

16

Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El Caso de los Manuche de

Dr. Jaime Ibacache Burgos, Médico Director Técnico del Hospital Makewe-Pelale
Sr. Francisco Chureo, Presidente de la Asociación Indígena para la Salud Makewe-Pelale

Sr. Dra. Sara McFall, Antropóloga y Asesora a la Asociación Indígena para la Salud Makewe-Pelale

Sr. José Quidel Lincoleo, Profesor Universidad Católica de Temuko, Logko de la comunidad Ütügento de Xuf Xuf, Colaborador Docente Hospital Makewe-Pelale

Noviembre de 2001
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, 2001

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.



Hospital Makewe-Pelale



Asociación Indígena para la Salud Makewe-Pelale

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	1
PRESENTACIÓN	3
METODOLOGÍA DE TRABAJO.....	5
1. CHILE Y EL SECTOR MAKEWE-PELALE	7
2. COSMOVISIÓN MAPUCHE Y ETIOLOGÍA MAPUCHE DE LA SALUD	15
3. RUME KAGENMEW TA AZ MAPU	27
4. MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD INTEGRAL EN MAKEWE-PELALE.....	41
5. COMPLEMENTARIEDAD EN SALUD ¿ES POSIBLE?	47
BIBLIOGRAFÍA ESTUDIO DE CASO MAKEWE	
ANEXO A: MAPAS	
ANEXO B: CONSEJOS BILINGÜES PARA VIVIR MEJOR	
ANEXO C EJEMPLOS DE APLICACIÓN DEL MODELO INTEGRAL DE SALUD EN HOSPITAL MAKEWE-PELALE	
ANEXO D: CURSO SALUD Y PENSAMIENTO MAPUCHE	71
ANEXO E: TÉRMINOS DE REFERENCIA.....	75
ANEXO F PRONUNCIACIÓN Y GLOSARIO.....	79
.....	55

AGRADECIMIENTOS

Srta. Brígida Aninao y familia
Sr. Francisco Ancavil
Srta. Vanesa Castillo Huichapan
Sr. Mario Castro V.
Sr. Ricardo Celis
Sra. Rosa Curiqueo y familia
Sra. Janet Dolder
Sr. Juan Epuleo y familia
Dr. Carlos González
Sra. Ema Hueche
Sr. Juan Huentemil y familia
Sra. Irma Huichapan
Sra. Ana María Huina
Sr. Juan Ladino
Sra. Lucinda Lincoñir y familia
Sr. Alberto Mena
Sra. Eloisa Millañir
Dr. Jaime Neira Rozas
Sra. Ana María Oyarce
Srta. Joan Paluzzi
Sra. Margarita Saez
Dr. Miguel Angel Solar
Srta. Margarita Trangol

Y a todo el personal del Hospital Makewe-Pelale, a la Asociación Indígena para la Salud Makewe-Pelale, y al grupo de sabios "*Nielukuyfikekimün*".

También queremos agradecer a nuestros antepasados, a las fuerzas que rigen el universo y a las divinidades de todos los espacios del waj mapu (lit. tierra, forma de expresar un espacio determinado en el universo).

PRESENTACIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el marco de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas¹, está promoviendo un proceso que contribuirá al mejor conocimiento de los factores condicionantes y estrategias comunitarias que influyen en el mantenimiento y restauración de la salud de la población indígena de las Américas. Esto se hace en cumplimiento del numeral 2, inciso D de la Resolución CD37.R5² que recomienda “instar a los Gobiernos Miembros a que promuevan la transformación de los sistemas de salud y apoyen el desarrollo de modelos alternativos de atención de la población indígena, dentro de la estrategia de los sistemas locales de salud, incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre su calidad y seguridad” y de los enunciados de la Resolución CD40.R6³ que, entre otros puntos, resuelve “exhortar a los Estados Miembros que han iniciado el proceso de reforma del sector sanitario a ser persistentes en los esfuerzos para detectar, vigilar y eliminar las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos de los grupos vulnerables, en especial de los pueblos indígenas”.

La serie Salud de los Pueblos Indígenas se ve enriquecida con los estudios de caso que en esta ocasión se presentan como publicaciones individuales. Su utilidad es obvia pues nos obliga a afinar nuestros instrumentos de análisis al tener que confrontar la teoría y perspectiva generales con las condiciones particulares de un pueblo indígena y, más aún de una comunidad o grupo de comunidades.

Los estudios se realizaron según el proyecto “Marcos de Referencia para la Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud”, que se formuló en 1999 respondiendo a las recomendaciones de los participantes en el Grupo de Trabajo OPS/OMS sobre Medicinas y Terapias Tradicionales, Complementarias y Alternativas, realizado en Washington, D.C, EUA, del 15 al 16 de noviembre de 1999. Los estudios se tuvieron que ajustar a términos de referencia comunes para obtener resultados comparables.

Estos estudios se hicieron con el pueblo Nahuat Pipil en El Salvador; con el pueblo Mapuche en Chile; con el pueblo Maya en Guatemala; con el pueblo Garífuna en Honduras; con el pueblo Ngöbe-Buglé en Panamá y con el pueblo Quechua en el Perú.

En el anexo E se describen los términos de referencia enviados a las representaciones de la OPS/OMS para ser entregados a los investigadores responsables de la elaboración de los estudios de caso. La información que se presenta en los documentos preparados, responde a los procesos

¹ Las recomendaciones del I Taller Hemisférico sobre Pueblos Indígenas y Salud llevado a cabo en Winnipeg, Canadá en 1993, se agruparon en una propuesta que dio lugar a la Iniciativa de Salud de Pueblos Indígenas cuyos principios son el abordaje integral de la salud, el derecho de los pueblos indígenas a la autodeterminación, el derecho a la participación sistemática, el respeto y la revitalización de las culturas indígenas, y la reciprocidad en las relaciones.

² La Resolución CD37.R5 aprobada el 28 de septiembre de 1993 por los Gobiernos Miembros de la OPS representa el compromiso político de los mismos y de la Organización para priorizar la atención integral de los pueblos indígenas de la Región.

³ La Resolución CD37.R5 fue ratificada por medio de la Resolución CD40.R6 aprobada el 25 de septiembre de 1997 por los Gobiernos Miembros de la OPS.

seguidos en cada país, a la disponibilidad de documentación y datos, y al criterio profesional de los autores.

La muestra de las comunidades estudiadas es representativa ya que los estudios analizan situaciones tanto de Mesoamérica como del sur del continente. Tanto los pueblos descendientes de las antiguas y centralizadas sociedades incaicas, mayas o aztecas, como otros pueblos menos estudiados y más localizados como los Ngöbe-Buglé y los Garífunas se encuentran en la muestra que se presenta en estas publicaciones.

Particularmente interesantes son los pueblos garífunas. Ellos representan el importante componente de origen africano que contribuyó a la base sobre la cual se edificaría la identidad étnica de las Américas y el carácter multilingüe, multiétnico y multicultural de la población de la Región.

Aunque los procesos son diferentes, se observa en los estudios de caso una cosmovisión común que fundamentalmente entiende la salud como el equilibrio entre las fuerzas naturales y las espirituales entre los individuos y las comunidades. La enfermedad, en esta concepción, es una alteración de dicho equilibrio. Sin embargo, como los pueblos no se sienten aislados, junto a las enfermedades de etiología de filiación cultural, están aquellos desequilibrios producidos por las causas que son entendidas desde los paradigmas convencionales como son las carencias, los microorganismos, los procesos orgánicos y los factores relacionados con las sociedades envolventes. En la restauración de los equilibrios perdidos, buena parte de los estudios, precisamente, apunta a poner de relieve la complementariedad necesaria entre las perspectivas, conocimientos y estrategias de los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud convencional.

METODOLOGÍA DE TRABAJO

Este trabajo se trata de un estudio de caso sobre una experiencia de complementariedad en salud en un territorio mapuche de la provincia de Cautín en la IX Región de la Araucanía, Chile. Este estudio considera la complementariedad en el territorio de Makewe-Pelale además de lo que sucede dentro del recinto del Hospital Makewe-Pelale, (ver mapas, anexo A).

La metodología utilizada en este estudio sigue el modelo mapuche del *wewpin*, el cual significa el intercambio formal de discursos y opiniones de todos los actores. Esto se expresa en la forma como los capítulos han sido desarrollados, principalmente en el Capítulo III sobre la epidemiología donde las variables y las determinantes de salud se presentan desde una perspectiva intercultural.

Con este propósito, el equipo realizó trabajo en terreno, utilizando entrevistas tanto formales como informales, observación participativa y otros métodos cualitativos. En cada una de estas metodologías, se usó el *mapuchezugun* (la lengua mapuche, el habla mapuche) como elemento central en el trabajo comunitario. Se incluyen entrevistas con todos los actores: personal del hospital, especialistas terapeutas mapuche, personas de las comunidades y de las instituciones oficiales de salud.

También se analizan datos a partir de registros estadísticos existentes en el sistema de salud regional y local, así como en otros sectores del desarrollo y se registran y analizan casos clínicos que puedan mostrar comparativamente las limitaciones y éxitos tanto del modelo biomédico occidental como del modelo integral multicultural mapuche.

Así mismo, se revisan libros, artículos y documentos existentes y relacionados con cultura mapuche, antropología médica, salud indígena y el movimiento político indígena actual.

En este trabajo la comunidad mapuche y sus líderes participaron desde el diseño de la propuesta hasta la preparación del documento. Especial participación tuvo el grupo de sabios de la comunidad ("*Nielukuyfikekimün*") que asesoró al equipo de trabajo.

Los especialistas de medicina mapuche participaron como asesores al igual que autoridades tradicionales mapuche.

La metodología de trabajo incluyó también visitas del equipo a las comunidades respetando su cultura y su epistemología.

El documento final se estructura en base a capítulos donde se rescatan las voces y opiniones de todos los actores. Para las palabras en *mapuchezugun* (la lengua mapuche, el habla mapuche) se utiliza el grafemario de la Universidad Católica de Temuco, el mismo que fue aceptado por los integrantes mapuches del equipo de trabajo. Se incluye un glosario, (ver anexo F).

1. CHILE Y EL SECTOR MAKEWE-PELALE

Francisco Chureo Zuñiga

1.1 INTRODUCCIÓN

Chile, con una población total de casi 15 millones, es un país multiétnico con ocho pueblos originarios reconocidos por ley.

La Ley Indígena 19.253 reconoce y valora la existencia de los Aymará, *Rapa Nui*, *Atacameño*, *Quechua* y *Koya* que viven en el norte del país y de los *Kaweshkar* y *Yamana* de los canales australes. El pueblo originario más grande reconocido por la Ley Indígena es el pueblo mapuche con una población de más de un millón de personas.

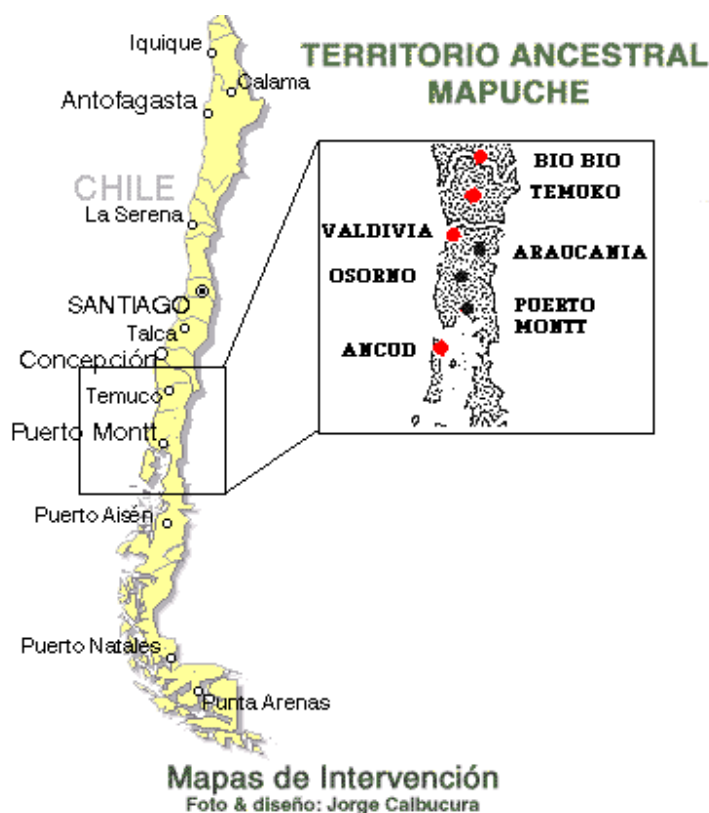
“El Estado valora su existencia por ser parte esencial de las raíces de la nación chilena, así como su integridad y desarrollo, de acuerdo a sus costumbres y valores.” (Ley Indígena 9.253 Establece normas sobre protección, fomento y desarrollo de los indígenas)

No obstante, hay otros pueblos originarios que viven dentro del país que no están reconocidos por la ley, en total existen alrededor de 13 pueblos. Además, a pesar de la Ley Indígena de 1993, los pueblos originarios no están reconocidos según la Constitución, y Chile todavía no ha ratificado la Convención 169 de la OIT (Organización Internacional de Trabajo).

Según el censo de 1992, hay un total de 928.060 personas mapuches mayores de 14 años que representa el 9,6% de la población total de Chile. Aunque los mapuches se definen como agricultores y ganaderos, casi 80% de ellos ahora habitan las ciudades chilenas.

El territorio tradicional del pueblo mapuche se extendía de La Serena al norte de Santiago hasta la isla de Chiloé en el sur y entre el Pacífico y el Atlántico, llegando hasta Buenos Aires en Argentina. Los mapuches vivían independientes, resistiendo incursiones de los incas, españoles y luego los chilenos y argentinos hasta fines del siglo XIX. Después de campañas militares en ambos lados de la Cordillera de los Andes, los mapuches fueron derrotados y en el caso de Chile reducidos a vivir en 5% del territorio que antes les pertenecía.

Hoy día, producto del arrinconamiento y la reducción territorial, muchos mapuches han migrado desde el campo a la ciudad. Actualmente la mitad de la población se encuentra viviendo en Santiago, la capital de Chile. La otra mitad vive al sur del río Bío-Bío en su territorio ancestral o en las ciudades del sur que corresponden a las regiones VIII, IX y X de Chile.



El sector de Makewe-Pelale, con una superficie de 200 km², se ubica en la IX Región de la Araucanía del centro sur de Chile, en las comunas de Padre las Casas y Freire. Los límites del sector son, la carretera 5 Sur por el este, los ríos Cautín por el norte, Quepe por el sur y la unión de dos ríos por el oeste, un lugar llamado Rañintulenu. Aunque Chile está dividido en 13 regiones, en provincias y comunas, el gran territorio mapuche, que se extiende desde el río Bío-Bío en el norte hasta la isla de Chiloé en el sur, consiste en varias identidades territoriales que no coinciden con las demarcaciones estatales. El sector de Makewe pertenece al territorio *wenteche* en el valle central (territorio con una lógica propia socio-cultural y espiritual), (ver mapa).

La territorialidad mapuche se conceptualiza como las ondas concéntricas cuando se lanza una piedra en el agua; desde la unidad de la familia a la comunidad, hasta la aglomeración de comunidades que conforman el *rewe* [término complejo que según el contexto posee significados diferentes, se puede entregar dos antecedentes: 1) un madero tallado con facciones humanas y peldaños que todas las *machis* (persona que se dedica a la medicina mapuche, consejera social, cultural, espiritual) poseen en frente de sus viviendas y 2) se dice de los elementos que simbolizan la unidad de un grupo determinado y/o la organización socio-política religiosa]. La congregación ritual que celebra la ceremonia más importante en términos culturales y espirituales es el *gijatun* (ceremonia socio-religiosa mapuche que se desarrolla en épocas de primavera e inicio del verano, -germinación- que tiene la connotación de pedir o rogar por los tiempos venideros). El *rewe* se conecta a través de lazos de intercambio y matrimonio con otros *rewe* para crear la estructura territorial denominada el *ayllarewe*. El territorio *wenteche* está conformado por grandes sectores o

ayjarewe (lit. nueve *rewe*, organización socio-política, religiosa, territorial mapuche) como Makewe-Pelale, Xuf Xuf, Koyawe entre otros.

Makewe-Pelale consiste de 80 comunidades mapuches con una población de alrededor de 10.000 personas, 90% de las cuales pertenecen al pueblo mapuche. Desde hace siglos Makewe ha tenido fuertes lazos con el sector vecino del otro lado del río Quepe, Pelale, con una población de 6.500 personas aproximadamente, por lo que la Asociación Indígena por la Salud lleva el nombre Makewe-Pelale.⁴

Los habitantes del sector son, mayormente, pequeños agricultores con un promedio de solo 1,5 hectárea per cápita. Ellos se dedican a la siembra de trigo, la chacra, las hortalizas y si tienen suficiente espacio crían animales. Desde hace algunos años, muchos de los habitantes del sector cultivan lupino para exportación a Europa.

Las comunidades de Makewe-Pelale tienen una larga historia de relación con instituciones ajenas, a través de la presencia en el sector por más de cien años de la Misión Anglicana.

Las comunidades entregaron un total de 285 hectáreas a la Misión para la fundación de una escuela, una iglesia y un dispensario de salud. El recinto actual del hospital fue fundado en 1926, perteneciente en aquel entonces a la Sociedad Misionera Sudamericana, dependiente de la Iglesia Anglicana. Desde sus inicios el Hospital Makewe-Pelale fue financiado por misioneros extranjeros, quienes eran los principales agentes en el aprovisionamiento de los recursos físicos y humanos, para hacerse cargo de la “atención occidental profesional” de la salud.

Cabe destacar la influencia de la Misión Anglicana en las comunidades. Por ejemplo, el profesor de la escuela llegaba a tener más autoridad que el *logko* (dirigente "tradicional"); en la escuela enseñaban español y menospreciaban el *mapuchezugun* (idioma mapuche); en el hospital y la iglesia desvalorizaban, y muchas veces satanizaban a la figura más importante en la salud y espiritualidad mapuche, la *machi* (persona que se dedica a la medicina mapuche, consejera social, cultural, espiritual).

Actualmente, el sector cuenta solamente con dos *logko* (lit. cabeza, líder sociopolítico y en gran parte del territorio también religioso del pueblo mapuche), ambos colaboran en la Asociación Indígena para la Salud Makewe-Pelale.

No obstante, a pesar de la presencia e influencia de la Misión Anglicana, las *machis* todavía juegan un rol fundamental en el fortalecimiento de la identidad cultural y espiritual; y por consiguiente en la salud de la población del sector.

1.2 SERVICIOS DE SALUD EN EL TERRITORIO MAKEWE-PELALE⁵

La red de servicios de salud está conformada por una estructura "occidental" compuesta por:

- Ocho estaciones médicas rurales donde acude un equipo de salud una vez al mes para la atención de la morbilidad y programa de salud materno-infantil

⁴ Ver Censo Población, INE, 1992.

⁵ Ver Chureo, 1999.

- Dos postas de salud, donde vive permanentemente un auxiliar paramédico quien desarrolla programas de prevención en salud y atención de morbilidad básica. A este centro de salud acude también un equipo de salud de las municipalidades de Freire y de Padre las Casas con una periodicidad de una vez al mes.
- Un hospital (el Hospital Makewe-Pelale) con una complejidad tipo cuatro desde el punto de vista del ministerio de salud, pero que según los que allí laboran también tiene otras complejidades que no son tomadas en cuenta por la norma ministerial actual, como por ejemplo: normas de derivación de enfermos entre especialistas mapuche y el equipo de salud; modelos de trabajo con familias y escuelas; participación permanente de la comunidad en la gestión y atención de salud, (ver anexo C)

En este hospital trabajan 30 personas de las cuales un 50% son de origen mapuche.

El recurso humano se estructura de la siguiente manera:

- 1 médico director técnico
- 1 director administrativo
- 1 médico tratante
- 1 dentista
- 3 profesionales de matronería
- 1 kinesióloga
- 6 auxiliares paramédicos
- 4 auxiliares de servicio,
- 3 secretarias
- 3 manipuladores de alimentos
- 3 choferes
- 1 ayudante dental

Este hospital cuenta con 35 camas de hospitalización y un policlínico externo. El Hospital Makewe-Pelale que desde marzo de 1999 está bajo la administración de la propia comunidad, desarrolla actualmente una política de salud que complementa las diferentes redes existentes en el territorio.

La población potencial que atiende el hospital se estima en aproximadamente 20.000 personas las que deben caminar hasta 14 km. para llegar al hospital. Algunas personas se movilizan en carretas (carretón tirado por caballo o bueyes), en bus, bicicletas, o automóviles particulares.

Desde el punto de vista mapuche existe una gran riqueza de recursos humanos en lo que se refiere a salud. En Makewe-Pelale existen por lo menos 11 *machis*, seis de ellas mantienen un vínculo con el hospital a través de la referencia y contrarreferencia de enfermos, mediante la participación en ceremonias tradicionales desarrolladas por el hospital y también como docentes en el curso "Salud y Pensamiento Mapuche" dictado por la Asociación. Además, el hospital se coordina con dos *gütamchefe* (personas que tratan problemas de huesos y articulaciones) y con varios quebradores de empacho y *bawehtuchefe* (personas que sanan con yerbas medicinales).

También existe en la mayoría de las familias un conocimiento importante en medicina casera, donde se complementan yerbas medicinales con medicamentos básicos y existen criterios de derivación a la medicina occidental o a la medicina mapuche.

1.3 HISTORIA DEL HOSPITAL MAKEWE-PELALE

El hospital comenzó en 1895 como un dispensario de salud, pero debido a una creciente necesidad de atención llegó, en 1925, a convertirse en un hospital con 35 camas para enfermos crónicos de tuberculosis y enfermos con patología general. El hospital cuenta también con un consultorio externo.

A este hospital concurre población de las comunas de Padre las Casas, Temuco, Freire, Nueva Imperial y Puerto Saavedra.

En 1962, se estableció un convenio entre el Hospital Makewe-Pelale y el Servicio Nacional de Salud, actualmente Servicio Salud Araucanía Sur; en el cual se acordó una subvención destinada a financiar el funcionamiento del hospital.

Con el tiempo la labor de los misioneros cesó, lo que repercutió en el financiamiento del hospital. Debido a los diversos problemas económicos, la Sociedad Anglicana dejó la administración. En el año 1993 el Hospital Makewe-Pelale sufrió una gran crisis económica, existiendo por parte de los dueños el deseo de cerrar dicho centro asistencial.

En esa oportunidad las 92 comunidades mapuche existentes, junto al personal del hospital, se reunieron en un gran encuentro con el fin de impedir el cierre de este.

A partir del 1° de marzo de 1999, una organización mapuche, llamada Asociación Indígena para la Salud de Makewe-Pelale, se hizo cargo de la administración de este hospital. Esta asociación fue fundada el 1° de agosto de 1998 con una representación de 35 comunidades que agrupan aproximadamente a 2.100 personas. La asociación firmó un convenio con el Servicio Salud Araucanía Sur, que la faculta para administrar este centro asistencial.

La asociación funciona con un directorio que se reúne todos los meses y tiene una asamblea general cada tres meses. Además trabaja con la asesoría de un grupo de sabios de la comunidad, "*Nielukuyfikekimün*", que aconseja y orienta en la política de salud del territorio tanto en la parte administrativa como en la técnica de salud.

La asociación indígena se ha propuesto llevar a cabo un Modelo Intercultural de Atención en Salud para resolver el problema de salud de sus usuarios a través del fortalecimiento de los recursos locales, considerando las distintas concepciones de salud-enfermedad y apoyando la complementación de la medicina occidental con la medicina mapuche, ya que donde se encuentra inserto el Hospital Makewe-Pelale se da una multi-culturalidad con una serie de sistemas médicos interrelacionados (bio-médico, indígena y popular).

También son objetivos importantes de la asociación el fortalecimiento de la identidad mapuche, que las autoridades mapuches sean valoradas, que se controle la riqueza cultural del sector y el fortalecimiento de la dignidad mapuche en la atención de salud.

1.4 MARCO POLÍTICO: LAS POLÍTICAS ESTATALES E INTERNACIONALES EN SALUD INTERCULTURAL

Sara McFall

Para examinar la interculturalidad en salud en Chile y el caso del Hospital Makewe-Pelale hay que entender el contexto político en el cual se encuentra el hospital. Según la postura del gobierno actual, es un momento muy propicio para los modelos complementarios e interculturales en la salud.

Es importante señalar que desde la Ley Indígena (D.L.19.253) de 1993 se nota, por lo menos en el discurso oficial, un acercamiento a políticas de interculturalidad. Básicamente, éste se ha basado en la educación bilingüe y salud interculturales. Existen críticas que la interculturalidad hasta ahora ha sido un mecanismo de integración, que sirve para implementar las políticas del Estado a través de los facilitadores interculturales, letreros en *Mapuchezugun* y una malla curricular intercultural sin que haya un diálogo cultural verdadero. No obstante, en los últimos años se nota un compromiso más fuerte de parte del Gobierno Chileno, sobre todo desde el comienzo de la presidencia de Ricardo Lagos en el año 2000. Con la iniciativa de los organismos internacionales, se crea un ambiente potencialmente positivo para el desarrollo de una interculturalidad en salud que beneficie a todos los involucrados y que es determinada por los pueblos indígenas mismos.

Cabe destacar algunos de los compromisos y discursos sobre salud para los pueblos indígenas que representa el marco político actual.

- Marco estratégico y plan de acción 1999-2002, Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de la OPS.

"En la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, aprobada en 1993, la Organización Panamericana de la Salud y los Estados Miembros se comprometieron a trabajar con las poblaciones indígenas para mejorar su salud y bienestar. Además, reconocieron el valor del patrimonio cultural y el saber ancestral de los pueblos indígenas y la necesidad de conservarlos".

- Discurso del Presidente de la República, Don Eduardo Frei Ruiz-Tagle, en una ceremonia con representantes de los pueblos indígenas, Santiago, 5 de agosto de 1999.

"En material de salud el Plan Especial que hemos diseñado busca aumentar la cobertura de los servicios en las comunas y áreas de población indígena, desarrollar proyectos de inversión para mejorar la infraestructura de salud, mejorar la atención de urgencia rural y ampliar el proyecto Amuldungún, que funciona en seis centros hospitalarios de la novena región para atender a los ciudadanos indígenas, con apoyo de facilitadores interculturales, a la totalidad de los hospitales de las regiones VIII, IX, X".

- Programa Salud y Pueblos Indígenas, Ministerio de Salud, División de Atención Primaria. Lineamientos Estratégicos año 2000.

El propósito "es promover un proceso de trabajo coordinando a nivel nacional, regional y local entre las instituciones de salud, las organizaciones indígenas, otros sectores y centros académicos, que contribuya a la organización y provisión de servicios de salud integrales y culturalmente apropiados".

- Compromisos ministerios para el desarrollo de los pueblos indígenas, a partir de las propuestas del grupo de trabajo para pueblos indígenas - Anuncios, 15.06.2000, Presidente de la República.

"El Programa de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud se inserta en el contexto de la implementación de un nuevo modelo de atención que se caracteriza por ser integral, oportuno y

resolutivo y que, al mismo tiempo, incorpora como elemento sustantivo de la calidad del servicio prestado, la dignidad de la persona y su derecho a ser respetada sin ningún tipo de discriminación, el ministerio se propone incorporar gradualmente un enfoque intercultural en salud en el marco de la salud familiar”.

"Su propósito es mejorar la situación de salud y medio ambiente de los pueblos originarios impulsando el desarrollo de estrategias que aseguren la satisfacción de las necesidades y la integralidad de las acciones; considerando sus características culturales, lingüísticas y económico-sociales y su participación en la definición y solución de los problemas".

- Carta del Presidente Ricardo Lagos Escobar a los Pueblos Indígenas de Chile, Palacio de la Moneda, Santiago, 31 de mayo de 2000.

"Queremos avanzar a un modelo de salud intercultural. Este año contaremos con 42 facilitadores interculturales para atender a los usuarios indígenas de acuerdo a su idioma y costumbres, e implementaremos diez Centros de Salud Familiar en zonas de presencia indígena, que incorporen la medicina tradicional al modelo de salud familiar".

- Programa de desarrollo integral de comunidades indígenas, Diseño General del Programa y de los Componentes, septiembre de 2000, Mideplan (Ministerio de Desarrollo y Planificación).

El objetivo es "impulsar y potenciar las acciones y la visión que se está desarrollando a través de modelos de salud intercultural para la población indígena en las áreas atendidas por el Programa. Se considerarán los siguientes subcomponentes.

- Desarrollo de modelos de atención y gestión interculturales.
- Mejoramiento de calidad, sensibilidad y pertinencia cultural de los servicios de salud en territorio indígena.
- Fortalecimiento de la medicina indígena.
- Fondo para la ampliación del acceso a la red de servicios culturalmente pertinentes".

1.5 COMENTARIO

Tal como se desprende de los planteamientos políticos del sector estatal, existe por lo menos en el discurso una intención de llevar a cabo planes y programas de "salud intercultural" para los pueblos indígenas, que a nuestro juicio son aún muy parciales y con un cierto grado de paternalismo. Pero sin lugar a dudas, es este un momento único en la historia de las relaciones entre culturas de nuestro país donde se ve la posibilidad de avanzar a un verdadero diálogo intercultural.

Creemos que la interculturalidad es el encuentro de dos culturas en un mismo plano. O sea, que exista una negociación y un diálogo entre iguales.

Estamos muy lejos de esta igualdad. Los mapuches no tienen control sobre su territorio, sus autoridades no son reconocidas, el oficio de la *machi* está amenazado por los cambios ambientales y territoriales, la pérdida de las plantas medicinales, por las religiones cristianas, por la falta de recursos que tienen sus enfermos para pagar.

Las políticas de interculturalidad no están bien respaldadas con una postura que permite la auto-gestión y el manejo de los territorios mapuches. Además los mapuches no están reconocidos como pueblo en la Constitución chilena.

El nivel de compromiso, según las *machis*, no va mucho más allá del discurso porque los que diseñan e imponen los programas no "se compran el cuento". No creen en lo fundamental de la cosmovisión mapuche y como ésta sustenta el modo de vida y el conocimiento en salud que tiene el pueblo mapuche.

2. COSMOVISIÓN MAPUCHE Y ETIOLOGÍA MAPUCHE DE LA SALUD

José Quidel Lincoleo

2.1 LA SALUD EN EL PENSAMIENTO MAPUCHE

El pueblo mapuche, con su milenaria experiencia ha sido capaz de acumular una riqueza en conocimiento en los diferentes ámbitos de la vida, como la salud, la religión, la política, la filosofía entre otras.⁶ Sin embargo no hemos sido los mapuches quienes hemos escrito acerca de lo nuestro.

Existen muchos escritos, textos, artículos, ensayos que hablan acerca de los mapuches. Pero, así mismo, existen muchos errores de interpretación y prejuicios, que se han ido acentuando y se han difundido erróneamente.

El concepto de salud no se encuentra en el repertorio conceptual mapuche, porque la salud está integrada a todos los fenómenos de la vida misma, estar bien o estar mal, es salud. En cada momento que se vive, por cotidiano que este sea, se va evaluando el transcurso de la vida.

En cada *pentukun* (acto posterior al saludo en donde se pregunta acerca del estado de la persona, su familia, comunidad entre otros) es decir, en cada encuentro que se da entre las personas, existe un momento para preguntarse por su estado de salud. En este sentido el *pentukun* pasa a ser una autoevaluación constante de las personas acerca de si mismos, de su familia y de su entorno.

En que consiste ese estar bien o estar mal, *kümelkalen* (lit. estoy bien, acción de responder a una pregunta en el *pentukun*) o *weza felen* (lit. estar en malas condiciones, poseer una mala calidad de vida, no vivir como se quiere). Consiste en que el individuo como tal esté en equilibrio consigo mismo y además lo esté para con sus pares, su familia, sus seres más cercanos y queridos. También debe estar en equilibrio con su *lof*, es decir, con su entorno social, cultural, político, ambiental, territorial, religioso y cósmico.

El hecho de que algo o alguien en su comunidad esté en condiciones no deseables, afecta a la persona. Si los cultivos están en malas condiciones, la persona ya no está bien, si los animales no tienen pasto suficiente entonces la persona no se encuentra bien. Es decir el ambiente en su conjunto afecta a la persona.

La presencia de una enfermedad se puede detectar de varias maneras. La falta de salud no solo se puede medir con la presencia o ausencia del dolor. El dolor es la maduración de la enfermedad que ha ingresado hasta la vida del individuo. La enfermedad es un ente vivo que ingresa hasta el organismo de la persona, se alimenta de ella misma y por tal razón se desarrolla, mientras la persona se debilita. Pero ella tiene un contexto, un origen como todos los seres vivos.

Muchas enfermedades o *kuxan* (lit. enfermedad) según la cosmovisión mapuche son consecuencia de una transgresión contra las normas del universo o *waj mapu* (lit. tierra, forma de expresar un espacio determinado en el universo). Ese cuerpo de normas, o *az mapu* (normas, costumbres establecidas en un determinado territorio ante lo cual se rigen los grupos que en ellas

⁶ Ver Quidel y otros, 1998 y Oyarce, Ñanco e Ibacache, 1992.

habitan), regulan la relación entre los seres humanos y su entorno como con los otros seres vivos y fuerzas del *waj mapu* (lit. tierra, forma de expresar un espacio determinado en el universo). Esa relación está basada en una reciprocidad y equilibrio entre los seres, las fuerzas, y cuando una persona transgrede una de las normas, quiebra ese equilibrio y entonces se enferma. La enfermedad puede tener múltiples formas, pero la causa siempre proviene del comportamiento del individuo o de un miembro de su familia. Distinto al pensamiento "occidental" cartesiano, el cuerpo no es una entidad cerrada, por lo tanto la transgresión de uno puede afectar a los demás.

El hecho del *kümelkalen* (lit. estoy bien, acción de responder a una pregunta en el *pentukun* – acto posterior al saludo en donde se pregunta acerca del estado de la persona, su familia, comunidad entre otras cosas) o *weza felen* (lit. estar en malas condiciones, poseer una mala calidad de vida, no vivir como se quiere) implica todo el universo. También podemos decir entonces que a mayor sensibilidad mayor es la conciencia que se tiene de las cosas que nos rodean. En los rituales o en el plano formal del conocimiento mapuche, existe una alta exigencia a tener conciencia y conocimiento no solo de lo que nos rodea, sino además del cosmos, de entregar explicación a los grandes acontecimientos que se suscitan en la vida tanto de la persona como de la naturaleza.

Cabe destacar la importancia de la comunicación, el *chaliwün*, el saludarse, el *zuguwün*, el hablarse, *pentukuwün*, el interesarse por el otro. En cada encuentro, en cada visita se efectúa intercambio de estos mensajes (preguntarse el uno por el otro). Desde la concepción mapuche el acto de hablarse es un signo mínimo de respeto y dignidad que se debe realizar.

El *pentukun* es un autodiagnóstico y a la vez una evaluación del entorno inmediato del mundo circundante y su relación con el *che* (concepto mapuche de persona). Es aquí en donde: "*la visión multidimensional y ecosistémica de la salud incluye cuerpo, mente, sociedad, cultura, espíritu, medio-ambiente, economía de grupo y educación de los niños*".⁷

Ahora, dependiendo como se efectúe este *pentukun*, y de acuerdo a ello es que toma una cierta orientación, un significado y un sentido para responder. Es decir de una u otra forma se condiciona la respuesta del interlocutor.

Desde la reflexión mapuche, podemos señalar que existen varios términos a los que se recurre en estos estilos de diálogo: *kümel*, es decir el estar bien que es diferente al concepto *kümelkalen* (lit. estoy bien, acción de responder a una pregunta en el *pentukun*) (acto posterior al saludo en donde se pregunta acerca del estado de la persona, su familia, comunidad entre otros) como también distinto al término *küme felen* y al término *xemolen* que apunta directamente a la situación de salud del *che* (concepto mapuche de persona). Pero, las otras formas de preguntar responden a otras dimensiones de la persona, en este sentido es donde rescatamos el sentido y la validez de los contextos.

En contextos rituales los *pentukun* han de ser formales y ello implica que han de ser más profundos y complejos. Ante la situación de aculturación acelerada, lo preocupante, sin embargo, es que estos espacios y contextos son cada vez menos frecuentes. Además, las estructuras rituales o formales son propias de ciertos sectores de la sociedad mapuche.

Es importante, señalar que todos estos enfoques responden a una identidad territorial determinada como lo es la *wenteche*. Con ello dejamos claro, de que existen otras identidades

⁷ Ver Sylvain Goudreau en Teresa Durán, Esperanza Parada, Noelia Carrasco, 2000.

territoriales y que en cierta forma el modo como se manifiestan estos términos, conocimientos y acciones difieren según cada territorio.

Kuxan (lit. enfermedad), debe ser entendido entonces como el proceso que la persona sufre a partir del ingreso de la enfermedad hasta su culminación.

Kuxanuwüy ta che; a través de este término podemos constatar que si un *Kuxanchewüy* (persona que se ha transformado en un ente enfermizo) deja que la enfermedad se desarrolle en sí mismo, finalmente la persona se transforma en la enfermedad misma. Esto significa, que la persona pierde su autonomía y lentamente se va haciendo más dependiente.

Kuxankonüy ta che, es cuando a partir de una situación determinada la persona termina estando enferma, producto de los excesos que haya experimentado en algún momento. Ellos pueden ser; físico, social, psicológico o de otra índole.

Kuxankawüy es el término que nos traslada a la equivalencia de lo que es el exceso de sacrificio por una causa, por una circunstancia, vida, persona u otro ente. Reafirmamos entonces que la enfermedad no solo es dolor sino que además es un acto de sacrificio y de poder hacer posible que ciertos elementos, ciertas cosas y realidades se concreten a través del sacrificio o del desgaste de una o varias personas. Es decir que el sacrificio es una manera enferma de ejecutar una acción determinada.

Kuxanelgey, es cuando terceros están involucrados en concretar la enfermedad en la persona, algún elemento o algo hace que la persona se enferme. Esto puede ser la mala relación con el entorno, la invasión de espacios determinados por parte de las personas. Finalmente otro término que nos puede llevar al dolor mismo es el referido al *kuxantuy*, que literalmente significa que le dolió. Verbo conjugado en infinitivo referido a primera persona. *Kuxantuley* es un término que se usa para referirse a una persona que está adolorida físicamente, así como para aquella persona que está adolorida del alma, de la conciencia, del espíritu.

Con esta especie de juegos lingüísticos podemos generar una aproximación a los diferentes matices que encierra el concepto *kuxan* (lit. enfermedad).

Pero, no solamente se enferman las personas, también lo hacen los animales, las plantas, el aire, la tierra, el agua, la luna y el universo, como entes vivientes pueden padecer del *kuxan* (lit. enfermedad).

Por ello, una de las partes de la curación o sanación de los enfermos es la conversación, o negociación con la enfermedad, en la cual se le recuerda su origen, que no es precisamente el organismo de la persona, por tal motivo se le pide que retorne, que se devuelva y que no siga haciendo daño a la persona. La sanación mapuche pasa por encontrar el origen del desequilibrio, y a partir de ella poder reconstruir y resituar el equilibrio y desde luego reparar el acto de transgresión que pudo suceder. Es decir reparar la discontinuidad rota en algún momento entre persona y entorno.

Un fenómeno, el cual no se puede ocultar, es el de la aculturación que hoy se vive en nuestro territorio. La aculturación ha servido para formar personas con más información pero con menos conocimiento y conciencia de si mismos. Hoy muchos de los rituales de presentación, conversación y comunicación son muy vacíos de contenido y solo se repiten como una mera fórmula, dejando de cumplir la función de auto-evaluarse y realizar una introspección de si mismo, como lo era en sus

orígenes. Hoy los patrones occidentales dominan el amplio espectro del diálogo entre los habitantes mapuches.

2.2 LA MEDICINA Y EL TERRITORIO

Bajo este título vamos a adentrarnos al mundo de cómo el pueblo mapuche sostiene su medicina a través de sus territorios o de qué modo el territorio sostiene la medicina mapuche.

Partiremos relatando que la medicina mapuche está íntimamente ligada a la tierra de una u otra forma. Ya sea en el sentido de proveer a las *machis* y a otros agentes de la salud de distintos componentes medicinales como son las plantas medicinales, cortezas de árboles, raíces y minerales, es decir el *baweh* (término que se refiere a la medicina, o los medicamentos ya sean éstos hierbas u otros componentes que la *machi* o *bawehtuchefe* –lit. persona que se dedica a medicinar– preparan para los enfermos) o en la forma en que el territorio y sus diferentes espacios influyen en la salud de las personas.

La medicina mapuche se sostiene en los diferentes recursos naturales que su territorio le otorga, sin embargo, ante el acelerado deterioro ambiental que se vive hoy en día, acompañado de una dramática pérdida territorial, hace que la medicina mapuche esté siendo seriamente amenazada. Muchas de las *machis* hoy en día se han visto en la obligación de efectuar largas y penosas excursiones en busca del *baweh*, ya que en sus propias tierras o comunidades ya no existe vegetación nativa. Algunos, por su avanzada edad se ven en la obligación de tener que comprar el *baweh* a otras personas que residen en lugares en donde existe mayor vegetación. Otros, una gran cantidad debido a su deteriorada condición económica, se ven muchas veces privados de estos recursos tan elementales para el ejercicio de sus conocimientos medicinales.

Del mismo modo deseamos demostrar la fuerte relación que posee la cultura mapuche con el medio ambiente. Los diferentes ecosistemas o espacios que el conocimiento mapuche reconoce, están cargados de significaciones conceptuales que trascienden la mera materialidad.

De esta forma se sabe que "...se habla de que cada lugar tiene su *geh*, cada lugar tiene su dueño..." "están los llamado *menoko*, los *xayenko*, *wigkul*," a lo que podremos agregar los *lil*, *majiñ*, *lelfün*. "Todos estos lugares son *mapu*, pero tampoco están solos. Cuando uno hace cosas indebidas, desobedece algunos principios de nuestro pueblo mapuche, muchas veces se enferma. Eso es lo que se llama y conocemos como *mapu kuxan* (lit. enfermedad)".⁸

Los diferentes espacios que el mapuche reconoce albergan distintas fuerzas que se manifiestan muchas veces en forma de *perimontun* (acto de ver elementos o situaciones no cotidianas, no conocidas en un espacio y tiempo determinado, manifestación física de los seres espirituales que existen en la naturaleza o en un espacio determinado) o visión "sobrenatural" hacia las personas que luego se convertirán en agentes de la medicina mapuche. Es decir, los agentes de la medicina mapuche son atraídos por la naturaleza desde muy temprana edad. Como se puede observar la relación hombre-naturaleza es muy estrecha.

Mapu es el concepto mapuche que posee varias significaciones. *Mapu* es tierra, es un espacio físico y a la vez un espacio etéreo no físico, no material. Por mucho tiempo se ha explicitado de que

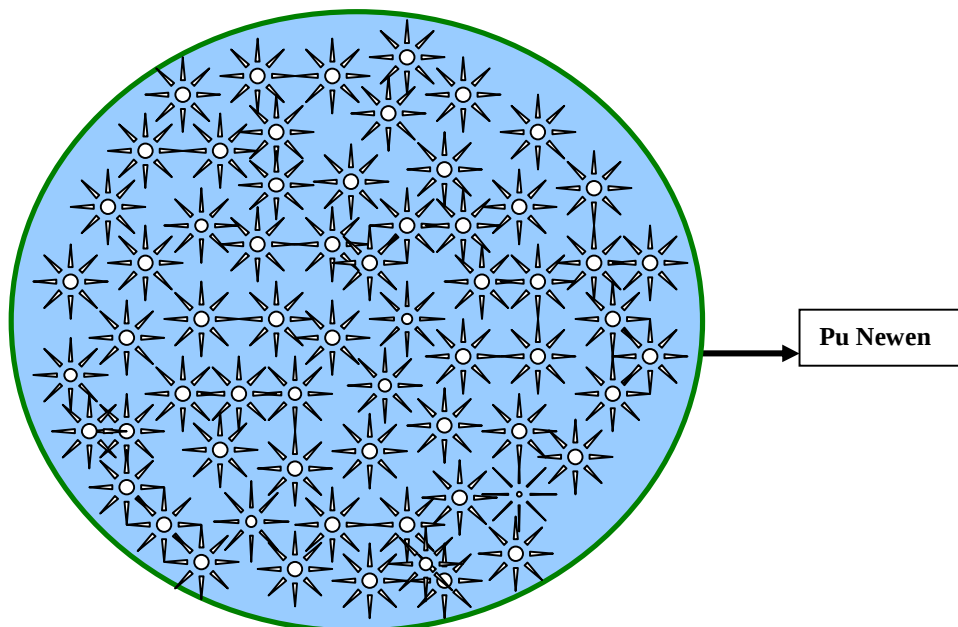
⁸ Ver Machi Victor Caniullan, en Teresa Durán, Esperanza Parada, Noelia Carrasco, 2000.

mapu es sinónimo de tierra. Pero lo cierto es que aquello es solo una de las acepciones. Podemos explicarlo diciendo que *mapu* corresponde más bien a un espacio.

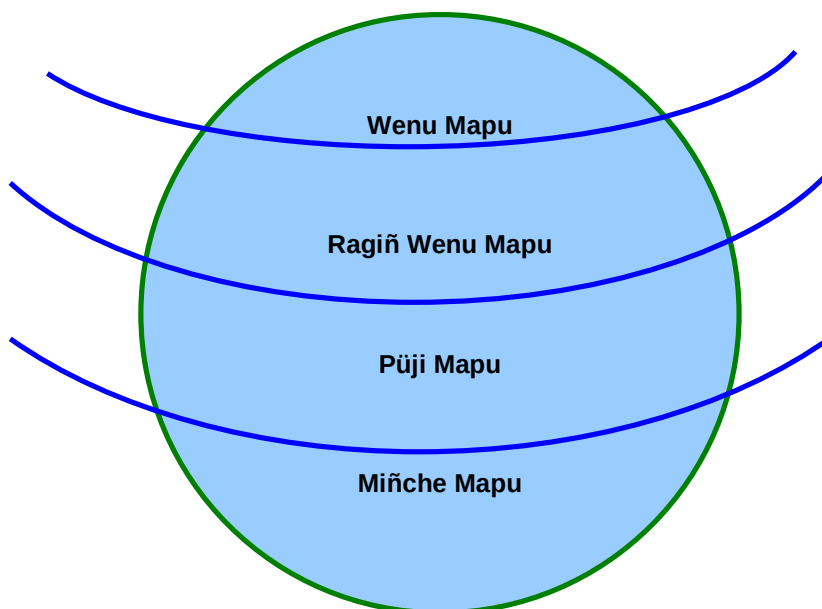
Waj Mapu (universo)

Para los mapuches el universo es un ente vivo, el cual está habitado por un gran número de fuerzas que hacen posible otros tipos de vidas. Cada persona pertenece a una fuerza. Cada elemento que existe en la naturaleza es reflejo de una vida que posee un origen determinado.

Waj Mapu



Waj Mapu



A la vez este espacio que es el universo está subdividido en cuatro estadios diferentes.

El *Wenu Mapu*, corresponde a una dimensión no física, literalmente significa las tierras de arriba. El término "arriba" se refiere a una dimensión que es superior a aquella desde la cual estamos.

No se puede abordar este término en un sentido de verticalidad y menos todavía otorgarle un juicio valórico de que lo de arriba es lo bueno y lo de abajo es malo, esa taxonomía es de fuerte origen cristiano, pero es la concepción que ha estado socializándose extensamente.

Ragiñ wenu mapu, corresponde a una dimensión intermedia entre el *wenu mapu* y el *püji mapu* (espacio material en donde estamos) es un espacio en el cual habitan *newen* (lit. fuerza), fuerzas que son intermediarios entre el *che* y los *newen* de otros *mapu*.

Püji mapu, es este el espacio en donde habitamos las personas, es el planeta tierra. Espacio en el cual se manifiestan diversas formas de vida, que son al mismo tiempo reflejo de diversas formas de fuerzas.

Miñche mapu, es una dimensión que se encuentra bajo la tierra en la cual habitamos.

Existe un término que se refiere al estado circular de la tierra y es el término *wajontu mapu*.

Una de las razones por la cual la medicina mapuche está en crisis es la constante pérdida de territorio que ha venido sufriendo. Hoy en Chile como en Argentina, los mapuches han venido reflexionando acerca de este gran problema. Los espacios sagrados, los ecosistemas ricos en *baweh* (término que se refiere a la medicina o los medicamentos, ya sean éstos hierbas u otros componentes) que las *machis* o las personas que se dedican a medicinar preparan para los enfermos están en manos de los latifundistas colonos o han sido exterminados por las plantaciones forestales de origen exótico, o simplemente arrasados por el roce para dar paso a la agricultura intensiva que se ha implementado en nuestras regiones o para la ganadería.

El estilo de agricultura de trigo y luego el minifundismo obligaron a exterminar grandes extensiones de bosques a través del roce o quema de estos ricos bosques del sur. En los sectores en donde existen accidentes geográficos, este estilo de agricultura originó una fuerte erosión que ha hecho de estas tierras algo inutilizable.

A través del oscuro proceso aculturativo de que ha sido víctima nuestro pueblo, la pérdida territorial ha sido catastrófica. Podríamos aseverar que nuestro pueblo ha sufrido los procesos de sedentarización, expulsión, provocación de conflictos generacionales, segregación, entre otros que destaca Colombres (1976) en sus sistematizaciones acerca de las formas de aculturación en América Latina.

2.3 MEDICINA E IDENTIDAD

El Az (concepto complejo que encierra una serie de dimensiones como lo físico, tangible, intangible, lo ético, lo normativo, lo estético), es otro de los términos que encierran muchas significaciones. Este término lo podemos usar para referirnos a la identidad. Az es la forma en que se manifiesta una vida, es su estilo que lo identifica como *che*. Para definir ciertos orígenes, los mapuches recurren al *az*. *Wigka azgey* significa que posee un *az* de no mapuche, mapuche *azgey* significa que se parece a un mapuche, y *kake xipa che azgey* quiere decir que se parece a una persona de otras tierras. Es decir, por una parte está la forma física, que es lo más resaltante y la primera información que tenemos para catalogar a una persona, y por otra el *az* se refiere a los mundos psíquico, psicológico, manías, defectos y otras manifestaciones de una persona. En la actualidad

muchos de nuestros ancianos y nuestra propia juventud critican la situación de identidad que hoy se vive.

Otro antecedente, desde la perspectiva mapuche, a la cual podemos recurrir para tratar de entender "identidad" es el *tuwün* del *che* (concepto mapuche de persona); sus orígenes, los territorios a los cuales sus padres y abuelos pertenecieron, vivieron y habitaron. Nuevamente el territorio está presente para definir la identidad de una persona, de una familia o de un grupo determinado.

Existe también el *küpan*, entendido éste como la procedencia sanguínea de las personas.

La identidad mapuche en crisis provoca además una crisis en la medicina. Al no asumirse la identidad, tampoco se están asumiendo los roles propios de la cultura mapuche, como el ser *machi*; *logko* (lit. cabeza, líder sociopolítico y en gran parte del territorio también líder religioso del pueblo mapuche), *gempiñ* (líder espiritual que en ciertos espacios territoriales dirige los ceremoniales socio-religiosos mapuche), *pijañ kushe* (autoridad religiosa mapuche que dirige los rituales en la parte oriental del territorio mapuche)

Cargado de una estigmatización negativa de lo que es ser mapuche, las personas se atreven cada vez menos a asumir los procesos que le competen en su sociedad.

Por otro lado, la propia sociedad chilena a través de sus leyes ha prohibido la existencia de diferentes agentes de la medicina mapuche. Frente a esta realidad se torna cada vez más difícil poder mantener lo propio de la cultura.

En la actualidad existe una constante persecución a las manifestaciones culturales mapuche por algunos grupos fanáticos adscritos a alguna de las vertientes del cristianismo. Además, el mismo Estado ha atentado violentamente en contra de la religión mapuche como en su filosofía, al prohibir o intentar normar ciertas conductas que son propias de los mapuches, como es el caso de los cementerios, el no reconocer la religión mapuche, su lengua, sus pautas de justicia, matrimonios etc. Cabe destacar un enunciado al respecto:

"El poder shamánico pierde vigor ante el avance de la medicina y la técnica. También el que detentan los jefes o caciques, ante el contralor creciente de las autoridades nacionales y de los mismos colonos, que pugnan por imponer su cosmovisión y también por el surgimiento de falsos líderes que fundan su prestigio en el reconocimiento del blanco".⁹

2.4 MEDICINA Y CONOCIMIENTO

El *wigkawün* es el término en *mapuchezugun* (la lengua mapuche, el habla mapuche) que denota a aquellas personas que han asumido una conducta diferente a la mapuche, un estilo de vida cada vez más lejano de lo mapuche, en fin todo lo que se denomina en el conocimiento occidental como pérdida de identidad o asumir una nueva identidad. Pero lo cierto es que al perder una identidad, también se pierde el conocimiento del grupo al cual se renuncia. Hoy, los *wewpin*, los *gübamtun* que se efectúan al interior de la cultura mapuche, apuntan a la acelerada pérdida de *kimün* de las nuevas generaciones. Cada madre o padre de familia solía reconocer diferentes tipos de *baweh* que la *machi* o *bawehtuchefe* preparan para los enfermos ante una enfermedad de sus hijos. Hoy en día, frente a

⁹ Ver Colombres, 1976.

cada síntoma o enfermedad, se recurre inmediatamente a las postas, consultorios, hospital o al centro de atención médica más cercano. Cada vez hay menos padres de familia que sostienen este conocimiento de la medicina, lo cierto es que las personas no valoran sus propios conocimientos, se avergüenzan de las prácticas de su cultura y ello coarta el normal desarrollo del conocimiento.

Es importante hacer hincapié que en la sociedad mapuche son varios los agentes de la medicina. Hoy sólo se mencionan a las *machis*; *gütamchefe* (que son cada vez menos); *bawehtuchefe* que tienen variados conocimientos frente a cada caso, y las *püñeñelchefe* (personas que controlan el embarazo y atienden el parto).

Cada día que pasa los mapuches saben menos de sí mismos y aprenden de otros y de otras cosas foráneas, entonces su propio conocimiento y su propia filosofía la van dejando de lado.

2.5 ETIOLOGÍA MAPUCHE DE LA ENFERMEDAD¹⁰

El proceso de salud-enfermedad en la cultura mapuche es el resultado de un equilibrio o desequilibrio socio-psico-biológico-espiritual. Como ya hemos señalado, la enfermedad proviene de una transgresión contra las normas, *az mapu* (normas, costumbres establecidas en un determinado territorio ante lo cual se rigen los grupos que en ellas habitan). Por ejemplo, el *Konün* es una malformación, que puede tomar distintas formas en un niño como consecuencia de la transgresión de la madre o el padre, quien tiene contacto con un ser que se está muriendo mientras la madre está embarazada. El último aliento del animal o persona que muere entra al feto de la madre y el sufrimiento de la muerte está reflejada en la malformación del niño. Esa enfermedad es una forma de castigo por transgresión del *az mapu* donde está normado que una pareja que está esperando un hijo, no debe tener contacto con la muerte.

Por lo tanto, de acuerdo a los mapuche, la enfermedad no es solo un estado biológico o físico, sino que la enfermedad es siempre moral y social. Además de las enfermedades consecuentes de infracciones a las normas y del desequilibrio con el entorno y los seres que pertenecen a los espacios y territorios, las enfermedades surgen de un desequilibrio social.

Por otro lado, en la etiología mapuche, la intencionalidad de otras personas en las enfermedades juega un papel fundamental. O sea, una persona le puede hacer mal al otro porque le tiene envidia. Aunque no parece ser una repercusión de transgresión sino una agresión contra el enfermo en las normas de *az mapu*, provocar envidia a través de sobresalir en alguna manera es romper un equilibrio moral y social.

La enfermedad también puede resultar de un encuentro con un ente espiritual enviado por el "agresor" a través de veneno en la comida o de actuar sobre la ropa o huellas del enfermo.

Cabe destacar que, aunque muchos especialistas terapeutas mapuches hagan una diferencia entre enfermedades provenientes de la cultura no mapuche y las enfermedades propias a la cultura, la causa de cualquier enfermedad, ya sea un *rüle*, *chafo*, *resfrío*, neumonía o *konün* (lit. entrar, efecto deformativo, enfermedad que experimentan los niños desde el vientre materno y se manifiesta una vez nacido), todas ellas tienen elementos sociales y morales. Por lo tanto, cualquier tipo de sanación tendrá que tratar tanto los síntomas biofísicos como las causas socio-psíquicas. Por lo tanto, el rol de

¹⁰ Ver Citarella y otros, 1995, Oyarce, Ibacache y Neira, 1996a

los especialistas terapeutas mapuches en este proceso es fundamental, ya que ellos tienen la capacidad de sacar el mal y de re-establecer el desequilibrio causa de la enfermedad.

Hay enfermedades que caen plenamente en la epidemiología mapuche, como mapuche *kuxan* (lit. enfermedad) y existen varias categorías de enfermedad las cuales reflejan la etiología de la condición médica.

El *re kuxan* son "puras enfermedades" o enfermedades "no más", o sea que son resultado de la intencionalidad de otra persona o de un encuentro o *xafentun* (lit. encontrarse, acto de encontrarse con alguna fuerza en un sitio determinado y a raíz de ello se cae enfermo) con una fuerza espiritual. En esta categoría se encuentran el resfrío o chafo, por ejemplo.

En la categoría de *wenu kuxan* estarían enfermedades como el *konün* o *kisu kuxan* que son enfermedades "de arriba" como la enfermedad de la *machi* cuando tiene las visiones y dolencias, como señales que ella tiene el llamado a ser *machi*.

El *kisu kuxan* (lit. enfermedad) sería una enfermedad, como el llamado de la *machi* que pertenece a la familia y es heredada.

El *konün* es causado por una infracción contra el *az mapu*, o las normas que rigen el equilibrio del *waj mapu*, por estar en contacto con un ser muriendo.

El *weza kuxan* (lit. enfermedad) es una enfermedad por contacto con el "mal", sea contacto con un espíritu que hace mal o con un mal enviado por otra persona. Aunque se habla de espíritus maléficos o de los *kalku* o personas maléficas, la división entre bien y mal no debe ser entendida en términos cristianos, o sea que en la cultura mapuche cualquier ente puede hacer bien o mal. La *machi* tiene la capacidad de hacer bien o mal y los espíritus y otras fuerzas de *waj mapu* también.

El *xafentun* (lit. encontrarse, acto de encontrarse con alguna fuerza en un sitio determinado y a raíz de ello se cae enfermo), o encuentro con un espíritu que causa enfermedad, podría ser resultado de la intencionalidad de una persona quien envía un *wichan alwe*, un espíritu con mucha fuerza de enfermar o podría ser resultado de un encuentro por una transgresión.

Muchos lugares son guardados por *geh* o dueños espirituales, como por ejemplo los montes o vertientes. Los dueños del agua, o *gehko*, pueden tener la forma de la *sumpaj* quien se parece a una sirena. Si una persona no respeta la existencia de los *geh* y de la naturaleza sagrada del lugar se puede enfermar y podría caer en la categoría de un *weza kuxan* (lit. enfermedad).

Una persona puede hacer mal a otra a través de la comida, la ropa, una fotografía y las enfermedades o condiciones son variadas. Cabe destacar que un mal para uno no es necesariamente mal para otro, o sea que algunas de esas acciones sobre otra persona pretenden influir en su carácter o sus afecciones. Hay procesos para que alguien deje de beber o para que alguien se enamore o deje de estar enamorado.

En el sector de Makewe, Juan Ladino cuenta que su neumonía viene del hecho que trabaja lejos de la casa. Además de los cambios de temperatura, transpirar en el trabajo, ducharse y después viajar en bicicleta a casa transpirando de nuevo, corre el riesgo de un encuentro o *xafentun* en su camino. Él cuenta que una vez escuchó detrás de él un caballo, pero al mirar no había nada. Resultado de esto, llegó muy mal a su casa, se sentía decaído y tenía vómitos. De hecho cuando recién empezó con la

dolencia lo trataron como un *xafentun*, pero fue demasiado grave para los remedios caseros y tuvo que acudir al hospital.

Lo importante del caso de Juan Ladino es que su enfermedad, diagnosticada como neumonía y tratada así en el hospital, tenía una causa moral y cultural, (entrevista con Juan Ladino de *Ñirrimapu*, 9 noviembre de 2000).

3. RUME KAGENMEW TA AZ MAPU¹¹

3.1 EPIDEMIOLOGÍA DE LA TRANSGRESIÓN EN MAKEWE-PELALÉ

Jaime Ibacache Burgos y Sara McFall

¿Qué significa tener buena salud?

"No sentir dolor, ningún problema en la mente, no sentir soledad, tener con quién desahogarse". Sra. Eloisa Millañir Colinao de la Comunidad de Ñirrimapu, 8 agosto de 2000.

La enfermedad es una forma de castigo, la persona se pudre en la vida como producto del comportamiento. En diez años más, vienen enfermedades tan potentes que ninguna forma de medicina las podrá curar, porque las mismas personas están provocando estas enfermedades a través de sus ideas, de cómo sentir, hablar y vestir. Las fuerzas de la naturaleza están en contra de la gente. Para que una persona tenga remedio, tendría que estar en su medio, fiel a su cultura y contexto. *Machi* Lucinda Lincoñir, Mawidache (10 agosto de 2000).

Para conocer el impacto que puede tener sobre las personas el desequilibrio entre factores protectores y factores agresores en un territorio como Makewe-Pelale, se plantea el desarrollo de una visión epidemiológica distinta, más amplia, más comprensiva, con una teoría de causalidad de la enfermedad más integral, que reconozca la historia y distintas maneras de entender la salud y la enfermedad, así como también sus determinantes, especialmente los aspectos socioculturales.

En este contexto proponemos una etno-epidemiología o epidemiología intercultural para conocer la ocurrencia de la enfermedad en poblaciones de diferente cultura, así como la incorporación de las propias categorías y etiologías de enfermedad desde el punto de vista de la gente.

Este enfoque de los mapuches de Makewe-Pelale no lo entendemos como el agregado de variables socioculturales a una epidemiología clásica, sino por el contrario como un enfoque intercultural que supone un nuevo marco para la epidemiología. Esto implica la reflexión en conjunto sobre temas tales como la definición de la pertenencia étnica, la participación de la gente en la investigación, la validez de los estudios, la propiedad intelectual de las investigaciones, el tipo de capacitación necesaria, el tipo de metodología, etc.

3.2 FACTORES QUE CONFORMAN UN PERFIL AGRESOR

- Escasa y mala calidad de la tierra.
- Utilización de productos químicos en la agricultura.
- Avance de los bosques exóticos y cultivos no habituales.
- Pérdida del espacio y cultura rural.
- Cambios climáticos.
- División y pérdida de la organización de las comunidades.
- Migración campo-ciudad con soledad de los ancianos.

¹¹ Cuando se transgreden las normas, costumbres establecidas en un determinado territorio ante lo cual se rigen los grupos que en ellas habitan.

- Falta de políticas sociales interculturales.
- Medicalización de la salud.
- Falta de información para la salud.
- Dificultad en la accesibilidad económica, geográfica y cultural.
- Crisis de la red asistencial occidental.
- Crisis de la medicina mapuche.
- Pérdida de la identidad cultural.
- Invasión de los medios de comunicación.
- No valorización de la cultura mapuche por el sistema educacional en general.
- No valorización de la cultura mapuche por las diferentes religiones presentes en el área.

3.3 FACTORES PRESENTES EN UN PERFIL PROTECTOR

- Lactancia materna prolongada.
- Existencia de una red familiar de apoyo.
- Permanencia de la madre junto al hijo.
- Espacios no contaminados aún.
- Visión particular del hombre con su medio. Cosmovisión propia.
- Existencia de comunidades aisladas y con control cultural.
- Emergencia de la organización y reivindicación indígena.
- Compromisos de organismos nacionales e internacionales.
- Relativa mejor situación económica en comparación con otras áreas mapuche.
- Relativa mejor condición educacional occidental en personas con alta adherencia cultural mapuche.

La relación entre estos distintos factores determina daños en las personas, sus familias, el medioambiente y la identidad cultural.

3.4 FACTORES AMBIENTALES

Como ya se ha señalado, entre los factores con un perfil agresor se encuentran la calidad de la tierra, los cambios climáticos y la expansión forestal. Los impactos de la degradación de suelos, de los efectos hidrológicos de las plantaciones de árboles exóticos y la contaminación de vertientes, y la tierra causada por las herbicidas e insecticidas, van más allá de las enfermedades infecciosas producidas por agua contaminada. Para los mapuches, el medio ambiente es el todo o el *waj mapu*, un espacio donde el ser humano es un elemento entre muchos, donde no se diferencia entre el mundo visible y un mundo espiritual. En el sector de Makewe-Pelale, se encuentran todavía lugares sagrados. No solamente hay *gijatuwe* (espacio donde se realiza el ceremonial socio-religioso denominado *gijatun*), o canchas de la ceremonia *gijatun* (ceremonia socio-religiosa mapuche que se desarrolla en época de primavera e inicio del verano, -germinación- que tiene la connotación de pedir o rogar por los tiempos venideros) sino existen *menoko* y *mawiza* (pantanos y montes). Cada lugar sagrado tiene su dueño espiritual, como por ejemplo en una cascada chica cerca del hospital vive una *sumpaj* o sirena quien tienta a los jóvenes a tirarse al agua. Esa riqueza espiritual y el panteón mapuche están amenazados por los daños ecológicos en el sector; cuando se seca una vertiente, se va el *genko*, o el dueño del agua. Las fuerzas del panteón mapuche traen salud y enfermedad, o sea son elementos en el equilibrio universal y cuando una persona rompe con el equilibrio, se enferma. Manteniendo una relación recíproca con las fuerzas del medio ambiente se conserva la salud y se

asegura que los ecosistemas frágiles se preserven. Además de los espíritus amenazados por la industria maderera, la construcción de carreteras o aeropuertos, la flora y fauna del sector se encuentra cada día más escasa.

Las *machis* ya no encuentran las plantas medicinales necesarias para sus remedios en el sector de Makewe-Pelale y piden que las traigan de sectores cordilleranos y litorales. Dicen que las plantas medicinales del huerto no tienen la misma eficacia y temen que en el futuro ni siquiera en los lugares más aislados encontrarán lo que necesiten.

Con la tala rasa de los bosques nativos, se perdió la lechuza y con ella un presagio de la enfermedad. Las aves suelen representar un mensajero y la lechuza traía un aviso para evitar enfermedad. En una sola comunidad del sector Makewe, los mapuches nombraron 25 especies de flora y fauna que ya no encuentran.¹² El machi Juan Huentumil dice que ya no se pueden usar muchas de las plantas medicinales que todavía se encuentran porque están contaminadas por el uso de matamalezas (entrevista, en el lof de Quepe, 17 octubre de 2000). Otra *machi* cree que los remedios ya no se van a ver porque dios se los llevará, se van a desaparecer y no se pueden plantar. Esto significa que dios castiga a la humanidad por el daño producido por la falta de respeto y maltrato del entorno.

3.5 MIGRACIÓN Y GÉNERO

Otro de los impactos de la expansión forestal es el aumento de la migración. Se ha demostrado que en las comunas con más plantaciones de especies exóticas, como pino radiata y *eucalipto globulus*, hay más migración hacia las ciudades.¹³ Además, como ya se ha señalado en la Introducción, los mapuches de Makewe-Pelale tienen un promedio de solamente 1,5 hectárea per capita, el arrinconamiento ha significado que muchos de los niños no tienen futuro en la agricultura. Los suelos son degradados y hay poco empleo para los que queden en las comunidades. La migración trae varios problemas en la salud de los mapuches. Por ejemplo, la migración no es igual para el hombre o la mujer, las mujeres se van cuando son más jóvenes para trabajar como empleadas domésticas. Hay más posibilidades para que el hombre permanezca en el campo pero suele pasar por lo menos tres meses fuera de las comunidades trabajando como temporero en las cosechas de frutas en el norte del país. Esta desigualdad tiene repercusiones en la natalidad, o sea, las mujeres en edad fértil tienden a vivir fuera de las comunidades.

Existen problemas de pareja por la ausencia de alguno de sus integrantes por largos períodos. Los hombres quienes consiguen trabajo en Temuco o en la ciudad más cerca, Padre las Casas, tienen que viajar largas distancias, muchas veces en bicicleta de noche, y corren el riesgo de sufrir un *xafentun* (lit. encontrarse, acto de encontrarse con alguna fuerza en un sitio determinado y a raíz de ello se cae enfermo) o un encuentro con un espíritu que causa varios tipos de enfermedad.

No obstante, existen fuentes de resiliencia a través de la familia que permanece en la comunidad, o sea generalmente los abuelos. Muchas veces las madres jóvenes o solteras encargan a sus hijos chicos a sus padres mientras ellas siguen trabajando en Santiago u otra ciudad. Los niños se crían en el campo con los mayores de la familia quienes, en lo general, hablan en *mapuchezugun* y transmiten la cultura lo cual obedece a la lógica cultural.

¹² Ver Castro, 1999.

¹³ Ver Unda y Stuardo, 1996.

Sin embargo, cuando ya llegan a alrededor de 12-14 años, los niños están obligados a salir de las comunidades para continuar su educación pues no existen liceos o colegios en el sector para la educación superior. Muchos de los niños pasan años internados en Temuco para terminar sus estudios y eso no solamente trae una ruptura con la familia y falta de ayuda para el trabajo agrícola en casa, sino también muchos opinan que se pueden producir enfermedades en las niñas quienes están lejos de su familia durante una edad crítica del desarrollo.

3.6 MORBILIDAD

Consulta por morbilidad en el policlínico externo del hospital Makewe-Pelale

Un reciente análisis de morbilidad por consultas en policlínico externo incluyó las consultas entre abril de 1999 y marzo de 2000.¹⁴

Se atendieron un total de 5.076 consultas, de las cuales un 50,7 % correspondieron a personas de sexo femenino.

Las principales causas de consulta correspondieron a: enfermedades respiratorias con un 27%, seguido de las enfermedades circulatorias con un 19,3%, luego las enfermedades osteomusculares con un 10,5% y las enfermedades digestivas con un 8,7%.

Los principales sectores del territorio de donde vienen los enfermos son en orden de importancia: Chapod, Makewe Centro, Mawidache, Ñirrimapu, Loncoche Plom, Millelche, Chucauco y Trapilhue.

Cabe señalar que en el año 1991 el Proyecto Interinstitucional Makewe (PIM) realizó un estudio a partir de una muestra de las consultas realizadas durante los meses de enero, junio y octubre.

De las 134 consultas analizadas en esa oportunidad se encontró que las principales causas de consulta correspondieron a enfermedades respiratorias con un 23,1%, seguido de enfermedades digestivas en un 12,7%, infecciones parasitarias y osteomusculares, ambas con un 10,4%. Las consultas por enfermedades circulatorias correspondieron a un 9,7%.

De lo anterior se desprende que siguen siendo las enfermedades respiratorias las que producen mayor cantidad de consultas y que las enfermedades circulatorias han aumentado en su frecuencia de consulta.

3.7 MORBILIDAD DESDE LA PERSPECTIVA COMUNITARIA

El problema más grave de la salud es la dieta "ahora ya no comen yuyo, antes eran vegetarianos, comían vegetales naturales, ahora la comida es artificial, hay conservas. Antes había catutos, harina tostada, carne, leche de vaca, el hospital podría educar al respecto. Ya no hay montes para recolectar frutos y *digüeñes*. Las personas y familias, incluyendo al *logko*, tienen la responsabilidad de inculcarle a la gente sobre la dieta. "Comen fideos hoy día y mañana no andan...". Francisco Ancavil, Logko de la Comunidad Cerro Loncoche, 10 de agosto de 2000.

¹⁴ Ver Ibacache y Paluzzi, 2000.

En 1991, el PIM realizó una encuesta a 499 familias de 23 comunidades del sector con el objetivo de conocer la percepción de la gente en cuanto a la frecuencia de las principales enfermedades que experimentan habitualmente.

De los 383 diagnósticos mencionados en menores de 15 años, el 89,6% corresponde a síntomas de la medicina occidental, el resto (10,4%) corresponde a la medicina tradicional, tanto popular como mapuche.

En este contexto, entendemos por medicina popular a un sistema médico caracterizado por la existencia de agentes terapéuticos y conceptos de salud enfermedad traídos por los conquistadores españoles al territorio mapuche. Esta medicina popular nace como un fenómeno sincrético fruto de contactos entre tradiciones culturales muy diferentes, como las creencias y prácticas de la medicina nativa prehispánica y las de la Europa medieval.¹⁵

Entre las principales enfermedades populares mencionadas están el empacho (69,4%), el mal de ojo (13,9%), el pasmo (11,1%) y el enfriamiento en un 5%.

Por otra parte como sistema médico mapuche se entienden los conceptos, valores, ideas y creencias relacionadas con la salud y la enfermedad, que forman parte del patrimonio cultural de la sociedad mapuche.¹⁶

Entre las enfermedades mapuches se encontraron dos casos de *konün*, un caso de *xafentun* y un susto.

Los siguientes ejemplos ilustran el sentir de los mapuches respecto al *konün* y *xafentun*:

Esa enfermedad "no es nada bueno, algo de campo, algo antiguo, un secreto. La gente muerta deja sus cosas, mi abuelita me contó y mi mamá. Nunca hay que jugar al mediodía o al anochecer; hay remolinos que hasta matan". Eloisa Millañir Colinao, 8 de agosto de 2000.

"Hemos mejorado bastante la salud de los niños. Antes se veía muchos problemas dentales y también había problemas como enfermedades de la piel, sarna, cosas así. Ahora eso se ha mejorado. La parte dental es un problema serio y problemas del estómago y bueno, eso más se ve". Ema Hueche, de la comunidad de Huilquilco, Directora de la Escuela Fundo Makewe, 10 de agosto de 2000.

"La gente se muere más joven por no comer comida natural: mote, porotos, legumbres, arvejita, cazuela con locro de trigo en vez de arroz, *mulxun*, *muzay* (bebida mapuche a base de trigo, maíz o quinoa) de trigo". Eloisa Millañir Colinao, 8 de agosto de 2000.

"Ahora necesitamos al médico porque ahora con la alimentación que tienen, tienen cálculos de vesícula, úlceras del estómago y estas cosas y necesitan más medicina cirujana porque si no, se mueren y eso es porque la dieta ha cambiado". Janet Dolder, enfermera, Hospital Makewe-Pelale, 24 de agosto de 2000.

¹⁵ Ver Citarella et al. 1995.

¹⁶ Ibid.

"Mi señora, mi hija y mi nuera sufren de presión, no había presión antes. Es por los cambios en la vida o el *ka mogen* (cambio en el estilo de vida) o *winkawün*, son enfermedades del mundo *wigka*, estrés, mucha sal, todo artificial". Juan Epuleo, Logko de *Ñirrimapu*, 9 de noviembre de 2000.

De los 432 diagnósticos registrados en la población mayor de 15 años, el 96,8% fue identificado como pertenecientes a la medicina occidental y el 3,2% restante a la medicina tradicional.

Se reportaron 10 enfermedades populares: cuatro pasmos, dos enfriamientos, dos mal de ojo, y un aire al ojo.

En cuanto a las enfermedades mapuches se nombraron dos *inakon* (lit. que se adhiere a la dirección que un objeto se mueve, enfermedad que padecen ciertas personas cuando alguna fuerza se adhiere a su trayectoria) y un *perimontun* (acto de ver elementos o situaciones no cotidianas, no conocidas en un espacio y tiempo determinado, manifestación física de los seres espirituales que existen en la naturaleza o de un espacio determinado) por ejemplo: "otra gente no cree en empacho ni en *konün* (lit. entrar, efecto deformativo, enfermedad que experimentan los niños desde el vientre materno y se manifiesta una vez nacido), pero existe el mal". Después la Sra. Rosa contó como su hija había muerto de *fuñapue* o veneno en el mate dado en la casa de una vecina. En la noche se sentía mal y se acostó con su madre, no podía tragar y durante la noche hablaba y pedía maté. Así supo la Sra. Rosa como le había hecho mal a su hija. La niña murió en los brazos de su mamá, pero como la Sra. Rosa estaba embarazada el último aliento de su hija entró al feto y "le pegó" *konün* y nació mal. Rosa Curiqueo, Quebradora de Empacho, de la comunidad *Ñirrimapu*, 31 de agosto de 2000.

"Me dijo la *machi* que le hicieron mal. No es así porque según lo que he visto en el hospital estar enfermo es común. ¿Cómo te van a dañar? No, eso no lo creo, es un mal cuidado, mal alimentado. No son correctos, siempre van a encontrar un culpable para la enfermedad de alguien que hizo daño, eso es típico que alguien hace daño para que se enferme". Alberto Mena, pastor jubilado de la Iglesia Anglicana, Makewe, agosto de 2000.

Los ejemplos anteriores nos muestran que la comunidad mapuche del sector expresa síntomas y signos del cuerpo como principales "enfermedades" del punto de vista occidental, pero que al referirse a entidades populares o mapuche, está pensando en enfermedades que tienen una explicación mas bien socio-psicobiológica y por lo tanto su recuperación dependerá de un enfoque terapéutico del mismo tipo.

Análisis de Egresos del Hospital de Makewe-Pelale

Durante los años 1993 a 1996 egresaron del Hospital de Makewe-Pelale 1865 personas distribuidas por año de la siguiente manera:

Año	No. Personas
1993	479
1994	578
1995	446
1996	362
Total	1865

Fuente: Egresos Hospitalarios Servicio Salud Araucanía Sur

Los egresos anuales del Hospital Makewe-Pelale corresponden aproximadamente al 0,5% del total de egresos del total de los hospitales del Servicio Salud Araucanía Sur.

¿Quiénes son los que egresaron del hospital?

Del total de egresados en el período 1993-1996 un 84,7% tenían uno o dos apellidos mapuche y un 57% pertenecían al sexo femenino.

Alrededor de un 95% de las personas vivía en la zona rural.

El 69,2 % de las personas eran de la comuna de Temuco (la base de datos es anterior a la creación de la Comuna de Padre Las Casas), un 29,8 % de la comuna de Freire.

La edad de las personas egresadas del hospital se puede ver en la siguiente tabla:

Grupo Etáreo	Nº	%
Menor de 1 Año	59	3,2
1 a 4 años	108	5,8
5 a 9 años	58	3,1
10 a 19 años	145	7,8
20 a 44 años	605	3,4
45 a 64 años	432	23,2
65 años y más	458	24,6
Total	1.865	100

Fuente: Egresos Hospitalarios Servicio Salud Araucanía Sur

¿De qué se enfermaron estas personas?

Los principales diagnósticos de egresos fueron las siguientes:

Grupo de Enfermedad	Nº	%
Aparato Respiratorio	467	25
Traumatismos y Envenenamientos	286	15,3
Infecciosas y Parasitarias	280	15
Aparato Digestivo	233	12,5
Embarazo, Parto y Puerperio	113	6,1
Signos y Síntomas Mal Definidos	79	4,2
Piel y Tejido Celular Subcutáneo	54	2,9
Sistema Nervioso y Organo Sentidos	52	2,8
Sistema Osteomuscular	36	1,9

Fuente: Egresos Hospitalarios Servicio Salud Araucanía Sur

¿Cuánto tiempo estuvieron hospitalizadas?

Tiempo de Hospitalización	Nº personas	%
1 día	336	18
2-7 días	896	48

8-14 días	352	18,9
15 días a 1 Mes	114	6,1
1 a 3 meses	73	3,9
3 a 6 meses	62	3,3
6 meses a 1 año	32	1,7

Fuente: Egresos Hospitalarios Servicio Salud Araucanía Sur

La principal causa de permanencia solo por un día son los traumatismos seguido de las enfermedades del aparato digestivo.

Las principales causas de permanencia en el hospital entre un día y un mes, son las enfermedades respiratorias seguidas de los traumatismos.

Los pacientes de TBC son los de más larga estadía, llegando a 318 días en un caso.

El Hospital Makewe-Pelale tiene un promedio de estadía de 14,1 días, lo cual está por sobre el promedio regional que es de 6,1. También, el hospital tiene el porcentaje ocupacional de camas más bajo de la región.

Cabe destacar que hasta marzo de 1999 no existía médico permanente por lo cual este hospital funcionaba más bien como una posta de salud.

La mayor cantidad de egresos se produce entre los meses de julio y octubre, cuyos principales diagnósticos son enfermedades respiratorias.

La condición de egreso de las personas se distribuye en:

Condición de egreso	Nº	%
Mejorado	963	51,6
No Mejorado	887	47,6
Fallecido	15	0,8

Llama la atención el alto porcentaje de “no mejorados” al egreso. Los principales diagnósticos en esas personas están en el grupo de los traumatismos, seguido de las enfermedades infecciosas y las enfermedades respiratorias, esto seguramente porque son personas que dada la complejidad de su patología fueron derivadas a un hospital de mayor complejidad.

En cuanto a las personas que fallecieron en el hospital destaca que seis de ellas tenían alguna neoplasia; cuatro fallecieron a consecuencia de alguna enfermedad del aparato circulatorio.

Las principales neoplasias fueron tres personas con neoplasias del aparato digestivo, dos con cáncer cervicouterino y una persona con una neurofibromatosis.

Egresos por traumatismos, accidentes y violencia

Durante los años 1993 a 1996 egresaron 286 personas afectadas por algún traumatismo.

Las principales causales de los accidentes fueron:

CAUSA DEL ACCIDENTE	Nº	%
Causas varias	58	27,6
Caídas accidentales	51	24,3
Lesiones producidos por terceros	32	15,2
Por factores naturales y del ambiente	18	8,6
Accidentes de medio transporte no a motor	15	7,1
Origen se ignora si son accidentales o infligidas	11	5,2

Dentro del grupo “causas varias”:

Un 24,1% de ellas son accidentes sufridos durante la práctica de algún deporte, siguen con un 20,7% las lesiones producidas por instrumentos u objetos cortantes y punzantes tales como clavos, vidrios, astillas etc.

Las quemaduras como causa de egreso son un 10,3% del total del grupo “causas varias”.

Dentro del grupo “lesiones producidas por terceros”, llama la atención que un 68,8% de los casos son debido a intentos de homicidio según la codificación hecha a partir del egreso hospitalario.

3.8 ATENCIONES DE MORBILIDAD CON ENFOQUE INTEGRAL

Estas atenciones se realizaron entre el 15 enero y el 15 marzo de 1999 y el modelo de atención empleado fue el interdisciplinario e intercultural.¹⁷

Para ello se trabajó en una sala de atención habitual pero acondicionada como un espacio circular donde muchas veces la persona enferma era acompañada de algún pariente y donde el *mapuchezugun* fue instrumento crucial en la anamnesis.

En este espacio clínico intercultural trabajaron en forma estable el médico y dos antropólogos. También y en forma esporádica, participaron dos estudiantes internos de medicina.

Para llevar a cabo este registro se diseñó una base de datos que fue llenada en el momento mismo de la consulta médica.

Resultados preliminares

En el período señalado se realizaron un total de 371 consultas.

De las 371 consultas:

- 189 de ellas correspondieron a personas del sexo femenino (51,1%).
- 302 personas reconocen hablar *mapuchezugun* (81,4%).
- 122 personas entran acompañados a la consulta. La madre y los hijos son los principales acompañantes.

En cuanto a la acción previa a la consulta médica:

- 320 personas reconocen haber usado la medicina casera antes de la consulta. (86,3%)

¹⁷ Ver Ibacache y Jelves, 1999.

- 43 personas ya habían consultado a un agente popular de salud. (11,6%)
- 41 personas cuentan que fueron ya a la *machi* o el *machi* (11 %)
- 80 personas reconocieron haber comprado medicamentos en farmacia (22%)

En cuanto al origen de la enfermedad la gente piensa que:

CAUSA	Nº Consultas
Desequilibrio Frío/Caliente	103
Alimentación Inadecuada	29
Esfuerzo Físico Inadecuado	55
Contagio	23
Sufrimiento de Vida	19
Origen mapuche	14
Enfermedad previa	15
Alteración del ánimo	36
Vejez	7
Herencia	5
Insectos (Bichos)	6

El desequilibrio frío-caliente es la principal causa de las enfermedades según la gente. Esto se expresa principalmente en las enfermedades respiratorias. El “sufrimiento de vida” junto al esfuerzo físico inadecuado y las alteraciones del ánimo explican la mayoría de las enfermedades osteomusculares, circulatorias e infecciosas.

Según la *machi* Lucinda Lincoñir de la comunidad *Mahuidache*, el problema más grave en las comunidades es la pérdida de la forma de vivir: la alimentación, la forma de cultivar: ya no usan cultivos limpios, los cultivos tienen veneno y producen enfermedades. Están desapareciendo las aves y ciertas especies de plantas y animales, lo cual trae nuevas enfermedades. Los mapuches se están entregando mucho a la cultura *wigka*, al otro estilo y están apareciendo muchas personas con fallas, con menos capacidad mental, más personas discapacitadas, más mujeres histéricas y personas que no se controlan. Es una forma de castigo, la persona se pudre en la vida como producto del comportamiento. En diez años más, vendrán enfermedades tan potentes que ninguna forma de medicina las podrá curar, porque las mismas personas están provocando estas enfermedades a través de sus ideas, de cómo sentir, hablar y vestir. Vendrán enfermedades cada vez más destructivas. Las fuerzas de la naturaleza están en contra de la gente. Para que una persona tenga remedio, tendría que estar en su medio, fiel a su cultura y contexto, (10 de agosto de 2000).

Respecto de la clasificación occidental de las consultas:

Diagnósticos	No.
Infecciosas y Parasitarias	29
Tumores	1
Endocr, Nutric, Metabol, Inmunidad	12
Sangre y Org. Hematopoyéticos	5
Mentales	12
Sistema Nervioso y Org. Sentidos	20
Circulatorias	49
Respiratorias	69
Digestivas	39
Genitourinario	18
Complic Emb. Parto y Puerperio	3
Piel y Tejido celular subcutáneo	40
Osteomuscular y tej. Conjuntivo	55
Anomalías Congénitas	2
Afecciones período perinatal	1
Síntomas, Signos y Estados mal definidos	12
Traumatismos y Envenenamientos	1

La principal causa corresponde a enfermedades del aparato respiratorio seguida de las enfermedades osteomusculares y luego las del aparato circulatorio.

El lumbago agudo como producto de esfuerzos inadecuados y malas posiciones posturales es la principal causa de consulta en el grupo de enfermedades osteomusculares.

Derivación de personas

De las 371 consultas registradas en el período, fueron derivadas 74 de ellas.

Doce consultas fueron derivadas a las *machis* y 59 a especialidades occidentales

Entre estas últimas, cinco fueron al Servicio de Urgencia Hospital Temuco y las restantes se distribuyeron principalmente entre oftalmología, proctología, cirugía biliar, otorrinolaringología y cirugía vascular.

Esta investigación nos arroja algunas luces de lo que significa el proceso salud-enfermedad para los mapuches del sector.

Por un lado sigue existiendo gran conocimiento de medicina casera en los hogares, medicina que tiene como principal agente a la mujer como depositaria del conocimiento y que en una sociedad tan dinámica ha incorporado junto al uso de yerbas medicinales los medicamentos básicos y los criterios de derivación según “síntomas y signos de alarma propios de la cultura”.

Por otra parte, llama la atención que la consulta al especialista mapuche no es frecuente, quizás explicado por la penetración desde finales del siglo XVI tanto de un enfoque occidental de salud como de una religión ajena a la originaria y que no reconoce a la *machi* como depositaria de la cultura, la recuperación de la salud y el mantenimiento de la cultura.

Queda también de manifiesto que el hecho de que los enfermos deseen ser acompañados durante la consulta por algún familiar, tiene un significado fundamental en la comunicación y el entendimiento de las terapias. Esto tiene directa relación con el hecho de que la persona mapuche al enfermar pierde la condición de “*che*” (concepto mapuche de persona), y por lo tanto necesita de un “dueño” que lo guíe por los itinerarios terapéuticos elegidos.

En relación a las derivaciones, es obvio que la mayoría de ellas fueron hechas hacia el sistema occidental, pues es la expectativa de la propia gente que consulta el tener derecho también a ser vistos por especialistas occidentales.

Mortalidad en Makewe-Pelale - 1993 a 1996

Entre los años 1993 y 1996 fallecieron en Makewe 161 personas.

Origen según apellidos

Apellidos	No.	%
Mapuche	141	87,6
No mapuche	20	12,4
Total	161	100

En la tabla anterior, se ve con claridad que el mayor porcentaje de personas que fallecieron tienen al menos un apellido de origen mapuche, esta cifra seguramente está subestimada pues existen varias familias cuyos integrantes tienen apellidos catalogados como españoles y sin embargo se auto-identifican como mapuche.

Distribución por sexo

Sexo	No.	%
Hombres	82	50,9
Mujeres	79	49,1
Total	161	100

No existe gran diferencia entre hombres y mujeres.

Lugar de Fallecimiento

Lugar	No.	%
Hospital	56	34,8
Domicilio	105	65,2
Total	161	100

El hecho que un porcentaje importante muera en su domicilio tiene que ver con el hecho de que las familias prefieren que sus ancianos mueran en su hogar y no en un centro hospitalario. Esto debido a la tradición y además por lo despersonalizado que es la muerte al interior de los hospitales y lo engorroso y caro que son los trámites para llevar el familiar al hogar.

Edad de fallecimiento

Edad	No.	%
Menor 1 año	10	6,2
1-2 años	1	0,6
3-5 años	2	1,2
10-19 años	4	2,5
20-44 años	22	13,7
45-64 años	34	21,1
65 y más años	88	54,7
Total	161	100

La tasa de mortalidad infantil en este período para el territorio de Makewe se estima en un 40,8 por mil nacidos vivos, la cual está por sobre la tasa regional.

La mortalidad general es de 2,6 por mil habitantes la cual es más baja que la mortalidad general de la región.

Principales Grupos de enfermedad como causa de muerte

Grupos de enfermedades	No.	%
Estados mal definidos	56	34,8 %
Aparato circulatorio	26	16,1
Tumores	22	13,7
Traumatismos	18	11,2
Respiratorias	12	7,5

Esta tabla muestra el desconocimiento de la primera gran causa de fallecimientos en el territorio. Esta situación está en directa relación con lo mal que se emite el certificado de defunción al catalogar la muerte natural como estados mal definidos.

4. MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD INTEGRAL EN MAKEWE-PELALE¹⁸

Jaime Ibacache Burgos

En el Hospital Makewe-Pelale se realizan acciones de salud con un enfoque integral en todos los programas de salud que se brindan a los usuarios del sector Makewe, Pelale y también a población de otros sectores de la comuna de Padre las Casas y de las comunas de Temuco, Freire e Imperial. Así la población que se atiende en nuestro hospital se acerca a las 20 mil personas de las cuales el mayor porcentaje (80%) pertenece al pueblo mapuche.

Los programas básicos son el Programa Infantil, el Programa del Adulto, el Programa de la Mujer, el Programa del Adulto Mayor, el Programa Odontológico, el Programa de Tuberculosis, el Programa de Rehabilitación de Consumo de Alcohol y Drogas y el Programa de Fortalecimiento de la Identidad Cultural Mapuche.

En todos estos programas se intenta realizar acciones con un enfoque integral donde se toma en cuenta el conocimiento de salud que tiene la comunidad y sus especialistas y se complementa con el conocimiento occidental.

Para lo anterior se utilizan estrategias cuyo fundamento principal es el pensamiento mapuche para el enfrentamiento integral de los problemas de salud y enfermedad.

Hemos llamado pensamiento mapuche a la manera como la comunidad por años ha enfrentado los problemas que tienen que ver con su calidad de vida. Específicamente, en salud esto se manifiesta por un control cultural sobre todos los sistemas médicos que se encuentran al alcance de las comunidades, así como también el dinamismo que la propia medicina mapuche experimenta día a día haciendo de ésta un modelo integral, moderno y efectivo.

Este modelo es el que se desarrolla como política de salud para nuestro territorio y que tiene por propósito mejorar la calidad de la atención en salud y ayudar a mejorar la calidad de vida de la población del sector a través del fortalecimiento de la identidad cultural mapuche.

Para lo anterior se han desarrollado las siguientes estrategias que han permitido ir poco a poco desarrollando un modelo de atención integral con la complementación de los modelos médicos.

4.1 GESTIÓN MAPUCHE DE LA POLÍTICA DE SALUD EN MAKEWE-PELALE

Desde marzo de 1999 es la Asociación Indígena para la Salud Makewe-Pelale la que administra el hospital. Esta Asociación agrupa a 35 comunidades del sector.

¹⁸ Ver Chureo, 1999, Ibacache, 1997, Oyarce, Ibacache y Neira, 1996b.

La mayoría de sus integrantes pertenece al pueblo mapuche y tienen mucho interés en el fortalecimiento de la identidad cultural lo cual ha permitido avanzar con una “lógica mapuche”.

Existencia de un Consejo de Sabios ("Nielukuyfikekimün")

Este Consejo está conformado por personas mapuches que en su mayoría son mayores de 65 años y que tienen alta identidad cultural mapuche.

El Consejo asesora tanto a la asociación como a la dirección técnica del hospital con ideas de cómo hacer que las gestiones administrativa y técnica se diseñen e implementen tomando en cuenta la realidad sociocultural del sector.

Adecuación del espacio físico a las creencias y estilos de vida de los mapuches

Ha sido prioritario ir adecuando tanto el espacio del hospital como el del consultorio externo a la realidad mapuche con las siguientes acciones:

Implementación de señalización en *mapuchezugun* y en español.

Producción de material de información salud bilingüe para la sala de espera y las salas de hospitalización.

Mejoramiento en la sala de espera en cuanto a sillas y calefacción.

Desarrollo en la sala de espera de conversaciones en *mapuchezugun* compartiendo alimentos (cuando el presupuesto lo permite.)

Coordinación con especialistas terapéuticos mapuche

En forma periódica se visitan a los diferentes especialistas presentes en el territorio con el objetivo de acordar modos de complementación terapéutica, ya sea al interior del hospital como en sus hogares. Estos especialistas son: *machi* (shaman mapuche), *gütamchefe* (componedores de huesos), *lawentuchefe* (yerbateros), quebradores de empacho, santiguadores y otros.

Implementación de una farmacia integral

En la farmacia del hospital están presentes los medicamentos occidentales junto a productos elaborados con yerbas medicinales recolectadas en el territorio como también en un huerto medicinal propio del hospital.

También se ha desarrollado un modo bilingüe de entrega de los remedios para mejor entendimiento por parte de los enfermos y sus familias.

Atención con enfoque integral de enfermos en el policlínico externo

El propósito principal del trabajo en este espacio es el desarrollo de un enfoque integral de lógica mapuche que produzca conocimiento para el abordaje de los problemas de salud que afectan a la persona, la familia y la comunidad.

Este conocimiento permite también mejorar la relación del equipo de salud con el enfermo y su familia, así como el fortalecimiento de la medicina casera, el uso racional de los sistemas médicos y el fortalecimiento de la complementariedad de los sistemas médicos.

Por otra parte, un enfoque así también nos permite conocer la percepción de salud y enfermedad que tiene la comunidad, los diferentes itinerarios terapéuticos seguidos por los enfermos y su familia, y generar conocimiento para entender las diferentes conductas frente a la enfermedad.

4.2 METODOLOGÍA DE TRABAJO¹⁹

Espacio para la atención clínica

- Adecuación del espacio de atención con fines de incorporar elementos que se conocen con respecto a la conducta frente a la enfermedad y establecer una relación diferente a la clásica entre el enfermo, su acompañante y el equipo.
- Orientación de la camilla, donde la cabeza del enfermo queda hacia el este.
- El enfermo puede entrar con su acompañante o *dueño del enfermo* y otros integrantes de la familia.
- La no utilización del delantal blanco por parte del médico.
- Adecuación del material de diagnóstico y educación a la realidad mapuche.

Atención clínica

- Atención del enfermo por parte de un médico con conocimientos en cosmovisión mapuche, taxonomía de enfermedades mapuche, *mapuchezugun* (idioma mapuche), epidemiología, gestión en APS, antropología médica y educación en salud.
- También en este espacio participa un auxiliar paramédico mapuche hablante de *mapuchezugun* con conocimientos sobre medicina occidental y medicina mapuche.

Protocolos de atención

Protocolo de primer contacto: se recibe al enfermo y sus acompañantes en su idioma (*mapuchezugun*), saludándolos y extendiéndoles la mano y se les invita a sentarse para luego iniciar la conversación sobre temas generales que tienen que ver con la vida cotidiana y luego sobre el motivo de consulta utilizando palabras simples y algunas palabras claves en *mapuchezugun*.

Protocolo de anamnesis: inicialmente se ofrece al enfermo y su acompañante la posibilidad de dar una versión general de su enfermedad, la cual posteriormente es profundizada por el médico mediante preguntas dirigidas.

Las preguntas en orden secuencial son:

- a) ¿Porqué ha venido a vernos hoy?
- b) ¿Porqué cree qué le ha sucedido eso?
- c) ¿Qué ha hecho para eso?
- d) ¿Cree que esto afecta a su familia y/o a su comunidad?
- e) ¿Qué espera de nosotros?

¹⁹ Ver Helman, 1994 e Ibacache, 1997.

Protocolo del examen físico

El examen físico se realiza siempre de la manera más respetuosa posible, indicando que se va a empezar a examinar. También se utiliza el *mapuchezugun* para identificar partes y órganos del cuerpo en conjunto con el enfermo y su familia.

Si el enfermo desea quedarse solo con el médico, los otros integrantes del equipo de salud presentes deben abandonar temporalmente el espacio.

Es de vital importancia la privacidad y la actitud respetuosa.

La idea es que el enfermo se sienta lo más cómodo posible dentro de un espacio que muchas veces es ajeno a su cultura.

Protocolo de indicaciones terapéuticas y derivaciones

De acuerdo a la anamnesis y examen físico, se acuerda con la persona enferma, su acompañante y/o familia los caminos terapéuticos a seguir.

Estas terapias habitualmente son indicadas en forma de consejos generales sobre auto-cuidado complementando terapias de medicamentos y de hierbas medicinales.

Al interior del espacio clínico se ha implementado una pequeña farmacia con los medicamentos occidentales básicos y los productos en base a yerbas medicinales. Esto ha permitido una mejor comunicación con el enfermo y su comprensión en cuanto a las indicaciones terapéuticas.

Si el caso amerita el enfermo es también derivado a otro agente médico occidental y/o a un especialista mapuche.

También, se entregan consejos para la identificación de síntomas y signos de alarma para evitar complicaciones —consejos bilingües para vivir mejor— y se entregan materiales de educación en español y *mapuchezugun*, (ver anexo B).

Protocolo de derivación a la medicina mapuche

Cuando el acuerdo con el enfermo y su familia es la derivación a algún especialista mapuche existen dos maneras de apoyar este camino.

El enfermo acude por cuenta propia a algún especialista ya sea porque lo conoce o porque alguien se lo aconseja.

El médico junto a algún otro miembro del equipo de salud llevan al enfermo y a su acompañante a la casa de algún especialista mapuche. Allí se realiza un *nüxam* (conversación especial sobre el enfermo) entre el médico y el especialista mapuche lo cual lleva a acordar terapias complementarias y periodicidad de los controles, (ver anexo C).

Protocolo de seguimiento y control

El enfermo puede ser controlado en el mismo espacio clínico y también según el caso, en una visita domiciliaria ya sea solo por el equipo del hospital o en conjunto con algún especialista mapuche.

Atención con enfoque integral de enfermos en la sala de hospitalizados

En el caso de los niños, éstos se hospitalizan junto a su madre o a algún pariente cercano. Lo mismo ocurre con los ancianos y las personas que tienen alguna discapacidad física.

Las visitas a los enfermos están permitidas durante las 24 horas así como también la llegada de algún especialista mapuche, sacerdotes o pastores.

Los enfermos son visitados diariamente por el equipo de salud.

Esta visita comienza con el saludo en *mapuchezugun*, luego se conversa sobre los sueños que los enfermos han tenido, se habla sobre la enfermedad con el enfermo y sus parientes presentes, los exámenes, las derivaciones a seguir y el pronóstico.

Todos los enfermos tienen indicación de agua de yerbas medicinales según su enfermedad, masajes con pomadas de yerbas, consejos kinésicos, etc.

Cuando los enfermos se pueden movilizar pueden participar en algunas acciones del hospital sobre todo en hacer kinesiterapia y psicoterapia a otros pacientes postrados.

Las personas en rehabilitación de consumo de alcohol y/o drogas participan en algunos trabajos administrativos, visitas comunitarias, reuniones de coordinación comunitaria, visitas a especialistas mapuche y conversaciones sobre salud y pensamiento mapuche.

Si el enfermo desea puede también ser visto durante su hospitalización por algún especialista mapuche o puede ser llevado a los hogares de éstos para recibir terapias de complementación.

Capacitación del equipo de salud local y de otros territorios multiculturales

Permanentemente se realizan capacitaciones sobre temas de salud y pensamiento mapuche a partir de los casos clínicos vistos en el policlínico externo o en la sala de hospitalizados.

También se ha implementado un "Curso de Salud y Pensamiento Mapuche" de dos semanas de duración para integrantes de equipos de salud nacionales y extranjeros. En este curso se abordan los temas de historia, cosmovisión, antropología médica, yerbas medicinales, gestión, autonomía y medicina mapuche. Es un curso teórico práctico con visitas a especialistas mapuche y participación en la atención médica de enfermos.

Cabe destacar aquí que la mayoría de los docentes de este curso pertenece al pueblo mapuche, (ver anexo D).

Fortalecimiento de la identidad cultural y la medicina mapuche

La política de salud implementada por la Asociación Indígena para la Salud Makewe-Pelale contempla también el fortalecimiento de la identidad cultural mapuche a través de diseño de proyectos destinados a este propósito.

Hasta el momento se ha apoyado la realización de las ceremonias religiosas propias del pueblo mapuche, la celebración del *we xipantu* (año nuevo mapuche), los *eluwün* (rito funerario mapuche), ceremonias diagnósticas y terapéuticas, aprendizaje del *mapuchezugun*, y trabajo cultural y de salud con las escuelas del sector.

También se están apoyando investigaciones en diferentes aspectos que contribuyan al fortalecimiento cultural.

5. COMPLEMENTARIEDAD EN SALUD ¿ES POSIBLE?

Sara McFall y Jaime Ibacache Burgos

5.1 EL CASO DE VANESA CASTILLO HUICHAPAN

La abuela de Vanesa y su madre contaron como se había accidentado Vanesa, de dos años de edad, cuando salió para jugar y sorprendió a su padre quien estaba trabajando con una hacha. Vanesa se golpeó la cabeza y se cortó con el utensilio. La llevaron al hospital, le suturaron la herida pero se infectó y Vanesa se afiebró y la llevaron a Temuco. En Temuco la trataron por infección y fiebre y se sanó la herida. No obstante, Vanesa no dormía bien y decía que le dolía, pero la familia no entendía porqué. Vanesa lloraba en la noche, se despertaba a gritos y tenía susto.

La abuela y la mamá pensaban que era un encuentro o *xafentun*. La abuela sugirió que la llevaran a la *machi* y hablaron con Francisco Chureo del Hospital Makewe-Pelale quienes con el Dr. Jaime Ibacache Burgos llevaron a la abuela a una *machi* quien vio la orina de la niña y la diagnosticó. La *machi* dijo que había un espíritu en la forma de un perro afuera de la casa que quería llevar a la niña y ella dio un remedio para Vanesa.

Desaparecieron los ruidos en la casa de un día a otro y Vanesa empezó a dormir bien y después ella no ha tenido problemas. El *xafentun* fue una forma de castigo por salir al mediodía cuando no debe salir a jugar.

La abuela nos dijo que hay dos tratamientos, uno para sanar la herida y otro para sanar el dolor; la medicina mapuche sana el alma y purifica. Todas las enfermedades tienen una parte espiritual y por lo tanto hay que tratarlas con una *machi* y con un médico. (Entrevista con Eloisa Millañir, Vanesa Castillo e Irma Huichapan, 8 de agosto de 2000).

5.2 EL CASO DE DAVID LADINO HUINA

David fue llevado al Hospital Makewe-Pelale cuando tenía un año de edad porque respiraba con un estridor laringeo. El matrócn, quien lo atendió, le diagnosticó laringomalacia y cuando después la familia habló con el médico, Dr. Jaime Ibacache Burgos, éste les explicó que David había nacido con la laringe muy blanda y que esto podría resolverse espontáneamente con el tiempo y que si persistía debería ser evaluado por un otorrinolaringólogo. En esa misma oportunidad, el médico sugirió que también podría tratarse de un caso de *konün*, frente a lo cual la madre dijo "¿qué moderna está la medicina *wigka*! Hasta saben de *konün*".

Entonces, además, le llevaron al sector de sus abuelos por parte de la mamá, porque allí vive una señora que saca el *konün*, o sea una *nentukonünche*. Se dieron cuenta que la mamá mataba pollos mientras estaba embarazada y el estridor que tenía el niño se parecía mucho al canto de un pollito. Según la madre, este mal le debe haber entrado al feto durante el cuarto mes de gestación porque antes el niño no está suficientemente desarrollado para tener *konün*.

La *nentukonünche* le dio a David un remedio de yerbas medicinales y le hizo una ceremonia con oraciones y al día siguiente fue a la casa de los abuelos de David y repitió el proceso. Dijo que le

empezará a pasar el *konün* al cuarto día, lo cual así y efectivamente ocurrió. La madre relata esto como "se puso más colorado en la cara y eso significa que está saliendo el *konün* y se fue quitando el canto de pollito". (Entrevista con Ana María Huina y su esposo Juan Ladino, *Ñirrimapu*, 9 de noviembre de 2000).

Estos son casos exitosos de la complementariedad en salud cuando la familia acude al hospital para tratar los síntomas y acude a la especialista terapéutica mapuche, la *machi* u otra para tratar la causa de la enfermedad. Como ya se ha señalado en el capítulo anterior, el hospital participa en cuanto a facilitar la complementariedad en los tratamientos, en recomendar a los usuarios que acudan a una especialista mapuche y llevarlos a los distintos especialistas.

Muchas personas que viven en el sector de Makewe-Pelale mezclan las medicinas mapuche, "occidental" y "popular" y muchos están de acuerdo con el trato y la metodología del Hospital Makewe-Pelale; el *logko* (lit. cabeza, líder socio-político y en gran parte del territorio también religioso del pueblo mapuche), Francisco Ancavil dice que el hospital es el corazón de la comunidad y concuerda con los dos sistemas operando. La *machi* Lucinda Lincoñir y la quebradora de empacho, Rosa Curiqueo hablan de como el hospital les manda enfermos y como ellas usan el hospital para los servicios que ofrece. Dicen que no tienen envidia de la medicina "occidental" y cada vez que no haya remedio a través de la medicina mapuche derivan a sus enfermos al médico *wigka*. También, derivan a la medicina "occidental" cuando, después de encontrar la causa según la etiología mapuche, ellas creen necesario identificar el impacto que tiene la transgresión sobre el cuerpo biológico. Así, la mayoría de las derivaciones es para que se les haga exámenes bioquímicos, radiografías o derivaciones a otros especialistas "occidentales".

***¿Qué es la interculturalidad en salud?*²⁰**

En el territorio Makewe-Pelale se entiende la integralidad y la interculturalidad en salud como una manera en que tanto la gestión como la atención en salud se hacen con una visión mapuche holística, multidisciplinaria, participativa y de complementariedad de modelos médicos en todas las fases del proceso salud-enfermedad.

El modelo del Hospital Makewe-Pelale es un ejemplo de una metodología en salud integral e intercultural, pero el tratamiento y la prevención de las enfermedades escapan al recinto del hospital. El hospital es una parte de un sector geográfico con una larga historia de evangelización y de convivencia, no siempre armoniosa, de cosmovisiones y prácticas en salud. Además, aunque sea en muchos sentidos un hospital autónomo del Estado, la interculturalidad en salud depende mucho de una voluntad política y los recursos financieros del gobierno.

Para ver qué opinan los diferentes actores en la manutención de la salud sobre la interculturalidad y como ven el futuro de la misma, el equipo de investigación está llevando a cabo una serie de entrevistas para examinar cómo se entiende la interculturalidad, no solamente en las comunidades con las autoridades y los especialistas terapeutas mapuche, sino también con las autoridades chilenas, en el Ministerio de Salud y en el Servicio de Salud de la región.

"Están haciendo el hospital como intercultural. Claro que va a haber una mezcla, una ensalada rusa... ¿Cómo veo el hospital yo? Bueno, desde afuera se ve muy lindo pero ¿por adentro? ¡Ahí está el asunto!" Alberto Mena, Pastor Anglicano jubilado.

²⁰ Ver Boccara, 2000; Chihuailaf, 1999; McFall, 1998 y 2000; Oyarce, 1996; Pedersen, 1989.

"Yo estoy de acuerdo con todo menos con la machi. Porque yo veía, yo sentía, yo veo como misionera que antes la gente tenía temor de la machi. Tenía temor porque podría hacer daño, podría hacer bien y mal... La misión empezó el hospital como una alternativa a la salud porque la machi era la única que practicaba medicina." Janet Dolder, enfermera del Hospital Makewe-Pelale.

Como ya se ha señalado en el Capítulo 1, la interculturalidad en salud es una de las prioridades del Presidente de la República en su política indígena, pero nos preguntamos si la interculturalidad es una política que se puede implementar o imponer en los distintos servicios de salud y si la gente opina que la interculturalidad es posible ¿cuáles son los pasos y factores necesarios? Las visiones del presente y futuro en la complementariedad de salud son muy distintas.

"La interculturalidad es un cambio fundamentalmente valórico y de actitudes sobre la cual se construyen nuevas relaciones. Relaciones que están fundadas básicamente en el tema de respeto, de aceptar la diversidad, fundada en una apuesta de futura cooperación. Hay dos que ponen, dos que saben, dos que son capaces de hacer". Margarita Sáez, Coordinadora Proyecto Salud y Pueblos Indígenas, Ministerio de Salud, 21 de agosto de 2000.

"La interculturalidad es posible y una aspiración que tenemos, como institución y yo como persona". Ricardo Celis, Director del Servicio de Salud de la Araucanía Sur, 17 de agosto de 2000.

La *machi* Lucinda Lincoñir tiene otra visión de la interculturalidad: ella ve que un encuentro entre el mundo mapuche y el mundo *wigka* es muy poco posible. Ella entiende la medicina "occidental" y cree que es eficaz en ciertas medidas y por lo tanto manda a sus enfermos a veces al médico. Sin embargo, ella ve que hay muy pocas personas del mundo *wigka* que creen en el trabajo de la *machi*, y en que la *machi* tiene la capacidad de comunicarse con el mundo espiritual y así sanar a los enfermos. La *machi* Lucinda plantea que sin esa fé no habrá encuentro, o sea no habrá una complementariedad verdadera. Otra *machi* cuenta que antes los médicos estaban en contra de la *machi* pero ahora dicen que creen en ella. No obstante, ella sospecha que ellos no creen en "daño" o el "mal".

"Lo importante no es lo que cree el médico, pero lo que cree el usuario". Ricardo Celis, Director del Servicio de Salud de la Araucanía Sur, 17 de agosto de 2000.

Aunque sea difícil que la gente formada en la medicina occidental crea que la *machi* vaya y venga de un mundo espiritual *"sí, pueden ver que la gente que acude a la machi se mejora y que tiene poder de sanación, se puede ver un verdadero respeto para los que saben algo que yo no sé, y que es capaz de producir lo que yo no puedo producir. Aunque no sea tan profundo como uno quisiera, es un logro"*. Margarita Sáez. Coordinadora Proyecto Salud y Pueblos Indígenas, Ministerio de Salud, 21 de agosto de 2000.

"Como no van a creer en la machi. Las machis son buenas". Rosa Curiqueo, Quebradora de Empacho, comunidad Ñirrimapu.

"Yo no creo en la machi, no tengo esa creencia. Si no hubiera visto con mis propios ojos lo del konün, no lo habría creído. Mis padres no creían en la machi, nunca me llevaban donde la machi. Dicen que algunas son buenas". Ana María Huina, Ñirrimapu, 9 de noviembre de 2000.

"Entendemos la interculturalidad desde la perspectiva nuestra, de aceptar, de tolerar y de entender. No pasa por imponer ninguna de las condiciones de creer en uno u otro, pero pasa de

cómo nos entendemos entre las culturas". Carlos González, Seremi, Secretario Regional del Ministerio de Salud para la IX Región, 22 de agosto de 2000.

"Dios dejó a la machi para sanar". Juan Ladino, Ñirrimapu, 9 de noviembre de 2000.

Según la *machi*, la interculturalidad es producto de un proceso personal de ir más allá de entender y aceptar la otra cultura, una postura compartida por pocas de las personas trabajando en el tema. Uno de los que sí cree en una complementariedad más profunda es el Médico Dr. Jaime Neira Rozas, Coordinador del Programa Mapuche del Servicio de Salud Araucanía Sur, quien plantea que si no hay un cambio social más amplio y global, la interculturalidad puede ser una política de dominación, impuesta para facilitar programas estatales y nada más.

"Ya se está haciendo posible, hay avances, ya hay complementariedad, hay horizontalidad, y reconocimiento. Me parece que eso se sustenta con las capacidades profesionales en el equipo que existe, con la organización comunitaria, la organización en el territorio, en el espacio".

"No sé en que medida es posible reproducir eso [la experiencia de Makewe] en otro lugar. Me parece que los elementos que ahí hay, son los que nosotros, como elementos sueltos, estamos intentando impulsar: más capacitados, la organización comunitaria, el territorio". Jaime Neira, Coordinador del Programa Mapuche, Servicio de Salud Araucanía Sur, 17 de agosto de 2000.

Ese cambio social se basa, según el director del servicio de salud, en abandonar el paternalismo y de incentivar más la autogestión en el área de salud.

Del Ministerio de Salud, opinan que hay que involucrar más a los protagonistas locales.

"Makewe-Pelale surgió producto de muchas cosas, no había intervención del Ministerio. De lo que se trata es no ser intervencionista y que la carreta no vaya más rápido que los bueyes", Margarita Sáez.

Como dice el presidente de la Asociación Indígena de Makewe el Sr. Francisco Chureo, la autonomía es fundamental para el desarrollo de un modelo de complementariedad, que las comunidades tengan la iniciativa y control sobre los diseños de programas de salud.²¹ El *logko* está contento con la forma de participación que desempeña el grupo de sabios en todos los aspectos del hospital, tanto administrativos como técnicos y en el diseño arquitectónico del proyecto de un nuevo hospital.

No obstante, no está claro hasta dónde están las autoridades dispuestas a entregar la autonomía a los actores mapuche. Preocupa que el proyecto prioritario del gobierno regional sea la construcción de un nuevo hospital en Puerto Saavedra, el cual va a ser "intercultural" por iniciativa del Estado y no en consulta con las comunidades *Lafkenche* de la costa.

"Hay que evaluar qué quieren los mapuche, si quieren seguir manteniendo su forma de vida ancestral. Mi percepción es que no es así, que ellos están haciendo un tremendo esfuerzo personal para integrarse a lo que nosotros llamamos civilización por lo cual creemos que ellos están perdiendo la paz y tranquilidad que podrían tener pero es parte de la modernidad que tampoco

²¹ Ver Chureo 1999, Le Bot 1997, Reiman 1999.

nosotros podemos negar". Carlos González, SEREMI, Salud Región Araucanía, 22 de agosto de 2000.

"Todos saben del xafentun, algunos no creen en la machi por falta de experiencia; la gente es más civilizada, hay más civilización, creen menos en la machi. Es malo que los evangélicos no creen porque los espíritus malos existen y matan". Eloisa Millañir, Ñirrimapu, 8 de agosto de 2000.

Las dudas acerca de las *machis* se basan en una falta de profundidad, o sea que la interculturalidad no va, y difícil que vaya más allá de un discurso, los médicos y los servicios de salud ya son más consecuentes y respetuosos de la salud mapuche pero no creen en el "mal" o el "daño". Como ya se ha señalado, la etiología mapuche se fundamenta en la transgresión y la intencionalidad, o sea que la causa de las enfermedades siempre es social y moral y muchas veces la enfermedad que surge resulta de un mal mandado por otra persona. Aceptar la eficacia de la *machi*, de ciertas yerbas medicinales y que la gente crea en el "mal" no es suficiente para las *machis*, la interculturalidad pasa por un nivel de fe más profunda en la cosmovisión misma mapuche.

Las políticas del Estado en la interculturalidad en salud son recientes, y se basan en letreros en *mapuchezugun* y en la existencia de personas mapuche que trabajan como facilitadores interculturales en las oficinas de "*Amulzugun*" (lit. transmitir la palabra) en los hospitales y consultorios de la IX Región. Los facilitadores todavía no cumplen el rol que pueden desempeñar; en un caso, trabajan en la oficina de información y en otros trabajan solamente como traductores. No son reconocidos como especialistas en la cultura y cosmovisión mapuche y no son aprovechados por los médicos en una relación de interconsulta. Ricardo Celis, Director del Servicio de Salud Araucanía Sur cree que cumplen un papel muy pobre todavía y los facilitadores no quieren que su trabajo sea solamente hacer que llegue la medicina "occidental" al pueblo mapuche, sino que haya un intercambio y un diálogo real. No obstante, las entrevistas con tres de las *machis* del sector nos demuestra la desconfianza que todavía existe de parte de los agentes de salud mapuche. Algunos piensan que en un mundo ideal, los facilitadores no serían necesarios, porque todos los actores en salud usarían una metodología distinta y la interculturalidad estaría internalizada en todos los aspectos de la sociedad chilena donde hay comunidades indígenas. Es más, si fuera internalizada esa actitud de complementariedad, apertura y credibilidad, las políticas de "interculturalidad" no serían necesarias.

Para que haya un cambio en la mentalidad, además de los cambios en las prácticas de parte de los agentes de salud, se requiere la implementación de nuevas políticas en varios ámbitos.

Aunque sea común de las *machis*, la visión de la *machi* Lucinda del futuro es bastante apocalíptica. Ella ve que vendrán nuevas enfermedades tan graves que ni la medicina mapuche ni la biomedicina serán capaces de tratarlas. Los mapuches ya están descontextualizados culturalmente, ya no tienen los espacios, ni el cementerio, ni los conocimientos para mantener el *az mapu* (normas, costumbres establecidas en un determinado territorio ante lo cual se rigen los grupos que en ellas habitan), las normas que rigen su mundo. La ruptura va a ser tanto que habrán grandes pestes. O sea, detrás de esas palabras hay un mensaje bastante claro: hay que fortalecer la identidad, la autonomía y la territorialidad antes de imponer proyectos parciales de la interculturalidad en salud.

5.2 PROPUESTAS PARA EL FUTURO DE COMPLEMENTARIEDAD EN SALUD

Educación

Sin falta, en todas las entrevistas llevadas a cabo por el equipo, el problema más recurrente en la salud de la gente del sector es el cambio en el estilo de vida, el *ka mogen* (cambio en el estilo de vida). Todas las personas están conscientes de los cambios alimentarios y sugieren varias razones para los mismos. Por ejemplo, la contaminación de los ríos y vertientes, deforestación que hace difícil recolectar plantas y hongos; pero la razón más significativa según los entrevistados es el *ka mogen*. La influencia de la sociedad chilena, las comidas, la necesidad de trabajar en la ciudad y no estar en la casa significan que la gente se alimenta con más harina refinada, con fideos y arroz blanco en vez de locro (de trigo entero). El consumo de azúcar refinada, como por ejemplo el consumo de bebidas gaseosas, golosinas y mate cargado de azúcar, es un factor agresor ya que produce patología bucal, obesidad que determina hipertensión arterial, diabetes etc.

Dado lo anterior, una propuesta actual del hospital es fortalecer la relación con las escuelas del sector para introducir en las mallas curriculares elementos de valorización de la cultura mapuche y conocimientos para vivir mejor (comidas, vestimenta, vivienda, deporte y entretenimiento, arte etc.), esto significa *küme mogen* en *mapuchezugun*.

Ya este proceso ha sido iniciado a través de diálogos entre los niños de las escuelas y los "*Nielukuyfikekimün*". Por otro lado, está en desarrollo un programa radial, llamado *Inatu Kimün* (buscando conocimiento) donde participan sabios de la cultura mapuche y la cultura "occidental" compartiendo visiones sobre distintos aspectos del desarrollo humano.

El costo de las medicinas "occidental" y mapuche

Una de las temáticas del estudio en el sector y una de las preocupaciones más presentes es el costo de la salud. Para los mapuches del sector de Makewe-Pelale, la atención en el Hospital Regional de Temuco es gratuita siempre y cuando cuenten con un certificado extendido por un asistente social. En el Hospital Makewe-Pelale tanto la atención médica como el día de hospitalización tiene un costo del equivalente a US\$2.00 pero si alguien no cuenta con este dinero, es atendido de todas formas. Esta modalidad ha sido acordada con la comunidad, ya que esto representa un aporte al funcionamiento del hospital y además refleja la noción de reciprocidad existente en la cultura mapuche. Para cada cosa que reciben los mapuches, de la tierra, de los antepasados o de otras personas hay que ofrecer algo, aunque sea una moneda o una prenda. Por lo tanto, la Asociación del Hospital y el Consejo de Ancianos "*Nielukuyfikekimün*" implementan una cuota mínima porque plantean que es culturalmente apto.

No obstante, en las entrevistas surgió una duda sobre esta política porque no era claro el sistema de pago. Una familia no entendía por qué le cobran a algunas personas y no a otras. O sea, no sabían que si no tiene con qué pagar, la atención igual se realiza. Lo anterior plantea la necesidad de que la población puede ser estratificada según sus ingresos económicos para así implementar un sistema de mayor claridad y equidad.

En cuanto a la atención médica mapuche, algunos plantean que es muy cara. La disparidad entre el costo de la medicina "occidental", subvencionada por el Estado, y el costo de la medicina mapuche, significa que muchas veces los mapuches acuden al hospital o a la posta rural para solucionar sus síntomas o dolencias, pero no tienen los recursos para tratar la causa y los elementos espirituales, sociales y morales de la enfermedad. Este ha sido el caso con mujeres con el llamado de

ser *machi*, el cual es un proceso largo y caro, quienes no tienen los medios para pagar una *machi*.²² Sus síntomas son definidos como trastornos mentales y a menudo como esquizofrenia y son tratados con drogas o con hospitalización en psiquiatría. El riesgo de negar el llamado a ser *machi* es grave y esto puede llevar a la cronicidad o produce muerte.

Las *machis* plantean que ellas cobran menos que antes. Antes se les pagaba en animales, hasta una yunta de bueyes, pero ahora piden un equivalente menor en dinero. Ellas dicen que tendrían que cobrar más dinero pues deben pagar por las plantas medicinales que no encuentran en su sector. Para muchos el pago significa un sacrificio de parte de la familia, lo cual es necesario para el mejoramiento del enfermo, dado el carácter colectivo del proceso de salud y enfermedad.

¿Sería posible subvencionar la medicina mapuche a través del Estado para los usuarios mapuches? Es una pregunta que a menudo surge, pero no está claro cuál sería el impacto cultural de intervenir en el sistema médico mapuche de esta manera.

Existen en el país algunos dirigentes mapuches que están planteando la posibilidad de que las *machis* puedan atender a través del sistema del Fondo Nacional de la Salud (FONASA), donde también están inscritos médicos occidentales. Esta postura no es compartida por toda la población mapuche.

Por lo tanto, este punto requiere mayor reflexión.

²² Ver anexo B, caso 3.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boccara, G, 2000, Antropología Diacrónica. Dinámicas culturales, procesos históricos y poder político”; en G. Boccara y S. Galindo (eds), *Lógica Mestiza en América*. Temuco: Instituto de Estudios Indígenas, Universidad de la Frontera
2. Castro Venegas, Mario A, sf, Sobre las condiciones medio ambientales en las que se desarrolla la vida de dos comunidades mapuche de la comuna de Padre las Casas, IX Región, Chile. (Inédito)
3. Citarella, L. et al: 1995, *Medicinas y culturas en la Araucanía*; Santiago: Editorial Sudamericana
4. Colombres, Adolfo, 1976, *La colonización cultural de la América Indígena*; Quito, Ediciones del Sol
5. Coña, P. 1984, *Testimonio de un cacique mapuche*. Santiago, Pehuén Editores
6. Chihuailaf, E. 1999, *Recado confidencial a los chilenos*; Santiago, LOM Ediciones
7. Chureo, Francisco, 1999, Asociación Indígena para la Salud Makewe-Pelale. *Primer Seminario Nacional de Salud Intercultural y Políticas Pública*; Santiago, Mideplan, Ministerio de Salud
8. Durán, Teresa, Esperanza Parada y Noelia Carrasco, (eds), 2000, *Acercamientos metodológicos hacia pueblos indígenas*; Temuco, Universidad Católica de Temuco, Centro de Estudios Socioculturales.
9. Helman, C. 1994, *Culture, health and illness: an introduction for health professionals*. Oxford: Butterworth-Heinemann
10. Ibacache Burgos, J. et al: 1993, *People perception on the quality of public health services delivery in the Norte and Ichilo districts of Bolivia*; Roma, Instituto Superiore di Sanità
11. Ibacache Burgos, J. 1997, *La salud, el desarrollo y la equidad en un contexto intercultural* (inédito)
12. Ibacache Burgos, J. 1999, Trayectoria personal de la desconstrucción del objeto indígena a la construcción del sujeto mapuche. *Primer Seminario Nacional de Salud Intercultural y Políticas Públicas*; Santiago, Mideplan, Ministerio de Salud
13. Ibacache Burgos, J y I. Jelves, 1999, *Cómo se vive la enfermedad: un estudio de dolencia en Makewe-Pelale*, (inédito)
14. Ibacache Burgos, J y J. Paluzzi, 2000, *¿Porqué acude la gente al Hospital Makewe?: Un estudio de morbilidad*, (inédito)
15. Kadt, E. y R. Tasca, 1993, *Equidad*; Washington D.C.: OPS/OMS, Serie Salud en el Desarrollo
16. Kalinsky, B & Arrué, W. 1996, *Claves antropológicas de la salud: el conocimiento en una realidad intercultural*; Buenos Aires, Miño y Dávila Editores
17. Kleinman, A: 1980, *Patient and healers in the context of the Culture*; Berkeley: University of California Press

18. Le Bot, Y. 1997, *Subcomandante Marcos: El sueño zapatista*; Barcelona, Plaza & Janés Editores S.A.
19. McFall, S, 2000, *Wajmapu: Territorialidad y Medio Ambiente Mapuche*, (inédito).
20. McFALL, S & Morales, R. 2000, The ins and outs of Mapuche Culture; en Anny Brooksbank Jones y Ronaldo Munck (eds), *Cultural Politics in Latin America*; London, Macmillan
21. McFall, S. 1998, *Keeping identity in its place: Culture and politics among the Mapuche of Chile*. Tesis doctorado en Antropología Social. Universidad de Oxford.
22. O'Neil, J et al. 1999, Community Healing and Aboriginal Self-Goverment. *Aboriginal Self-Goverment in Canada*; Saskatoon, Saskatchewan: Purich Publishing Ltd.
23. Organización Panamericana de la Salud (OPS), 1996, *Hacia el abordaje integral de la salud: Pautas para la investigación con pueblos indígenas*; Washington D.C.
24. Organización Panamericana de la Salud (OPS), 1997, *Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de salud tradicionales: Organización y provisión de servicios de salud en poblaciones multiculturales*; Washington D.C
25. Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Marco estratégico y plan de acción 1999-2002: Iniciativa salud de los pueblos indígenas*; Washington D.C.
<http://165.158.1.110/spanish/hsp/download/indig-marco.pdf>
26. Oyarce, A. 1996, *Una perspectiva antropológica sobre la coexistencia de los sistemas médicos*; (inédito)
27. Oyarce, A, Ñanco, J y Ibacache Burgos J. 1992, *Mapuchemongen*; Temuco, Colegio Médico de Chile, Consejo Regional Temuco. Ministerio de Salud, Servicio de Salud Araucanía
28. Oyarce, A, Ibacache Burgos, J y Neira J. 1996a, *Epidemiología intercultural*; (inédito)
29. Oyarce, A, Ibacache Burgos J y Neira J. 1996b, Reflexiones para una política intercultural en salud; *Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas*. Puerto Saavedra
30. Pedersen, D. 1989, Elementos para el análisis de los sistemas médicos; *Enfoques en APS*. Santiago: Paesmi. Año 3 . N°2
31. Quidel, J y otros. 1998, *Conocimientos y vivencias de dos familias wenteche sobre medicina mapuche*; Temuco, Centro Estudios Socioculturales de la Universidad Católica de Temuco
32. Raiman Huilcaman, Alfonso. 1999. Solo tenemos porciones de tierra, pero no control de un espacio territorial; entrevista en *Liwen* 5: 99-118; Temuko
33. Servicio de Salud Araucanía Sur, 1996, *Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas*. Chile, Saavedra, Región Araucanía.
34. Servicio de Salud Araucanía Sur, 1996, *Salud, cultura y territorio: Bases para una epidemiología intercultural*. Chile, Likanray, Región Araucanía

35. Unda, Alfredo y Alejandro Stuardo, 1996, Expansión forestal en la novena región y desarrollo sustentable; OIT doc 26.

ANEXO A: Mapas

CHILE



Fuente: CIA Handbook

SECTOR MAKEWE-PELALE

PROVINCIA DE CAUTIN, IX REGION



Fuente: Sitio web Servicio Salud Araucanía Sur

ANEXO B: CONSEJOS BILINGÜES PARA VIVIR MEJOR (NGÜLAM KÜME MONGENLEAM)

ASOCIACIÓN INDÍGENA PARA LA SALUD, HOSPITAL MAKEWE-PELALE

Presión alta

Evitar comer: <i>Ikelayaimün tüfachike illal</i> Sal <i>Chadi</i> Carne con grasa <i>ilo yiwínñelu</i> Ají <i>Trapi</i> Café Mate cargado <i>Furre mate</i> Muchos aliños <i>Fentren aliño</i> No tome bebidas <i>kochipulku</i> No tome mucho vino y chicha <i>Putukokelayaeymün fentren pulko ka chicha</i>	Es mejor comer <i>Ikeaymün</i> Carne de pollo, pavo, caballo y pescado <i>ilo achawall, pafu, kawellu, chalwa</i> Verduras y frutas; use aceites vegetales sin colesterol <i>Multrün, Millokin, Pisku, Kako, Tükün, Napor.</i> Es mejor tomar: Mate Lavao <i>Liuken Mate</i> Jugo de frutas <i>Putukokeaymün kochiko fün. Muday</i> Vino tinto de botella 1 copa al día <i>Putukokeaymün fotella kuru pulku, kiñe copa antü</i>	Yerbas medicinales buenas para la presión <i>Kkumeke yerfa lawen</i> Ajenjo, Toronjil Cuyano, Pichi, Natrüng, Alcachofa, Ruda. Coma ajo De estas yerbas tome una taza en la mañana y otra taza en la tarde
--	--	--

Otros consejos

No fumar: ***Putrentukelayaymün***

No pase rabias, duerma bien, pasee mucho por el campo, converse con la familia, visite los amigos y familiares. Diviértase mucho.

Tome siempre sus medicamentos y venga a control: ***küme rupaleaymün***

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CHAFO KUTRAN

REMEDIOS PARA LA FIEBRE (*ALING LAWEN*)

KIÑE

- Tome un puñado de hojas de pelay voqui y lávelas bien. Luego se refriegan en agua hervida fría y se da a tomar un vaso dos o tres veces al día.
- También se puede usar pila pila o maqui

EPU

- En los pichikeche coloque paños mojados en agua tibia en el estómago y en la frente.
- Nunca de aspirinas a los niños.
- Si la fiebre no baja y el niño tiene dificultad para respirar, diarrea, vómitos o movimientos raros llévelo urgente a la posta o al hospital.

JARABES PARA LA TOS (*TRÜFON LAWEN KO*)

KIÑE

- Ponga cuatro hojas nuevas de eucaliptus, cuatro hojas de menta, azúcar quemada, cuatro flores de pika pika y agréguele un litro de agua hervida.
- Tome una taza por cuatro veces al día
- Puliwen, rañi antü, rupan antü, pun

EPU

- Ponga cuatro hojas nuevas de eucaliptus en un litro de agua hervida, agregue una cucharada de miel y cáscara de limón.
- Tome este remedio una taza en la noche antes de dormir.
- Putokoaymi kiñe jarru pun

Resfrío común / <i>Wenche chafó</i>	
¿Cómo se reconoce?	¿Qué hacer?
▪ Tos / <i>Trüfon</i> ▪ Ronquera ▪ Respiración tranquila / <i>Kume Neyetuli</i> ▪ Come bien / <i>Kume yili</i> ▪ <i>Fentren ko merrun</i> ▪ <i>Kafir</i> ▪ <i>Echüyi</i> ▪ Estornudo ▪ <i>Ngañkoy</i> ▪ Decaimiento	- Tratar en la casa ▪ Dar agüitas de yerbas ▪ Alimentación normal ▪ Limpiar nariz con agüita y azúcar ▪ Evitar cambios de Temperatura ▪ Si se transpira no salir al frío ▪ Evitar el humo, gas o parafina ▪ <i>Ruka mew muten lawentunmuy</i> ▪ <i>Püla püla</i> ▪ <i>Pülay</i> ▪ Toronjil con manzanilla ▪ Tilo con limón ▪ Hojitas nuevas de eucaliptus con limón y miel ▪ <i>Lef utretulayay</i> ▪ <i>Entu ropanmulay</i> ▪ <i>Kurüf tulayay</i>

Resfrío complicado / <i>Rume chafolenmu</i>	
¿Cómo se reconoce?	¿Qué hacer?
▪ Silbido al pecho ▪ Fiebre ▪ Dolor oídos ▪ Tos de perro ▪ Respiración rápida ▪ Menos hambre, solo toma agua ▪ Dolor cabeza ▪ Dolor garganta ▪ <i>kaül</i> ▪ <i>aling</i> ▪ <i>kutran pilun</i> ▪ <i>trüfon</i> ▪ <i>matu neyituy</i> ▪ <i>upa yiwelay</i> ▪ <i>kutran lonko</i> ▪ <i>kutran pel</i>	▪ Llevar enfermo a la posta o al hospital ▪ Abrigarse para no pasar frío ▪ Tomar aguas de yerbas ▪ Evitar el humo ▪ Evitar calefacción con gas o parafina ▪ Posta o hospital <i>meu yafimi</i> ▪ <i>Ultuafimi ti che</i>

Neumonía y bronconeumonía / <i>Weda kutran</i>	
¿Cómo se reconoce?	¿Qué hacer?
▪ Tos ▪ Fiebre Alta ▪ Piel morada ▪ Quejido al respirar ▪ Se hunde pecho al respirar ▪ Decaimiento ▪ Se mueve nariz al respirar ▪ No hay hambre ▪ No hay sed ▪ Rume trüfon ▪ Rume aling ▪ Kalfu trawa ▪ Eskeñ ▪ Ufkoni ruku ▪ Rume ngañkoy ▪ Neyitunmu nengumuy yu ▪ Upa yiwelay ▪ Ñelay wuywün	▪ Llevar enfermo a la posta o al hospital ▪ Abrigarse para no pasar frío ▪ Tomar aguas de yerbas ▪ Evitar el humo ▪ Evitar calefacción con gas o parafina ▪ Posta o hospital <i>meu yafimi</i> ▪ <i>Ultuafimi ti che</i> ▪ Consulte urgente en posta o al hospital ▪ Usar ropa suelta para respirar mejor ▪ Estar sentado para respirar mejor ▪ Salir abrigado ▪ <i>Felele yefemafimi hospital mew</i>

ANEXO C: EJEMPLOS DE APLICACIÓN DEL MODELO INTEGRAL DE SALUD EN HOSPITAL MAKEWE-PELALE

CASO 1

- Nombre: I.C.M.
- Sexo: Masculino
- Edad: 31 años
- Domicilio: Sector Plom Makewe.

Antecedentes mórbidos:

- 1987: Sarna.
- 1984: Picadura araña párpado superior.
- 1997: Mialgias y calambres muslo derecho.
- Diciembre 1997: Faringitis aguda, herpangina.
- Diciembre 1998: Cefalea, hipertensión?
- Abril 1999: Trismus, absceso amigdalano. hospitalización en Makewe-Pelale. Dado de alta tras cinco días de tratamiento.
- Octubre 1999: Cólicos intestinales.

Dolencia o enfermedad actual:

- Consulta en policlínico externo, Hospital Makewe-Pelale el día 25 de octubre de 1999.

¿Porqué ha venido usted hoy?

- “Vengo porque siento una inflamación del corazón y por una hinchazón en vacío del estómago hace dos semanas. El corazón trabaja muy rápido”.

¿Porqué cree usted que le sucedió esto?

- “Esto fue por un gas de la tierra que entró al cuerpo y se fue al corazón”.
- “Yo estaba trabajando con la pala haciendo un hoyo en la tierra cuando siento que algo me sube. Era un lugar con un *geh*. Es una enfermedad llamada (lit. fuerza) *Mapu* (lit. tierra, forma de expresar un espacio determinado en el universo) *Kuxan* (lit. enfermedad).
- El enfermo es examinado y se constatan signos vitales normales y examen físico normal. Se indican: Vitaminas, yerbas medicinales (romero) y se deriva a una *machi*. Se cita a control en un mes.
- Vuelve a control el día 26 de noviembre de 1999.
- Se siente mejor pero continúa con algunas molestias.
- Fue la *machi* quien diagnosticó *newen* (lit. fuerza) *mapu* (lit. tierra, forma de expresar un espacio determinado en el universo) *kuxan* (lit. enfermedad) producido por un *geh*.
- (En el lugar que él trabajaba con la pala haciendo un hoyo era un lugar sagrado y el *geh* o “dueño del lugar” actuó sobre él).
- La *machi* le indicó tomas de yerbas medicinales por cuatro días y control en hospital para efectuar exámenes.

- En esta consulta se le indican exámenes de laboratorio básicos (hemograma- VHS y EKG) y continuar tratamiento con la *machi*.
- El día 30 de noviembre de 1999 vuelve a control con exámenes normales.
- Ya se siente mejor, no siente inflamación al corazón ni taquicardia.
- Continúa en tratamiento con vitaminas y en control con una *machi*.

CASO 2

- Nombre: A.H.M.
- Sexo: Masculino
- Edad: 29 años
- Domicilio: Sector Loncoche Plom

Enfermedad o dolencia actual:

- Consulta el día 2 de agosto de 2000 en policlínico externo.

¿Porqué ha venido usted hoy?

- “Vengo porque me siento decaído, con angustia y con zumbido de oídos desde hace mas o menos 10 días”

¿Porqué cree usted que le pasa esto?

- “Tengo mucho pensamiento, tengo malos sueños”
- “Un amigo me invitó a un asado a su casa y yo salí de noche y al día siguiente comencé a sentir como un miedo”

¿Qué ha hecho usted para esto?

- “Entré a la iglesia evangélica y un tío hizo una oración por mí, también un yerbatero hizo un sahumero en mi casa”.
- “Como no me mejoraba fui a ver a una *machi* que me dijo que era una aire malo de campo que me había tomado, *xafentun*, y me dio remedios de campo *baweh* (término que se refiere a la medicina, o los medicamentos ya sean éstos hierbas u otros componentes) que las *machis* o *bawehtuchefe* dan a los enfermos y me dijo que viniera también al hospital para un examen médico”.
- El examen físico del enfermo es normal, se conversa con él y se insta a que siga su tratamiento con una *machi* y se indican vitaminas para fortalecer el cuerpo.
- Vuelve a control un mes después y esta bien sin problemas.

CASO 3

- Nombre: R.H.M
- Sexo: Femenino
- Edad: 56 años
- Domicilio: Plom Makewe

Antecedentes ficha clínica:

- Enero 1993: Relata desorientación de la cabeza, con cefalea, sin mareos. Indicación: penicilina sódica + penicilina benzatina, dipirona S.O.S.
- 12 de agosto de 1995: Se queja de cefalea, no responde a preguntas simples. Su hermano relata que es madre soltera con un hijo de 20 años, “siempre sufrió de algo en la mente”. Examen físico: amigdalitis catarral, palidez de piel, dolor estomacal. Se indica: Dipirona im por una vez; espamolíticos 1x2 veces, hemograma y orina completa.
- Hemograma del 16 agosto 1995: Leve desviación a izquierda con VHS de 55.
- 29 de agosto de 1995: Cefalea parietal derecha, polialgia, anorexia, tos. Se piensa en TBC dado la VHS de 55. Se piden Rx Tx, baciloscopia, cultivo de koch.
- 6 de septiembre de 1995: Rx Tx sin lesiones, BK (-)
- 5 de noviembre de 1995: Paciente con problema psiquiátrico, diagnóstico: oligofrenia, Se indica : interconsulta a psiquiatría.
- Diciembre de 1996, diagnóstico neurosis, cefalea crónica tensional. Se indica piroxicam, polivitamínicos.
- Abril 1997: diagnóstico: retardo mental.
- Noviembre de 1997, Cefalea hace 5 años, con alteración del comportamiento leve por retardo mental leve o privación sociocultural (escolaridad 4º básico), madre refiere que su hija no es normal, se levanta tarde y no ayuda en la casa.
- Diagnóstico: obs neurosis, obs psicosis, obs retardo mental leve, indic. metamizol IM y paracetamol 1 S.O.S.
- Marzo 1998: cefalea tensional
- Mayo 1998: RM leve, cefalea crónica
- Agosto 1998: cefalea crónica.

Consulta actual:

- 26 de abril de 1999:
- Llega acompañada de su madre.

¿Porqué vienen a consultar?

- “Traigo a mi hija porque tiene un dolor de cabeza y pérdida de fuerzas desde hace 20 años”.

¿Porqué cree usted que le pasa esto a su hija?

- “Ella tuvo un *Perimontun* (acto de ver elementos o situaciones no cotidianas, no conocidas en un espacio y tiempo determinado, manifestación física de los seres espirituales que existen en la naturaleza o de un espacio determinado). Vio un gallo rojo al ir a buscar agua a una vertiente. Luego del cual comenzó con un dolor de cabeza que la vuelve loca”.
- “Ella tiene llamado de ser *machi*, un *Kisu Kuxan* (su abuela era *machi*).

¿Qué han hecho para esto?

- “La llevamos a la *machi* y le hizo un *machitun* el año 1998 después del cual se siente mejor. La *machi* le dijo que tenía que aceptar el llamado de ser *machi*, pero ella no quiere”. (La madre dice que además no tienen dinero para hacer la iniciación.)
- El examen de la enferma es normal, se indica interconsulta a neurología, dipirona o paracetamol en caso necesario y se aconseja iniciar búsqueda de recursos para la iniciación de *machi*.
- No ha vuelto a control.

CASO 4

- Nombre: J.P.H.
- Sexo: Masculino
- Edad: 64 años
- Domicilio: Comunidad Hueche, sector Pelale.
- Enfermedad actual: (resumen efectuado por el médico)
- Consulta el día 1 de septiembre de 2000.
- Enfermo presenta cifras tensionales elevadas con signos de parálisis facial derecha y *logoftalmo* ojo derecho.
- Se explica la enfermedad y el tratamiento a seguir por su hipertensión arterial tanto en dieta, medicamentos y kinesiterapia. Se aconseja también visitar a una *machi* pues el enfermo cree que además de la hipertensión también podría ser un mal que le han hecho (*Ünfitun*) o por un pasmo.
- Vuelve a control en cinco días presentando cifras de presión arterial aún elevadas. Su parálisis facial está en disminución leve. Aún no acude a la *machi*. Se indica agregar otro medicamento antihipertensivo, visitar a una *machi* y control en una semana.
- Vuelve a control el día 15 de septiembre de 2000 con cifras tensionales normales, mucho mejor de su parálisis facial.
- El enfermo relata que acudió a una *machi* quien indicó *baweh* (yerbas medicinales) para ayudar a bajar la presión, masajes faciales con una piedra llamada *xalkan kura* (piedra del rayo), compresas de *palki* con grasa de chanco en la zona facial y continuar en tratamiento con médico en el hospital.
- Actualmente el enfermo se controla con una *machi* y en el Hospital de Makewe-Pelale.

CASO 5

- Nombre: E.L.Ll.
- Sexo: Femenino
- Edad: 8 años
- Domicilio: Molco

Enfermedad actual:

- Niña que comienza en forma brusca el día 17 de noviembre de 2000 con diarrea líquida, con mucosidades, sin sangre. Además con muchos vómitos, decaimiento y fiebre. Consulta al día siguiente en el Servicio de Urgencia en Temuco donde se diagnostica una gastroenteritis y se indica viadil en gotas, antibióticos y dieta.
- Como continuara igual es traída ese mismo día al Hospital de Makewe-Pelale.
- El día domingo la madre y la familia sospechan que la niña tiene un empacho y traen a un especialista en empacho (que vive en el sector del hospital), quien le quiebra el empacho en una ceremonia realizada en la misma sala de hospitalización.
- El día lunes 20 la niña está en mejores condiciones, sin vómitos, sin fiebre y sin diarrea. La madre relata que inmediatamente después de quebrársele el empacho ella no presento más diarrea ni vómitos. La causa de la enfermedad fueron unas frutas verdes que la niña comió.

ANEXO D: CURSO SALUD Y PENSAMIENTO MAPUCHE

ASOCIACIÓN INDÍGENA PARA SALUD MAKEWE-PELALE

HOSPITAL MAKEWE-PELALE

Primera semana

- Llegada de los participantes.
- Recepción por el Directorio de la Asociación Indígena para la Salud Makewe – Pelale.
- Lugar: Hospital Makewe-Pelale.

Primer día:

- Presentación del Hospital Indígena y Asociación Indígena para la Salud Makewe-Pelale.
- Encuentro con el personal y recorrido por el hospital y el policlínico externo.
- Encuentro con directorio de la asociación.
- Entrevista con Logko de la comunidad.
- Conversación con la comunidad y el personal del hospital respecto de la situación social, económica y sanitaria del territorio.
- Presentación de datos epidemiológicos locales y comparación con cifras regionales y nacionales.

Docentes: Francisco Chureo, Rosalino Moreno, Abel Chureo, Juan Epuleo.

Segundo día:

- Pasado y presente del pueblo mapuche.
- Los mapuches frente a la conquista y colonización: resistencia, adaptación y cambios socioculturales.
- Los mapuches en la República de Chile: radicación, legislación indígena y organizaciones.
- Los mapuches en la actualidad: situación sociodemográfica, relaciones con el Estado y construcción de la autonomía interna.

Lugar: Hospital Makewe-Pelale

Docentes: Pablo Marimán, Ruben Sánchez Curihuentro, Eugenio Alcamán.

Tercer día:

- Antropología médica mapuche.
- Medicina y cultura: coexistencia entre modelos médicos y relación médico-paciente (un enfoque general).
- Cosmovisión y sincretismo religioso mapuche.
- Etnocategorización de enfermedades y concepción de la persona.
- Proyección de videos sobre medicina tradicional en contexto de contacto cultural.
- Cultura material mapuche y expresiones artísticas (música, baile, canto).

Lugar: Hospital Makewe-Pelale

Docentes: José Quidel, Sara McFall, Jaime Ibacache Burgos, Domingo Carilao.

Cuarto día:

Trabajo de campo

- Visita a las comunidades de Makewe.
- Recorrido por lugares importantes de la comunidad.

Docentes: Francisco Chureo y Rosalino Moreno.

Quinto día:

- Atención de pacientes con equipo multidisciplinario y reunión clínica intercultural.
- Participación en la atención médica del policlínico externo.
- Participación en la atención médica de las personas hospitalizadas.
- Análisis de casos tipos.
- Análisis de casos tratados el día anterior.

Lugar: Hospital Makewe-Pelale

Docentes: Margarita Trangol, Jaime Ibacache Burgos.

Segunda semana

Primer día:

Trabajo de campo

- Atención de pacientes con equipo multidisciplinario.
- Participación y atención médica del policlínico externo.
- Participación y atención a personas hospitalizadas.
- Discusiones de los casos tratados.

Lugar: Hospital Makewe-Pelale

Docentes: Margarita Trangol y Jaime Ibacache Burgos.

Segundo día:

Trabajo de campo

- Uso y manejo de plantas medicinales y encuentro con agentes médicos tradicionales.
- Presentación teórica de las plantas medicinales de mayor uso en la región.
- Análisis químico de las plantas medicinales.
- Preparados fitoquímicos.
- Formas de reproducción de las plantas medicinales.
- Visitas y trabajos con especialistas tradicionales (yerbateras, componedores, santiguadores, etc.)

Lugar: Comunidades de Makewe

Docentes: Ana María Conejeros, Celestino Chureo, Rosa Curiqueo, Segundo Lincoñir.

Tercer día:

Trabajo de campo

- visitas a *machis* (*chamanes* mapuche).
- Visitas y entrevistas a diferentes *machis* del territorio.
- Análisis comparativo de casos clínicos entre trabajadores de la salud occidental y especialistas tradicionales de la comunidad.

Lugar: Comunidades de Makewe

Docentes: Machi Elena Pinchulaf, Machi Juan Huentemil.

Cuarto día:

Trabajo de campo

- Otras experiencias de salud intercultural en la región.
- Presentación del Programa de Salud con Población Mapuche del Servicio de Salud Araucanía Sur.
- Entrevistas y trabajo con facilitadoras interculturales en salud de los hospitales y consultorios regionales.
- Entrevistas y trabajo con monitores o promotores comunitarios de salud.

Lugar: Temuco y comunidades mapuches de la región de la Araucanía.

Docentes: Facilitadores interculturales, equipo ProMap.

Quinto día:

Balance, discusión y conclusiones

Lugar: Hospital de Makewe-Pelale.

ANEXO E: TÉRMINOS DE REFERENCIA

- 1) Preparar un estudio de caso: Análisis de la situación actual de la articulación de la medicina indígena con el sistema de salud institucional del área (del gobierno, ONGs, otros servicios) en una comunidad indígena específica. Ver anexo con posibles esquemas para el documento.
- 2) Revisar los documentos estudios de casos de las diferentes comunidades de la Región, identificando los aspectos relevantes particulares y comunes en relación a tres de los siguientes puntos:
 - La cosmovisión indígena en materia de salud
 - Agentes de medicina indígena y su rol en la comunidad y su utilización
 - Servicios de salud disponibles en la comunidad y su utilización
 - Políticas nacionales sobre medicina tradicional y sus agentes
 - Articulación entre los dos sistemas, lecciones aprendidas
 - Otros aspectos importantes en la promoción de la medicina indígena en la atención primaria de la salud
- 3) Discutir su análisis durante el Taller sobre Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud

ESQUEMA PARA LOS ESTUDIOS DE CASO EN PUEBLOS INDÍGENAS SELECCIONADOS

- 1) Introducción
 - Antecedentes históricos
 - Selección de las comunidades
 - Descripción de la comunidad
- 2) Marco Conceptual
- 3) Condiciones de Vida y Salud
 - Aspectos sociales, culturales, y económicos: Perspectiva histórica
 - Principales problemas de salud
- 4) Sistemas y servicios de salud en la comunidad
 - Sistema de referencia: Nivel primario, secundario, terciario
 - Recursos humanos
 - Población indígena y acceso a los servicios de salud institucionales

- Factores socioculturales relacionados con la demanda de los servicios de salud por parte de la población indígena
 - Información, educación, y comunicación para la salud
 - Elementos para la evaluación de la provisión de servicios de salud en áreas indígenas: calidad, acceso, participación social, equidad
- 5) Diferencias en la interpretación de la salud y de la enfermedad en las culturas indígenas y en la medicina institucional
- 6) Sistemas de salud indígenas
- Concepto de salud y enfermedad
 - Orígenes de la enfermedad de acuerdo a la medicina indígena
 - Curación, prevención, promoción, rehabilitación: Perspectiva indígena
 - Procesos de diagnóstico y tratamiento de la medicina indígena para las enfermedades más comunes
 - Procesos de curación
 - Terapeutas tradicionales: Roles y tipos
 - Tipos de terapias tradicionales usadas en la medicina indígena
 - Espíritus principales y secundarios
 - Influencia afro-caribeña en la medicina indígena
 - Posición del Ministerio de Salud con respecto a la medicina indígena
 - Marco legal para la medicina indígena en el país
- 7) Resoluciones internacionales que involucran a la medicina indígena, intercambios a nivel internacional
- 8) Implicaciones para un nuevo modelo de salud en las comunidades indígenas
- Justificación y fundamentos
 - Principios
 - Objetivos
 - Desarrollo de estrategias
 - Modelos de sistema de referencia
 - Primer Nivel
 - Segundo Nivel
 - Tercer Nivel
 - Sistema de financiamiento
 - Implementación del modelo
 - Población indígena y proveedores de salud: Una interacción hacia el bienestar de la población

- Sensibilización: una aproximación entre las dos prácticas médicas
- Promoción de la participación comunitaria
- Introducción de las perspectivas culturales y de género
- Capacitación
- Características de los participantes
- Dinámica en el desarrollo de los programas o actividades de capacitación
- Contenido temático
- Fase de fortalecimiento
- Indicadores de proceso e impacto
- Seguimiento y evaluación

9) Consideraciones finales

10) Anexos

11) Referencias bibliográficas

ANEXO F: PRONUNCIACIÓN Y GLOSARIO

CLAVE DE PRONUNCIACIÓN

- A = como la a española
- Ch = como la ch española.
- Z = como la z española. En algunas zonas se realiza como la d del español, pero con la punta de la lengua entre los dientes.
- E = como la e española.
- F = como la f española. En algunas zonas se realiza como una v, es decir, labiodental.
- G = sonido que se articula con la lengua en el velo del paladar (un poco más atrás que la ñ). No equivale a la g española.
- I = como la i española.
- K = como la c española antes de a, o, u, o como la q antes de e, i.
- L = como la l española.
- B = como una l, pero con la punta de la lengua entre los dientes.
- J = como la ll del español de Castilla. En algunas zonas rurales del sur de Chile se conserva y se distingue de la y.
- M = como la m española.
- N = como la n española.
- H = como la anterior, pero con la punta de la lengua entre los dientes.
- Ñ = como la ñ española.
- Q = como la g española que se encuentra entre vocales, menos marcadas.
- O = como la o española.
- P = como la p española.
- R = como una r simple, pero con la punta de la lengua doblada hacia atrás. Muy parecida a la r del inglés. Nunca será como la doble r del español.
- S = Muy parecida a la del español, aunque con mayor tensión y articulada con la punta de los dientes contra los alvéolos.

- T = muy parecida a la del español, aunque un poco más atrás (alvéolos en lugar de dientes)
- T' = como la del español, pero con la punta de la lengua entre los dientes.
- X = corresponde a un sonido que se articula como el grupo tr en el castellano coloquial de Chile. No equivale a t+r española.
- U = como la u española.
- Ü = como la u española, pero con los labios estirados como cuando se articula i.
- W = como la w del inglés. Semejante a la pronunciación de los diptongos que comienzan con u del español. Después de vocal acentuada se pronuncia como la u española.
- Y = cuando antecede a vocal suena como la y española, aunque más suave. Después de vocal acentuada suena como i.
- SH = en algunas ocasiones aparece una letra sh supernumeraria que se utiliza para marcar el tono afectivo o cariñoso. Suena como una ch más fricativa (arrastrada).

GLOSARIO

Amulzugun: Lit. transmitir la palabra.

Ayjarewe: Literalmente, nueve rewe. Organización socio-política, religiosa, territorial mapuche.

Az Mapu: Normas costumbres establecidas en un determinado territorio ante lo cual se rigen los grupos que en ellas habitan.

Az: Concepto complejo que encierra una serie de dimensiones como lo físico, tangible, intangible, lo ético, lo normativo, lo estético.

Baweh: Término que se refiere a la medicina, o los medicamentos ya sean estos hierbas u otros componentes que las *machis* o *bawehtuchefe* preparan para los enfermos.

Bawehtuchefe: Lit. persona que se dedica medicinar a las personas.

Chaliwün: Acto de saludarse entre las personas.

Che: Concepto mapuche de persona.

Digüeñes: Hongos que salen en los árboles nativos denominados Hualles. En mapuzugun: Ñegüm.

Eluwün: Rito funerario mapuche.

Fuñapwe: Nombre de las porciones que se les da a las personas con la finalidad de intervenirlos psicofísicamente, hasta con resultados de muerte si no es tratado a tiempo.

Gehko: Dueño espiritual del agua.

Gempiñ: Líder espiritual que en ciertos espacios territoriales dirige los ceremoniales socioreligiosos mapuche.

Gijatun: Ceremonia socioreligiosa mapuche que se desarrolla en épocas de primavera e inicio del verano, (germinación) que tiene la connotación de pedir o rogar por los tiempos venideros.

Gijatuwe: espacio en donde se realiza el ceremonial socioreligioso denominado *gijatun*.

Gütamchefe: Persona que se dedica a corregir las fracturas o luxaciones de las personas y en algunos casos animales.

Inakon: Lit. que se adhiere a la dirección que un objeto se mueve. Enfermedad que padecen ciertas personas cuando alguna fuerza se adhiere a su trayectoria.

Ka mogen: cambio en el estilo de vida

Katutos: término castellano de Mülxün, pan de trigo cocido.

Konün: Lit. entrar. Efecto deformativo, enfermedad que experimentan los niños desde el vientre materno y se manifiesta una vez nacido.

Kümelkalen: Lit. estoy bien. Acción de responder a una pregunta en el pentukun.

Kuxan: Lit. enfermedad.

Logko: Lit. cabeza. Líder socio-político y en gran parte del territorio también religioso del pueblo mapuche.

Machi: Persona que se dedica a la medicina mapuche. Consejera social, cultural, espiritual.

Mapu: Lit. tierra. Forma de expresar un espacio determinado en el universo.

Mapuchezugun: La lengua mapuche. El habla mapuche.

Mawiza: monte

Menoko: espacio con agua y sedimentos lo cual permite una abundante vegetación acuática que se usan como componentes medicinales.

Muzay: Bebida mapuche a base de trigo, maíz o quinoa.

Newen: Lit. fuerza.

Nüxam, Güxam: Lit. conversación. Tema de conversación, ideas que se expresan en un momento determinado.

Pentukun, pentukuwün: Acto posterior al saludo en donde se pregunta acerca del estado de la persona, su familia, comunidad entre otro.

Perimontun: Acto de ver elementos o situaciones no cotidiana, no conocidas en un espacio y tiempo determinado. Manifestación física de los seres espirituales que existen en la naturaleza o de un espacio determinado.

Pijañ Kushe: Autoridad religiosa mapuche que dirige los rituales en la parte oriental del territorio mapuche.

Püjü: Término que corresponde a una dimensión no material, etéreo de las personas.

Püñeñelchefe: Persona dedicada a asistir los partos y embarazos de las mujeres.

Rewe: Término complejo que según el contexto poseen significados diferentes. Podemos entregar dos antecedentes. a) un madero tallado con facciones humanas y peldaños que todas las *machis* poseen en frente de sus viviendas. b) Se dice de los elementos que simbolizan la unidad de un grupo determinado y/o la organización socio-política religiosa.

Rumekagen mew ta az mapu: cuando transgredimos el *az mapu*.

We xipantu: Año nuevo mapuche. We Xipan aht'ü la nueva salida del sol, Wiñoy Xipantu, El regreso del sol, el regreso del año.

Weza felen: Lit. estar en malas condiciones. Poseer una mala calidad de vida. No vivir como se quiere.

Xafentun: Lit. encontrarse. Acto de encontrarse con alguna fuerza en un sitio determinado y a raíz de ello se cae enfermo.

Yuyo: Yerba comestible y medicinal (*Brassica campestris*)

Zuguwün: Hablarse.