



Escuela de Trabajo Social Malvina Ponce de León

**Prácticas y uso de la Medicina Ancestral Mapuche en Cesfam
Santo Tomás y San Rafael de la comuna de La Pintana a través
del centro de Salud Mapuche “Kintu Rayen”**

**Tesis para optar al Título de Trabajador Social y Grado de Licenciado en Trabajo
Social.**

Profesor Guía: Verónica Valenzuela Mesina

Alumnas: María Emilia Hueichaqueo Epulef

Elizabeth Andrea Marín Fonseca

Santiago de Chile, 27 Enero 2020

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer al amor generoso, a la amistad constante y a la confianza de las personas que siempre han expresado un apoyo, colaboración consejo en el proceso de este trabajo.

Muchísimas gracias a todas y todos ellos.

DEDICATORIAS

En reconocimiento al Pueblo Nación Mapuche, a los saberes ancestrales y sus autoridades tradicionales, a la machi Carmelita Huenchul, al lonko Jose Epulef, agradecer los valores y enseñanzas de mi madre Magdalena Epulef Kennedy la matriarca de la familia, a la paciencia y amor de mis hijos Pedro, Felipe, Nawel y Ayelen, agradecida de cada persona que ha sido parte de mi vida laboral, social comunitaria y universitaria.

Se nace para cumplir los sueños en la vida que nos toca vivir.

María Emilia Hueichaqueo Epulef.

Esta tesis la dedico con todo mi amor a mi compañero de mi vida Julio Huerta Campos y a mis hijos Martin y Julián quienes han sido importante en este camino incluso con momentos tristes y turbulentos, gracias por tu amor y comprensión y por sobretodo creer en mi, además quiero agradecer a mis padres Elizabeth Fonseca F. y Segundo Marín R. por su amor incondicional, por sus consejos día a días para terminar esta etapa de mi vida, Julián hijo de mi arcoíris gracias por venir a mi vida a entregarme una enseñanza y experiencia en mi vida ,estuviste en esta tierra demasiado breve ,fue suficiente para grabar tu recuerdo en mi corazón, partiste justo en el proceso de esta tesis pero me diste la motivación y la energía para cumplir con felicidad esta etapa de mi vida.

Elizabeth Andrea Marín Fonseca

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	2
DEDICATORIAS	2
RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I. ANTECEDENTES GENERALES	7
1.1 JUSTIFICACIÓN	7
1.2 El Planteamiento del Problema	10
Objetivos Específicos	12
Pregunta del Problema	12
1.4 Limitaciones del Estudio	12
CAPITULO II FUNDAMENTACIÓN DEL MARCO DE REFERENCIA	13
2.1 Antecedentes de las Políticas Públicas de Salud y Pueblos Indígenas	13
2.1.1 Programa de Salud Intercultural	15
2.1.2 Medicina Intercultural y Modelo de Atención en Salud.	20
2.2.1 El Pueblo Mapuche: Antecedentes Generales.	25
2.2.2 La Cosmovisión Mapuche.	29
2.2.2. La Salud y la Medicina Mapuche: Sus Actores y Significados.	31
Contexto Territorial: La Comuna de La Pintana.	38
2.3.1 Programas de Salud Intercultural Mapuche en el territorio	41
2.3.2 Centro de Salud Mapuche “Kintu Rayen”	48
2.3.2.1 Cesfam Santo Tomás	58
2.3.3.2. Cesfam San Rafael	62
2.4 Marco Teórico o Referencial.	64
2.4.1 Teoría de la Interculturalidad	64
2.4.2 Derechos Humanos y Pueblos Indígenas	68
2.5 Trabajo Social e Interculturalidad	71
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	74
3.1. Metodología de la Investigación	74
3.2. Universo y Muestra	74
3.3. Tipo de Muestreo	76
3.4. Técnicas de Producción de la Información	77
3.4.1. Entrevistas en Profundidad	77

3.4.2. Calidad del Diseño y Condiciones Éticas.....	77
3.4.3. Protocolo de la Entrevista.	78
3.5. Técnicas de Análisis.....	79
3.5.1. Definición de categorías.....	80
Ámbito 1: Espacio Terapéutico.....	80
Ámbito 2: Prácticas Medicinales.	81
CAPÍTULO IV. RESULTADOS.....	83
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES.....	96
BIBLIOGRAFÍA.....	100
ANEXO N°1.....	102
PAUTAS DE ENTREVISTAS	102
ANEXO N°2.....	105
GLOSARIO	105

RESUMEN

La presente tesis busca comprender la construcción de significados de la medicina Mapuche en cuanto a sus prácticas medicinales y espacios terapéuticos en el marco de la política de salud intercultural; para ello se consideró situar la investigación en la comuna de La Pintana, específicamente, en los centros de salud familiar Santo Tomás y San Rafael y, se interpretó el discurso narrativo de usuarios del sistema de salud pública y funcionarios de los mismos centros.

En esta situación dialógica emergen relatos y/o experiencias que asocian la salud al buen vivir, comprendido como un estado de equilibrio entre las personas, la naturaleza y la divinidad, que, al transgredirse, genera enfermedad.

La restitución de la salud desde la medicina tradicional implica creer en el mensaje del Machi como una autoridad tradicional ancestral y seguir sus indicaciones desde la primera atención, el tratamiento con apoyo de la familia y la comunidad que vela por la medicina mapuche, pertinente a la cultura y a las tradiciones, con el fin de manifestar y realizar ceremonias ancestrales, obteniendo una sanación espiritual mediante las prácticas de la medicina originaria.

Palabras Claves: Salud, vida, Interculturalidad, Mapuche, Buen Vivir, Modelo Médico.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación tendrá un contenido de respeto y reconocimiento a las diferencias culturales de nuestro país, en especial a los pueblos indígenas, quienes mantienen sus propias manifestaciones y ceremonias ancestrales, con especial consideración al respeto de sus autoridades espirituales de sanación.

Desde la mirada del Trabajo Social, es importante valorar y desarrollar criterios interculturales en el trabajo de intervención, en concordancia a lo señalado, y por eso, desde nuestra disciplina aportaremos al pleno derecho que tienen los pueblos indígenas a las prácticas y usos de la medicina ancestral mapuche del área de salud de la comuna de La Pintana.

Desde la perspectiva de la identidad y territorio se tomaron testimonios a los funcionarios(as) y usuarios atendidos por el modelo médico con pertinencia cultural que se atienden en el programa de salud indígena en la comuna de La Pintana, a modo de construir procesos y desarrollo del trabajo y reflexionar en torno del concepto de interculturalidad.

Como estudiantes tesistas de Trabajo Social de la Universidad Miguel de Cervantes, podemos tener presente la caracterización que presenta Viscarret, quien afirma:

El Trabajo Social humanista respeta la diversidad, la pertenencia etnia, la cultura, los estilos de vida y de opinión, denuncia las formas de violencia y discriminación, rechaza la estandarización y el modelamiento del ser humano, respetando la capacidad de acción y de elección de éste, impulsando la cooperación, el trabajo comunitario y la comunicación. (Viscarret Garro J.J, s.f.)

Por último señalar la relevancia que tiene para los pueblos indígenas, la validación desde el Ministerio de Salud, un modelo de salud intercultural para el área de la salud pública y, en especial, para la atención primaria, una herramienta que facilite el desarrollo de aptitudes que permitan identificar y aplicar conceptos orientadores para generar calidad en la atención de los usuarios y, dar a conocer a los funcionarios de la salud una nueva perspectiva de su entorno social, reconociendo la interculturalidad como parte de nuestra sociedad.

CAPÍTULO I. ANTECEDENTES GENERALES

1.1 JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con la Organización de Naciones Unidas se ha estimado que hay aproximadamente 370 millones de indígenas en el mundo, distribuidos en al menos 90 países. Existe una enorme diversidad de lenguas, culturas y tradiciones entre los pueblos indígenas y, es común encontrar que en gran parte de estos países persisten desigualdades en el estado de salud de las poblaciones indígenas en comparación con las poblaciones no indígena, mientras que Brasil, Chile. (Naciones Unidas, s.f.)

Nicaragua, Paraguay y Colombia presentan las más bajas tasas de participación. Respecto a la población indígena total de América Latina, el 82% se encuentra concentrada en México, Guatemala, Perú y Bolivia; en cuanto al resto de países, el Salvador, Costa Rica, Paraguay se evidencia la más baja presencia de poblaciones indígenas, y en Nicaragua donde la participación individual no supera el 1% (Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial, s.f.)

En América Latina hay alrededor de 400 grupos indígenas que representan aproximadamente 37 millones de personas. De acuerdo con los diferentes censos realizados en distintos países, Guatemala, Bolivia, Costa Rica y Perú concentran las poblaciones indígenas más numerosas respecto a la población total de cada país.

En el marco de los esfuerzos que desarrollan los países y pueblos de las Américas para alcanzar la equidad, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha implementado acciones sistemáticas en materia de salud y pueblos indígenas en cumplimiento de las diferentes resoluciones y en referencia al convenio 169 de la O.I.T., sobre pueblos indígenas.

En nuestro país, la Ley Indígena 19.253, reconoce la existencia de agrupaciones humanas que existen en el territorio nacional desde tiempos precolombinos y que conservan manifestaciones culturales propias. La política de nuevo trato con los pueblos indígenas (Centro de Documentación Mapuche), apunta al reconocimiento de la particularidad de cada pueblo indígena en Chile al igual que el convenio 169, el cual señala al respecto, que, a través de la intervención de los pueblos, se asegure que en

las políticas, los programas o proyectos que deben adoptarse por el Estado estén plasmadas las prioridades de desarrollo de tales pueblos, que los proyectos prioricen el mejoramiento de la vida de los mismos, y que no se afecte su integridad. (Centro de Documentación Mapuche)

El mejoramiento de las condiciones de vida, de trabajo, del nivel de salud y educación de los pueblos interesados, con su participación y cooperación, deberá ser prioritario en los planes de desarrollo económico, de acuerdo a la Declaración Universal de los Derechos Indígenas, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Los conceptos indígenas de salud y curación, en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), remiten a lo siguiente:

La salud se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta definición va más allá del paradigma biomédico occidental tradicional, que trata el cuerpo, la mente y la sociedad como entidades distintas y, refleja un concepto más holístico de la salud. Los pueblos indígenas tienen un concepto similar de la salud, pues el bienestar es la armonía entre los individuos, las comunidades y el universo. (Sotomayor Ochoa G)

Los sistemas curativos tradicionales y la atención biomédica occidental coexisten en todas las regiones del mundo, pero los sistemas tradicionales tienen una función particularmente vital en las estrategias curativas de los pueblos indígenas. Según las estimaciones de la Organización mundial de la Salud (O.M.S), al menos un 80% de la población de los países en desarrollo utiliza los sistemas curativos tradicionales como principal fuente de atención sanitaria. (Garay, 2016)

No asegurar la igualdad, fomentar la discriminación manifiesta o implícita transgrede uno de los principios fundamentales de los derechos humanos y está a menudo en el origen de una salud de mala calidad. En consecuencia, la discriminación de minorías étnicas, religiosas y lingüísticas de los pueblos indígenas y de otros grupos marginados

de la sociedad constituye un factor causal y potenciador de la pobreza y la mala salud.

En el área de la salud, el Ministerio respectivo, busca avanzar hacia el reconocimiento de los agentes de salud indígena y a la construcción de un quehacer pertinente en relación a las tradiciones de los pueblos indígenas. Así, asume la Interculturalidad en Salud como un proceso de cambio cultural hacia el reconocimiento de la diversidad de modelos médicos, destacando la necesidad de avanzar hacia la construcción colectiva de un modelo de salud con enfoque intercultural, con mayor participación de los pueblos indígenas en su planificación, desarrollo y práctica.

En este marco de orientación, el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (P.E.S.P.I), se ha extendido a 26 servicios de salud a lo largo de todo el país, cubriendo demandas tanto de población que reside en los territorios ancestrales, como aquella que se ha visto en la necesidad de migrar a centros urbanos y que siguen manteniendo sus pautas culturales respecto del cuidado de su salud, enfermedad, medio ambiental y buen vivir.

Conocer cómo las políticas públicas están diseñadas e implementadas de acuerdo a las demandas de la sociedad civil e indígena es un imperativo ético y político en una democracia plena y participativa; se aspira con ello a conseguir cambios positivos para la organización, nuevas formas de relación, consolidación de la solidaridad, reflexión acerca de cómo mejorar permanentemente la relación social y la eficacia de los recursos humanos y económicos con que se cuenta para impulsar estrategias de un nuevo modelo social comunitario y territorial.

Desde la carrera de Trabajo Social los desafíos que conlleva la intervención y protección social hacia y desde diferentes perspectivas de análisis, como también poner de relieve la inclusión social, igualdad de condiciones, diversidad cultural, entre otros, hace que la discusión sea un tema de vital y necesaria importancia en un enfoque basado en los derechos humanos, aportando y contribuyendo a una forma de pensamiento y reflexión imprescindible para los tomadores de decisiones y, que permita que la ciudadanía y los pueblos indígenas sean protagonista de su propio futuro.

1.2 El Planteamiento del Problema

Es importante comprender cómo se ha implementado la salud mapuche en el territorio urbano, cómo se ha vinculado este con la salud pública en la comuna de La Pintana, específicamente comprender este proceso desde la experiencia de los usuarios, Machi, y los profesionales de los centros de salud. Desde allí, será necesario visualizar los cambios y transformaciones que la medicina mapuche realiza a través del desarrollo de las prácticas en esta comuna.

Se ha de considerar que las prácticas ancestrales se vinculan a ciertas características naturales del entorno; en el presente, estas prácticas se ven alteradas en un “nuevo” contexto de urbanidad caracterizada y compuesta por elementos socioculturales diferentes con otros espacios naturales: la cordillera, espacios históricos, espacios de reserva natural como el río Clarillo y Cerro Blanco, Cerro Renca y el Cerro de Quilicura, entre otros. En este sentido, será necesario indagar sobre el modo de aplicación de la medicina mapuche, así como también, comprender la relación de interculturalidad dada en la práctica médica.

La presente investigación busca comprender y explicar cómo se manifiesta la medicina mapuche, respondiendo a las interrogantes sobre qué sucede y/o cómo es aplicada la interculturalidad desde la mirada de salud donde la consideración del hábitat sea necesario para tener un buen vivir, asumiendo toda la naturaleza que comprende el suelo, subsuelo y todo el sentido espiritual propio de los pueblos indígenas; esto conlleva al **küme felen**, (el estar bien), *el mapu (madre tierra) o tierra dicen los mapuche, no nos pertenece, nosotros pertenecemos a la tierra.* (Ñanculef. Juan)

El **Newen** (fuerza o energía de la tierra), influye en la salud a diferencia de **kuxan** (la enfermedad), que afecta a las personas o seres humanos cuando su entorno o el **weza felen** (estar mal) se imponen. Así nace la idea en el mapuche **kimün** (del saber mapuche), de que no todo está permitido; se debe andar con cautela en el planeta tierra

Ante un nuevo contexto urbano, en consecuencia, resulta muy relevante profundizar acerca de la resignificación de las prácticas medicinales mapuche y sus procesos de adaptación, resignificación y resistencias, desde la visibilización de estas prácticas en el centro de salud mapuche “**Kintu Rayen**” de la comuna de La Pintana.

1.3 OBJETIVOS

Objetivo General

- Comprender el espacio terapéutico de la medicina ancestral mapuche en el centro de salud “**Kintu Rayen**” y el desarrollo de sus prácticas medicinales en los Cesfam Santo Tomás y San Rafael de la comuna de La Pintana en el marco del modelo de salud intercultural.

Objetivos Específicos

- Identificar las prácticas medicinales desde la Cosmovisión Mapuche del centro de salud “**Kintu Rayen**” desde la perspectiva de sus usuarios y Machi.
- Conocer la percepción del Machi acerca de la adecuación del espacio terapéutico en que desarrolla sus prácticas medicinales en los Cesfam Santo Tomás y San Rafael de la comuna de La Pintana en el marco del modelo de salud Intercultural.
- Identificar, el modelo de salud Intercultural, las prácticas medicinales mapuches en los Cesfam Santo Tomás y San Rafael de la comuna de La Pintana desde la perspectiva de sus usuarios, profesionales de la salud y Machi.

Pregunta del Problema

- Mediante la investigación se busca saber **¿Cómo han sido los procesos de adaptación, re significación y resistencias de la práctica médica mapuche en el actual contexto urbano e intercultural en el centro de salud mapuche “Kintu Rayen” de la comuna de La Pintana?**

1.4 Limitaciones del Estudio

El estudio de tesis está delimitado a los centros de salud familiar Santo Tomás, San Rafael y centro de salud intercultural y medicina mapuche “**Kintu Rayen**” de la comuna de La Pintana de la región metropolitana, por lo tanto, sus hallazgos no son generalizables a otros centros de salud intercultural ni aplicables a los espacios terapéuticos de otros machi y comunidades con distintas dinámicas sociales.

CAPITULO II FUNDAMENTACIÓN DEL MARCO DE REFERENCIA.

2.1 Antecedentes de las Políticas Públicas de Salud y Pueblos Indígenas

El Ministerio de Salud, en el año 2003, inicia un proceso de construcción de política pública dirigida hacia los pueblos indígenas, reconocido en la Ley Indígena 19.253, impulsada por la comisión ministerial constituida para este efecto y con la participación de diferentes divisiones del Ministerio y del Fondo Nacional de Salud (F.O.N.A.S.A), representando por primera vez en la historia democrática del país, un marco de políticas en materia para el sector de salud a nivel nacional.

Por una parte, se inicia la formulación de la política, como sus principios, propósitos, objetivos y las estrategias a llevar a cabo en las áreas de la gestión sanitaria y como principal desafío la construcción de un modelo de salud público, donde la equidad, la interculturalidad y la participación son los ejes de reconocimiento de la diversidad cultural del país.

Al abordar la situación de salud de los pueblos indígenas en Chile, se establecen estrategias para un diagnóstico inicial en los diferentes niveles del sistema de salud público; conforme a lo anterior, se toman datos demográficos y sociales de los pueblos indígenas. Como consecuencia de ello, se revisan las demandas en salud y acceso a los servicios, la oportunidad del acceso, la situación epidemiológica y, finalmente, la situación ambiental y saneamiento básico.

La formulación de la política de salud y pueblos indígenas en Chile se sitúa en el marco político, legal, el contexto histórico y los tratados internacionales firmados por el Estado, donde el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y tribales y la Organización Mundial de la Salud (Indígenas), claramente fueron un desafío para un Estado que hasta ese momento no contaba con un marco legal específico o jurídico para la Interculturalidad en salud.

De acuerdo a lo anterior, se fundamenta una política intercultural reconociendo que ningún sistema médico puede satisfacer todas las demandas en salud y enfermedad, reconociendo la existencia de especialistas tradicionales en el mundo indígena. Estas

consideraciones permiten visualizar que el enfoque intercultural en salud es una nueva forma de entender las dinámicas culturales de los pueblos, se reconoce la diversidad y se aporta al cambio cultural de la política pública con pertinencia (Felipe Hasen Narváez,2012).

Como resultado de lo antes señalado, se visibiliza la realidad de la migración originaria que están organizadas a través de asociaciones y comunidades indígenas que habitan en la urbanidad, identificados como pueblos indígenas urbano o **warriache** (gente de la ciudad), incorporando la medicina tradicional, nuevas figuras indígenas con el fin de facilitar la comunicación e información hacia los usuarios/ as de pueblos indígenas. Se trata de una serie de transformaciones políticas y culturales, que enfrentan dos saberes médicos (el ancestral y tradicional), con el objetivo de potenciar el acceso y la práctica de la medicina mapuche a través de la atención, diagnóstico, tratamiento, preparación de los remedios (**lawen**), las ceremonias de sanación como el Machitún, fuchotun, etc., manifestaciones tradicionales propias de los pueblos indígenas, que reducen las brechas en relación a la población indígena y el centro de salud familiar.

La interculturalidad en salud, considera de acuerdo a la política de salud y pueblos indígenas (Alarcón, 2018) las siguientes consideraciones:

- Integralidad en el concepto de salud-enfermedad; es la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida. En atención primaria (A.P.S) se considera que la resolución de estas atenciones es alrededor del 90%.
- Sistema de salud incluyente, abierto, que reconoce, respeta y aplica concepciones y prácticas de salud de otras culturas, teniendo una mirada holística acompañando a cuidar a las personas en todas sus dimensiones, es decir, en la dimensión física, intelectual, social, emocional, espiritual y religiosa.
- Oferta de servicios regular, equitativa y con pertinencia cultural siendo un conjunto de valores, tradiciones, símbolos, creencias y modos de comportamiento que funcionan como elemento cohesionador dentro de un grupo social y que actúan como sustrato para que los individuos que lo forman puedan fundamentar su sentimiento de pertenencia

- Personal de salud calificado y sensible a las necesidades de salud de la población obteniendo las capacitaciones necesarias para abordar sistemáticamente la diversidad y problemática local en materia de salud, en la que hoy en día existe como situación negativa que afecta el bienestar de los individuos y de la población.

Colaboración entre sistemas médicos oficial e indígena, siendo sus principales características:

- **Voluntad:** Es tener la capacidad para decidir con libertad lo que se desea y lo que no.
- **Reconocimiento Mutuo:** Se reconoce el acto o la distinción que expresa una felicitación o un agradecimiento.
- **Interacción:** Se conoce como acción, relación o influencia recíproca entre dos o más personas o cosas.
- **Aprendizaje Mutuo:** Brinda la oportunidad de determinar las buenas prácticas de los distintos Estados miembros y aprender de ellas.
- **Reciprocidad:** En antropología cultural, forma informal de intercambio de bienes y servicios.
- **Horizontalidad:** Es práctica o propuesta organizacional que implica desarrollar o incentivar un poder de decisión o de participación más o menos igualitario entre los individuos que conforman una organización. La horizontalidad es opcional para una organización y busca una mayor interacción en el grupo para potenciar el liderazgo y la innovación.
- **Cooperación:** En este proceso generalmente se emplean métodos colaborativos y asociativos que facilitan la consecución de la meta común.

2.1.1 Programa de Salud Intercultural

En los antecedentes y situación de los pueblos indígenas en Chile se reconoce a los pueblos Alacalufe (Kawashkar), Atacameño, Aymara, Colla, Diaguita, Mapuche, Quechua, Rapa Nui, Yámana (yagán). En el registro de su población, en los últimos 10 años, se observa una sostenida auto identificación de la población indígena en el país, desde un 6,6% del total, (692.192 habitantes en 2002), a un 9,1 % del total, (1.565.915

habitantes) de la población que declara pertenecer a un pueblo indígena en 2013,

siendo el pueblo mapuche mayoritario con un 84,4 % del total, seguido por los pueblos Aymara 7% y Diaguita 3,2% en el norte del país. (Fernández, 2018)

Del total de la población indígena del país, un 74% de la población corresponde a población urbana y un 26% rural, reforzando la tendencia regional de acuerdo a la distribución geográfica, la mayor cantidad de población indígena se concentra en las regiones Metropolitana de Santiago (29,9%), Araucanía (19,8%) y Los Lagos (13,4%).

La presencia más significativa de población indígena, en relación al total de población, según región, es La Araucanía (32%) en el sur y Arica Parinacota, en el norte (31,5%) seguidos por las regiones de Aysén (26,5%), Los Lagos (25,8%) y Los Ríos (22%). (Fernández, 2018)

Respecto del nivel socioeconómico, las últimas cuatro versiones de la encuesta de caracterización socioeconómica (CASEN) demuestran un descenso sostenido en la pobreza en la población indígena, aunque las brechas entre indígena y no indígena persistan; para 2006 la incidencia de la pobreza era un 60% más elevada entre la población indígena, 44% respecto de la no indígena con un 28%; en tanto, en 2013, la brecha fue un 70% mayor, siendo una incidencia de un 23,4% para la población indígena y un 13,5% para la población no indígena. (Fernández, 2018)

Respecto de la pobreza multidimensional mientras que un 31% de la población indígena se encuentra en dicha situación de pobreza, ésta alcanza a 19,3% en los no indígenas. Respecto de la dimensión educacional, si bien Chile tiene tasas de analfabetismo de las más bajas de la región 4,2% en el año 2002, las brechas se evidencian según composición étnica. Mientras para la población indígena encontramos un 5,0% de analfabetismo, esta proporción se reduce a un 3,6% para la población no indígena. (Fernández, 2018)

Por otro lado, la cobertura de los servicios de salud para la población indígena es en su mayoría pública por medio del Fondo Nacional de Salud (F.O.N.A.S.A) donde se inscriben la mayoría de la población, 87,3%, concentrándose en los grupos A y B el 65,6%, que corresponden a personas sin ingresos corrientes e ingreso mínimo

respectivamente. Según la encuesta CASEN correspondiente año 2013, el porcentaje de hogares con presencia de niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años es de un 57,2% para hogares con presencia indígena, mientras que la población no indígenas la presencia de niña, niño y adolescentes (N,N y A), es de 48,5% para el mismo año, situación que se invierte para presencia de adultos mayores sobre 60 años, siendo un 39,2% para hogares no indígenas y un 34,1% de hogares indígenas que mantienen presencia de adultos mayores, es decir, que la población indígena posee una estructura poblacional más joven y menos envejecida que la no indígena.

En la legislación nacional en materia de salud y pueblos indígenas, en Chile, se promulgó el año 1993 la Ley n° 19.253 sobre “Protección, fomento y desarrollo de los indígenas y se crea la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena” (C.O.N.A.D.I), que reconoce la existencia de los nueve principales “etnias” indígenas antes señaladas y establece en su artículo 1° que:

Es deber de la sociedad en general y del Estado en particular, a través de sus instituciones respetar, proteger y promover el desarrollo de los indígenas, sus culturas, familias y comunidades, adoptando las medidas adecuadas para tales fines y proteger las tierras indígenas, velar por su adecuada explotación, por su equilibrio ecológico y propender a su ampliación.

Sobre la participación social indígena señala en particular en su artículo N° 34 que “los servicios de la administración del Estado y las organizaciones de carácter territorial, cuando traten materias que tengan injerencia o relación con cuestiones indígenas, deberán escuchar y considerar la opinión de las organizaciones indígenas que reconoce esta ley” (Ministerios. Planificación y Cooperación)

En términos generales, es importante señalar que en Chile entró en vigencia desde el año 2009, por le, y el Convenio 169 de la Organización Interamericana del Trabajo (O.I.T) de los pueblos indígenas y tribales en países independientes, donde entre otros se establece el derecho a consulta de los pueblos indígenas cada vez que se prevean medidas legislativas o administrativas susceptibles de afectarles directamente (art. 6) y en particular en su artículo 25 establece en el campo de la salud:

- Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.
- Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.
- El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.

La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país. Asimismo, Chile posee legislación y normativa específica en el campo de la salud que establece derechos de los pueblos indígenas a participación y pertinencia cultural en la provisión de servicios de atención, prevención y promoción de salud en particular para dicha población y que son aplicables a la programación nacional y local en salud:

- **La Ley 20.584 (2012)**

Regula los Derechos y los Deberes que tienen las Personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud, establece, en su artículo 7, la obligación de los prestadores institucionales públicos en los territorios de alta concentración de población indígena como se indica a continuación:

Asegurar el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos indígenas a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, lo cual se expresará en la aplicación de un modelo de salud intercultural validado ante las comunidades indígenas, el cual deberá contener, a lo menos, el reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y las prácticas de los sistemas de sanación de los pueblos indígenas; la existencia de facilitadores interculturales y señalización en idioma español y de pueblo indígenas que corresponda al territorio, y el derecho a recibir asistencia religiosa propia de su cultura.

- **La “Ley de Autoridad Sanitaria Nº 19.937” (2004),**

En su art. 4, establece que “El Ministerio de Salud tendrá, entre otras, las siguientes funciones: N° 16 “Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena”.

- **El “Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud” (2005),**

En el art. 21, señala entre las funciones del Ministerio de Salud son “formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud, permitiendo y favoreciendo la colaboración y complementariedad en salud para obtener resolución integral y oportuna de sus necesidades de salud en su contexto cultural”.

En tanto, el mismo reglamento, en el artículo 8 letra (e), establece facultades del Director del Servicio, afirmando que:

Deberá programar, ejecutar y evaluar en conjunto con los integrantes de la Red y con participación de representantes de las comunidades indígenas, estrategias, planes y actividades que incorporen en el modelo de atención y en los programas de salud, el enfoque intercultural en salud.

2.1.2 Medicina Intercultural y Modelo de Atención en Salud.

Comprender la medicina intercultural supone un proceso desde donde los pueblos indígenas se relacionan horizontalmente con la medicina tradicional u occidental, definición que recientemente ha sido complementada al sumar el entorno natural dentro de la noción de bienestar, pese al amplio horizonte contenido en el concepto de salud, se trata de una construcción teórica circunscrita a la visión del ser humano definido por el método científico, donde la enfermedad es determinada por un cuadro diagnóstico basado en síntomas físicos ordenados y clasificados según una terminología específica. El punto de inflexión está en el término bienestar, que “claramente implica connotaciones valóricas y políticas, lo que hace que se convierta en un concepto vago desde el punto de vista médico, que es justamente el que quiere expresar” (Pérez Soto, 2012)

Así, el campo biomédico consiste en un saber especializado donde convergen clases sociales, políticas y económicas. Se trata de un saber oficial que implica poder y en sentido inverso, poder que produce saber.

La definición planteada por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) (2006) , señala: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. El modelo de atención en salud, en el sector público, está siendo desarrollado en la atención primaria en promoción, prevención de la salud, método intercultural para la salud desde un punto de vista cultural, y la incorporación de facilitadoras/es interculturales quienes tienen en sus funciones facilitar la atención de los usuarios indígenas a las diferentes especialidades del centro de salud familiar en las regiones. La principal característica es favorecer el respeto entre ambos sistemas de salud, promoviendo la complementariedad, mejorar la situación de salud y

medio ambiental, satisfacer necesidades, de acuerdo a su cultura, lengua materna y social, fortaleciendo la participación de los pueblos indígenas en programas y proyectos de construcción de hospitales, disminuir las brechas de la inequidad. He allí una clara diferencia de los modelos médicos: la biomedicina se guía por principios curativos, en tanto la medicina mapuche es de índole preventiva.

El modelo de atención en salud con enfoque intercultural, está identificado a los espacios territoriales, incorporando la pertinencia cultural de los pueblos indígenas, donde el sistema tradicional debe adecuar sus sistemas a las características culturales, a los agentes de sanación ancestral y ceremonias. (Publica). A partir del año 2007 el ministerio de salud (M.I.N.S.A.L), instruye la incorporación de una pregunta de auto identificación étnica en los registros de egresos hospitalarios; este dispositivo aún no se implementado efectivamente en los registros regulares, lo cual redundando en ausencia de información sistemática disponible para la planificación en los niveles nacional, regional y local. Ante esto, el ministerio de salud se ha planteado como desafío incluir en los registros regulares de ingreso y diagnósticos de situación de salud la desagregación de datos según género, grupo etario y pertenencia a pueblo indígena. No obstante, desde el año 2003 el Ministerio de Salud ha implementado una serie de investigaciones epidemiológicas en las regiones de Tarapacá, Arica Parinacota, Antofagasta, Los Ríos, Bío-Bío , Araucanía, Los Lagos y Magallanes en los años 2006, 2007, 2009 a, b y c, 2010; MINSAL, 2011 y 2012; MINSAL, 2012 a y b, 2013 las que han arrojado diversas inequidades en los niveles locales y de servicios donde el ministerio de salud reconoce no haber impactado aún en programaciones de acciones de prevención y atención de salud para reducir las brechas a pesar de la existencia de normativas vigentes en el año 2015 .

Estos estudios encargados por el MINSAL han identificado brechas regionales en los niveles de servicios de salud en indicadores clave como mortalidad infantil, donde, por ejemplo, el riesgo de morir antes de cumplir un año en niños mapuche cuadruplica el de los no mapuche en la provincia de Chiloé y lo septuplica en el área de cobertura del servicio de salud de Reloncaví (2013).

En el caso de las niñas, niños mapuche residentes en el área de cobertura del Servicio

de Salud Bío Bio tenían un 140% más de riesgo de morir antes de cumplir un año que los no mapuche durante el trienio 2002- 2003; y en el trienio 2004-2006, los niños mapuche tenían un riesgo 310% mayor, respecto a los no mapuche (2011), en tanto en la Región de La Araucanía, especialmente en las comunas de la zona costera, se constata que los niños indígenas tienen un 250% más riesgo de morir antes de cumplir un año que los niños no mapuche (RR 3.5) (Minsal, op.cit:12).

Un estudio comparado sobre la situación de salud de los pueblos indígenas en Chile (Minsal, 2016) en base a la serie de investigaciones epidemiológicas antes señaladas que abarca muestras en 11 Servicios de Salud identifica indicadores seleccionados tales como mortalidad general por grupos de edad donde identifica que las niñas y niños indígenas menores de 5 años tienen 2,6 veces más riesgo de morir que los niños no indígena⁵; riesgo que aumenta a 3,6 entre los 5- 9 años; y que alcanza los niveles más críticos entre los 20-24, estrato de edad en que los indígenas tienen un riesgo 3,4 veces más elevado (ibíd.).

La situación global de Chile en la denominada transición epidemiológica involucra también a los indígenas en el aumento de mortalidad por causas del Sistema Circulatorio, así como por Cáncer en segundo lugar, y las muertes por causas externas donde la población indígena obtiene mayores índices, al menos en los 11 servicios bajo estudio; al respecto, señalan que:

En el área estudiada, tal como ocurre con la mortalidad general, son los hombres pertenecientes a pueblos indígenas los que presentan el mayor riesgo de morir por enfermedades cardiovasculares (ECV), alcanzando una tasa de 247,8 por 100.000, en que muy por debajo de esta cifra, las mujeres indígenas exhiben la segunda tasa más alta (177,2 por 100.000); se sitúa, luego, la tasa en hombres no indígenas (172,4 por 100.000); y por último, las mujeres no indígenas con la tasa más baja (119,4 por 100.000). En términos de riesgo relativo, esto implica que los hombres indígenas tienen un 40% más riesgo de morir por esta causa que sus congéneres no indígenas; brecha que se amplía entre las mujeres (ibídem).

En este cuadro diagnóstico, resulta pertinente señalar que las acciones de sensibilización a los funcionarios de la salud pública han estado enfocadas en capacitaciones, talleres, diplomados en Salud Intercultural y Medicina Ancestral, con el fin de mejorar las cifras mencionadas.

Marco Legal Nacional e Internacional que sustentan al programa de Salud Intercultural y Medicina Mapuche.

- **Ley Indígena 19.253:** Es quien establece las normas sobre la protección, fomento y desarrollo indígenas.
- **Convenio 169, de la O.I.T:** Es el convenio de la Organización Internacional del Trabajo sobre pueblos indígenas y tribales.
- **Declaración Universal de los Derechos Indígenas:** Declaración que fue aprobada por la Asamblea General el jueves 13 de septiembre, con 144 votos a favor, 4 en contra y 11 abstenciones.
- **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales:** Fue adoptado por la asamblea general de la organización de las naciones unidas el 19 de diciembre de 1966, suscrito por Chile el 16 de septiembre de 1969.

Es del caso considerar también, en el marco regulatorio nacional, algunas disposiciones de la Subsecretaría de Salud que se exponen a continuación:

Subsecretaría de Salud, Norma General Administrativa N° 16, Sobre Interculturalidad en los Servicio de Salud (exenta N° 261, Santiago 28 de abril 2006)

- La necesidad de avanzar en la pertinencia cultural, interculturalidad y complementariedad en materia de salud se fundamenta en las siguientes premisas, que han podido constatarse:
- Las diversas culturas indígenas existentes en el territorio nacional han conservado a través del tiempo sus manifestaciones culturales propias en las que sus sistemas de salud, en particular, constituyen uno de sus aspectos más relevantes.

- Un sistema de la salud es un conjunto articulado de representaciones y creencias, con las que cada pueblo interpreta la salud, la enfermedad, el dolor y la muerte del organismo humano, lo que determina sus formas de prevenir y curar las enfermedades, mitigar o eliminar el dolor, restituir la salud y prolongar la vida.
- Los sistemas de salud de las culturas indígenas lo conforman conocimientos y procedimientos que se ajustan a sus prácticas y costumbres propias y no han recibido un reconocimiento formal en el sistema jurídico chileno.
- La salud, en la visión de los pueblos indígenas, no es solamente un buen estado físico de las personas, sino que también armonía con el entorno visible e invisible, constituyendo la salud y el bienestar un equilibrio dinámico que incluye interacciones con los procesos de la vida y la ley natural que gobierna el planeta, todos los seres vivos y la comprensión espiritual. El Estado de Chile, de conformidad con las normas legales vigentes y tratados internacionales promulgados como ley de la República, se encuentra en el deber de respetar, reconocer y proteger los sistemas de salud de las culturas indígenas.
- El ministerio de salud en el marco de los acuerdos adoptados en relación al informe de la comisión verdad histórica y nuevo trato con los pueblos indígenas y de la política de nuevo trato, asumió el compromiso de efectuar el reconocimiento expreso de la validez de los sistemas de salud de los pueblos indígenas de Chile.

2.2.1 El Pueblo Mapuche: Antecedentes Generales.

Los movimientos migratorios indígenas hacia los sectores urbanos, se inicia en los años treinta y cuarenta del siglo XX, fenómeno caracterizado, principalmente por mujeres indígenas en búsqueda de una mejor calidad de vida, que inician sus labores en casas particulares, como cuidadoras de niños, creando una dinámica social y cultural a estos nuevos espacios territoriales, lo que llevó al Estado chileno a explorar nuevas formas de integración y buena convivencia, como forma de fortalecer la Institucionalidad, contextualizando el concepto del Mapuche Urbano. Desde que comienza la migración:

Se inicia la formación de familias mapuche y familias mixtas en las ciudades; fueron reconstruyendo su territorio de manera que se fueron conformando extensos troncos familiares y fueron dando forma a verdaderos espacios para el buen vivir **lofche** (familia) y territoriales en la ciudad. También podemos agregar en las generaciones posteriores a nuestros ancianos que comenzaron a viajar y vivir largos periodos invernales en la urbanidad; de manera natural se fueron traspasando conocimientos en las grandes reuniones familiares, las prácticas y creencias socioculturales que provienen de nuestra familia de origen, conocimientos de las generaciones anteriores, cumpliéndose de este modo en las zonas urbanas la transmisión oral de la cultura de generación en generación, favoreciendo de esta manera la protección, desarrollo, tradiciones y costumbres al interior de las familias extensas, Las familias Indígenas urbanas, han sido capaces de incorporar a la sociedad, hijos con conocimiento Intercultural y, en algunos casos, con dos idiomas, castellano y lengua maternal. (Imilan, 2008)

En la década del 80, en forma coincidente con el ocaso de la dictadura militar, algunas organizaciones mapuche, aimara y rapa nui, levantaron un conjunto de demandas para proteger sus derechos vulnerados, en particular sus derechos a la tierra, así como exigir el establecimiento de una nueva relación con el Estado que incluyera: el reconocimiento de la diversidad originaria y cultural, la participación de sus representantes en la conducción de la política indígena del estado, la protección legal de sus tierras y aguas, la entrega de tierras fiscales o de tierras particulares adquiridas por el Estado y el apoyo de desarrollo económico y cultural de sus pueblos y comunidades.

Con el retorno a la democracia en Chile se inicia un diálogo que lleva a suscribir en el año 89, al “Acuerdo de Nueva Imperial”, entre los principales logros se encontraba la creación de una Comisión Especial de Pueblos Indígenas (C.E.P.I), encargada de trabajar el proyecto de ley indígena y que fuera reafirmado por el congreso de pueblos indígenas, celebrado en 1991; el proyecto de reforma constitucional, como forma de reconocimiento jurídico de los pueblos indígenas y como un país pluriétnico y pluricultural; el proyecto de ratificación del convenio 169 de la (O.I.T) sobre pueblos indígenas y tribales y, por último, el proyecto de ratificación del convenio que crea el Fondo de Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América y el Caribe. (Pluricultural).

En la perspectiva de género en los años 90` comienzan a surgir con fuerza las asociaciones indígenas en las zonas urbanas, principalmente en la región metropolitana, lideradas en su mayoría por mujeres indígenas, quienes asumiendo su rol histórico de mantener, proteger, desarrollar y traspasar el conocimiento indígena a las nuevas generaciones, han llevado a cabo una permanente demanda por políticas públicas con pertinencia cultural y fortalecimiento de la identidad a las nuevas generaciones nacidas en la ciudad. (Epulef, 2013).

La promulgación de la Ley indígena en 1993 (Ley 19.253), pasó a ser el único marco jurídico que reconocía la existencia de los pueblos y del cual se tomaban acciones concretas de protección en el país. La ley indígena en su artículo 1º dice que:

El estado reconoce que los indígenas son los descendientes de las agrupaciones humanas que existen en el territorio nacional desde los tiempos precolombinos, que conservan manifestaciones étnicas y culturales propias siendo para ellos la tierra el fundamento principal de su existencia y cultura. El estado reconoce como principales pueblos indígenas de Chile a: la Mapuche, Aimara, Rapa Nui o Pascuense, la de las comunidades Atacameñas, Quechuas y Collas del norte del país, las comunidades Kawashkar o Alacalufe y Yámana o Yagán de los canales australes y Diaguita. La existencia de los pueblos indígenas es valorada por el estado como parte esencial de las raíces de la nación chilena, así como su integridad y desarrollo, de acuerdo a sus costumbres y valores. Es deber de la sociedad en general. y del estado en particular, a través de sus instituciones respetar,

proteger y promover el desarrollo de los indígenas, sus culturas, familias y comunidades, adoptando las medidas adecuadas para tales fines y proteger las tierras indígenas, velar por su adecuada explotación, por su equilibrio ecológico y propender a su ampliación (Centro de Documentación Mapuche).

Con la entrada en vigencia del convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.) sobre pueblos indígenas y tribales se da un nuevo paso en estas materias, lo cual fue recibido con grandes expectativas por parte de los pueblos indígenas y ha significado nuevas discusiones y tensiones para adecuar paulatinamente el aparataje gubernamental a sus demandas. La declaración de la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, como el convenio 169 reconocen los derechos colectivos de los Pueblos Indígenas La declaración en su articulado reconoce los derechos individuales y colectivos relativos a la autodeterminación de los pueblos Indígenas, a la participación bajo el principio del consentimiento libre, previo e informado, a la propiedad de la tierra, derecho a la educación, salud y empleo, al acceso a los recursos naturales de los territorios donde estos se asientan, respeto y preservación de sus tradiciones, así como la implementación de medidas especiales para asegurar el mejoramiento continuo de las condiciones sociales y económicas de los ancianos, menores y mujeres, en particular.

La parte V del convenio 169, en sus artículos 24 y 25, plantea el derecho a la salud como derecho colectivo de los pueblos de acuerdo a sus especificidades culturales, sin que esto menoscabe el derecho a la salud y las garantías establecidas a todas las personas del país en igualdad de condiciones. Reconoce y promueve el goce máximo de la salud física y mental de los pueblos indígenas; la participación y autogestión para administrar sus servicios; el uso de sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales y la importancia de la organización comunitaria. La forma de implementación tiene relación con el ejercicio y práctica de los derechos que desarrollan en salud, la revitalización de sus instituciones y el control de éstas, lo cual es un desafío para los pueblos indígenas y para las políticas públicas.

En el año 1999 se crea una comisión asesora en temas de desarrollo indígena, incorporando las demandas de los indígenas urbanos, así como también algunos desafíos y propuestas de agenda pública hacia este sector; en este periodo se impulsan

los diálogos comunales para el fortalecimiento de la coordinación sistemática y multisectorial del Estado, se realiza el pacto por el respeto ciudadano, estableciéndose el 24 de junio como día nacional de los pueblos indígenas. Como antecedente de este proceso, el gobierno de la época convoca también en zonas de alta concentración de población indígena a representantes de comunidades y organizaciones a instancias denominadas “diálogos comunales”, buscando un acercamiento de la actual realidad de los pueblos; este proceso de diálogo y negociación dio como fruto la creación del plan especial de desarrollo indígena de carácter intersectorial, ejecutado durante los años 1999-2002 y coordinado por el ministerio de planificación y cooperación. (MIDEPLAN).

En el año 2000 se crea la comisión de Verdad Histórica y Nuevo Trato, que buscaba abordar los problemas fundamentales de los pueblos indígenas; desde aquí se plantea un reconocimiento de la deuda histórica con los pueblos indígenas, además de tres tareas fundamentales de acción pública: reconocer los derechos de los pueblos indígenas; asegurar el desarrollo de estos pueblos con su propia identidad y mejorar la gestión de las políticas públicas. Sin embargo, se crea el programa Orígenes en territorios principalmente rurales y lejanos a la región metropolitana, orientado a mejorar las capacidades y oportunidades en el ámbito productivo, educativo y de salud; fortalecer a las áreas de desarrollo indígena e institucionalizar la temática indígena en los distintos sectores y organismos públicos, dejando de lado al mundo indígena urbano.

Por esta misma fecha se crea la Comisión Asesora Presidencial para la Coordinación de Programas y política Indígena; una vez más los líderes /as y asociaciones indígenas urbanas (constituidas de acuerdo a la Ley Indígena 19.253) levantaron demandas específicas para la revitalización de la cultura en la ciudad. Esta demanda se hizo explícita en el Informe de la Comisión de Indígenas Urbanos del “Grupo de Trabajo para los Pueblos Indígenas”, convocado por el Presidente Ricardo Lagos. Cabe destacar que las demandas de los mapuche urbanos (**Warrriache**), se realizan en diferentes ámbitos, en el área de la Salud fueron: reconocimiento de Machi y su rol; proteger el patrimonio natural y cultural, en especial el bosque nativo, hierbas medicinales, sus usos y su comercialización; prohibición de la salida de material genético fuera del país; valorar las prácticas de sanación propias del Pueblo Mapuche; centros de salud indígena que contemplen las actividades de atención, prevención, curación, tratamiento, control y ceremonias de la o el Machi; implementar un sistema de impuesto que subsidie la salud intercultural e implementar un programa especial para trabajadores temporeros mpuche.

2.2.2 La Cosmovisión Mapuche.

La Cosmovisión es una mirada e indicación que la persona indígena relata sobre el lugar de origen; es muy vital en el mapuche **kimün** (saber mapuche), identificar el territorio, que pudiera ser **lafkenche** (gente del mar), **pikunche** (gente del norte), **pewenche** (la gente del **piñon** o **pewen**) que está ubicado en la cordillera, la gente **nalche** que habita en el centro de la novena región y por último la gente **williche** que habita en la región de los lagos y ríos. Estas nominaciones lo generaron los antiguos ancestros.

La lengua mapuche marca el momento de un mapuche, indica donde quedaron asentados sus antepasados, luego de miles de años, así se determina donde nació la persona, donde derramó su sangre al nacer, donde fue enterrado su cordón umbilical. Para el mapuche son conceptos primordiales de su forma de ser en el futuro, el lugar donde se nace, el cual siempre está asociado a una toponimia, a un elemento de la naturaleza, ave, cerro, río, montaña, el lugar tiene un nombre y ese nombre estará asociado al ser de las personas y, para los de origen Machi, existe así una marca territorial.

Se llama **küpan** o **küpalme**, la familia del linaje tanto patrilineal como matrilineal; desde el punto de vista del **mollfüñ**, o sangre, saber cómo eran nuestros abuelos paternos y maternos es el ADN. En el mapuche **kimün** (saber mapuche), es muy importante, pues esto determina la salud de las personas por la herencia, en cambio el **tuwün**, es el origen territorial de la familia por parte del padre o por parte de la madre. Existen una serie de factores hereditarios que tienen que ver con la salud, según el lugar dónde se haya nacido, esta estructura de la construcción familiar, de los llamados **reñma** o familia legítima es sumamente importante conocerlo, pues de ella se genera la herencia de muchas enfermedades (Ñanculef.Juan) ¿**chem tuwün nieimi?**: (de qué lugar eres).

Los ancianos enseñan a través de la oralidad que la cosmovisión mapuche es la relación de armonía y equilibrio que debemos mantener con la naturaleza y su entorno, el saber mapuche nace de la observación y de la experiencia y se estabiliza a lo largo del tiempo, siendo parte de la vida, el trabajo, la experiencia, el conocimiento espiritual que tiene la tierra, todo lo que existe en ella se debe respetar porque es un espíritu, fuerza y estas son necesarias para la vida del mapuche, lo que se busca es Che (gente), que se dé cuenta de sus acciones y de los demás, para cambiar cuando sea necesario. El **feytun**

fil mongen (creer en vivir), busca el equilibrio con la naturaleza y la valorización de la biodiversidad, todo en un contexto de práctica diaria.

La Cosmovisión indígena, está estrechamente ligado a la calidad de vida, al respeto y a la felicidad de la persona, comunidad y territorio desde una mirada social comunitaria; esta forma o modelo de vida para las culturas indígenas es más que un principio valórico, “es una práctica diaria”, de igualdad, convivencia y relación armónica con la **Ñuke Mapu** (madre tierra), nos encontramos ante una mirada ética para la naturaleza, para vivir en su entorno, para un **Kume Mongen** (buen vivir), llevando a la práctica un arduo trabajo de reflexión, a fin de evitar la conducta individualista, que es perjudicial y poco ética, le podríamos llamar la ética del bienestar comunitario, de solidaridad y no de competencia.

La Cosmovisión Mapuche de la sustentabilidad, las comunidades ponen en práctica formas del modelo económico del trueque, la reciprocidad, de esfuerzo colectivo y equitativo, retribuyendo lo que a la naturaleza se le pide, recordando que hablamos con el agua, la tierra, la montaña, los minerales, las plantas, los animales y pájaros, estamos respetando a los elementos que nos acompañan, todo ser vivo escucha, lo que nos hace consciente de la relación que debemos tener y no realizar acciones que la dañen.

La espiritualidad mapuche estará en estrecha relación con la alimentación para la plenitud de la vida y la sobrevivencia de la comunidad, manteniendo una alimentación saludable en la cual se incluye las yerbas medicinales en su uso diario, o en caso de enfermedad, práctica que se mantiene hasta hoy en los sectores urbanos, para el cuidado de nuestro cuerpo y espíritu, como un todo para el buen vivir, dejando de lado las preocupaciones externas. (Ñanculef.Juan, 2019)

2.2.2. La Salud y la Medicina Mapuche: Sus Actores y Significados.

Para el Pueblo Mapuche, la salud es la mirada sobre la vida, tejiendo desde ahí la construcción de estados integrales de bienestar y equilibrio entre la persona, la naturaleza y la divinidad. Esto dio cuenta de un conocimiento encarnado, que forma parte de quien lo nombra y construye relatos con otros que forman también parte de su experiencia, creando un mundo de significados en el lenguaje al que responde consistentemente. Los participantes comparten una narrativa como comunidad y Pueblo, organizando su experiencia de la salud en base a la construcción de un relato coherente con su mirada de vida. Cada construcción personal se inserta en una narrativa mayor como Pueblo, que influye a su vez en ésta, articulándose en redes de significación conjunta desde donde se interpreta el mundo.

El significado de la salud emerge en la convivencia, construyéndose con otros en el intercambio en las relaciones. De esta forma, las personas han ido tejiendo y articulando relatos en conversaciones, que han trascendido el espacio físico desde donde se originan, haciendo emerger dominios de existencia compartidos. Estos acuerdos alcanzados en la conversación generan narrativas que proveen de sentido de pertenencia y fortalecen su identidad cultural, insertándolas en un sistema mayor. Las relaciones en la familia y la comunidad se desarrollan sobre la base de un contexto social y cultural específico que da sustento a la construcción de mundo y de sí mismo, para interpretar la vida desde una historia común. Esa narrativa compartida determina a su vez, como actúan, comprenden y describen su experiencia

Al hablar de la Salud, las personas se refieren a la vida; a su historia como pueblo y al dolor por el desarraigo, que se arrastra de generación tras generación. Hablan acerca de su lucha por ser relato vivo y no diluirse en un contexto en donde priman otros significados que se han acordado entre una mayoría que tiende a invisibilizarlos.

El cambio en el contexto social provocado por la migración a Santiago generaría modificaciones en las narrativas, que a su vez incidirán en la transformación de su contexto de relaciones. Desde esta recursividad en su interacción, aparece con claridad la importancia de pertenecer a grupos en que se compartan significados y cosmovisión, para dar sustento a la permanencia de narrativas que estructuran el mundo y generan acuerdos respecto de quién se es y de cómo se actúa para resguardar la vida y evitar la transgresión de su equilibrio. Desde una mirada construccionista, se trataría de acuerdos que emergen en el intercambio en las relaciones, determinados por la cultura, la historia y el contexto social, organizados en conversaciones e integrados en el lenguaje para derivar en acciones y prácticas sociales y comunitarias específicas en el ámbito de la Salud.

Pese a los constantes cambios históricos y ambientales, estas narrativas han trascendido generaciones, manteniéndose vigentes en las relaciones. Cabe destacar la fuerza con la que el relato mapuche persiste vivo a lo largo del tiempo, incluso al instalarse en nichos ecológicos ciudadanos, organizados de manera ajena y contradictoria a la cosmovisión que se comparte como pueblo. En este relato del cual se apropian, y que encarnan tanto en el espacio personal como en la vida comunitaria, se sustenta su memoria colectiva, que no se deja silenciar. Desde la vida en la ciudad, el recuerdo de su historia y sus creencias y la integración de sus prácticas rituales, dan cuenta de una construcción de mundo, que al igual que sus hermanos en el Sur, los concibe en relación integral con su medio. Al vivir en Santiago enfrentan la necesidad de encontrar nuevos espacios de sentido, desde donde emergen nuevos relatos que fortalecen su pertenencia e identidad cultural. A partir de ello, se mantiene viva la construcción de mundo mapuche, en el cual se sustenta la comprensión de la salud, las prácticas para su cuidado y la sanación de la enfermedad, preservando la memoria histórica como pueblo y la propia identidad cultural, lo cual se traduce en su comprensión de sus síntomas y signos; en su búsqueda de ayuda; en qué agentes de salud depositan su confianza; con qué tratamiento se comprometen; quiénes se requieren para participar en su proceso de sanación y cuidado de su salud. Las acciones hacia la sanación de la enfermedad descansan en la certeza de los sentidos compartidos, lo que es en sí mismo sanador, al dar cuenta de una coordinación armónica con otros en la construcción de miradas consensuadas del mundo de significados.

Desde el Construccinismo Social, tras recoger esta construcci3n de significados en el lenguaje, se visualiza un saber presente en las relaciones, transmitido transgeneracionalmente a trav3s de los relatos de los antiguos; el significado de la salud emerge desde procesos de interacci3n social e intercambio simb3lico en las relaciones comunitarias, destacando su construcci3n colectiva en el lenguaje, sustentada en un contexto cultural espec3fico que avala la descripci3n y explicaci3n de este concepto, integrando la narrativa hist3rica. Comprendida como la vida, la salud aparece como un estado dinámico y en constante cambio, cuya compresi3n se construye desde lo personal y en relaci3n con una historia y narrativa com3n como Pueblo, desde la cual se acoplan a este mundo cambiante de significados. Se recoge una narrativa que se instala en un lenguaje y sistema de significados compartidos y que evoluciona en el tiempo, trascendiendo la construcci3n individual.

La medicina se encuentra en el bosque nativo, en el agua, las montañas, en todo espacio natural donde llega la Machi y hace una rogativa para solicitar permiso a los esp3ritus que habitan los espacios, no se puede invadir, debe hacer una armonía en la relaci3n de la Machi y la naturaleza, el solicitar ocupar la medicina es una manifestaci3n de reconocer las propiedades de sanaci3n con que cuenta cada especie de plantas medicinales, para sanar las diferentes enfermedades espirituales, corporales y mentales.

La Machi y/o el Machi, es el intermediario entre el pueblo mapuche con el esp3ritu **Ngenech3n** es quien llev3 a los primeros ancestros humanos de los mapuches al lugar que hoy habitan y es 3l quien est3 a cargo de dar guía y velar por el bienestar de todo el pueblo mapuche, del mismo modo que siguen haciéndolo los antepasados pillanes; en cada una de sus familias, ritos o ceremonias, otorgan salud, bienestar, tranquilidad y equilibrio espiritual y protecci3n a la comunidad, quienes le asignan credibilidad y validaci3n reconociendo la sabiduría del Machi, sus m3todos de curaci3n que son invasivos para su cuerpo, siendo sus principales acciones la prevenci3n, diagn3stico, tratamiento, control y entrega del preparado de las yerba medicinal. Luego se encuentra la **lawentuchefe** (aplica de remedio), que puede ser un hombre o una mujer, cumple la funci3n de sanar enfermedades simples, mantiene un conocimiento de las propiedades de algunas yerbas medicinales y su uso.

2.2.3. La Concepción de la Medicina Mapuche Versus la Medicina Convencional Occidental.

La mirada de la cosmovisión para el pueblo mapuche está relacionada con el entorno natural, animal y vegetal, la relación con el cosmos, los ciclos de la vida y las cuatro estaciones que entregan la alimentación para el equilibrio espiritual, corporal y mental. Hay un impulso básico en el ser humano que le lleva a tratar de conocer y comprender el mundo que le rodea, mirar las dimensiones del cosmos y tratar de dar una respuesta, esto conlleva al **küme felen**, (el estar bien) o el **weza felen**, (estar mal). Al respecto, resulta esencial destacar la siguiente declaración:

Así nace la idea en el **MAPUCHE KIMÜN**, de que no todo está permitido, se debe andar con cautela en el planeta tierra, formas de vivir y convivir, y de ahí la clave de estar bien... debemos respetar, entonces aparece la noción de YAM., en el mapudungun, respetar el espacio desde donde sacamos nuestros alimentos, el agua, la tierra, para alimentarnos bien, debemos vivir bien con el entorno, con todo nuestro hábitat, con toda la naturaleza” (Ñanculef.Juan, 2019)

De acuerdo a lo que relata el autor, los mapuches unieron el mundo espiritual, con el mundo material y, así construyeron y generaron una cultura milenaria, basada en el respeto a todo el entorno ecológico.

Al centrarse en el saber ancestral mapuche, desde la salud y enfermedad, para quienes relatan desde el **kimün** (saber), el Mapuche es integral, por lo tanto, el acompañamiento espiritual para el **kume mongen** (buen vivir) no sólo va a ser una propuesta intangible, sino que debe ir acompañado de todas maneras de plantas no solo medicinales, sino

con lo que son conectores con los **püllü** (espíritu), como el **külon**(maqui) para la oralidad en la buena, para pedir ayuda a los espíritus, o **foye** (canelo), si se quiere ahuyentar a esos **weza püllü**, (enfermedad), el que junto con el aguardiente, que reemplaza al ancestral **muzka**, se le ofrece a los **wezake püllü**, para que dejen a la persona que están generándole enfermedad.

El **püfoñ ko**, no debe faltar, pues es el agua de **txayenko**, (Lugar de caída del agua), que está energizada por la mezcla del oxígeno del agua y del aire, doble oxígeno, que limpia, que potencia la salud, en fin, todo ello, como un acompañamiento integral, junto al **guillatún** o **ngillatun** (acto de compra), destacando esa oralidad propia del mapuche, de hablar con los espíritus, en lo cual generalmente se dice: **wül püñeñ kuze, wül püñeñ fucha, kalfu wenu kuze, kalfu wenu fücha**, (nombrar a la familia ancestral, anciana, anciano, joven y la joven).

Por otra parte, la orientación de las camas en los hospitales, siempre deben estar orientados hacia el **puel mapu** (tierra del este), la cabeza hacia donde nace el sol, entonces los espíritus energizan al enfermo y lo ayudan a recuperarse. También influye mucho el mundo de lo circular, quién sabe si se pudiera diseñar piezas circulares o semicirculares en los hospitales, lo que concentra la energía positiva de los **püllü** (espíritu). Los **kefapan** (grito de la raza mapuche) son el medio mediante el cual, los **kümeke püllü** (buen espíritu), vienen a uno cuando los invoca, hacer bien el **kefapan**, (alzar la voz con fuerza) la elongación de hasta 16 veces de la letra i, luego la A y así, al final 16 veces la O, etc., son formas de energizar la salud de los **kutxan** (enfermedad). Llevar agua de **trayen-ko**, agua de cascada (no de llave), disponer el agua en **metawe**, (Vasija ceremonial de cerámica) no en jarro de vidrio que debilitan el **ko** (agua), son maneras de una propuesta integral, para la salud intercultural en los **lawentuwe ruka**, (centros de salud mapuche).

Escuchar, desde la oralidad, el saber ancestral mapuche, refleja el respeto y cuidado que se tiene sobre los conceptos de salud y enfermedad, este último como un daño al entorno causado por la persona o un integrante de la familia, comunidad o territorio.

La Medicina convencional occidental, volviendo al campo del sistema biomédico, en el proceso atención-salud-enfermedad, las personas independientemente de su identidad,

creencias, historia de vida, territorio, entre otros aspectos, son tratadas bajo un mismo paradigma de atención médica orientado al tratamiento del ser humano como cuerpo sin historia, es decir, sin considerar la diversidad cultural y la riqueza subjetiva de las personas. Ciertamente la medicina alópata ha realizado avances científicos de enorme valor para la humanidad, pero ello ¿bajo qué costo?

La sobre patologización y la sobre- medicamentación actual de las personas, está siendo fuente de afianzamiento de enormes industrias farmacéuticas de las cuales dependen los sujetos, basta caminar por Santiago para encontrar hasta dos o tres farmacias en un radio de dos manzanas, sin embargo, la mayoría de los fármacos utilizados en salud mental, operan como paliativos, es decir, lejos de curar lo que denominan enfermedad, contienen y disminuyen los síntomas, sin lograr sanación definitiva, además del conjunto de efectos secundarios de carácter negativo que producen. He allí una clara diferencia de los modelos médicos: la biomedicina se guía por principios curativos, en tanto la medicina mapuche es de índole preventiva.

También es importante señalar que, en los paradigmas en salud, el sistema médico predominante ha estado marcado por el paradigma biologista de base positivista que reduce toda enfermedad a una causalidad biológica, primando el pensamiento occidental cartesiano que deviene una serie de categorías binarias a partir de la separación alma/cuerpo. Durante el siglo XX, diversas corrientes científicas imbuidas por el aporte crítico de las Ciencias Sociales, comenzaron a poner en entredicho el paradigma vigente, para instalar un renovado discurso atento a los determinantes socioculturales de la enfermedad más allá de la epidemiología científica, a pesar que ha imperado en términos pragmáticos la corriente científica y que a la fecha continúa gobernando el mismo pensamiento.

Actualmente el contexto ético del modelo de salud ha propiciado el surgimiento de distintos paradigmas en respuesta y crítica al anterior, pudiendo mencionar enfoques tales como el psicosocial, el enfoque socio espiritual, psicobiológico y la psicología comunitaria que, han acudido a este escenario de deconstrucción de la gran meta-relato.

Basadas en la tendencia recién señalada creemos pertinente asumir la perspectiva del trabajo de investigación del psicólogo Mauricio Vásquez realizado en el P.S.E.I.M., por lo cual, nos basaremos en la mirada del paradigma emergente, que:

...se refiere a pensar el ser humano como ente holístico remontando el paradigma dual mente-cuerpo e instalándose en la visión cuerpo-mente-espíritu en una relación integradora que transforma el concepto de salud y enfermedad por una posición diferente ante la vida, un paradigma que rompe la estructura del pensamiento cartesiano. (Vásquez, 2009)

Precisamente, inmersos en el contexto latinoamericano asumimos que el concepto de salud está cruzado por variables culturales e históricas en un continente que hasta hace no más de tres siglos estaba habitado por casi 80 millones de indígenas, y en tiempo récord su población se vio brutalmente reducida tras el genocidio perpetrado luego del choque cultural y no descubrimiento de América. Hacer caso omiso al componente socio-histórico, genético e identitario, resulta disonante cuando se pretende mirar la salud de la población detrás de un lente exógeno, pues se quiera o no, aun cuando gran parte de la población chilena no se reconoce descendiente de pueblos indígenas, en realidad, lo es, pues tiene carácter mestizo; esa es la realidad, y, por ende, se habita en un entramado cultural de herencias, sincretismos, desplazamientos, préstamos y tránsitos culturales, de allí, que la noción de salud no se pueda limitar a la definición biologicista del ser humano, pues la enfermedad no responde únicamente a afecciones de carácter biológico, también responde a factores sociales e históricos.

Los anales de la historiografía americana permiten rastrear inclusive las causas de muerte de la población indígena no sólo producto de enfermedades y guerras, sino también debido a la tristeza. Bien lo señala (Todorov, 2008) cuando nos habla de la enfermedad del alma al relatar que los indígenas sentían deseos de morir porque sus dioses habían muerto, luego de ello ¿qué más les quedaba para resistir?

Contexto Territorial: La Comuna de La Pintana.



La Pintana es una comuna ubicada en el sector sur de la ciudad de Santiago, capital de Chile, forma parte del Gran Santiago.

Los primeros habitantes de La Pintana fueron Picunches que poblaron los territorios que más tarde serían cedidos al Gobernador de Chile y Virrey del Perú, don Ambrosio O'Higgins, como premio por su lealtad a la corona española. Más tarde, su hijo Bernardo O'Higgins subdividió estas tierras asignándoles a un grupo de colaboradores en la causa de la Independencia del país, quienes se abocaron a la construcción de canales de regadío y convirtieron el sector en una rica zona agrícola apta para todo cultivo, entre los que destacaban viñedos, frutales y la utilización de terrenos para la crianza de ganado.

El poblamiento de la comuna se caracteriza por una fuerte expansión demográfica durante el período de 1985 a 1994 producto de la erradicación de los sectores pobres de comunas del gran Santiago (Las Condes, Providencia, La Reina, etc.), lo que provoca un fuerte retraso socio-ambiental. Lleva el nombre de La Pintana, por la rebeldía comunal en honor al Presidente Aníbal Pinto cuya familia era propietaria de esas tierras que antiguamente era una hacienda.

Indicadores Demográficos.

Los datos presentados a continuación, fueron extraídos de los Censos de Población y Vivienda del año 2002 y 2017, llevados a cabo por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Se presentan datos estadísticos de población.

Cuadro N°1 POBLACIÓN A NIVEL COMUNAL, REGIONAL Y PAÍS

Unidad Territorial	Censo 2002	Censo 2017	Variación (%)
Comuna de La Pintana	189.278	177.335	-6,31
Región Metropolitana	6.061.185	7.112.808	17,35
País	15.116.435	17.574.003	16,26

Fuente: Censos de Población y Vivienda 2002 y 2017, INE

Los indicadores demográficos en el siguiente gráfico muestran la declaración de pertenencia a pueblos indígenas por comuna, desagregada según etnia. Según el Censo de 2017, la población del país fue de 17.574.003 habitantes, que representa un aumento de un 16,3% respecto del Censo de 2002.

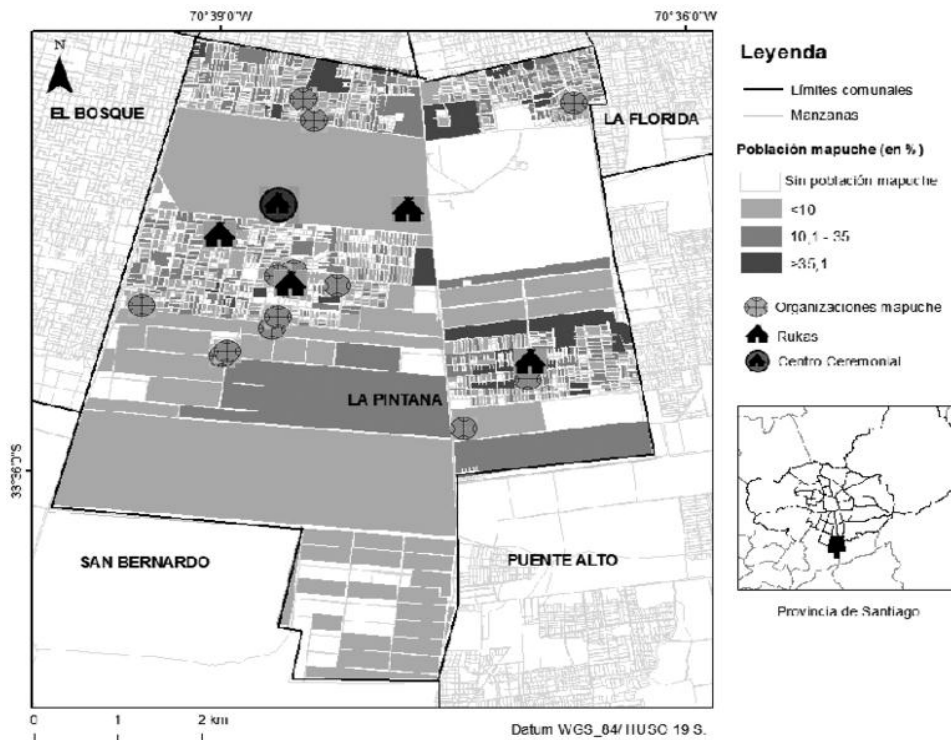
Cuadro N°2: Población según pueblo indígenas declarado, años 2002 y 2017.

Pueblo Pueblos indígenas	Total 2002	% 2002	Total 2017	% 2017
Kawésqar/Alacalufe	13	0,01	17	0,01
Atacameño/LikanAntai	22	0,01	17	0,01
Aimara	70	0,04	274	0,16
Colla	3	0	22	0,01
Mapuche	11.647	6,13	25.935	15,06
Quechua	49	0,03	70	0,04
Rapa Nui	20	0,01	65	0,04
Yámana/Yagán	26	0,01	6	0
Diaguita			187	0,11
Otro pueblo			947	0,55
Total pueblos indígenas	11.850	6,23	27.540	16
Total población comuna	190.085	100	172.169	100

Fuente: Censos de Población y Vivienda 2002 y 2017, INE.

Para muchos pueblos indígenas, la ciudad se constituyó históricamente como un espacio de exclusión y dominación que los relegó en los confines de la idea misma de modernidad, sin embargo, la construcción y reproducción de espacios colectivos permite hoy a estos pueblos resignificar su presencia y renegociar su posición en el mosaico urbano; se apunta a entender las recomposiciones territoriales que derivan de esta situación, basándose para ello en un trabajo de campo (entrevistas, observación participante y revisión de archivos) realizado entre los años 2013 y 2014 con asociaciones mapuche de la comuna de La Pintana, ubicada al sur del Gran Santiago. Junto con describir el proceso migratorio mapuche en Chile y las modalidades de constitución de una territorialidad mapuche urbana, se analiza el surgimiento de ruka en el transcurso de los últimos quince años en La Pintana. Se concluye de este análisis que la ciudad participa plenamente de las dinámicas territoriales que animan el mundo mapuche contemporáneo.

Cuadro N°3: Población y espacios colectivos mapuche en la Comuna de La Pintana.



2.3.1 Programas de Salud Intercultural Mapuche en el territorio.

La vigencia de la Medicina Tradicional Mapuche se ha mantenido en torno a un juego lingüístico que ha dado sentido de pertenencia a quienes optan por ella, manteniéndose cohesionados como familia y/o comunidad en sus relaciones y en su organización cultural de la vida. La propuesta del desarrollo de relaciones interculturales, invita a buscar una “realidad consensual de significado”, mediatizada por procesos sociales hacia nuevos acuerdos lingüísticos que integren elementos sociales, culturales e históricos. Ello podría derivar en nuevos “juegos de lenguaje”, al organizar nuevos usos sociales al significado de la Salud y las prácticas de las creencias, que se integren a las pautas de intercambio ya existentes. Esto surge como desafío a la institucionalidad en Salud, hacia la construcción de una nueva experiencia social de mundo en la relación entre la comunidad mapuche y la chilena. (kintu rayen)

De lo señalado en la comuna de La Pintana, existe la ejecución del programa de salud y pueblos indígenas (Pespi), desde el año 2005, desde donde se genera un diálogo permanente con el Municipio de la comuna a través del Departamento de Salud; el trabajo ha estado enfocado en la participación, promoción, difusión, capacitación a los funcionarios de la salud en derechos indígenas y las propiedades de las yerbas medicinales, incorporación de señaléticas bilingües, conmemoración de fechas relevantes para los pueblos indígenas, plantación de árboles nativos y plantas medicinales en los patios de los centro de salud familiar y la incorporación de facilitadores (as) interculturales mapuche (rol que nace desde el Ministerio de Salud) y el rol del Machi en la atención, diagnóstico y tratamiento a pacientes que solicitan ser derivados a la atención y por demanda espontánea, lo que ha generado una comunicación fraterna entre el programa de medicina mapuche y el centro de salud familiar (Cesfam) y el centro de rehabilitación (CCR).

Marco Legal Nacional e Internacional que sustentan al programa de Salud Intercultural y Medicina Mapuche “Kintu Rayen” es el siguiente:

- Ley Indígena 19.253.
- Convenio 169, de la O.I.T.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- Subsecretaría de Salud, Norma General Administrativa N° 16,” Sobre Interculturalidad en los Servicio de Salud (exenta N° 261, Santiago 28 de abril 2006)
- Subsecretaría de Salud Pública, Ord. B314, Mat.: Definición de Funciones en materia de Pueblos Indígenas
- S.S.M.S.O., Designase integrantes de la Mesa de Salud Intercultural, (Resolución Exenta 001807 /12-07-2006).

En la actualidad se llevan a cabo diferentes iniciativas en Interculturalidad en todos los centros de salud familiar de la comuna de La Pintana. Existe una mesa de salud intercultural integrado por representantes mapuches, coordinadores de los programas Pespi y funcionarios del departamento de salud municipal, para el diseño y coordinación de acciones anuales que promuevan la medicina mapuche, reconociendo en los usuarios indígenas el derecho al acceso y la práctica de las costumbres y tradiciones

que les son propias en la sanación de enfermedades con el uso de las diferentes plantas medicinales con que cuenta el Machi y ceremonias ancestrales.

La salud, en la visión de los pueblos indígenas, no es solamente un buen estado físico de las personas, sino que también armonía con el entorno visible e invisible, constituyendo la salud y el bienestar un equilibrio dinámico que incluye interacciones con los procesos de la vida y la ley natural que gobierna el planeta, todos los seres vivientes y la comprensión espiritual.

Destaca el rol de la familia y comunidad en el cuidado y la recuperación de la salud –enfermedad. Como “dueños del enfermo”, se requiere su integración en cualquier relación de ayuda que se establezca con agentes de salud indígena. Tener esto presente será importante para favorecer el encuentro significativo con el paciente, de manera de comprender su situación y propiciar la opción confiada de aceptar hacerse parte de la relación de ayuda que se le proponga. Será importante, a su vez, integrar los conocimientos de cada familia sobre el uso de hierbas medicinales para el manejo de ciertos problemas de salud. En estas prácticas cotidianas se sustentan elementos que fortalecen y potencian su sentido identitario, por lo que hacerlas parte del quehacer en salud implica un reconocimiento y un encuentro significativo con el otro, validando sus saberes para alcanzar la sanación y adscripción a un modelo de salud intercultural y en algunas ocasiones llegando a ser complementario.

La Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes, con que cuenta en la actualidad el Ministerio de Salud, establece cuáles son los derechos y deberes de las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención de salud, los usuarios indígenas, sujetos de derechos y afecto a esta ley en su Art. N° 7 establece el derecho de los pueblos indígenas en Chile a recibir una atención de salud con pertinencia cultural y la obligación de los prestadores institucionales públicos en los territorios de alta concentración de población indígenas a asegurar dicho derecho (Orientaciones técnicas, Pespi 2019).

La Asociación Indígena Mapuche **Taiñ Adkimn**, considera que la Interculturalidad se basa en la Interacción de la medicina mapuche a través de sus diferentes manifestaciones de Sanación y la medicina occidental hacia un objetivo común en igualdad de condiciones, con espacios propios de atención, respetando la equidad y la participación de uno y otro. Afortunadamente en el proceso de la valorización de la diversidad y riqueza cultural, el Estado a través del Ministerio de Salud ha incorporado

ciertos criterios que tienden a promover el desarrollo de la salud intercultural y validando los centros de salud mapuche y/o centros ceremoniales indígenas en la R.M.

Desde el enfoque intercultural se trata de involucrar la activa participación de los pueblos indígenas en su construcción, formulación e implementación en programas, actividades y acceso efectivo, contribuyendo al desarrollo de las prácticas tradicionales o ancestrales de los pueblos indígenas en salud y el cuidado al medio ambiente donde se encuentra la medicina o **lawen** (planta medicinal), que son esenciales para la sanación de las enfermedades propias de los pueblos y las adquiridas (**weza kutran –we kutran**). El sentido es “contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas a través de la implementación y desarrollo progresivo de un modelo de salud con enfoque intercultural y de derechos humanos, diseñado y ejecutado con la participación de las organizaciones y/o comunidades indígenas”. (Plan para Pueblos Indígenas).

Desde el Servicio de Salud Sur Oriente, el rol es la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas indígenas y no indígenas. En este marco, la organización de los recursos es fundamental para abordar los problemas de salud - enfermedad de la población indígena, por cuanto es pertinente considerar elementos estructurales y culturales (establecimientos), funcionales (mecanismos de interconexión, referencias y contra referencias, redes de apoyo familiar y social), y por los equipos de salud, desde la mirada de los pueblos indígenas las prestaciones que actualmente se entregan en este Servicio de Salud, cuentan con pertinencia cultural a fin de entregar como un derecho a los usuarios indígenas a otras formas de atención, de acuerdo a sus costumbres y tradiciones, (Orientaciones técnicas, programa PESPI, 2018).- siendo ejecutadas por las comunidades indígenas del área geográfica del Servicio de salud sur oriente y coordinadas, evaluadas y con un permanente seguimiento de cumplimiento de metas por la encargada de la Unidad de Salud y Pueblos Indígenas; los enfoques son la Interculturalidad, la equidad y la participación.

Las prestaciones entregadas a los usuarios indígenas y no indígenas del sistema de salud pública, de este servicio son los siguientes:

Actividades del Programa de Salud Intercultural y Medicina Mapuche “Kintu Rayen”:

Imagen N°1: Ceremonia de Lleyipun, en el mes de marzo al iniciar el programa de salud intercultural y medicina mapuche, la comunidad mapuche Taiñ Adkimn realiza la ceremonia con la danza del choike purrun a cargo de los jóvenes mapuches alrededor de la che mamul.



Fuente: Programa “Kintu Rayen”,2018.

Imagen N°2 Y N°3: Ceremonia de inicio de Atención, diagnóstico, prevención y/o tratamiento con Medina Indígena a cargo del Machi José Luis Nahuelcura y sus ayudantes.



Fuente: Programa “Kintu Rayen”,2018.

Imagen N°3



Fuente: Programa “Kintu Rayen”,2018.

Imagen N°4: Ceremonias de inicio de atención a los pacientes del Cesfam San Rafael, de la Comuna de La Pintana, a cargo del machi y sus ayudantes.



Fuente: Programa “Kintu Rayen”,2018.

Imagen N°5: A cargo de un facilitador intercultural se realiza la preparación de yerbas medicinales para la entrega a los usuarios del programa de salud intercultural y medicina mapuche “Kintu Rayen”.



Fuente: Programa “Kintu Rayen”,2018.

Imagen N°6: Participación en la feria de promoción de salud intercultural, invitación realizada por Dirección de Desarrollo Comunitario Municipal, en la plaza de armas de la comuna de La Pintana.



Fuente: Programa “**Kintu Rayen**”,2018.

2.3.2 Centro de Salud Mapuche “Kintu Rayen”

La Asociación Indígena Mapuche **Taiñ Adkimm**, reconoce que existe una migración indígena y que la comuna de La Pintana concentra el 16% de la población indígena, tratándose de personas que debieron adecuarse a un contexto y organización de vida que no se condice con la que aprendieron de sus padres para mantener el equilibrio, la salud y el sentido; se refieren a un choque cultural producto de la dificultad para el encuentro y diálogo entre culturas diferentes. Se sienten no comprendidas ni validados como mapuche, desconfiando de los equipos de salud del sistema médico chileno, distinguen transgresión en el trato y una mirada patologizadora y fraccionadora de su experiencia de enfermar, la que suele conceptualizarse como “patología psiquiátrica”. Esta escasa pertinencia se da tanto en el diagnóstico, como en el tratamiento, abordando desde el saber del médico y sin considerar el del consultante, sus creencias y su voluntad de optar por otras alternativas de solución. Reconocen la imposibilidad de los Equipos de Salud **winka** (no indígena), de comprender la enfermedad mapuche, un mecanismo válido para dar a conocer su construcción de salud y enfermedad, confiando

en que ello permita un cambio en la percepción del otro y una apertura al reconocimiento y validación de su experiencia. Esto podrá aportar al establecimiento de relaciones de ayuda en la que la persona consultante asuma un rol protagónico en la explicación de su experiencia, para construir en conjunto un abordaje que haga sentido hacia la sanación.

En la elaboración de una propuesta de salud intercultural para la comuna de La Pintana, su acción supone un horizonte de carácter político, que busca fortalecer no solo la atención primaria del sistema de salud público dirigida a población indígena en contexto urbano, sino también pretende proponer alternativas de equidad social para que personas indígenas como no indígenas, cuenten con la posibilidad de acceso a otros tipos de sistemas médicos, como lo es la medicina mapuche.

En La Pintana el programa se divide en dos ejes de atención: la atención de Machi y los talleres grupales, cuya apertura al público beneficiario se realiza todos los días sábado en la ruka mapuche ubicada en la Facultad de Medicina Veterinaria y Pecuaria (FAVET), perteneciente al campus Antumapu de la Universidad de Chile. Cada modalidad encierra elementos particulares que distinguen las dinámicas de atención según el equipo de trabajo, el público beneficiario, los objetivos y la metodología empleada, sin por ello perder el horizonte común basado en el diálogo intercultural y el trabajo en conjunto entre profesionales del sistema de salud biomédico y la medicina tradicional mapuche. (kintu rayen)

Basados en el cuadro general del programa aportado por el coordinador don Pedro Valenzuela M., se trata de profundizar la modalidad correspondiente a la atención de Machi, para indagar en los distintos aspectos sociodemográficos y culturales que caracterizan dicho espacio, enfatizando las diferentes explicaciones e itinerarios terapéuticos que los actores sociales, van tejiendo en torno a la enfermedad y/o la búsqueda de bienestar.

Esto intenta contribuir a la comprensión de la medicina mapuche en contexto urbano, considerando diversos elementos que dicen relación no solo con la cultura mapuche, sino también con la clase social, rango etario, género y, por cierto, factores de riesgo asociados a la comuna de La Pintana y sus alrededores. Al mismo tiempo, se pretende dar énfasis al perfil epidemiológico de los usuarios del programa, relevando las enfermedades culturales identificadas por el Machi, ya sean dolencias físicas y/o anímicas tales como sobrepeso, tormento, enfermedades espirituales heredadas, entre otras, atendiendo el marco comprensivo de la medicina mapuche, que en muchos casos

implica la realización de ceremonias de sanación bajo una serie de protocolos tradicionales y la participación comunitaria de amigos y familiares.

En el programa de salud intercultural y medicina mapuche, la atención de Machi viene a ser la instancia de atención esencialmente mapuche, a diferencia de la modalidad de talleres grupales, cuyo trabajo intercultural es guiado por la coordinación y organización de los profesionales de la salud provenientes de la Psicología y el Trabajo Social, cuyas iniciativas están orientadas hacia el trabajo comunitario y práctico con las familias. En este sentido, las modalidades de atención del programa de salud intercultural y medicina mapuche, funcionan en sentido inverso respecto al eje de interculturalidad definido por la atención y los usuarios, aun cuando ambos espacios se hayan permeados por uno y otro. Justamente este juego de interculturalidad desde tránsitos, re-significaciones y complementariedades, nos prepara la antesala para ir descubriendo las dinámicas que se configuran en la atención de Machi.

Haciendo historia, se puede decir que la atención de Machi fue el pilar inaugural de los albores del programa de salud especial de pueblos indígenas, cuyo comienzo se dio bajo condiciones muy distintas al actual contexto de atención. En el año 2003, luego de un arduo trabajo de investigación aplicada sobre salud mental realizado con una muestra representativa de la población mapuche de La Pintana, se dio inicio al programa al alero del Cesfam Santo Tomás (perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) de la región metropolitana, en cuyas inmediaciones se estableció el principal centro de atención del programa, por entonces, el equipo de trabajo estaba conformado por el psicólogo, la asistente social, la Machi, un lawentuchefe y el facilitador intercultural, quienes comenzaron a construir un modelo de salud intercultural nutrida por la atención profesional, la atención de Machi y las visitas domiciliarias. Así, el trabajo consistió en distintas modalidades de una intervención psicosocial dirigida exclusivamente a familias mapuche de la comuna (kintu rayen).

Sin embargo, a poco andar, se hizo manifiesta la disonancia entre el discurso y las condiciones prácticas y materiales de implementación, puesto que el contexto físico de atención no solo limitaba las posibilidades del trabajo del Machi en cuanto la infraestructura del Cesfam ha sido concebido bajo parámetros del paradigma de la biomedicina al margen de la pertinencia cultural, sino también resultaba complejo desarrollar actividades de participación comunitaria en donde las personas pudieran compartir más allá de la atención personalizada con la Machi, de igual modo, la celebración de ceremonias de sanación tradicional realizadas en el patio del consultorio,

debía ajustarse a la formalidad del horario de la jornada laboral, debiendo prescindir de los elementos apropiados requeridos por el protocolo de la cosmovisión mapuche.

Pese a las vicisitudes presentadas, el fortalecimiento del espacio local a partir del trabajo de intervención psicosocial brindado en el Cesfam Santo Tomás, significó al año siguiente, el establecimiento de nuevas redes institucionales que favorecieron la implementación del programa de salud intercultural en otros sectores de la comuna, gracias a la incorporación del Cesfam San Rafael y El Roble a las actividades del programa de salud intercultural y medicina mapuche. A ello se sumó la capacitación sobre salud intercultural dirigida a los funcionarios de ambos Cesfam. Paralelamente, dicho período de trabajo contribuyó a ir consolidando lazos de confianza y relaciones interpersonales entre los usuarios y los miembros del equipo.

Durante la etapa de inicio, tras sucesivos cambios y transformaciones realizados por el Programa de salud intercultural y medicina mapuche en la metodología y asuntos administrativos, el año 2007 el programa amplió su cobertura de atención de Machi al público no mapuche, viendo significativamente incrementado el número de consultas por parte de habitantes de la comuna. Fuera de ello, no hubo grandes cambios hasta el año 2008, cuando la Asociación Taiñ Adkimn suscribe un convenio de cooperación con la Universidad de Chile, sellando el comodato para construir una ruka mapuche en los terrenos perteneciente a la Facultad de Ciencias Veterinarias y Pecuarias de esa Casa de Estudios.

Una vez construida la ruka durante el año 2008, el programa de salud intercultural y medicina mapuche “Kintu Rayen”, comienza una nueva etapa y experiencia de crecimiento, motivado por el traslado de la atención de Machi desde el lugar clínico a un espacio propio y autónomo revestido de significación cultural, y es que, la ruka, la cual pasó a configurarse como una matriz, una suerte de vientre que cobija a las personas bajo una dinámica radicalmente distinta a las relaciones entabladas en el espacio del Cesfam. Son diversos elementos materiales de la infraestructura y del entorno que aportan nuevas significaciones simbólicas y culturales al actual contexto de atención. La disposición circular, el entorno natural, la presencia de artefactos culturales propios de la religiosidad mapuche tales como el **rewe** (espacio consagrado), los instrumentos ceremoniales y el fogón, contribuyeron a generar un ambiente de confianza, identidad y pertenencia, no solo en el público beneficiario, sino también en el

equipo de trabajo.

Fue así como la Machi pudo contar con un espacio acorde a las características culturales de su quehacer, mucho más coherente para el despliegue ceremonial; la comodidad de los usuarios también cambió, puesto que antes las personas debían esperar en la sala del consultorio, para luego ser atendidas por la Machi al interior de un box uniforme de la institución médica, lo cual no dejaba de ser disonante respecto a las expectativas de un programa de salud intercultural, aun cuando en la guía legal sobre Derechos y Deberes de los pacientes en salud se señala que los prestadores institucionales públicos deben considerar la aplicación de un modelo de salud intercultural, validado ante las comunidades, como un derecho especial que se garantiza para las zonas con alta población indígena.

En este sentido, dentro de los objetivos guías del programa de salud intercultural y medicina mapuche, se intenta reflexionar en torno al concepto de interculturalidad, pues si bien conforma parte de la visión inicial del programa bajo la premisa de promover un espacio de diálogo entre la medicina alópata y la medicina mapuche, el camino desplegado hasta ahora ha ido sembrando nuevas interrogantes respecto al concepto y su práctica, poniendo incluso en entredicho el discurso de interculturalidad promovido por el aparato estatal (Sistematización del programa “Kintu Rayen”, 2015).

En la actualidad el programa de salud intercultural y medicina mapuche, está integrado por un equipo de trabajo de seis personas; entre los perteneciente al pueblo mapuche se destaca, el Machi, el coordinador del programa, un **ñidol lawen** (encargado de la preparación y entrega del remedio), **keyu** Machi (ayudante del Machi), una facilitadora encargada del ingreso de los usuarios al programa de S.I. (salud intercultural) y Medicina mapuche, un profesional a cargo del trabajo administrativo y financiero y la participación de dos facilitadores interculturales que realizan promoción y difusión en los Centro de salud familiar El Roble, Santo Tomás, San Rafael y Santiago Nueva Extremadura en la comuna de La Pintana y en coordinación con el encargado de la Unidad de Salud Intercultural del departamento de salud municipal basado en los siguientes principios rectores:

- Promover el reconocimiento al otro.
- Desarrollo de relaciones horizontales.
- Reconocer el valor de la diversidad cultural de los usuarios de la comuna.

- Respeto mutuo a los modelos médicos.
- Integralidad, persona, familia, comunidad, entorno natural y territorio.

Los principales componentes del programa son:

- Atención de Machi caracterización de la atención de Machi, considerando la importancia del bienestar espiritual dentro de la medicina mapuche, la comprensión de la enfermedad y su tratamiento.
- Caracterización de los usuarios, según variables de edad, etnia, sexo y enfermedades diagnosticadas por el Machi.
- Enfermedades culturales, identificación y descripción de las enfermedades consultadas por los usuarios del programa, distinguiendo las enfermedades de tipo **rekutran** (propias de la persona); mapuche **kutran** (concebidas dentro de la cultura mapuche); **wekutran** (problemas crónicos y degenerativos asociados al estilo de vida en la ciudad); y **wingka kutran** (enfermedades modernas). Esto incluye la caracterización de las enfermedades espirituales de carácter cultural, identificando las causas, la explicación de la medicina mapuche/biomedicina, el tratamiento y el itinerario terapéutico seguido por la persona para tratar su enfermedad o dolencia.

Imagen N°7: Corresponde a la Machi Carmelita Huenchul, quien asume su rol a los 13 años de edad, del territorio nalche, comuna de Capitán Pasten y que, durante seis años fue parte del equipo de trabajo del programa “Kintu Rayen”, Esta foto corresponde al año 2014.



Fuente: Programa “Kintu Rayen”,2015.

Desde el juego de los Paradigmas, la atención de Machi, se inscribe dentro del programa de salud intercultural y espiritual Mapuche, un título que no siempre fue así. A comienzos del programa, este hacía alusión a la “Salud Mental Mapuche”, concepto que prontamente generó recelo por parte de la población, en tanto el término salud mental contribuye a aumentar la estigmatización de las personas mapuche, dicho de otro modo, se corría el riesgo de fomentar la doble discriminación étnica y económica, con las connotaciones negativas asociadas a la enfermedad mental. En vista de ello, el equipo del programa de salud intercultural y medicina mapuche debió considerar la ausencia de la noción de trastornos mentales dentro de la cultura mapuche, más aún cuando estos son entendidos bajo parámetros de la cultura occidental; en lugar de ello, adquirió primacía la noción de bienestar espiritual en consonancia con la armonía familiar, comunitaria y del entorno natural. Fue entonces que el primer cambio cualitativo realizado por el programa devino el cambio de su nombre, “Programa de Salud Intercultural y Medicina Mapuche “Kintu Rayen”.

En base al registro de atención obtenido entre los años 2008 y 2013, período en el cual se cuenta con una ficha que no ha sufrido grandes cambios en los últimos años, es posible desplegar la siguiente aproximación de datos:

El público está compuesto por una cantidad significativamente mayoritaria de mujeres. Aproximadamente el 62% de las atenciones corresponde a consultas de mujeres y aproximadamente el 38% a hombres.

Cerca del 25% de los usuarios se reconoce perteneciente a la etnia mapuche. Cantidad que viene aumentando en los últimos años. El rango etario de los usuarios que realizan más consultas fluctúa entre los 40 y 60 años. La mayoría de las consultas al Machi responden a problemas físicos como dolor de cabeza, presión alta y problemas a los huesos. Secundariamente acuden por dolencias de tipo anímica y cultural. El panorama presentado, está correlacionado con la tendencia general en el sistema de salud, que sitúa a las mujeres como el sector que realiza más consultas médicas, no sólo en virtud de su autocuidado, sino también por la salud de los hijos y ancianos. “Yo traje a mis consuegras y a mis dos hijas, pero como son jóvenes, quedaron en el camino” (C.G. usuaria no mapuche). Ello producto de construcciones sociales y simbólicas que han asociado a lo femenino las tareas del espacio doméstico, asociación que, además ha

sido sedimentada por la visión de la atención primaria hacia la mujer en función del ámbito reproductivo, en tanto los programas de salud familiar refuerzan la idea de la “madre”, antes que la idea de “mujer” desde un enfoque integral que releve los principios de igualdad en el cuidado de la familia. A este respecto, cabe señalar que el componente de género con el paso del tiempo ha sido un rasgo emergente en el programa, pero que en primera instancia y en el transcurso de una década de trabajo no ha sido profundizado ni relevado en sus causas e implicancias.

Siguiendo con la composición del público usuario, la mayoría de la gente bordea la edad adulta y tercera edad, aunque en los últimos meses se ha notado la presencia de jóvenes sin ascendencia mapuche, entre 15 y 30 años, que han llegado a consultar al Machi, situación que suma un componente nuevo al perfil tradicional del público. No obstante, en general se trata de personas preferentemente adultas, que en muchos casos llegan a la ruka sin dificultades físicas para caminar, y es que, prácticamente todas llegan a pie, son pocos los usuarios que concurren a la ruka en automóvil, correspondiendo a menudo a familias que provienen de otras regiones o de comunas de Santiago (kintu rayen).

En el centro de la ruka se encuentra el fogón que entibia aquellos cuerpos entumidos por las primeras horas del alba; en torno al fogón las personas se sientan y acomodan, esperando su turno, hay quienes acuden por primera vez al Machi y entran tímidos e inseguros, otros van a control, y la mayoría espera con una botella plástica en sus manos para retirar las dosis del remedio o lawen semanal del tratamiento. El registro del control y atención de cada persona está a cargo de don Pedro, quien administra la base de datos de los usuarios y lleva el orden de las fichas de atención requeridas por el **zungu-Machife** para anotar los antecedentes médicos de la persona, y el diagnóstico otorgado por el Machi (kintu rayen)

Imagen N°8: Corresponde al interior de la ruka mapuche, donde los usuarios esperan su atención, año 2018, registro fotográfico programa de salud intercultural y medicina mapuche “Kintu Rayen”.

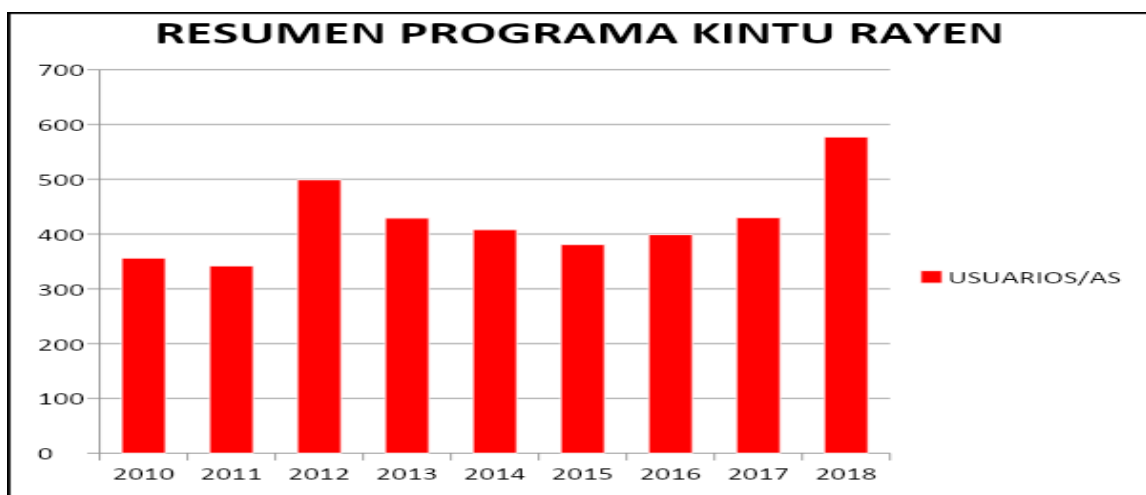


Fuente: Programa “Kintu Rayen”, 2018.

Indicador de Atención

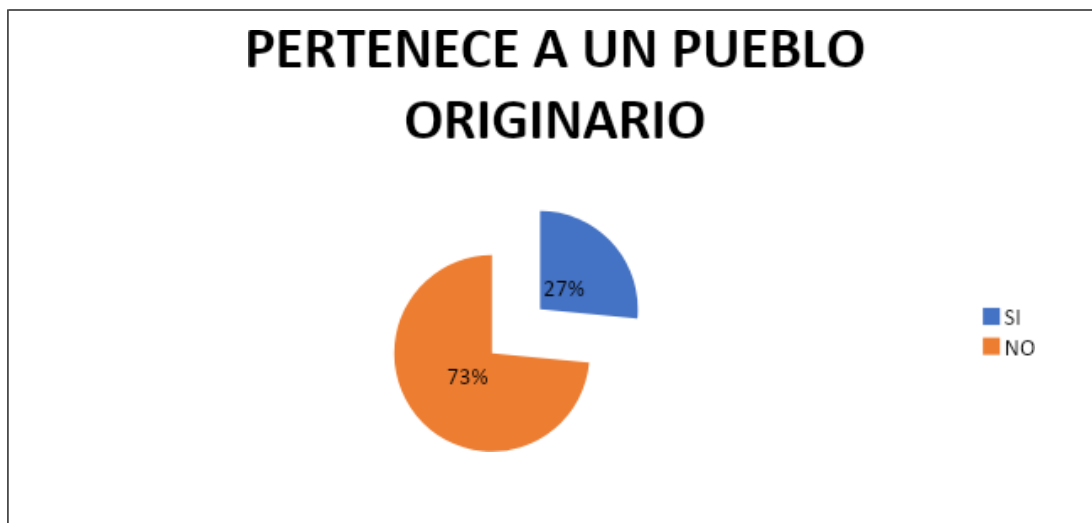
El siguiente gráfico muestra el aumento de atenciones a usuarios indígenas y no indígenas, en los últimos nueve años, del programa “Kintu Rayen” en la comuna de La Pintana.

Gráfico N°1: Resumen de atención programa “Kintu Rayen” año 2010 al 2018



Fuente, informe anual del programa de salud intercultural y medicina mapuche “Kintu Rayen”, año 2018.

Gráfico N° 2: Usuarios del programa de salud intercultural y medicina mapuche, que se auto-identifican como indígenas o pertenecientes a un Pueblo indígenas, año 2018



Fuente, informe anual del programa "Kintu Rayen" de la comuna de La Pintana.

2.3.2.1 Cesfam Santo Tomás.



Fuente: Cesfam Santo Tomás, 2019.

El centro de salud familiar Santo Tomás está ubicado en el paradero 30 de Santa Rosa en Avenida Santo Tomás # 0987; su horario de atención es de 08:00 a 20:00 horas de lunes a viernes y, sábados, de 09:00 a 13:00. La población inscrita al 31 de agosto 2019 es de 22.831 usuarios, la fuente de información es el Fondo Nacional de Salud (F.O.N.A.S.A), la modalidad de acceso a la atención y a las prestaciones asociadas están supeditadas al decreto N° 84 de fecha 06.02.2019.

Entre las prestaciones otorgadas están: ecografías obstétricas en 3d, terapia complementaria con flores de Bach, espirometría, test de ejercicio, test de marcha, rehabilitación pulmonar, electrocardiograma, atención podológica, atención a usuarios/as con dependencia severa y usuarios/as con dificultad de desplazamiento, atención integral a adolescentes en continuidad de la atención además, se realizan trabajos comunitarios, existencia de grupos de autoayuda, atención adulto autovalente (plan comunal de salud La Pintana); a partir de este año 2020 se fortalecerá en todos los centros de salud familiar la salud intercultural.

El centro de salud familiar Santo Tomás inicia la alianza de trabajo con el programa de salud “**Kintu Rayen**” desde el año 2010 a la fecha, con la atención de la machi Carmelita Huenchul quien atendía solo a usuarios indígenas en un espacio al interior

den Cesfam que fuera adecuado a los requerimientos de la atención. En la actualidad los grupos familiares intervenidos, son derivados por los profesionales del área de la salud mental, adulto mayor y embarazo adolescente a través del registro de usuarios del sistema de atención primaria del Consultorio Santo Tomás y, por demanda espontánea de las personas, quienes, por medio de la difusión realizada por un facilitador intercultural del programa de salud intercultural y medicina mapuche “Kintu Rayen”, llegan en búsqueda de atención, diagnóstico y tratamiento con el Machi en la ruka del centro ceremonial ubicada en la Facultad de Medicina Veterinaria y Pecuaria de la Universidad de Chile.

A partir de la atención con Machi, a los usuarios se les invita cordialmente a participar en el programa, dándole a conocer las otras actividades, entre las cuales se destaca la participación de talleres grupales en la Ruka, los cuales son desarrollados y ejecutados por los dos profesionales (Psicólogo y Asistente social) quienes poseen ascendencia indígena y pertinencia en temáticas culturales.

Cuando los usuarios asisten a los talleres, se les realiza una ficha social familiar, en donde se sistematiza los antecedentes generales del grupo familiar.

Efectuada esta incorporación formal, las familias, además, acceden voluntariamente a participar activamente en todas las actividades culturales, que se desarrollan durante el proceso de ejecución del programa.

Se utiliza como instrumento de recolección de antecedentes con las familias, una ficha familiar y un genograma para lograr una primera noción y, luego diagnósticos propios de cada grupo familiar intervenido, que luego son enviados a la subdirectora del centro de salud para ser incorporados al sistema rayen y como información adicional a los profesionales que han derivado a los usuarios al programa “Kintu Rayen”:

La Ficha social familiar es un Instrumento de registro, el cual permite individualizar al o los miembros del sistema familiar, y que permite sistematizar antecedentes personales, educacionales, de ingresos económicos, vivienda y salud, permitiendo de esta manera, un primer acercamiento a la realidad socio-económica del grupo a intervenir.

El Genograma: es una representación gráfica de la familia, en donde se registra la información primordial sobre sus miembros y las relaciones existentes en su interior, dando a conocer de esta manera, una primera visión acerca del sistema familiar y de la dinámica existente entre sus integrantes. Grafica la red social primaria del beneficiario.

Además de estos recursos esenciales, se emplean también otros instrumentos que exponemos a continuación:

- Mapa Ecológico de la Familia: Representación gráfica que detecta e identifica las redes secundarias, con la cual cuenta el grupo familiar. Esto permite diseñar intervenciones conjuntas y derivaciones a la red comunal. Se permite identificar los recursos comunitarios, en los cuales participa la familia.
- Test de depresión: lo que permite detectar la presencia o no de estados depresivos de los integrantes del grupo familiar intervenido. Con dicha información, se diagnostica y según el grado de depresión detectado se interviene o se deriva a la red social.
- Encuesta cultural: en donde se permite recoger la pertinencia cultural que cada grupo familiar cuenta de su origen indígena. Según esto, se diseñan actividades que refuercen y potencien el reconocimiento como mapuche.

Estos instrumentos permiten visualizar, quienes conforman el grupo familiar, las relaciones y las redes sociales a los cuales accede la familia. En la aplicación de estos, se obtienen vestigios, de lo que sucede al interior y fuera del sistema familiar y de sus integrantes que lo componen. Así se detecta, como éstas facilitan o coartan, los cambios en la construcción de su realidad.

Además, se realizan visitas domiciliarias que se realizan, están aquellas llamadas de “cortesía”, que son realizadas por el equipo, a las familias que participaron del programa en años anteriores. La finalidad de estas visitas, es de verificar y evaluar la situación familiar actual, además de mantener comunicación constante, con cada una de ellas e invitarlas hacer partícipes del programa y las actividades culturales del año en curso.

A la vez se ha capacitado al personal del área de la salud pública en el manejo de herramientas que faciliten el desarrollo de aptitudes y les permitan identificar y aplicar conceptos orientados a generar calidad en la atención de usuarios Indígenas; se pretende con ello dar a conocer a los funcionarios de la salud una nueva perspectiva de su entorno

social reconociendo la Interculturalidad como rasgo distintivo de nuestra sociedad.

Es así como se ha considerado trabajar en:

- Calendarización de fechas de inicio de la capacitación realizadas en conjunto con los equipos de salud del Cesfam.
- Planificación General del taller, que considere el número de sesiones, número de participantes por Cesfam, contenidos y duración, y encargados y/o docentes indígenas participantes del proceso.
- Diseño de evaluación: considerando la experiencia adquirida por el equipo de salud intercultural, se han considerado los siguientes elementos relevantes.
- Asistencia.
- Prueba escrita.
- Manejo básico de conocimientos en Interculturalidad.
- Capacitación a CDU local: dirigido a los integrantes del Consejo de Desarrollo Usuarios de la Comuna

2.3.3.2. Cesfam San Rafael.



Fuente: Cesfam San Rafael, 2019.

El centro de salud familiar San Rafael, está ubicado en avenida Porto Alegre # 12577, población San Rafael, los horarios de atención son lunes a viernes de 08:00 – 20:00 horas y, sábados, de 09:00 – 13:00 horas. Este centro cuenta con conexión para el servicio de atención primaria de urgencia (SAPU) con un horario de lunes a viernes de 17:00 a 24:00 horas y los sábado, domingo y festivo de 8:00 a 24:00 horas, la atención inscrita desde el 31 de agosto del 2019 es de 26.582 inscritos, información correspondiente al Fondo Nacional de Salud (F.O.N.A.S.A).

Actualmente los programas que se encuentran en el centro de salud son: Chile crece, Apoyo al desarrollo infantil biopsicosocial de niños y niñas, Acompañamiento y apoyo biopsicosocial a familias con problemas de vulneración de derechos del Servicio Nacional de Menores (SENAME), Más sonrisas correspondiente a la atención integral dental a mujeres con rehabilitación oral protésica, Atención a adultos mayores para mantener autovalencia y actividades sociales, Mejoramiento al acceso, Atención odontológica priorizada en horario posterior a las 17:00 a mayores de 20 años a personas de escasos recursos, Atención integral dental a hombres con rehabilitación oral protésica, Programa de floración en establecimientos educacionales a niños de 2 a 5 años, en atención de salud mental infantil, Fondo de complemento para mejorar

funcionamiento de farmacias en atención primaria, Espacios amigables, Atención diferida y diferenciada para adolescentes, Campaña de Invierno y Programa de apoyo estacional a atenciones de morbilidad.

Desde el programa de salud intercultural y medicina mapuche “Kintu Rayen”, existen dos acciones de trabajo en conjunto desde hace tres años; por una parte se contempla la atención del Machi al interior del centro de salud familiar y, la prevención, diagnóstico y tratamiento a los usuarios indígenas, se realiza a través de la derivación por parte de los profesionales y a solicitud de los propios usuarios que solicitan ser incorporados al programa de salud intercultural y medicina mapuche “Kintu Rayen” de la comuna, información que es registrado en el sistema de registro estadístico “Rayen”.

- **Ficha de Atención de Machi:** donde se registran los datos personales de los Usuarios, domicilio particular, edad y Consultorio y/o Cesfam de salud Pública, Comuna y Origen Indígena.
- **Carta de Consentimiento:** se registra la firma en el momento que la persona acepta las condiciones de atención por medio del consentimiento informado dicho consentimiento se encuentra anexada a la ficha de cada paciente.
- **Registro de Lawen (remedio preparado):** es un instrumento diseñado por el equipo de salud intercultural del programa “Kintu Rayen”, es para llevar un registro de los usuarios de atención de Machi, en los casos de tratamiento y cuentan con la fecha, número de carnet, centro de salud al cual se encuentra adscrito, cantidad de remedio entregado y firma del beneficiario.
- **Registro de Ceremonias de Sanación:** el registro que cuenta con el nombre de la ceremonia indígena, carnet de identidad, nombre del consultorio adscrito y firma del usuario beneficiario.

Por otro lado, el material de difusión está ubicados en lugares estratégicos del centro de salud familiar San Rafael; de parte del facilitador intercultural se entregan a los usuarios y familias Indígenas y no indígenas dípticos informativos del programa en los cuales se considera horarios de los talleres, lugar de funcionamiento y números telefónicos en caso de solicitar mayor información y/o consulta.

2.4 Marco Teórico o Referencial.

2.4.1 Teoría de la Interculturalidad.

La integración de una Perspectiva Intercultural se presenta como un desafío para los equipos interdisciplinarios en Salud, siendo necesaria la comprensión del ser humano en su integralidad e historicidad, así como el reconocimiento de la enfermedad en la persona que la encarna, inserta en un contexto relacional, social, comunitario, medioambiental y espiritual. El respeto al otro en su particularidad cultural permite a los individuos que forman parte de la red social de dos culturas en contacto, una convivencia sin prejuicios ni relaciones verticales. En este contexto, el Sector Salud se desafía a una transformación cualitativa hacia convertirse en un Sistema más flexible y permeable a la diversidad cultural. Esto incluye la búsqueda de estrategias que articulen distintos enfoques, generando acciones de abordaje que integren variables culturales en un proceso de diálogo e intercambio entre los distintos modelos médicos, que rescate el valor del recuerdo; de la historia; de la identidad cultural viva en quienes encarnan la memoria de quienes son como Pueblo.

La posibilidad de construir conversaciones simétricas y respetuosas entre culturas, ubica a la Interculturalidad como un elemento importante al hablar de salud, considerando la necesidad reconocida por el pueblo mapuche de establecer relaciones armónicas con el medio para preservarla. Desde ahí, se plantea el desafío de lograr una interacción y un diálogo respetuoso entre grupos humanos que sustentan esquemas de significados, valores y construcciones diversas de mundo, favoreciendo el encuentro hacia la generación de acuerdos compartidos en la conversación para referirse a la salud y el bienestar, actuando con consistencia para preservarlo. Se hace necesario reconocer la diversidad de prácticas culturales, avaladas por una historia transmitida en el transcurrir transgeneracional de relatos, de manera de organizar significados y prácticas que se acuerden como sociedad al respecto.

Para ver al otro, se hace necesario escuchar cómo nombra su experiencia de estar sano o enfermo; cómo se refiere a ella y construye sus significados; como la comprende y actúa en base a ello. Para integrar la visión Mapuche, será necesario ceñirse a su manera de referirse a la Salud. La forma que cobre la enfermedad para estas personas tendrá sentido al comprenderla inserta en su particular esquema de significados y construcción de mundo. Será necesario acoplarse a ellos para comprender su experiencia y construir abordajes en conjunto, así como abrirse a la idea que la restitución del equilibrio no dependerá sólo de la acción de los equipos y sistemas de salud, sino de la articulación de diversas instancias en el Intersector.

Ciertamente, resulta perentorio observar su integralidad y coordinar para ello a los diversos ámbitos y redes sociales. Será importante rescatar la sabiduría propia de cada persona, familia y comunidad, acogiendo las distinciones que ellas trazan sobre la experiencia vivida por la persona enferma, así como también de la forma en que distinguen se podrá alcanzar nuevamente la salud. Al rescatar, validar y respetar ese derecho a la opción, cabe preguntarse si sólo los médicos o los psicólogos son los encargados de rotular la experiencia del otro con diagnósticos que versan sobre una deseabilidad adaptativa, establecidos por grupos científicos de estudio y descripción de la enfermedad, sus causas, consecuencias y abordajes.

Al parecer, desde un polo opuesto al de la Cultura Occidental, la construcción de Salud y el Modelo Médico en el que cree el Pueblo Mapuche se enraíza en un cúmulo de conocimientos ancestrales que descansan en el saber de figuras valoradas como la Machi o el Machi y la lawentuchefe como conocedora de algunas yerbas medicinales, con las cuales el enfermo convive dentro de un mismo universo simbólico y comparte una misma concepción del cosmos. Para éstas, no existiría aval ni en la institucionalidad en salud ni en la formación universitaria. Más bien, se trata de la presencia de un relato encarnado que ha permanecido vivo desde tiempos ancestrales, transmitido de generación en generación. Desde este modelo, la salud o bienestar se asocia a la integralidad, a la armonía y reciprocidad en las relaciones con el cosmos al cual se pertenece. Así, el agente de salud tradicional se aproxima a la experiencia, más que al

síntoma, para construir un relato que explique el dolor y la enfermedad desde la historia de relaciones que se ha establecido, así como un abordaje de la misma en el cual se requiera la acción comprometida de la persona, su familia y su comunidad. No busca comprenderla a través de categorías diagnósticas rígidas y aisladas, sino recoger el relato de la persona y su familia, comprendiendo en su contexto físico y natural; en su mundo social y espiritual.

Tener presente esto, invita a la valoración y respaldo de la diversidad cultural, con el consiguiente reconocimiento y respeto a las particularidades de cada pueblo en cuanto a su cosmovisión, valores y prácticas culturales. Invita a apostar por el desarrollo de nuevos conocimientos emergentes que incorporen los saberes tanto de la medicina propia de la cultura occidental, como de la tradicional propia de los pueblos indígenas; que fortalezca los puntos comunes y respete los diversos. (Ibacache Burgos, 1997)

Este nuevo conocimiento podrá ser la base para el desarrollo de una nueva línea de epidemiología hacia la equidad en contextos interculturales, que estudie la ocurrencia de la enfermedad en poblaciones de diferente cultura, incorporando las propias categorías y etiologías de la enfermedad desde la mirada de un contexto y/o cultura particular, basadas en el respeto y la valoración, que reconozcan la coexistencia de sistemas médicos diversos e igualmente válidos, con sus agentes de salud, sus saberes, sus modelos etiológicos, mecanismos de diagnóstico, comprensión y abordaje de la enfermedad.

Todo lo señalado implica democratizar el abordaje de la salud y abrirse a la posibilidad de compartir la responsabilidad y capacidad de sanar la enfermedad. Abrirse a la alternativa de que la medicina propia del mundo occidental no sea el único modelo capaz de satisfacer las necesidades de salud en la población y que los médicos tampoco sean los únicos agentes capaces de manejar la enfermedad y desenvolverse investidos del poder del diagnóstico y la sanación. Desde ahí, invita a asumir una actitud de humildad y respeto por las decisiones que los usuarios tomen respecto de la comprensión y abordaje de sus dolencias. Este desafío a democratizar la salud radica en la apertura de espacios que favorezcan la opción; potenciando la capacidad de elegir libremente en quien depositar la confianza para emprender un camino de búsqueda hacia la restitución del equilibrio perdido y con ello, la salud; de esta forma, la relación

de ayuda en el contexto de los sistemas de atención pública en salud se reformula y se transforma hacia la coordinación de acciones en base a una propuesta de abordaje que se construya con el otro y que haga sentido desde su propia experiencia y mundo de significados.

Se hace necesaria la generación de espacios de encuentro y diálogo entre la institucionalidad chilena en salud y las comunidades mapuches, orientado hacia el establecimiento de nuevos lazos horizontales y de participación en la construcción de una atención pertinente, equitativa y de calidad para la población. Esto invita a ampliar la mirada y a comprender la salud inserta en la vida; en relación con otros y con el cosmos y a reconocer a la persona como capaz de transformar su propia experiencia, para hacerse cargo de la opción por la restitución de su equilibrio transgredido; de mantener vivo el recuerdo de quien se es, resguardando así su salud desde el fortalecimiento de su propia identidad, de espacios terapéuticos con simbolismos indígenas conocidos o reconocidos por los usuarios indígenas y el derecho a usar las prácticas medicinales de los pueblos indígenas.

La perspectiva de la salud intercultural como campo la adoptamos del antropólogo Guillaume Boccara, quien, tomando el concepto del sociólogo Pierre Bourdieu, define a la salud intercultural como un subcampo dentro del campo burocrático mayor que constituye la salud pública (Boccara, 2007) Desde esta perspectiva, las prácticas terapéuticas indígenas se constituyeron en un capital en torno al cual agentes indígenas, estatales y multilaterales disputaron por convertirse en los agentes autorizados de este campo (Mabel Moraña).

En el caso de Chile, la participación social, la interculturalidad y el desarrollo integral con identidad se transformaron en los ejes de una lucha política por el control de los mecanismos de producción y representación social de las diferencias; a su vez, con la llegada del componente de salud de Orígenes, a nuestro entender se desplegaron estrategias orientadas a regular las prácticas curativas indígenas y desplazar el espacio terapéutico tradicional hacia formas y lugares instituidos por la burocracia estatal de la salud pública.

2.4.2 Derechos Humanos y Pueblos Indígenas.

Desde los inicios de la República de Chile, se ha mantenido y sostenido que la visión del Estado-Gobierno está en el desarrollo económico, como el comercio, la industria, agricultura, ganadería y la protección de la propiedad privada, lo que conllevó a la enajenación de los territorios indígenas para ser entregadas a los colonos extranjeros como una forma de incentivo para generar la asimilación de los indígenas a la llamada civilización.

El Estado Nación sostenía la idea que los indígenas retrasaban el progreso, la civilización y que era imposible el entendimiento, por lo que adoptó un régimen especial para los territorios indígenas, generando el paradigma de la “Comunicación”, pero adicionalmente instruyó ordenanzas administrativas, jurídicas, de policía local, y un régimen constitucional, además de la permanente militarización de los territorios.

Por otra parte, la Nación Mapuche, mantenía sus propios sistemas de comunicación y/o colaboración e identidades territoriales, manifestaciones culturales, espirituales, estructura social y política, y sus propios sistemas de medicina, enseñanza e idioma, reconociendo los tratados que a la fecha estaba vigente con la Colonia Española y el Estado de Chile en relación a las fronteras chileno y mapuche.

La política pública y jurídica a la fecha, mantiene las mismas características de asimilación, discriminación y no reconocimiento de las culturas, razas y territorios, reducción de las poblaciones indígenas; el nacionalismo y el patriotismo se ve reflejado en la educación nacional, el tutelaje sobre los indígenas se ha mantenido y sostenido en el tiempo a través de los diferentes gobiernos, lo que ha generado que en la actualidad las primeras naciones indígenas, deban buscar justicia y reconocimiento en los Organismos Internacionales.

No obstante, la existencia de ciertas acciones específicas para los pueblos indígenas, como las políticas estatales dirigidas a los pueblos originarios, son diseñadas y enmarcadas como políticas sociales dirigidas a superar la pobreza, identificando a los indígenas como personas pobres sujetos de políticas sociales y no como pueblos sujetos de derechos. Al mismo tiempo, el Estado de Chile ha sido reactivo en muchas oportunidades.

A fin de avanzar en el pleno reconocimiento de los Derechos de los Pueblos Indígenas, se hace necesario que el Estado de Chile, como principal responsable de la historia de dominación y/o Civilización de los Indígenas, intensifique sus esfuerzos en velar, adoptando y asegurando el pleno ejercicio de los propios sistemas de desarrollo, protección de los territorios y recursos naturales, e incluir efectivamente las normas jurídicas y administrativas de acuerdo a los estándares internacionales en las Políticas Públicas, como derechos humanos fundamentales desde la ética mínima de la libertad.

El Estado de Chile se encuentra hoy en una posición de oportunidad para proteger el bienestar de la población y/o usuarios indígenas. El país ha declarado adherirse a convenios internacionales en esta materia, con énfasis en la protección de los derechos humanos y, ha generado una serie de propuestas para una entrega efectiva de información y un mejor acceso a las prestaciones con pertinencia cultural; todas estas declaraciones, políticas y programas requieren hoy de una adecuada implementación en los espacios comunales locales y oportuna evaluación, de manera de lograr el impacto deseado de reconocimiento al otro. El principal objetivo de este enfoque es coadyuvar en la elaboración de políticas que generen avances en la realización progresiva de los derechos humanos

- Se debe tener en cuenta que los Derechos Económicos Sociales y Culturales (DESC) son los derechos humanos relativos a las condiciones sociales y económicas básicas necesarias para una vida en dignidad y libertad, y hablan de cuestiones tan básicas como el trabajo, la seguridad social, la salud, la educación, la alimentación, el agua, la vivienda, (O.N.U.). En este sentido, resulta necesario tener en consideración los siguientes planteamientos:
- La violación o desatención de los derechos humanos puede tener repercusiones en la salud individual o colectiva.
- Algunas políticas de salud pueden estar contribuyendo a la violación de los derechos humanos.

- La realización del derecho a la salud contribuye a mejorar el ejercicio de otros derechos.
- El derecho a la salud como derecho humano, Obs. N° 14. Sobre el derecho a la salud de los pueblos indígenas (CDESC), N° 27.
- Deben tomarse medidas específicas que le permitan mejorar su acceso a los servicios de salud.
- Los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural, es decir, tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales.
- Los Estados deben proporcionar recursos para que los pueblos indígenas establezcan, organicen y controlen esos servicios. Deberán protegerse las plantas medicinales, los animales y los minerales que resultan necesarios para el pleno disfrute de la salud de los pueblos indígenas.
- En las comunidades indígenas, la salud del individuo se suele vincular con la salud de la sociedad en su conjunto y presenta una dimensión colectiva.
- El desplazamiento de poblaciones indígenas de sus territorios, ejercen un efecto perjudicial sobre su salud.

Uno de los grandes desafíos desde la mirada de los Derechos Humanos es como se inician e implementan los procesos de reparación desde la verdad histórica y procesos de diálogo desde el reconocimiento y derechos adquiridos como ciudadanos e indígenas habitantes de un territorio y parte de un país, que ha negado su existencia y viola sistemáticamente derechos fundamentales.

2.5 Trabajo Social e Interculturalidad

Desde la llegada de la democracia en el país, los autores (P. Cayuqueo ,2010), todos profesionales mapuches han publicado documentos que aportan al debate acerca de la “cuestión mapuche”, realidad que se refleja en los últimos censos de población y vivienda, donde la migración indígena a la región metropolitana y en este caso a la comuna de La Pintana donde los determinantes sociales y medioambientales afectan a las personas, familias y comunidades mapuches.

La política indígena ha ocupado un lugar secundario, aunque diversas instituciones del sector público desarrollan programas sectoriales interculturales, pero su dispersión y descoordinación influyen negativamente en su real alcance e impacto, lo que agudiza una profunda desigualdad que afecta al desarrollo equitativo para los pueblos indígenas, existiendo instrumentos internacionales que propician y mandatan desde los derechos humanos al Estado de Chile reconociendo derechos políticos, económicos, sociales y culturales.

Desde la disciplina del Trabajo Social, este se encuentra en permanente cambio social y territorial-cultural, delimitada bajo la propiedad de una persona o grupo de personas que conviven en el mismo lugar, dándole una organización política, social y cultural. De acuerdo al autor Milton Santos, el territorio es el lugar en que desembocan todas las realidades, es donde la historia del hombre, se realiza plenamente a partir de las manifestaciones de su existencia.(2006), lo cual nos lleva a velar por una ética y deontología profesional que sustenta como principios filosóficos y prácticos la intervención con pertinencia cultural, a fin de reconocer en el otro una identidad cultural, que los reconoce diferentes y enriquece el proceso y desarrollo de la intervención.

Ha llamado la atención que la cultura mapuche, desde la disciplina del Trabajo Social en el enfoque de trabajo en salud pública, en general. esté invisibilizada o no sea visible en los hospitales públicos donde se percibe una situación de indefensión de los usuarios indígenas que se encuentran hospitalizados, toda vez que no se cuenta con un protocolo con pertinencia cultural que conlleve una atención con agentes de salud indígena en las estadía de familiares, hijos, etc., que en algunos casos se encuentran en condiciones de alta vulnerabilidad social, económica, de calidad de vida y bienestar

viviendo una situación frágil desde los derechos humanos fundamentales

Desde el Trabajo Social, la innovación conceptual o re-conceptualización debe estar reflejada en las dinámicas sociales interculturales que nuestro país refleja en su identidad, admitiendo distintas formas de ver la vida y efectuando reconocimiento a las diferencias, lo cual nos lleva a dar mayor valor al ser humano en su esencia natural.

Desde la teoría crítica de Freud, aplicada al tema de salud, se hace referencia, desde el psicoanálisis, que las enfermedades no son tan solo biológicas, sino del entorno social; plantea que el ser humano no alcanza la felicidad plena, lo que produce patologías sociales, luego la teoría crítica nos habla de una sociedad justa democrática, no debiendo perpetuar las necesidades del sujeto y critica el modelo económico que no deja desarrollar al individuo desde la naturalidad.

Desde el enfoque Intercultural pretende fomentar la convivencia entre las personas de diferentes culturas y religiones a través de una mirada centrada en la persona como protagonista y titular de derechos. Se desea contribuir en una construcción con una sociedad con igualdad de derechos y al establecimiento de relaciones inter-étnicas armoniosas. Se reconocen las diferencias culturales, sin que ello signifique la superioridad de unas culturas sobre otras. En este enfoque la cultura se entiende como un proceso dinámico; como la manera cambiante de percibir, comprender y habitar el mundo. La diversidad cultural se considera un derecho y lo intercultural como un elemento constitutivo de lo cultural. (Hevia, 2003)

El Trabajo Social, comprende la relación de interculturalidad, pero en el contexto homogéneo de la salud, la mirada del positivismo domina y anula a la crítica, transformando a los ciudadanos y a la sociedad reprimida y dominada, lo que nos lleva a buscar comprender y explicar cómo desde la teoría estética de la realidad se desarrolla el enfoque intercultural en un entorno social amigable donde se manifiesta la medicina mapuche, respondiendo a las interrogantes sobre qué sucede y/o cómo es aplicada la interculturalidad desde la mirada de salud /enfermedad, **Kutran** (enfermedad).

Los grupos humanos, a través de sus actos sociales interactúan consigo mismo, como auto-interacción, pero la interpretación, por lo general, pudiera ser seleccionada y transformada de acuerdo a la situación en que se encuentre o sitúe; sin embargo, la sociedad chilena conserva y mantiene puntos de vistas en relación a los pueblos indígenas y sus manifestaciones propias de ver la salud-enfermedad y por otro lado vemos como han conservado simbolismos de acuerdo a sus propias necesidades.

La naturaleza de la vida está dada por las diferentes actividades que conllevan relaciones en las situaciones que se enfrentan, ya sea en forma individual, grupal y comunitaria. Pretendemos impulsar acciones que fortalezcan a los pueblos indígenas y las formas propias de medicina ancestral, la cultura, cosmovisión, cosmogonía, costumbres, tradiciones y normas propias de vida que los lleva a interactuar social y comunitariamente, reconociendo a sus propios agentes de sanación, independiente del lugar si es rural o urbano.

Lo anterior lleva a replantear qué es la interculturalidad para el Trabajo Social, qué acciones en la realidad debe desarrollar para no llegar a asimilar y/o integrar a una cultura ancestral al sistema de salud occidental, sin perder el principio ético de la justicia social y el cambio social sobre la base de la salud intercultural, considerando que el enfoque intercultural implica la participación de los pueblos indígenas en el diseño y desarrollo de programas interculturales.

Por último, en la mirada del Trabajo Social, debe estar presente el desarrollo humano como esencia del respeto y valoración a los ciudadanos; toda discrepancia debe ser dialogada y/o conversada cautelando que, como agentes de cambios sociales, colaborar en todo proceso de la salud con enfoque intercultural.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1. Metodología de la Investigación

La metodología a utilizar será cualitativa, pues se pretende comprender el fenómeno explorándolo desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación a su contexto.

La metodología, pasa por hacer efectiva una selección estratégica de los contextos que permita captar el mayor espectro de significados y narrativas según diversos niveles de experiencia de los usuarios, del Machi y de los profesionales del Centro de Salud Familiar que coordinan los programas de participación y promoción de salud.

3.2. Universo y Muestra

El universo a considerar está dado por el conjunto de usuarios que constan en el registro de atención de Machi del programa de salud intercultural y medicina mapuche “Kintu Rayen”, usuarios (as) que han permanecido desde el principio del año en curso (2019) en el programa, o que hayan asistido al menos durante 6 meses, a las atenciones, la cual será corroborada a través del carnet de ingreso de los usuarios que entrega “Kintu Rayen”. Esto permitirá obtener narraciones o percepciones de personas que hayan seguido los tratamientos de acuerdo al diagnóstico del Machi y que puedan dar cuenta de la medicina Mapuche, o que hayan mostrado algún grado de pertenencia o compromiso a través de su permanencia en el tiempo, bajo el supuesto de que la información será cualitativamente significativa.

Este criterio muestral nos permite seleccionar a dos usuarios por Cesfam, de acuerdo a la información con que se cuenta de los registros de atención del programa “Kintu Rayen”; es posible encontrarse con casos donde sea realmente difícil ubicar al informante, pero tampoco se puede desconocer que puede haber elementos significativos que permitan identificar las prácticas medicinales y/o espacios terapéuticos, partiendo de que podría ser diferente la experiencia de alguien que ha estado asistiendo al centro de salud “Kintu Rayen” y ha tenido varios controles, de

alguien que solo se atiende con el Machi en los centros de salud familiar y profesionales encargados de salud intercultural del centro de salud familiar de Santo Tomás y San Rafael de la comuna de La Pintana.

Para ello es indispensable el aporte de los profesionales encargados (as) de la unidad de participación y promoción de los Centro de salud familiar de San Rafael y Santo Tomás, quienes nos permitirán identificar, desde el contexto del modelo de salud intercultural de la ley de deberes y derechos, cuáles son las prácticas medicinales mapuches relevantes al problema de investigación (in situ); se trata de escoger los informantes conforme al propósito de captar de la manera más fidedigna posible, el significado de la experiencia de la salud intercultural.

Para el caso de la entrevista de la autoridad espiritual el Machi, se busca conocer la percepción acerca del espacio terapéutico donde se desarrollan las prácticas medicinales en los centros de salud familiar (Cesfam) en el marco del modelo de salud intercultural del Ministerio de Salud, desde una mirada cultural. Se ha ubicado en el ámbito intermedio de análisis, en la medida que su discurso no corresponde al de un usuario(a), sino que es una autoridad tradicional que desde la cultura puede aportar elementos para la caracterización.

Para hacer más entendible la lógica de las citas representativas, se ilustran las abreviaturas con que se van a realizar las citas a las entrevistas para el trabajo de análisis.

Los criterios de inclusión son los siguientes para cada uno de los actores a seleccionar

PERFIL USUARIO:

- a.- Inscrito en el sistema de salud público.
- b.- perteneciente a la comuna de La Pintana.
- c.- Inscrito en el programa de salud intercultural y medicina mapuche “Kintu Rayen”.
- d.- Con adscripción de a lo menos de 5 meses con atención con el Machi.

PERFIL DE LA (EL) PROFESIONAL:

- a.- funcionario del Cesfam San Rafael y Santo Tomás.
- b.- Encargado de salud intercultural o participación y promoción de la salud.
- c.- profesional Trabajador (ra) Social o profesional del área de la salud pública.

PERFIL DE LA AUTORIDAD TRADICIONAL:

- a.- Rol de Machi.
- b.- Validado por una Asociación y/o comunidad mapuche.
- c.- Experiencia en atención a usuarios en la comuna de La Pintana.

3.3. Tipo de Muestreo

El tipo de muestreo obedece a una selección estratégica (Valles, 2002) de casos (muestreo teórico) teniendo en cuenta que más allá de perseguir la representatividad estadística, lo que se busca es la pertinencia e idoneidad de los informantes a la luz del esquema conceptual que orienta la pregunta de investigación.

Las entrevistas de los usuarios, profesionales y autoridad tradicional (Machi) constituyen material gravitante en todo el estudio, el cual nos da luces para identificar las prácticas medicinales desde la cosmovisión mapuche en el centro de salud “Kintu Rayen”, para identificar en el marco del modelo de salud intercultural las prácticas medicinales mapuches en los Cesfam Santo Tomás y San Rafael desde las perspectivas del usuario(a)s.

En la presente investigación se considera la participación de 3 ámbitos de información; seleccionando para el caso del usuario(a)s a dos inscritos en el Cesfam Santo Tomás y en el Cesfam San Rafael, con la idea de que iban a surgir diferencias significativas en lo que respecta a las motivaciones de asistencia al programa y percepción de utilidad. Sin embargo, en el trabajo de campo, aquellos supuestos se informarán. Se hará mención de algunos matices en lo referente a cómo cada uno de los estamentos percibe la salud intercultural, no obstante, el objetivo de la investigación no será establecer diferencias entre la población, con respecto a las

prácticas y uso de la medicina ancestral mapuche, desde la perspectiva de sus usuarios y Machi, sino intentar que los casos de la muestra tipifiquen situaciones distintas, en consonancia con el carácter de selección estratégica de los casos.

3.4. Técnicas de Producción de la Información.

3.4.1. Entrevistas en Profundidad.

Las entrevistas en profundidad es una técnica de Investigación cualitativa, en la que el entrevistador guía la conversación, pero concede espacio al entrevistado para que exprese sus propios puntos de vista. De acuerdo a los autores (Robles, 2011), en ella se describirá cómo se interrelacionan los objetivos de la investigación y la visibilización de percepciones de los Usuario(a)s con el diseño de las preguntas a partir de la interacción verbal, de acercamiento, libertad en las respuestas, un momento donde salen elementos simbólicos y afectos; si bien, la información recogida a partir de las entrevistas a las personas (usuarios), pueda contener alusiones a motivaciones de tipo cultural, se debe tener en cuenta que este programa de salud intercultural no sólo tiene por objetivo el fortalecimiento de la identidad, sino que como así también el desarrollo de las prácticas medicinales en los Cesfam Santo Tomás y San Rafael, también constituir una alternativa válida a nivel de salud primaria.

Por último, se debe mencionar que la totalidad de los usuario(a)s entrevistados están inscritos en los Cesfam Santo Tomás y San Rafael. Esto corresponde a la decisión metodológica de que las personas seleccionadas presentarán como elemento adicional de pertenencia y participación del centro de salud “Kintu Rayen”.

3.4.2. Calidad del Diseño y Condiciones Éticas

La calidad y la validez del estudio están garantizadas por la credibilidad que otorga los mecanismos de recolección de información y análisis de la información. En este sentido el marco metodológico contempla un conjunto de recursos técnicos que permiten traer a la superficie la información y los datos pertinentes al ~~estudio~~.

La transferibilidad de la información va a estar garantizada en la medida que se contará con registros escritos y documentación fidedigna en procura de la veracidad de la información y el acceso incondicional a la misma con propósitos científicos.

Las condiciones éticas se han asegurado tomando en consideración:

- Anonimato de los informantes.
- Confidencialidad de la información
- Respeto absoluto por las personas que suministran la información
- Neutralidad valórica
- Consentimiento de las personas en la participación del estudio.

3.4.3. Protocolo de la Entrevista.

La recolección de datos será a través de la entrevista, en un ambiente natural (quieto, confortable, sin molestias), se recolecta tipos de lenguaje, conductas, verbal y no verbal, es decir del nivel individual al social (Lofland y Lofland, 1995), recordando que cada individuo, cultura y grupo representan una realidad única.

- Los tiempos de la entrevista dependerá del entrevistado, la idea es dejar que hable libremente.
- Por último, señalar que se efectuarán reuniones para evaluar los avances y analizar si el ambiente, lugar o contexto es el adecuado para la realización de la entrevista.

Orden de formulación de las preguntas en la entrevista cualitativa.

- Presentación del proyecto de investigación.
- Recolección de datos personales.
- Preguntas y respuestas de las personas usuarios, Machi y profesionales, en relación al proyecto de investigación.
- Realización de las preguntas de la entrevista.
- Realización de Preguntas de cierre de la entrevista, considerando el interés del entrevistado (a).

Medios a utilizar

- Entrevista diseñada.
- Grabadora.
- Espacio físico, la ruka mapuche.
- Espacio físico el Centro de salud familiar (Cesfam).

3.5. Técnicas de Análisis

La técnica empleada para las entrevistas será el análisis de contenido como herramienta para la interpretación sistemática de los registros, asimismo, esta técnica comandará el análisis de los documentos disponibles. Esto va a dar la posibilidad de acercarnos a diversos contenidos (latentes y/o manifiestos) de la comunicación que puedan emerger de las narraciones proporcionadas en las entrevistas.

De acuerdo con la definición clásica de Berelson (1971), el análisis de contenido es una técnica para estudiar y analizar la comunicación de una manera objetiva, sistemática y cualitativa, Krippendorff (1980) extiende la definición a un método de investigación para hacer inferencias válidas y confiables con respecto a su contexto. Es una técnica muy útil para analizar los procesos de comunicación en muy diversos contextos, por ejemplo, para comprender los valores de una cultura y conocer las actitudes de un grupo de personas mediante la evaluación de sus expresiones verbales o escritas. Se efectúa por medio de la codificación, es decir, el proceso en virtud del cual las características relevantes del contenido de un mensaje se transforman a unidades que permitan su descripción y análisis preciso.

Para la codificación es necesario definir según los criterios muestrales descritos anteriormente, los ámbitos de análisis y las categorías o tópicos que se desagregan de cada uno de los ámbitos. En el análisis de contenido se suele trabajar con categorías cerradas, exhaustivas y de preferencia mutuamente excluyentes (Hernández et al, 2007)), de tal manera que las unidades de análisis o fragmentos clasifiquen en las categorías o ámbito de análisis, sin embargo, debe mencionarse, que, para este caso, hay contenidos que se rozan, de manera que no hay una diferencia marcada en extremo entre los tópicos, sin embargo, su construcción obedece a una profunda evaluación de la situación de estudio.

3.5.1. Definición de categorías.

Se han seleccionado dos ámbitos para poder realizar un estudio transversal en las prácticas y uso de la medicina ancestral mapuche en Cesfam Santo Tomás y San Rafael de la comuna de La Pintana a través del Centro de Salud Mapuche “Kintu Rayen”.

Estos ámbitos corresponden a los niveles desde los cuales se produce la información, cada uno con distintos rasgos y presunciones. Los dos ámbitos van de lo general a lo particular con el fin de obtener información que ilustre la experiencia intercultural que han tenido los usuarios, Machi y el o la profesional.

A continuación, se mencionan los dos ámbitos que a su vez se desagregan en subcategorías o tópicos que pretenden ilustrar cada uno de los dos ámbitos

Ámbito 1: Espacio Terapéutico.

Se trata de los contenidos culturales y/o simbólicos que hacen referencia en cómo desarrolla sus prácticas medicinales en los Cesfam Santo Tomás y San Rafael de la comuna de la Pintana en el marco del modelo de salud Intercultural del Ministerio de Salud; el espacio terapéutico tiene como objetivo reconstruir y construir vínculos más sanos y, se puede considerar como el más general, medio ambiente-natural y de respeto, un espacio propio y autónomo revestido de significación cultural.

El programa de salud intercultural y medicina mapuche Kintu Rayen, cuenta con un espacio con características y contenidos culturales propios de la cultura mapuche y que se encuentran ubicados en un contexto urbano sin perder la mirada de la cosmovisión mapuche, con la construcción de una ruka, dos chemamul, que representa la anciana y el anciano, dentro de esta estructura, adquiere una especial relevancia las características arquitectónicas, el mobiliario, los elementos decorativos, los recursos necesarios para la intervención (Ñanculef Huaiquinao J., 2019), como la ubicación del centro de atención al paciente, accesible para los usuarios.

Ámbito 2: Prácticas Medicinales.

Este ámbito representa el nivel particular de la experiencia intercultural, en el cual la cosmovisión indígena podría entenderse como el conjunto de creencias, valores y costumbres de los pueblos indígenas y su relación con el entorno. Las prácticas medicinales han sido para el cuidado y sanación ya que están relacionadas con la enfermedad (Kutran), entendida como un desequilibrio del espíritu, enfermedad del cuerpo o mental producto de un daño al entorno causado por un integrante de la familia y que en algunos casos se deben incorporar ceremonias propias de la cultura mapuche, que han estado presentes a través de la historia de la humanidad desde la mirada de los pueblos indígenas.

La Práctica Medicinal implica una relación entre quien se desempeña como agente activo para tratar al enfermo, el paciente o agente pasivo que recibe la acción del primero, la Machi, lawentuchefe, permite a ambos, un trato, que termina en una relación armoniosa, para la mejoría. Hay de por medio un factor de confianza, el que se adquiere luego de años de desempeño del rol de Machi. (Ñanculef.Juan)

El reconocimiento de las prácticas medicinales estará dado por las diferentes formas de interceder en la enfermedad, como la rogativa del Machi, temprano en la mañana tocando el kultrung, sus palabras en lengua materna, el mapunzungun, el habla de la tierra, frente al rewe rodeado de las banderas azul con el símbolo de la estrella de las seis puntas, antes de dar inicio a la atención de los pacientes que esperan con la primera orina de la mañana en una botella de vidrio transparente.

Al comenzar la atención con la medicina mapuche, el ayudante del Machi le indica que deberá escuchar en silencio el diagnóstico, luego recibirá las indicaciones y consejos del Machi, el paciente espera con tranquilidad, al final consulta las dudas nacidas del diagnóstico, el tratamiento deberá ser cumplido por el enfermo con el apoyo de la familia, la entrega de la medicina es importante tomarla durante los horarios que acuerden con el Machi.

Las ceremonias o rituales al igual que la medicina deben ser aplicadas en los tiempos establecidos o acordados entre las partes involucradas, el paciente, el Machi y la

familia del enfermo, los espacios donde serán realizados y los materiales a utilizar, en algunos casos deben ser traídos desde el sur, principalmente de la novena región, por algún familiar; también pudiera existir algún ritual que deberá realizar en la casa del paciente como apoyo al proceso de sanación de la enfermedad, hay que recordar que los espacios de la casa también pueden estar enfermos o contaminados con las energías negativas que han dañado al integrante de la familia.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

La información recogida ha permitido interpretar desde la perspectiva de los usuarios, profesionales y el machi, las prácticas medicinales, el espacio terapéutico y el modelo de salud intercultural en los centros de salud familiar Santo Tomás y San Rafael, en la comuna de La Pintana.

Para esto se ha revisado la teoría que pudiera aportar a la investigación con las categorías establecidas, como asimismo se consideró fundamental la experiencia de las personas del programa de salud intercultural y medicina mapuche “Kintu Rayen”, quienes cuentan con los registros de los usuarios que son atendidos con la medicina mapuche y desarrollan el trabajo en red con los centros de salud familiar. Todo aquello en forma conjunta, ayudó en este último proceso de interpretación de las experiencias en un contexto de cotidianidad y subjetividad, que permitió visibilizar las creencias y valores propias de la vida cotidiana.

Identificación de las prácticas medicinales desde la Cosmovisión Mapuche del centro de salud “Kintu Rayen”.

Se evidencia la existencia y conocimiento de un conjunto de creencias a través de las prácticas medicinales como un proceso de sanación a través de las diferentes formas y actividades para sanar la enfermedad, que son explicadas por el machi para seguir el tratamiento y, en algunos casos la incorporación de ceremonias de sanación a realizar en la casa en conjunto con la familia.

Las prácticas principales que se pueden rescatar son la preparación de las yerbas medicinales y la toma en ayuna durante la semana por los usuarios. En relación a los profesionales de los Cefam se ha informado a través de los usuarios del diagnóstico y tratamiento. En el caso de la profesional del Cefam Santo Tomás, identifica las prácticas medicinales y ceremonias a través de la participación en las diferentes actividades que ha desarrollado el Programa de Salud Intercultural y Medicina Mapuche “Kintu Rayen”.

El principal hallazgo para los usuarios y profesionales de los Cesfam, es la incorporación de ambas medicinas para el proceso de sanación de las diferentes enfermedades de los usuarios. En el caso del machi, él señala la importancia de la medicina mapuche para los enfermos y la responsabilidad que le cabe en este proceso.

El Machi, destaca la importancia del “ayekan (hacer reír), así como en los talleres de Medicina, las cualidades curativas de las hierbas y el papel de los juegos ancestrales con cantos diferentes para los distintos tipos de actividad de carácter tradicional de los mapuches.

“Bueno toda mi práctica se vuelve practicando todo lo que voy aprendiendo, que yo he aprendido todos estos años con mi experiencia mía con la experiencia que me aportó mi abuela, que me ayudó a levantarme como machi, toda la sabiduría que yo tenía del campo y también lo que yo he adquirido como machi solo acá en la capital y lo voy practicándolo y laborando y lo voy realizando también en cada situación en cada experiencia que yo tengo con mi paciente “

En las prácticas mencionadas por los usuarios del Cesfam Santo Tomás, figura:

“Sabemos que tenemos que llegar a casa, sentarnos en la orilla del fuego, hacer que esto... después ir allá, después de la rutina, los remedios, por último, uno lo hace a ojos cerrados”

El profesional de este Cesfam, en cambio, menciona lo siguiente:

“Si, de hecho, como trabajo más con los adultos mayores, me preguntan siempre por él, y los derivo a la ruka donde atiende el machi en la Universidad de Chile, que tienen que ir para allá los días sábados; por lo que sé, no tengo mayor información, muchos estuvieron yendo como un año a la ruka todos los sábados a buscar la medicina”

Los espacios terapéuticos en que desarrollan las prácticas medicinales del Machi: Cefam Santo Tomás y San Rafael

En esta categoría, destaca la visión del machi, quien inicia su trabajo en un ámbito que no calza con la idea de pertinencia cultural, pero trata de adaptarse a las características ofrecidas:

“El espacio era muy chiquitito que me cuenta la doctora, pero yo entiendo que era así, y me lo pasó de buena voluntad. Lo he hecho con todo el cariño que era cariñoso la Sra. Patricia Tapia y me pasó ese espacio y eso fue lo primero, trabajando en box.”

En el Cefam Santo Tomas, los usuarios mostraron su contento con que el espacio se haya ampliado y se utilicen los exteriores. Así, testimonian:

“Me encanta, la mayoría porque si quiere sentarse en el pasto va a ver los animales se relaja. Come ahí sopaipilla sana, hay hartas cosas el espacio es bien donde atiende el Machi”

En el Cefam San Rafael, en cambio, se percibe una respuesta más genérica, destacando lo positivo del espacio para llevar a cabo las actividades de sanación. Se destaca lo siguiente:

“Me pareció bien. Sí y además a mí siempre me ha gustado la comunidad mapuche siempre me gustan las tradiciones “

Identificación del modelo de Salud Intercultural, en los Cesfam Santo Tomás y San Rafael

Esta categoría resultó difícil de verbalizar para los distintos actores dado que se trata de un concepto más abstracto, registrándose que cada actor destacó lo que más llamaba su atención del modelo.

Así, para el machi, lo más relevante es la predisposición que observa de parte de los profesionales que laboran en el Cesfam. Señala, al respecto:

“Existe voluntad para que pueda atender a los usuarios”

Para los usuarios del Cesfam Santo Tomás, el concepto de modelo quedó fuera del alcance de su visión, por constituir una categoría con la cual ellos no funcionan. Por eso, la respuesta obtenida fue la siguiente:

“No sé, no lo identifico”

En tanto, el profesional destaca el encuentro, la relación que se produce al trabajar conjuntamente con visiones culturales distintas:

“Visualizo la interculturalidad en el centro ceremonial “Kintu Rayen””

En el Cesfam San Rafael, los usuarios asociaron la noción de modelo a solo un aspecto o característica que les llamó la atención, porque ese rasgo diferencia la atención que se tiene respeto de la medicina convencional.

“Que se atiende en el jardín del Cesfam”

Para el profesional de este Cesfam, resulta relevante en el modelo de salud la concreción de un espacio que haga más pertinente la labor de las creencias y prácticas mapuche.

“Se puede adaptar un espacio para la atención del machi”

Para efecto de la entrevista personal, las categorías nos permiten describir los hechos y procesos generales detectados por los usuarios desde la metodología cualitativa, la cual se realizó de forma individual a los usuarios; la recolección de la información se llevó a cabo en un ambiente natural, quieto, confortable, sin molestias o ruido, como es la ruka mapuche en el centro ceremonial “Kintu Rayen”. Se inició la entrevista preguntando los datos personales: nombre, edad y centro de salud familiar al cual pertenece, se dió a conocer la importancia de la entrevista y el compromiso que sus datos e información proporcionados será para la tesis de grado de Trabajo Social y se estableció el compromiso de entregar una copia al Programa de Salud intercultural y Medicina Mapuche “Kintu Rayen”.

Se estableció también un momento para que los entrevistados usuarios manifestaran algunas dudas, consultas o preguntas que estimaran pertinentes, a fin de generar confianza entre las entrevistadoras y entrevistados. Las preguntas, especialmente para los usuarios entrevistados dejan espacio abierto para profundizar con historias de vida, narrativas y significados vividos en la atención de Machi y su tratamiento por parte de los usuarios del sistema de salud familiar de Santo Tomás y San Rafael.

En el caso de los profesionales el diálogo para la realización de la entrevista se llevó a cabo en las dependencias de los Cesfam, en donde tuvimos la oportunidad de conocer los espacios para la atención del machi, los usuarios y el vínculo que existe entre los profesionales y el machi.

La autoridad tradicional en su rol de Machi fue entrevistado en su casa, en el espacio destinado a la atención de los pacientes donde está ubicado su rewe personal, rodeado por plantas y árboles nativos, tomando mate. Resulta importante señalar que la entrevista cumplió con los protocolos mapuche, como es solicitar un día y hora para la entrevista, que en este caso fue un día sábado en la tarde, presentación formal de las estudiantes y al final de la entrevista se hace entrega de un presente como señal de reciprocidad por la información entregada y la buena disposición que hubo de parte del machi.

El primer objetivo de las entrevistas fue identificar las prácticas medicinales desde la cosmovisión mapuche del centro de salud “Kintu Rayen”; en la entrevista realizada al Machi, se observa una historia de vida que nace en la comuna de Puerto Saavedra, con linaje de lonko y Machi, no terminó sus estudios porque sintió el llamado para asumir el rol de Machi, después de un breve, pero complejo proceso. Comenta la pobreza económica que vivió, pero a la vez una riqueza cultural con sus abuelos que lo llevaron a inmigrar a Santiago para estudiar, pero luego trabaja; al sentirse muy enfermo regresa a la comunidad, iniciando su proceso para convertirse en Machi a los 19 años de edad.

Machi...” Ya me fui el primer llamado yo lo sentí a los 14 años. A los 14 años. Pero yo me hice lesa porque no tomaba la cosa en serio como uno de niño no toman las cosas en serio, uno vive su niñez nomás. Y a los 19 años me dio fuerte muy fuerte. Ya a hí empezó mi inicio también. Empecé mi inicio cerca de los 20; te vienes como los 20 años de iniciación empecé a los 19 y tanto como los 22 y fui lento el mi proceso lento sin apuro. Un poquito de temor también”

Este tipo de llamado es habitual en quien deberá cumplir con el llamado de Machi; a los años, al regresar a Santiago inicia su trabajo en espacios públicos en el área de la salud del hospital San Borja Arriarán, donde atendía en un box en un subterráneo, los pacientes eran funcionarios del hospital. Comenta que, a pesar del lugar, era muy bien tratado y respetado en su rol; luego inicia su trabajo en el Programa de Salud Intercultural “Kintu Rayen”, hace como tres años, también trabaja para un programa de salud y pueblos indígenas de la Municipalidad de Santiago, específicamente, en una ruka ubicada en el parque O’Higgins, comenta que está con muchas actividades en la actualidad.

Al preguntar sobre las enfermedades más frecuentes en el centro ceremonial “Kintu Rayen” en los usuarios, señala que son: sistema nervioso, stress, desequilibrio físico, problema a la sangre, colesterol, mala circulación de la sangre, insomnio, y enfermedades espirituales; comenta la diferencia de la medicina tradicional a través de remedios y pastillas, como es su caso, con la medicina natural, las prácticas medicinales que se llevan a cabo en el centro ceremonial “Kintu Rayen” son los talleres de las cualidades curativas, **ayekantun**, el deporte; ceremonias mapuche son el **kawincurra** para la tranquilidad del paciente y yerbitas que son pasadas en la espalda y diferentes partes del cuerpo, la ruda, el ajeno, el **foye**, para los pacientes que lo necesitan.

Machi “si así se hace, si hacen porque es necesario porque hay pacientes que realmente llegan muy mal muy mal y no se puede ser indiferente con eso tiene que aplicar su conocimiento y poder que Diosito nos da cierto de poder sacar y sanar, trae la calma porque principalmente la calma al paciente”

En relación a los usuarios el Machi comenta que la mayoría cumplen con el tratamiento y las ceremonias que deben realizar en la casa con elementos que se encuentran en la casa, como el ajo; de acuerdo a las demandas de los pacientes se accede a los rituales de sanación, la práctica de la medicina es por la enseñanza de su abuela, que la práctica en los pacientes, es muy serio, son ancestrales, hay códigos, para que todo salga bien.

En cuanto a las dificultades en el desarrollo de las prácticas medicinales, señala que es un espacio que le acomoda, frente al rewe, con toda la naturaleza, por lo que no representa ninguna dificultad en la realización de la atención; por otra parte, en los espacios del centro de salud familiar, un Machi debe adaptarse, no es tan cómodo, señala que los espacios “es para los doctores que trabajan en los centros de salud”.

Al conocer la percepción del Machi acerca de la adecuación del espacio terapéutico en los centros de salud familiar San Rafael y Santo Tomás, sugiere la necesidad de contar con un espacio abierto, sintiendo la naturaleza, poder conectarse con el **wilkul**, a veces siente el ruido del río clarillo, el **aukinko**. Comenta que el box donde ha estado atendiendo, ojalá no tuviera luz artificial, que entre aire, en la mesa donde atiende con plantas vivas, contar con un espacio permanente, limpio espiritualmente para las atenciones con los pacientes.

En este sentido, tal como se señaló, el espacio terapéutico desde la cosmovisión mapuche debe contar con simbolismos como el rewe, árboles nativos, conexión con la naturaleza, que representa la relación del hombre con su entorno social y natural.

Respecto a la Salud se comprende como la vida, concibiéndola en el devenir de la propia historia y de su familia; este significado ha sido construido desde la experiencia vivida, en este se hará referencia a cómo los usuarios identifican las prácticas medicinales desde la cosmovisión mapuche del Centro de Salud “Kintu Rayen” desde la perspectiva de sus relatos.

E.1, señala... *“Llegar al ritual, primero a la ceremonia que hace el Machi...Me dijo que siempre tratara de hacer sahumero con hojitas de laurel y otros rituales”.*

E.2, señala ... *“Aun no...me sentí distinta porque era medicina natural...los tecitos en ayuna el otro al medio día...siempre he sido parte de la ceremonia”.*

E.3, señala ... *“al ver la orina mía...baño personal que era con sal, aceite y clavito de olor...un ritual para la suerte...las hierbas que entregan las aguas...cuando uno llega temprano a esas ceremonias como que hay de nuevo empieza con otro proceso”.*

E.4, señala ... *“me gusta venir a buscar los remedios fresquitos...sabemos que tenemos que llegar a sentarnos en la orilla del fuego...después de la rutina los remedios por último uno lo hace a ojos cerrados...me tomo un tazón en la mañana y el otro en la noche porque a veces uno anda en la calle”.*

La percepción de los usuarios, es sentirse parte de un grupo, saben que existen prácticas en la medicina mapuche que son aceptados como parte del tratamiento para el proceso de sanación de la enfermedad que los llevó a solicitar ser parte del

programa de salud intercultural.

Sin embargo, en un caso, hubo una entrevistada que señaló no saber de estas prácticas, pero al continuar con la entrevista el relato va indicando cómo llega a solicitar la atención del Machi, indica que tuvo que traer la primera orina de la mañana en un frasco transparente, como en el diagnóstico y tratamiento, asume una responsabilidad en los horarios de toma de los remedios, los días que debe retirar los remedios, pero también las ceremonias que debe realizar ella y en su espacio familiar, casa, y así, el conocimiento de las prácticas de la medicina mapuche se van conociendo y reconociendo a medida que van participando en las actividades propias del Machi, como la primera rogativa antes de iniciar la atención de los pacientes, el fogón encendido al interior de la ruka, y el espacio donde se preparan remedios que serán entregados en botellas, de acuerdo a las diferentes enfermedades.

La apreciación en los días que estuvimos visitando el espacio de atención del Machi, visualizamos cómo se transforma en una rutina personal y, en algunos casos, también familiar, participar en todo el proceso desde la atención, el diagnóstico y tratamiento; cabe señalar que todo el proceso es con respeto a los espacios a los cuales se sienten parte importante, los relatos señalan conversaciones entre los pacientes, interactúan y exponen sus propias experiencias en la atención, se apoyan y aconsejan.

Por otra parte, respecto al espacio terapéutico “Kintu Rayen”, que los entrevistados usuarios asisten a los centros de salud familiar Santo Tomás y San Rafael, son explícitos en señalar la importancia que tiene para ellos contar con un espacio de estas características, lo relevante es que es un espacio abierto, con naturaleza y animales. En las entrevistas no se nombra el che, mamul, el rewe, las banderas espirituales y los árboles nativos, como no se hace referencia al huerto de yerbas medicinales con que cuenta este espacio dado que en algunas ocasiones las yerbas medicinales son sacados de este lugar para las ceremonias que deben realizar en sus casas.

Para los usuarios, el espacio es un lugar de encuentro en el que deben esperar la atención con el Machi o esperar la preparación y entrega de los remedios, la convivencia comunitaria refleja el grado de autonomía y auto regulación entre los pares.

E 1, señala ... *“grato ambiente que hay más naturaleza...pero gracias a ella se siente algo espiritual, como acogida...vaya a ver a los animalitos y damos la vuelta hasta que compartimos en la cafetería, tomar cafecito con sopaipillas...yo sé que tengo que venir...el día sábado vengo a buscar el agüita, entonces a mí también me ha ayudado...Si es que cuando yo llegué acá con ella, yo la traje en silla de ruedas porque ella venía de una cirugía de la rodilla y le habían puesto una prótesis, entonces, la traje, la hice dar vuelta mientras nos en nuestro turno y ya después al pasar del tiempo venía con el Burrito, entonces, también le llevaba a caminar, le gustaba mucho ver los animales y ya después la traje con bastón. Fue un proceso se lo explico para que me entienda, después la traje sin nada”.*

E. 2, señala... *“Igual yo creo que este espacio es bueno para venir, no sé por fin de semana tu que te relaja y ve lo animalitos...Si...me hizo sentir estar en un espacio seguro...yo lo considero como algo sagrado...uno tiene que respetar el lugar donde él trabaja y respetar el espacio”*

E. 3, señala... *“me gustaría que fuera como más amplio”.*

E.4, señala... *“el espacio es bien donde atiende el Machi...a mí me da lo mismo...porque ya lo conozco...escucharlo, tranquila...se siente como en su casa tranquila...ya somos de la casa”*

Una de las categorías que toma relevancia en las entrevistas a los profesionales y a la autoridad tradicional Machi, se encuentra en cómo identifican, en el marco del modelo de salud intercultural, las prácticas medicinales mapuche en los Cesfam Santo Tomás y San Rafael de la comuna de La Pintana, al considerar que la atención de Machi está en la actualidad siendo ejecutado en ambos centros de salud familiar.

En relación al modelo de salud intercultural, se observa que la ejecución está en el acceso por parte de los usuarios, en la promoción, prevención y la incorporación de facilitadores interculturales.

P.1...nos dice... *“Si, conozco que venía el Machi, venía en las mañanas, los días jueves de 10:00 a 13:00, y realizaba una intervención, generalmente, en los adultos mayores; son los que más venían a pedirnos la hora, donde se les pedía la primera orina de la mañana en un frasco transparente y el carnet de identidad, y donde se realizaba el diagnóstico del Machi, y luego se le deriva a la ruka el día sábado a retirar la medicina, que le daba en la ruka... se realizó rogativa de inicio en el jardín del centro de salud”.*

P.1...nos dice... *“él pidió (Machi para atender) que fuera en un jardín donde hubiera tierra, para estar conectado con la naturaleza, fue en un patio interno del centro”.*

P.2... señala... *“Considero que no, ya que se usó para la atención un box y esto no es pertinente culturalmente a la vez que se asignaron tiempos de atención”.*

P.1...nos dice... *“muchos estuvieron yendo como un año a la ruka todos los sábados a buscar la medicina, era un grupo gigante que iba siempre y se juntaban de hecho y le sirvió a parte de la medicina, para compartir entre ellos y sociabilizar más, iba un grupo, se juntaban e iban todos los sábados, y se venían todos juntos y le sirvió de hecho para caminar, hacían ejercicio, se iban caminando y regresaban caminando”.*

P.2...señala... *“Sí, la atención de Machi a usuarios derivados por Cesfam y de **lawuentuchefe**...se han practicado algunas ceremonias a usuarios de Cesfam, pero esto ha sido en la ruca” (Machitún).*

Al preguntar a las profesionales si consideran necesario incorporar a un Machi para realizar práctica de la medicina en el Cesfam y si presenta alguna dificultad la coordinación de ambas medicinas, para desarrollar criterios de interculturalidad en el trabajo diario con los usuarios indígenas y no indígenas de los Cesfam de la comuna, para el pleno derechos que tienen los usuarios al acceso e igualdad en salud y no discriminación, señalaron lo siguiente:

P.1. *“Si, de hecho, como trabajo más con los adultos mayores, me preguntan siempre por él, y los derivo a la ruka donde atienden el Machi...sobre todo, por los adultos mayores, que creen más en la medicina alternativa, que a lo mejor más que los jóvenes”.*

P.1. comenta... *“Nunca dejaron de tomarse los remedios, los complementaban”.*

P.1...señala... *“Una de las dificultades es bajar la información, como el Machi vino por un periodo muy corto, entonces no se llegan a enterar, todos los usuarios, nuestra experiencia estuvo en los adultos mayores”.*

P.2...señala... *“Si, la mayoría de las persona,s incluyendo no mapuches, buscan alternativas al modelo alópata y han encontrado una alternativa que no solo tiene relación con la cultura, sino que ha sido efectiva en el control y manejo de enfermedades”.*

P.2...señala... *“Si ya que hay mucho respeto por parte de los mapuches a las indicaciones médicas y cuando los médicos de los centros están capacitados en medicina mapuche lo consideran relevante”.*

P.2...señala... *“Existiendo respeto desde ambas miradas el trabajo en conjunto es beneficioso para la población”.*

Para los profesionales entrevistados, la opinión que tienen sobre el trabajo conjunto de ambas medicinas, lo señalan como una forma más de atención, admitiendo que pueden ser complementaria al sistema de salud tradicional y que la infraestructura de los Cesfam cuenta con espacios con áreas verdes que pueden ser adaptados a las necesidades en la atención de Machi.

De acuerdo a lo anterior se puede constatar por parte de los entrevistados usuarios y profesionales de los centros de salud familiar, que identifican las prácticas medicinales mapuches realizadas por el Machi en los Cesfam Santo Tomás y San Rafael, observándose una percepción positiva y aportes a las adecuaciones que podría realizar el centro de salud familiar para dar continuidad a la atención de Machi como una necesidad sentida de parte de los usuarios,

Los profesionales ven el espacio terapéutico del programa de salud intercultural y medicina mapuche “Kintu Rayen”, como una oportunidad de poder complementar la atención y entrega de remedios, principalmente a los adultos mayores y a todo usuario que lo solicite.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

Respecto a las prácticas medicinales, los participantes entrevistados: profesionales de la salud del Cesfam, usuarios y machi compartieron una narrativa en común, organizando su experiencia de la salud y enfermedad en base a la construcción de un relato coherente con su mirada de vida, Los grupos humanos, a través de sus actos sociales interactúan, pero la interpretación de cada cual, por lo general, es seleccionada y transformada de acuerdo a la situación en que se encuentren. La sociedad chilena conserva mantiene puntos de vistas en relación a los Pueblos Indígenas y sus manifestaciones propias para ver la salud-enfermedad, fundamentalmente, en causas sobrenaturales, como maleficios, rituales o tratamientos con aguas termales y hierbas, por otro lado, vemos como han conservado simbolismos de acuerdo a sus propias necesidades.

Igualmente a partir de la atención de machi, se rescatan y valoran los conocimientos ancestrales de las diferentes prácticas de sanación, en lo individual y familiar; al momento del diagnóstico se asume la responsabilidad, al igual que en el tratamiento de los usuarios con yerbas medicinales que retiran el día sábado en la mañana, las cual deben beber en ayuna, luego se incorporan las diferentes ceremonias que deben realizar en la casa en forma individual y en algunas ocasiones en forma familiar, las yerbas medicinales deben ser quemadas para la limpieza de las casas, o un masaje en las noches antes de dormir, los baños con yerbas medicina verdes y en algunos casos la incorporación de sal de mar.

En estas prácticas, los usuarios asumen cada actividad como parte del proceso de sanación; dado el interés de los usuarios de conocer la percepción del machi al momento del control que deben tener en un lapso de un mes y medio, cada integrante de la familia es parte del proceso de sanación, cada práctica de la medicina mapuche es conocida, reconocida y asumida.

Se constata la responsabilidad, existe preocupación y cada conversación, consejo con el machi es una oportunidad para conocer los avances en la sanación de la enfermedad y el equilibrio espiritual que permita mejorar la calidad de vida de los usuarios y las familias; la credibilidad de los pacientes que asignan a las fuentes de

validación del sistema de medicina mapuche esta dado cuando los métodos de curación no son invasivos para su cuerpo, destacando la prevención, atención, diagnóstico, tratamiento, control y entrega de las yerbas medicinales a los usuarios y sus familias.

La naturaleza de la vida está dada por las diferentes actividades, relaciones como situaciones que enfrentan en forma individual, grupal y comunitaria, en este caso como una acción que fortalecen los Pueblos Indígenas y las formas propias de medicina ancestral, la cultura, cosmovisión, cosmogonía, costumbres, tradiciones y normas propias de vida que los lleva a interactuar social y comunitariamente, reconociendo a sus propios agentes de sanación, independiente del lugar si es rural o urbano.

El espacio terapéutico es parte relevante de los usuarios que son parte del Programa de Salud Intercultural y Medicina Mapuche “Kintu Rayen”, como un medio ambiente y social que facilita la convivencia comunitaria. Los animales, la ruka y el espacio de atención del machi, son espacio de respeto por los usuarios, pero también lo ven como un lugar de tranquilidad, relajó, alejarse del ruido y los problemas; en este espacio la espiritualidad se hace presente, reconocen la significancia que tiene para el pueblo mapuche.

Es del caso también señalar que la mirada del machi, quién manifiesta que un espacio terapéutico debe contar con simbolismos propio de la cosmovisión mapuche, como es el rewe, tronco tallado en madera con escaleras, rodeado por banderas de color azul y blanca, árboles nativos, una mesa circular y una silla en cuero de oveja y tres sillas para los usuarios y el facilitador intercultural, espacio abierto donde el cantar de los pájaros, el viento y lluvia en el invierno, son parte de la energía necesaria para el machi.

Por otra parte, respecto de la información entregada por los usuarios en relación a identificar las prácticas medicinales en el marco del modelo de salud intercultural en los centros de salud familiar en Santo Tomás y San Rafael de la comuna de La Pintana, se visualizó que está relacionado con la atención del machi y las ceremonias, como la rogativa, instancia a cargo del machi en donde los usuarios

pueden ser parte, con el **fuchotun** ceremonia que realizan los usuarios en sus casas.

Se observó, además, que las familias incorporadas al Programa de Salud Intercultural y Medicina Mapuche “Kintu Rayen”, visualizan los espacios terapéuticos al interior de los centros de salud como una estructura propia del Cesfam. En cambio, desde la mirada de los funcionarios del sistema de salud pública el espacio físico para la atención de la práctica de la medicina mapuche está principalmente enfocado en un espacio abierto con naturaleza, existiendo la voluntad de acomodar o habilitar un espacio con pertinencia para las necesidades básicas del machi, ven una oportunidad en la medicina mapuche para los procesos de sanación de los usuarios. y consideran que una complementación de ambas medicinas alivia el quehacer de la atención y necesidades propias pudiendo disponer, así, de una cobertura en salud intercultural.

Desde el proceso de la interculturalidad en salud y pueblos indígenas, aparecen algunas problemáticas propias de un sistema tradicional como la preparación de las yerbas medicinales al interior de los Cesfam, protocolos para el ejercicio del modelo de salud intercultural que emana desde el Ministerio de Salud y que no es visible en la atención primaria. La Trabajadora Social del Cesfam Santo Tomás, identifica la interculturalidad en el espacio ceremonial “Kintu Rayen”, dado las características del espacio y los procesos de adaptación, resignificación y resistencia de un modelo de salud que le es propio a los pueblos indígenas.

De igual manera, a partir de la percepción de las entrevistas a los profesionales de la salud de los Cesfam, se evidencia interés en contar con un espacio con pertinencia cultural para la atención del Machi y las prácticas de la medicina mapuche; ellos ven una oportunidad en el diseño del modelo de salud intercultural para la comuna, considerando el porcentaje de población indígena y la aceptación de la medicina mapuche por parte de los usuarios no indígenas, Consideran al Programa de Salud Intercultural y Medicina Mapuche como un aliado en el proceso, reconociendo que el espacio terapéutico del programa “Kintu Rayen” es el apropiado para el desarrollo de las actividades propias de la cultura mapuche.

Igualmente, es un desafío para el Trabajo Social, incorporar y promover la interculturalidad en el trabajo de intervención, como un proceso de aportar a la calidad de vida de los usuarios del sistema de salud pública, reconocer las diferencias culturales y el derecho que tienen los pueblos indígenas a las prácticas y uso de la medicina ancestral, asegurar la igualdad en salud y no discriminación; un punto de reflexión está en el término de bienestar que implica connotaciones valóricas y políticas desde el quehacer de la profesión.

Existe la Ley de deberes y derechos, que entrega herramientas a los funcionarios de la salud pública y a los usuarios indígenas, para generar un diálogo en la forma de ser reconocidos los derechos y las prácticas ancestrales en un contexto urbano, donde existe un desplazamiento de la población indígena.

Por otra parte, la “Asistencia religiosa y espiritual indígena”, es una manifestación de la salud propia de cada pueblo indígena que entiende a la persona, desde su condición de ser humano vinculado con su familia, comunidad y territorio, por lo que las personas indígenas tienen el derecho a recibir salud ancestral, prácticas curativas y de sanación propia de su pueblo. Esta asistencia debería ser brindada desde la gestación y todas las etapas de la vida, como también en la enfermedad y muerte, tanto desde los agentes de salud de los sistemas de sanación indígena, como de los integrantes de su grupo familiar, comunidad y/u organización.

El proceso de Interculturalidad es necesario visibilizarlo dada la población indígena en el territorio; los profesionales del área de la salud deben estar en permanente capacitación dada las necesidades de los usuarios indígenas, que son específicas y se hace necesario contar con agentes propios de los pueblos indígenas a cargo de estos procesos de cambios y reconstrucción social al interior de estos espacios a veces tan convulsionados, por lo que se deben establecer alianzas de trabajo con las comunidades indígenas de las comunas y, por sobre todo, fortalecer las prácticas medicinales que son propias de los pueblos indígenas de Chile.

BIBLIOGRAFÍA

- Ana María Alarcón M, 2. (s.f.). Política de Salud Intercultural: Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile.2018
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000900013.
- Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial, 2. (s.f.). *Latinoamérica indígena en el siglo XXI*. Obtenido de
<https://www.bancomundial.org/es/region/lac/brief/indigenous-latin-america-in-the-twenty-first-century-brief-report-page>
- Boccaro, G. B. (2007). LA FORMACIÓN DEL CAMPO DE LA SALUD. *tercultural en Chile Volumen 39, Nº 2*, 185-207 185.
- Centro de Documentacion Mapuche, 1. (s.f.). *Ley Indígena 19.253*. Obtenido de
<http://www.mapuche.info/indgen/ley-1.html>
- Epulef, H. (2013). lecciones y reflexiones en salud intercultural .
- Felipe Nayip Hasen Narváez, 2. (s.f.). Interculturalidad en Salud .
- Fernández, J. E. (s.f.). Censo Poblacion Indigena en Chile . http://www.labconstitucional.cl/wp-content/uploads/2018/11/ICSO_DT_47_Peralta_Fernandez_Sanchez.pdf.
- Garay, O. E. (s.f.). *El derecho a la salud de los pueblos originarios o indígenas*. Obtenido de
<http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/el-derecho-la-salud-de-los-pueblos-originarios-o-indigenas>
- Indígenas, O. C. (s.f.). *Declaracion de las Naciones Unidas Sobre los Derechos de Pueblos Indígenas*. Obtenido de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_345065.pdf
- Jaime Ibacache Burgos, 1. (s.f.). *LA SALUD, EL DESARROLLO Y LA EQUIDAD*. Obtenido de
<http://www.mapuche.info/mapuint/ibaca00.htm>
- kintu rayen, 2. (s.f.). *Sistematización programa kintu rayen, 2015*.
- Mabel Moraña, 2. (s.f.). *Capital simbólico y campo cultural en América Latina*. Cuarto Propio .
- Mauricio Andrés Vásquez, 2. (s.f.). Salud Intercultural y políticas públicas. págs.
http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2009/cs-vasquez_m/pdfAmont/cs-vasquez_m.pdf.
- MIDEPLAN. (s.f.). *indígena de carácter intersectorial*. Obtenido de
<http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/btca/txtcompleto/polit.indigenasurbanos.pdf>
- Ministerios.Planificacion y Cooperacion, 1. (s.f.). *INDÍGENAS, SUS CULTURAS Y SUS COMUNIDADES*. Obtenido de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30620>
- Naciones Unidas, 2. (s.f.). *Conferencia mundial sobre los pueblos indígenas* . Obtenido de
<https://www.un.org/es/ga/69/meetings/indigenous/background.shtml>

Ñanculef, Juan, 2. (s.f.). *Nosotros Perteneceemos a la Tierra*.

Ortiz Ruiz, N. (2010). *Perfil Epidemiológico*. Obtenido de <https://www.minsal.cl/portal/url/item/8781c832881a44e9e04001011e015e3b.pdf>

P. Cayuqueo (2010), P. M. (s.f.). Obtenido de <https://intervencion.uahurtado.cl/index.php/intervencion/article/view/48>

Plan para Pueblos Indígenas, 2. (s.f.). *Proyecto de Apoyo al Sector Salud*. Obtenido de https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/04/PPI-_Chile_HESSP-7-de-abril-2017-MINSAL-OK.pdf

Pluricultural, P. P. (s.f.). *Convenio N°169*. Obtenido de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_531204.pdf

Publica, S. d. (s.f.). *salud Mental con Pueblos Indígenas*. <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/028.MINSAL-salud-mental-indigena-2016.pdf>.

Renato Hevia, 2. (s.f.). *Educación y diversidad cultural*. Obtenido de <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000161306>

Salud, P. d. (s.f.). *Marco de Planificación con Pueblos Indígenas*. Obtenido de https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/03/MPPI-_Chile_HESSP-FINAL.pdf

Soto, C. P. (s.f.). Una nueva Antipsiquiatría: Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico. En C. P. Soto. LOM Ediciones, 2012. Obtenido de [https://books.google.cl/books?id=B5hxCGAAQBAJ&pg=PT219&lpg=PT219&dq="clarament e+implica+connotaciones+valóricas+y+políticas,+lo+que+hace+que+se+convierta+en+un+concepto+vago+desde+el+punto+de+vista+médico,+que+es+justamente+el+que+quiere+expresar"&source=](https://books.google.cl/books?id=B5hxCGAAQBAJ&pg=PT219&lpg=PT219&dq=)

Sotomayor Ochoa G, A. 2. (s.f.). Obtenido de https://germina.cl/wp-content/uploads/2012/07/estudio_percepcion_salud_enfermedad.pdf

Viscarret Garro J.J, 2. (s.f.). Obtenido de <https://metodosymodelosdeintervencionentrabajosocial.wordpress.com/2017/05/02/metodos-y-modelos-de-intervencion-en-trabajo-social/>

Yost, R. C. (s.f.). *Mapuche Urbanos y Gobierno Local*. Obtenido de <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/2688/TMAN%2013.pdf?sequence=1>

ANEXO N°1

PAUTAS DE ENTREVISTAS

IDENTIFICAR LAS PRÁCTICAS MEDICINALES DESDE LA COSMOVISIÓN MAPUCHE DEL CENTRO DE SALUD “KINTU RAYEN” DESDE LA PERSPECTIVA DE SUS USUARIOS Y MACHI

AUTORIDAD TRADICIONAL: MACHI.

1. ¿A qué edad inicia su rol de machi?
2. ¿cuáles son las enfermedades más frecuentes?
3. ¿Considera que es posible identificar prácticas medicinales, en el centro ceremonial Kintu Rayen?
4. ¿De acuerdo a la demanda en las atenciones, se realizan prácticas medicinales en este espacio?
5. ¿Cómo identifica las prácticas medicinales en su atención?
6. ¿cuáles son las prácticas medicinales frecuentes?
7. ¿A su parecer existe dificultades?

USUARIOS DE LOS CENTROS DE SALUD FAMILIAR

1. ¿Cómo se informó del programa de salud Kintu Rayen?
2. ¿Espacio donde es atendida por el machi, le acomoda?
3. ¿Cuáles son las razones de solicitar la atención de machi?
4. ¿Cuánto tiempo lleva en el programa Kintu Rayen?
5. ¿A participado de alguna ceremonia de sanación?
6. ¿Cómo identifica las prácticas medicinales en su atención?
7. ¿Recomendaría la atención del machi?

CONOCER LA PERCEPCIÓN DEL MACHI ACERCA DE LA ADECUACIÓN DEL ESPACIO TERAPÉUTICO EN QUE DESARROLLA SUS PRÁCTICAS MEDICINALES EN LOS CESFAM SANTO TOMAS Y SAN RAFAEL DE LA COMUNA DE LA PINTANA EN EL MARCO DEL MODELO DE SALUD INTERCULTURAL.

AUTORIDAD TRADICIONAL MACHI.

1. ¿Cómo se conforma un espacio terapéutico?
2. ¿Qué elementos deben estar presentes, físicos y espirituales?
3. ¿Considera un espacio terapéutico, el lugar donde atiende?
4. ¿Cuáles son las sugerencias para un espacio terapéutico en los Cesfam?
5. ¿Tiene experiencias de atención como machi en otros espacios terapéuticos?

IDENTIFICAR, EN EL MARCO DEL MODELO DE SALUD INTERCULTURAL, LAS PRÁCTICAS MEDICINALES MAPUCHES EN LOS CESFAM SANTO TOMAS Y SAN RAFAEL DE LA COMUNA DE LA PINTANA DESDE LA PERSPECTIVA DE SUS USUARIOS, PROFESIONALES DE LA SALUD Y MACHI.

AUTORIDAD TRADICIONAL MACHI.

1. ¿Cómo llegan los usuarios a atenderse con Usted?
2. ¿Existe coordinación con los profesionales de los cesfam?
3. ¿Realiza alguna práctica medicinal el Cesfam?
4. ¿Los Usuarios que se atienden en el Cesfam, identifican alguna práctica medicinal e su atención?

PROFESIONALES DE LOS CESFAM

1. ¿Conoce o reconoce alguna práctica medicinal mapuche, en el Cesfam?
2. ¿La infraestructura es la adecuada para desarrollar alguna práctica medicinal?
3. ¿Considera necesario incorporar a un machi, para realizar práctica de la medicina?
4. ¿En el marco del modelo de salud intercultural, existe alguna experiencia de usuarios que haya solicitado atención con la medicina mapuche?
5. ¿Es posible trabajar en forma coordinada ambas medicinas para tratar la enfermedad del usuario?
6. ¿Desde su punto de vista la practica medicina mapuche presenta algunas dificultades?

ANEXO N°2

GLOSARIO

- **Antumapu:** Tierra del sol
- **Che:** Gente
- **Chemamul:** gente de madera
- **Chem Tuwün Nieimi:** De qué lugar eres?
- **Choike Purrun:** danza que representa al avestruz, es realizada por los varones.
- **Feyentun Fil Mongen :** espiritualidad en el vivir.
- **Foye:** árbol del canelo.
- **Guillatún :** ceremonia espiritual a cargo de la machi, lonko y la comunidad.
- **Kefafan:** grito de fuerza en ciertas situaciones.
- **Keyu:** ayudante del machi.
- **Kimün :** sabiduría, conocimiento.
- **Kintu:** Mirar
- **Ko-Metawe:** Vasija ceremonial de cerámica “jarro.pato”, para el agua.
- **Külon:** Maqui.
- **Kultrun:** Instrumento ceremonial que es ocupado en ciertas ocasiones por el machi, el lonko o la persona autorizada.
- **Küme Felen:** estar bien en armonía.
- **Kume Mongen :** buen vivir.
- **Kümeke Püllü :** buen espíritu.
- **küpan o küpalme:** es el linaje por parte del padre y la madre.
- **kutran :** enfermedad
- **Lawen:** planta medicinal
- **Lawentuchefe :** conoedora de las yerbas medicinales, es preparada desde niña como un oficio.
- **Lawentuwe Ruka:** lugar donde se prepara la medicina, como la ruka.
- **Llellipun:** Ceremonia o rogativa que realiza un machi o persona mapuche al amanecer o antes de las 12 del día.
- **Lofche :** es el lugar donde habita un grupo de personas.
- **Lonko:** autoridad política de una comunidad mapuche.
- **Machi:** es la persona que recibe el llamado para el rol de machi, sanadora espiritual, quien realiza las ceremonias y aconseja en momentos de problemas a las familias.
- **Mapu:** tierra
- **Mapunzungun:** lengua materna de un territorio mapuche.
- **Mollfüñ:** Sangre
- **Newen :** Fuerza o Energía de la tierra
- **Ngenechén:** Ser Supremo
- **Ñidol Lawen:** Encargado de la preparación y entrega del remedio

- **Ñuke Mapu:** Madre Tierra
- **PuelMapu:** Tierra del este
- **Püfoñ Ko:** remedio para los dolores o afecciones
- **Püllü:** Espíritu
- **Rayen:** representa la flor.
- **Rekutran:** enfermedades graves.
- **Reñma:** Familia
- **Rewe :** Espacio consagrado para la realización de ceremonias mapuches.
- **Ruka:** lugar donde habita la familia.
- **Trayen-Ko:** agua de cascada con energía para la machi.
- **Tuwün:** Lugar de origen
- **Wekutran:** son las nuevas enfermedades del blanco que afecta a los indígenas.
- **Weza Felen :**estar mal
- **Weza Püllü :** algo malo para el espíritu.
- **wingka kutran :** enfermedades del hombre blanco.
- **Winka :** persona no indígena.
- **Wül Püñeñ Kuze,Wül Püñeñ Fucha, Kalfu Wenu Kuze... Kalfu Wenu Fücha :** familia ancestral, anciana, anciano, joven y la joven
- **Zungumachife:** Persona a cargo de traducir la lengua ancestral indígena en las ceremonias del Machi