmemorables las comunidades nativas han estado haciendo uso medicinal de algunos recursos naturales, por ello representa una contribución de los pueblos indígenas en el tema de la salud, así como la difusión de sus propias prácticas preventivas y curativas. Este trabajo se ha hecho con el apoyo de muchas personas indígenas, sobre todo aquellas que compartieron sus conocimientos y prácticas sobre el uso de las plantas medicinales, sobre la medicina indígena en general.

Cuando hablamos de nuestra salud, estamos hablando de nuestros espíritus, la relación con la naturaleza y de los espíritus de éstos, para lograr que se mantengan estas interrelaciones necesitamos defender nuestra cultura, idioma y creencias. Uno de los objetivos del médico andino es propiciar el uso extendido de remedios herbolarios adecuados para tratar dolencias y enfermedades corrientes, ya sea en animales y seres humanos.

En la medicina indígena hay muchos tratamientos que se encuentran al alcance de todos, las experiencias que se han tenido y que han sido satisfactorias a través de los conceptos y prácticas que a su vez conducen a un tratamiento preventivo y curativo de la enfermedad, por eso existe la preocupación por mantener buenas relaciones con la madre tierra que es la Pachamama, plantas y animales. Para compartir la naturaleza se requiere práctica de una disciplina y el respeto de los conocimientos y enseñanza dejado por nuestros ancestros. Existen diferentes formas de preparar las plantas medicinales por ejemplo en zumo, jugos, ungüentos, cocción, maceración, emplastos, compresas y otros; hay diferentes formas preparar las hierbas indígenas para nuestra sanación. Dentro del sector tenemos diferentes plantas medicinales y hortalizas. que se encuentran en distintos pueblos del interior y en diferentes pisos ecológicos, donde se encuentra el paico, menta, manzanilla, tanacho, ortiga, llantén y otros.

En la cultura aymara medicina y enfermedad, son generalmente entendidas como un resultado de la pérdida del equilibrio de la estabilidad en las relaciones entre el hombre y la naturaleza. La práctica de la medicina indígena fundamentalmente está dirigida a restablecer este equilibrio o estabilidad o normalidad.

La existencia de distintas tradiciones médicas, en el Norte de Chile es una realidad innegable que debe ser asumida por los equipos de salud, a la hora de relacionarse con la población aymara de la Región. Debe haber una relación más igualitaria con la población aymara y su cultura. Se trata más bien de asumir que la medicina occidental no es la única alternativa y no tiene por qué serlo para resolver los problemas de salud de la población. Los equipos de salud tendrán que asumir que las posibilidades de intervención desde la Medicina Occidental son más bien restringidas, esta situación demanda una nueva actitud hacia el sistema médico andino. Una actitud que en el marco de los sistemas locales de salud, se permita una complementariedad de los recursos que dispone la población para resolver sus problemas de salud. Esto se puede configurar sobre la base de la participación, un camino adecuado para esto es la interculturalidad entre la medicina occidental oficial y la medicina andina.

Quiero decir que en el sector de la provincias de Iquique y Arica, las rondas rurales del Servicio de Salud, no ha habido de parte del profesional no indígena bastante apoyo. Son sólo algunas comunidades indígenas a donde ellos pueden llegar con sus rondas, otros pueblos no las tienen. Nosotros estamos preparando monitores de salud rural con personas que viven en el sector que son hermanos indígenas y que tienen conocimientos de plantas medicinales, por lo tanto estamos compatibilizando ambas medicinas occidental e indígena, para poder ayudar a nuestros hermanos en estos sectores y es deseo nuestro y de los dirigentes indígenas del Consejo de Kurakas Aymaras Yacha Marka. Mi nombre el Molly Garrido, vivo en una zona rural, en el campo, en la comuna de Huara, Provincia de Iquique sector Oskuma y por eso quiero agradecer por presentar a ustedes nuestra realidad sobre la medicina indígena. **Juspa Jarpa Jilatanaja Kullakanaja.**

### **3.4 POLÍTICA INTERCULTURAL EN SALUD: ELEMENTOS DE UNA PROPUESTA por Ana Maria Oyarce**

Quisiera presentar algunas interrogantes y reflexiones en torno al tema de la interculturalidad, ejercicio que hemos hecho en conjunto con los integrantes del Programa con Población Mapuche del Servicio de Salud de la Araucanía. Pienso que aquí entre nosotros hay varias personas que tienen experiencia en trabajo intercultural, les pediría que en los trabajos de grupos la compartan para enriquecer la discusión.

Para iniciar la reflexión sobre lo que podría ser una política intercultural en salud, quisiera partir diciendo que una consideración básica que tenemos que tener presente, es que vivimos en un país multicultural; situación, que por lo demás, es común a muchos países de latinoamérica y del mundo, es decir convivimos en un espacio territorial, gente que piensa y cree distintas cosas, habla distintas lenguas, vive y se comporta de diferente forma. Esta situación de coexistencia de culturas no es, por motivos que todos sabemos históricos y políticos, equilibrada ni horizontal, sino que, por el contrario, las poblaciones indígenas están en una situación de subordinación a la población occidental mayoritaria.

En el ámbito de la Salud, lo anterior significa que existe una medicina de prestigio, una medicina con poder, una medicina “reconocida” y otras medicinas, como las indígenas y las tradicionales que no son reconocidas, no son oficiales y no son valoradas desde el punto de vista de la sociedad nacional mayoritaria.

Otra premisa fundamental para desarrollar una política nacional intercultural en salud, es que ningún sistema médico, por sí sólo, puede responder a las necesidades de salud de una población. Cada medicina tiene una función en el marco del contexto del cual proviene, que no se pretende transformar al médico en chamán ni al chamán en médico, si no establecer condiciones para la comunicación, referencia, derivación y trabajo colaborativo.

### **3.4.1 Algunas preguntas básicas**

Además de estas dos premisas, existen un montón de interrogantes respecto a la interculturalidad en salud, creo que son preguntas que ustedes también se han hecho: ¿Qué significa interculturalidad en salud para los distintos sectores involucrados?, ¿Cuáles serían las áreas que tendría que considerar una política intercultural en salud?, ¿Qué elementos occidentales e indígenas debería contener una propuesta intercultural en salud?, ¿Cómo se puede diseñar adecuada articulación entre medicina moderna y medicina indígena?, ¿Es posible adecuar los servicios de salud modernos a las realidades socioculturales de las poblaciones indígenas?. Poblaciones que tienen diferentes conceptos sobre el proceso salud-enfermedad, distintas realidades lingüísticas y territoriales y muchas veces patrones de asentamiento disperso.

Si es posible, ¿Cómo se puede hacer? ¿Cómo se puede desarrollar un modelo de atención intercultural en salud? ¿Qué reformas habría que hacer al interior del Sistema de Salud? y ¿Qué condicionantes jurídicas deberían darse para hacer factible una propuesta de una política intercultural? Estas y otras preguntas similares, son las que vamos a tratar de responder en los días que quedan.

### **3.4.2 Reflexiones sobre una política intercultural**

Ahora me referiré a algunas de las reflexiones que hemos realizado en torno una política intercultural en salud y que queremos compartir con ustedes. Antes debo señalar que lo que estoy presentando son las reflexiones que hemos hecho en el equipo del PROMAP, las proposiciones desde la comunidad indígena o desde las organizaciones indígenas, están por hacerse y esperamos que este encuentro sea un escenario para ello.

Pensamos que una política intercultural en salud se refiere al proceso general propositivo, una declaración de intenciones, que permita dar el marco y sentar las bases programáticas de un modelo de atención. Una especie de modelo de atención entre dos culturas que coexisten en un espacio territorial y clínico, con clínico nos queremos referir al hecho que hay un sanador y un enfermo.

Esta política debería partir de algo muy general, que refleje estas buenas intenciones y traducirse en actividades, metas, objetivos, propósitos, etc.

En segundo lugar, pensamos que una política intercultural en salud debería ser entendida en el marco general de liberación y desarrollo de los pueblos indígenas al interior de las sociedades nacionales. No es posible pensar en una política intercultural en salud sin previamente considerar este aspecto.

En tercer lugar pensamos que una política intercultural debería apuntar a formar actitudes de aprecio y valoración por las diferencias culturales, siendo crucial el cambio de actitud y la aceptación del otro.

Relacionado con lo anterior hay otro aspecto importante, una política intercultural en salud debería favorecer un proceso de revaloración y revitalización de las culturas médicas tradicionales indígenas. Se ha dicho que estas medicinas tienen modelos médico holísticos que conciben la salud del hombre en relación a todo lo que los rodea; también se ha argumentado que una complementación armónica de estas medicinas con el modelo bio-médico, permitiría ampliar el modelo de la medicina occidental mecanicista a un modelo más biopsicosocial.

### **3.4.3 Condiciones para el desarrollo de una política intercultural**

También pensamos que deben existir ciertas condiciones para el desarrollo e implementación de una política intercultural, que tienen que ver con la sociedad global y con la sociedad indígena.

Los cambios al interior del Sistema de Salud, son considerados imprescindibles para la generación e implementación de una política de salud. Por lo demás la necesidad de estos cambios sustantivos también han sido reconocidos por el sistema occidental y se insertan en lo que el Ministerio ha definido como las reformas del Sistema de Salud: mejorar la calidad de la atención, hacer realidad la equidad, mejorar la accesibilidad geográfica y cultural, aceptar las otras culturas médicas y reforzar el enfoque biopsico- social en la práctica médica.

Dentro de esta perspectiva nos parece prioritario el cambio hacia la producción de un conocimiento nuevo, una cultura nueva que valore, responda, potencie y respalde la diversidad cultural en salud. En este sentido hemos llegado necesariamente a la reflexión de que entendemos por este conocimiento nuevo, intercultural y que entendemos por interculturalidad.

### **3.4.4 Definiciones básicas de lo intercultural**

El conocimiento intercultural lo entendemos como cualitativamente diferente de los conocimientos que le dan origen. Respecto al concepto de «interculturalidad en salud», pensamos de que al menos se refiere a una relación entre dos culturas, relación que idealmente debería ser equilibrada. Hemos definido inicialmente *interculturalidad en salud como la capacidad de moverse entre los distintos conceptos de salud y enfermedad, los distintos conceptos de vida y muerte, los distintos conceptos del cuerpo biológico, social y relacional.*

De acuerdo a estas conceptualizaciones y en el plano operacional la interculturalidad la entendemos como potenciar lo común entre el sistema médico occidental y el sistema médico indígena y ser capaces de respetar y mantener la diversidad. Esta primera definición, que puede

ser muy cuestionable, queremos compartirla con ustedes y sobre todo enriquecerla con las percepciones, definiciones y vivencias de los grupos y personas de otras culturas.

Entre las áreas importantes o ejes sobre las cuales se podría desarrollar una política intercultural en salud desde el interior del sistema de salud, pensamos que son básicas las áreas de la atención, educación y comunicación, el área de formación y capacitación de los trabajadores de salud y el área de la articulación entre medicinas y finalmente el área de la investigación intercultural.

Voy a mostrar dos ejemplos de como estamos operacionalizando este concepto de la interculturalidad en las áreas de la educación en salud e investigación, los otros aspectos de recursos humanos y cambios en la calidad de la atención serán desarrollados por otros compañeros de las oficinas Amuldungun.

El primer ejemplo es un afiche sobre Enfermedades Respiratorias Agudas.

### Enfermedades respiratorias agudas desde una perspectiva Intercultural

Estado	Como se reconoce		Que hacer	
Leve <i>Wen che chafo</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tos: <i>trüfon</i></li> <li>- Ronquera</li> <li>- Respiración tranquila: <i>kume neyetuli</i></li> <li>- Come bien: <i>kume yili</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fentren ko merrum</li> <li>- Kafir</li> <li>- Echüyi: estornudo</li> <li>- Ngañkoy: decaimiento</li> </ul>	<b>Tratar en la casa</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Darle agüita de yerbas</li> <li>- Alimentarlo como siempre</li> <li>- Limpiarle los mosquitos</li> <li>- Evitar cambios de temperatura</li> <li>- Si transpira, no sacarlo al frío</li> <li>- Alejarlo del humo</li> </ul>	<b><i>Ruka mew muten lawentunmuy</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Püla püla</i></li> <li>- <i>Pülay</i></li> <li>- <i>Toronjil con manzanilla</i></li> <li>- <i>Lef utretulayay</i></li> <li>- <i>Entu ropanmulay</i></li> <li>- <i>Kürüf tulayay</i></li> </ul>
Moderado <i>Rume chafolenmu</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Silbido al pecho</li> <li>- Fiebre</li> <li>- Dolor de oídos</li> <li>- Tos perruna</li> <li>- Respiración más rápida</li> <li>- Come menos, recibe agüita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>kaül</i></li> <li>- <i>aling</i></li> <li>- <i>kutran pilun</i></li> <li>- <i>trüfon</i></li> <li>- <i>Matu neyituy</i></li> <li>- <i>Upa yiwelay</i></li> <li>- <i>Kutran longko:</i> dolor de cabeza</li> <li>- <i>Kutran pel:</i> dolor de garganta</li> </ul>	<b>Llevarlo a la posta o consultorio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abrigar al niño, que no pase frío</li> <li>- Darle agüita</li> <li>- Alejarlo del humo</li> </ul>	<b><i>Posta o consultorio meu yenmuy</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Utrtunmulay ti pichi che</i></li> <li>- <i>Elunmulay pekan winka lawen doctor müten ñi wülel</i></li> </ul>

Estado	Como se reconoce		Que hacer	
Grave <i>Sew konle mi pichi che</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respiración muy rápida</li> <li>- Le cuesta respirar</li> <li>- No come, recibe poca agua</li> <li>- Tos</li> <li>- Fiebre Alta</li> <li>- Se pone morado</li> <li>- Se queja al respirar</li> <li>- Se le hunde el pecho al respirar</li> <li>- Está muy decaído</li> <li>- Al respirar se le mueve la nariz: <i>Neyitunmu nengümüy ñi yu</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Matu neyitun</i></li> <li>- <i>newe rulpa neyen welay</i></li> <li>- <i>Yiwelay re piciken ko müten rulmeniewi</i></li> <li>- <i>Rume trüfonlu</i></li> <li>- <i>Rume alinglu</i></li> <li>- <i>Kallfu welu</i></li> <li>- <i>Eskeñ</i></li> <li>- <i>Üfkoni ñi ruku</i></li> <li>- <i>Rume ngañkoy</i></li> </ul>	<b>Consulte urgente su niño está grave</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Darle agüita de yerbas</li> <li>- Alimentarlo como siempre</li> <li>- Limpiarle los mosquitos</li> <li>- Evitar cambios de temperatura</li> <li>- Si transpira, no sacarlo al frío</li> <li>- Alejarlo del humo</li> </ul>	<b><i>Felete mi pichi che feli tami yefemafiel pital mew</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Utre tu rumelayay tami pichi che</i></li> </ul>

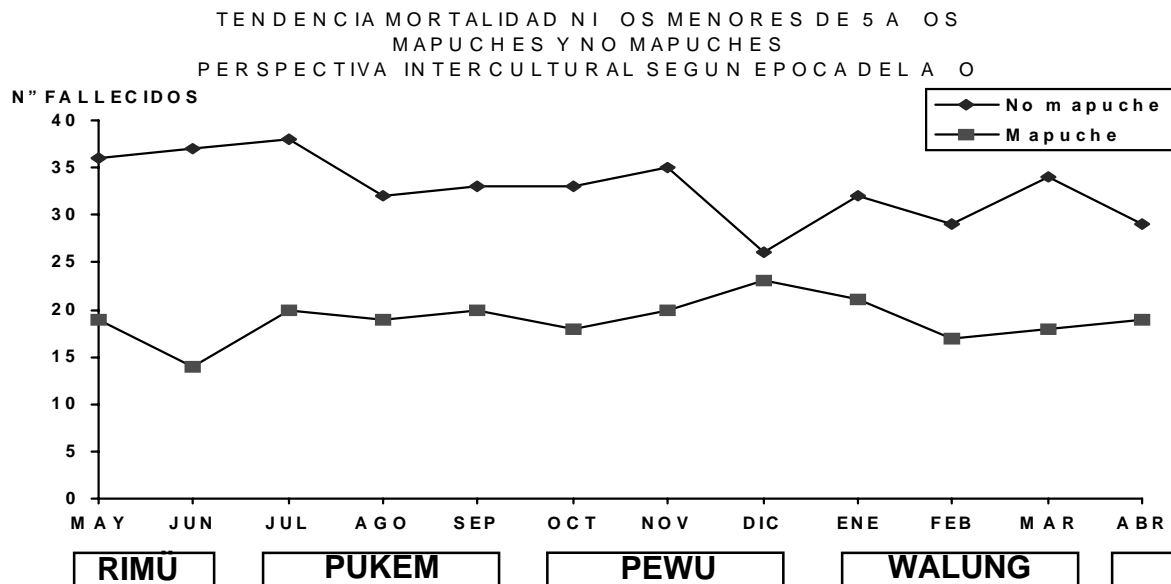
*Nota: Este material fue elaborado en conjunto con el Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Frontera y en el participaron José Ñanco, Janet Huentemil (facilitadores interculturales), Ana María Oyarce (Antropóloga . Dpto de Pediatría. UFRO y PROMAP) y los médicos Jaime Ibacache (PROMAP), Mónica Arriagada , Eduardo Hebel y Lilian Fernández (Dpto de Pediatría. Facultad de Medicina. UFRO).*

Por lo general cuando se elabora material educativo para poblaciones indígenas o para hablantes de otra lengua que la oficial, lo que se hace es “traducir” un material diseñado desde un modelo biomédico a la lengua indígena; desde nuestro punto de vista eso no es material ni conocimiento intercultural. También creemos que con ese procedimiento estamos imponiendo nuestro modelo biomédico sobre el modelo indígena y lo que es peor aún, estamos utilizando la propia lengua indígena para ello. Nosotros pensamos que lo intercultural es buscar ese conocimiento cualitativamente diferente, proceso que sabemos es complejo y lleno de dificultades metodológicas.

En la elaboración de este cuadro trabajó un equipo interdisciplinario e intercultural compuesto por médicos pediatras, facilitadores interculturales y antropólogos del Servicio de Salud Araucanía Sur y la Facultad de Medicina de la Universidad de la Frontera. El equipo médico trabajó elaborando desde el modelo biomédico los síntomas y signos mas definitorios de cada estado de gravedad de la enfermedad y como tratarlos. Los facilitadores por su parte trabajaron identificando una serie de síntomas y signos que estuvieran dentro del campo de las enfermedades respiratorias. Posteriormente en conjunto con los antropólogos se fortalecieron los elementos y categorías comunes a los dos modelos médicos las que se dejaron en la misma línea horizontal, por ejemplo Fiebre y **Aling**. Al mismo tiempo se respetaron los elementos propios y definitorios de cada categoría de acuerdo si el modelo era el biomédico o el mapuche, por ejemplo para la categoría de enfermedad moderada los mapuches reconocen como síntoma definitorio **kaül** (desgarro), pero éste no es importante desde el punto de vista biomédico en el estado de infección respiratoria moderada. A la inversa, desde el punto de vista médico la tos es importante como signo definitorio del estado de

la infección respiratoria aguda moderada, no siendo así para los facilitadores. Este tipo de signos de la enfermedad sin equivalentes en los dos modelos se dejaron en diferentes líneas.

El segundo ejemplo de lo que entendemos por interculturalidad en salud está dado por una línea de investigación en epidemiología intercultural que se está implementando. ¿Qué significa esto?. Es muy simple que hay que estudiar donde, porqué y en quienes ocurren las enfermedades, pero no sólo con la visión del médico, sino también desde el punto de vista del otro.



En este dibujo se ven las muertes por enfermedades respiratorias en niños mapuches y no mapuches; la línea que une los triángulos representa a los niños no mapuches, y la línea de cuadrados representa los niños mapuches.

Se ve que la mortalidad infantil aumenta en los niños mapuches desde septiembre a enero, situación que se ha visto también en otros estudios. Desde el punto de vista de los no mapuches esto es difícil de explicar porque está mejor el clima, están mejores los caminos y todo parece más fácil para la accesibilidad a los servicios de salud. Pero si consideramos las estaciones del año desde el punto de vista mapuche, vemos que en esa época comienza el tiempo de la escasez, el tiempo de las “faltas”. Durante ese tiempo la familia mapuche no tiene productos nuevos y se han acabado los de la cosecha anterior, por lo tanto los alimentos son pocos; tampoco hay dinero por que no hay productos nuevos para vender. Vemos entonces que desde el punto de vista de los mapuches es entendible y hasta esperable este aumento de las muertes en estos meses de poca disponibilidad de alimentos y de dinero.

Para terminar, pensamos que una política intercultural en salud nos va a dar el marco general, el marco ideológico que debiera traducirse en planes de salud específicos para poblaciones indígenas. Esto significa hacer diagnósticos, identificar grupos de riesgo, actuar sobre esas áreas de



vulnerabilidad o de riesgo, definir acciones, metas, planificar a mediano y largo plazo. El principal problema de hoy es que no hay buenos diagnósticos de salud, no sabemos por ejemplo de qué se está muriendo y enfermando la gente en el campo, no tenemos muy buenos indicadores. Un ejemplo de lo anterior es que si quisiéramos relacionar un problema específico en la población indígena y por ejemplo construir tasas de mortalidad por causa, tendríamos en el numerador las defunciones de personas mapuches identificadas por los apellidos y en el denominador la población total que se autoidentificó con la cultura mapuche en el último Censo; tenemos enormes dificultades para saber exactamente qué está pasando en los pueblos indígenas en materia de salud, enfermedad y muerte. Los pocos estudios que hay al respecto muestran que tienen una mayor mortalidad infantil y menos expectativas de vida.

Estos dos ejemplos que hemos visto sólo se refieren a la educación e investigación intercultural, pero estamos conscientes de que aspectos como la formación del recurso humano y la capacitación a trabajadores de salud para desempeñarse en contextos de diversidad cultural es una tarea que debemos seguir fortaleciendo. También pensamos que hay que reforzar el enfoque intercultural y de acercamiento entre el mundo mapuche y no mapuche en el área de comunicación, atención y educación.

Finalmente el diseño de modelos médicos que permitan articular la medicina oficial y la medicina indígena se nos plantea como el gran desafío a futuro. Para terminar quisiera decir que trabajar en el tema intercultural es como la canción . . . «caminante no hay camino, se hace camino al andar», porque nadie sabe exactamente cómo desarrollar e implementar una política intercultural y esa es la importancia de este encuentro y de las propuestas que podamos hacer en este sentido.

### **3.5 RESUMEN DISCUSIÓN Y COMENTARIOS**

Una primera reflexión señaló que el concepto de interculturalidad sugiere múltiples interpretaciones, distintas concepciones, donde los enfoques predominantes muchas veces difieren al confrontar sus significados, según vengan de indígenas y no-indígenas. En la concepción indígena de interculturalidad el principio esencial es la aceptación *integral* del otro, lo que supone el respeto por todos sus rasgos culturales y la entrega del espacio para vivir y desarrollarse. Una concepción de interculturalidad en salud, esencialmente democrática, se basa en el reconocimiento al sistema médico indígena con todas sus manifestaciones, con sus procedimientos de diagnóstico, terapéuticos, farmacopea, modo de aplicación y de utilización.

Otras reflexiones surgen a partir de la conclusión de que ningún sistema médico por sí sólo es capaz de resolver todos los problemas de salud de la población. Al analizar o tomar contacto con el sistema médico oficial del país, la actitud médica no es intercultural, desde ese punto de vista en su generalidad, es autoritaria y autoreferente, sólo el médico está capacitado para recetar medicinas. También se olvida que no sólo las medicinas de la farmacia curan enfermedades, existen en el mundo diversos sistemas médicos y no tienen por qué ser excluyentes el uno del otro.

La existencia de experiencias de interconsultas entre especialista indígena y especialista académico, se señaló como un paso, pero el elemento determinante está en la organización política que define los roles, “desde una perspectiva intercultural ¿quién decide que rol van a jugar en esa interacción? ¿Cuál va a ser la autoridad política? Si hay una autoridad política, de parte del pueblo indígena y capacidad política en el Estado y eso significa un poder dual, decisión conjunta”.

De acuerdo a la visión de un dirigente mapuche, “si partimos del término interculturalidad, que supone la existencia de dos culturas en igualdad, cuestión que lamentablemente en el caso de los pueblos indígenas, y en particular para el pueblo mapuche, no existe. Significa al menos dos desafíos, de parte del gobierno, un reconocimiento y para el pueblo mapuche, el buscar los espacios donde como cultura diferente desarrollar sus conocimientos”. También se pregunta, “de qué manera podemos colaborar los mapuches para ganar esos espacios, defender la tierra y las comunidades; plantear metas concretas en torno a como mejorar nuestro ambiente y hacer un mejor aporte para una política de interculturalidad en salud.

Una de las panelistas profundizó en las restricciones del concepto de interculturalidad en salud, “es que ha estado referido a los indígenas de las comunas rurales, sin embargo, el tema indígena en algunas regiones es esencialmente urbano. En la Primera Región, la familia aymara se complementa en la ciudad y hoy en día se empieza a transformar en lugar común decir que los problemas de salud de la población rural y sus soluciones escapan de las soluciones de los municipios rurales. La problemática de salud se extiende para el poblador rural hacia la ciudad y los establecimientos hospitalarios que allí existen. Esto es un desafío en tanto nada sabemos sobre como operan las creencias, las prácticas médicas aymaras en el contexto urbano, tenemos pequeñas aproximaciones y en la medida que no sepamos dar respuesta a esa necesidad de conocimientos difícilmente vamos a poder articular una propuesta integral”.

Igualmente, se planteó que la interculturalidad no sólo se refiere a que se acepte el conocimiento tradicional, también significa que los médicos y la gente que trabaja en los Servicios conozca la cultura de la población que está trabajando, su condición social, su condición económica, su problema de la tierra. Según un dirigente indígena, “a diario se ven en el Hospital incomprendiones, porque el paciente está así, por qué la familia reacciona así. Es parte de la interculturalidad que los que trabajan, atienden a los mapuches o a los aymaras, conozcan la realidad de la gente, no solamente que acepten la medicina tradicional sino que también entiendan al paciente como una persona distinta. La interculturalidad no es un asunto sólo de las medicinas, es de valores de nuestros pueblos, es decir, la cultura mapuche tiene valores muy importantes que se han perdido, ellos viven en comunidad y atacan sus problemas en conjunto. Rescatar valores como seres humanos, como son la solidaridad y la empatía.

Un participante de Ecuador, agregó que “la medicina indígena es un sistema con sus propios agentes de salud como los Chamanes, los **Yatiris**, los Curanderos, los Sabedores, los Parteros y otros agentes. Más sus propios medios de diagnóstico, en mi país, utilizamos la limpieza con el huevo, con un animal, un roedor, el cuye el mirar la orina , el mirar el pulso. Con medios terapéuticos de las comunidades indígenas, como son el mal aire, el mal viento, la insolación, afectaciones psico-neuróticas por causas de disgregación de tipo familiar. La interculturalidad es compleja no debe olvidarse que chamanes y curanderos se han aculturizado en el quehacer de la

Salud, específicamente en la parte terapéutica, se ha visto experiencias en mi país que algunos chamanes han utilizado prácticas, quizás por haber recibido capacitaciones, usan medicina occidental, han comenzado a manejar algunos antibióticos, pero son mal manejados y han causado algún problema en la comunidad. Por eso, la interculturalidad en salud debe centrarse en la cosmovisión indígena y el personal de salud se acerque a esa cosmovisión”.

Finalmente, otra de las panelistas agregó, “al entender la interculturalidad como la capacidad de moverse equilibradamente entre dos culturas, no existe la interculturalidad en este momento, pero pequeños cambios pueden ir generando estos grandes cambios al interior del Sistema. La experiencia de las oficinas Amuldungun que en sí corren mucho el peligro de ser instrumentalizadas, para imponer el modelo biomédico sobre la población indígena si tienen un proceso constante de apoyo y reflexión desde las propias comunidades indígenas y con las propias personas indígenas, los enfermos, sus propias familias tiene que ser un espacio que genere este conocimiento intercultural que va desde la propia comunidad indígena, hacia el hospital y desde el equipo médico hacia la comunidad indígena, eso yo creo que es el espacio que más se ha ganado institucionalmente”.

Por último, el moderador señaló que “la interculturalidad conmina a los pueblos indígenas a los estados, a las sociedades nacionales a cambiar las prácticas autoritarias, las prácticas de imponer al otro aquello que el otro no quiere, o aquello que el otro no necesita, ninguna posición fundamentalista resulta. La interculturalidad es el instrumento más eficaz, el diálogo, pero fundamentalmente la aceptación del otro como legítimo en la convivencia. La cultura mapuche no tiene por qué convencer a la sociedad nacional, es legítima por sí, pero las tensiones que va a despertar la práctica de la interculturalidad no van por el lado de los indígenas. Quien otorga la patente para el ejercicio médico, es el Estado, son las leyes, es el Código Sanitario, es un Municipio el que da un permiso”.

## RUEGO EN LAS PAREDES ROCOSAS DEL CIELO (Poema a la manera del canto de las machi)

Estas son las palabras rituales, dicen las machi  
Sí,ustedes ya las conocen: Jefes, Ancianos  
y jóvenes de la tierra de Arriba  
Ustedes, habitantes del volcán amaneciendo  
y machis antiguos que oyen nuestros ruegos  
Aquí está el hombre enfermo; respira  
No lo dejen solo ahora que le hemos traído  
plantas medicinales  
y, en nuestros cántaros, el agua cristalina del alba  
¡Ven! Tenemos en nuestras almas la vida de los ríos  
que suben para el Oriente

Bebe. Pero ay Ngvnechen sólo tú harás que ella refresque  
Por eso a ti te hablamos viento maligno  
¿que bostezo tan profundamente ladino y oscuro eres  
que vagas en el crepúsculo del día?  
A ti te hablamos fuego resucitado  
que mientes y escondes tu verdadero rostro  
¡Ya!, ándate y quiebras la vara con la que golpeas  
a nuestro hijo:  
En los pulmones, en la sangre, el corazón  
Fuerza maligna que acechas en visión engañosa  
como un zorro más, como cualquier guairao  
como cabezas volando, como quilas floridas  
que nos anuncian las penas  
En la fragancia de nuestros remedios ándate  
dicen las machi, tu que como un mal sueño estás  
en el anochecer  
¡suelta!, quita tu oscuridad, mira que Azul es la luz de la mañana  
y tú, levántate hijo. Se repiten los ruegos  
en las paredes rocosas del cielo  
y los guerreros despiertan y vienen, ya vienen  
¡Oo!, como pececillos brillando desde la Tierra de arriba  
*ya vienen, los transparentes y altos cóndores del sol.*

**ELICURA CHIHUAILAF**

## 4. PANEL COEXISTENCIA DE LOS SISTEMAS MÉDICOS

---

### 4.1 INTRODUCCIÓN

Uno de los fundamentos para el desarrollo de una política intercultural en salud es que ningún sistema médico es capaz de satisfacer por sí solo, todas las demandas de salud que presenta una población, lo que implica dejar de concebir el modelo biomédico como el único deseable y válido. En este sentido, la medicina tradicional surge como una alternativa válida para la solución de enfermedades, en particular aquellas relacionadas con el ámbito psicosocial, donde la medicina oficial ha mostrado poca efectividad.

Actualmente las culturas contemporáneas se desenvuelven y redefinen constantemente en un marco más amplio a través de procesos de comunicación e intercambio cada vez más acelerados e intensos. En este contexto una propuesta de salud intercultural no está referida solamente a las culturas históricas en contacto, como serían la occidental y la indígena; o entre la cultura ‘chilena’ y la aymara, mapuche o rapa-nui por citar algunos grupos originarios, sino también a la dimensión intercultural global que afecta a ambas y de la cual son parte.

La salud intercultural debería hacerse cargo de esta creciente tensión entre una identidad cultural global que se afirma por la expansión de los escenarios de referencia (cultura global) y las raíces nacionales y étnicas locales (culturas específicas). Las culturas médicas indígenas, la cultura médica nacional y la cultura médica global entran en comunicación e interacción en el acto médico. No sólo se reconocen por sus diferencias y diferentes status sino también las formas en que se sobreponen y se mezclan.

En el aspecto operacional la interculturalidad en salud se expresa en la coexistencia de diferentes tradiciones médicas en un mismo espacio territorial y clínico (relación sanador-enfermo). Sin embargo el contexto social en que se dan esas relaciones está determinado por condicionantes históricas y políticas que se reflejan en las posiciones de poder que las respectivas culturas de referencia tienen en relación al contexto nacional. Por lo tanto, otra característica de la salud intercultural actual, es que la salud y medicina indígena está en una situación de inferioridad y subordinación a la salud y medicina oficial occidental. Esta coexistencia o relaciones entre sistemas médicos han sido vistas como complementarias, articuladas, en interacción, en conflicto o competencia.

¿Es posible la complementariedad entre sistemas médicos?, ¿en qué aspectos es posible? fueron algunas de las preguntas presentes en la reflexión. En el panel participaron el Dr. Willie Arrué del Hospital San Martín de Los Andes, Provincia de Neuquén, Argentina. A continuación presentó Ivonne Jelves, antropóloga del Instituto de Estudios Indígenas de la Universidad de la Frontera y finalmente expuso Isabel Alanoca, facilitadora intercultural del Hospital Juan Noé de Arica. Moderó el Dr. Julio Arce de la Universidad Nacional del Comahue, Provincia de Neuquén, Argentina.

## 4.2 CAMINOS, TROPIEZOS Y ALGUNAS CERTIDUMBRES por Willie Arrué

En la década del 60 estuvimos viviendo encuentros y desencuentros con distintos grupos humanos, con distintos proyectos, en fin con distintas culturas. En mis comienzos en la década del 60 estuve trabajando y viviendo en las llamadas villas de emergencias, después estuve también compartiendo trabajo y vida con campesinos del Noreste Argentino. Conocí los bosques desbastados del quebracho en el Chaco-Santafesino, y también en el Monte Formoseño. Ahí me vinculé con algunas culturas como la etnia Guaraní, después con los pueblos Tobas y Wichy.

Desde hace 20 años me radiqué en la cordillera Neuquina y tuve la sensación cuando atravesamos la cordillera que a diferencia de muchas personas que discuten que la cordillera los separa, vivencio, gracias a este encuentro también que es un puente que nos une.

Las raíces del conflicto en el cual fui creciendo me permitieron ir aceptando la interculturalidad, vista como la posibilidad de compartir con personas de otros grupos culturales. Me permitió ver, cuestionar y sobre todo aceptar los procesos de las personas, de los grupos sociales y también mis propios procesos, y con estos compañeros fuimos construyendo esta propiedad de aceptación, una aceptación crítica y activa ante la realidad.

Actualmente comparto mi tarea con mis compañeros y vecinos de distintos grupos étnicos, de distintos pueblos de origen europeo criollo y una fuerte población que viene de este lado de la cordillera, que habita sobre todo las zonas suburbanas y también con los pobladores del pueblo mapuche.

Voy a intentar diferenciar algunas áreas, hay aspectos de la vida de las personas y de las distintas sociedades que se entienden como universales. Uno de los aspectos que se tiene que valorar es la búsqueda a las respuestas que se tienen como necesidades tanto las individuales y sociales; por ejemplo, las que tienen que ver con la salud y la enfermedad y sus distintas concepciones. Esto no es universal, porque estos conceptos no son sólo diferentes sino que muchas veces son conflictivos.

Ahora cuando uno comienza a recorrer un camino, necesita la seguridad para afrontar la ignorancia, aparecen entonces los *prejuicios* como una especie de respuesta, y como una manera de dar cuenta de esta necesidad de seguridad, lo cual se traduce en actitudes y en acciones. Cuando comencé a estudiar medicina occidental, traté de afirmarme en mis prejuicios, no conocía otros modos de enfermar, no conocía otros modos de curar que no fueran los míos. Entonces de a poco fui aprendiendo algunas de estas cosas y pude entender que en mi región y las regiones de la vida de las personas, de las configuraciones de los pueblos, tampoco existe una identidad, una identidad que sea tal y permanente. La cultura va cambiando y nosotros también vamos cambiando y entonces esta transformación es como una interculturalidad interna, individual y conjunta.

En ese tiempo el único saber era el mío, un saber de enfermedades, de laboratorio, de razonamientos y de aparatitos deslumbrantes. Este podría ser el tiempo de *la intolerancia*.

Después fui conociendo otros modos que tienen que ver con la cultura de los otros pueblos diferentes, que en un tiempo, debo confesarlo, me provocaron rechazo a mi cultura y a mi persona,

porque me cuestionaron. Esto se llamó *la Etapa del Etnocentrismo*, actitud bastante habitual en las personas y que da pie a actitudes tales como la intolerancia, el odio, el racismo y la violencia.

El descubrir mi ignorancia incluso en el saber propio, hizo asomar otra manera de enfrentar el conocimiento diferente, el conocimiento del otro. Aparece entonces el intento de *asimilación*. Entonces con algunos pacientes, que eran muy pacientes conmigo, intenté enfocar que no importa si van al curador, al indígena, al yerbatero o como le quieran llamar, pero que sólo le hagan medidas, o que sólo le recen, sin nada de yuyos, nada de yerbas medicinales por el tema de los tóxicos.

Sólo mucho tiempo después encontré el valor de la palabra, la trascendencia de los sueños y sobre todo el sentido de los vínculos.

Un modo más refinado de asimilar es promover la llamada *integración* de las medicinas que es algo así como «desencuadrar» la medicina del otro e incluirla en un modo ajeno al original, para subordinarlo a lo propio. Un ejemplo de esto es la utilización con fines comerciales, despojando de su sentido original, extensiones importantes de hierbas medicinales, por ejemplo lo que está ocurriendo en las Sierras Cordobesas donde se está destruyendo el ecosistema, para utilizar las hierbas medicinales con fines comerciales.

Entonces todavía me faltó otro delirio, que fue intentar conformar una especie de cura, más allá de los sistemas, es decir al paciente occidental curarlo a lo occidental, y al que demanda medicina popular darle otra respuesta desde una posición omnipotente; todas desde el mismo curador, desde el mismo equipo de salud. Esto no pasó de ser una construcción intelectual, por suerte.

Es cierto que los sistemas médicos tienen zonas de transición, hay zonas duras y hay zonas blandas. También hay zonas que confluyen y encuentran articulaciones más fácilmente; por ejemplo, la medicina naturista occidental y las hierbas medicinales de la medicina popular. Pero sé que no hay respuestas occidentales para un poblador mapuche que necesita un **machitun**. También sé que para una persona que tiene un hematoma en el cerebro por un traumatismo, es conveniente una respuesta de un equipo neuroquirúrgico y si es posible con el equipo de tomografía computada al lado. Para estas conclusiones tuve que atravesar un campo engañoso, que es el campo de la *relatividad: todo vale lo mismo indiscriminadamente, lo del otro para el otro y lo propio para uno*. Esto es más o menos como la negación de la interculturalidad, el reino de lo escondido detrás de un presunto *respeto*. Para eso intento en estos momentos conocer más qué pasa con el tema de la sanación espiritual, pentecostal o de la iglesia católica, que también está incluyéndose en la región progresivamente. Creo que habría que desarrollar enfoques críticos, porque nos parece que está tomando formas para incluirse, pero conflictuando seriamente con los modos esenciales de la comunidad local.

De todas maneras, afortunadamente no participé nunca de otro error que a veces tenemos los curadores formales occidentales, que es el de la *persecución*, pero sí pude observar algunos ejemplos patéticos de esto. Si conocí después curadores de otros sistemas lo hice gracias al empeño, a la paciencia de mis pacientes que acometieron la ética de aflojar mis esquemas y debo confesar que lo lograron en alguna medida.

También hemos construido modos que llamamos *abordaje conjunto*, que en realidad fue intentar conocer los modos en que los pobladores desarrollan sus respuestas ante sus necesidades de salud y enfermedad. Pero todavía me faltó un error más, que fue la *idealización* de lo del otro, es decir todo lo ajeno era bárbaro y lo mío no servía. Algo así como un *etnocentrismo al revés*.

Llegar a un sentido de la diferencia a través del respeto de lo propio y de lo del otro y cotejar con los conflictos que se producen, con lo mejor del sentido crítico es también haber aprendido de mis maestros articuladores interculturales que fueron los agentes sanitarios por un lado y los pobladores por el otro. Quienes me enseñaron que el diseño es caso por caso, que no hay normas, que no hay esquemas y que los pobladores y que el pueblo construye las alternativas para responder a sus necesidades. Las necesidades que el dolor y el sufrimiento nos crean y para eso tenemos que aprender de nuestro pueblo.

### 4.3 SISTEMAS MÉDICOS EN LA NOVENA REGIÓN: EN BUSCA DE LA COMPLEMENTARIEDAD por Ivonne Jelves

La coexistencia entre sistemas médicos en una primera aproximación, constituye una situación real y concreta que ocurre en Chile y en la mayor parte de América, como producto de la conformación de sociedades nacionales a partir de poblaciones descendientes del conquistador europeo y de los grupos étnicos originarios, portadores de concepciones propias del mundo y de procedimientos desarrollados para enfrentar situaciones que afectan la vida humana.

La forma de abordar el ámbito salud-enfermedad, como fenómeno que afecta a todo ser viviente, se relaciona directamente con la cultura de cada grupo humano, y las diferentes respuestas culturales constituyen *medicinas*.

De acuerdo a la noción de sistema médico, que distingue algunos elementos o componentes presentes en todas las medicinas, independientemente de las diferencias que aparecen si se comparan los contenidos culturales entre diversas sociedades, uno que aparece como central es lo que se conoce como *modelo médico* o *sustrato ideológico* que se relaciona con las concepciones que los grupos humanos tienen sobre el origen de las enfermedades y que determina los procedimientos que se utilizarán para combatirla.

Un segundo componente, estrechamente relacionado al anterior es observable y tiene que ver con las tecnologías y prácticas terapéuticas para la curación. Encontramos en este ámbito la presencia de materia médica o remedios como hierbas medicinales y fármacos y prácticas médicas o procedimientos tales como la cirugía, la adivinación, los rituales de curación, etc.

El tercer componente es el de los especialistas o agentes médicos, entre los que se pueden mencionar: componedores, yerbateros, **machi**, **yatiri**, médicos, dentistas, enfermeras, etc.

En la Novena Región de Chile existen múltiples sistemas médicos de orígenes diversos, sin embargo, remitiéndonos a la situación histórica de contacto interétnico entre la sociedad global y el grupo étnico mapuche, podemos reconocer tres sistemas principales, *la medicina indígena mapuche*, *la medicina tradicional popular* y *la medicina científica u oficial*.



La *medicina mapuche* forma parte de su tradición ancestral, que se desarrolla autónomamente hasta mediados del Siglo XVI, cuando se produce la invasión española, a pesar de la cual ha persistido hasta hoy conservando en forma casi invariable el modelo médico tradicional que atribuye la causa de las enfermedades a la acción de fuerzas espirituales malignas o **wekufü** y a los **kalku** o brujos, a través de diversos mecanismos como **trafentun** o encuentro, **perimontun** o visiones, **üñfitun** o daños a través de la ropa, etc. También las deidades y fuerzas benéficas pueden causar enfermedades, como castigo a la transgresión de normas sociales y rituales o como señal indicadora de vocación de **machi**, (chaman mapuche). Por último, se distingue también un ámbito categorizado como **re kutran**, o enfermedades leves y agudas que se producen por causas naturales como la exposición prolongada a diversos factores climáticos, el exceso de alimentación, etc, ámbito en el que se pueden encontrar puntos de complementariedad con el sistema médico occidental.

Para contrarrestar estas enfermedades, los mapuche hacen uso de una serie de prácticas entre las que se cuentan ceremonias mágico-religiosas curativas, con diversos grados de complejidad y procedimientos empírico-rationales en los que predomina el uso de las plantas medicinales. Además de los(as) **machi**, existen otros agentes médicos, como son el **lawenchefe** o yerbatero y el **ngütamchefe** o componedor. Estos agentes médicos reciben una enseñanza formalizada, particularmente la **machi**, quien es formada por otra **machi** con mayor experiencia, que le reconoce su destino y la inicia cuando considera que ha aprendido lo necesario para cumplir su rol, a través de la realización de una ceremonia en la que recibirá su espíritu protector y orientador y el reconocimiento comunitario.

La *medicina popular* es un fenómeno recurrente en América, producida inicialmente del contacto entre las culturas hispana e indígenas, que se reviste de múltiples manifestaciones, debido a que lo «popular» se relaciona con un segmento marginal de la población nacional, que presenta dificultades para acceder a los bienes socioculturales, pero que no se adscribe a una identidad étnico-cultural específica y distintiva, como es el caso de la sociedad mapuche, sin embargo se pueden establecer ciertos rasgos en relación a un sustrato ideológico que combina elementos de religiosidad cristiana (católica o evangélica) y elementos popularizados de la medicina oficial; algunas prácticas, en las que destaca el uso de plantas medicinales y rituales como el santiguamiento y la quebradura de empacho y la presencia de agentes médicos como curanderos, meicos, curiosas, santiguadores y pastores evangélicos.

La *medicina occidental*, por último, se ha constituido en el sistema representativo de las sociedades nacionales de occidente, ya que se relaciona con la estructura de poder, que regula su práctica y le otorga recursos para la implementación de planes y programas de salud destinados a la totalidad de la población, así como para la formación de profesionales a través de procesos de enseñanza formal y de posterior reconocimiento social. En el plano ideológico, atribuye las enfermedades a diversos factores, de orden fundamentalmente biológico, como son la intervención de micro organismos y el contagio epidemiológico, las mutaciones genéticas, modificaciones patológicas de las células, componentes bioquímicos, etc.

Respecto a la coexistencia de estos tres sistemas médicos centrales en la Novena Región, podemos advertir por una parte, que desde el sistema médico occidental, representativo de un estado centralizador que no reconoce la diversidad cultural que caracteriza a Chile, se produce la desvalorización y a veces persecución de las prácticas médicas tradicionales, lo que en el caso de

las sociedades indígenas ha derivado en situaciones de dependencia y pérdida de recursos tradicionales, sin tener tampoco la posibilidad de acceder a los avances de la ciencia moderna por el alto costo de sus servicios y la situación de marginalidad socioeconómica que comparten los pueblos indígenas con los sectores pobres del campo y la ciudad.

Por otra parte, desde la población que requiere de los servicios en salud proporcionados por distintos especialistas o agentes médicos, los tres sistemas mencionados no constituyen estructuras rígidas, sino más bien espacios de referencia conceptual, dado que es posible advertir en la realidad una gama de modelos intermedios, resultantes del manejo simultáneo que hace la población de conceptos y recursos médicos, de acuerdo a las vivencias personales.

Cabe señalar al respecto que a nivel de agentes médicos, son frecuentes las situaciones de multirrecurrencia avaladas por los especialistas tradicionales, no así desde los profesionales del sistema occidental, cuya tendencia como señalábamos, es la descalificación y desconocimiento de otras medicinas.

Frente a esta situación de coexistencia de diferentes sistemas médicos cabe preguntarse si es posible, a través de la incorporación de un enfoque intercultural al interior del Sistema de Salud Oficial, hoy día depositario de demandas de atención por parte de todos los sectores de la población, incluyendo la indígena, apuntar a la búsqueda de ámbitos concretos de complementariedad de prácticas médicas desarrolladas por los distintos grupos étnicos y estratos sociales en sus propios espacios, o por último, una mezcla de ambos.

De acuerdo a investigaciones y experiencias desarrolladas en comunidades mapuche, otro ámbito de complementariedad observable, es aquel que se relaciona con el autocuidado en salud en el nivel casero, donde la madre, como en cualquier otra sociedad del mundo es figura relevante. Ella atiende los problemas de salud de su grupo familiar y toma medidas terapéuticas de acuerdo a los conocimientos que maneja, los que se conforman de elementos popularizados de tradicional mapuche, así como de la medicina occidental y popular. También juega un papel importante en determinar el itinerario terapéutico a seguir cuando se ve sobrepasada por el grado de complejidad que alcanza la enfermedad, el que puede comenzar con el asesoramiento de otras mujeres mayores y proseguir con el farmacéutico y con los agentes médicos de cualquiera de los sistemas a los que puede acceder.

En el ámbito casero, como producto de la complementariedad de recursos podemos encontrar una situación que no siempre contribuye a la obtención de buenos resultados en el manejo de enfermedades, y que por el contrario puede facilitar los procesos de complicación, ésta es la automedicación a base de fármacos de la medicina occidental o el abuso de los mismos, para aminorar síntomas que a veces constituyen defensas del organismo y que pueden ser tratados con mayor efectividad a través de las hierbas medicinales y de los recursos tradicionales en general.

También en relación al uso de fármacos, son frecuentes las situaciones en las que aún siendo proporcionados a través de indicación médica, no se siguen las instrucciones y se interrumpen los tratamientos ante la aparición de signos de mejoría. Lo anterior, así como la actitud de ignorar las contraindicaciones de los medicamentos de farmacia, responde a una concepción cultural del «remedio» diferente a la que se ha desarrollado en la sociedad occidental. En la cultura mapuche

el **lawen**, que vendría a ser su equivalente, y que incluye plantas medicinales y otros elementos de origen animal y mineral, es visto como un objeto sanador y como tal no podría representar peligros para la salud, salvo muy raras excepciones.

El autocuidado en salud relaciona ámbitos preventivos y curativos al interior de la familia y la comunidad y constituye un espacio en el que pueden converger los recursos de los diferentes sistemas médicos presentes en un territorio, como lo es la comunidad mapuche. Constituye además una estrategia necesaria de implementar en beneficio del mejoramiento de la calidad de la salud de la población, dado que fortalece la participación y protagonismo de la familia y la comunidad en los procesos de salud y enfermedad, a través de acciones que bien pueden ser apoyadas y fortalecidas por las instituciones formales de salud y educación, así como de Organismos No Gubernamentales u otras instancias de apoyo al desarrollo local. Es por último un espacio en el cual el sistema médico puede hacer una contribución importante, en lo que respecta a la orientación en el uso de los fármacos y en el reconocimiento de síntomas de gravedad para poder determinar con claridad, cuando intervenir en el espacio casero, cuando acudir a los agentes médicos tradicionales y cuando es importante acudir a los Servicios de Salud.

El fortalecimiento del autocuidado en salud puede ser abordado bajo dos mecanismos complementarios:

1. Capacitación masiva en la que pueden participar dirigentes comunitarios, integrantes de organizaciones comunitarias, especialistas tradicionales, madres. Esta se puede realizar a través de reuniones periódicas en las que se discute un tema de salud que preocupa a la comunidad, recogiendo las distintas visiones y conocimientos de los participantes, y complementándolos con los aportes necesarios desde la perspectiva de la medicina occidental.
2. Formación de practicantes o monitores de salud, como agente comunitario de enlace entre los distintos sistemas médicos. Las personas más adecuadas para participar en este proceso son aquellas madres a las que hemos hecho referencia anteriormente, las cuales sin ser especialistas médico tradicionales han desarrollado experiencia reconocida en el manejo de enfermedades simples a nivel casero y cumplen la función de asesorar a otras con menos experiencia. Tales personas pueden complementar sus conocimientos con el manejo de tecnologías de reconocimiento de síntomas y signos y de tratamiento de la medicina tradicional (uso de termómetro, esfigomanómetro e inyectología).

La formación de monitores, que debe sino ser asumida plenamente, al menos ser apoyada por los equipos locales de salud, requiere además de procesos al interior de estos equipos, a través de capacitación en temas de salud y cultura mapuche, así como en técnicas de investigación y educación participativa, para favorecer su relación y trabajo con la comunidad.

Retomando el tema de coexistencia o complementariedad y enfocándolo ahora desde la perspectiva mapuche, encontramos que hay también puntos en los cuales no es posible la complementariedad, fundamentalmente en aquellos que dicen relación con el modelo conceptual. La experiencia a este respecto ha sido, de parte de los especialistas tradicionales como la machi, la de coexistencia respetuosa, actitud que se manifiesta en la derivación que éstos hacen de pacientes

ya sea para tratar síntomas físicos específicos y proseguir después con el tratamiento tradicional, o cuando reconocen la presencia de enfermedades wingka que no corresponderían a su ámbito de dominio.

Desde el punto de vista de los especialistas del sistema oficial de salud, la actitud no ha sido la misma ya que son frecuentes las situaciones de desvalorización y competencia por parte de éstos, quienes descalifican las creencias y prácticas terapéuticas mapuche, así mismo desconocen las diferencias culturales, lo que conlleva a generar situaciones de incomunicación.

Finalmente, en el contexto de la hospitalización, surgen demandas a nivel de especialistas médicos tradicionales y de facilitadores interculturales en términos de facilitar la complementariedad de recursos medicinales, como por ejemplo la aplicación de tratamientos herbolarios cuando la ocasión lo requiera, lo que hasta ahora mayormente se maneja a espaldas de los funcionarios de los establecimientos.

#### **4.4 COEXISTENCIA DE SISTEMAS MÉDICOS EN LA REGIÓN ANDINA** **por Isabel Alanoca**

Buenos días amigos, me siento un poquito incómoda, estoy acostumbrada a tratar muy cerca de la gente, me siento como en otro plano, pero voy a contarles algo de lo que hacemos nosotros en el Altiplano. Soy paramédico e integrante del equipo de salud que realiza ronda a tres comunas del interior de Arica, estas comunas son: Camarones, Putre y General Lagos, cada una de ellas con más o menos nueve localidades, más algunos caseríos. Los lugareños nos han apodado de la «Ronda Grande» porque va todo el Equipo de Salud, ellos además cuentan con Postas fijas, que están a cargo de paramédicos, otros médicos y otros de ellos están a cargo de un matron, quienes trabajan semanalmente, recorriendo todas las localidades para satisfacer los problemas de salud que se presentan y derivarlos a Arica, en caso necesario.

En Arica yo soy una de las personas que juega el papel de *facilitadora*, gracias a Dios la gente ha aceptado de buen agrado lo que *salud* les ofrece, y nosotros notamos el cariño con que se nos recibe. Es cierto que el tiempo que la ronda pasa en cada localidad es pequeño, pero cantidad a veces no es calidad, se aprovecha cada minuto para compartir y educar.

Yo tengo raíces andinas y mi gente es sincera y no sabe mentir, si ellos acuden a la ronda es porque realmente nos necesitan, han aprendido que nuestra medicina oficial, es una buena alternativa. No se pretende cambiar costumbres, porque sería cambiar la identidad de nuestra gente, pero ellos aceptan de buen agrado los adelantos que les ofrecemos a los andinos, también tienen sus medicinas tradicionales lo cual muchas veces nos ofrecen y les digo con mucha sinceridad, lo bien que nos hace tomar una agüita de chachacoma o de coca cuando el mal de altura nos hace una mala pasada, el clima frío, muchas veces bajo cero, o la altura sobre los 4.000 mts. Los caminos malos entorpecen muchas veces nuestra labor y el trabajo se nos hace agotador, por eso el cariño que se nos ofrece es grande. Ellos saben que a pesar de estos inconvenientes siempre pueden contar con nosotros, hay muchas cosas que cambiar, día a día nos encontramos con diferentes dificultades pero con amor a nuestra profesión y a nuestros hermanos lograremos nuestro objetivo.

Cuando llegué a Temuco me sentí como la Carmela de San Rosendo estaba asustada, porque nunca había venido al sur, todo para mí era nuevo, y se me vino a la mente mi gente andina, así se deben sentir cuando bajan por primera vez a los pueblos y ciudades de mi Región.

Yo quiero dar gracias a alguien, por la noble misión que cada cual desempeña y ese alguien es Dios.

#### 4.5 RESUMEN DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Los primeros comentarios del moderador, complementando la profundidad de las ponencias, fueron aportes sustantivos para iniciar el debate. Se refirió a que no sólo son necesidades básicas del ser humano el alimento, la vestimenta, la vivienda, la protección, educación, salud, fe, sino también “la necesidad de ser necesarios, necesidad de los que nos necesitan, *necesitamos de los pacientes tanto como ellos nos necesitan a nosotros*”. Complementó esta reflexión con una propuesta de Mao Tse Tung: “reúnan los conocimientos de la medicina tradicional china y de la medicina occidental moderna y construyan un sistema eficaz para cuidar la salud del pueblo”, agregando que “los espectaculares resultados del sistema médico chino, con sus médicos descalzos y demás características son muy conocidos en todas partes”.

En relación a la presencia de sistemas médicos en el altiplano, agregó otra reflexión, “esto me lo dijo una madre alemana, un pueblo que quizás convencionalmente se le considera más frío o menos afectivo: *“el buen médico es aquel que escucha lo que necesito decirle, y me explica lo que necesito saber* y finalmente, un proverbio chino: *el médico corriente trata las enfermedades, el buen médico trata al paciente, el mejor médico de todos es el que trata a la comunidad*”.

La primera interrogante planteada fue, ¿cómo se expresa en la práctica un *abordaje conjunto*?, señalándose que “es simplemente la conceptualización de lo que observamos sobre lo que hacen los pobladores cuando implementan los distintos sistemas médicos de la región. Lo que nosotros hemos aprendido es que las personas cuando tienen una dificultad acuden al sistema médico que le brinda un mejor acceso”. Pero no siempre es a quien está más cerca, sino que el curador le da confianza, que interprete, que pueda responder a sus necesidades de enfermedad y/o de salud. Existen dentro de la amplia gama de necesidades algunos espacios que son llamados los *espacios blandos*, donde los sistemas médicos se *interpenetran*. En estos espacios recurren a veces a un curador de un sistema primero, a veces a dos curadores a la vez o más, van de alguna manera cotejando respuestas a sus necesidades. Esto es lo que se denomina el *“itinerario terapéutico”*, los cuales no son fijos sino que son absolutamente plásticos y flexibles. También existen las llamadas *zonas duras* donde son difíciles de relacionar sistemas médicos diferentes. Si bien hay muchas respuestas que todavía no están resueltas, una manera de poder amplificar y optimizar, es a través del respeto y la participación, construyendo y reconstruyendo críticamente las alternativas existentes y recuperar el sentido de lo local. Cada poblador, cada grupo, cada familia desarrolla un modo especial. Este es el micromundo, es una respuesta alternativa a la globalización que nos quiere imponer el sistema.

En relación a la pregunta si tienen en Argentina un sistema o una política oficial con respecto a la interculturalidad en salud, se acotó que existe una política con respecto a la interculturalidad;

es la de la intolerancia, es la política de la hegemonía, pero afortunadamente los sistemas están constituidos por personas, por grupos capaces de producir transformaciones, construir y reconstruir alternativas.

Una visión complementaria señaló que “los sistemas médicos están gobernados por organismos políticos. En estados poderosos como el de Argentina y Chile, que han arrasado con las estructuras políticas de las comunidades, se intenta crear micro espacios como la familia, la persona, pequeños grupos. Pero la verdadera medicina comunitaria, la medicina de los pueblos indígenas tiene un sistema de normas que está regido por un sistema político, que se expresa a través de la asamblea o de una autoridad. El sistema de salud no es solamente una técnica o una oferta de servicios, tiene una estructura de poder por detrás, lo que requiere que los pueblos indígenas respalden o refuerzen sus sistemas de salud”.

En relación a la clasificación de las medicinas que se presentó, un participante la visualizó como la expresión de la consabida coexistencia de los sistemas médicos y propuso “empezar a rechazar las clasificaciones, las certezas sobre las cosas y tratar de trabajar sobre la angustia que genera el no saber, para llegar a un espacio donde realmente se pueda compartir el conocimiento. Para generar, un conocimiento nuevo, tendríamos que destruir la vieja visión hegemónica y dejar de usar esquemas de conocimiento tradicional que provienen desde la medicina científica. Esto se expresa también en los obstáculos que encuentra el Facilitador Intercultural al interior del sistema, donde la medicina occidental ejerce un dominio y el otro saber no es valorado. Otro aporte acotó que si el médico “comienza por aprender lo que le enseñan los pacientes antes de querer enseñarles lo que él cree saber aportarles, se va a equivocar menos y enriquecerse él mismo mucho más”.

Igualmente se indagó sobre ¿cuál es la posición de las organizaciones mapuche argentinas en el trabajo intercultural en salud?. Al respecto se señaló, “el pueblo mapuche, forma parte de una realidad regional en la cual, también se reproducen los conflictos de la sociedad. No formamos un proyecto de salud indígena, incluimos la problemática de la salud de los pueblos indígenas como un aspecto de nuestro trabajo, trabajamos el área de la salud comunitaria, incluyendo fundamentalmente por un lado, la problemática intercultural, pero por otro lado la problemática de la violencia social, la violencia institucional, familiar, el alcoholismo, la problemática de los grupos de personas detenidas y trabajamos en la región centro y sur de la provincia, con pobladores del área rural y del área suburbana, que no son solamente mapuches. Trabajamos con los pobladores del pueblo mapuche y recibimos acuerdos, desacuerdos, en estos momentos hay conflictos muy importantes, en nuestra región vinculados con la problemática de la tierra. También se trabaja con los equipos de agentes sanitarios, que son el correlato de lo que acá se llaman facilitadores interculturales, ellos son los articuladores y los maestros en todo esto”. Son quienes están más cerca de la comunidad indígena. Un testimonio de un agente sanitario indígena agrega que su trabajo es hacer el nexo con seis comunidades indígenas y el Hospital de Aluminé, agrega “nuestra cultura se está perdiendo, los jóvenes se van a los pueblos y rechazan su propio idioma. Los médicos no generan confianza en los mapuches, por lo que le transmito los mensajes del médico en nuestra lengua. Hay que preguntar, recorrer y andar la zona, ese es el rol del agente sanitario”.

Otra pregunta se refirió a si en Argentina existen médicos mapuche y si estos médicos mapuche se identifican con su cultura. Agrega que una violencia simbólica en la relación médico-paciente, una imposición, el médico tiene un status social superior, donde falta el trato de ser

humano. Se respondió que si existen curadores mapuche, que curan con el sistema mapuche; aún cuando la pregunta apuntaba a saber si algún mapuche se ha graduado como médico. Frente a lo cual se señaló la existencia de casos aislados, que se han quedado trabajando en la gran ciudad, pero transculturados, en el sentido que no ejercen la medicina de su pueblo.

Desde la perspectiva de un asistente social, es fundamental lograr una relación horizontal al interior de nuestro sistema médico oficial. Agregó que “la participación no surge de la gente, sino surge de nosotros, los agentes funcionales del Estado que llevamos y tratamos de organizar y dar participación como es en los Consejos de Desarrollo a diferencia de otra época histórica en que los consejos comunales o los consejos locales de salud, surgieron como algo que la gente exigía y pedía”. “No es bueno establecer al interior de las instituciones una escala jerárquica, la tecnificación nos ha llevado a perder estas nociones mínimas de sentido común, el poder está distribuido desigualmente, tenemos que impregnar nuestra cultura, la vida diaria de valores, de saber lo que es bueno y lo que es malo, lo que hace bien y lo que hace mal”. Se comentó al respecto que el aporte de las ciencias sociales, al campo de la salud es tanto o mucho más importante que el de las ciencias exactas.

Otra pregunta apuntó a conocer la experiencia de los facilitadores interculturales en el área aymara en el Hospital de Arica. Se responde que la iniciativa surge desde personas que asumen una papel de facilitadora por reconocer una necesidad, “desde que ingresé al Servicio de Salud, lo tomé por cuenta mía, la gente del interior necesita alguien que los guíe, la gente nuestra es muy tímida, la ciudad se los come, ha sentido un gran apoyo de los médicos, la gente afuerina ama a la gente del Altiplano, he sentido una excelente respuesta de todos los profesionales, de los auxiliares a veces gente de la misma raza nuestra, como que se avergüenzan un poco de ser indios, yo trato de llegar a ellos hacer la parte difícil, lo que es bajar para ellos, es hacérselo más agradable, yo sé que queda mucho por aprender, quizás no lo logré totalmente pero mi intención es de todo corazón es servir a mi gente”.

Una de las panelistas (I. Jelves) solicitó una aclaración debido a que su exposición era complementaria a otra que no pudo presentarse. Señaló que “hay ámbitos en que se puede dar complementariedad y que hay también ámbitos en los cuales podemos hablar solamente de coexistencia respetuosa. Cada agente médico trabaja dentro de su propio escenario y muchas veces puede haber complementariedad a través de derivaciones u otros mecanismos. Lo importante es que exista un respeto en las prácticas de cada uno”. En relación los ámbitos de complementariedad, acotó que “estos son decididos por la propia gente, la gente elige los temas de salud que les interesa y ellos exponen sus conocimientos y ellos deciden donde puede estar el aporte de la medicina occidental”.

Finalmente se cerró el espacio de preguntas y comentarios, con el siguiente aporte del moderador: “el niño en su educación va aprendiendo lo que debe hacer, el joven a medida que crece va aprendiendo lo que quiere hacer, y el adulto al final lo que quiere hacer” y empleando otra vez este triángulo quería recordar que aquellos que tuvimos el privilegio de elegir lo que queríamos estudiar, y ganamos la vida con lo que elegimos tenemos el permanente deber de ayudar a atender y escuchar a otro”.

## EL AMOR DE LOS POBRES

*El amor de los pobres se dibuja en blanco y negro,*  
se cuelga de los cables del alumbrado público,  
se juega entre sábanas hechas con bolsas de harina.  
El amor de los pobres es áspero como las bolsas de harina,  
es silencioso para no despertar a los chiquillos  
que duermen amontonados en los jergones.  
El amor de los pobres tiene olor a carbón, a humedad,  
a fritura de grasa, a jabón de lavar, a lejía.  
El amor de los pobres no sirve para una película en technicolor,  
ni siquiera para una telenovela,  
pero es tan amor como el amor que se juega  
entre sábanas de seda y huele a perfumes importados.  
Es más amor que el amor de las películas en technicolor  
y mucho más que el amor de las telenovelas  
porque el amor de los pobres, éste sí  
que mueve al sol y las demás estrellas.

*GUIDO EYTEL*



## **5. PANEL FORMACIÓN DEL EQUIPO DE SALUD INTERCULTURAL**

---

### **5.1 INTRODUCCIÓN**

El panel Formación del Equipo de Salud Intercultural contó con la presentación de cuatro ponencias. La primera de ellas estuvo a cargo del Dr. Gonzalo Valdivia, docente del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Chile, quien señaló las dificultades presentes para incorporar a la formación de los médicos aspectos como el de la interculturalidad y de un aprendizaje que parta de la realidad, dado que la formación está centrada en un enfoque biomédico y en el enfermo.

Posteriormente, Sra. María Elsa Ancavil, Facilitadora Intercultural del Hospital de Temuco, relató la experiencia de trabajo de los equipos de facilitadores y los obstáculos encontrados en su capacitación y relación con los equipos de salud para lograr los objetivos propuestos.

A continuación, Sra. Adriana Schalchli, Encargada del Programa de Salud Rural del Ministerio de Salud, entregó la experiencia desarrollada desde el Programa en relación a la formación de auxiliares de Posta Rural y la necesidad de considerar en esta formación no sólo las especificidades de la realidad rural sino también contenidos particulares para el trabajo con otros grupos étnicos.

Finalmente, Sr. Rubén Montoya, Director del Grupo Amazonía de Venezuela, relató la experiencia de trabajo con promotores de salud, desarrollada por esta ONG en el Estado Amazonas de Venezuela.

El panel fue moderado por la antropóloga Sra. Margarita Sáez, Encargada del Programa Salud de los Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud.

### **5.2 FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS: UNA REFLEXIÓN DESDE LA UNIVERSIDAD por Gonzalo Valdivia**

Quiero agradecer la invitación a participar en este Encuentro y poder reencontrarme con algunas personas muy queridas. Tengo el privilegio de abrir el tema, lo que es una ventaja y una desventaja, espero que lo que yo planteo no determine en alguna medida las ponencias posteriores.

Quisiera definir cuál es la situación problema y caracterizarla con las circunstancias que la definen. Mi primer comentario y quiero serles franco, es que el problema que a ustedes los reúne no constituye un tema de discusión frecuente en las facultades de medicina. El tema de la atención de salud y grupos particulares, grupos étnicos no está en la discusión frecuente de la formación de los médicos. Creo que esta coyuntura de participar en este Encuentro nos permite como facultad, algún tipo de enseñanza en torno a temas de la realidad, elementos que permitan mejorar nuestra formación de profesionales.

Considero que lo esencial es tratar de ver cuales son los condicionantes que dificultan que se incorpore en la formación de profesionales de la salud los elementos o variables relacionadas con el aspecto sociocultural, el aspecto étnico, y el aspecto de identificación cultural. ¿Cuál es la barrera que hace que el organismo de formación de profesionales no incorporen estos elementos?. Creo que debemos contextualizar esta circunstancia.

Lo primero, es que nos referimos a un recurso humano profesional, que va más allá de la perspectiva de la formación médica. Estamos hablando de la formación de un recurso humano desde la perspectiva universitaria, que se enmarca dentro de toda una postura de enseñanza occidentalizada, con un modelo de formación y de intervención que ha mostrado cierto éxito. La tecnología y el desarrollo del recurso humano a contribuido a este éxito desde el punto de vista occidental. Estos modelos han intentado dar cuenta de un proceso de salud y esencialmente de enfermedad, que ha contribuido a que el recurso humano encargado de comunidades e individuos se aleje cada día más del hombre y se acerque a la enfermedad.

Los organismos que forman a profesionales, básicamente las universidades están muy centradas en la disponibilidad y en el manejo de información, en su quehacer y muy desligadas de la realidad lo que contribuye a perpetuar los modelos occidentales.

También se ha hablado que hay toda una plataforma de desarrollo político económico que se enmarcan en las materias de salud que hay que tomar en cuenta, nuestro actual organización en salud que es bastante heterogénea, está frecuentemente determinada por características económicas sociales que es conveniente considerar.

Ahora, qué elementos desde el punto de vista de la formación médica, permiten hacer un aporte al tema de la dificultad de mezcla de dos formas de visión del mundo, una tradicional y una muy particular desde la perspectiva universitaria. Les señalaba que el tema de la atención en salud en comunidades indígenas no es recurrente en la universidad, pero me parece que hay elementos comunes con otros temas o grupos humanos definidos por la marginalidad, la pobreza, el mal uso de las tecnologías, la dificultad de la transferencia tecnológica, problema de viviendas disfuncionales. Son problemas que marcan grupos específicos, ya sean religiosos, geográficos, culturales, étnicos.

Por otro lado, me gustaría definir bien minoría étnica, la verdad es que recorriendo las cifras del último censo el concepto de minoría, es bastante relativo. Desde el momento que un 11 ó 12 por ciento de la población mayor de 14 años tiene algún elemento indígena en su origen. Nadie habla de la minoría de los mayores de 65 años y no constituye más de un 5% de la población, por lo tanto, quería aclarar también, que la marginalidad por constituir minoría es relativo.

No me referiré al diagnóstico de la situación, sino a que elementos, desde la formación universitaria, que son importantes de considerar para efectos de superar esta barrera de incorporación de elementos socioculturales en la formación, especialmente en la del pregrado. Mi interés fundamental es que el médico sea una persona que maneje su trabajo desde una manera integral, incorporando el concepto de atención individual y poblacional. Existen algunos elementos, desde el punto de vista universitario, que son interesantes de discutir.

El primero, es el modelo de aprendizaje universitario. En la realidad de mi facultad, que parece no ser distinta de otras, el proceso de aprendizaje es al lado del enfermo y al enfermo

hospitalizado, lo que hace que de alguna manera muy precozmente, se sienta un intenso dominio sobre el paciente. El paciente no está en su realidad epidemiológica, ni en su entorno social, está totalmente desprotegido, entregado de alguna forma a este proceso de toma de decisiones que es inconsulto la mayoría de las veces y que determina que el marco de decisiones sea extraordinariamente vertical. De esta manera partimos con un problema de escenario que es muy importante. Además, los sistemas de atención médica han enfrentado crisis importantes y hay todo un movimiento que ha hecho más importante la atención ambulatoria. Lo concreto es que la formación universitaria sigue siendo esencialmente intrahospitalaria y centrada en lo más infrecuente, es decir, su enfermedad y en procesos crónicos.

Otro elemento importante es la carencia de modelos de apertura a la comunidad, incorporar conceptos o variables más amplios, vinculados a las Ciencias Sociales. La pregunta es ¿quién transmite esos conceptos? y ¿cuál es la importancia que se le da al tema? Es un tema que no es abordado en la formación en la Facultad de Medicina.

Un tercer elemento, es que en la formación de los médicos hay una tendencia a impregnar a los futuros profesionales de una forma de atención de salud que es bastante clásica, vertical donde hay problemas severos de lenguaje, en el sentido que el médico sólo utiliza el lenguaje como una herramienta de poder, una herramienta de aislamiento y un elemento que le permite tener un status, que de alguna forma pretende mantener. Algunas disciplinas técnicas que apoyan el conocimiento médico son intocables desde el punto de vista técnico. Una de ellas es la disciplina clínica aspecto muy precoz en la formación médica.

En el caso de la epidemiología, ha mostrado una deficiencia importante. La intención inicial en todo proceso de formación médica es que el profesional se haga cargo no solamente del enfermo sino que de todo su entorno, pero desde el punto de vista del control de su entorno y de la población, la manera que se enseña en la Facultad de Medicina suele tocar el tema poblacional como el conjunto del agregado al sujeto. Las formas de explicación que la epidemiología tiene para los procesos de salud son fundamentalmente a través de un colectivo pero no dispone de los elementos de análisis suficiente para que tengamos de alguna manera una aproximación lógica a este proceso, por ejemplo un conjunto de personas tiene elementos en común, pueden ser geográficos, culturales, elementos étnicos y no simplemente un agregado del individuo. Desde el punto de vista epidemiológico se ha tendido a confundir la medicina con una extensión social al conjunto de personas y no a las características que son inherentes al conjunto de personas. Hay una dificultad metodológica para introducirse en un análisis poblacional.

Dada la posición que el médico tiene en general que es bastante distante en torno a adquirir experiencias, transferidos por un grupo social uno de los elementos que parece importante en la discusión es cómo puede, desde la perspectiva de la formación de un médico, adquirirse conocimiento desde la perspectiva de la comunidad.

Los modelos de atención por lo general son bastante estructurados desde la lógica de un Servicio de Salud, con un enfoque programático, sin embargo, las posibilidades que se produzca una transferencia en ambos sentidos, que desde el aprendizaje en contacto con la comunidad se extraiga un modelo de interacción, el sentido de poder adquirir, sistematizar, elementos de la realidad y transformarlos en un modelo que permita superar algunas barreras de carácter

comunicacional. En ese sentido hay una dificultad para que el médico pueda aprender desde la realidad y pueda integrar ese conocimiento a través de la propuesta de un modelo de atención.

Las Facultades de Medicina no tienen en este momento posibilidades de transferir contenidos de ciencias sociales, lo que habitualmente se hace es solicitar servicios a un psicólogo, un antropólogo, pero habitualmente hay una comunicación muy disgregada con las disciplinas que hacen un aporte real al proceso de comprensión del proceso salud-enfermedad en una comunidad. Habitualmente la relación que se tiene con los profesionales del área de la ciencias sociales es funcional, no hay una integración, hay solamente una utilización para cubrir una necesidad, eso hace necesario una postura y aceptación de disciplinas que no son de apoyo, sino que son complementarias. La gran pregunta es si los futuros médicos deben recibir estos contenidos en el pregrado o deben adquirirlo en el post grado. No tengo la respuesta, simplemente por los testimonios escuchados durante la mañana y en otras circunstancias me parece que el aprendizaje logrado por los profesionales médicos, después de que egresan, su contacto con la realidad, su interacción con los Servicios de Salud y otras instancias son de una riqueza tal que a uno le sorprende que ese proceso de aprendizaje no haya permeado de alguna forma a las Facultades de Medicina. Creo que pasa por un problema de competencia, de no reconocer espacios, y no dejar espacios a elementos de aprendizaje que son extraordinariamente importantes.

Una autocrítica en ese sentido es que en general las Facultades de Medicina no tienen una opción de apertura para aceptar este conocimiento quizás «no científico» y puede que esa sea una barrera para su incorporación. La mayoría de los testimonios de médicos sobre su experiencia con la comunidad, son testimonios de carácter coloquial, anecdótico pero no hay una sistematización. Lo extraño es que esto se repite en encuentros de distinta índole señalando de alguna forma que existe una posibilidad que el médico pueda tomar estos elementos y sistematizarlos. La pregunta es cómo poder permear hacia las Facultades de Medicina estos elementos.

La Facultad de Medicina de la Universidad Católica está muy teñida por conceptos, preconceptos y prejuicios en torno a lo que estamos hablando. En general, un médico de la Universidad Católica es una persona que está muy cercano a la Medicina de alta tecnología. Quisiera comentar que desde esa perspectiva nuestra Facultad ha entrado en un proceso muy fuerte de autocrítica, los médicos que tienen un gran desarrollo tecnológico y que han salido de nuestra Facultad han manifestado en forma bastante activa que hace que su quehacer tenga algo de barrera; barrera bastante fuerte, no son bien aceptados en los Servicios de Salud, ni siquiera en el sector privado. Hay elementos que los impulsan a tener problemas bastantes fuertes en su práctica. Ha habido un proceso de revisión para ver qué elementos del curriculum están conspirando para que el médico tenga un proceso de mejor adaptación hacia un medio laboral.

Uno de los elementos que se ha discutido con fuerza, es la necesidad que tiene nuestra Facultad de extender su contacto con la realidad a través de lo sólido del Hospital, estos elementos han dado objeto a iniciativas que pueden ser muy embrionarias, pero yo creo que vale la pena comentarlas. Una de ellas aunque parezca extraño en una facultad tan tecnologizada es un programa de medicina familiar con altísima resistencia en su interior y que ha prodigado frutos bastante interesantes en el sentido de abrir un camino muy humilde de aprendizaje que ha llevado contactos específicos con Servicio de Salud, con ONG y un proceso de reflexión interna. Qué tan buena y tan profunda ha sido la discusión, eso hay que evaluarlo. Otro aspecto es extender los servicios

asistenciales de nuestra institución que son extraordinariamente centrados en el Hospital, hacia lo ambulatorio y particularmente a grupos que han estado marcados por características que inicialmente he señalado, la marginalidad, el poco acceso a políticas sociales, grupos en los cuales la equidad ha sido esquiva y grupos que han sido marcados por características biológicas o patrones sociales bastante específicos sujetos con SIDA o personas que han tenido marginación social de alguna forma. En una relación bastante humilde en el sentido de poder adquirir a través de estos grupos elementos que permitan sistematizar y ofrecer opciones de alternativas de intervención en el pregrado.

Otro elemento que es importante señalar, es la importancia de investigación en estos temas, no me refiero a investigación clínica, me refiero a la investigación centrada no en el enfermo como un objeto único, sino en la organización social, en las características que hacen que una comunidad sea distinta de otra, que enferme distinto o que no enferme, son aspectos que nuestra facultad a intentado de alguna forma abordar desde una perspectiva muy humilde encontrándose con una carencia de interlocutores que es alarmante, y por eso que quiero terminar esta primera parte de mi intervención haciendo un llamado de alguna manera a cubrir un espacio que parece que no está cubierto, que es la discusión amplia de este tipo de problema, pero desde una perspectiva no tan centrada en la reivindicación, hacer propuestas de desarrollo más centradas en solucionar más que en establecer un diagnóstico, lo que me parece que a todas luces es evidente. Quiero quedar aquí porque creo que podemos profundizar luego en el intercambio.

### 5.3 EXPERIENCIA DESDE LOS FACILITADORES INTERCULTURALES por Elsa Ancavil

**Mari mari Kom pu che müle palu tüfachi trawün mew, inche** María Elsa Ancavil piñen cerro Loncoche Metrenco, Facilitadora Intercultural niem Hospital Regional Temuco **mew**. Agradezco al Equipo del Programa Mapuche por abrir este espacio para incorporar a personas hablantes de Mapudungun en el programa de atención y de mejorar la atención a los consultantes mapuche. En nombre de los Facilitadores Interculturales me ha correspondido referirme a su rol en el Servicio de Salud que en el fondo es la interacción que puede hacer uno con el equipo occidental para el mejoramiento de la atención y facilidad de acceso de los consultantes y pacientes mapuche.

Les quiero contar a grandes rasgos como se inició esta incorporación de las personas mapuche al Servicio. La primera Oficina Amuldungun que se conoce como oficina de orientación y comunicación interculturalidad Amuldungun, se inaugura y se abre para la atención de pacientes y consultantes mapuche en el mes de Mayo del año 1993 en el Hospital Galvarino donde cumple sus funciones Don Ramón Curín Millán, mi **lamngen**. Posteriormente en el mes de Septiembre del año 1993, se abre también la oficina Amuldungun de Temuco incorporando a 2 personas mapuche hablantes elegidas por concurso, cuyos requisitos para postular en ese entonces era tener 4° medio, hablar mapudungun y español, tener conocimientos de la cultura mapuche y protocolo mapuche y español, conocimiento del funcionamiento del Hospital y/o Consultorio y tener un contacto permanente con la cultura mapuche y sus organizaciones. Así en años posteriores fueron naciendo las demás oficinas como las del Consultorio Miraflores de Temuco, Hospital Puerto

Saavedra, Hospital Lonquimay y Hospital Nueva Imperial, tomando en cuenta los lugares y comunas donde existían mayor concentración de población mapuche.

Cuando nosotros llegamos, nos asignaron una serie de funciones, propósitos y objetivos, uno de los propósitos era contribuir a mejorar la interacción y comunicación entre el consultante-paciente mapuche, la familia y el personal del equipo de salud. Los objetivos planteados fueron facilitar la orientación del paciente mapuche y su familia, dar a conocer las costumbres, creencias y prácticas de salud del pueblo mapuche entre el personal de los diferentes Servicios, adecuar la educación para la salud a las necesidades del consultante mapuche y su familia. Las funciones que nos asignaron fueron, orientar, informar y apoyar a los enfermos mapuche y su familiares que requieran atención ambulatoria y hospitalizados, coordinar estas acciones con los diferentes Servicios Clínicos y Administrativos, llevar un registro de las acciones efectuadas, y un archivo de la documentación pertinente, apoyar a los pacientes hospitalizados y a los equipos de salud en resolver casos en que lo cultural sea relevante para la recuperación de la salud, facilitar la comprensión, las indicaciones médicas y los cuidados del enfermo a la vez que hacer más fácil la interacción del enfermo con el equipo. En la práctica nos dimos cuenta que no era fácil realizar estas funciones y objetivos. Nos entregaron unos Manuales de Procedimientos de como teníamos que actuar y llevar un registro de todas las acciones por que hay que recordar también que nosotros los mapuche nunca hemos tenido algo escrito, tuvimos que acostumbrarnos a escribir las acciones que hacíamos, eso se nos hizo tal vez un poco difícil, ya que llegar a tratar con el mapuche llevando un cuaderno, un registro donde ir preguntándole y anotar, era difícil porque el mapuche empieza inmediatamente a cerrarse por qué no está acostumbrado a ser entrevistado, a anotar las respuestas o las consultas que se hacían. Así que fuimos conjuntamente con el equipo de apoyo y el equipo del Programa Mapuche tratando de manejar de acuerdo a la experiencia como podíamos realizar mejor nuestras funciones desde nuestro punto de vista.

Como el tema del panel es la formación del equipo intercultural de salud, nosotros los facilitadores diríamos que no hemos tenido una formación técnica previa para cumplir las funciones o roles de los facilitadores. En el fondo no estábamos preparados para llegar a un modelo de salud estructurado donde se dividen por jefes de Servicios, donde para llegar a hablar con la persona que se desea hay que empezar desde lo más bajo hasta llegar hasta arriba, y eso significa pérdida de tiempo, obstáculos, trabas y todo lo que se pueda expresar.

No ha habido un apoyo real de parte de los profesionales que se comprometan al apoyo de los facilitadores y avanzar en conjunto para una acción intercultural. Tampoco ha habido un apoyo o un interés de colaborarnos de las instituciones u organizaciones mapuche ya que dentro de los diferentes Servicios donde estamos, actualmente somos 8 personas distribuidas en Hospitales. Nosotros pensamos que somos muy pocas por el hecho de que son tres Hospitales grandes porque hay que reconocer que el Hospital Regional de Temuco quizás sea el más complejo de todo el país, nos sentimos muchas veces solos, aislados, ya que como les decía no ha habido el interés ni el apoyo de nuestros hermanos mapuche tal vez de organizaciones e instituciones para apoyarnos y conversar en conjunto de mejorar este programa que se está realizando.

Invito a los profesionales de salud y al mismo tiempo a mis hermanos a conversar y lograr una acción más amplia y así poder lograr una acción mejor. **Chaltu may**, gracias.

## **5.4 REFLEXIONES DESDE LA EXPERIENCIA DEL PROGRAMA DE SALUD RURAL**

**por Adriana Schalchli**

Agradezco la invitación a este encuentro, y tengo que reconocer que pese a mi experiencia de años en Rural a nivel Ministerial, es primera vez que estoy en un encuentro de este tipo. Si bien es cierto no he tenido en general un conocimiento y un enfoque específico en lo intercultural, creo que me lo ha dado los años pasados en la realidad rural. Nunca he abordado la interculturalidad como algo separado, así que pudiera ser que tal vez no está dentro del enfoque que tienen ustedes al tratar el tema. Tampoco voy a opinar mucho sobre el rol del facilitador. Conozco el desarrollo del Programa pero no tengo claro cuales han sido sus resultados. Creo que son experiencias nuevas en las que vamos a tener que caminar juntos.

Indudablemente cuando uno intenta definir una política de formación de personal tiene que reconocer en primer lugar las principales características del medio. La especificidad del medio rural reúne condiciones socioeconómicas, culturales, geográficas y sensibilidades particulares. Si a eso le agregamos lo étnico, indudablemente tenemos otro factor que nos lleva a buscar estrategias específicas y para cada lugar. Si bien el abordaje de los problemas rurales tiene que tener políticas y estrategias nacionales, cada localidad, cada Región tiene que definir sus propias estrategias de acuerdo a sus propias características.

Para no seguir ahondando en esto que ustedes han discutido bastante, creo que en la mayoría de los casos estamos todos de acuerdo, tenemos los mismos conceptos y todos queremos facilitar la accesibilidad de salud y mejorar la calidad de vida de nuestra población rural y especialmente de nuestros grupos étnicos.

Creo que es indispensable que la persona que está en directa relación con las comunidades, que es el auxiliar, esté íntimamente relacionado con este tipo de comunidades y es parte de las nuevas tendencias de trabajo con la comunidad como es la participación social. Elsa Ancavil decía que no tenía apoyo del equipo. Muchas veces resulta que las auxiliares tampoco tienen el apoyo del equipo. La solución está en que los proyectos los hagamos en conjunto, que todos nos unamos y para mí todos son facilitadores, desde el equipo profesional, el auxiliar y el personal de la comunidad que esté haciendo una labor participativa activa dentro de nuestro trabajo.

En relación a formación del personal, tengo una posición bastante clara que desempeñaba una función de Posta de primeros auxilios como se llamaba antiguamente. Eso cambió por Posta de Salud Rural para ampliar el concepto de salud en prevención y participación de la comunidad, etc. Pero este personal antiguamente preparado con los cursos tradicionales de auxiliares, se dedicaba a la atención de la morbilidad de la demanda y en muchos casos se excedía para lo que estaba preparada.

A raíz de estas observaciones se comenzó un trabajo entre los años 70 y 73 de formar personal especialmente para el medio rural y a raíz de estas experiencias posteriormente se realizó un convenio con el Instituto de Educación Rural que es un instituto de formación de campesinos sin fines de lucro y con el cual se formaron a lo largo de todo el país alrededor de 400 auxiliares, con un sistema de internado, en que prácticamente todos eran de extracción local y elegidos por

las misma comunidad. Se les nivelaba la parte escolar y se les daba la formación asistencial que necesitaban. Esta época duró hasta el año 76, 77, en que se suspendió este convenio con el IER. Los resultados fueron muy buenos porque el enfoque fue distinto, ellos fueron capacitados para un trabajo de desarrollo y motivación de la comunidad, con algunas deficiencias en la parte de salud por ser una primera experiencia.

Posteriormente, el Ministerio decidió incluir en el programa tradicional de formación de auxiliares tres unidades adicionales: saneamiento del medio, desarrollo de la comunidad e interculturalidad para aquellos que se desempeñaran en el medio rural. Desgraciadamente esto fue dirigido a los Servicios de Salud pero la mayoría continuó con la formación tradicional.

Después tuvimos una nueva experiencia entre el 92 y 93, en que en un nuevo convenio con el IER en la sede de Arauco en Lanahue, se formaron en el primer bloque 29 auxiliares y en el segundo 30, todos de extracción local y la mayoría de ellos mapuches. Estos auxiliares fueron seleccionados en las localidades por sus propias comunidades, tuvieron un régimen de internado con una formación casi de 13 meses, con práctica en las localidades originarias o sea trabajando con sus mismas comunidades y posteriormente se contrataron en su localidad. Esto ha tenido excelentes resultados, siendo una excelente experiencia, incluso el equipo de salud reconoce que son auxiliares realmente excelentes, son verdaderos intercomunicadores y motores del desarrollo de su comunidad. Ellos hacen un papel de líderes y a su vez cumplen con las funciones asistenciales.

En este momento, la política educacional de Gobierno está dando un enfoque diferente a la formación del personal, traspasando la responsabilidad de los Servicios de Salud al medio privado, tendiéndose a que el personal sea Técnico de Nivel Superior. Me produce una interrogante muy grande, de dónde vamos personal para que realmente trabaje al nivel de estas comunidades. Esta situación fue planteada en una reunión realizada el año pasado con asistencia de autoridades de alto nivel del Ministerio y la Asociación de comunas rurales de Ñuble. Los Alcaldes plantearon que ellos veían que no iban a tener personal para trabajar en rural. Gracias a esto se me pidió que definiera un proyecto y en una semana más inauguramos un nuevo curso, esta vez con apoyo del Ministerio, del Servicio Salud Ñuble y de los propios Alcaldes. Cada Alcalde mandó 4 postulantes y así partimos con un nuevo curso de 30 auxiliares. Uno de los aspectos que más se desarrolla en este curso justamente es lo que tiene que ver con la interculturalidad, comunicación y desarrollo regional, todo integrado.

Para mí que no tengo la experiencia que tienen ustedes en el tema de la interculturalidad, puede ser una muy buena experiencia de la coexistencia de ambos sistemas. Realmente es impresionante ver, cuando se reciben después de un año y tres meses, como se han transformado en líderes capacitados para trabajar con la comunidad y con sus propios líderes en combinación del personal de salud. Eso sería mi visión, puede que sea un poco parcial, pero estoy abierta después a la discusión para que veamos como lo enfocamos.

## **5.5 ROL DE LOS PROMOTORES DE SALUD** **por Rubén Montoya**

Quisiera describir brevemente el surrealismo del Estado de Amazonas como parte de un país que creo ha tenido más recursos que cualquier otro. Lo que quiero decir es que el problema de la



salud no es un problema de dinero precisamente. En el Estado de Amazona, al sur de Venezuela, habitan diferentes grupos étnicos distribuidos a lo largo de sus 180.000<sup>2</sup>, es el Estado donde se localiza la mayoría de los grupos étnicos en Venezuela. Ahora si los recursos fundamentales en cuanto a naturaleza se refiere, se localizan en una zona donde nacen la mayor parte de los ríos de un país, significa la protección obligante de la sociedad civil, política y económica a ese Estado, a ese recurso, tomando en cuenta que hay países que le llaman desarrollados que no tienen agua en este momento, la están comprando en la cuenca del Caribe en altas sumas de dinero en dólares.

Nuestro país, dado al surrealismo del caso, le ha dado la espalda al sur a partir de la realidad de la economía petrolera. Esa economía petrolera se ha desarrollado en la costa, en el centro, el sur afortunadamente no ha tenido nada que ver en cuanto al aprovechamiento. Yo no hablo de explotación sino de aprovechamiento, en el caso de la industria petrolera, y digo afortunadamente, por que donde se ha aprovechado el petróleo han desaparecido los grupos indígenas y campesinos. Me permito citar el drama de los hermanos ecuatorianos que es inenarrable, caminan sobre los pozos petroleros que principalmente los grupos norteamericanos van dejando desparramados a lo largo de los ríos donde viven las comunidades o donde vivían muchos porque en este momento han desaparecido. Tomando en cuenta ese elemento entonces no podemos olvidar que la atención ha estado centrada entonces al margen del sur de Venezuela.

En segundo lugar la llamada democracia en 38 años tuvo inicialmente proyectos claros como producto de esa euforia latinoamericana de la planificación, de la justificación de una serie de recursos propios de la obtención de grandes riquezas, en ese momento fusionados con capitales extranjeras y sobre todo con la participación masiva de mano de obra. En el caso del Estado Amazonas no estaban presentes esos proyectos por lo tanto hasta el momento en que se plantea el petróleo como gran negocio, no había ninguna presencia significativa del Estado venezolano en el ambiente amazónico. A partir de la nueva crisis petrolera, está en discusión, qué hacer con los recursos que se localizan en el Estado Amazonas, planteándose la minería como uno de los principales negocios en la toda la geografía venezolana.

Nuestra organización trabajó con 27 comunidades encontrando una situación de salud alarmante. En primer lugar, donde ha estado el Ministerio de Salud se presentan los mayores índices de desnutrición, de muerte infantil y de desesperación en torno a qué hacer con el recurso médico que han dejado esas comunidades sin ninguna respuesta ante los problemas de diarrea básicamente. Esto nos permitió plantearle a las comunidades una radiografía exacta del diagnóstico de salud del Estado y ellos escoger internamente promotores de salud. Surgieron 19 promotores a través básicamente de las autoridades naturales dado que en algunas comunidades, el maestro y el enfermero de medicina simplificada, que debería ser intercultural, se encuentra totalmente aislado de la comunidad.

El segundo elemento con que el equipo multidisciplinario se puede encontrar, para plantearnos un proyecto que tenga verdadera continuidad en el espacio y en el tiempo, es que el médico posee un conocimiento totalmente divorciado de la realidad del medio ambiente tropical húmedo, es decir, que cuando ve un paludismo, ve culebrillas o ve un picado de culebras, es el principal nervioso del grupo. Esto plantea la situación de qué hacer si realmente el Estado tiene una inversión en el lugar y no desempeña ningún papel.

Por último, con qué otros profesionales podíamos contar para enfrentar este reto y plantear alternativas por etapas a través de un proceso de planificación estratégica participativa pero comprometida desde el punto de vista multidisciplinario. Lo más difícil en el caso de Amazona es lograr profesionales que tengan permanencia en esta tarea. Venezuela es uno de los países que tiene mayor cantidad de infraestructura sanitaria y equipos médicos sin utilizar donde incluso el personal no los identifica como lo hemos vivido nosotros, entonces lo que había que hacer es adaptar el funcionamiento de la salud al medio. Así iniciamos nuestro trabajo en un lugar como Amazonas que tiene solamente 200 Km de carretera y el resto de la geografía permite sólo comunicación fluvial en barco. Entonces, los promotores elegidos, van desarrollando su trabajo por esta vía, en las 27 comunidades.

Por otra parte, la resistencia en un primer momento del chamán, ha sido lógica ante la agresión histórica por parte del blanco. En la actualidad el hecho de tomar en cuenta al chamán de una manera insistente, ha permitido alcanzar importantes logros. El enfermo y el promotor no intervienen en el problema donde el chamán es el que interviene por sí solo. La interculturalidad tiene que tener cuidado del momento íntimo, por que el chamán tiene su rezo y porque la persona que esté sufriendo el problema frente a él, no necesita testimonio y en ese sentido por que le hemos dado el espacio que se merece. De esta manera reitero que en lo que respecta a tratamientos terapéuticos del chamán en algunos casos se exige realmente una intimidad en la acción y no tenemos por qué intervenir. En segundo lugar el enfermero le ha transmitido oficialmente al Ministerio de Salud que no es necesario el suero antiofídico porque sencillamente los chamanes de la zona resuelven en todo momento cualquier accidente grave de culebra y culebrilla. Esto tiene que ver entonces con una clasificación de patologías.

Agregando un poco más al papel de los promotores, hemos logrado hacer sistemáticamente tres talleres de capacitación anual de manera obligatoria porque la capacitación es el elemento central para una propuesta Intercultural. Nos hemos propuesto además que los conocimientos no sean cerrados, no sean en aulas, sino que sea un conocimiento problematizador, un conocimiento donde el taller se pueda dar en áreas abiertas dependiendo del tema, dependiendo de la propuesta de taller, de sus contenidos. Nosotros nos desplazamos hacia las áreas de cultivos, hacia las áreas donde se considera que hay una infección permanente según el resultado de la reflexión teórica en el mismo taller. Recuerdo la metodología de Pablo Freire, en el sentido de problematizar el conocimiento abordado inmediatamente en la práctica y plantear alternativas. De esta forma hemos logrado un conjunto de medidas que se las hemos transmitido al Ministerio de Sanidad con el fin de establecer una comunicación en términos de reconocer el Ministerio y para que tenga conocimiento del trabajo que nosotros estamos haciendo en el área.

Por último, estamos haciendo un trabajo interesante con los promotores, porque se trata de diseñar una estrategia para combatir verdaderamente los males más urgentes. Nos estamos refiriendo a las patologías resultantes del contacto y los esquemas de interpretación que se han dado a esas patologías. Se han popularizado a nivel comunitario, con el fin de encontrar soluciones donde las comunidades sean protagonistas de la solución.

Además hemos logrado un intercambio con los hermanos colombianos, partiendo del hecho de que los mismos grupos del lado venezolano se encuentran con sus familiares en el lado colombiano. Hemos mapeado esta situación y logrado un intercambio y asistencia a los talleres

del área colombiana. De esta manera se ha logrado un mapa de riesgo común, porque detectamos que algunas veces hay mayor riesgo de determinadas patologías en el área colombiana, como también puede suceder en el área venezolana. Esta situación no la soluciona ningún Ministerio, la resuelven precisamente los equipos locales de salud, bajo un abordaje interdisciplinario como el que estamos planteando nosotros.

## 5.6 RESUMEN DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Las intervenciones realizadas en panel destacaron como elementos centrales de una política intercultural en salud, la formación de equipos de salud, el rol de los facilitadores interculturales y de los promotores de salud.

La moderadora señaló que “este propósito de formar recursos humanos con una perspectiva intercultural presenta dificultades que es necesario ir superando. Es necesario influir en el medio universitario de formación de profesionales de la salud para que incorporen enfoques de las ciencias sociales y específicamente temas relacionados con la relación con grupos de etnias diferentes. Procurando que el énfasis esté puesto en la salud y no en la *medicina*”.

De la misma manera, se propuso incorporar estos aspectos en programas de salud del nivel ministerial, en la formación de los equipos de salud, especialmente con auxiliares de posta rural, para que cuenten con la preparación necesaria para su trabajo con comunidades indígenas.

En el marco de un enfoque intercultural se planteó como una interrogante, de qué manera el sistema de salud recoge esta propuesta y facilita la formación de recursos médicos tradicionales. A su vez, se sugirió abrir espacios para que se incorporen mapuche como docentes universitarios.

La experiencia de promotores de salud desarrollada en varios países, en general, se ha basado en un trabajo de tipo voluntariado. Al respecto, se presentó una gran inquietud sobre la sostenibilidad de dichos procesos; especialmente, cuando se reconoce la importancia de su inserción en las comunidades.

También se destacó la formación de promotores de salud, que han surgido de la propia comunidad a partir de diagnósticos participativos de salud, como una forma de mejorar la salud de las comunidades con respeto de sus culturas.

En relación a la formación de facilitadores interculturales, se resaltó la experiencia desarrollada y se propuso: fortalecer la capacitación tanto de facilitadores como de equipos de salud y facilitar la inserción de los facilitadores en el trabajo de los establecimientos.

## CASAS EN EL AGUA

«Entre los ruidos de los bronquios estragados por la humedad y mientras hervía sus yerbas en una marmita, doña Doralisa explicó a Magdalena que había heredado sus conocimientos de un tío abuelo que trabajó en sus tiempos en la botica de los Jesuitas, en la capital. De él había aprendido los remedios antiguos, tales como el agua de capón, la sangre de macho, el aceite de alacrán y el espíritu de lombrices, pero confiaba más en los conocimientos que le había transmitido su abuela Cabramán, que a su vez los había recibido de su abuela y esta de su abuela y así, sucesivamente, hasta llegar a la primera mujer que se agachó en estas tierras y recogió matitas de poleo y por probar las puso a hervir y vio que eran buenas para el dolor de estómago. Entonces, dijo doña Doralisa, seguramente agarró unas hojitas de palqui y descubrió que sanaba las llagas y la calentura, deshacían los hierros y las piedras de la vejiga y purgaban la flema y la melancolía. Después la veterana aplicó cataplasmas, hizo beber sus pócimas y salmodió oraciones mientras Magdalena se prodigaba en secar camisetas y pañales, en abrigar pequeños que respiraban como si tuvieran los bronquios obstruidos por piedras y musgos».

(Fragmento del libro Casas en el agua, páginas 106 - 107)

**GUIDO EYTEL**

## **6. PANEL MARCO LEGAL PARA LA INTERCULTURALIDAD EN SALUD**

---

### **6.1 INTRODUCCIÓN**

El ciclo de Paneles y talleres de discusión finalizó con el tema «Marco Jurídico Legal para la Interculturalidad en Salud» y tuvo como particularidad en relación a los anteriores, la presencia de un representante del Sistema Médico Tradicional Mapuche, el **machi** Juan Huentemil de la Comunidad de Mahuidache, Quepe, Comuna de Freire, quien en su propia lengua se refirió a algunos aspectos inherentes a su práctica médica, así como a los obstáculos que pone la sociedad nacional para el desempeño y la continuidad de su rol. Más que una traducción de sus palabras, otra de los panelistas, Ana Llao, dirigente mapuche, hace respetuosamente un resumen de lo expresado por el **machi**.

En su propia presentación, Ana Llao reflexiona sobre la situación actual del pueblo mapuche, en el contexto de una sociedad que históricamente los ha discriminado, negándoles espacios de real participación. Respecto de esta situación, reconoce un pequeño avance en la promulgación de la Ley 19.253 que ha significado algún avance aún cuando presenta algunos vacíos.

Este Panel, moderado por el Sr. Bernardo Antriao asesor de CONADI, Osorno abordó una temática que apareció en forma recurrente los días anteriores, en los talleres de discusión.

Los otros dos panelistas representan al Ministerio de Salud y a un Instituto de Investigación y Difusión de la Cultura Mapuche, vinculado a la Universidad de la Frontera: Instituto de Estudios Indígenas. Ellos son en orden correlativo, el Dr. Jaime Sepulveda y el abogado José Aylwin.

Ambos panelistas dan cuenta de los vacíos legales existentes, pero de la posibilidad de encontrar algunos resquicios legales en el Código Sanitario y en algunos Acuerdos y Tratados suscritos por Chile.

### **6.2 INTERCULTURALIDAD EN SALUD: EL CONTEXTO SOCIAL VIGENTE por Jaime Sepulveda**

Una primera consideración frente al tema de la interculturalidad en salud, tiene que ver con el hecho de que el pueblo chileno tiene una deuda muy grande con los pueblos indígenas.

Yo creo que no nos hemos interiorizado de lo que significan nuestros orígenes y que esta discriminación o esta exclusión significa la incapacidad de entender, comprender y valorar nuestra nacionalidad. Ese es un primer aspecto. A su vez, es importante recuperar la historia, para que se incorpore en el marco jurídico legal, para poder llegar hoy día a presentar una propuesta de política en la salud. Es un elemento que hay que tener en cuenta y bien presente.

Para entender la historia, para entender lo que fueron y lo que son los pueblos indígenas, en primer lugar hay que asumir que tienen una cultura diferente. En segundo lugar, es necesario realizar un diagnóstico de lo que ocurre, eso ya se que ustedes lo conocen y lo saben muy bien, existe una infinidad de indicadores demográficos que reflejan lo que es la realidad indígena en

nuestro país, hay muchas comunidades indígenas que tienen sus particularidades y esto es un mundo distinto al nuestro. Otro elemento importante es ubicarse en lo que son las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas, su trabajo y su cosmovisión. Ahora entrando en el escenario de lo que es hoy día nuestro país quiero identificar algunos elementos importantes que pueden darle soporte a una propuesta de marco jurídico para la interculturalidad en salud.

En Chile existe actualmente un gobierno democrático. Hay un compromiso de desarrollo con equidad, que es otro referente y eso hay que reclamarlo, fundamentándolo desde el punto de vista ético. Cuando se habla de equidad estamos pensando en integración social y por lo tanto en una justicia social, yo creo que es una declaración de principios que hay que hacerla presente y valedera.

Por otra parte, es muy importante recoger algunas declaraciones doctrinarias que universalmente dan reconocimiento a los derechos de los pueblos, comunidades y organizaciones indígenas a desarrollar su propia cultura, reconociendo la integridad de sus territorios y protegiéndoles contra cualquier tipo de discriminación. Al respecto cabe citar el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (1989), los acuerdos establecidos en la Cumbre de la Tierra (1992), en la II Cumbre Iberoamericana de jefes de Estado y de Gobierno, la Declaración de Naciones Unidas de 1993 como el Año Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo. Particularmente en salud, la Organización Panamericana de la Salud en su XXXVII Reunión del Consejo Directivo, promueve la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas.

Estas Declaraciones han sido suscritas por nuestro país y representan un marco referencial para justificar una política sobre Salud de los Pueblos Indígenas.

En cuanto a la legislación chilena, la Ley Indígena (19.253 de 1993), constituye el hito más cercano que permite reconocer el derecho de los indígenas a mantener y desarrollar sus propias manifestaciones culturales (Título 1, párrafo 3, art. 7), contemplando entre otros aspectos, la promoción y protección del patrimonio cultural (la medicina tradicional entre ello), así como la participación de los indígenas y sus organizaciones en las materias de su interés que resuelvan los servicios de las administración del Estado (Título V, párrafo 1, art. 34).

Con esta Ley se crea la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI) como organismo dependiente del Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN) y encargado de hacer efectiva la acción del Estado en beneficio de los intereses de los pueblos indígenas.

En lo referente a salud, las disposiciones del Código Sanitario no establecen regulaciones que permitan la articulación de las medicinas tradicionales con la medicina oficial. Sin embargo, desde la Unidad de Medicina Tradicional, creada en el Ministerio de Salud en 1992, se ha venido tramitando un reglamento que busca normar el ejercicio de las prácticas médicas alternativas como profesiones auxiliares de la salud. Por otra parte, se encuentra en estudio un Convenio entre el Ministerio de Salud y la CONADI, para apoyar aspectos de salud pública en las áreas que se declaren de desarrollo indígena, entre ellos su medicina tradicional.

Con estos antecedentes, parece razonable plantearse un camino a recorrer para avanzar en la definición de un marco legal para la interculturalidad en salud, que posibilite el reconocimiento de

las medicinas indígenas y sus especialidades y la normalización de la relación entre medicina oficial y medicina indígena.

El mecanismo más ágil es concretar el Convenio que el Ministerio de Salud ha propuesto a CONADI en ésta materia. Allí se establecen criterios de interacción que promueven una mayor integración de actividades de salud en función de las necesidades de los pueblos indígenas. Se trata de formular proyectos concretos de colaboración en distintas áreas, con especial énfasis en tareas de promoción y prevención.

En resumen, existen condiciones que pueden facilitar el establecimiento de una nueva y fortalecida relación entre el conocimiento y práctica de la medicina de los pueblos indígenas, con lo que puede ofrecer a la medicina oficial a través del Ministerio de Salud. La experiencia valiosa del Servicio de Salud Araucanía y el tipo de Encuentro que estamos desarrollando, constituyen una enorme fortaleza para avanzar en la dirección que parece más correcta. Muchas gracias.

### **6.3 MARCO JURÍDICO LEGAL PARA LA INTERCULTURALIDAD EN SALUD** **por José Aylwin**

Junto con agradecer la invitación del Servicio de Salud Araucanía, quiero dejar en claro que estoy lejos de ser un conocedor de esta materia y que he aceptado participar en este evento por que estoy consciente de la importancia que este reviste, ya que como tema de fondo subyace el reconocimiento de la diversidad y de la apertura de espacios que permitan su desarrollo.

La invitación me ha dado la oportunidad de constatar la enorme carencia sobre esta materia en Chile. Existe atraso en relación a otros contextos que han asumido de un modo más abiertos esta temática, acogiendo los lineamientos y derechos que han sido reconocidos a los indígenas en el ámbito internacional en los últimos años.

En plano nacional se debe partir con una constatación básica: no existe en nuestro país un marco jurídico legal para la interculturalidad en salud y a diferencia de otros ámbitos como el de la educación, donde la Ley Indígena de 1993 abre las puertas al establecimiento de un Sistema Nacional de Educación Intercultural Bilingüe, en el ámbito de la salud no hay mención específica alguna sobre la materia.

La aseveración del Artículo N° 7 de la Ley Indígena al sostener que «el Estado reconoce el derecho de los indígenas a mantener y desarrollar sus propias manifestaciones culturales, en todo lo que no se oponga a la moral, a las buenas costumbres y al orden público», es una norma de carácter general que puede ser utilizada en términos favorables, pero que si bien permitiría argumentar en favor de una salud intercultural, no constituye suficiente base jurídica explícita para reestructurar el Sistema de Salud en Chile.

Se trata de una omisión importante para una política de reconocimiento a la diversidad, omisión que esta presente no sólo en la ley si no también en el proyecto que fue elaborado por la CEPI (Comisión Especial de Pueblos Indígenas) ya que en la demanda del movimiento indígena al parecer no constituía una prioridad al momento de debatirse.

Tampoco existe un reconocimiento explícito a los sistemas de salud de los pueblos indígenas o a la necesidad de una interculturalidad en salud en otros cuerpos legales, como aquellos sobre los cuales se estructura el Sistema de Salud y prestaciones asistenciales. Así por ejemplo, el DL. 27 63 de 1979 que reorganiza el Ministerio de Salud, que crea los actuales Servicios Salud y crea el FONASA (Fondo Nacional de Salud) no contiene norma alguna que reconozca la étnica y cultural existente en el país y que establezca la necesidad de adaptar las políticas a sus necesidades y requerimientos. Lejos de lo anterior, el marco jurídico vigente en Chile no sólo reconoce esta diversidad en el ámbito de salud, sino que la restringe al limitar sus prácticas en el Código Sanitario. Ello viene a cerrar las puertas a la práctica de toda forma de medicina que no sea aquella que resulta acreditada en las universidades, las que hasta ahora sólo han estado abiertas a un tipo de conocimiento.

En el plano internacional, a través de diferentes entidades, se ha avanzado desde hace décadas en el establecimiento de bases legales, primero para asegurar un acceso de los indígenas a los sistemas de salud, y luego, para que estos pudiesen desarrollar y gestionar sus propias formas de salud para su población.

La primera entidad en abordar esta situación fue la OIT (Organización Internacional del Trabajo), que ya en 1957, en el Convenio 107, establecía en su Artículo 20 que: «los gobiernos deben asumir la responsabilidad de poner servicios de sanidad a disposición». En 1989, luego de la reforma de este convenio, el 169 avanzaba en esta materia al enfatizar en su Artículo 25, el control por parte de los pueblos indígenas, y la participación en la elaboración de políticas. Estos convenios sin embargo, no fueron ratificados por Chile, por tanto no están vigentes.

La ONU (Organización de Naciones Unidas) por su parte, luego de la creación del grupo de trabajo sobre Poblaciones Indígenas a contar de 1982, ha ido señalando lineamientos de gran interés en esta materia, a través de diferentes documentos e instancias, ejemplo de ello son la Declaración de Santiago de 1992, producto de una conferencia sobre Desarrollo Sustentable y Pueblos Indígenas.

En 1994, surge como resultado del trabajo de la Subcomisión de Prevención de Discriminación y Protección de Minorías, el Proyecto de Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. Este Proyecto de Declaración hoy en discusión, reconoce entre otros, en el Artículo 23, «el derecho a determinar su propio desarrollo»; en el Artículo 24, el derecho a su propia medicina y prácticas de salud tradicional, y finalmente en el Artículo 29 se plantea otro tema estrechamente vinculado al anterior, que tiene relación con la protección y el control del patrimonio cultural e intelectual.

En las directrices sobre el patrimonio, el grupo de trabajo de Naciones Unidas (1994) establece en el Artículo 8, el derecho de los pueblos indígenas a ejercer el control sobre las investigaciones desarrolladas en sus territorios; en el número 26, la necesidad de contar con su consentimiento; en el número 35 lo relativo a estudios en comunidades y en el número 37 aspectos relativos a la moratoria sobre el proyecto del Genoma Humano.

En 1996, el grupo de trabajo de Naciones Unidas elabora un nuevo documento sobre Salud y Pueblos Indígenas, donde se reconoce:



- 1- Que las condiciones de salud de los pueblos indígenas, en general son peores que las del resto de la población.
- 2- Que entre los factores que explican lo anterior se encuentra el acceso limitado a los Servicios de Salud, pero además, la pérdida de tierras y recursos (entre ellos las plantas que utilizan los curanderos) y las políticas de aculturación.
- 3- Que existe una deuda de la Medicina Occidental para con la ciencia y prácticas tradicionales de curación de los pueblos indígenas. « Una cuarta parte de todos los estupefacientes proviene hoy de plantas y tres cuartas partes de ellos se han obtenido a partir de información indígena. El valor anual de las ventas de dichos medicamentos asciende a 43 mil millones.
- 4- Avances verificados en el mundo para incorporar prácticas idóneas de los pueblos indígenas, en lo referente a la salud y valoración de las experiencias desarrolladas por los propios pueblos indígenas en el ámbito local.
- 5- La necesidad de armonizar la medicina científica moderna con las prácticas curativas indígenas.

A nivel de la OPS se produce un documento sobre Salud y Pueblos Indígenas en 1993, aprobado por Resolución V de la Reunión N° 37 del Consejo Directivo, que establece:

- La necesidad de que los indígenas tomen el control sobre el curso de sus vidas, incluida la salud .
- La necesidad de articular el saber tradicional indígena con el saber y quehacer institucional de los estados.
- La necesidad de satisfacer niveles de salud básicos de los pueblos indígenas.
- La necesidad de revisar los instrumentos jurídicos y legales con el propósito de eliminar o reducir los dispositivos que prohíben o descalifican las prácticas médicas tradicionales de los indígenas.

Por su parte, la Propuesta de Declaración Americana de Derechos Indígenas de 1995 en su Artículo 12 establece:

1. Que los estados respeten la medicina y la farmacología, las prácticas y la promoción de la salud indígena, que faciliten la difusión de aquellas medicinas y prácticas en beneficio de la población en general.
2. El derecho a la protección de las plantas, animales y minerales de uso medicinal; derecho al uso de mantener, desarrollar y administrar propios Servicios de Salud así, como además, tener acceso aquellos que desarrolla el estado.

En relación a otros contextos se producen avances en Colombia, México y Canadá. En este último país se desarrolla un proceso de negociaciones de autogobierno con los pueblos indígenas

y dentro de las potestades que se negocian está la salud. Se han verificado muchos Servicios de Salud que han sido devueltos a los propios indígenas.

A modo de conclusiones, cabe resaltar que los avances verificados en el plano internacional, si bien no todos son jurídicos de fuerza obligatoria, permiten pensar en algunos consensos, entre los que se pueden mencionar los siguientes:

- Necesidad de asegurar a los pueblos indígenas acceso a la salud hasta ahora insuficiente.
- Reconocimiento del derecho a asumir el control de sus propios asuntos y a determinar su propio desarrollo, entre ellos la salud de acuerdo a sus propias culturas y prioridades.
- Valoración de la riqueza de los conocimientos médicos indígenas y su aporte a la humanidad.
- La necesidad de que esta riqueza, este patrimonio, sea protegido en su propiedad y intelectual frente a terceros que se benefician de ellos si el consentimiento Indígena. (propiedad, patentes, autorización).
- Necesidad de armonizar, compatibilizar, aprovechar elementos de las prácticas de salud de los pueblos indígenas y de la Medicina Moderna.

A nivel nacional, esto debiera llevar a una revisión de las Políticas de Salud en el ámbito de la revisión de la legislación para dar cabida a esta realidad, considerando:

- Acceso a la salud
- Derecho a asumir el control , o al menos participar .
- Derecho a la libre elección de o acceso a los Sistemas de Salud
- No esperar a la existencia del Marco Jurídico.

#### **6.4 MARCO LEGAL: SITUACIÓN ACTUAL DEL PUEBLO MAPUCHE**

por Ana Llao

Ultimamente en Chile se habla mucho de igualdad y equidad, ante lo cual yo pregunto si esto se ha dado con los pueblos indígenas. Según la Constitución chilena, la costumbre no constituye derecho y con eso a nosotros nos han amarrado las manos y la boca, nos han colocado una mordaza, pero me imagino que con este evento algo se va a avanzar, por eso los mapuche que estamos aquí, estamos en eso de ir mejorando las cosas de las que se nos ha ido privando a lo largo de la historia.

Rápidamente me quiero referir a lo que es la Ley Indígena 19.253. Muchos de los hermanos que estamos aquí fuimos protagonistas de esa ley, luchamos mucho para poder conseguirla. En esos tiempos creo que si hubo una voluntad política; Don Patricio Aylwin mostró una sensibilidad frente a la temática Indígena, el se comprometió cuando era candidato a apoyar y promulgar esta ley. En grandes congresos de comunidades, tanto comunales como regionales discutimos lo que es

la medicina tradicional indígena, la patentización de nuestra medicina tradicional, porque esa es una preocupación nuestra y de muchas otras personas: el problema de la patentización, por que es posible que se usen nuestras plantas y medicinas para otros usos.

Nosotros dentro de la estructura estatal no tenemos representantes donde se aprueban las leyes. Yo creo que la Ley 19.253 tiene grandes vacíos, pero creo que también hay que valorar algunos artículos, por ejemplo el Artículo 1, donde dice que se reconoce la existencia de los indígenas como grupo, no como pueblo y allí ya nos cortan las alas como por ejemplo, las manifestaciones étnicas y dentro de eso nuestra Medicina Tradicional. Estas son algunas cosas que deberíamos ir manejando, desgraciadamente no conocemos mucho lo que es esta ley, el mas importante de los artículos es el Artículo 24, donde se crea la CONADI (Corporación Nacional de Desarrollo Indígena), que tiene muchos defectos, pero allí ese Artículo dice que «la CONADI puede celebrar convenios no solamente con organismos públicos, si no que también con organismos privados». Como la salud en este momento se esta privatizando, también se podrían celebrar convenios con otros organismos como las municipalidades o con la mayoría de los gobiernos regionales.

En el Artículo 28 se establece que el estado no solamente reconoce, sino que también va a proteger la cultura, el idioma y la educación, y aquí no le estamos pidiendo ningún favor al Estado si no que el Estado tendría que ir respondien más aún cuando han habido convenios internacionales como el Convenio 169 que aún Chile no firma, el Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas y otros convenios que el gobierno de Chile ha reconocido, por lo tanto tendríamos que exigir esto.

Se nos dice que lo único que sabemos los pueblos indígenas es exigir, pero no nos dan espacios para plantear propuestas, por lo tanto yo creo que lo que tenemos que hacer primero, antes que nada, es resaltar nuestros antepasados y nuestra historia, no como una cosa emocional, sino como un derecho de respetar la sabiduría de los antepasados nuestros. Eso es algo que hay que reconocer y legalizar, lo otro es realizar un trabajo en conjunto con la sociedad mayor, hablando un poco del Servicio de Salud y de nuestras machi, ¿por qué tenemos que respetar nosotros únicamente a un médico que estudió 6 años en la Universidad? y los médicos nuestros, ¿cuántos años han estado aquí? Porque ser machi es algo que viene de muchísimos años atrás, nadie puede decir «yo quiero ser machi».

También es importante la participación de las comunidades, porque la comunidad tiene que ser el ente principal para ir entregando propuestas de las necesidades básicas, porque a veces los programas vienen de Santiago totalmente centralizados. Aunque están hablando de regionalización, los programas vienen de arriba y no cumplen con las necesidades que hay en el interior de comunidad. Lo otro es la preparación de monitores, tanto mapuche y no mapuche, indígenas y no indígenas, los que tienen que tener en cuenta que somos un pueblo diverso, por lo tanto hay que aprender las dos partes de la medicina tanto la tradicional indígena como la de la universidad; que ese monitor pueda ser capaz de reconocerla para poder ofrecer opción a sus pacientes.

La comunidad debe cumplir un papel protagónico, porque a veces podemos tener un programa muy lindo, pero si no participa el conjunto de la comunidad ese programa se desperdicia, se pierden los recursos. Lo otro es que el Servicio de Salud tiene que considerar la diversidad en todos los aspectos y lugares, como los hospitales, debe haber un respeto recíproco. Así como

nosotros respetamos al doctor, el doctor debe respetar al enfermo y al dueño del enfermo. Deben haber conversaciones con mucho respeto por ambos lados, porque dentro del marco jurídico a nosotros se nos dice que tenemos que respetar mucho, pero a nosotros no se nos respeta. En algunos de los artículos de la Ley 19.253 se señala que aquella persona que ofende a un Indígena tiene que pagar una sanción o multa, si fuera así yo creo que muchos funcionarios, de doctor para abajo deberían estar pagando no sé cuanto.

Finalmente, yo creo que habría que destinar mas recursos financieros para los Hospitales comunales y las Postas, porque la falta de recursos no nos hace conseguir una hora de consulta al médico y al final el paciente muere y no alcanza a llegar a la hora que le dieron, y eso yo creo que es por falta de recursos en los hospitales.

## 6.5 EXPERIENCIA DE UN MÉDICO TRADICIONAL MAPUCHE por Juan Huentemil, traducción y comentarios de Ana Llao

La verdad es que estamos hablando de interculturalidad y por esto yo no puedo llegar y empezar a traducir lo que dijo mi **Lamngen Machi**, porque así cuando un médico da una charla yo creo que no va a venir un estudiante y le va a interpretar lo que dice. Nosotros respetamos mucho a nuestras machi y nuestros **longko** de las comunidades, por eso, la cultura nuestra es muy rica y muy diversa y esa es una de las razones porque nunca vamos a endiosar a nadie, por que aquí yo estoy haciendo solamente el simple papel de **werken**, por eso voy a tratar de interpretar un poco lo que dijo el machi Juan Huentemil.

El entregó un poco la razón porque está en este evento. Dijo que el estaba invitado para entregar su opinión frente al tema de la medicina y como práctica la medicina, pero el dice que no está autorizado para participar en estos eventos.

Nuestras machi no son como nosotros, que somos un poco más liberales podríamos decir y que vamos a muchos eventos cualquier día. El dice que no esta autorizado, pero que quiso estar acá con nosotros para poder dar a conocer las dificultades que tienen nuestras *machi* para poder practicar la medicina del pueblo mapuche. El dice que necesita el apoyo de todos, pero que nunca andan solos, siempre andan con su ayudante, así como los médicos **wingka** tienen su ayudante, entonces él se siente un poco mal por que no pudo venir con la persona que le ayuda y era probable que una de estas personas pudiera dar a conocer lo que ahora esta diciendo en Mapudungun.

El dice que además de tener ayudante hace tratamientos a los enfermos y muchas veces, esos tratamientos que hacen los médicos tradicionales indígenas, son desconocidos por los médicos **wingka** de los hospitales, entonces esa es una gran dificultad con que se encuentran nuestro médicos en la comunidad y esa es una de las razones que lo incentivó para venir a denunciar esto. Lo otro que él dice es que si ellos detectan una enfermedad que no puedan curar, recomiendan al enfermo que vaya al hospital y que sean tratado por los médicos occidentales y que esto podría ser viceversa. Ojalá que cuando exista un médico de la medicina occidental que no se encuentre capaz para tratar un paciente mapuche, porque no conoce la enfermedad, pudiera reconocer esto y decirle que consulte al médico de su comunidad, al **machi**. Pero esto no sucede, y por el contrario, atemorizan a la gente diciendo que los **machi** usan medicamentos satánicos. Eso también lo he escuchado yo.

Actualmente una de sus mayores preocupaciones es la escasez de la medicina, por que ya no puede encontrar yerbas y esto se está dando por la explotación de los bosques nativos y la contaminación del agua, de los ríos y de los lagos que han afectado a los **trayenko**, que son los lugares donde están los mejores remedios. Esta es una recomendación para los no mapuche, para los wingka, porque muchas veces tiran la basura y contaminan el aire y el agua, lo que no es perjudicial solamente para las plantas, sino también para la salud, porque el agua es lo que más se consume.

Lo otro que decía el *machi* es que el como médico mapuche necesita el respeto de los médicos, porque tiene el designio de la naturaleza el poder de Dios; porque si yo digo quiero ser machi yo no puedo serlo si no tengo ese poder. Ellos tienen ese poder muchas veces desde el nacimiento, por una descendencia hereditaria, por eso no cualquiera puede ser machi. Ellos también se preparan, ellos también tienen que pagar una especie de tributo.

Los *machi* están para ayudar al pueblo mapuche o a los pueblos indígenas y si nos quieren ayudar con este Encuentro de Salud de los Pueblos Indígenas, ojalá que no hallan intereses entre medio, porque cuando él como *machi* dice **pekanka**, dice que ojalá no hallan otros intereses mezquinos, porque si todo es limpio y transparente, lo que está pasando aquí es bueno. También dice que él como machi no puede estar discutiendo aquí con papeles, por eso le da poderes a los *Longko*, o a los **werken** para que podamos nosotros discutir estos temas.

El dice que ojalá se hagan bien las cosas y que no haya tropiezos por el camino, que ellos nos pueden ayudar con la fuerza y con los poderes, pero en el fondo somos nosotros y ustedes, los dirigentes, los jóvenes, quienes están ejerciendo el trabajo de paramédicos los que tienen que desarrollar esto y que no seamos más atropellados, no como médicos mapuche solamente, si no que también los enfermos, los pacientes mapuche. Que tampoco hubieran violaciones hacia nuestros derechos mapuche, y finalmente dice que necesitamos mucho apoyo mutuo y de la sociedad occidental pero fundamentalmente, apoyo entre los dirigentes y entre los **werken** y que definitivamente hagamos las cosas bien.

## 6.6 RESUMEN DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Un aspecto esencial que se ha visto a través de las exposiciones y que tiene gran vigencia, es la necesidad de reconocimiento constitucional de los pueblos indígenas, lo que implicaría abrir muchos más canales de participación, ya que una de las necesidades hoy, es que los pueblos indígenas retomen y amplíen su participación desde las comunidades. Se señaló que “aparentemente existe un distanciamiento entre los cuadros dirigenciales indígenas y la comunidad”.

El moderador orientó la discusión hacia la participación de los diferentes sectores involucrados en el desafío de sentar las bases para una política intercultural en salud.

En relación al Estado, se señaló la necesidad de un reconocimiento constitucional de los pueblos indígenas y la implementación de políticas sociales pertinentes a la situación pluriétnica del país, con el fin de abrir más canales de participación.

A nivel de pueblos indígenas, se observó un aparente distanciamiento entre los cuadros dirigenciales y la comunidad y por tanto, se planteó la necesidad de que éstos retomen y amplíen su participación desde las comunidades.

A nivel del Sistema de Salud, y desde la perspectiva latinoamericana, Margarita Sáez, representante del Ministerio de Salud expuso las Resoluciones del Primer Encuentro Subregional Andino de Salud Indígena realizado en Enero de 1996 en Ecuador, donde participaron representantes de los Ministerios de Salud de Perú, Bolivia, Venezuela, Colombia y Chile, resaltando que, especialmente en áreas de población indígena, se garantice la cobertura adecuada y desde luego se conversen los proyectos los planes y los programas de salud con autoridades tradicionales, las organizaciones indígenas y el sector oficial, de manera que el trabajo en salud hacia los pueblos indígenas se base en el respeto, la solidaridad, la participación y la autodeterminación.

En el contexto nacional, haciendo referencia a la relación existente entre la medicina oficial y las medicinas indígenas, uno de los expositores planteó como punto de consenso entre los participantes del Panel, el reconocimiento de que la medicina oficial está en crisis, no así la medicina tradicional que sigue teniendo, coherencia, fortaleza y por tanto, mucho que aportar para resolver dicha crisis. Esto según él no es fácil, “porque la medicina oficial es una medicina homogénea y está mercantilizada, y al estar así, tiene un enorme poder y como tiene un enorme poder es capaz de desplazar a la otra medicina. Es necesario cambiar nuestra óptica desde la enfermedad y la salud, entendiendo la salud como la entienden los indígenas dentro de la integralidad: el hombre con la naturaleza, el hombre con su relación social, la espiritualidad, etc.”

Como elemento facilitador para avanzar en la generación de cambios en el área del quehacer en salud, se resaltó que “el eje de la política hoy día, es la promoción de salud, lo que constituye un buen puente, porque implica la promoción de la vida. Entonces hay que encontrar y aprovechar todo el desarrollo de las medicinas indígenas que tienen una cosmovisión distinta y que tienen una cosmovisión equilibrada, las que son capaces de reaccionar ante factores que deterioran las condiciones de salud y vida, provocando enfermedades, porque al no entender que factores enferman, es imposible prevenir sobre ellos”.

A pesar de los vacíos legales, hay quienes han buscado estrategias, un ejemplo de ello es el Programa de Salud con Población Mapuche, del Servicio de Salud Araucanía Sur, consiguiendo una riqueza de experiencia extraordinaria. El desafío es trasladar esto a nivel de *políticas*.

A ese nivel, una de las primeras necesidades, de acuerdo a lo señalado por una profesional vinculada al Proyecto Amuldungun, es el reconocimiento e incorporación del Facilitador Intercultural a la planta de trabajadores de salud de los establecimientos en los que se desempeñan actualmente como funcionarios a honorarios.

La expositora mapuche (Ana Llao) enfatizó la necesidad de participación de todos los pueblos indígenas en la definición de un marco jurídico para la implementación de una política, de una salud integrada. “Como bien decía el Dr. Sepúlveda es un problema político, es un problema de poder, es probable que a lo mejor nosotros ya pudiéramos decir, hoy día sale elaborada la propuesta política para poder desarrollar una medicina intercultural, pero ¿qué dice el gobierno?, ¿qué dicen los legisladores? Estamos de acuerdo que la Ley dentro de este tema tiene que hacer cambios,

hay que hacer modificaciones pero hay algunas personas que dicen que tiene que haber ley nueva. Tenemos como desafío la rearticulación del movimiento indígena, podemos luchar por grandes cambios, incluso por borrar definitivamente la Ley 19.253. Sin embargo, ¿está la voluntad política en este momento?. La voluntad política parece no estar. Este gobierno ha tenido menos voluntad política que el gobierno de Patricio Aylwin para resolver la problemática de los pueblos indígenas. Crean ustedes que no ha recibido a ninguna delegación grande en la Moneda, para exigir derechos y para entregar propuestas”. Finalmente, resaltó la necesidad de que esta discusión se de a nivel del Ministerio, “para que exista una política de salud, para que pudieran haber cambios y reconocimientos de la medicina tradicional, especialmente donde hay población indígena y poder practicar las dos medicinas, pero para esto tiene que haber un cambio arriba, yo creo que para este evento como mínimo debería estar el Ministro de Salud”.





## 7. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

---

### 7.1 TEMA: CONDICIONES DE VIDA Y SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Se constata que las condiciones de vida y salud de las poblaciones indígenas presentan indicadores de salud que reflejan una situación de marcada inequidad y desigualdad.

#### 7.1.2 Propuestas condiciones de vida y salud:

Es necesario que las comunidades, organizaciones e instituciones de salud seamos capaces de superar esta situación:

- Resaltando las fortalezas de la Medicina Tradicional, de la cultura y los recursos propios de la comunidad.
- Desarrollando un proceso de Reforma del Sistema de Salud bajo los principios de equidad, descentralización y participación. Esto constituye una oportunidad que permite generar una expresión propia en regiones con población indígena.
- Rediseñando las redes asistenciales y elaborando planes comunales de salud que deberían considerar la variable étnica.
- Elaborando diagnósticos participativos y adecuados a la realidad sobre las condiciones de salud de los pueblos indígenas.
- Fortaleciendo la participación de las organizaciones y comunidades indígenas en las decisiones acerca de programas de desarrollo y servicios locales promoviendo procesos de autogestión.
- Diseñando en conjunto políticas y programas de salud para las poblaciones indígenas urbanas.

### 7.2 TEMA: SALUD Y MEDIO AMBIENTE

1. El hombre construye su organización social y su ambiente y no es afectada mecánicamente por éste.
2. Existe un conocimiento que parte de una relación integral entre el hombre y su ambiente, que no siempre se considera en el contexto de la salud oficial.
3. La imposición de modelos de desarrollo exógenos, aunque impliquen pequeños cambios, tienen un fuerte componente tecnológico, que no siempre consideran la estructura social y la forma tradicional que tienen las comunidades de relacionarse con su entorno ecológico.

Por lo tanto, los cambios impactan en los ambientes naturales y sociales alterando la salud de las poblaciones.

4. El modelo de salud de los pueblos indígenas concibe al hombre en su entorno natural territorial y social; por lo tanto, desde el punto de vista indígena el proceso de sanación, requiere de la recuperación de tierras y la conservación de la naturaleza que es fuente de la vida.
5. En el mismo sentido, actualmente existe una gran contaminación del medio ambiente que afecta la salud de las personas.
6. Una especial atención requieren las investigaciones desarrolladas por agentes externos a las comunidades en relación con el Genoma humano y el germoplasma en ámbitos indígenas.

### 7.2.1 Propuestas salud y medio ambiente:

- Desarrollar líneas de protección y conservación del medio ambiente que recuperen y fortalezcan el conocimiento y recursos tradicionales respecto de la flora y fauna.
- Considerar y mantener la estructura social y la forma tradicional que tienen las comunidades de relacionarse con su entorno ecológico.
- Difundir información existente en relación con el Genoma humano y el germoplasma en ámbitos indígenas y legislar al respecto.
- Respetar el derecho a la autonomía de los pueblos originarios.

## 7.3 TEMA: INTERCULTURALIDAD EN SALUD

La Interculturalidad puede ser entendida como un *concepto, un paradigma y un desafío*.

**Como Concepto:** Significa relaciones entre culturas dinámicas. Proceso en que nadie lo sabe todo, todos aprenden. Aprovechar lo mejor de cada cultura, que exista reciprocidad, voluntad, conocimiento, valoración, entendimiento, interacción, participación, horizontalidad, respeto, y solidaridad entre culturas.

Para los pueblos indígenas la interculturalidad es un hecho vital y obligado en las condiciones actuales. Existe la demanda por ser diestros en ambas culturas.

Para los no-indígenas la interculturalidad aparece como una opción de sensibilización hacia el otro y como una oportunidad de cambio hacia una sociedad más igualitaria.

**Como Paradigma:** Significa reconocer que hay espacios de encuentro, donde se puede negociar y otros donde se mantienen las especificidades y es necesario respetar las diferencias. La Interculturalidad requiere de un cambio global; no se sustenta sólo en voluntades particulares,

sino que necesita de voluntad política. Como paradigma existen dos caminos: Uno es el fortalecimiento de las especificidades culturales y el otro es la potencialidad de convertirse en una cultura nueva, diferente de las dos anteriores.

**Como Desafío:** La Interculturalidad debería mejorar la salud de ambos pueblos, requiere que se ganen espacios desde los indígenas y también requiere ceder poder desde el sector oficial. La interculturalidad debe permitir una mirada holística (totalizadora) y humana de las personas y de su entorno.

### **Obstáculos para la interculturalidad**

- Vacíos en marco legal existente
- Ausencia de contraparte política indígena
- Paternalismo y asistencialismo del Sistema Oficial Hegemónico
- Escasa participación de la comunidad
- Formación médica y endiosamiento
- Estrategias para permanecer en Sistema Médico Occidental
- Sistema oficial rígido y centralizado
- Introducción de ideologías religiosas en comunidades indígenas
- Desconocimiento de sistemas médicos tradicionales
- Desarticulación del sistema público
- Desconfianza de los Agentes de Medicina Tradicional. Abuso de investigación sobre ellos
- Escaso conocimiento sobre la realidad actual de los indígenas urbanos
- Pérdida de saberes. Proceso de aculturación
- Globalización desconoce la diversidad
- Inestabilidad de programas innovadores. Voluntarismo político

### **Facilitadores para la Interculturalidad**

- Iniciativa SAPIA, Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas.
- Ley Indígena N° 19.253.

- Sensibilidad de algunos dirigentes indígenas.
- Desarrollo de la estrategia de APS.
- Existencia de profesionales y técnicos sensibilizados.
- Reconocimiento hacia el Sistema Médico Oficial. Son las personas las que optan.
- Experiencia del Servicio de Salud Araucanía.
- Voluntades y compromisos de personas e instituciones. Proceso iniciado.
- Disposición de los Agentes de Medicina Tradicional a ganar confianza.
- Rescate de saberes. Experiencias en desarrollo.
- Hay quienes se atreven a moverse en la incertidumbre

### **7.3.1 Propuestas para la interculturalidad:**

Las propuestas se orientan hacia diferentes ámbitos necesarios para una Política Intercultural.

#### **A nivel de los Pueblos Originarios:**

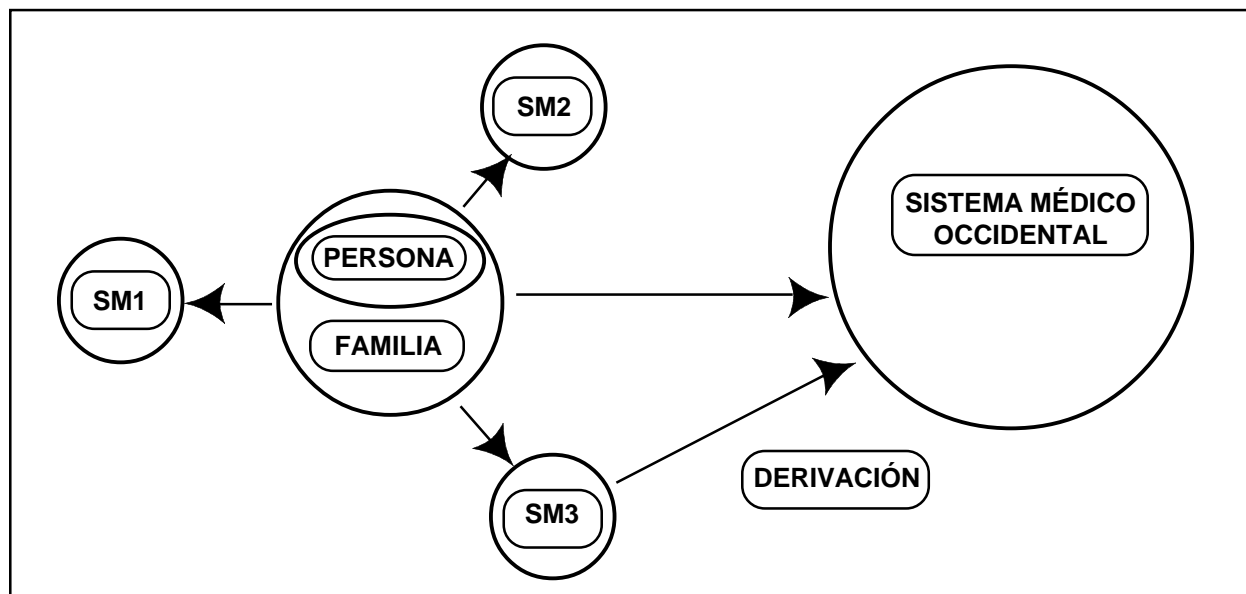
- Fortalecer el poder político de las comunidades y organizaciones indígenas.
- Realizar más encuentros y discusiones sobre Salud Intercultural en comunidades.
- Participación de la comunidad en el seguimiento, evaluación y planificación participativa de nuevas acciones.
- Organizar y coordinar en el territorio los aportes de los distintos sectores (educación, vivienda, otros).

#### **A nivel del Sistema de Salud Occidental:**

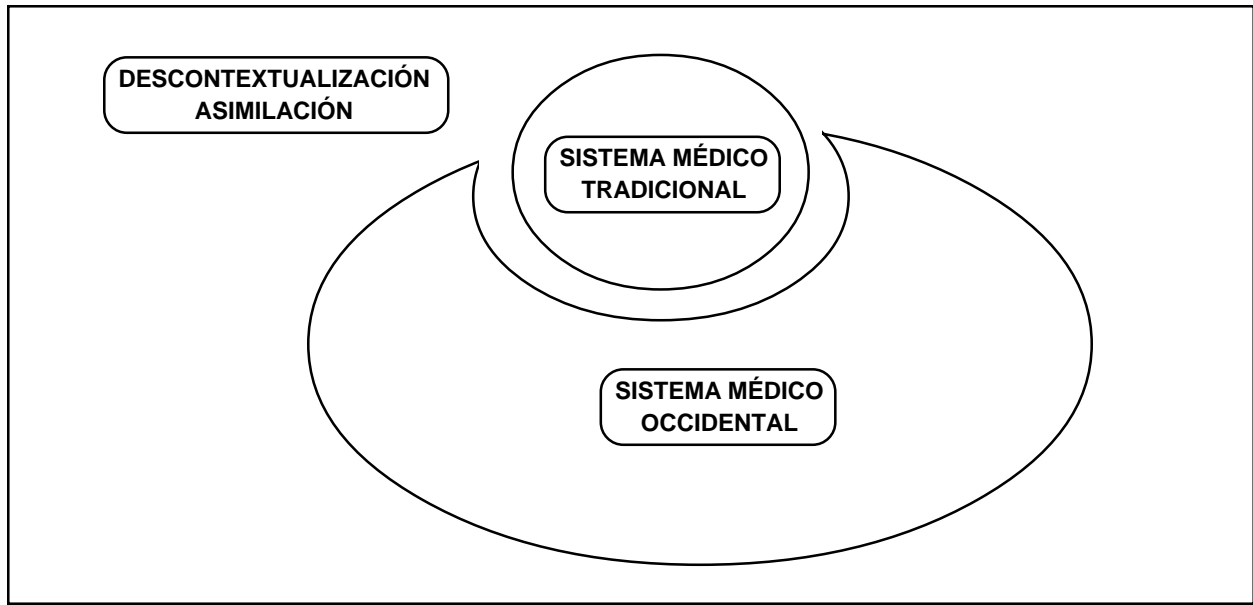
- Promover una atención humana, sin discriminación y adecuada a la realidad sociocultural.
- Fortalecer la formación y capacitación de todos los integrantes del equipo de salud que trabajen en áreas con población indígena tanto urbana como rural; crear y orientar incentivos para los equipos de salud.
- Desarrollar mecanismos de selección que aseguren el compromiso de los equipos de salud, fortalecer los roles de sus integrantes y desarrollar otros roles nuevos como el Facilitador Intercultural.

- Establecer redes de apoyo entre todos los que laboran en salud (equipos, promotores, agentes de medicina indígena, dirigentes de organizaciones locales y regionales, etc.).

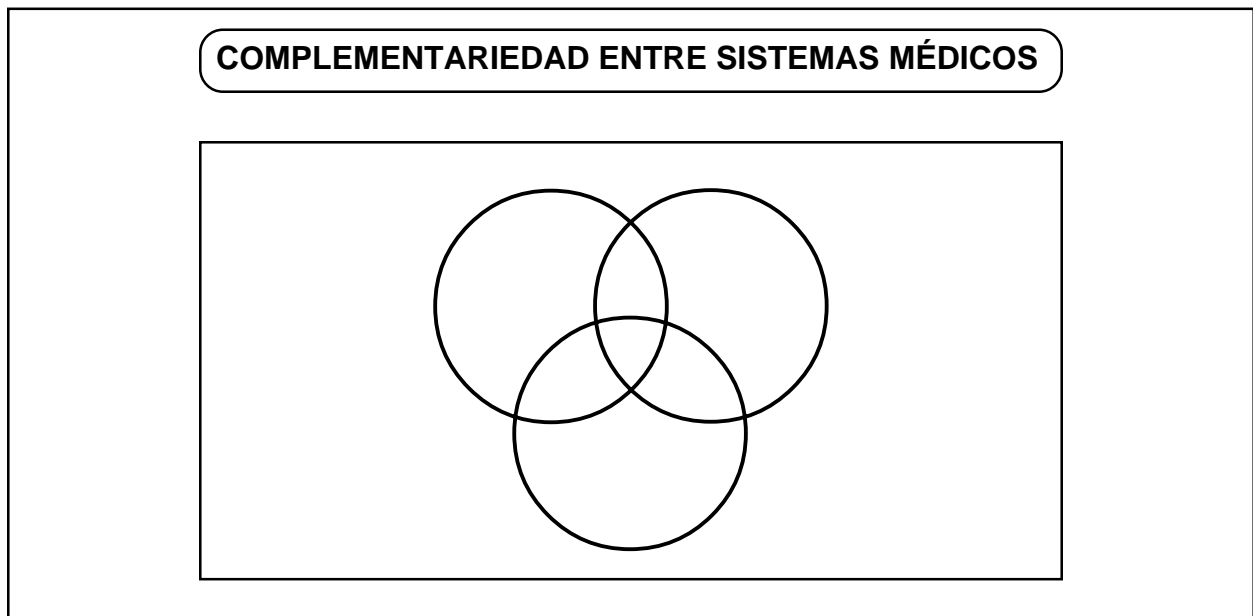
#### 7.4 TEMA: COEXISTENCIA DE SISTEMAS MÉDICOS



1. En un espacio de coexistencia de Sistemas Médicos existe complementariedad, pero también existe antagonismo, competencia, asimilación, intolerancia, descalificación y persecución, etc.
2. La complementariedad se da al nivel de las personas que, en la búsqueda de su sanación, recurre a diferentes sistemas médicos. La complementariedad no siempre está exenta de conflictos.
3. Entre Sistemas Médicos la complementariedad se da a nivel de los agentes, únicamente a través de las derivaciones que hacen los especialistas de la medicina tradicional hacia la medicina oficial.
4. La complementación entre sistemas puede constituir un PELIGRO para el Sistema Médico Tradicional, si no existe el reconocimiento y el respeto, de descontextualización y/o asimilación de éste por el sistema médico dominante, como se esquematiza en la siguiente figura:



5. En términos ideales, la complementariedad entre Sistemas Médicos en un justo equilibrio sólo se dará si existe un marco jurídico y legal que garantice un status político similar entre ellos.



### 7.4.1 Propuestas para la complementariedad entre sistemas médicos:

Estrategias para la complementación a nivel de sistemas médicos:

- Un primer enfoque, propone partir desde lo local y tomar en cuenta las necesidades de la comunidad para diseñar estrategias conjuntas. Algunos ejemplos corresponden a lo que se conoce como “Abordaje Conjunto” planteado por W. Arrué, o el “**We Kimün**” o *Conocimiento Nuevo* desarrollado por el equipo del Programa de Salud con Población Mapuche del Servicio de Salud Araucanía y las experiencias con promotores de salud mapuche elegidos por la comunidad.
- Un segundo enfoque, aunque expresado en forma minoritaria, propone combinar prácticas de medicina oficial y tradicional; por ejemplo, incluir al agente de medicina tradicional en las visitas clínicas que el médico oficial realiza al interior de los centros de salud.
- Una tercera estrategia apunta a mejorar la calidad de la atención con enfoque intercultural. Por ejemplo, permitir la complementariedad de las prácticas y tratamientos, adecuar el espacio en las hospitalizaciones respetando las creencias y tradiciones, mejorar la comunicación incorporando espacios interculturales como la experiencia de Amuldungun desarrollada en Araucanía.

## 7.5 TEMA: FORMACIÓN DEL RECURSO HUMANO

Esta área fue considerada un pilar fundamental en la propuesta de una política intercultural en salud y las proposiciones de los grupos se centraron en:

1. La necesidad de incorporar de manera sistemática la temática intercultural y el trabajo comunitario en:
  - La formación de los profesionales de la salud en las universidades e instituciones de enseñanza superior; fomentando además la sistematización de todas las experiencias existentes y la formación extramuros.
  - La capacitación de los profesionales y técnicos al interior del sistema de salud, en todos los niveles.
  - La incorporación de un enfoque intercultural en el Programa de Salud Rural del Ministerio de Salud.
2. La necesidad de fomentar y profundizar la capacitación técnica a los Facilitadores Interculturales con el fin de desarrollar nuevas habilidades y potenciar una mejor inserción en el sistema de salud.

## 7.6 TEMA: MARCO LEGAL PARA LA INTERCULTURALIDAD

En relación con este tema se resaltaron dos ideas importantes. La primera, es que el marco legal y jurídico es condición necesaria para el desarrollo de una propuesta de política intercultural. La segunda idea se relaciona con que el marco legal es el resultado de procesos sociales y por lo tanto refuerza lo ganado desde un movimiento de participación social.

En esta línea de pensamiento se consideraron dos premisas:

1. Respeto a los tiempos y particularidades de cada región.
2. Reconocer la pluralidad cultural y diversidad étnica existente en el país.

### 7.6.1 Propuestas marco legal:

- El aprovechamiento del marco legal existente, principalmente la Ley Indígena N° 19.253 de 1993 y el Código Sanitario decreto con fuerza de Ley N° 725 de 1968.
- Crear pequeños espacios de legitimación del trabajo intercultural al interior del sistema de salud por ejemplo a través de las oficinas **Amuldungun**, y otras iniciativas.
- Definir los contenidos de una política intercultural en salud desde las organizaciones indígenas en un proceso que debe ser regional.
- Establecer acuerdos CONADI - Servicios de Salud para desarrollar encuentros locales que permitan una discusión intercultural desde las comunidades.
- Compartir esta propuesta generada desde el mundo no indígena con instancias no indígenas y proponer que las organizaciones demanden del Estado respaldo a conclusiones de estos encuentros, concretamente a entidades generadas por el Estado para esta temática: Comisión Salud CONADI-Ministerio de Salud y otras. Estas entidades debieran fortalecer procesos y acciones que se están desarrollando.
- Establecer alianzas con otros sectores sociales.
- Establecer negociaciones con el Estado para revisar, adecuar y eventualmente cambiar la Ley Indígena N° 19.253 en aspectos territoriales que no están suficientemente desarrollados como autogestión, poder local, salud, etc.
- Fomentar la legitimación desde el punto de vista de procesos sociales al interior de las comunidades, instituciones y el Estado.
- Solicitar la ratificación de Convenios Internacionales, como la Resolución 169 de la Organización Internacional del Trabajo.
- Solicitar la ratificación por el Ministerio de Salud de Resolución del Encuentro Sub-regional Andino de Salud de los Pueblos Indígenas (Ecuador, 1996).
- Propiciar la modificación del Código Sanitario.



## PALABRAS DE FACILITADORES INTERCULTURALES

*Wati suma gatugasphana aka Comisión Organizadora del Primer Encuentro Nacional de Salud Pueblos Indígenas, Luratea ataa 4 y 8 de noviembre de 1996. Phaxi Puerto Saavedra Marka.*

*Ancha naya suma chuymo churta akajach'a Red, ma walli uthasñataki naya markaninsa ukato jiwacax munata Luraña a taqi xaaqi aymara marka.*

*Luraña churaña kipinian quilaña uta nokaru ukhuma Kallawayas Kut'intniw ukhuma yatirinaka mituphaniw quwri.*

**ELSA FLORES HUANCA**  
**TERRITORIO AYMARA**

Quiero agradecer a la Comisión Organizadora del Primer Encuentro Nacional de Salud Pueblos Indígenas, realizado entre el 4 y 8 de noviembre de 1996, en la localidad de Puerto Saavedra.

Ojalá yo haya podido contribuir a esta Gran Red para mejorar las relaciones interculturales entre sistema de salud y la población aymará de nuestra Región, del que asumimos un compromiso de trabajar y seguir sensibilizando a la sociedad regional sobre la existencia de la Cultura Aymara que sigue vigente.

Debemos seguir fortaleciendo a nuestras Organizaciones a elaborar nuevas propuestas de salud y nuestros **KALLAWAYAS** vuelvan a tener vigencia y así como nuestros Yatires, no trabajen en la clandestinidad sino dentro de la legalidad y así tener otra alternativa de salud más humana y más barata.

**YUSJAGARPA, JILATANAKA**

**CARMEN ALARCÓN**  
**DIRIGENTE AYMARA**

*Tüfachi Futra Trawun, tripalu Noviembre Kuyen mew. Chew ñi Pu Mapuche ka pu wingka nütramkawllin, chumgechi ñi trawafel ka falilñeafel, mapuche ni kimün; Tüfachi lawen dungu mew.*

*Kom feychi dungu tripalu feychi antü wirikonkli feyta chilka mew.*

*Welu ruf, falilñele ti dungu fey kümeay, re wirikonklele, fey falilay.*

En este Primer Encuentro de Salud Intercultural, cabe destacar la importancia que tiene, ya que se dio un paso importante que no se puede despreciar, muy por el contrario, éste debe ser motivo para seguir trabajando en conjunto y en la medida que se avance, es necesario dar curso a los acuerdos y conclusiones, de tal forma que se hagan realidad, no sólo queden escritos en documentos.

Nuestra disposición es seguir conversando para poder llegar a hacer una verdadera “Salud Intercultural” y de esta forma contribuir al mejoramiento de la salud de nuestro pueblo.

***FACILITADORES INTERCULTURALES MAPUCHE  
REGIÓN DE LA ARAUCANÍA***

**ANEXO 1: PROGRAMA PRIMER ENCUENTRO DE SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS**  
**WALLMAPU CHE TRAPUMAY NI LAWEN**

---

**Lunes 4 de noviembre 1996**

*Mañana:*

- **Inscripción y ubicación de los participantes**
- **Ngillatun y Misawun**

*Tarde:*

- **Ceremonia inaugural**  
Sr. Orlando Ulloa, Alcalde de Saavedra  
Sr. Mauricio Huenchulaf, Director CONADI  
Sra. Yolanda Nahuelcheo, Comisión Monitoría Indígena OPS  
Dr. Claudio Farah, Director Servicio Salud Araucanía  
Dr. Cleofe Molina, Jefe División de Apoyo a la Gestión, Ministerio de Salud
- **Introducción**  
Palabras Comisión Organizadora  
Sra. Margarita Sáez, Depto. Atención Integrada, Ministerio de Salud  
Srta. Doraliza Millalen, «Amuldungun» Hospital Imperial  
Dr. Jaime Ibacache Burgos, Depto. Acción Integral en Salud, S.S.A.
- **Saludos de los representantes de pueblos indígenas**
- **Panel: Condiciones de salud y vida de los pueblos indígenas**  
Sr. Víctor Toledo Llancaqueo, GPS  
Sra. Sandra Berna, Alcaldesa de Atacama  
Sra. Carmen Alarcón, Representante Aymara  
Sr. Domingo Rain, Representante Mapuche  
Dr. David Gutiérrez Tanabe, Director Hospital Isla de Pascua  
Sra. Julia Aguirre, Matrona Servicio Salud Iquique  
Sra. Yolanda Nahuelcheo, Monitoría Indígena  
Moderadores: Sra. Elvira Cariqueo, Consultorio Miraflores  
Sr. Víctor Toledo Llancaqueo, GPS Consultores

**Martes 5 de noviembre 1996**

*Mañana:*

- **Panel: Salud y medio ambiente**  
Sr. Pablo Regalsky, CENDA, Cochabamba, Bolivia

Sr. Alfredo Meliñir, dirigente comunidad Quinquén  
Sr. Manuel Muñoz Millalonco, Asesor Consejo Caciques Huilliches, Chonchi  
Dr. Omar Vejar Cid, Hospital de Castro, Chiloé  
Moderador: Sr. Rubén Montoya, Venezuela

- **Panel: Interculturalidad en salud**

Sra. Malva Pedrero, Antropóloga, Corporación Norte Grande, Arica  
Sra. Ana María Oyarce, Antropóloga, Facultad Medicina, UFRO  
Sra. Molly Garrido, representante Aymara  
Moderador: Sr. Eliseo Cañulef, Instituto de Estudios Indígenas, UFRO

*Tarde:*

- **Trabajo de grupos. Síntesis del día**
  
- **Actividades artísticas**

### **Miércoles 6 de noviembre 1996**

*Mañana:*

- **Panel: Coexistencia de sistemas médicos**

Dr. Willie Arrué, Hospital San Martín de los Andes, Provincia de Nuequén, Argentina  
Sra. Ivonne Jelves, Antropóloga Instituto Estudios Indígenas, UFRO  
Sra. Isabel Alanoca, Facilitadora Intercultural, Arica  
Moderador: Dr. Julio Arce, Universidad Nacional del Comahue, Argentina

· **Trabajo de grupos**

*Tarde:*

- **Panel: Formación del equipo de salud intercultural**

Dr. Gonzalo Valdivia, Depto. Salud Pública Universidad Católica de Chile  
Sra. Maria Elsa Ancavil, Facilitadora Intercultural, Hospital Temuco  
Sra. Adriana Schalchli, Encargada Salud Rural, Ministerio de Salud  
Sr. Rubén Montoya, Grupo Amazonía, Venezuela  
Moderador: Sra. Margarita Sáez, Encargada Programa Salud de los Pueblos Indígenas, Ministerio de Salud

- **Síntesis del día**

- **Actividades Artísticas**

### **Jueves 7 de noviembre 1996**

*Mañana:*

- **Panel: Marco jurídico legal para la interculturalidad**

Sr. Juan Huentemil, Machi de la Comunidad Mahuidache  
Sr. José Aylwin, Abogado del Instituto de Estudios Indígenas, UFRO  
Dr. Jaime Sepúlveda, Jefe Depto. Programas de las Personas, Ministerio de Salud  
Sra. Ana Llao, Coordinadora de Mujeres Mapuche  
Moderador: Sr. Bernardo Antriao, CONADI, Osorno

- **Plenaria**

*Tarde:*

- **Conociendo el Lafkenmapu (participantes)**  
**Conclusiones y propuestas (comisión organizadora)**
- **Actividades artísticas**

**Viércoles 8 de noviembre 1996**

- **Rogativa**
- **Entrega de conclusiones. Plenaria**
- **Cierre del encuentro. Despedida de los participantes y organizadores**  
*Ngillatun y Misawun*



## ANEXO 2: LISTA DE PARTICIPANTES

NOMBRE	PROFESIÓN	PERTENENCIA
AGUILAR ZUÑIGA ORLANDO	Asistente Social	Depto. Salud Municipal Saavedra
AGUILERA AGUILA NELSON	Antropólogo	CONADI Punta Arenas
AGUIRRE MONTOYA JULIA	Matrona	DAP Servicio Salud Iquique
AICHELE BARRIA IRMA	Asistente Social	Servicio Salud Araucanía, Temuco
ALANOCA ARAYA ISABEL	Auxiliar Paramédico	Hospital Arica
ALARCON ALARCON NORMA	Auxiliar Paramédico	Posta Puerto Domínguez
ALARCON MUÑOZ ANA MARIA	Enfermera	Facultad de Medicina, UFRO
ALARCON RODRIGUEZ CARMEN	Asistente Biblioteca	Universidad Tarapacá, Arica
ALCAMAN MENA MARIA	Nutricionista	Hospital Victoria
ALCHAO ANTINAO LUIS	Agricultor	Comunidad Rulo, Imperial
ALCHAO INOSTROZA OLGA	Dueña de casa	Comunidad Rulo, Imperial
ALIAGA ROSSEL FELIX	Médico	Servicio Salud Araucanía, Temuco
ALONQUEO BOUDON PAULA	Psicóloga	Universidad de la Frontera, Temuco
AYLWYN OYARZUN JOSE	Abogado	Inst. de Estudios Indígenas, UFRO
ANCAVIL MARIA ELSA	Facilit. Intercultural	Hospital Temuco
AÑÑIR CAMPOS JENNY	Promotora de Salud	Maquehue, Padre Las Casas
ANTILEF MALIQUEO LIDIA	Facilit. Intercultural	Hospital Temuco
ANTRIAO CALISTO BERNARDO	Asistente Social	CONADI Osorno
AQUEVEQUE MARIA TERESA	Asistente Social	SERPLAC
ARAVENA FERNANDEZ RINA	Nutricionista	Hospital Imperial
ARCE CASTAÑEDA JULIO	Médico	U. Nacional del Comahue, Neuquén
ARGAIN ALFREDO	Est. Antropología	Inspección Gral de Justicia, B. Aires
ARIAS CARRILLO RAIMUNDO	Auxiliar Paramédico	Posta Guñimo. Freire
ARRIAGADA MONS MONICA	Médico	Hospital Temuco
ARRUE WILLIE	Médico	Hosp. San Martín de los Andes, Arg.
ASTETE GARRIDO TERESA	Enfermera	Servicio.Salud .Araucanía, Temuco
AVENDAÑO CURAQUEO ELISA	Trabajo Social	Sociedad Mapuche Neuquén
BAEZA CEBALLOS FIDEL	Enfermero	Consultorio Miraflores
BARRIA VARGAS JOSE	Enfermero y Matrón	Servicio Salud Aysén
BECERRA VASQUEZ JORGE	Inspector Sanitario	Servicio Salud Araucanía
BELTRAN RIVEROS HILDA	Psicóloga	Servicio Salud Araucanía
BEROIZ GUIÑEZ NANCY	Secretaria	Hospital Saavedra
BERNA MARTINEZ SANDRA	Alcaldesa	San Pedro de Atacama
BLANCO VALER CARMEN	Educadora	Sociedad Lonkolkilapan
BLATTER LILIAN	Secretaria	Servicio Salud Araucanía, Temuco
BOGUEN QUEZADA CARLOS	Contador Auditor	Servicio Salud Araucanía
BRAGADO ORELLANA VILMA	Antropóloga	INDECAP, Concepción
BUNSTER VASQUEZ NELSON	Dentista	Hospital Saavedra
CACERES SALINAS LUIS	Biólogo	CONADI, Temuco
CAITRUZ GUIÑEZ JUSTO	Agente Sanitario	Rucachoroy. Aluminé Argentina
CALFUQUEO INGLES PONCIANO	Técnico Paramédico	Posta Collimallin. Temuco
CASTRO VENEGAS MARIO	Trabajador de Campo	Servicio Salud Araucanía, Temuco

CANCINO FUENTES YOLANDA	Matrona	Hospital Saavedra
CAÑULEF MARTINEZ ELISEO	Investigador Indígena	Instit. Estudios Indígenas.UFRO
CANIULLAN S. JUAN	Promotor de Salud	Comunidad Carehue. Imperial
CANIUMAN JULIO	Profesor	CONADI Cañete
CANIUMIL CANIUMIL MARIO	Promotor de Salud	Comunida Boyeco. Temuco
CARIFUTA HUANQUILLA VICTOR	Auxiliar Paramédico	Posta Perquiñan. Saavedra
CARIQUEO HUILCAN ELVIRA	Facilit. Intercultural	Consultorio Miraflores
CARVAJAL KERSANOVA NILO	Médico	Servicio Salud Iquique
CATRIL COÑA JAIME	Técnico Paramédico	Posta Puerto Domínguez
CAYUPIL MILLAHUAL LUIS	Auxiliar Paramédico	Posta Romopulli. Saavedra
CAYUPIL NECULPAN PEDRO	Auxiliar Paramédico	Posta Ranco. Saavedra
CERDA SCHUSTER ANGELINE	Asistente Social	Hospital Temuco
COLIPI PILQUIMAN ANA	Secretaria	Depto. Salud Municipal. Tirua
COLPIANTE ACUM LUIS	Administrador	Asociación Indígena Weyoi Osorno
CONCHA GAJARDO EDUARDO	Dentista	Hospital saavedra
CONEJEROS OPAZO MARIA RUTH	Profesora	Neuquén Argentina
CONEJEROS R. ANA	Enfermera	CET, Temuco
CURIHUMENTRO LUCINDA	Agrónoma	Coord. de Instituciones Mapuches.
CURIHUMENTRO MARIA ISABEL	Educadora Popular	Corporación Mapuche Aukiño Domu
CURIN MILLAN RAMON	Auxiliar. Paramédico.	Hospital Galvarino
CURIVIL PAILLAVIL MARILUZ	Nutricionista	Osorno
DURAN SALGADO MIRTA	Estud. Antropología	Universidad Católica temuco
EHRENFELD MOLINA MONICA	Educad. para la Salud	Servicio de Salud Bio-Bio
ELLADO PAILLACAN GABRIELA	Promotora de Salud	Sector Maquehue
ESPEJO ESPEJO GIOCONDA	Enfermera	Hospital Saavedra
ESPOINOZA ELBIA	Agente Sanitaria	Zapala. Argentina
FERNANDEZ SAAVEDRA VICTOR	Auxiliar Paramédico	Posta Quifo. Saavedra
FERRADA ASTORGA LUIS	Asistente Social	Hospital Saavedra
FIGUEROA FUENTES CHRISTIAN	Médico	Hospital Saavedra
FLORES PEREZ ROSA	Auxiliar Paramédico	Posta N° 3 Saavedra
GALLEGOS VIDAL ADRIANA	Socióloga	Temuco
GARRIDOREYES MOLLY	Veterinaria Tradicional	Iquique
GONZALEZ VALERIO	Médico	Servicio Salud Araucanía, Temuco
GUEVARA MARGARITA	Tecnóloga Médico	Servicio Salud Araucanía, Temuco
GONZALEZ M. ANGELICA	Enfermera	Servicio Salud Araucanía, Temuco
GONZALEZ FERRADA JUAN	Insp. de Saneamiento	Servicio Salud Araucanía, Temuco
GUEVARA ANA	Estudiante	Universidad Austral, Valdivia
GUTIERREZ VICTOR MANUEL	Auxiliar Paramédico	Posta Romopulli, Saavedra
GUTIERREZ TANABE DAVID	Medico Cirujano	Hospital Isla de Pascua
HINRICHSEN VILLENA JORGE	Inspector Sanitario	S.S.Araucanía Sur, Temuco
HINRICHSEN CHRISTIAN	Téc. Saneam. Ambient.	Servicio Salud Araucanía, Temuco
HUAQUILAF QUINTRILEU LUCIA	Asistente Social	CONADI, Temuco
HUAQUILLAN MELIN JUAN	Componedor	Pedregoso, Lonquimay
HUAQUIMIL MULATO LUIS	Agricultor	Rulo, Imperial
HUARACAN ANTIL AUDOLINA	Facilit. Intercultural	Hospital Saavedra
HUARACAN MARILEO JUAN	Auxiliar Paramédico	Posta Piedra Alta, Saavedra



HUECHUQUEO PAILLALEF JUAN	Auxiliar Paramédico	Posta Deume, Saavedra
HUENCHUNAO JOSE	Agricultor	Tirúa, Arauco
HUENTEMIL HUENUPI JANETH	Facilit. Intercultural	Consultorio Miraflores, Temuco
LAGOS FRITZ ELBA	Auxiliar Paramédico	Consultorio Freire
LANGDON H. CLAUDIA	Asistente Social	Coleg. Asistentes Soc. Temuco
LEIVA SANDRA	Enfermera	Consultorio Villa Alegre, Temuco
LEVI CASTILLO JOSE LUIS	Dirigente Mapuche	Choin Folliche, Padre Las Casas
LEVINAO MELIQUEO ROSA	Técnico Agrícola	Coord. de Instituciones Mapuche
LIENQUEO MILLAQUEO SONIA	Promotora Salud	Pichihue, Imperial
LEFIQUEO CODA JOSE	Técnico Paramédico	Posta la Cabaña, Carahue
LLAO LLAO ANA	Dirigente Social	Coordi. de Mujeres Mapuche, Temuco
LOPEZ PAZOS ALEJANDRA	Médico Veterinario	Temuco
MADRID FLORES SANDRA	Médico	Enfoque de Equidad, MINSAL
MANQUILEF ESPINOZA FRESIA	Profesora	CONADI, Temuco
MARCUS ADRIANA	Médico General	Zapala, Argentina
MARILEO LEFIO EDUARDO	Técnico Paramédico	Posta Labranza, Temuco
MARTY MANESSES JOSE	Ingeniero Agrónomo	Servicio PAIS, Saavedra
MAZA MENA CARMEN	Matrona	Cons. Freire
MEDINA REYES RUTH	Enfermera	Servicio Salud Araucanía, Temuco
MELIN HUIQUIMIL ELENA	Promotora de Salud	Cudecahuen, Imperial
MELIÑIR PINAZ ALFREDO	Facilit. Intercultural	Hospital Lonquimay
MELIÑIR YEVILAO ALFREDO	Agricultor	Quinquén Lonquimay
MELO TORRES IGNACIO	Técnico Paramédico	Posta Quintrilpe, Vilcún
MENDEZ RUIZ LUIS	Asistente Social	Hospital Lonquimay
MENDOZA ARAVENA GLORIA	Asistente Social	Policlínico Metodista
MEZA GONZALEZ EDUARDO	Aux. Paramédico	Posta Quelhue, Pucón
MILLABUR ADOLFO	Alcalde	Tirúa
MILLALEN RAPIMAN DORALIZA	Facilit. Intercultural	Hospital Nueva Imperial
MILLANAO JUANA	Promotora de Salud	Maquehue, Temuco
MILLAO C. LORENZO	Auxiliar Paramédico	Hospital Saavedra
MUÑOZ SANCHEZ M. GRACIELA	Psicóloga	MINSAL, Santiago
MUÑOZ ULLOA SARA	Asistente Social	SEREMI Salud, Temuco
NAHUEL ALCHAO VENANCIO	Técnico Paramédico	Posta Coicoi, Carahue
NAHUELCHERO YOLANDA	Asistente Social	Policlínico Metodista, Temuco
NAHUELCURA COILLA EUSEBIO	Técnico Paramédico	Posta Truftruf, Temuco
NAHUELHUAL ALIAN JUAN	Auxiliar Paramédico	Depto. Salud Municipal, Saavedra
ÑANCO NEMESIO	Agricultor	Cerro Loncoche, Padre Las Casas
ÑANCO MATAMALA JOSE	Facilit. Intercultural	Servicio Salud Araucanía, Temuco
ÑANCO MATAMALA FRESIA	Dueña de Casa	Cerro Loncoche
ÑANCULEF HUIQUINAO JUAN	Contador	CONADI, Temuco
NEIRA ROZAS JAIME	Médico	Servicio Salud Araucanía, Temuco
NEIRA ROZAS JORGE	Antropólogo	Servicio Salud Araucanía, Temuco
NEIRA VIANELLO M. TERESA	Psiquiatra	Servicio Salud Araucanía Sur
NIEMETZ ALICIA MIRIAM	Médico	Hospital Zapala, Argentina
NUÑEZ GUTIERREZ DANIEL	Psicólogo	Depto. Salud Municipal, Saavedra
OCHOA HERRERA MARIO	Médico	Depto. Salud Municipal, Renaico

OJEDA SAHADY CLAUDIA	Enfermera	Hospital Saavedra
OYARCE PISANI ANA MARIA	Antropóloga	Univervidad de la Frontera, Temuco
PADILLA RUBIO CLAUDIA	Profesora	MINSAL, Santiago
PALMA GUZMAN EMA	Asistente Social	Hospital Temuco
PAREDES JARA PATRICIA	Psicóloga	Hospital Ancud, Chiloé
PARRAT MADELEINE THÉRÈSE	Enfermera	Cipolletti, Argentina
PASCHE CRETON IVETTE	Matrona	Servicio Salud Araucanía, Temuco
PEDRERO SANHUEZA MALVA	Antropóloga	Corporación Norte Grande, Arica
PEREZ RODRIGUEZ EDUARDO	Sociól. y Antropólogo	CONADI, Arica
PEZOA BERTONI SERGIO	Antropólogo	MINSAL, Santiago
PRADO SALAZAR ANA MARIA	Téc. Sanea. Ambiental	Servicio Salud Araucanía, Temuco
PINTO GARRIDO LUIS	Auxiliar Paramédico	Pichares, Pucón
PINTO GIMPEL IVAN	Médico	Temuco
POBLETE CID JOSE	Auxiliar Paramédico	Posta Cheuquén, Saavedra
POBLETE SEGU MARIA	Antropóloga	Universidad Austral, Valdivia
PORCILE NAVERRETE VIVIANA	Enfermera	Hopital Antofagasta
PUCUNA ALBERTO	Médico	Chimborazo, Ecuador
PULGAR ILLANES LEONOR	Auxiliar de Servicio	Hospital Imperial
PULIDO SANCHEZ YOLANDA	Auxiliar Paramédico	Hospital Imperial
QUEZADA SANDOVAL LUZ	Contadora	Hospital Saavedra
QUILAQUEO BUSTOS ELIANA	Profesora	Coordinadora de Mujeres Mapuche
QUINCHAVIL ORLANDO	Auxiliar Paramédico	Posta Yenehue, Teodoro Schmidt
QUINTANA JUAN CARLOS	Auxiliar Servicio	Servicio Salud Araucanía, Temuco
RAIN ANGUITA DOMINGO	Agricultor	Malalhue, Teodoro Schmidt
RAIO JOSE ROBERTO	Auxiliar Paramédico	Posta Calof, Saavedra
RAMIREZ MARCELO	Comerciante	Puerto Saavedra
RANGUILEO ISOLINA	Agente Sanitario	San Martín de los Andes, Argentina
REGALSKY PABLO	Antropólogo	CENDA, Cochabamba, Bolivia
REYES OCARES LILIANA	Nutricionista	Depto. Salud Municipal, Galvarino
RIFFO PAOLA	Asistente Social	Depto. Salud Municipal, Freire
RIVERA FLORES BLANCA	Antropóloga	Universidad de Concepción
ROVENA OYARZO YISLEN	Matrona	Clínica Temuco
RUIZ MUÑOZ EMILIA	Asistente Social	Cañete
RUIZ VILLEGAS EMILIA	Asistente Social	Centro de Salud Mental, Imperial
SAEZ SALGADO MARGARITA	Antropóloga	MINSAL, Santiago
SALAS RIVAS PAOLA	Matrona	Puerto Saavedra
SALAS TORRES ADELINA	Enfermera	Iquique
SALAZAR MARCELO	Estudiante Medicina	Universidad de la Frontera, Temuco
SANCHEZ CASTILLO CRISTIAN	Estudiante Medicina	Universidad de la Frontera, Temuco
SANCHEZ ZUBICUETA SERGIO	Médico	S.S. Arica
SANGUESA GUSTAVO	Médico	Zapala, Argentina
SANHUEZA GONZALEZ ANA	Secretaria	Hospital Imperial
SANHUEZA HERREROS EUGENIO	Estudiante Medicina	UFRO Temuco
SANHUEZA HERNANDEZLIGIA	Matrona	Servicio Salud Araucanía, Temuco
SCHALCHLI V. ADRIANA	Enfermera	MINSAL, Santiago
SHORWER MESSENGER GOVINDA	Odontólogo	Servicio Salud Araucanía, Temuco

SCHULTZ IBAÑEZ ERWIN	Médico Cirujano	Hospital Saavedra
SEGURA SALAZAR MARIA NOEMI	Matrona	Servicio Salud Araucanía, Temuco
SEPULVEDA GONZALEZ MARIA	Asistente Social	Temuco
SEPULVEDA ÑANCULEO LIDIA	Auxiliar de Servicio	Hospital Imperial
SEPULVEDA SALINAS JAIME	Médico	MINSAL, Santiago
SILVA ROJAS JORGE	Estadístico	Director Regional FONASA, Temuco
TAPPER BRITT	Enfermera Voluntaria	Policlínico Metodista
TRANAMIL LARENAS LORENZO	Auxiliar Paramédico	Posta Alto Bio-Bio
ULLOA GARCIA JAIME	Médico	DSM Tirúa
ULLOA PILGRIN RICARDO	Técnico Saneamiento	S.S.Araucanía Sur, Temuco
VALDIVIA CABRERA GONZALO	Médico	Universidad Católica de Chile, Santiago
VALDIVIELSO C. MARIA	Socióloga	Servicio Salud Metropolitano Norte
VALENZUELA MARGARITA	Matrona	Servicio Salud Osorno
VALENZUELA SCHAW HECTOR	Médico	Hospital Saavedra
VALLEJOS RIVAS ESAUL	Auxiliar de Servicio	Hospital Imperial
VEJAR CID OMAR	Médico	Hospital Castro
VIDAL HERRERA ALDO	Antropólogo	Universidad Católica, Temuco
VIDAL CHAVEZ JEANNETTE	Matrona	Hospital Saavedra
VILLAGRAN GODOY NANCY	Educadora de Párvulos	Of. Municipal de la Infancia, Saavedra
VILLARROEL EDITH	Enfermera	DAIS, Puerto Montt
WEBSTER EDUARDO	Médico	OMS, Suiza, Ginebra
ZAPATA MONDACA URSULA	Téc. Univers. en Administración	Servicio Salud Araucanía, Temuco
ZUAREZ SEPULVEDA PABLO	Estudiante Medicina	UFRO, Temuco



**COMISIÓN ORGANIZADORA**

Aichele Barría, Irma	Nahuelcheo Saldaña , Yolanda
Aliaga Rossel, Félix	Neira Rozas, Jaime
Astete Garrido, Teresa	Neira Rozas, Jorge
Castro Venegas, Mario	Ñanco Matamala, José
Hinrichsen Torres, Christian	Oyarce Pisani, Ana María
Huentemil Huenupi , Janeth	Prado Salazar, Ana María
Ibacache Burgos, Jaime	Quilaqueo Bustos, Eliana
Jelves Mella, Ivonne	Sáez Salgado, Margarita
Jelves Mella, Verónica	Segura Salazar, Noemí
Möller Reyes, Federico	Zapata Mondaca, Ursula

**COMITÉ CIENTÍFICO:**

Aliaga Rossel Felix, Servicio de Salud Araucanía  
Ibacache Burgos Jaime, Servicio de Salud Araucanía  
Jelves Mella Ivonne, Instituto de Estudios Indígenas. UFRO  
Nahuelcheo Saldaña Yolanda, Monitoría Indígena  
Neira Rozas Jaime, Servicio de Salud Araucanía  
Oyarce Pisani Ana María, Universidad de la Frontera  
Pezoa Bertoni Sergio, Ministerio de Salud  
Sáez Salgado Margarita, Ministerio de Salud  
Pedreros Sanhueza Malva, Corporación Norte Grande. Arica

**EQUIPO DE APOYO SECRETARÍA**

Blatter Silva Lilian, Servicio Salud Araucanía, Temuco  
Beroiz Guinez Nancy, Hospital Saavedra  
Jara Leal Gladys Verónica, Servicio Salud Araucanía, Temuco  
Poblete Castro Mónica, Hospital Saavedra  
Zapata Mondaca Úrsula, Servicio Salud Araucanía, Temuco

**EQUIPO DE APOYO MOVILIZACIÓN**

Aedo Concha Nelson, S.S. Araucanía, Temuco  
Baeza Campos Sergio, S.S.Araucanía, Temuco  
Montecinos Parada Erwin, S.S.Araucanía, Temuco  
Muñoz Aravena Gabriel, S.S.Araucanía, Temuco

Venegas Suazo Rigoberto, S.S.Araucanía, Temuco  
Wigand Valdés René, S.S.Araucanía, Temuco

**AUXILIAR DE SERVICIO DE APOYO**

Quintana Pinto Juan Carlos, S.S. Araucanía, Temuco

## ANEXO 4: PARTICIPANTES EN GRUPOS DE TRABAJO

---

### PRIMER ENCUENTRO NACIONAL DE SALUD Y PUEBLOS INDIGENAS HACIA UNA POLITICA INTERCULTURAL EN SALUD Puerto Saavedra 4-8 Noviembre de 1996

#### **GRUPO Nº 1**

MOLLY GARRIDO  
ISABEL ALANOCA  
JULIA AGUIRRE  
CARMEN ALARCON  
SERGIO SANCHEZ

PABLO REGALSKY  
ADELINA SALAS  
SANDRA BERNA  
NILO CARVAJAL

MALVA PEDREROS  
EDUARDO PEREZ  
ADRIANA MARCUS  
NICOLAS MORALES

#### **GRUPO Nº 2**

CLAUDIA PADILLA  
CARLOS TORREJON  
JUAN HUAIQUILLAN  
SERGIO PEZOA

JOSE MARTY  
MARCELO SALAZAR  
FIDEL BAEZA  
LUIS MENDEZ

XIMENA MONTECINOS  
MARIA S. VALVIDIELSO  
DAVID GUTIERREZ  
DORTHE KRISTERSEN

#### **GRUPO Nº 3**

ANA COLIPI  
EDWARD WEBSTER  
JAIME ULLOA  
JOSE POBLETE  
LILIAN DAZA

BLANCA RIVERA  
JORGE SILVA  
ADOLFO MILLABUR  
JAIME NEIRA  
JOSE HUENCHUNAO

ALFREDO ARGAIN  
MONICA EHRENFELD  
PAOLA RIFFO  
MARGARITA VALENZUELA

#### **GRUPO Nº 4**

YISLEN ROVENA  
IVONNE JELVES  
JUSTO CAITRUZ  
RAIMUNDO ARIAS

LUIS CAYUPIL  
LUCIA HUAIQUILAF  
IGNACIO MELO  
ALICIA NIEMETZ

VENANCIO NAHUEL  
VIVIANA DELGADO  
LILIANA REYES

#### **GRUPO Nº 5**

AUDOLINA HUARACAN  
JAIME CATRIL COÑA  
WILLIE ARRUE  
EDUARDO MARILEO

ELBIA ESPINOZA  
LIDIA ANTILEF  
CRISTIAN SANCHEZ  
FELIX ALIAGA

JANETH HUENTEMIL  
LUIS PINTO  
RAMON CURIN  
HECTOR VALENZUELA

**GRUPO Nº 6**

ORLANDO QUINCHAVIL  
ELVIRA CARIQUEO  
EDUARDO MEZA  
SANDRA LEIVA

PAOLA SALAS  
LORENZO MILLAO  
YENNY ANIÑIR  
MARIO CANIUMIL

THÉRÈSSE MADELAINE PARRAT  
ELIANA QUILAQUEO  
LORENZO TRANAMIL  
ANGELINE CERDA

**GRUPO Nº 7**

DOMINGO RAIN  
YOLANDA NAHUELCHERO  
JUANA MILLANAO  
CRISTIAN FIGUEROA

DORALIZA MILLALEN  
MARIA ANCAVIL  
RUBEN MONTOYA  
VICTOR FERNANDEZ

DOMINGO MONTUPIL  
MARCO OCHOA  
ANA GUEVARA  
SONIA LIENQUEO

**GRUPO Nº 8**

EDITH VILLARROEL  
NELSON AGUILERA  
ALBERTO PUCUNA  
PATRICIA PAREDES  
NANCY VILLAGRAN

JOSE LEFIQUEO  
BERNARDO ANTRIAO  
ANA LLAO LLAO  
MANUEL MUÑOZ  
CARMEN MAZA

MARIA POBLETE  
JOSE BARRIA  
OMAR VEJAR  
ANITA OYARCE

**GRUPO Nº 9**

DANIEL NUÑEZ  
GUSTAVO SANGÜESA  
ALFREDO MELIÑIR P.  
MARIA GABRIELA ELLADO  
JORGE BECERRA

LUIS FERRADA  
EUGENIO SANHUEZA  
CRISTINA TORRES  
MARIO CASTRO

EDUARDO CONCHA  
SOFIA HUENUPIL  
ANA CONEJEROS  
LUZ QUEZADA

**GRUPO Nº 10**

EUSEBIO NAHUELCURA  
CARMEN INOSTROZA  
PONCIANO CALFUQUEO  
EMA PALMA  
ELISA AVENDAÑO

ANA TORRES AGUILAR  
ISOLINA RANGUILEO  
JUAN CANIULLAN  
MARGARITA SAEZ  
CLAUDIA OJEDA

ELENA MELIN  
ELBA LAGOS  
ALFREDO MELIÑIR  
EMILIA RUIZ