



Percepción de salud-enfermedad de usuarios indígenas urbanos adscritos al sistema público de salud

La Florida, La Granja, La Pintana y Puente Alto

Santiago, Abril 2012

Elaborado por:

Gloria Ochoa Sotomayor

Ricardo Inalef Mora

América Valenzuela Rebolledo

Germina, conocimiento para la acción

Introducción	3
Antecedentes de la población indígena urbana.....	5
1. Características y situación demográfica de los pueblos indígenas en Chile	5
2. Políticas de salud en pueblos indígenas.....	6
3. Programas y servicios de salud para pueblos indígenas en la Región Metropolitana	6
4. Experiencias interculturales en salud dirigidas a los pueblos indígenas en Chile.....	8
5. Investigaciones y estudios sobre salud y enfermedad en pueblos indígenas.....	10
Percepción salud-enfermedad en usuarios indígenas del sistema de salud en La Florida, La Granja, La Pintana y Puente Alto	13
1.- Percepción de la salud y la enfermedad	15
Qué es salud	15
Qué es enfermedad.....	19
2. Estrategias en el cuidado de la salud y la prevención de las enfermedades	21
Diferencias generacionales	25
3. Qué hacen cuando están enfermos: estrategias frente a las enfermedades	26
4. Percepción, práctica y valoración de la medicina indígena	29
Prácticas de la medicina mapuche	29
Machi.....	31
5. Percepción de los usuarios indígenas sobre el sistema público de salud	36
Incorporación de la medicina indígena a los servicios públicos de salud	39
Atenciones y programas de salud del sistema público identificadas por usuarios indígenas ..	41
Conclusiones	43
Recomendaciones	48
Referencias.....	52
Anexo 1. Plantas medicinales.....	54

Introducción

El siguiente documento presenta los resultados del *Estudio sobre la percepción de Salud-Enfermedad de usuarios indígenas urbanos adscritos al sistema público de Salud, correspondientes a las comunas de La Pintana, La Florida, La Granja y Puente Alto*, cuyo objetivo general fue conocer la percepción sobre la salud-enfermedad de los usuarios indígenas del sistema público de salud. Este estudio fue solicitado y financiado por el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente y realizado por un equipo de profesionales de Germina, conocimiento para la acción.

Para cumplir dicho objetivo se realizaron dos entrevistas grupales en cada una de las comunas consideradas, en las que participaron hombres y mujeres mayores de 18 años que se autoidentifican como miembros de un pueblo originario y que se encuentran adscritos al sistema público de salud. Participaron un promedio de cinco personas por entrevista, siendo algunas de ellas miembros de organizaciones indígenas¹.

En el marco de este estudio –de carácter exploratorio-, y de acuerdo al objetivo propuesto, se eligió como técnica de levantamiento de información la entrevista grupal semiestructurada, ya que permite el intercambio y puesta en común de visiones y percepciones respecto a un tema a tratar y permite identificar los desacuerdos entre una población determinada.

Además, de la realización de las entrevistas se revisaron antecedentes secundarios vinculados al tema abordado en el estudio; revisión que permite concluir que los estudios respecto a percepción del concepto de salud-enfermedad en personas indígenas que viven en la ciudad resultan escasos y que, por lo tanto, aún siendo un estudio de carácter exploratorio, la presente investigación permite avanzar en ese sentido.

A partir de lo realizado, se elaboraron recomendaciones para el Programa Especial de Salud Pueblos Indígenas del Servicio de Salud año 2012, las que se encuentran en el último capítulo del presente documento.

¹ Las personas participantes en las entrevistas miembros de organizaciones, pertenecen a las siguientes agrupaciones: Newen Mapu, La Granja; Rayen Kosklla, La Florida; Newentuain Taiñ Pewen, La Florida; Rayen Mapu, La Florida; Wingkulche, La Florida; Kiñe Pu Liwen, La Pintana; Taiñ Adkin, La Pintana; Weftun Mapu, Puente Alto; y We Fachantu Domo, Puente Alto.

Participó un total de 38 personas, de ellas 27 corresponde a mujeres y 11 a hombres; 2 tienen entre 18 y 30 años; 3 tienen entre 30 y 40 años; 19 tienen entre 40 y 60 años; y 14 tienen más de 60 años.

Aspectos metodológicos y éticos

En este estudio participaron principalmente personas que se autoidentifican como pertenecientes al pueblo mapuche; si bien se contactó y promovió la participación de personas de otros pueblos originarios, esto no fue posible, ya que no se encontraban en la ciudad de Santiago por el período de verano, debido a las actividades comerciales que realizan (participación en ferias); además, aquellos que se encontraban en Santiago no estaban adscritos al sistema público de salud. De todas maneras, esta situación no es ajena a lo que muestran las estadísticas en relación a prevalencia del pueblo Mapuche, lo que también se evidencia en que los programas de salud intercultural en el área de influencia del servicio responden a dicho pueblo.

Por otro lado, es importante mencionar la reacción de las personas participantes de las entrevistas frente al consentimiento informado. De acuerdo a lo establecido con la contraparte del servicio de salud, se solicitó a cada persona que firmara un consentimiento informado² en el que señalaba su libre participación en el estudio, así como su conocimiento de los objetivos del mismo y de su alcance. En algunos participantes la solicitud de firma de dicho consentimiento despertó desconfianza, debido a la tradicional relación con el mundo letrado chileno, por ello, hubo que explicar reiteradamente el sentido del mismo.

Esta situación es concordante con otras investigaciones de este tipo donde la solicitud de firma del consentimiento resulta más un obstaculizador que un facilitador de la confianza. Por ello, se recomienda para estudios futuros considerar otras alternativas que cumplan el objetivo de dicho consentimiento (Sadler, M. y A. Obach, 2006).

² Ver anexo 2.

Antecedentes de la población indígena urbana

1. Características y situación demográfica de los pueblos indígenas en Chile

El Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2002 señala que la población de Chile alcanza a 15.116.435 habitantes, de los cuales 692.192 (4,6%) declararon pertenecer a uno de los siguientes pueblos: Alacalufe con 2.622 habitantes (0,4%); Atacameño con 21.015 (3%); Aymara con 48.501 (7%); Colla con 3.198 (0,6%); Mapuche con 604.349 (87,3%); Quechua con 6.175 (0,9%); Rapanui con 4.647 (0,67%); y Yámana con 1.685 (0,2%).

La población indígena aparece concentrada en la Región de la Araucanía (29,5%), Metropolitana (27,7%) y de Los Lagos (14,7%), donde el pueblo que más destaca es el mapuche. En la Región Metropolitana (RM) 191.454 personas, es decir, el 3,2% de la población se autoidentifica con alguno de los 8 pueblos indígenas. De éstos, la primera mayoría corresponde a mapuche (95,5%) y en segundo lugar aymara con el 1,5% (INE 2005).

Según el Atlas Sociodemográfico de la CEPAL (2010), todos los servicios de salud de Santiago atienden población indígena. El área del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (La Florida, La Granja, La Pintana, Puente Alto y Pirque) es la que presenta mayor población indígena (49 mil personas), lo que corresponde, aproximadamente, al 20% del total de la población de la RM (CEPAL 2010: 40); le sigue el Servicio de Salud Metropolitano Norte (Colina, Conchalí, Huechuraba, Independencia, Lampa, Quilicura, Recoleta y Tiltil) donde llega a 21 mil.

Cuadro N°1. Población indígena por grupo étnico y comuna Sur Oriente de Santiago

Comuna	Pueblo								Total
	Alacalufe	Atacameño	Aymara	Colla	Mapuche	Quechua	Rapanui	Yámana	
La Florida	37	94	92	13	11178	83	44	43	11584
La Granja	11	57	46	8	4902	40	18	15	5098
La Pintana	13	22	70	3	11652	49	20	26	11855
Puente Alto	60	98	243	26	14729	78	80	56	15370
Total	121	271	451	50	42461	250	162	140	43907

Fuente: Estadísticas sociales de los pueblos indígenas en Chile-Censo 2002, INE: 2005.

2. Políticas de salud en pueblos indígenas

En Chile, la incorporación de los pueblos indígenas a las políticas y los programas públicos en salud ocurre luego de la promulgación de la Ley 19.253 -Ley indígena, 1993-. A esa fecha, y hasta que Chile adhiere al convenio 169 de la OIT, esta Ley constituye el marco jurídico de las políticas públicas dirigidas a los indígenas y establece normas para la protección, el fomento y el desarrollo de esta población. Determina las vías de distribución de los recursos, el tipo de inversión, las responsabilidades y las competencias del Estado, los ministerios y servicios públicos involucrados en los asuntos indígenas. Asimismo, crea la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI), entidad pública encargada de la política indígena y dependiente del Ministerio de Planificación (MIDEPLAN) (Informe Comisión Histórica y Nuevo Trato, 2004:11-17).

Uno de los artículos más relevantes de la Ley es el que habla sobre el reconocimiento de estos pueblos y el compromiso que hace el Estado con la diversidad cultural y étnica del país. Si bien entre sus disposiciones no incorpora directamente normas relativas a la salud indígena, en 1996 a instancias del Ministerio de Salud y en el contexto de una serie de demandas étnicas sobre el tema, se crea el Programa Nacional de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI).

El año 2000 el Programa se convierte en una unidad específica y en el 2006 se dicta la Norma General Administrativa Nº 16 sobre Interculturalidad en Salud. Con el objetivo de fortalecer la capacidad técnica y de gestión de los servicios responsables de la salud de las poblaciones indígenas, se han elaborado planes de salud intercultural que aseguren un mayor acceso a los servicios de salud y atención de calidad, disminuyendo los niveles de desigualdad en esa materia (CEPAL 2008: 17-18).

El PESPI se desarrolla actualmente en 25 Servicios de Salud (6 de ellos de la Región Metropolitana). Entre las líneas de trabajo que ha desarrollado este programa encontramos el acceso y la calidad de la atención, la elaboración de enfoques epidemiológicos interculturales y la creación de modelos de atención intercultural. Asimismo, el programa en coordinación con CONADI ha realizado proyectos que han tendido a mejorar la situación de salud en espacios de alta concentración indígena según los lineamientos de los Servicios de Salud e implementando la figura de facilitadores interculturales y la capacitación de personal y equipos de salud. (CEPAL 2010: 4-10).

3. Programas y servicios de salud para pueblos indígenas en la Región Metropolitana

En el marco de la promulgación de políticas y medidas tendientes a proteger los derechos y resolver las demandas y necesidades de salud de los pueblos indígenas, sus niveles de acceso y la calidad en la atención, es que se incorpora al lenguaje institucional el paradigma intercultural en salud. Este concepto aparece “(...) para designar al conjunto de

acciones y políticas tendientes a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud, en este proceso la pertinencia cultural va más allá de lo étnico, ya que implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad” (Alarcón, Vidal y Neira 2003: 1061).

De acuerdo al Atlas Sociodemográfico de la CEPAL, al año 2010 todos los Servicios de Salud han generado competencias y programas que atienden y promueven la salud de los indígenas residentes en Santiago (CEPAL, 2010:7) en el marco del PESPI, como se puede ver en el siguiente cuadro:

Servicio de Salud	Actividades
Servicio de Salud Metropolitano Central	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnósticos de la situación sanitaria y etnoepidemiológica indígena. • Bases de datos de mapuche y aymara hospitalizados entre 2006 y 2008. • Atención de machi en el Hospital San Borja Arriarán y de sanadores aymara y quechua en algunos CESFAM. • Capacitaciones en conocimientos herbolarios. • Instalación de señalética en mapudungun y castellano.
Servicio de Salud Metropolitano Norte	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de intervención sanitaria. • Talleres de salud intercultural con enfoque de género. • Talleres de plantas medicinales. • Atención de médicos y machi.
Servicio de Salud Metropolitano Occidente	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de salud mapuche, donde se integra la labor de facilitadores interculturales y la acción de agentes de salud ancestral (machi, lawentuchefe, puñeñelchefe). • Trabajo en un Mesa de Salud Intercultural con participación de equipos técnicos, dirigentes indígenas y asesores interculturales.
Servicio de Salud Metropolitano Oriente	<ul style="list-style-type: none"> • Mesa de trabajo. • Realización de talleres de nutrición y alimentación mapuche, encuestas de salud intercultural. • Capacitación de dirigentes. • Implementación de una ruka para la atención de la población indígena.
Servicio de Salud Metropolitano Sur	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación en medicina mapuche. • Promoción de la salud indígena a través de talleres y muestras culturales en colegios, jardines infantiles y con pacientes del Programa Salud Mental y Cardiovascular. • Centro de salud mapuche en el Hospital Barros Luco.
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente	<ul style="list-style-type: none"> • Mesa de Salud Intercultural. • Atención en rucas ubicadas en centros de salud y en

	<p>otras instituciones como el campus Antumapu de la Universidad de Chile.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitaciones a usuarios y funcionarios sobre cosmovisión indígena. • Talleres culturales. • Terapias de salud mental con pertinencia cultural a usuarios indígenas y no indígenas.
--	---

4. Experiencias interculturales en salud dirigidas a los pueblos indígenas en Chile

En Chile existen diversas experiencias en salud intercultural dirigidas al mundo indígena que intentan reflejar la presencia de esta población, sus particularidades culturales y las demandas específicas que requieren en los distintos contextos rurales y urbanos en los cuales habitan. Estas experiencias van desde la incorporación de programas interculturales con atención a indígenas en unidades hospitalarias hasta centros de salud de atención familiar.

Según CEPAL (2008:18) el Servicio de Salud de la Araucanía Sur, dada su alta concentración indígena, es pionero en reconocer la diversidad cultural de la región y elaborar programas de atención médica dirigida en específico a la población mapuche, planteando estrategias de complementación entre el modelo biomédico y sus prácticas ancestrales. Desde el año 1995 ha incluido en sus protocolos de registro la categoría de autoadscripción étnica, así como datos sociales, demográficos y de morbilidad de los usuarios (Observatorio Regional de Equidad en Salud OR2006: 15-18).

Otras experiencias que podemos mencionar son las Oficinas de Orientación Intercultural Amuldungun, el Policlínico Intercultural del Hospital de Traiguén, el Hospital Makewe-Pelale, el Centro de Salud Intercultural de Boroa Filu Lawen y el Centro de Salud Mapuche del Hospital Intercultural de Nueva Imperial (CEPAL 2008:21).

Éste último es un hospital intercultural administrado por la Asociación Indígena Newentuleaiñ que comienza a funcionar en el año 2005. Este centro se ubica en la ciudad de Nueva Imperial y trabajan 15 machi, 4 ngütanchefe, 1 püñeñelchefe y 11 ngülanchefe (facilitadores culturales), que en conjunto brindan atención a la población mapuche y no mapuche de ocho comunas de la Provincia de Cautín. Sus estadísticas indican que tienen una demanda aproximada de 47 mil atenciones, por lo que su cobertura es amplia (CEPAL 2008:20-21).

Por su parte el Hospital de Makewe-Pelale, fundado en 1927, desde 1999 junto al Ministerio de Salud pasa a ser administrado por la Asociación Indígena para la Salud Maquewe-Pelale, que agrupa y representa a 35 comunidades del sector. Cuenta con un consejo de sabios (nielukuyfikekimün) mayores de 65 años que asesoran tanto a la

organización como a la dirección técnica del hospital para que la administración y la gestión sea acorde a la realidad sociocultural local. El hospital también brinda atenciones externas en los hogares de los usuarios. También se ha implementado una farmacia donde se disponen fármacos de patente, remedios a base de plantas medicinales y existen protocolos bilingües para la entrega de los mismos, así como información y atención a los usuarios (MINSAL 2009).

En el norte de Chile, la región de Tarapacá también presenta experiencias en salud intercultural dirigidas al pueblo aymara. El Servicio de Salud de Arica, en conjunto con las organizaciones andinas, implementa el PESPI dirigido a aymaras urbanos y de las comunidades del altiplano.

Una de las iniciativas relacionadas con la puesta en valor del sistema médico aymara, y en específico que rescata los conceptos de salud y enfermedad y sus conocimientos herbolarios, es el Programa de Interlocución de Medicina y Alimentación Natural en la Comunidad de Chapiquiña, el cual viene desarrollándose desde el año 2005³.

En los CESFAM de la Provincia de Arica-Parinacota las experiencias de salud intercultural se implementan en común acuerdo con el Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé. Un ejemplo de ello es “Utasajam usuña/Parir como en nuestra casa”, que es parte del programa “Chile crece contigo” del MINSAL y del Programa Orígenes. En esta iniciativa es central la figura de facilitadores interculturales en la Red Asistencial de salud quienes dominan la lengua aymara y las costumbres propias de este pueblo y mediatizan la labor de los profesionales médicos del hospital⁴. En esta misma línea se trabaja En el CESFAM Víctor Bertín Soto desde el año 2006, el que busca fortalecer la salud familiar y comunitaria a través del modelo de salud aymara⁵.

Desde el año 2008 destaca el proyecto “Salud ancestral tras las rejas” que se implementa entre el Servicio de Salud Arica y la Dirección Regional de Gendarmería, el cual pretende cubrir las necesidades de atención en salud de internas de origen indígena nacional y extranjero del recinto penitenciario de Acha. El programa va dirigido a mejorar sus condiciones de acceso y atención en salud y que las internas tengan la posibilidad de hablar en su lengua y participar del cuidado de un huerto de plantas medicinales y así enfrentar la situación de encierro⁶.

Cabe señalar que no se encontraron evaluaciones de las iniciativas de salud intercultural, respecto a su implementación, diagnóstico, impacto o la percepción de las y los usuarios indígenas sobre las experiencias expuestas. Solo se cuenta con información acerca de los objetivos y logros esperados de ellas.

³ <http://www.saludarica.cl/indigenas.html>

⁴ <http://www.saludarica.cl/indigenas.html>

⁵ <http://www.saludarica.cl/indigenas.html>

⁶ <http://www.saludarica.cl/indigenas.html>

5. Investigaciones y estudios sobre salud y enfermedad en pueblos indígenas

Las investigaciones que han abordado los conceptos y las percepciones sobre salud y enfermedad en pueblos indígenas de Chile son muy variadas, aunque escasas en cantidad. A continuación revisamos investigaciones y estudios de universidades, de organismos no gubernamentales y algunos encargados por servicios de salud e instituciones interesadas en la observación del estado y el proceso de atención en salud indígena en el país.

Entre ellos se encuentra el “Atlas Sociodemográfico de la población y pueblos indígenas Región Metropolitana e Isla de Pascua, Chile”, elaborado por el CELADE-División de Población de la CEPAL para el MINSAL en 2010. Este documento presenta un panorama actualizado con información sociodemográfica y organizada según el área territorial que cubren los Servicios de Salud de la capital, constituyéndose en una herramienta para el diseño y monitoreo de los programas de salud intercultural pues entrega indicadores sobre salud, situación demográfica y los determinantes sociales que influyen en la salud de los pueblos indígenas, así como la red de cobertura de los Servicios en la RM.

En esta misma línea, aunque enfocado al pueblo mapuche de Chile y Argentina, se encuentra “La identificación étnica en los registros de salud: experiencias y percepciones en el pueblo Mapuche de Chile y Argentina”, elaborado por CEPAL en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), en el 2008. El trabajo atiende la necesidad de sistematizar las experiencias, los actuales indicadores de salud y las fuentes que incluyen en sus registros la variable étnica. Se consideran los registros: del Servicio de Salud de la Araucanía (Norte y Sur), hospital Makewe-Pelale, del centro de salud intercultural Boroa Filu Lawen y el hospital intercultural de Nueva Imperial.

Un panorama general de las políticas públicas en salud y pueblos indígenas como sujetos de derechos colectivos presenta CEPAL 2007 en su capítulo sobre “Políticas públicas y programas de Salud dirigidos a los pueblos indígenas de América Latina”. Este estudio entrega información sobre los estándares en derechos de los pueblos indígenas y los avances legislativos en materia de políticas públicas. El caso chileno aparece discutido desde el punto de vista de las medidas y reformas que se han tomado, los logros alcanzados y las dificultades que aún persisten en la gestión y participación indígena en las políticas y programas de salud. Concluye con una serie de recomendaciones para mejorar las políticas y programas de salud dirigidos a los pueblos indígenas.

Destaca el Observatorio Regional de Equidad en Salud según Género y Pueblo Mapuche de la Región de la Araucanía, que en 2006 junto a la OPS elaboró un balance sobre el estado de la salud de mujeres indígenas en dicha región. Este informe aborda las inequidades de género y salud en mujeres mapuche y no mapuche y presenta un seguimiento de las políticas públicas en materia de género y etnicidad, evaluando áreas como medio ambiente, violencia, salud sexual y reproductiva, salud mental y calidad de la

atención. Además, entrega indicadores de salud de la población indígena femenina respecto de salud sexual y reproductiva y pone a disposición una evaluación del sistema de salud de acuerdo a percepción de las usuarias indígenas, revisión de encuestas, registro de quejas y sugerencias.

El año 2002 la Fundación Ford y el CEDEMU realizan en la ciudad de Arica un estudio sobre la perspectiva epidemiológica que se impone en el sistema de salud pública a las y los usuarios indígenas. Rescatando las categorías de salud y enfermedad de los pueblos indígenas se propone la incorporación de criterios culturales en el paradigma tradicional de epidemiología, esto es, la consideración de salud y enfermedad como constructos culturales.

Apoyado por la Corporación de Salud y Políticas Sociales (CORSAPS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), se realizó el estudio titulado “Salud, sexualidad y reproducción. Sistematización de investigaciones y experiencias en pueblos indígenas de Chile 1990-2004”, 2005. Se presenta una revisión de las investigaciones y experiencias en salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres indígenas en los programas de salud a nivel nacional. Asimismo, se revisan las variables de cuidados en el embarazo, el parto y puerperio y prevención de VIH/SIDA y de las ITS.

Otro estudio en el área corresponde a “En los dominios de la salud y la cultura. Estudio de caracterización de los factores de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH/sida en pueblos originarios” del año 2006, el que fue realizado por el Centro Interdisciplinario de Estudios de Género de la Universidad de Chile (CIEG) para la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA). Aunque se centra en la dimensión sociocultural del fenómeno del VIH/SIDA en los pueblos aymara, mapuche y rapanui, también se abordan los conceptos sobre salud, enfermedad, sexualidad, corporalidad y muerte.

Con respecto a las investigaciones académicas, se identifica un conjunto importante de investigaciones orientadas al pueblo mapuche y sus concepciones culturales sobre salud, el conocimiento de su medio ambiente, el tratamiento y clasificación de las enfermedades y las prácticas curativas de el/la machi. Destaca el trabajo de Citarella y otros (1995), quienes realizan una revisión del sistema médico mapuche y sus formas de atención, así como los conceptos, valores, ideas y creencias relacionadas con la salud y enfermedad. Los autores señalan que es propio del mundo mapuche que la salud y enfermedad se presenten como conceptos y estados constitutivos de los seres humanos, los que están relacionados con el equilibrio del ambiente y entorno social en el que habitan.

Los autores también revisan la figura y acción de los agentes médicos mapuche a los que relacionan con el sistema de creencias y con el dominio de una serie de conocimientos y prácticas terapéuticas herbolarias. En base a ello es que concluyen que el/la machi diagnostican y determinan las causas de las enfermedades, las cuales no necesariamente obedecen a alteraciones en el organismo sino que pueden ser interpretados como malestares anímicos o daños provocados por terceros.

Otro estudio en esta línea es el trabajo de Bacigalupo (2001), quien se introduce en el quehacer médico de machis en varias comunidades de la Región de la Araucanía. Se aborda detalladamente el modelo mapuche de salud y de clasificación de las enfermedades en un contexto de subalternidad respecto de otras tradiciones médicas como la biomédica y la popular, las que impactan directamente en la práctica del/la machi y muestran las complejidades de su rol dentro del mundo mapuche actual. Además, se aborda la percepción de la población chilena de la práctica y el rol de el/la machi, así como los estereotipos y prejuicios que se tienen con respecto al tipo de medicina y prácticas de sanación propias del pueblo mapuche.

Anigstein y Álvarez (2006), abordan la dinámica social en una ruca mapuche en el contexto de un centro de salud familiar de la comuna de La Pintana y sus diferencias y relaciones con el sistema de salud pública. El trabajo se enmarca dentro del contexto que más de la mitad del pueblo mapuche reside en áreas urbanas, por lo que si bien existen tensiones culturales y sociales propias de las ciudades y de asimetría entre indígenas y no indígenas, la ruca se convierte en un importante espacio de revitalización y transmisión de los valores culturales de este pueblo en Santiago.

Percepción salud-enfermedad en usuarios indígenas del sistema de salud en La Florida, La Granja, La Pintana y Puente Alto

A continuación presentamos el análisis de las entrevistas grupales realizadas y que recogen la percepción sobre salud y enfermedad, las experiencias y visiones respecto de las atenciones de salud a las cuales acceden los y las usuarios indígenas entrevistados y que residen en las comunas de La Florida, La Granja, La Pintana y Puente Alto, comunas correspondientes al área de intervención del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Las percepciones sobre la salud y la enfermedad aquí analizadas refieren a la experiencia y percepción de usuarios y usuarias que se autoidentifican como mapuche; encontrándonos, además, con la experiencia que estos usuarios y usuarias han tenido en el sistema de salud institucional (biomédico occidental) y de las prácticas ancestrales vinculadas a salud y enfermedad. En ese sentido, en la percepción sobre salud y enfermedad de los entrevistados, hombres y mujeres, aparecen elementos culturales particulares del pueblo mapuche y al mismo tiempo se detecta la convergencia de otras vertientes como la medicina popular y la biomédica.

Es importante señalar, que la percepción de salud-enfermedad en los pueblos indígenas es parte de una cosmovisión o filosofía integral; por lo tanto, los elementos constitutivos de la misma son indivisibles y se entienden uno en relación al otro. Por lo anterior, y sólo para efectos de facilitar la comprensión y lectura de los contenidos derivados de las entrevistas, se presenta una división analítica y segmentada de la percepción de salud-enfermedad y de los elementos relacionados (cuidado de la salud, prevención de enfermedades, estrategias curativas, medicina ancestral, relación con el sistema institucional de salud, entre otros).

Salud-Enfermedad MAPUCHE

Como referencia previa al contenido de las entrevistas, cabe indicar que desde la cosmovisión Mapuche, las personas y la Naturaleza con todos sus elementos, son parte de un único sistema; de esta manera, el ser humano así como todas las partes constituyentes de este único sistema interactúan y se afectan uno a otros.

Esta relación, en algunas oportunidades, puede generar un desequilibrio en el ser humano, provocando un cuadro patógeno, ya sea en condición de modo, contenido o forma; a este desequilibrio se le llama en forma genérica wekufu o enfermedad.

Otro aspecto de la práctica curativa originaria, y una de las constataciones que ha hecho la medicina moderna, es aquella que se refiere a la relación entre consultante o enfermo y curador o sanador. En este sentido, la confianza como elemento fundamental de la relación, y el compartir universos simbólicos que expliquen la situación que se vive al momento de la enfermedad son fundamentales; así como también la integralidad del sistema de creencias tanto en este como en otros ámbitos de la vida. Lo que infiere positivamente en las posibilidades de sanación. En este sentido, también es central para los indígenas la consideración de la familia y la comunidad, como elemento concerniente o participante en la salud y enfermedad de los individuos y en las condiciones que las determinan.

Sin embargo, en las actuales condiciones de la sociedad moderna y de la cultura que sustenta las definiciones de salud y enfermedad, éstas se han reducido solamente al modelo biomédico imperante, el que no permite la entrada a conceptos y herramientas distintas sin antes ser testeadas por su propio sistema de referencias. En este sentido, los consultantes con universos simbólicos distintos quedan fuera de su modelo de atención, no sólo por las condiciones concretas de accesibilidad, sino que también por las condiciones abstractas que se relacionan con la visión de mundo de los mismos.

En las siguientes secciones, veremos cómo estos contenidos de la cosmovisión Mapuche se van develando a través de las conversaciones sostenidas para este estudio.

1.- Percepción de la salud y la enfermedad

“Sin salud no es nada uno, nada”
(M1LGG2⁷)

Qué es salud

Es importante destacar que el **relato originario** respecto a la definición sobre salud no aparece de inmediato ni a simple vista, esto es particularmente notable, ya que las referencias sobre este aspecto se hacen sobre conceptos e ideas occidentales. Sin embargo, y como lo iremos constatando posteriormente, las referencias al **relato originario** se irán manifestando a medida que la conversación avanza y se cubren otros aspectos vinculados a salud-enfermedad.

Los motivos de la situación descrita pueden ser, por una parte, que los fundamentos indígenas se encuentran mimetizados en conceptos occidentales, tales como: Mente = Am = espíritu; Ánimo = Newen = fuerza. Por otra parte, se podría explicar por los procesos de aculturación que ha vivido el pueblo mapuche a partir de la intervención chilena en territorio ancestral, así como también del asentamiento de la población originaria en espacios ajenos como lo es Santiago y la posterior asimilación de relatos y discursos.

Salud es lo mejor, es vida

Frente a la pregunta qué es salud, la respuesta de los y las participantes en las entrevistas refiere a conceptos como “felicidad”, “lo mejor”, “es vida”, “es no tomar remedios”, “andar bien de ánimo”, “estar bien”, “no sentir dolor”. Así, indican que la salud es lo principal en sus vidas, es decir, constituye un elemento fundamental.

“La salud es lo principal en esta vida, empezando, la salud es fundamental en esta vida, sin salud no somos nada” (H1PAG1)

“Sentirte bien físicamente, mentalmente, anímicamente, estar en óptimas condiciones y felices. Estar sano es no sólo no sentir dolor, sino de cuerpo y mente” (H1LFG2).

“Pucha la salud, yo creo que es sentirse bien, es la felicidad, una de las partes, digamos, más importantes de la vida es la salud, uno es aquejado de tantas cosas,

⁷ Para las citas se ha utilizado la siguiente codificación:

Sexo: M (mujer) y H (hombre)

Comuna: LG (La Granja), LF (La Florida), LP (La Pintana) y PA (Puente Alto).

Grupo: G1 (Grupo 1 realizado en la respectiva comuna) y G2 (Grupo 2 realizado en la respectiva comuna).

puede ser falta de amor, falta de familia, falta de dinero, todas son cosas que lo atormentan a uno, pero lo más terrible es la salud, para mí la salud y cuando uno está bien como que no toma en cuenta lo que es la salud, a mí me pasaba eso, lo digo por experiencia propia, ya cuando uno de repente empieza a sentirse mal de algo y ya recién valora lo que es la salud” (H1LGG1).

Salud se asocia a un estado anímico óptimo, con energía para poder desarrollar sus actividades sin contratiempos y atender a sus responsabilidades. En ese sentido, las y los entrevistados señalan que estamos sanos “cuando estamos felices”, “no estamos medicados”, podemos proyectarnos y planificar, es decir, podemos realizar positivamente nuestras actividades cotidianas.

“Puede hacer trámites pal futuro, hacer proyectos estando sanos, y con alguna enfermedad, qué proyectos puede hacer” (H1LGG2).

“ánimo de hacer cosas, dan ganas de, yo me levanto, incluso, ni siquiera se está levantando, porque uno está acostándose y está pensando que va hacer al otro día. Y en el día uno ya tiene todo pronosticado, me voy a levantar hacer esto, esto otro y de pasadita si me queda el tiempo voy haciendo otra cosa” (M3PAG2)

Salud es el vínculo con el territorio

Además, estar sano es una manifestación de la vinculación territorial, ya que cuando se menciona “es mantener buenas relaciones con los demás”, debemos precisar que el alcance de tener buenas relaciones con “los demás”, desde la cosmovisión mapuche, no solo se refiere a lo social –las personas-, sino que también a lo Natural, es decir al territorio y todos sus elementos, donde las personas son un elemento más del mismo.

“Cada persona es responsable de su salud, porque cualquier cosa que nosotros, en nuestro mundo mapuche, cualquier cosa que nosotros hagamos que no esté de acuerdo con nuestra cultura también nos afecta a nosotros en la salud” (M5LFG1)

“También tiene que ver con el ecosistema también, en el entorno que nosotros vivimos también, porque también se enferma, el ecosistema también está enfermo, también lo tenemos que cuidar porque también tiene que ver con todo lo que está alrededor nuestro, eso es súper importante” (M3LFG1)

Salud es la ausencia de dolencias

Por otro lado, salud se entiende o se define como el no tener una lesión o dolor que los inmovilice o los mantenga convalecientes en cama. Si salud se caracteriza por ser un estado de bienestar físico y mental, también se caracteriza por la ausencia o la falta de malestares y enfermedades.

“Estar enfermo es sentirse mal. Todo lo contrario a sentirse bien” (H1LFG2).

“(…) yo lo veo de dos formas, el estado de estar enfermo parte con lo que tú dices, amanecís decaído, tú te sientes que estás enfermo, que vas a tener alguna dolencia, o que tú mismo generas algo que, porque es un estado de ánimo; y el otro estado de enfermo es el que tienes una enfermedad grave, ya sea, no se poh, te tengan que operar, porque te tengan que sacar la vesícula, eso, que con el transcurso del tiempo tienes una enfermedad que se te va a ir agravando, pero está enfermedad misma, tenís un cáncer, tenís el hígado pa’ la cagá, no se poh, o el estado anímico de las personas que también hace que las personas estén enfermas” (M2LFG2).

“no tener ánimo de nada, más si está con fiebre uno aunque quiere pararse de la cama, a veces no se puede, eso es lo primero que uno lo nota, cuando se siente realmente enferma, no atina, que sé yo, decaído total” (M2PAG2)

A partir de estas opiniones, se puede apreciar que los y las entrevistadas, distinguen entre salud física y psicológica, constituyéndose en dos aspectos igualmente importantes para mantener un estado de Salud óptimo. Esta percepción sobre salud implica una valoración profunda por el equilibrio entre lo físico y lo mental.

“(…) por ejemplo yo puedo decir físicamente estoy bien, no me duele nada, en términos concretos, no me duele un brazo, no me duele una pierna, pero a lo mejor mentalmente si estoy enferma y eso no es lo notable tampoco, a veces mucha gente no se da cuenta de esa situación, o tienes algún drama, un problema y haces que tengas un problema de salud mental” (M2LFG2).

“para mí la salud es tener tanto salud corporal como emocional, porque de repente tiene que ver con que me puedo sentir muy bien pero mi cuerpo está enfermo, mi cuerpo puede estar enfermo” (M3LFG1)

La salud es equilibrio y armonía, una dinámica bioenergética

De igual manera, una parte de las y los entrevistados asocian Salud a sentirse en equilibrio o armonía con el entorno, otorgándole un lugar preponderante a la relación que mantienen con la Naturaleza que los rodea como un aspecto que influye en su estado de Salud:

“salud es el equilibrio emocional y espiritual, nosotros cuando estamos bien en nuestro entorno es nuestra salud la que está bien” (M6LFG1)

Es importante destacar, que desde la perspectiva indígena, “lo espiritual” hace referencia a un aspecto matrístico que permite la vinculación sistémica con todos los componentes

del universo, mediante una interacción energética a través de los ngen (representante) que habitan a cada ser de la Naturaleza.

Sin embargo, el entorno no solo se restringe a la naturaleza, sino que además a lo social y a la relación con las demás personas. Desde la mirada indígena, cuando se habla de la Naturaleza también se habla de lo social, ya que el ser humano no está escindido de ella sino que implicado en una dinámica universal e indivisible.

“estar bien con el entorno, con la naturaleza, con las personas, estar en equilibrio, estar bien de cuerpo y mentalmente” (M1LPG1)

La Salud es percibida como un estado de alcance no individual, sino que colectivo o familiar. Este es otro aspecto característico y fundamental de la práctica indígena, ya que de manera coherente con su cosmovisión el consultante no es percibido como un individuo aislado de su familia y de su entorno natural, en consecuencia la Machi cuando atiende sabe lo que le pasa al consultante, a su familia y a su comunidad incluyendo el territorio:

“Oh no, es un miembro de mi familia y qué vamos a hacer” hacemos nuestra pregunta entre toda la familia que convivimos ahí, qué vamos a hacer con este hombre que vamos a hacer nuestra familia, nuestro grupo familiar” (H4PAG1)

“cuando lo atiende la Machi, sabe al tiro lo que usted tiene, lo que tiene su familia, lo que tiene su comunidad poh” (M2LPG1)

Kume newen, es energía buena, esta manifestación es propia de todos los elementos de la Naturaleza y es posible transmitirla entre todos ellos. La utilización de lawen como vehículo es una evidencia de aquello. La salud para los mapuche es una dinámica bioenergética de alcance universal.

“A mí que la energía buena se transmite a nuestro hogar, es tan importante eso, cuando uno está sana, también se siente contenta, lleva eso a su familia, porque uno vive preocupada de su familia, sobre todo cuando vivimos con ella, entonces yo pienso que es importante eso, no solo en la familia, alrededor, la gente que a uno la saluda; sale a la calle y hay gente que, a lo mejor muchos van con tristeza uno dice “Hola buenas tardes” ya está dando una alegría” (M4LFG1)

Salud como la institucionalidad

Algunos entrevistados y entrevistadas definen salud a partir de la institucionalidad prestadora de servicios, en relación a la atención, la práctica y el enfoque médico oficial, así como los espacios y contextos de atención -CESFAM, consultorios, hospitales, SAMU, entre otros-.

“Por salud yo entiendo que son lugares públicos donde uno va y tienen que atenderlo para que uno se recupere. Como hospital, policlínico, SAMU, eso entiendo yo por salud (...)” (M1LFG2).

“Por salud yo entiendo que son lugares públicos donde uno va y tienen que atenderlo para que uno se recupere, eso no más” (H1LFG2).

Qué es enfermedad

La enfermedad como alteración del estado de salud, de la vida

Frente a la pregunta qué es enfermedad, ésta es percibida como una alteración del estado de salud, es decir, del sentirse y estar bien. Como la salud es percibida por todos las y los entrevistados como un aspecto central en la vida de las personas, su ausencia genera preocupación y angustia para los entrevistados.

“**Todos enfermos, la familia**, mis hijos, estando el dueño de casa es lo principal, estando uno, el dueño de casa, no hay ninguna alegría, nada, pura tristeza, pensamientos ‘se sanará o no se sanará la persona más’, se va más pa’ bajo, pa’ bajo, pura tristeza no más, pena” (M1LGG2).

Un aspecto fundamental de la Cosmovisión Mapuche es que todos somos un solo espíritu. Esto incluye al territorio y a todos sus componentes: animales, plantas, aire, agua, piedras, etc. La familia no es solo padre, madre e hijos, sino que también incluye a los primos, primas, tías, tíos, abuelos y tuwun o territorio, de eso habla el mapuche cuando habla de familia. Por ello, la enfermedad de uno de sus miembros impacta al conjunto.

La enfermedad es tener dolores, no tener energía

Enfermedad se asocia a sentirse mal, tener dolores, no tener energía para hacer las cosas; asimismo, el riesgo de una enfermedad los mantiene en un estado de tensión permanente, ya que sus alcances negativos son familiares y económicos.

“Porque se alborota todo, cuando está una persona enferma, alborota todo, alborota toda la gente, el entorno de la persona enferma, porque ya no se maneja de la misma forma, por el hecho de que están pendiente todas las otras personas, el equilibrio económico también, el costo de los remedios, el costo de, el sólo hecho de que la persona ya necesita otros cuidados, va saliendo del costo de, económico. Y también el costo de Salud de ellos también, porque la preocupación, no se duerme tranquilo, andan todos preocupados” (M2PAG2).

Las enfermedades y malestares, concebidos en contraste con la salud, son entorpecedores de su mantención y, por consiguiente, afectan la capacidad de las personas de cumplir sus funciones y actividades a cabalidad o según sus hábitos, como por ejemplo, realizar

normalmente las actividades de la vida cotidiana y la realización de las funciones básicas (alimentarse, dormir, trabajar, descansar, etc.); al mismo tiempo, altera el bienestar general familiar y el estado anímico.

“(…) si uno está enfermo no vale nada, porque no es capaz de nada uno como persona, se siente, cómo le dijera yo, incapacitada para todo” (H1LGG2).

“Bien uno se siente ágil para todo, se siente sana, pero cuando uno anda enferma anda sin ánimo para nada, no le dan deseos de hacer cosas, nada” (M1LGG2).

Por otro lado, estar enfermos o enfermas les afecta psicológicamente, debido principalmente a la angustia que les produce el quedar inmovilizados producto de una enfermedad:

“me afectó en el hecho de que no podía hacer mi vida, que yo hacía todos los días. De hecho, me empezaron dolores que no tenía, que no iban con, que yo me estaba estresando, me estresé sola, el solo hecho de estar encerrada y por aquí, por acá, me dieron unos remedios para relajarme, porque ya sin pensarlo la mente se enfermó, me estaba enfermando de otra cosa... incluso tengo todavía la interconsulta para el psicólogo” (M2PAG2).

Un ambiente hostil puede provocar enfermedad

Un factor relevante que identifican como detonador de enfermedad es sentirse en un ambiente hostil, en tanto lo sofisticado y ajeno que resulta la ciudad en relación al medio natural en que se ha desenvuelto su pueblo; esta visión la encontramos particularmente presente en quienes tuvieron una infancia en el sur (en el campo).

“y viene la enfermedad maligna que es la depresión que no sé quién la inventó pero yo como mapuche jamás nunca supe de depresión, de mi crecimiento, mi niñez... el avance de **la ciudad que es la tecnología, la contaminación es lo que a mí me enferma, eso me hizo perder mi salud**” (M1PAG1).

Aquí es importante destacar el vínculo con el entorno NATURAL -el territorio- la particular conexión que los mantiene sanos. El desplazamiento de los indígenas de sus territorios, ha significado la desarticulación de su ser implicado en la naturaleza que lo vio nacer, en consecuencia su estado de equilibrio y articulación se ve afectado permanentemente generando la pérdida de su “estado de salud”.

En este mismo sentido, mencionan la mala calidad de los alimentos como un elemento responsable de sus enfermedades, estableciendo una clara diferencia entre la alimentación que recibían en el campo –sana, natural- y los alimentos que consumen en la ciudad modificados genéticamente y no naturales.

“La alimentación, mucha, mucha hormona las comidas hoy en día, **antiguamente todo era natural todo**, la carne, uno se comía un pollo, criado del gallinero, alimentado con alimento, **con pasto o con trigo natural**” (H1PAG1).

La referencia a lo Natural, es una referencia al territorio, a la tierra, al entorno que permite mantener la buena Salud. Hay que recordar que cada elemento está habitado por un gen único e irreproducible. No es posible la suplantación ni menos la reproducción en serie de elementos naturales que permitan la recuperación de esa singular articulación. Cada gen y cada vínculo, está también determinado en tiempo y espacio.

Por otro lado, la falta de trabajo es mencionada como otra situación que produce enfermedad.

“A veces nos bajoneamos cuando quedamos sin trabajo y no sé por qué, es lo esencial también en parte del bienestar de la persona... yo veo a mi esposo cuando no tiene trabajo él se va, se hunde, por más que uno trate de darle ánimo, qué se yo, entonces también va incluido” (M1LFG1).

2. Estrategias en el cuidado de la salud y la prevención de las enfermedades

En el discurso de los entrevistados también aparecen otros elementos que constituyen la concepción de salud y enfermedad, se trata de diversas estrategias que tienden a procurar el bienestar personal y familiar, mantenerse sanos, prevenir y disminuir el riesgo de contraer enfermedades y patologías.

Una alimentación adecuada

Las estrategias de autocuidado que se expresaron en las entrevistas se vinculan a generar una mayor responsabilidad en la alimentación, la conciencia sobre los riesgos en el consumo de alimentos de mala calidad o tratados con químicos, hormonas y otras sustancias.

“Es que sabe lo que yo pienso, es que estamos comiendo comidas artificiales. Si yo voy al campo, allá me van a matar un pollo pero es natural, matan un chancho, es natural, matan un cordero es natural o cualquier cuestión, el pan, del fuego, la tortilla” (H2LGG2).

Realizar actividades

Otra estrategia para mantenerse sano es mantenerse activas, con actividades tanto en el hogar como en el ámbito social, llevarse bien con la gente, estar de buen ánimo, tener buena disposición, conversar con vecinos y sociabilizar.

“uno no pasa encerrada en la casa, ya se comunica con la persona, conversa, pasa la hora volando, con tanta cosa que uno conversa, hay tanto tema que conversa uno entre la vecina, tiene confianza con la vecina, cuenta sus cosas muchas veces sus problemas, sus penas” (M2LFG1).

Asimismo, el autocuidado incluye la incorporación de nuevos hábitos y estilos de vida saludables, por ejemplo, practicar regularmente ejercicio físico y eliminar de la dieta productos de bajo aporte nutricional como bebidas gaseosas, enlatados y comida “chatarra”. Debido a la edad, la mayoría de las y los entrevistados dice cuidarse porque la energía ya no es la misma, van al médico, controlan lo que comen, buscan reírse y practicar deportes; para ellos hacer ejercicios permite una mejor salud. Parece ser que mejorar la alimentación -tomaron la decisión de ir cambiando la alimentación, no consumir tanto alimento transgénico o los pollos que son criados con hormonas- es la estrategia más común.

“Hacer actividades, por ejemplo estar constantemente en actividades, haciendo vida social por ejemplo, lo que estamos haciendo ahora eso anímicamente es muy bueno para la salud, entonces complementamos para tener una buena salud correr, hacer ejercicios...” (M1PAG1).

“La fritura, mucha carne roja, las papas, el arroz, los tallarines, todas esas cosas uno las tiene que ir dejando a un lado... más la verdura, más la fruta, tomar harto líquido, tomar agua, no bebida tampoco, porque eso te daña mucho también la bebida, mucho dulce” (M2LFG1).

“(...) es cuestión de cuidarse en las comidas también porque hoy en día como se están absorbiendo como muchas cosas con químicos, cosas que antes no era así, se tomaba mucho leche, la leche también era sana ahora ni en eso se puede confiar, las carnes están contaminadas, todo, todo es químico” (M3LPG2).

Una dieta más equilibrada y el consumo de productos agropecuarios con menos signos de contaminación son medidas muy valoradas entre los entrevistados. Así, la “buena alimentación” es equivalente a “buena salud” y distingue a las personas que aún viven en la comunidad rural de las generaciones de mapuche que viven en Santiago.

“El cabro mío, el Alvarito, el primero, el que está operado de aquí, por comer cosas en la calle, un completo, casi se murió” (M1LGG2).

En este punto aparecen en el discurso de algunas entrevistadas diferencias generacionales, ya que las mujeres con hijos menores y adolescentes consideran que una

comida sencilla (“a base de verduras”) es sin duda más saludable; sin embargo, se enfrentan a la dificultad de modificar hábitos al interior de la familia y en especial de transmitir estas ideas a las nuevas generaciones que perciben como más proclives a nuevos estilos de alimentación.

“(…) mis hijos están así de gorditos, cuál de los dos... entonces ahora estoy tratando que ellos coman más de acuerdo a su edad también, que tengo uno que tiene 7 y mi hija tiene 18, ya mi hija menos mal que está empezando a ponerse más pretenciosa entonces come menos porque ella comía lo que hubiera y no, tratamos de cuidarnos, cuidarnos, igual yo soy mala para la comida chatarra (...)” (M1LPG2).

Consumir yerbas medicinales

Destaca el hecho de que la mayoría de los y las participantes señalan que consume en forma periódica plantas medicinales como una manera de prevenir enfermedades.

“Y así uno se mejora, pero no tiene que ver las yerbas medicinales unos nombres de este, unos nombres de este otro, no, una sola cosa que nosotros tenemos el newen...” (M1PAG1)

Esto es fundamental, ya que el newen es energía, y es la esencia que habita en cada elemento de la Naturaleza.

“Eso que es la yerba medicinal, nosotros como mapuche hay que tenerle, nuevamente digo respeto, no tomarlo desordenadamente, ya, por eso que los grandes sabios, los machi, ellos trabajan la yerba, ellos se guían a través de nuestro péuma, ahí recién el de arriba le dice “tal remedio le va a hacer bien” así lo hace...” (M1PAG1)

“... yo siento el olor de la yerba que tengo que tomar, se me pasa la pieza al olor, cuando me sentía súper mal, sentía el olor al ajeno, así que me levantaba, la iba a buscar...” (M1LGG1)

“Agua de yerba si, uno siempre constantemente las está usando pero no es que uno se haga un remedio, yo lo que más uso es la manzanilla, la menta, el poleo, el boldo también, esas cosas las que más uso” (M3LFG1).

“casi no nos resfriamos nosotros, porque pasamos tomando, yo hago una tizana porque le echo de todo, de todas las yerbas que hay en el lechero, llegan las chiquillas en la noche, una del trabajo y la otra del colegio: “ya a tomar una taza de esto” y acostarse y al otro día igual, así no se resfrían” (M1PAG2).

Por otra parte, las y los entrevistados también reconocen que en la actualidad la vida acelerada ha originado una serie de transformaciones, introduciendo nuevas tensiones

sobre las personas, aumentando el sedentarismo y el estrés, ante lo cual perciben sentirse más aquejados de presiones, enfermedades y dolencias. Quienes más resaltaron el padecimiento de estas presiones fueron las entrevistadas que realizan labores domésticas de tiempo completo. Las características del entorno social en el que habitan, las relaciones con sus pares, familiares, vecinos y la comunidad y en especial las condiciones económicas a las cuales se enfrentan cotidianamente, son señaladas como importantes factores de vulnerabilidad de la salud.

E: "Y si se están cuidando la alimentación (...) ¿por qué creen que se estarían enfermando?"

M2: "Por la misma... eh no sé, el ambiente, la casa, el estrés. (...) las preocupaciones yo igual creo también que tienen que ver poh, las preocupaciones, pucha que a veces no sé poh, que el trabajo, que las cuentas, a todo eso uno le tiene porque uno está pagando una cosa y que viene el otro mes y hay que volver a pagarla y como que eso a uno la tiene como que no sé, como que uno corre... muy acelerada..." (LPG2).

Dicha preocupación no es menor pues algunas de las entrevistadas insistieron en que la mayor parte de los problemas de salud, y en especial las soluciones a las cuales tienen acceso, son atribuibles y dependen de las condiciones sociales y económicas de sus familias.

"(...) cuando mi hijo se accidentó se trató en el hospital, tuvo una buena acogida por mientras el papá duró en ese trabajo, porque eso le favorecía a él por estar el papá trabajando entonces tenía todas las posibilidades (...) pero el papá quedó sin trabajo y no hubo más, no se trató más, quedó realmente para toda una vida así, de una fractura de columna no se iba a mejorar, pero podría haber sido un avance un poco más..." (M3LPG2).

Es evidente para algunos entrevistados y entrevistadas que las inequidades sociales y económicas aumentan los niveles de desprotección y vulnerabilidad cuando enfrentan amenazas y daños a su salud o ponen en riesgo su bienestar. Pero la limitación o la ausencia de recursos económicos no son los únicos factores identificados como agentes de riesgo de la salud, también aparece la falta de soportes sociales, la debilidad e incluso la falta de redes familiares y comunitarias de apoyo dentro del entorno en el cual residen. Asimismo se suma a la desprotección en salud y su vulnerabilidad la identificación de ciertos elementos que perciben como una desventaja a la hora de resolver los problemas vinculados a la salud como la pertenencia a una clase social determinada, género, edad, nivel de escolaridad, origen indígena, distribución de ingresos y sentirse segregados por vivir en sectores populares del sector sur de Santiago.

"Para estar bien en términos anímicos y todo, hay que comer bien, descansar suficiente y aparte de eso, que las cosas que uno está haciendo tienen que ir funcionando, porque a veces las cosas de la casa no funcionan o el trabajo no funciona, o tienes algún problema, eso hace también que de repente, el de no enfermarse, o el de que tengas alguna preocupación, eso hace también que las

personas se decaigan, eso hace también que no funciones tú como corresponde y que todo esté como resuelto” (M2LFG2).

Diferencias generacionales

Otra cuestión que aparece de manera transversal y recurrente en el discurso sobre la salud y la enfermedad, son las diferencias presentadas entre las generaciones que han vivido más tiempo en la ciudad y aquellos que nacieron o han crecido en Santiago. Algunos de los entrevistados señalan que dado el estilo de vida urbano, sienten que se enferman más en la ciudad que en el campo y que tienen una salud más débil que sus parientes de la comunidad.

“Somos más enfermos aquí, que cuando estábamos en la comunidad, allá éramos más sanos. Mis tíos tienen ochenta y tantos años, y ahora aquí se han enfermado más por la medicina que le dan aquí, por el asunto de la comida, era todo más sano” (M1LFG2).

En sólo una de las entrevistas grupales se rebate esta visión, como se refleja en este diálogo.

E: “Y por ejemplo ustedes notan alguna diferencia (...) entre la gente como la mamá que vivió más tiempo en el sur y a diferencia de ustedes que llevan más tiempo (...) en Santiago con respecto a ser más sanos o ser más enfermos por el hecho de vivir acá en la ciudad”.

M1: “Es que lo que pasa que yo encuentro que por ejemplo mi mamá que vivió más tiempo en el campo la encuentro más enfermiza que nosotras” (M1LPG2).

En este caso, además, quedan de relieve las consecuencias del desarraigo. La desvinculación de “su territorio” implica la desarticulación de “su ser”, generando con ello efectos negativos en su estado de salud.

A esto se suma la percepción respecto de la aparición de enfermedades y patologías no manifestadas con anterioridad en las familias mapuche, como cirrosis, cáncer, SIDA, diabetes, hipertensión y cólicos, entre otros padecimientos.

“Es que aquí tenemos montones de enfermedades más, en el campo nunca las vimos” (M1LGG2).

“El cáncer, cirrosis. Yo parte de mamá, soy acá primera generación, porque mi mamá del sur se vino a vivir, por parte de papá soy de la segunda y claro, ellos igual, mi mamá mucho más sana, que nosotros, que los hijos. Mi hermano se enfermó de cáncer y estuvo mal. Mi papá era de la primera generación acá y él se enfermó de cirrosis, por las comidas, por los tragos y todo eso. Y nosotros igual somos un poco más enfermizos que la gente del sur” (M1LFG2).

“La diabetes está como el boom, porque mis tíos antes no tenían diabetes y les empezó a dar acá, ellos empezaron acá, las comidas que dan acá, las cosas muy dulces, la sal, la comida es más sana allá que acá” (M2LFG2).

3. Qué hacen cuando están enfermos: estrategias frente a las enfermedades

Los malestares son percibidos como sensaciones o síntomas menores que afectan el funcionamiento cotidiano de las personas, como por ejemplo dolores de cabeza o de estómago. Estas dolencias pueden ser tratadas de diversas maneras, con el uso de medicamentos que en general no necesitan prescripción médica, preparación de remedios caseros como infusiones de yerbas, cataplasmas medicinales e incluso procurando un estado de relajación, como dormir, descansar o distraerse, lo que corresponde a las primeras respuestas que se generan a nivel doméstico.

“(…) depende, por ejemplo, si yo me siento como te decía, resfriada, ah ya, son dos días, tres días, que vai andar con la mona (...) y te tomas el paracetamol, el típico que tú sabes que lo tienes, y si mi mamá me dice, “ah tomate el agüita no sé cuánto”, yo me la tomo, pero si yo siento que es más grave, voy al médico (...), me hago los exámenes, me tomo los remedios como corresponde y todo, cuando me siento bien, bien, no vuelvo” (M2LFG2).

Acudir a servicios de salud

Por otro lado, cuando se identifican dolencias o malestares mayores y más persistentes se recurre a los servicios de salud. Esta decisión dependerá del tipo y gravedad de los síntomas que se sufren.

“(…) cuando nos sentimos mal lo primero que vamos es a lo más cerca, al consultorio pa’ que nos evalúen, nos tomen la presión, que no nos vaya a dar un infarto cuando la persona es hipertensa, que dicen que la sangre no se detiene, según lo que uno coma se van haciendo coágulos, entonces ya aunque le digan una mentira a uno de que está bien, se viene como con otro ánimo” (M2LGG1).

Los y las participantes dicen que acuden a los servicios de salud cercanos en primera instancia, aunque no tienen mucha confianza en los resultados de sanación. En muchos casos la visita adquiere un carácter protocolar o formal cuyo objetivo es descartar la presencia de una enfermedad grave, es decir, se recurre para obtener un diagnóstico.

Se evidencia así una paradoja, ya que se siente confianza en el diagnóstico de la medicina institucional, pero no se tiene la misma confianza al tratamiento y la posibilidad de mejora que deriva de éste.

“Y el fondo tú no vas porque te den los remedios, yo creo que tú vas porque quieres saber realmente si la enfermedad que tienes es grave o no y es necesario seguir yendo al médico, así lo veo yo, no vas porque te sentiste mal, te dolió la guata, todo eso y ‘sabe que tiene una gripe así, viral’ y te va a dar una pastillita” (M2LFG2).

“Yo voy a ver qué es lo que tengo” (M1LFG2).

Aunque la mayoría de las y los entrevistados se atiende y recurre usualmente al sistema público de salud, ello no está ajeno de contradicciones. Varios de los entrevistados reconocen su desconfianza respecto de los diagnósticos y temor ante el uso de fármacos y los tratamientos médicos. Además, en algunos casos se sienten presionados o presionadas por las indicaciones de los profesionales –como cuando les dan indicaciones para bajar de peso-, lo que afecta aún más su estado anímico.

“Yo voy al médico, voy al hospital, normalmente al consultorio, que está más a la mano y ahí que me repite de doctor, me digan lo que tengo que tomar, eso hago para que me vean, pero no siempre tomo las pastillas que me dan. No soy muy partidaria de tomar las pastillas” (M1LFG2).

“Igual lo ideal es no consumir fármacos, porque igual de alguna manera los fármacos que uno consume, quizás alivian algo, pero también causan otro efecto secundario, o sea lo ideal es tratar de recuperarse de formar natural” (H1LFG2).

Particularmente el tratamiento médico con fármacos aparece como un punto sensible para varios entrevistados, quienes cuando se trata de una dolencia menor o controlable prefieren darle solución en el espacio doméstico, pues señalan tener conocimiento de diversos medicamentos que no requieren receta o autorización médica y por ello prefieren usarlos directamente. Los malestares que más comúnmente se tratan mediante automedicación son dolores de cabeza, estomacales y musculares, también resfríos, acidez, fiebres, mareos y problemas de presión. Con esta práctica los entrevistados aluden específicamente al ahorro de tiempo y dinero que implica la automedicación respecto la visita al centro de salud.

“Pero eso depende cuando el tipo de enfermedad que tú tengas, tú dices un dolor de estómago porque comiste algo y te cayó mal, perfecto, tú lo puedes hacer en tu casa, hacer la dieta que normalmente uno hace, o tomarse la agüita de yerba que la abuelita te recomendó y ya poh, pero hay otro tipo de enfermedades que en el fondo sí necesitan medicamentos, que es más profunda y que tú la necesitas, que a lo mejor también con yerbas se podría hacer, pero normalmente la gente recurre a las postas, al SAPU, al SAMU, a tomarse el medicamento” (M2LFG2).

En otros casos, ante un accidente o una enfermedad grave han recurrido a centros hospitalarios y han recibido tratamientos médicos, pero que no han sido exitosos.

“[Con el uso de yerbas medicinales] Se mejoraba, si a mi papá yo lo traje aquí, se cayó, de la cadera nunca más pudo pararse, lo traje aquí, aquí le colocaron una prótesis en el Hospital Sótero del Río, pero no pudo andar nunca más” (M1LGG2).

Uso de yerbas medicinales

En general se evidencia mayor confianza en el efecto de las hierbas que en los fármacos, ya que son percibidos como menos invasivos para el organismo. Esto también expresa la distancia que en general manifiestan frente al tratamiento de la medicina occidental.

“No me da confianza, yo siempre las junto, las saco y las hecho al excusado, porque digo ‘si me dan pa’ la presión que me va a hacer algo a los riñones’, que jamás he sentido un dolor a los riñones (...), entonces son por los antepasados de tías, de abuelas, siempre he tenido más confianza en las yerbas y tengo yerbas plantadas y todo, ruda, llantén, toronjil de olor, menta, todas esas cosas, lo primero para un dolorcito de guatita de guagüita, ya una hojita de menta con agua hervida y ligerito están, como que no les duele nada (M2LGG1).

“No, para mí no, porque te dan muchas pastillas que a veces te enferman más del estómago, te irrita, por lo menos a mí me pasa eso. Yo cuando tomo pastillas más me enfermo del estómago. Me irrita, me duele la cabeza, ando de mal humor, cuando tomo pastillas de, además que te dan puras recetas, a veces pa’ puro que tú compres para la receta no más” (M3LFG1).

Es de relevancia destacar que entre los entrevistados y entrevistadas existe un conocimiento y dominio significativo del uso de plantas medicinales para la autoatención doméstica y familiar de diversas dolencias y malestares leves, así como respecto del cuidado de la salud.

“(…) yo les hago remedios con puras yerbas, en la guata, cualquier cosa con yerbas y al más chico lo he tenido que llevar por los dientes, el más grande porque de repente se ha caído, todas esas cosas pero dolor de guata, tiene fiebre nunca lo he llevado, si es accidente lo he llevado pero si es por cosas chicas por ejemplo de no sé poh dolor de cabeza, que le duela la guatita, que tenga fiebre a menos que sea muy alta pero si yo puedo y le doy remedio y se le pasa” (M2LPG2).

“Igual cuando yo me siento así enferma de la presión o algo, tomo jugo de limón, me hago una limonada (...), tomo agüitas de llantén y claro me dan pastillas también para la presión, pero a veces no me las tomo porque hallo que las aguas como que me bajan el calor que me da con eso de la presión, me siento mejor” (M1LGG1).

Por otro lado, preferentemente recurren a las plantas medicinales, oraciones en el rehue y secretos caseros, como: infusiones, cataplasmas y algunas prácticas deportivas rituales como el Palin.

Para los y las participantes en las entrevistas resulta fundamental al momento de consumir algún remedio natural el tener “fe” en que lo va a sanar; se requiere la disposición y la convicción de que esto funcionará -es una mezcla entre religiosidad y revalorización de sus propios conocimientos-, así como tener confianza en que la naturaleza lo mejorará. En este sentido, y en relación a esta visión, señalan que los remedios occidentales que les prescriben, traen en sus compuestos plantas medicinales, sin embargo, solo las utilizan y no las respetan.

4. Percepción, práctica y valoración de la medicina indígena

Prácticas de la medicina mapuche

En cuanto a la percepción de los entrevistados sobre la práctica y uso de la medicina indígena es central señalar que es parte de una cosmovisión y un conjunto de elementos culturales que no son equivalentes a la lógica de los sistemas de salud imperantes, debido a las características y principios en que se sustenta. Es así como la práctica de la medicina mapuche, en este contexto urbano, es percibida por las y los entrevistados como un importante espacio de mantención de la identidad étnica, así como un núcleo de transmisión cultural.

Señalan que tanto los conocimientos como la práctica de la medicina mapuche vinculan el bienestar físico y espiritual de las personas. Por tanto, se aproxima y trata de manera integral al paciente o enfermo, considerando que no necesariamente los padecimientos corresponden a una estricta pérdida del equilibrio biológico del organismo, sino que son expresiones de decaimientos anímicos y psicológicos.

En general las y los entrevistados, consumen yerbas o realizan tratamientos de la práctica medicinal mapuche, al respecto mencionan que se tratan primeramente con plantas medicinales que mantienen en sus patios o que traen de sus viajes al sur.

“Hay hartas plantas medicinales, está la ruda, está el llantén, la menta, el matico, el boldo” (M2LFG1)

Cuando el tratamiento con plantas medicinales no es suficiente, recurren a un Machi, Lahuentuchefe (que solo sabe de plantas medicinales), componedor de huesos o alguna persona con un saber específico. De los tratamientos que se realizan mencionan: Machitun, Ulutun o procedimientos menores indicados por las y los expertos indígenas.

El conocimiento respecto a este tipo de procedimientos proviene del contexto familiar, por vía de la tradición oral o porque han tenido acceso directo a la atención de machi.

“Es que las yerbas se va traspasando de generación en generación, por ejemplo mi abuelita, dijo mi mamá, usted sabe que la ruda, la menta, todo eso es para el dolor de guata, hay otras para el dolor de cabeza, también, el llantén para las heridas y todas esas cosas, las mamás las traspasaron” (M1LFG2).

Quienes conocen la medicina ancestral mapuche por socialización familiar, en general tienen vínculos y relaciones con las comunidades de sus padres o abuelos, allí la mayoría ha tenido experiencias y contactos con el uso de las plantas medicinales, con la práctica y tratamiento con un/una machi o ha sido partícipe de ceremonias comunitarias.

“He estado con machi, pero en otro tipo de rituales, que es el Nguillatún, en otro tipo de cosas, no en una cosa donde las personas van a ver su enfermedad” (M2LFG2).

“(…) me acuerdo que la finada machi le decía cuando tenían remedios y cuando no y ella les daba por si acaso que se tomaran eso y que si les hacía bien que volvieran y si no que no volvieran más, pero la mayoría de la gente volvía, y yo como era tan chica no me acuerdo de toda la yerbas, porque yo la acompañaba a buscarla, yo iba al monte a buscarla, al río, así que me acuerdo de algunas, pero era chica, yo acompañaba a la, porque era viejita y andaba con los canastitos en la mano (…)” (M1LGG1).

Si bien todas estas personas valoran la medicina ancestral y tienen ciertos conocimientos respecto a ésta, algunas de ellas señalan que en la actualidad no practican ni se han atendido a través de la misma.

Algunas entrevistadas que han sido o actualmente son usuarias de los programas de salud indígena señalan que han optado por esta alternativa de atención debido a que el sistema público de salud no responde a sus expectativas en el plano económico, en algunos diagnósticos y tratamientos, ni les acomoda la relación médico-paciente propia de ese modelo.

“(…) mi hermana fue y (...) le dijeron lo que tenía del hígado, le dijeron que era graso, que no podía comer pucha prácticamente la nada misma y ‘por qué no vas, no pierdes nada’ y sabe qué le hizo súper bien porque ella después empezó a comer de todo, comía papas fritas, comía ají, comía no sé poh cebolla, todas esas cosas que con las pastillas ella no podía comer porque ella comía eso y era un dolor y el ataque al hígado era instantáneo, se empezaba a hinchar” (M1LPG2).

Señalan que recurren y se atienden con medicina indígena porque no observan resultados ni mejorías mayores con la medicina oficial. Además, es reiterada la queja sobre el nivel de burocracia del sistema público, la alta demanda de usuarios y las pocas garantías de una atención de calidad.

“(…) las medias colas y llega una y ‘sabe qué, que le falta este papel’, por un papel que no te atiendan y hacen la cola de una hora, dos horas... entonces ahí yo encuentro que es desagradable, encuentro que en ese punto la salud no ha mejorado en nada, la salud está peor” (M1LPG2).

Pues bien, ante la realidad del sistema público de salud los entrevistados no dudan en señalar que además de practicar una forma de atención integral que entiende el cuerpo y el espíritu de la persona como un todo, la medicina ancestral mapuche produce diagnósticos y tratamientos menos invasivos que les han dado resultados muy positivos.

“Igual la medicina indígena me hicieron bien (...), de estar atendiéndome en el consultorio al final estaba bien pero tenía que cuidarme no más, pero con yerbas igual me sentía mejor, podía hacer mis cosas entonces con las yerbas me sentía mejor, la otra, la del consultorio, las pastillas y todo eso... que no puedo tomar pastillas nada, entonces era como igual como que tenía que cuidarme con las comidas en cambio con la medicina indígena no porque yo comía lo que quería y tomaba harto líquido no más y eso y me sanaba” (M2LPG2).

Machi

Entre las formas identificadas por los entrevistados y entrevistadas para restablecer la armonía y el equilibrio entre salud y enfermedad se destaca el poder y sabiduría de el/la machi, quien posee el don de diagnosticar y tratar con asertividad los diversos cuadros de dolencias, enfermedades y malestares físicos, anímicos y mentales.

“(…) cuando van a ver a la machi porque tuve una persona que fue, que solamente llegó al lugar, no le dijo nada, la machi lo miró, le vio los ojos y le empezó a explicar, ella diciéndole lo que tú tienes, es eso, tú no le cuentas a ella lo que tú tienes, lo que tú sientes, es la machi la que te va diciendo lo que tú tienes y tú vai como asumiendo y diciendo sí o no (...)” (M2LFG2).

El/la machi es el agente sanador más importante del mundo mapuche, por lo que su figura es altamente valorada. Esta valoración no sólo sustenta en sus habilidades y conocimientos sanadores, sino que también en la manera de atender y relacionarse con altos niveles de confianza con sus pacientes y por tratar determinados tipos de enfermedades.

“Por ejemplo cuando tuve el problema de los brazos eh, eh... me traté un tiempo allá en El Castillo, por problemas que quizás de qué que no siguió eso o estuvo un tiempo cerrado, (...) ahora vine acá a la universidad donde está la ruca ahí y seguí tomando yerbas eh... yerbas indígenas y de hecho me hizo súper bien, anímicamente igual, o sea la primera vez que yo tomé es que esa semana anduve súper bien y de hecho les comentaba a todos y de ahí mi mamá, mi papá igual se trató...” (M1LPG2).

Los entrevistados señalaron que la medicina indígena y el poder de el/la machi está vinculada con el tratamiento de enfermedades y padecimientos que no son traducibles ante los contextos occidentales pues se encuentran en correspondencia con la cosmovisión propia de este pueblo. Hablamos de enfermedades o daños provocados por brujerías, venganzas o envidia como “mal de ojo”, “trabajos”, “empachos”, entre otras denominaciones.

“(…) yo misma estuve mucho tiempo yo enferma, caí en cama y no me quería levantar, fue terrible, quedé tan flaca, tan flaca que si usted me miraba a la cara yo no tenía signos de enfermedad, yo estaba linda, preciosa y... el trabajo lo hicieron muy bien pero yo no creía eso porque se lo hacen tan bien que simulan un resfriado fuerte (...), entonces qué es lo que pasa que un día yo dije ‘hija por qué no ve mejor una machi’... y en ese tiempo no tratamos en [la ruca] El Castillo y a todo eso en ese tiempo yo también empecé a decaerme (...) como un decaimiento inmenso que yo tenía, sabe qué yo me acostaba y no salía de la cama, no hacía nada, yo le bordo, le tejo, le hago un montón de cosas y en ese tiempo no me daban ganas de hacer ninguna cosa (...)” (M3LPG2).

En general estos males tienen origen en la acción de terceros ante ciertas conductas sociales o morales transgredidas, de manera que el afectado ha provocado o ha sido objeto de la reacción de otras personas, fenómenos de la naturaleza o seres sobrenaturales.

“(…) hay gente que por X motivo puede tener mucha razón para tomarle mala a una persona y a veces lo toma con tanta fuerza que quiere vengarse, vengarse por hacerle un mal, ya sea con [espíritu] o algún veneno tardío que hay, le dan de comer algo, la persona no muere al tiro. El sicario se va a encargar de hacer el daño, en ese caso es igual, la persona sabe qué hacer, cómo fregar al vecino, digamos, pero ya lo que sea, en todas partes hay un gallo” (H1LGG2).

El/la machi además posee la capacidad de detectar otros fenómenos y elementos que intervienen en la salud y la enfermedad de las personas, como por ejemplo animales que pueden padecer o provocar males o daños.

“Oiga yo un año, en mi casa mía, cuando estábamos pocos años llegados, serían como las 9 de la noche o 10, sentí un pájaro, un pájaro que, mi casa por ejemplo estaba la puerta hacia allá y venía un pájaro de allá, en la noche, un pájaro y atraviesa por aquí pa’llá y atravesó, pero un grito tan feo, dije ‘la cuca mala esa’. (...) pasa ese pájaro es porque se mueren varias personas, ahí murió mi tío, murió mi hija, murieron varios vecinos de mi población, pero el pájaro como que me aleteó en la pata de la puerta (...)” (M1LGG2).

Asimismo, los entrevistados reconocen que la práctica de el/la machi se caracteriza por el desarrollo de ceremonias curativas con alto poder simbólico y con un sentido muy preciso de sanación y del restablecimiento de la salud para el paciente, su familia o la comunidad.

“(…) yo he sabido que **la machi sueña qué remedio** y si no sabe qué remedio le va a hacer bien a su paciente, sueña también qué remedio tiene que darle (…)” (H1LGG2).

En este caso, hay que destacar que la aproximación que tiene la Machi a los remedios mediante el sueño o peuma, se debe a la conexión que tiene con la Naturaleza. Esta conexión, se hace efectiva gracias a los ngen que poseen todos los elementos constitutivos de la Naturaleza, lo que incluye al ser humano -por cierto-. Es aquí donde queda demostrada que la vinculación es universal, es sistémica y no sólo antropocéntrica.

“Y conoce también cuando la persona le hace daño a la otra persona, también conocen, yo porque allá en el sur allá donde estaba mi marido, tenía un sobrino, el niño de él una vez tenía una, enfermó gravísimo, punto para morirse y lo llevaron donde una machi, muy buena, muy buena, al niño le dijeron al tiro lo que le habían dado y ella le dio a tomar al niño y santo remedio, muy buena la machi” (M1LGG2).

Otra característica es que el/la machi utiliza distintos recursos para sanar como el uso de la palabra a través de la rogativa, las yerbas medicinales y el contacto físico (soba y friega el cuerpo), entre otros.

“Cuando los chiquillos iban, ellos tocaba, la machi tocaba el kultrún, porque supuestamente era un demonio que estaba adentro de la persona que estaba enferma, entonces, disparaban, iban con palos las lamgenes, iban todos a la casa, iban a sacar ese mal y todas las puertas abiertas, entonces todos iban, todos iban y metían ruido para que la lamgen sacará esa enfermedad, porque era una enfermedad, un brujo, algo así” (M1LFG2).

“Machitún y ese era un ritual de sanación igual, que la persona se sanaba, tomaba hartas yerbas, le hacían yerbas ahí, calentaban el agua, le hacían las yerbas para que tomara” (M1LFG2).

Tal como se refleja en el discurso de las y los entrevistados, el empleo y la práctica de la medicina indígena aparece como una solución muy certera y confiable. Además existen padecimientos y enfermedades que sólo tienen salida a través especialistas como los señalados, pues muchos de sus signos y síntomas sólo pueden ser comprendidos y tratados integralmente dentro del marco de la cultura mapuche.

Medicina ancestral

Por otro lado, un aspecto importante en el discurso de las y los entrevistados es la distinción que se hace respecto del ejercicio y la práctica de la medicina ancestral en la ciudad. Por un lado, las visiones entran en conflicto ante la resignificación de la práctica ancestral en un escenario que es muy distinto al de la comunidad. Por otra parte, los

entrevistados explican que el entorno urbano no es propicio para la aparición de un/una machi.

De igual modo, algunos entrevistados y entrevistadas cuestionan que la práctica urbana del/la machi esté mediada por un creciente mercantilismo expresado en el cobro de sus servicios, a diferencia de la comunidad donde actúan principios de reciprocidad.

“Si poh, las machis de verdad sipo, la machi que te estoy diciendo yo, ahora por eso me da rabia con los machis a mí, yo nunca la vi que cobrara, no cobraba, no recibían plata, ella decía que si se sanaban, bien, pero siempre la gente la gente volvía a dejarle... algún regalo, incluso gente que se iba a morir y que ella había sanado le llevaban animales, cuando yo me crié tenía no sé cuántos caballos en la casa, hartos, hartos caballos, le iban a dejar así, podía ser una vaca, podía ser, o si no le iban a dejar trigo, quintales de harina, sacos de harina que eran antes o les llevaban otra cosa” (M2LGG1).

“(...) lo que a mí me da rabia, que los machis de aquí, por ejemplo pueden ver a un peñi bien enfermo, que sea pobre que lo pueden atender gratis, no, le cobran, eso no debieran de cobrarle a su misma raza. Eso no me gustan los machis, todo es plata, plata, plata, si no tiene no puede” (M1LGG1).

En cuanto al Machi, ellos mencionan que los/las Machi nacen, desde el vientre de la madre, al momento de nacer se sabe a través del perimontu; en cambio ahora hay Machi, que se hacen de grandes, como los médicos wingka, como que estudian y aprenden para ser Machi, pero no son de verdad. Los/las Machi de verdad, están preparados para saber a través de fenómenos naturales y psíquicos la enfermedad que padece el paciente y el tipo exacto de remedio que debe indicar a éste; todo de manera natural.

“Que no tenemos que recurrir a esas cosas sino, los machi están preparados, Chao dios los deja para ellos, principalmente su mente, así ocupamos totalmente natural, no gastamos un peso en decir “ya me voy a gastar 60 Lukas en radiografía, sacarme un examen, alguna cosa” no, el machi, que es **machi sueña para el bienestar con su newen y todo**, entonces ahí va a hacerle remedio a las personas, entonces en qué quedamos que **los machi son parte de la naturaleza**, a través de nuestro peuma, a través de nuestro kimun, ellos se guían para dar la receta, los remedios todo, en cambio y el médico winka recurre a la tecnología y haciendo radiografías, haciendo examen de sangre, revisando; y lo otro que **la radiografía que nosotros tenemos**, los mapuche, **son los peguto** entonces cuando ya el machi **no se ilumina** tanto, ya no tiene el peuma como corresponde, por ejemplo él me dice “me duele mucho el estómago, no me puedo mejorar” el machi se concentra y pide claridad” (M1PAG1).

El diagnóstico en la medicina ancestral

La radiografía o peguto, es una manifestación evidente del fundamento matrístico Mapuche: “todos una misma cosa, como un solo espíritu somos”. Desde los métodos empleados, como **tocar** la mano, **revisar** una pieza de ropa, **ver** la orina; podemos nuevamente afirmar la vinculación sistémica con todo el entorno. Esta forma de diagnóstico es **radicalmente** diferente a la occidental.

“el machi para nosotros, en el mundo mapuche es el doctor, el que sana que uno lo va a ver y él, **con tomarle la mano**, hay muchas maneras de que la machi atiende, viendo la mano, **viendo una pieza de ropa de uno o con la orina**, pero la orina ahí le ve todo lo que es el cuerpo y ahí le va diciendo qué enfermedades tiene” (M6LFG1).

En este sentido es importante la diferencia que se establece con respecto al médico occidental, ya que según los y las entrevistados la diferencia radica en que el/la Machi le dice al paciente lo que tiene y al médico occidental es el paciente quien le dice lo que padece.

“**cuando uno va a doctor occidental uno tiene que decirle lo que tiene, el machi no, el machi le dice a uno lo que uno tiene**, entonces uno le va diciendo “si, es verdad me duele aquí, me duele allá, me molesta aquí” porque él se lo va diciendo, entonces ahí él de dice “ya esto tienes que tomar, las yerbas medicinales a tomar” (M6LFG1).

De igual manera, el diagnóstico del/la Machi, alcanza a todo el grupo familiar, es decir, cuando el/la Machi atiende al paciente, éste le indica que es lo que tiene toda su familia.

Para aquellas dolencias que los occidentales denominan enfermedades psicológicas y que corresponde a enfermedades del Newen para los Mapuche, se requiere de la participación de toda la comunidad para restituir la fuerza o la energía al paciente.

Medicina ancestral y medicina popular

Por otro lado, las prácticas médicas populares se distinguen claramente de la indígena, mientras ésta se entrelaza con los otros aspectos de la cultura y la vida social, las populares son descritas como prácticas específicas e individuos especialistas.

“(…) yo no iría, si me pasara algo, así como ella, yo no voy poh, si también me disloqué el pié, hacen años y en La Legua encontré un caballero que arreglaba y arregló re bien, tenía así la pierna, pero ya no quise ir al médico porque lo único que hacen es enyesar, enyesar y no hacen nada más” (M1LGG1).

Es clara por ejemplo la taxativa diferencia entre machi y curandera o meicas, ya que las Machi tienen el poder de comunicarse e interactuar con todos los elementos de la naturaleza, como se expresa a continuación.

“[Las meicas] No tienen poderes, o sea ellas saben, o sea yo por ejemplo que se harta yerba podía ser una cosa así, una yerbatera, le llamaban la meica, era diferente, no tienen poderes pero sí saben de yerbas y saben sobarse también, porque yo cuando me dio parálisis a los 15 años (...) en vez de llevarme al médico me llevaron a la médica y ella igual con esas hojas que ella, no sé qué hojas serían pero con eso ella me enderezó” (M1LGG1).

“No poh, esas son las médicas chilenas” (M1LGG2).

5. Percepción de los usuarios indígenas sobre el sistema público de salud

Sistema de salud inadecuado para las necesidades de salud de los pueblos originarios

La percepción más reiterada entre los entrevistados es la existencia de un modelo de salud pública inadecuado para atender las demandas y la realidad de la población indígena. Esto obedece en gran medida a un conjunto de experiencias negativas en torno a la prestación de servicios de salud, lo que lleva a su deficiente evaluación.

“(...) la salud no ha mejorado en nada, la salud está peor (...). Encuentro que no ha mejorado nada y por lo mismo que uno trata de no ir, yo trato de no ir al consultorio ni al hospital así como que tiene que ser algo puntual, algo muy preciso” (M1LPG2).

“Yo creo que más que para los pueblos originarios en términos concretos, la salud hoy en día es mala para todos, tanto como para las personas indígenas o no indígenas, sino que para el chileno mismo o para la ciudadanía, la salud primaria hoy en día es mala, tienes mala atención, tienes pocos médicos, no tienes resoluciones prácticas dentro del cuento que te dan” (M2LFG2).

Pese a que las y los entrevistados reconocen la intención de la actual política de salud de extender la cobertura de los servicios y atender de manera eficiente la alta demanda de usuarios, los recursos aún son insuficientes para responder a sus problemas.

“No es que es una cuestión real. Si te dicen que tiene quince minutos por paciente. Te atienden una cantidad de pacientes durante el horario que ellos tienen y ellos trabajan de ocho a cuatro de la tarde, en los consultorios un médico atiende de ocho a cuatro. Después de seis a otro -es la otra parte- es la parte de emergencia, de urgencia. Y si el médico tiene que hacer otra cosa, los pacientes los cambian para otro día y chao poh. No hay atención, el médico nunca te llega a atender a las ocho de la mañana, siempre te viene a atender a las ocho y media nueve” (M2LFG2).

Frente a la alta demanda de público y la imposibilidad de conseguir horas médicas cuando se precisan, entrevistados y entrevistadas optan por atenderse en otros espacios donde deben subsidiar parte de la prestación médica e incluso atenderse de manera particular. Esta no es una posibilidad a la cual puedan acceder todos.

“(…) hoy en día también tiene la opción por ejemplo de si uno trabaja que ya está FONASA, qué, qué voy a ir hacer la cola al consultorio, mejor me atiendo y acá pago un bono y no sale tan caro y prefiero acá, entonces uno va también tratando... pero hay gente que realmente no tiene... tiene que ir al consultorio y que llegué allá y ‘sabe señora la vamos a llamar, espere en un mes más’, que a mí me ha tocado llevar a mi papá, ‘caballero, mire saque turno para que le den hora para febrero del año que viene’” (M1LPG2).

Existencia de maltrato en los servicios de salud hacia los pueblos originarios

Asimismo, también se alega una serie de deficiencias en los protocolos de atención por parte de los profesionales y funcionarios en los consultorios y hospitales. Es generalizada la opinión de las y los usuarios entrevistados que es frecuente recibir un trato inadecuado por parte de los funcionarios y especialistas médicos, basado en su posición de poder dentro del servicio médico.

Un ejemplo de ello es la discriminación, que constituye un elemento transversal al discurso de los distintos entrevistados y entrevistadas, quienes señalan ser permanentemente objeto de diversas prácticas que denigran su condición de pueblo indígena dentro del sistema público de salud.

“(…) se nota al tiro, llega una persona chilena eh es una cosa y una persona mapuche sobre todo si es ya de edad o qué sé yo ellos... a excepciones que yo por ejemplo he visto personalmente vi una doctora preciosa, rubia, que ella era como total y la vi y que habló mapudungun con mi abuela en el hospital (...)” (M1LPG2).

Para las y los entrevistados estas prácticas discriminatorias, ocurren por la incapacidad de la sociedad de aceptar que está compuesta por diversos pueblos y culturas. Y que esta diversidad no implica mecánicamente que los indígenas deban estar en una posición de subordinación.

“(…)yo sé que estoy con hipertensión y por qué no voy, porque yo sé que me voy a tener que levantar temprano y horas esperando y eso no quiero porque al hospital le tengo miedo porque una vez estuve en el sanatorio El Peral, (...), entonces yo quedé con ese olor del hospital y no puedo soportarlo, te tratan tan mal o la miran de pie a cabeza por el hecho de ser raza indígena, entonces uno igual tiene un resentimiento y yo por qué tengo tan claro esto de la raza indígena” (M3LPG2).

En gran medida el origen de la insatisfacción usuaria proviene del perfil del sistema público de salud y sus objetivos de racionalización y maximización de los recursos horas/profesional, donde se genera una tensión entre entregar una atención de la calidad versus la cantidad de usuarios que deben ser atendidos.

“Sólo agregar que lo de salud ojalá mejorara, que mejorara y se tratara a las personas como es debido, como se merecen, a todos por igual” (M1LPG2).

“(…) mucha demanda y hay gente que encuentro que es demasiado prepotente, si yo no quiero que me traten mal, que me agreden en el consultorio, del hospital, de lo que sea, es muy prepotente y ‘no poh, aquí soy yo la que mando’ y por lo tanto es prácticamente es ‘por favor ¿me podría atender?’, así como que prácticamente humillándose” (M1LPG2).

Paradigma institucional y visión de los pueblos originarios

Es necesario señalar que también existen otras barreras que acrecientan las desigualdades en la atención para los y las indígenas. La falta de un acercamiento más relativo y menos objetivo por parte de los equipos médicos al abordar las problemáticas de las y los usuarios y sus familias con respecto a la salud y la enfermedad. El lenguaje utilizado por los profesionales dificulta la relación, la empatía y la confianza con los usuarios y usuarias, así como el tipo de información que el médico entrega o requiere de la persona indígena. De ahí que las recomendaciones de autocuidado y prevención de la salud podrían tener mayor receptividad entre los usuarios y usuarias y generar cambios más adecuados en los estilos de vida y hábitos.

“De repente los médicos igual atienden mal a las personas, en el sentido de que le preguntan no sé, ‘¿qué comió?, ya, y cómo no se va a enfermar si comió, eso’. O sea, se sienten con la autoridad de llamarles la atención a las personas. Ellos tienen que hacer su pega no más y pega que muchas veces no la hacen y lo único que hacen es dar una receta o dejar una aspirina, ‘ya ándate, por favor, que vienen diez más” (H1LFG2).

Como se puede apreciar, estamos ante situaciones muy frecuentes de descalificación del personal de salud respecto de los y las usuarios. Lo que sumado a que la población indígena y la población general que se atiende en el sistema público de salud cargan el estigma de la pobreza y la marginalidad, se sientan permanentemente agredidos y objeto de desigualdades. En contraste a estas percepciones, los entrevistados valoran positivamente la medicina indígena pues opera con criterios más humanos e integrales de atención y se reproduce con cuotas de confianza y mayor sensibilidad hacia el paciente y su entorno familiar.

“(…) que a veces hay personas que como que las ve y uno sabe que puede confiar en esas personas pero hay personas como que por más que quiera llegar a esa persona a confiar no se puede, con él era como medio difícil llegar a él, era como que no tomaba uno con mucha fe entonces yo creo que por ahí va, hay que tener fe en ellos también, cómo se llama, no llegaba mucho con él entonces yo tampoco me sentí...cómoda y yo creo que por eso mismo fue el cambio, en cambio acá me atendió la machi y fue una cosa así pero así instantánea de que uno en ella confío y en ella sé que me va a sanar” (M1LPG2).

Ahora, si bien se reconoce la existencia de programas de salud intercultural en el sistema público de atención y la incorporación de saberes de la medicina indígena en espacios médicos oficiales, el acercamiento y en especial la percepción de ello es interpretada de distintas maneras. Algunas entrevistadas señalaron su interés y aprobación ante este modelo, pues se constituye en un espacio de reconocimiento de los saberes médicos mapuche subordinados y una herramienta útil en los procesos de incorporación de saberes y prácticas propios del mundo indígena.

En otros casos, la cuestión de la salud intercultural resulta ser un campo donde aparecen conflictos y críticas, las que se extrapolan al sistema público ante la incapacidad de desarrollar estrategias más sólidas y pertinentes culturalmente que faciliten la relación entre los equipos médicos, los funcionarios y las personas indígenas. En específico, se alega falta de coordinación entre los servicios de salud y los especialistas indígenas en medicina, las organizaciones y en especial con los propios usuarios y usuarias indígenas, así como el desarrollo de programas específicos de atención intercultural en salud con pertinencia y que representen la particularidad cultural y territorial indígena.

Incorporación de la medicina indígena a los servicios públicos de salud

Frente a la pregunta de la posibilidad de incorporar la medicina indígena a los servicios públicos de salud, en general la respuesta es positiva. Sin embargo, surgen dos puntos principales de reflexión: uno que refiere al reconocimiento de parte de los profesionales occidentales del conocimiento mapuche; y otro, que se refiere a las posibilidades reales de que el/la machi pueda implementar toda su práctica en el contexto en que se ejerce la medicina occidental. Así, se entiende que algunas prácticas el/la Machi debería hacerlas en casa o de lo contrario contar con un espacio lo suficientemente adecuado para que pueda operar. Además, reconocen las experiencias en Salud en Temuco y Villarrica.

“allá en Temuco, por ejemplo el Hospital de Temuco ya está trabajando con un Hospital que es mapuche que lo derivan ahí, ahí trabajan machi y trabajan médicos juntos, así que cuando por ejemplo los médicos no saben una cosa, el machi sabe, él médico mapuche, sabe lo que tiene” (M1PAG2).

Por otro lado señalan la necesidad de reconocimiento de las prácticas y los saberes de medicina tradicional indígena por parte del sistema público de salud, que en efecto se ha

cristalizado a través de programas interculturales en centros de salud familiar (rucas); y la legitimidad real de formalizar la integración de la medicina indígena como una alternativa paritaria dentro de la salud pública.

“Yo creo que sí, podría funcionar, pero para eso, hay harto camino que recorrer. Falta, por un problema de, punto uno, tenís que estar de acuerdo con los médicos, que respeten éste tipo, la medicina ancestral, (...) hay médicos que son súper escépticos y dicen ‘no’, hay otros que simplemente son más libres de pensamiento y pueden decir ‘sí, se puede’, (...) y que la gente igual yo creo que lo acepta bastante, porque la gente busca hoy en día la medicina más naturista” (M2LFG2).

Si bien las y los entrevistados reconocen la coexistencia y el diálogo entre ambos modelos médicos (biomédico e indígena), en el mejor de los casos, como sucede en la actualidad, tienen un carácter integrado más que complementario. En efecto, nos encontramos en el discurso de las y los entrevistados con una incapacidad de incorporar las demandas del usuario indígena dentro del proceso y los espacios de atención pública (consultorios y hospitales), o que la contraparte funcionaria y equipo de profesionales desarrollen la capacidad de comprender y legitimar la diversidad cultural, los conocimientos, creencias y prácticas propias del mundo indígena respecto de sus percepciones sobre la salud, la enfermedad, el cuerpo, los ciclos de vida y las prácticas sanatorias.

E: “¿No crees que pueda funcionar?”

H1: “No, a menos que la gente cambie la forma de pensar y la forma de creer” (LFG2).

Es evidente que las y los entrevistados aluden a que se requiere un cambio y una modernización mayor en el paradigma actual de salud y medicina, con el fin de modificar la percepción, los valores y sobre todo las prácticas del trabajo de todos los estamentos del servicio público en situaciones interculturales.

“Recelo o miran mucho en menos, es medicina primitiva no más dicen ello, no tiene estudio científico, eso es lo que ellos dicen” (H1LGG2).

Dado que la incorporación de la medicina indígena en los espacios de atención pública en salud ha demostrado ser un proceso lento, también nos habla de la imperiosa necesidad de superar las trabas institucionales y fomentar el apoyo y la concertación de las diversas voluntades y poderes políticos.

“En estos momentos yo creo que no, porque la gente cree totalmente en lo que dice un médico, en estos lugares. Quizá en otros lugares no, o quizás nosotros pensemos de forma diferente, pero en estos momentos cualquier persona, cree más en el médico, que en lo que haga no sé, una machi” (H1LFG2).

Por su parte, una entrevistada señaló que la medicina indígena podría funcionar de manera más realista dentro de los servicios de salud con la integración de profesionales indígenas.

“(…) yo creo que juntando las dos medicinas yo creo que funcionaría pero también como más dándole la oportunidad a más gente mapuche también porque es harto poco la gente mapuche que se integra ahí a trabajar. (…) que eso de la salud que yo estaba diciendo se integre más gente mapuche, eso es importante, lo otro que se podía hacer es que (…) ya que se hacen estos mismos estudios por ejemplo, por qué no se le da oportunidades a juventud, a gente joven que está estudiando, gente mapuche que está estudiando, darle becas, ya decirles ‘saben qué más, si queremos mejorar la salud hagamos esto, démosle esto a estos jóvenes indígenas con excelentes notas pero que no tienen cómo estudiar’. (…) entonces uno también ayudaría también a su gente, uno conoce a su gente, trata de mejorar a su gente y atenderla también como se merece” (M1LPG2).

Atenciones y programas de salud del sistema público identificadas por usuarios indígenas

Los entrevistados y entrevistadas tienen escaso conocimiento e información acerca de los programas “Chile crece contigo”, Reparación y Atención Integral de Salud a los Afectados por Violaciones a los Derechos Humanos (PRAIS), Salud mental y Cardiovascular.

Del **Chile crece contigo** sólo 3 entrevistadas y 1 entrevistado señala estar en conocimiento de la existencia del programa pero no sobre sus alcances específicos y funciones.

“Es que yo lo que entiendo, que el Chile Crece Contigo, es todas las personas que son mamás, que van a ser mamás, están en un programa, independiente del tema mapuche o sin son chilenos, están dentro del programa y es un programa específico para las mamás” (M2LFG2).

Respecto del **PRAIS**, sólo dos entrevistados identifican la problemática que atiende el programa.

“El PRAIS, es el que tiene que ver con la gente de, los presos políticos y todo eso. Sí, sí lo he escuchado” (M2LFG2).

En cuanto a las atenciones en **Salud mental**, resulta ser el más reconocido, pero al igual que los otros programas, los usuarios sólo dicen tener escasa información. Mientras que el Cardiovascular no es identificado por ningún de ellos.

Con respecto a las atenciones en rucas, varios de los entrevistados señalan atenderse o haber sido usuarios, sin embargo reconocen desconocer cómo funcionan, cómo se accede y por qué varias de ellas se encuentran ligadas a los centros de salud familiar (CESFAM).

“Yo tampoco porque las veces que he ido al hospital puede ser que en el hospital haya propaganda, no sé, alguna cosa que uno pueda leer” (M1LPG2).

“Que a veces hay gente que se quedan ahí... eso poh, más ayuda, más información, pero a lo mejor información no hay porque la información es la que falta también... y ahí a lo mejor uno, va por ahí, más información también. Pero a mí me encantó esto” (M1LPG2).

Las unidades de atención en medicina mapuche donde las y los entrevistados han sido usuarios y usuarias son las rucas de las comunas del sector sur de Santiago. En La Pintana identifican la Ruca del Centro de Salud Familiar Santiago Nueva Extremadura, ubicada en la población El Castillo, la ruca Kiñe Pu Liwen en el campus Antumapu de la Universidad de Chile y la ruca Lo Martínez. En la comuna de La Florida Kallfulikan, ubicada en el Centro de Salud Familiar Los Castaños. En el caso del programa de salud Kuyen Rayen del Hospital Barros Luco de en la comuna de San Miguel, solo algunos entrevistados tienen información de su existencia pero no han sido usuarios.

Conclusiones

Como dijimos anteriormente, la percepción de salud-enfermedad en los pueblos indígenas es parte de una cosmovisión o filosofía integral; por lo tanto, los elementos constitutivos de la misma son indivisibles y se entienden uno en relación al otro. Por ello, y sólo para expresar las conclusiones emanadas del análisis anterior, se presenta una división analítica y segmentada de la percepción de salud-enfermedad y de los elementos relacionados.

La medicina ancestral mapuche

En general las y los entrevistados mantienen la práctica de la medicina ancestral, conservando una gran cantidad de conocimientos respecto a ella y una buena dosis de convicción respecto de los positivos resultados para mantenerse y/o recuperar su Salud. Por otro lado, mantienen una opinión negativa de la salud occidental y de sus instituciones.

Solo en casos excepcionales, se pudo constatar un nivel de conocimiento acabado de los procedimientos ancestrales de medicina indígena, lo que determina la urgencia de rescatar y proyectar tales conocimientos. Asimismo, también se evidencian referencias a experiencias y sentidos donde convergen otras vertientes como la tradición popular y el modelo biomédico.

En este mismo sentido, consideramos necesario precisar la concepción de Salud-Enfermedad que posee el pueblo Mapuche, ya que es la visión preponderante manifestada en este estudio.

La perspectiva Mapuche concibe al ser humano implicado en la naturaleza, experiencia entendida como una articulación dinámica, sistémica y universal. Este es el paradigma fundamental de la cosmovisión Mapuche y por ende la estructura simbólica que sostiene la percepción del concepto de salud-enfermedad de esta población.

Desde esta mirada, el concepto salud-enfermedad, es un complejo bioenergético que requiere de flujos e interacciones permanentes para mantener un estado de conexión y equilibrio saludables en un espacio o territorio específico.

Dichas interacciones, son de carácter multidimensional y se hacen efectivas mediante manifestaciones y/o entes que habitan todo elemento constitutivo del universo o naturaleza que nos rodea.

De manera coherente, las Machi y/o especialistas en salud, deben poseer capacidades y facultades especiales que les permitan acceder a un universo fenomenológico de múltiples dimensiones. Para el reconocimiento de las Machis y/o especialistas en salud,

intervienen señales naturales, características al momento de nacer y la ratificación como tal por comunidades del wallmapu o territorio ancestral Mapuche.

Salud-enfermedad en la cosmovisión mapuche

A partir de lo anterior, se puede señalar que el concepto de salud indígena –Mapuche-, como queda establecido a partir de las entrevistas, considera la enfermedad como un estado de desequilibrio entre el individuo, su familia, el entorno social y natural, y cualquier elemento, acción u omisión que perturbe el estado de equilibrio (salud o estar sano) redundará en una enfermedad. Por consiguiente, este estado alterado o enfermedad, atentará contra el sistema en su conjunto, es decir, estarán enfermos el individuo, su familia, el entorno social y natural. En consecuencia, cualquier tratamiento o práctica que pretenda restablecer este equilibrio, tendrá que abarcar al sistema en su totalidad.

Además, significativa es la relevancia que adquiere el aspecto energético del sistema de salud-enfermedad Mapuche, en particular durante las ceremonias o ritos de sanación, como se describe en casi todos los relatos de las y los entrevistados.

La mayoría de las y los entrevistados describe la salud en base a características que promueven el equilibrio del organismo, integrando también la consideración del estado mental o anímico. Ambos elementos mantienen positiva y activamente a las personas y permiten la posibilidad de realizar sus actividades cotidianas, funciones básicas y vitales y en especial una convivencia armónica con su entorno social y familiar. La enfermedad es percibida como una alteración del estado de salud que corresponde a “sentirse y estar bien”.

La salud mapuche está imbricada con el territorio

Para los indígenas que habitan la urbe, particularmente nocivos o atentatorios contra este estado de equilibrio, resultan un ambiente artificial y de alta complejidad tecnológica y social, sintiéndose ajenos y vulnerables. De igual manera, las pésimas condiciones de vida, tales como el hacinamiento, los alimentos intervenidos genéticamente y el maltrato, son factores que generan angustia, tristeza y enfermedad. Por el contrario, la interacción social, la reunión familiar, el vínculo con su cultura, son factores relevantes para alcanzar un buen estado de salud.

El desarraigo de su territorio significa la desarticulación del ser Mapuche, en consecuencia se mantienen en un estado de fragilidad permanente. Esta desarticulación, significa la desconexión con los newen y con los ngen del territorio que los vio nacer y que permiten una interacción saludable en su diario vivir.

El habitar en espacios ajenos y/o sin vínculos existenciales, genera en los Mapuche una situación de vulnerabilidad mayor, provocando la aparición de múltiples patologías orgánicas degenerativas, psíquicas y espirituales o energéticas.

El vínculo permanente con la Naturaleza, queda de manifiesto no solo cuando recurren a ella para recuperarse de alguna enfermedad, sino que fundamentalmente para mantenerse sanos y saludables, tal como lo indica el uso permanente de yerbas o plantas medicinales.

La práctica de la medicina ancestral

La práctica de la medicina ancestral es un ejercicio médico imbricado sobre conectores químicos energéticos en tiempo y espacio circular. Dicho de otro modo, es una práctica que utiliza sonidos, imágenes, temporalidad, plantas, animales, señales atmosféricas y todo tipo de manifestaciones que permitan la comunicación entre el universo de la Machi y/o experto y el universo del consultante.

En el caso de los lawen o plantas medicinales, por ejemplo, éstas operan como vehículo de los ngen y de los newen, que son las manifestaciones o entes que restituirán el equilibrio y la conexión del enfermo o enferma, previo proceso de interacción de los universos de la Machi y el consultante.

Éstas manifestaciones o entes –Ngen y Newen-, habitan en cada elemento de la naturaleza y por cierto también en el ser humano, según la perspectiva o cosmovisión Mapuche.

El diagnóstico en la medicina ancestral como expresión de la cosmovisión y de la concepción de salud-enfermedad

El Diagnóstico de la medicina ancestral, es un momento multidimensional, que permite acceder al universo del consultante, su comunidad y su territorio. La Machi o experto, se conecta con el universo del consultante, con el propósito de conocer lo que le pasa y poder asistirlo, iniciando de esta manera un proceso que permita que el consultante recupere su estado de equilibrio y conexión.

La primera conexión diagnóstica, se realiza mediante una conexión de temporalidad a través del peuma o sueño, aspecto y/o facultad que se irá utilizando en otros momentos del proceso.

En el momento del diagnóstico, el consultante se dispone para interactuar mediante las facultades que posee la Machi o experto, de tal forma que ésta pueda observar y leer en el universo multidimensional del consultante. Es importante destacar, que a diferencia del

ejercicio médico occidental, el consultante no entrega detalles de lo que lo aqueja, ni posee ficha clínica; son las cualidades y capacidades propias de los expertos y/o Machi las que operan y orientan el proceso en todo momento.

La percepción respecto al sistema de salud institucional

La mayor parte de las y los entrevistados reconocen su desconfianza respecto de los tratamientos médicos y el temor ante el uso de fármacos. Por otro lado, la distancia con el sistema público deriva del abierto descontento respecto de los protocolos de atención, la burocracia del sistema, la alta demanda de usuarios y la falta de empatía y los prejuicios de los cuales son objeto bajo la estigmatización de “pobres”, “indígenas” o “ignorantes”.

Asimismo, es reiterada la posición de las y los entrevistados respecto de un modelo de salud pública inadecuado para atender las demandas y la realidad de la población indígena. Esta percepción obedece a variadas experiencias negativas en torno a la atención de los servicios de salud que abarcan desde malos tratos, prácticas de discriminación, escaso acceso a horas y tratamientos médicos, las trabas burocráticas, la relación usuario/profesional, entre otras.

No obstante, las entrevistas también reflejan que frente a enfermedades o síntomas mayores los usuarios acuden al sistema público de salud, pues buscan un diagnóstico que precise el alcance de su malestar. Sin embargo, esta opción no carece de elementos contradictorios y complejos pues el sistema público y sus formas de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y en especial del tipo de relación que se construye entre el personal, los profesionales médicos y el usuario o paciente está rodeado de diversas críticas.

Estamos ante un dilema muy delicado pues las y los entrevistados nos hablan de la incapacidad de incorporar las demandas y en especial sus puntos de vistas y expectativas dentro el proceso y los espacios de atención pública (consultorios y hospitales). Igualmente que la contraparte funcionaria y equipo de profesionales desarrollen la capacidad de comprender y legitimar aspectos de su tradición cultural, respecto de sus percepciones sobre la salud, la enfermedad, el cuerpo, los ciclos de vida y las prácticas medicinales propias de la cultura mapuche. A pesar de ello, en general, manifiestan una buena disposición para participar y desarrollar la práctica de la medicina ancestral en la ciudad.

Por ello, en cuanto a la posibilidad de incorporar la medicina indígena a los servicios públicos de salud, las opiniones de las y los entrevistados se encuentran divididas. Una parte reconoce y valora la coexistencia actual entre el modelo biomédico y el indígena. Otra parte, sostiene que para que la salud ancestral conviva con la institucional, es necesaria la aceptación de ambos modelos de salud como igualmente válidos, es decir, que exista complementariedad más que integración de los modelos señalados.

El autocuidado

Por su parte, las estrategias que obedecen a un conjunto de cuidados que tienden a mantener el estado de bienestar personal y familiar se ejecutan con el fin de mantenerse sanos, prevenir y disminuir el riesgo de contraer enfermedades. Algunas de estas estrategias de autocuidado están asociadas a cambios en la dieta, mayor responsabilidad en el consumo de alimentos con bajo aporte nutricional o tratados con sustancias químicas y la inclusión de nuevos hábitos y estilos de vida saludables.

Una de las estrategias de autocuidado más extendidas es el uso sistemático de yerbas medicinales, de las que se tienen un considerable conocimiento y respeto, ya que se les atribuye poderes sanadores significativos.

Recomendaciones

A partir de las entrevistas realizadas y de su análisis, surgen un conjunto de recomendaciones que buscan recoger las percepciones de las personas que participaron en las entrevistas. Consideramos que un tema central para abordar la relación entre los servicios públicos de salud y los pueblos originarios radica en un involucramiento activo de dicha población en los servicios que se le otorgan, así como el necesario conocimiento e integración por parte de la institucionalidad pública de los derechos reconocidos nacional e internacionalmente a los pueblos originarios.

En este sentido, y más allá de las consideraciones de una declaración política adecuada y del cumplimiento de las normas legales existentes, el reconocimiento de los derechos de los pueblos originarios presentes en las distintas normativas internacionales, responde también a la aplicación del enfoque de derechos en políticas públicas y al cumplimiento de los compromisos que a nivel internacional ha adquirido el Estado de Chile, sobre todo en aquello que dice relación con las poblaciones que han sido invisibilizadas o marginalizadas, en este contexto nos referimos particularmente a la ratificación del Convenio 169 de la OIT y la Declaración de la Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas del año 2007.

Al hablar de enfoque de derechos nos remitimos a un doble desafío. Por un lado, los criterios y acciones que deben desarrollar los organismos públicos desde un marco garantista, pertinente culturalmente e inclusivo para la participación. Y, por otro, el proceso de empoderamiento de la población, en este caso específicamente hombres y mujeres de pueblos originarios, para su incidencia en los asuntos públicos que son de su interés o que les impactan directamente.

Para finalizar, se reconoce en el discurso de las y los entrevistados la necesidad de un cambio y modernización del paradigma actual de salud y la superación de barreras políticas e institucionales para un logro adecuado de la cuestión intercultural. Dado que el modelo biomédico posee características propias, pues su nivel de hegemonía es incuestionable y el sistema médico indígena se encuentra en una posición subalterna ante sus contextos y agentes de salud; el problema radica no sólo en cuestiones de paradigma sino en que los sistemas médicos indígenas no están legitimados en sí mismos. Lo que se legitima en el contexto público son exclusivamente los elementos que se consideran aptos para ingresar en el campo de la salud intercultural en Chile.

Así, el sistema médico oficial no sólo se otorga el derecho y la autoridad para definir conceptos como salud, enfermedad, formas de curación y tratamiento indígenas y, si bien se abre a la incorporación y reconocimiento de estas prácticas terapéuticas, a su vez define en qué condiciones y dónde éstas pueden operar. De modo que los conceptos de salud y enfermedad indígenas pasan a constituirse en legítimas sólo cuando se

transforman en objeto de las políticas de reconocimiento estatal o en agentes terapéuticos formales.

Por lo anterior, como eje transversal a las recomendaciones y propuestas que aquí se presentan, se encuentran las consideraciones expuestas, es decir, el enfoque de derecho como eje central para cualquier estrategia a desarrollar, lo que incluye un desafío tanto para el sector público como para las personas.

Propuesta para el desarrollo del Programa Especial de Salud Indígena 2012

1.- Recursos humanos

El PESPI es un programa que nace desde la institucionalidad formal occidental para atender los requerimientos de Salud y enfermedad que afectan a la población perteneciente a los Pueblos Originarios, amparado en la legislación nacional e internacional que regula la relación entre dicha población y el Estado de Chile y las diferentes políticas públicas diseñadas a partir de estos instrumentos jurídicos. A partir de dicho programa se han desarrollado diversas iniciativas entre representantes indígenas y profesionales de la salud, tales como la “Mesa de de Salud Intercultural” y diversas instancias de participación de la población objetivo durante los últimos años.

Con el objetivo de que este programa fortalezca la participación de los pueblos originarios, así como su involucramiento en los asuntos de salud y responda, además, de manera más adecuada a sus necesidades se propone incorporar personal indígena calificado y/o validado por los Pueblos Originarios de acuerdo a la tradición que corresponda, de tal manera que éste personal pueda socializar y promover los avances producidos en relación a la creación de institucionalidad, la asignación de recursos y de la generación de espacios de participación.

Las particulares características de las y los usuarios a quienes está dirigido el PESPI, los Pueblos Originarios, hace necesario contar con equipos técnicos que no solo conozcan la perspectiva de Salud y Enfermedad propia de dichos usuarios y usuarias, sino que además sean reconocidos por éstos, toda vez que su universo simbólico y su singular normativa social, que yace a la base de dicha perspectiva, determinan los mecanismos de relación y acción en torno a la problemática de salud tanto de los usuarios como de sus familias.

Una de las grandes dificultades, para los organismos públicos, es contar con elementos o indicadores que permitan identificar con claridad la calificación de “Experto” o persona calificada para operar en dicho ámbito, sin embargo, podemos proponer dada la información recopilada en las entrevistas, que dentro de los factores determinantes para identificar tal calificación es la validación que otorgan las comunidades indígenas de origen. Otro elemento fundamental, es contar con los antecedentes que permitan dilucidar el tipo de proceso de formación que obtuvieron, es decir, cómo y quiénes

intervinieron en dicho proceso de preparación para oficiar de interlocutor indígena en salud.

2.- Información y estrategias de difusión

Un aspecto fundamental para el trabajo con la población indígena es informarla respecto a las acciones que está realizando el servicio y los alcances y beneficios que tienen para ella dichas acciones. Se pudo ver en las entrevistas el desconocimiento de la población respecto a las actividades vinculadas a pueblos originarios no sólo en relación a las atenciones de los programas interculturales, sino que también respecto a otros programas que podrían serles de ayuda. Por ello, se propone:

2.1.- Desarrollar una estrategia de difusión y promoción, sobre la base de elementos identitarios, cuyo principal objetivo sea dar a conocer a la población perteneciente a Pueblos Originarios la existencia del PESPI, sus lineamientos y objetivos, utilizando para ello los canales institucionales más directos, como son los centros de salud, servicios de urgencia, hospitales y otros.

2.2.- Desarrollar una estrategia de difusión y promoción, al interior de los espacios institucionales de salud, con el propósito de fortalecer la presencia del programa y compartir información con los funcionarios públicos en torno al PESPI.

3.- Derechos pueblos originarios, ámbito institucional y empoderamiento.

Por otro lado, y congruente con el enfoque de derecho planteado, se proponen generar mecanismos que permitan la aplicación real de este enfoque de derechos. Para ello se requiere trabajar tanto con los y las funcionarias de los servicios de salud como con la población indígena. Para ello, se propone:

3.1. Desplegar y desarrollar un plan de capacitación permanente, dirigido a las y los funcionarios públicos de la salud, en relación a la nueva legislación internacional que regula la relación de los Pueblos Originarios y toda la institucionalidad del Estado de Chile.

3.2. En el marco de los derechos indígenas consagrados en el Convenio N° 169 de la OIT, diseñar un plan de modernización de la institucionalidad de Salud, de tal manera de garantizar el respeto a dichos derechos.

3.3. Capacitar y promover en la población indígena, el conocimiento de los instrumentos jurídicos señalados en el punto anterior, de tal manera de empoderar a la población objetivo del PESPI.

3.4. Generar nuevos espacios de participación, orientados a toda la población indígena y no solo a personas organizadas o en calidad de “expertos”. En este punto se sugiere mesas o asambleas articuladas desde los policlínicos o espacios de atención primaria.

4.- Buen trato.

Una política de buen trato corresponde a una iniciativa transversal para cualquier servicio de salud respecto a su población usuaria. Sin embargo, al hablar de pueblos originarios ésta adquiere una mayor relevancia, dadas las condiciones de relacionamiento entre la institucionalidad y la población que se han podido identificar; considerando, además, el marco jurídico ya señalado.

Por ello, se propone diseñar y promover una política de “buen trato”, entre los funcionarios públicos de la salud y la población indígena, con el objeto de superar la sensación de discriminación y fortalecer una interacción basada en el respeto y la inclusión. Teniendo como marco general el enfoque de derechos.

5.- Evaluación de los programas existentes.

Como se pudo identificar en la revisión de antecedentes, no existen hasta el momento evaluaciones de los programas de salud intercultural que se han implementado. Asimismo, respecto a los y las entrevistados resulta central incorporar su visión respecto a las estrategias de salud intercultural que se han implementado. Por ello, evaluar las experiencias de salud intercultural llevadas a cabo en la zona sur oriente, con la participación de la población indígena usuarios de la salud resulta fundamental.

Referencias

Alarcón, A., A. Vidal, J. Neira (2003). "Salud intercultural: Elementos para la construcción de sus bases conceptuales", *Revista Médica de Chile* 131 (9), 1061-1065. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000900014&script=sci_arttext

Anigstein, M. y V. Álvarez (2006). "Medicina mapuche en la ciudad. Resignificaciones de la práctica médica mapuche en el siglo XXI". *Gaceta de Antropología* 22 (26). Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/7106>

Bacigalupo, M. (2001). *La voz del kultrun en la modernidad. Tradición y cambio en la terapéutica de siete machi mapuche*. Santiago: PUC.

Bello, A. (2007). "El Programa Orígenes y la política pública del gobierno de Lagos hacia los pueblos indígenas", en *El Gobierno de Lagos, los pueblos indígenas y el "nuevo trato". Las paradojas de la democracia chilena*, N. Yáñez y J. Aylwin (Eds.), pp.193-220. Santiago: LOM.

Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL) y Ministerio de Salud (MINSAL) (2010). *Atlas sociodemográfico de la población y pueblos indígenas Región Metropolitana e Isla de Pascua, Chile*. Santiago.

Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL) (2008). *Informe Seminario-Taller Pueblos Indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?* (2008). Santiago.

Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL) (2007). "Capítulo V", en *Panorama social de América Latina. Agenda social. Políticas públicas y programas de Salud dirigidos a los pueblos indígenas de América Latina*, pps. 241- 281. Santiago.

Citarella, L., A. Conejeros, B. Espinosa, I. Jelves, A. Oyarce y A. Vidal (1995). *Medicinas y culturas en la Araucanía*. Santiago: Sudamericana.

Gobierno de Chile (2002). *Antecedentes de las políticas indígenas en Chile*. Disponible en: <http://www.observatorio.cl>

Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2005). *Estadísticas sociales de los pueblos indígenas en Chile-Censo 2002, Chile*. Disponible en: <http://www.ine.cl>

Ministerio de Planificación (MIDEPLAN) (1993). *Ley Indígena N° 19.253 que establece normas sobre protección, fomento y desarrollo de los indígenas*. Disponible en: <http://www.bcn.cl>

Ministerio de Salud (MINSAL) (2011). *Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020-2011*. Santiago.

Ministerio de Salud (MINSAL) (2009). *Historia Hospital Makewe*. Biblioteca Ministerio de Salud "Dr. Bogoslav Juricic Turina". Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2011/09/Historia-Hospital-Makewe.pdf>

Observatorio Regional de Equidad en Salud (OR) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2006). *Primer Informe Año 2006*. Disponible en: <http://www.observatoriogenerosalud.cl/araucania/index.php>

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2001). *Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El Caso de los Mapuche de Makewe-Pelale de Chile*. Washington.

Pérez, M. y C. Dides (2005), *Salud, sexualidad y reproducción. Sistematización de investigaciones y experiencias en pueblos indígenas en Chile 1990-2004*. Santiago: CORSAPS-UNFPA.

Pedrerros, M. (2002). *Epidemiología en contextos pluriétnicos. El problema de los criterios de inclusión*. Arica: Fundación Ford y CEDEMU.

Pedrerros, M. y A.M. Oyarce (2002). "Una metodología innovadora para la caracterización de la situación de salud de las poblaciones indígenas de Chile: limitaciones y potencialidades", *Notas de Población* 89, 119-145. Santiago: CEPAL. Disponible en: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/38300/lcg2427-P_5.pdf

Programa Orígenes (2007). *Componente de salud intercultural*. Disponible en <http://www.origenes.cl/salud.htm>

Sáez, M. (1999). "Salud y pueblos indígenas: políticas, programas y planes en un proceso de negociación y acuerdos...". *Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas*. Saavedra: MINSAL.

Sadler, M. y A. Obach (2006). *En los dominios de la salud y la cultura. Estudio de caracterización de los factores de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH/sida en pueblos originarios*. Santiago: CIEG-Universidad de Chile y Corporación Nacional del SIDA (CONASIDA).

Anexo 1. Plantas medicinales

Uso de plantas medicinales en el tratamiento de dolencias, malestares y enfermedades, declaradas por los y las entrevistados

Dolencia/Malestar /Enfermedad	Nombre planta	Uso	Percepción entrevistados
Presión	Llantén	Se toma en infusiones que ayudan a aliviar estados de hipertensión. También limpia el organismo.	“Igual cuando yo me siento así enferma de la presión o algo (...) tomo agüitas de llantén, (...) pa’ los riñones” (M1, LG, G1).
Dolor de cabeza	Natre	Ayuda a bajar fiebre y se prepara en infusión.	“Claro que también cuando uno tiene dolor de cabeza tomo jugo de natre y ajenjo y ajenjo para la presión” (M1, LG, G2).
	Ajenjo	Se prepara en infusiones y ayuda a calmar dolores de cabeza por tensiones nerviosas.	
Resaca	Ajenjo	Se prepara en infusión Y alivia malestares estomacales producidos por acidez.	“Él dice que antes, en los campos que yo conocí, mi papá también, amanecía enfermo a veces tomaba su copa de vino, con la caña mala, “vamos a arreglar la caña con un vaso de ajenjo”, santo remedio” (M1, LG, G2).
Dolores estomacales	Menta	Se prepara en infusión para aliviar dolores y gases.	“[Dolores] de guatita de guagüita, ya una hojita de menta con agua hervida y ligerito están, como que no les duele nada” (M2, LG, G2).
	Maqui	Se prepara en infusión y cataplasmas, detiene las diarreas e indigestiones estomacales.	“[Maqui] para la indigestión, a mí me dio una vez. Claro eso amarrado a un paño y lo hacían hervir” (H3, LG, G2).
Gastritis	Paico	Ayuda a aliviar dolores y úlceras digestivas, se toma en infusión y actúa como antiinflamatorio.	“Eso y el Paico, cuando uno tiene gastritis, paico es muy bueno, en un ratito está sano con eso. Limpia harto” (H1, LG, G1).

Dolencia/Malestar /Enfermedad	Nombre planta	Uso	Percepción entrevistados
Problemas hepáticos y vesícula	Bailahuén	Ayuda a mejorar el funcionamiento hepático, elimina grasas de las comidas y purifica el hígado por ingesta de alcohol. Se prepara en infusión.	“Bailahuén para hígado y estómago” (M1, LG, G2). “Yo cuando estaba enferma, antes de que me sacaran la vesícula, lo único que me calmaba era el ajenjo” (M1, LG, G1).
	Ajenjo	Se prepara en infusión y ayuda a la eliminación y reducción de los cálculos o piedras a la vesícula.	G1).
	Toronjil	Ayuda a la vesícula y a la digestión. Se toma en infusión.	“(…) toronjil, que también lo conozco de chica, no sé cómo se llama en mapuche, (...) con eso he logrado calmar el dolor de estómago y era la vesícula que tenía piedras (M1, LG, G1).
	Triwe/laurel	Sirve como diurético y para dolores de cabeza y menstruales. Se toma en infusión.	“(…) el laurel de campo, se llamo trilwe y aquí tampoco lo venden, es un árbol grande, es un laurel que sale en el campo” (M1, LG, G1). “(…) el triwe para cuando las niñas jóvenes andan con la regla, no sienten ningún dolor, sobretodo las que sienten dolores, se pasa todo el dolor, se toman las hojitas” (M1, LG, G1).
Tensión nerviosa	Toronjil	Ayuda a bajar el “aceleramiento del corazón” o hipertensión y calma el sistema nervioso. Se prepara como infusión.	“(…) igual que un día que tenía muy acelerado el corazón y en la noche se me invadió con el olor al toronjil, que también lo conozco de chica” (M1, LG, G1).

Dolencia/Malestar /Enfermedad	Nombre planta	Uso	Percepción entrevistados
Fiebre	Mawe/salvia	Se consume en infusión y ayuda a bajar la fiebre y las tensiones nerviosas.	<p>“(…) mawe que es uno que se arrastra en el suelo, ese es pa’ la fiebre, ese me acuerdo yo que ella lo refregaba, los colocaba” (…), que hacían esa mezcla (M1, LG, G1).</p> <p>“(…) y había otra más que no sé si era el canelo, las hojas del canelo, cuando hacían los remedios los machis, ponían una especie de cama en el suelo, ese era un machitún, el otro era un ulutun que le llaman, ulutun es cuando la persona no está tan enferma, eso es cuando está más o menos, no es la enfermedad tan grave, los machitones es cuando ya la persona está grave, grave, eso me acuerdo yo que eran” (M1, LG, G1).</p>
	Canelo	Se emplea la corteza en infusión para bajar la fiebre. Como árbol sagrado mapuche, sus hojas son empleadas para ceremonias y rogativas (Machitún). También es empleado en sanaciones de enfermedades leves (Ulutun).	
Dolores musculares y reumáticos	Ortiga	Mediante friegas y sobas en el cuerpo activa la circulación, especialmente de las piernas. Ayuda a los dolores musculares y de rodillas.	<p>“Como 5 años atrás empecé a sentir dolores a las rodillas para subir o bajar la escala, la artritis, comencé a tomar, no sé por qué me dio, tomar hojas de ortiga, poner un par de hojas, un cogollito al té. La ortiga pa’ la presión” (H1, LG, G1).</p> <p>“Los mayas, estaban dando cómo se hacían, y había uno que se curó con eso fijate, ortigándose y eso hacían las machis también, ortigándole la espalda y en la guatita y se mejoró de lo que tengo yo y eso me llamó la atención, dice que la ortiga traspasa para adentro, mejora el…” (M1, LG, G1).</p> <p>“Hace circular, reacciona la sangre” (M1, LG, G1).</p>
	Huencheco	Reduce la hinchazón de las piernas, se prepara en infusión.	

Dolencia/Malestar /Enfermedad	Nombre planta	Uso	Percepción entrevistados
Hemorragias	Nalca	Ayuda a detener hemorragias y calmar dolores menstruales y ayuda en cuadros de aborto espontáneo.	"(...) la raíz de la nalca creo que de eso producía el aborto espontáneo" (M1, LG, G1).
Resfríos	Borraja	Ayuda a aliviar síntomas de resfríos como fiebre y dolores de garganta. También es cicatrizante. Se prepara como infusión.	"Yo también tenía entendido que, se habla mucho de la borraja, también era bueno para eso [dolores menstruales] y para resfríos" (M1, LG, G1). "(...) para que se cerrara porque habían niños que no se les cerraba luego, no sé cómo le llaman a eso y ellos podían cerrarlo, podían cerrarlo, no ve que hay niños que salen, también, para todo eso era (M1, LG, G1).
Heridas	Llantén	Actúa como cicatrizantes de diversas, se usa como pasta o pomada.	"(...) el llantén para las heridas y todas esas cosas" (M1, LF, G2).
Resfríos	Tilo	Ayuda a aliviar síntomas de resfríos como fiebre y dolores de garganta. Se prepara como infusión y se puede mezclar con limón o miel.	"(...) para el resfriado que hay que usar el tilo... y esa agua con limoncito o con miel yo me lo tomo" M3LFG1
Resfríos	Ruda	Ayuda a aliviar síntomas de resfríos como fiebre, dolores de garganta y elimina las flemas. Se prepara como infusión y se puede mezclar con limón.	"(...) Baja fiebre y también se mejora uno de esas cosas que le queda aquí, es lo mejor pa mi" M3LFG1
Dolor Estomacal	Ruda	Se prepara en infusión y alivia los dolores.	"(...) dolor de estómago es muy buena la ruda" M2LFG1
Dolor Estomacal	Manzanilla	Infusión, se prepara con agua hervida y luego se deja enfriar; antiinflamatorio.	"(...) la manzanilla también, dejarla enfriar... dejarle caer agua hervida y dejarlo... La manzanilla es muy importante, tiene eso de antiinflamatorio" M2, M3, M4 LFG1
Úlceras Gástricas	Llantén con Matico	Se prepara en infusión.	"(...) cura las úlceras gástricas, porque yo a mi esposo se lo hice y sanó de las úlceras" M6LFG1

Dolencia/Malestar /Enfermedad	Nombre planta	Uso	Percepción entrevistados
Cicatrizante	Siete Venas	Se lava y se prepara cataplasma, ayuda en el proceso de desinflamación y cicatrización de heridas.	"(...) las siete venas, que yo lo veía que lo lavaba, machacaba y después me colocaba toda esa mezcla me la echaba en la mano y me recuerdo que se me cicatrizaba" M1PAG2*
Dolor de Cabeza	Maqui		"Entonces para mi, para el dolor de cabeza un maqui" M1PAG1
Dolor Estomacal	Llantén		"el llantén es para el dolor de estómago" H2PAG1
Pulmones	Boldo		"boldo, sirve para los pulmones" H2PAG1
Diarrea y vómitos	Orégano	Se prepara en infusión.	"Usted tiene diarrea, tiene vómito y llega y se pone, le echa orégano y le planta agua caliente al orégano y se planta un trago" H4PAG1



Correo-e: gochoa@germina.cl
germina@germina.cl
Web: www.germina.cl
Tel: (56-2) 482 02 66
Cel: (56) 7 125 8470
Dirección: Rafael Cañas 270, of. 28, Providencia
Santiago - Chile