

Los “Orígenes” de la “Salud Intercultural” en Chile.

Alejandra Ariadna Cetti (UBA)
alejandracetti@gmail.com

Lo que hoy en día se conoce como el estudio de la “interculturalidad” en otro momento pudo haberse conocido, en antropología, como el estudio de las relaciones interétnicas. Lo que nos convoca hoy aquí es el estudio de la “interculturalidad en salud”, entre el Modelo Médico Hegemónico¹ y el Modelo Médico del Pueblo mapuche en Chile, y para ello debemos tener presente que la vinculación entre estos dos sistemas médicos debe, necesariamente, remitirnos a la relación histórica que éstos pueblos han tenido a lo largo del tiempo. Puesto que esta relación se ha caracterizado desde la “Conquista de América” hasta la actualidad (Cetti 2008²) por ser una relación de hegemonía/subalternidad, la relación entre ambos sistemas médicos también será abordada dentro de este marco de interpretación. El objetivo de este trabajo es situarnos en un contexto histórico general para tratar de entender el entramado de relaciones políticas entre el ámbito de lo local, lo regional y lo global dentro del cual aparece la “salud intercultural” en Chile.

Con la llegada de los españoles a Chile se pusieron en práctica distintos dispositivos que cumplieron con el objetivo de ejercer un control social sobre la población indígena. Si bien la introducción de la medicina occidental en territorio mapuche pasó, según Citarella et. al (1995), por diferentes etapas, todas ellas tuvieron en común el hecho de haber compartido el objetivo específico de ser una forma eficaz –entre otras tantas- de control social sobre la población en general, y sobre la población indígena, en particular. Durante el periodo de la Conquista, el Cabildo –como órgano ejecutor- fue el encargado de llevar adelante las incipientes políticas en salud destinadas en este primer momento a los pobres y enfermos. Es en esta misma época cuando médicos militares van ingresando lentamente en territorio mapuche y con ellos el modelo de la medicina occidental. Años más tarde lo hicieron las misiones religiosas que fueron las encargadas de llevar adelante el proceso de evangelización y de instalar el modelo de la medicina monástica en territorio indígena. La medicina monástica se focalizó sobre la población indígena con la tarea específica de buscar alejarlos del pecado que representaba –para los españoles- la continuidad de sus prácticas y con el fin de lograr la salvación de su “alma”.

¹ Eduardo Menéndez (1990: pp83)

² <http://www.hechohistorico.com.ar/Trabajos/Jornadas%20de%20Bariloche%20-%202008/Cetti.pdf>

Con el establecimiento de la República y la ocupación definitiva del territorio mapuche, comienza a gestarse el aparato político e institucional del nuevo estado-nación. De esta manera, las acciones de salud antes ejercidas por el cabildo pasan a estar bajo la autoridad del presidente de la república y de las municipalidades. Durante este periodo en particular, los principales sujetos destinatarios de atención por parte de la medicina oficial siguieron siendo los pobres pero a ellos se les sumaban los indigentes y la fuerza laboral. Esta focalización que se hizo en las primeras ciudades de Chile fue funcional a los intereses de las clases dominantes, ya que las mismas necesitaban tener una vigilancia eficiente capaz de controlar la fuerza de trabajo nacional que representaba el principal motor del desarrollo de la nación, al tiempo que era necesario controlar cualquier brote epidemiológico por parte de pobres o indigentes en los sectores urbanos. La introducción de la medicina occidental en el territorio mapuche fue un lento proceso ya que tuvo que adecuarse a los tiempos de la conquista chilena de dicho territorio. Por lo tanto, fue una vez finalizada la “Pacificación de la Araucanía” y el proceso de Radicación de los indígenas en reducciones, que el camino estuvo preparado para la imposición de las estructuras legales y administrativas del estado en territorio mapuche. Este proceso sumado a la creación de las provincias con sus correspondientes jurisdicciones en Chile, logra darle un mayor empuje a la institucionalización del modelo de la medicina occidental en detrimento de la medicina mapuche, por supuesto. Así como desde la conquista se buscó la incorporación del pueblo mapuche al estado en formación, de la misma manera se busca la imposición del modelo hegemónico de salud sobre las prácticas ejercidas hasta entonces por los mapuche.

En 1887 se funda la provincia de Cautín en la IX Región y se nombra la ciudad de Temuco como ciudad capital. Tanto el municipio como la intendencia fueron instituciones clave por medio de las cuales se llevaron a cabo acciones en salud, hoy denominadas, de “salud pública”. A principios del siglo pasado comienza en la IX Región la construcción de hospitales, “Casas de Socorro” y hospitales de caridad. La medicina occidental y la beneficencia –pública y privada- recorrieron un camino similar durante este periodo debido a que las dos tenían, en última instancia, objetivos similares: el control de la situación socio-política y socio-sanitaria de la población mapuche, del pobre, del indigente y de colonos extranjeros. De esta manera, queda configurado un marco de intervención estatal en donde se delimitan los segmentos de la población sobre la cual se hace necesario intervenir para poder extender la soberanía del estado y consolidar un modelo de estado-nación republicano y capitalista. A partir de 1925 se le otorga un marco legal a la intervención estatal en salud,

estableciéndose en la constitución nacional de Chile el deber del Estado de velar por la salud pública del país³. El control socio-sanitario de los mapuche comienza a llevarse a cabo principalmente por medio de campañas de vacunación, debido a la gran cantidad de epidemias que comienzan a propagarse en ese momento y al temor por parte de la clase dominante chilena de ser contagiados.

En resumen, durante la República, el estado chileno comienza a asentar las bases de su estructura burocrático-institucional en territorio mapuche. La medicina occidental, de esta manera, logra ocupar un espacio de poder e institucionalizarse delimitando políticamente su ámbito de injerencia y el segmento de población sobre el cual le era necesario intervenir: los pobres, los marginales, la clase obrera, los colonos extranjeros y los indígenas. El establecimiento de este modelo de atención responde a los intereses político-económicos y al proceso de expansión y consolidación del estado-nación chileno.

En agosto de 1952 se promulga la ley que crea el Servicio Nacional de Salud chileno cuya función consistió en centralizar tanto acciones como programas sanitarios que funcionaban – hasta entonces- separadamente y que se focalizaban en distintos grupos dentro de la sociedad según los intereses del momento. Durante el transcurso de la década, el Servicio comienza a desarrollarse con el objetivo de abarcar tanto a la población urbana como a la rural. De esta manera, a partir de la década de 1960 se desarrolla un proceso de regionalización de la medicina occidental que da lugar a la creación de Direcciones Zonales creado durante la década anterior, el cual tenía como objetivo –entre otros- asegurar que los programas de salud se desarrollaran eficazmente en el territorio nacional. Las Direcciones Zonales estructuraron sus acciones a nivel regional en tres áreas fundamentales: “infraestructura”, “ampliación de la cobertura” y “aumento de la participación comunitaria”. No obstante esto, la expansión del sistema seguía una lógica propia, que se plasmaba en su desigual distribución dentro del ámbito regional, respondiendo más que a las necesidades de la población, a intereses económicos de desarrollo de determinados sectores ligados a la actividad agrícola latifundista. Respecto a la “participación comunitaria en salud”, se pudo comprobar (Ver Citarella et. al 1995, p 481) que dicha área tuvo una leve repercusión entre el pueblo mapuche debido a que las acciones políticas de dicho pueblo estaban enfocadas en el reclamo territorial, es decir, en la recuperación del territorio apropiado por el estado nacional.

³ http://www.ufro.cl/prensa/doc/2004/Agosto/09-15/servicio_gong_9_8_04.pdf.

Con el transcurso de los años, el Servicio Nacional de Salud llega efectivamente a expandirse hacia los sectores rurales indígenas con el objetivo de aprehender dicho territorio y establecer en la región tanto las estructuras político-administrativas del estado como su estructura burocrático-médica. A través del Modelo Médico Hegemónico, esta última comienza a operar identificando “grupos de riesgo”, visualizados a través de poblaciones “vulnerables”, en las que se irán centrando las acciones en salud, principalmente políticas asistencialistas de prevención y fomento, con el objetivo de:

“... “vencer” la resistencia que los sectores “subalternos” (indígenas o populares) oponían a la medicina moderna (...) considerando el gran peso negativo de éste (sector) en los deteriorados indicadores biomédicos de la zona.” Citarella et. al (1995: 476)

El estado opera, de esta manera, ejerciendo un control social sobre las prácticas mapuche, entre ellas las prácticas médicas, tal como la machi María Huenchunao lo relata:

“M: ...antes nosotros... (...) ... en el año 63... ahí teníamos que sacar permiso, claro, y en ese tiempo ya estaba médica yo, ya era machi... entonces teníamos que pasar a la autoridad nosotros, para poder medicinar a una persona teníamos que sacar permiso a la autoridad. Sí, para medicinar a una persona teníamos que ir a la autoridad a sacar permiso... a qué fulano teníamos que medicinarlo, y a qué hora hay que hacer y a qué hora hay que terminar... todo eso” (Maria Huenchunao, Pantano, 2009)

Pero, cuando la gente mapuche concurría al sistema de salud oficial, ¿Cómo era el trato que recibían? ¿Cuál era el vínculo entre los representantes del Modelo Médico Hegemónico y la población mapuche usuaria de ese sistema médico?

“...yo estaba como médico recién recibido, en el año '81, '82 en Traiguen y un día (...) el director que había en el hospital en ese momento, que cuando yo llegué tenía ¡50 años de profesión en ese hospital!, Don Dino Stagno Macchioni (...) me dijo, Jaime: sabes que una vez dejé a una señora hospitalizada... a su hijo hospitalizado, y lo dejé y yo me fui, y a la señora le dije que bueno, que no podía estar, que tenía que irse para la casa y al otro día cuando llegué –me dice Stagno-, llovía... llovía, yo llegué, estaciono mi auto al lado del hospital y veo que está la señora... y la señora está llorando y le digo: señora, ¿Qué está haciendo acá? estoy aquí doctor y he estado toda la noche aquí porque... he estado toda la noche escuchando como mi hijo llora, ¿ya? y le dice: pero ¿cómo sabe que es su hijo? si hay ¡hartos niños hospitalizados!... es que yo sé que es mi hijo, ¿ya? porque... yo conozco el llanto de mi hijo... el doctor entra al hospital y dice, ¿Cuál es el niño que más ha llorado anoche? y era justamente ese... y ese día Stagno abrió el hospital, dijo: ¡esto no puede ser así, me he equivocado!, y ¡ya!, se abre el hospital y ¡que entre la gente!. Cuando años más tarde yo llegué al hospital de Temuco, no entraba gente tampoco, entonces yo dije: ¡no puede ser! entonces varios... otros médicos, siguieron esta idea y logramos abrir el hospital, y claro, era impresionante lo que pasaba porque era otro tipo de... e hicimos un trabajo de investigación, que se llamaba “¿Cuánto saben los padres sobre sus hijos hospitalizados?”, y claro, la gente no sabía nada, o sabían muy poco. No sabían ni como se llamaba el médico, ni qué enfermera atendía a sus hijos... tanto

mapuche como no mapuche, pero ¡los que menos sabían eran los mapuche!...” (Jaime médico no mapuche, marzo 2009)

A partir del golpe militar de 1973 las políticas de financiamiento de las acciones del sector salud fueron –según Citarella et. al (1995)- lentamente transferidas al sector privado, tercerizando de esta manera, gracias al decreto militar DFL 36, la gran mayoría de las acciones en salud que eran responsabilidad del estado chileno. A fines de la década del 70 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) redefinen el concepto de salud y enfatizan en la atención primaria en salud (APS) como una prioridad en los países “en desarrollo”. A partir de este momento dicho nivel de atención va a comenzar –lentamente- a cobrar mayor protagonismo dentro del sistema de salud público de Chile.

En julio de 1979 se disuelve el Servicio Nacional de Salud (SNS) y se crea el **Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS)**, con sus correspondientes servicios a nivel regional. El **Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS)** Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) está conformado por las **Secretarías Regionales Ministeriales de salud** de cada región (SEREMI's), que es la autoridad Sanitaria regional representante del ministro de Salud a nivel nacional y los Servicios de Salud. Los **Servicios de Salud** en cada región de Chile (28 en total) son los encargados de la coordinación, gestión, desarrollo y la ejecución de las acciones de salud en un determinado territorio. A partir de 1980 cualquier acción en salud, principalmente las de atención primaria (APS), pasan a manos de las administraciones municipales.

¿De qué manera se relacionan la Secretaría Regional Ministerial de Salud (Seremi) y el Servicio de Salud? ¿Cuál es la función de cada uno de estos organismos del estado? ¿Cuál es la vinculación de la SEREMI de Salud y el Servicio de Salud de la IX Región con los municipios?

De acuerdo a Yolanda, coordinadora regional de “Salud intercultural” de la Seremi de Salud de la IX Región la estructura se compone de la siguiente manera:

“Y: ...Está el Ministerio de Salud, que tiene una cobertura nacional, después, están dos subsecretarías, dentro del Ministerio, una que se llama Redes Asistenciales, y la Subsecretaría de Salud Pública, en esta de las Redes están todos los Servicios de Salud del país que son 28 y después en estas Subsecretarías están todas las SEREMI de salud pública, y nosotros estamos en las quince regiones, entonces tenemos jefaturas distintas... y Redes a su vez, asume el trabajo con los hospitales, (...) consultorios y con la

comunidad y también con los (...) Departamentos de Salud Municipal, municipio... pero la SEREMI también en sus programas de promoción (...) se vincula con los municipios, (...) ellos son autónomos. Tanto la Subsecretaría de Salud Pública, como Redes tienen alguna estructura dentro del MINSAL, en la Unidad de salud Pueblos Indígenas (USPI), para el tema nuestro, ahí se encuentran, pero desde la estructura todos son autónomos, tienen sus propias vías tienen sus propios niveles de comunicación.

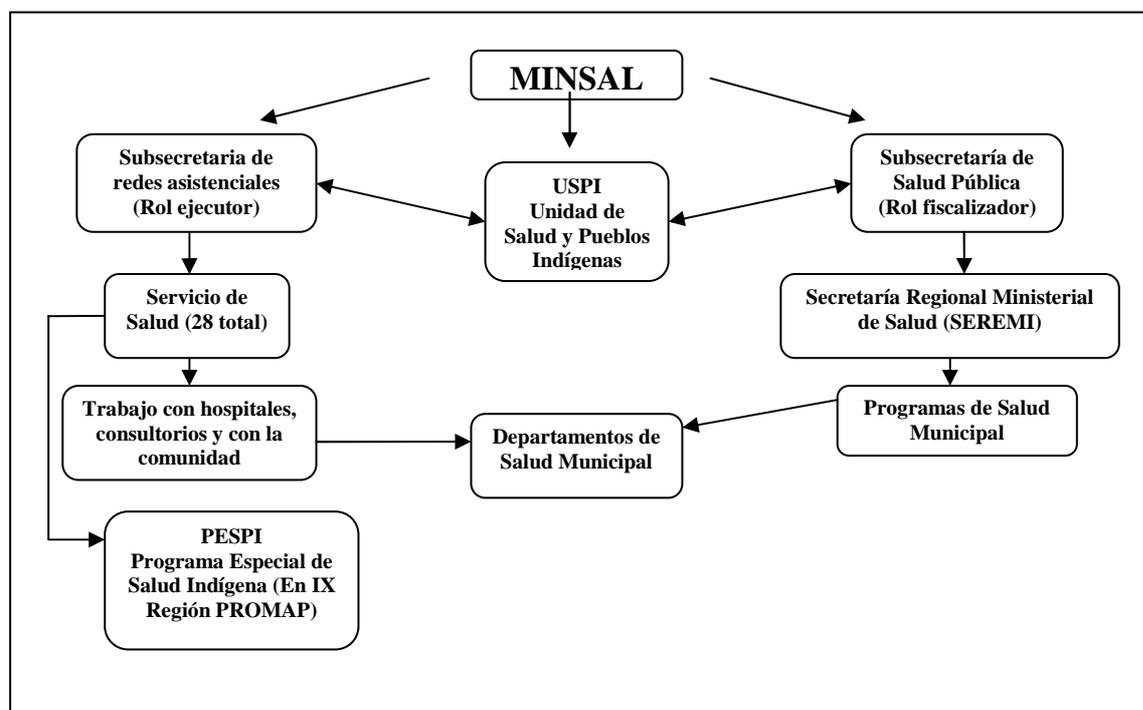
A: Ustedes entonces ¿desde qué lado trabajan?

Y: Yo estoy aquí en la Seremi y los programas de salud están acá en los Servicios de Salud.

A: ¿Cuál es la diferencia entre las Seremi(s) y los Servicios de Salud?

Y: La diferencia es que ellos son eminentemente ejecutores, ellos ejecutan todas las políticas de salud y acá (...) las SEREMI (...) es un rol más normativo y de fiscalización” (Yolanda Nahuelcheo, 2009)

A partir de lo conversado con ella elaboramos un cuadro explicativo de la estructura organizativa de los organismos del estado relacionados con el ámbito de la salud.



* Cuadro de confección propia.

El Servicio de Salud Araucanía, creado en 1979, abarcaba en un primer momento a la IX Región en su conjunto, posteriormente, en 1997, dicho Servicio de Salud se desdobra en: Servicio de Salud Araucanía Norte y Servicio de Salud Araucanía Sur, abarcando el primero la provincia de Malleco y el segundo la zona de Cautín. De acuerdo a Jaime, esto sucede:

“...Por una razón política. En Araucanía Norte gana la derecha en un momento determinado y había un médico el Dr. Francisco Bayo, fue diputado y él promete en su campaña para ser diputado que va a tener servicio propio, porque la Araucanía era tan

grande que todo se centraba en Temuco, entonces los que vivían por Angol toda esa zona, Lumako mismo, para hacer cualquier cosa tenían que trasladarse a Temuco (...) básicamente se produce por un tema de autonomía regional...” (Jaime, médico, marzo 2009)

Los Servicios de Salud son entes descentralizados y operativos que dependen del Ministerio de Salud de la nación chilena.

La organización institucional de la salud en Chile se encontraba –y aun se encuentra- dividida en tres niveles de atención: la Atención Primaria a la Salud (APS), un Nivel Secundario y otro Nivel Terciario. Estos tres niveles, a su vez, están compuestos por diferentes lugares sociales. Cada uno de estos lugares, detallados a continuación, con sus características y reglas propias, son los que han ido conformando el habitus cotidiano de las circulaciones posibles en materia de atención médica, así como los modos de actuar y hablar de la salud-enfermedad.

Niveles de Atención	Establecimientos	Funciones
Nivel I	Estación Médico Rural	Es un recinto medianamente adecuado para atender en donde va periódicamente una ronda médica pero no permanece nadie allí como para atender.
	Posta de Salud Rural	Es un establecimiento de atención primaria a la salud, de baja complejidad que realiza acciones de fomento y prevención de la salud. Posee un técnico paramédico permanente que realiza una primera atención sanitaria, derivando posteriormente a consultorios u hospitales, en caso del paciente necesitar mayor complejidad. Son recintos que se ubican generalmente en zonas de alta ruralidad.
	Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) ⁴	Es un nuevo modelo de atención en salud que se planteó a partir del gobierno de Bachelet, como una manera de ligar las estrategias comunitarias de la salud de una comunidad con el equipo de salud.
	Consultorios de Atención Primaria	Establecimientos de baja complejidad que atienden ciertas especialidades médicas de manera ambulatoria.
	Centro de Salud Familiar intercultural (CESFAM) ⁵	Es un centro de salud que funciona en base al modelo de salud familiar de atención. Está compuesto por un equipo de salud denominado cuyo trabajo se articula con las mismas familias de la comunidad no solamente en el aspecto curativo de la medicina sino también en el de la promoción. A través del incentivo de las propias prácticas y conocimientos de las familias el equipo de salud contribuye a que la población se

⁴ Establecimientos creados durante el gobierno de Bachelet (2006-2010)

		mantenga sana.
Nivel II	Centro de Referencia en Salud (CRS)	Establecimiento de atención ambulatoria de mediana complejidad
	Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT)	Establecimiento de atención ambulatoria de alta complejidad
	CAE (Consultorios Adosados de Especialidades)	Consultorios destinados a la atención ambulatoria de pacientes adultos mayores de 60 años.
Nivel III	Hospital tipo I	Son los hospitales que cuentan con las 4 especialidades básicas de la medicina (medicina, cirugía, pediatría y obstetricia) y además cuentan con la totalidad de las sub-especialidades. Es un hospital de alta complejidad.
	Hospital tipo II	Son los hospitales que cuentan con las 4 especialidades básicas de la medicina y sólo con algunas de las sub especialidades. Es un hospital de alta complejidad.
	Hospital tipo III	Son los hospitales que cuentan sólo con las 4 especialidades básicas. Son establecimientos de mediana complejidad.
	Hospital tipo IV	Son los que tienen sólo camas indiferenciadas para adultos y niños. Son de baja complejidad.

* Cuadro de confección propia

En estos lugares disponibles, las diferencias culturales quedaban (y quedan) subsumidas entre los criterios que definían la “vulnerabilidad” de ciertos sujetos. Estos últimos, eran parte de las masas de la población sobre las que el estado se adjudicaba la misión civilizatoria de elevarlas a la categoría de ciudadanos del pueblo chileno. Hasta este momento, las instituciones del estado chileno no habían tenido el más mínimo interés en identificar, reconocer o marcar ciertas prácticas como mapuche, a no ser como obstáculo a superar en la formación de la ciudadanía chilena.

Con la llegada de la democracia a Chile comienzan a notarse ciertos cambios respecto de la actitud que el estado chileno había tenido históricamente tanto hacia el pueblo mapuche como hacia su medicina.

A partir de 1993 el Servicio de Salud Araucanía institucionaliza el Programa de Salud con población Mapuche (PROMAP) cuyo propósito se centraba en:

⁵ Establecimientos creados durante el gobierno de Bachelet (2006-2010)

“...contribuir a producir cambios en la atención en salud orientados a mejorar las condiciones de salud de la población mapuche de la región de la Araucanía, a través de la aplicación de estrategias de desarrollo acordes a su realidad sociocultural y enmarcadas en el contexto general de la atención primaria” (Ivonne Jelves⁶, antropóloga, miembro del Promap, Araucanía Sur, febrero de 1998)

A su vez, desde el equipo también se planteaba que:

“El Promap constituye también una respuesta a los desafíos planteados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a fines de la década de los 70, cuando se redefine el concepto de salud y se enfatiza en la atención primaria en salud (APS)” (Ivonne Jelves, febrero de 1998)

Dentro de este proceso de expansión del Servicio de Salud Araucanía y en el marco del Programa de Salud con Población Mapuche comienzan a contratarse “facilitadores interculturales” o *amuldungunfe* –personas mapuche que tuvieran un buen manejo del *mapudungun* y del castellano, que conocieran el funcionamiento de las instituciones de salud occidental así como también el sistema médico mapuche, que tuvieran vínculo con las organizaciones indígenas y que además conocieran el protocolo mapuche- para que se “integren” a establecimientos estatales de Salud, con el objetivo de “adecuar la atención pública en salud a la realidad multiétnica de la región”⁷.

¿En qué consistía el PROMAP? ¿Cómo surgió dicho programa? ¿Cuál era el objetivo del Programa? ¿Cómo surge la figura del “facilitador intercultural”? ¿Cuál era su rol? Para tratar de responder a algunas de estas preguntas comenzaremos por indagar acerca de cómo surge este Programa de salud con población mapuche (PROMAP).

A: ¿Cómo surge con el Promap?

J: (...) el Promap surge porque yo estaba como médico recién recibido, en el año '81, '82 en Traiguen y empecé a trabajar en comunidades (...) yo venía de Concepción a atender gente en ese hospital y de pronto empecé a ver que había gente mapuche... que hablaba y que se vestían (...) de pronto empecé a acercarme a conversar con la gente, (...) y poco a poco me empecé a meter en eso y me empecé a dar cuenta que lo que yo sabía de salud, te hablo del año 82, 83, no tenía nada que ver con lo que tenía que hacer ahí, entonces... y justo apareció una antropóloga (...) Ana María Oyarce, (...) me dijo: sabes que yo estoy haciendo una investigación del ciclo de vida en las comunidades y me dijeron que a ti te gustaba el tema mapuche (...) y así empecé a hablar con ella, (...) y yo me metí mucho, me metí fuerte, fuerte, participando en ceremonias, aprendiendo el idioma, etc. etc. y... bueno, ahí me empecé a dar cuenta que lo que yo sabía de salud era una parte de lo que era todo el pensamiento sobre la salud y el bienestar. Sabía más de enfermedades que de enfermos. Entonces ahí empecé (...) con la Ani, y ahí trabajamos con la primera facilitadora intercultural, que ni siquiera se llamaba facilitadora.... (...) Juana Luisa

⁶ Jelves, Ivonne (1998)

⁷ Aguirre Fonseca (2006)

Raiman, de Lumako, específicamente de Quetrawe, de una comunidad de Lumaco, y con ella empezamos a trabajar, e hicimos una cuestión bien entretenida allí que se llama **Adam dungu** “hablar de las cosas que se saben”, entonces ella atendía en los policlínicos, así, en las postas, con una grabadora, y teníamos un cassette, por lado y lado, y en el cassette iban consejos de salud, ¿ya? todo eso se grababan en la comunidad, entonces íbamos a hablar con alguien que nos decían que sabía mucho sobre hierbas, sobre algún tipo de enfermedad y llegábamos allá y le preguntábamos y ella daba consejos, o él daba consejos sobre ese tipo de enfermedades, lo grabábamos en la grabadora, era cortito así ¿ya? Y después poníamos un poco de música, que también grabábamos en la propia comunidad, (...) entonces yo llegaba a la posta y mientras yo atendía instalaba la grabadora y ponía el cassette, (...) y me recuerdo perfectamente de que en un sector en Quechereguas, la auxiliar me dijo: “doctor nadie va a entender esto, si nadie habla mapudungun...” resulta que la auxiliar llevaba como 11 años en ese lugar y nunca ella había escuchado hablar mapudungun a nadie, pero cuando empezó a sonar el cassette, la gente toda empezó a hablar mapudungun (...) fue una experiencia muy interesante porque empezamos a producir hartos cassettes (...) eso me hizo empezar a darme cuenta que era necesario un enfoque distinto hacia la salud. Y el director que había en el hospital (...) me empezó a apoyar, apoyar, a apoyar y empezamos a hacer los primeros cursos de mapudungun en el hospital, la gente del hospital empezó a hablar mapudungun, todos los profesionales, los técnicos paramédicos, la enfermera, la matrona, empezamos a trabajar en la gobernación, después en el campo, y había toda una cuestión así, pero enormemente grande, hasta que producto de toda esta cosa y de todo este movimiento la dictadura me... me... me empieza a molestar, y (...) tuve que salir, tuve que arrancar de ahí, ¿ya? Y caí en Temuco, y en Temuco comenzamos en el hospital (...) a hacer la misma cosa... (...) Entonces empezamos a generar todo un movimiento (...) hasta que de pronto el director me dice: ¿Qué vas a hacer tu ahora? (...) ¿Por qué no te vienes al Servicio y hacemos un programa de algo? Y en ese momento se da que en Quinquen, en la cordillera de Temuco, en Quinquen los carabineros desalojan a una comunidad, porque un grupo de terratenientes reclamaba el Valle de Quinquen para ellos. Y en el Valle de Quinquen vivía toda una comunidad Pehuenche, mapuche-pehuenche, Meliñir... y un alumno mío, (...) estaba a cargo del hospital de Lonquimay (...) me llama y me dice: Jaime tu sabes que quieren desalojar a esta comunidad y yo creo que no puede ser, ¿Qué podemos hacer?, entonces le propongo al jefe del Servicio que hagamos un grupo interdisciplinario y avancemos hacia allá y veamos qué pasa, entonces convivimos con los pehuenches por una semana, rodeados de la policía, la policía tratando de desalojar eso, todos organizados pero resistiendo ahí con nguillatún, ¡día y noche en ceremonia! y los pacos ahí, rodeando y al final llegaron a unos acuerdos y ¡no hay desalojo!, ahí nace la idea del Servicio de generar un programa, y ese programa tomó en cuenta 4 comunas, Lonquimay por supuesto, Lumaco, Puerto Saavedra y Galvarino, y en esas 4 comunas empezamos a hacer un estudio socio-demográfico de lo que significaba la población ahí, el significado social, demográfico y un estudio de morbi-mortalidad, y empezamos a hacer grupos comparativos y así nos empezamos a dar cuenta que la gente mapuche tenía más pobreza, se enfermaba más, pero además de eso tenía una riqueza de otras cosas que la otra población no tenía, entonces ahí se funda este Promap, ya, y éramos 3 locos que andábamos por todos lados metidos, y hasta ahí íbamos ¡súper bien!, ¡súper bien!, y de pronto llega la democracia... (...) y llega la democracia y se instala y dice: ¡qué buen programa!, ya, ¿Cuánta plata necesitan? Entonces nosotros... todavía me acuerdo, trabajábamos con... 7 millones de pesos (14000 dólar de ahora), 6 millones de pesos al año, o menos, 3 y tanto, no me acuerdo, y yo justo ahí me voy a estudiar afuera, me voy a hacer una maestría afuera al extranjero, y durante ese momento que yo no estuve el gobierno le puso plata al programa y mi colega que quedó a cargo (...) empezó a contratar gente, ya, y empezó a crecer este programa, y contrató más antropólogos, más (...) investigadores más... y cuando yo llegué no podía creer que si antes éramos 3 ahora eran como 10 (...) y se empezó a meter el gobierno, en institucionalizar un programa que (...) era muy particular... (Jaime, médico, marzo, 2009)

Respecto del facilitador intercultural, Jaime nos cuenta cómo surge dicho rol:

J: (...) los facilitadores interculturales nacieron en el tiempo en que estábamos nosotros en el programa, (...) llega la democracia y... dicen... ¡que buena idea lo de los facilitadores interculturales! ya, hay que poner facilitadores interculturales ¡en todo Chile! en los lugares donde haya un equipo de salud y pueblos originarios. Y nosotros para preparar un facilitador intercultural en aquel tiempo, nos demorábamos ¡un año! un año en convencerte a ti que eres directora del hospital de que ella es facilitadora, y convencerte a ti facilitador y a tu comunidad de que tu los representas a ellos y que no vas a ser institucionalizado ya... y que tu tiene que... ¡ojalá no seas institucionalizado porque eso es un control social!, entonces al final llega el gobierno de Frei y Frei dice: ¡todo el mundo con facilitadores! ¡súper buena la idea! Entonces tu estas en tu escritorio, resolviendo la pega te tocan la puerta y te decían: “Buenas tardes doctora le traemos la facilitadora intercultural”, ¿qué?, “no, que le traemos la facilitadora intercultural porque usted trabaja con mucha gente mapuche entonces ella va a hacer de puente”, y tu no entendías porqué tenía que hacer de puente... la facilitadora no entendía porqué estaba ahí... ya, y de pronto esa facilitadora... tu decías, te decían: sabe qué doctora, faltó la persona que atiende el teléfono, ¡ah ya!, “que vaya la facilitadora a atender el teléfono”... no llegó la persona que hace el aseo... “que vaya la facilitadora a hacer el aseo”, ¿te das cuenta? Y se perdió toda esa cosa que nosotros habíamos logrado de trabajar en un año para lograr que un facilitador pudiera ingresar en un hospital...

A: ¿Cuál es la diferencia entre un momento y otro respecto del rol del facilitador?

J: El rol inicial era... una persona de comunidad, que era capaz de discutir con el director del hospital o director del establecimiento y con el equipo de salud sobre lo que tenía que hacerse en tratamientos para la gente mapuche en ese lugar, sin desmerecer que la medicina occidental era válida, pero también que tomaran en cuenta las condiciones de la gente, y si la gente tenía que, para sanar su enfermedad, operarse de la vesícula, se operaba, pero para que esa operación resultara un éxito tenían que sacarse el mal y también ver a la machi, y para eso el facilitador se apoyaba en su comunidad... y los directores del hospital dialogaban en ese sentido... si un director de un hospital se sentaba con su quipo a planificar... nosotros exigíamos que estuviera el facilitador intercultural en esa planificación. Y eso duró hasta que se le ocurrió a este otro (...) en la democracia meterlo a todo, entonces los facilitadores hoy día... incluso ¡he encontrado un equipo en el que ya hay rangos dentro de los facilitadores!, ¡sí!, hay facilitadores que trabajan así, pero ya hay un jefe de facilitadores, como en Santa Bárbara, por ejemplo...” (Jaime, médico, marzo, 2009)

De esta manera, tanto el Programa de salud mapuche como la figura del facilitador intercultural sufren una transformación desde su nacimiento hasta la actualidad, su institucionalización.

Siguiendo en la misma línea por medio de la cual se institucionaliza el PROMAP, en 1996 se crea a nivel nacional el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI), que funciona como parte de la División de Atención Primaria dentro del Ministerio de Salud de Chile y que además de abordar las diferentes “problemáticas” del pueblo mapuche se hace extensivo a otros pueblos indígenas del país. Sin embargo, la creación de estos programas no necesariamente implican un cambio respecto al reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas del país, por parte del estado nacional.

¿Por qué el estado chileno que, hasta el momento ejercía un control social sobre las prácticas en salud mapuche, de repente está interesado en financiar un Programa de salud mapuche (PROMAP) a nivel local, y a nivel nacional, un Programa de Salud y Pueblos indígenas (PESPI)?

J: ... en el año 96, la OPS hace este encuentro (...) de Winnipeg, y lanza este programa (PESPI) para toda Latinoamérica. Entonces empiezan de la OPS, la OMS, y todo este rollo y empieza todo este modelo neoliberal a hacerse cargo del programa de Salud intercultural en Chile, en Latinoamérica, en todas partes, ya, y de atracito empieza a aparecer el BID, y el BID aparece con un equipo paralelo al que teníamos a través del Servicio, a instalar otro equipo, ya, porque uno de los principios del BID era que la gente que trabajaba en el Servicio de Salud ya no podía hacer nada más porque nunca había hecho nada, sino que tenían que contratar más gente. Y empiezan a aparecer una cantidad de expertos que no sé de dónde salieron y empiezan a decirnos lo que nosotros teníamos que hacer... ya... y claro, nosotros comenzamos a discutir con ellos, y decirles que no... y empieza esta pelea... pero el BID se mete con los dirigentes, y toda esta cantidad de dirigentes importantes que había ya, que luchamos todos por una autonomía y por el tema del territorio, y la autonomía en salud...(...) el BID se mete con los dirigentes (...) que de pronto empiezan a ser pagados por el BID, y empiezan a formar parte del equipo del BID, entonces empezaron los problemas, ya... y yo esta cuestión la denuncié aquí y la denuncié en el extranjero... entonces yo no era muy querido por la gente del BID... (...) el BID (...) empezó a repartir plata (...) había comunidades que sí agarraban cosas del BID y otras que no, que sí, que no (...) y así empezaron a dividir ya, a las comunidades (...) ¿porqué? porque a Chile le interesaba hacer un país donde se pudiera invertir, le interesaba que el movimiento indígena que había nacido en el año 92, quinientos años después, estuviera como... suave... porque a la gente que quería invertir en Chile no le interesaba un país conflictivo desde el punto de vista indígena, y con el BID intentan armar eso, entonces empiezan a crecer las forestales, empiezan a crecer las salmoneras, empiezan a meterse... todo lo que se ha metido... porque no hay una respuesta, y todo aquel que se opone a eso ¡es terrorista! Entonces ahí están todos los que tu conoces en... en la Araucanía, en la Araucanía son terroristas, entonces tu hablas de Pascual Pichun, de José Huenchunao, de Victor Ancalaf y la gente ve la imagen del terrorismo, entonces antes eran sin alma, después fueron borrachos y ahora son terroristas, (...) entonces se desarma toda esta cosa y empiezan a aparecer estos programas, estos programas que hoy día, además han generado esta gran división (...) entonces la gente no... con este tema de este tipo de políticas, así como de subvención y de generar dependencia pierden la organización ¿ya?...” (Jaime, médico marzo, 2009)

En el año 2000 asume Ricardo Lagos la presidencia de Chile. El presupuesto anual correspondiente al Servicio de Salud Araucanía y al Programa de salud con Población Mapuche (PROMAP) pasa de \$9.500.000 pesos en el año 1999 a \$ 180.500.000 pesos en el año 2000⁸. ¿Por qué? El presidente electo postula, a nivel nacional la “interculturalidad” como parte de las 16 medidas de Gobierno incluidas en su política del “Nuevo Trato”⁹ referida a los Pueblos Indígenas, y acto seguido en el año 2001 comienza a funcionar el

⁸ Documento Historia del PROMAP Araucanía Sur

⁹ Documento Historia del PROMAP Araucanía Sur

Programa Orígenes, producto de un convenio entre el estado chileno y el BID, que, entre algunas de sus premisas plantea “la interculturalidad” como política de estado tanto en el ámbito educativo como en el área de la salud. ¿En qué consistía la política “intercultural” que el estado chileno comienza a incentivar? Dicha política ¿correspondía a un lineamiento del organismo multilateral o a una postura específica del estado chileno?

Antes de 1993 las únicas políticas indígenas que se llevaron a cabo, en el marco del indigenismo, fueron políticas de integración y/o asimilación al Estado-nación chileno. En 1993 se sanciona la ley indígena 19.253, que da lugar a la institucionalización del Programa de Salud con Población Mapuche (PROMAP) dependiente del Servicio de Salud Araucanía. En 1996 se crea el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas a nivel nacional (PESPI), y más tarde, en 2001, ya con el Programa “Orígenes” se institucionaliza la “interculturalidad en salud”. Por lo tanto, observamos que el interés por la “salud indígena” no comienza con Orígenes. Si no comienza con Orígenes ¿Cuándo y por qué surge este interés por la salud indígena y especialmente por la llamada “salud intercultural”? En 1993 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) da a conocer a través de la iniciativa SAPIA (Salud de los Pueblos Indígenas de América) ciertos lineamientos cuyo antecedente es la *Reunión de Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Salud*¹⁰, realizada en la Winnipeg, Manitoba, Canadá, del 13 al 17 de abril de 1993. Estos lineamientos hacen referencia tanto *al reconocimiento de la situación de desigualdad que viven los pueblos indígenas de América*, como a:

“...las aspiraciones de los pueblos indígenas de asumir el control de sus propias instituciones y formas de vida, la necesidad de fortalecer su propia identidad, así como de que se respeten sus derechos en cuanto a la salud y al medio ambiente...”

El documento menciona la situación de “*desigualdad*” que los pueblos indígenas sufren – interpretada en términos de indicadores estadísticos respecto a la *mortalidad* o de la *esperanza de vida al nacer*- y “*las aspiraciones de los pueblos indígenas de asumir el control de sus propias instituciones y formas de vida (...)*”, es decir, menciona hechos concretos pero descontextualizados del marco político de producción y reproducción de la desigualdad sin abordar sus causas y sin hacer referencia a la lucha de los pueblos indígenas por sus derechos políticos: derecho al autogobierno, a la autodeterminación y derecho al territorio. Derechos

¹⁰ Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/th/s/os/indig-Resol-V.htm>

que se encuentran íntimamente relacionados a la concepción mapuche de la salud y enfermedad. SAPIA plantea que lo que necesitan los pueblos indígenas es “**desarrollarse**”, es decir que los pueblos indígenas son caracterizados como sujetos “carentes” sobre quienes es necesario intervenir. Esta construcción social del indígena como un sujeto “pobre”, “incompleto”, “subdesarrollado” es funcional a los intereses de la política neoliberal del capitalismo, ¿porqué? ¿En qué términos se plantea ese “desarrollo”? cuando se habla de “desarrollo” ¿para quienes?

A partir de la década del ‘90 se profundiza el modelo capitalista en América, lo que se traduce en el retroceso de la intervención del estado en cuestiones relacionadas con el garantizar el bien común de los ciudadanos. A su vez, se eliminan los programas estatales generales y se sustituyen por programas especiales focalizados. Todo esto en un marco creciente de privatización y de mayor apertura al flujo de capitales y mercados transnacionales. De esta manera, la posibilidad de financiar los proyectos de “desarrollo” –indígenas- va a ser pensada a partir de préstamos de organismos internacionales de crédito, que van a implementarse a través de políticas focalizadas en distintas áreas. Es decir que, gracias a los lineamientos de la OPS (SAPIA) se legitima el “*el apoyo*” que las agencias multilaterales como el BID¹¹ puedan brindar –a países “emergentes”- a través de su Política Operativa¹². Así, los países Latinoamericanos miembro de la OPS son “invitados” a llevar adelante estos planes de “desarrollo” con el financiamiento de las agencias. Junto con el préstamo y el consecuente endeudamiento de estos países, las agencias multilaterales entregan sus lineamientos político-conceptuales. De esta manera, para el caso mapuche que estamos estudiando, los “proyectos de desarrollo” al contar con definiciones estereotipadas acerca de lo que significa “ser un indígena” “la interculturalidad” o “formas adecuadas de comportamiento indígena” terminan funcionando como un mecanismo privado de vigilancia sobre una población indígena que es necesario controlar. Aun así existen tensiones, negociaciones y espacios para el diálogo que son contestados y redefinidos a partir de la negociación por la implementación de estos proyectos.

¹¹ <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/041874/modulo4-3.pdf>.

¹² <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=776079>.

Bibliografía:

Aguirre Fonseca, Verónica (2006) La figura del facilitador intercultural mapuche ¿Hacia una verdadera interculturalidad en salud? En:

http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2006/aguirre_v/sources/aguirre_v.pdf

Cetti, Alejandra (2008) La “Salud Intercultural” a través del tamiz de la gubernamentalidad.

En: <http://www.hechohistorico.com.ar/Trabajos/Jornadas%20de%20Bariloche%20-%202008/Cetti.pdf>

Citarella, Luca (2000) *Medicinas y culturas en la Araucanía*. Santiago. Sudamericana, (comp.).

(2002) Documento Kom Taiñ kudau 1992-2002 Historia del programa de salud con población mapuche. Servicio de salud Araucanía sur

Jelves, Ivonne. Programa de trabajo en salud con población mapuche y herbolaria medicinal.

<http://www2.estudiosindigenas.cl/trabajados/PROGRAMA%20DE%20TRABAJO%20EN%20SALUD%20CON%20POBHERBOLARIA%20MEDICINAL.pdf>

Menéndez, Eduardo (1990) Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. En: Saber y hegemonía médica, México, Conaculta-Alianza, 1990.

Páginas web consultadas:

<http://sir.mideplan.cl/glosario/glosario.html>

<http://bip.mideplan.cl/bip-consultas/SEBI/2006/proyectos/salud/orientaciones.htm>

http://www.ufro.cl/prensa/doc/2004/Agosto/09-15/servicio_gong_9_8_04.pdf.

<http://www.paho.org/spanish/ad/ths/os/indig-Resol-V.htm>

<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/041874/modulo4-3.pdf>.

<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=776079>.