

LA BUROCRATIZACIÓN DE LA SALUD INTERCULTURAL EN CHILE

Del Neo-asistencialismo al Autogobierno Mapuche en Salud ¹

Andrés Cuyul Soto

Desde el fin del período de la dictadura, y bajo los distintos gobiernos de la concertación, Chile se ha posicionado a nivel de América Latina como uno de los estados que más ha invertido y trabajado por la salud de los pueblos indígenas a partir de los años 90. No obstante, los agentes del estado que impulsan esa imagen de Chile se olvidan que el proceso de visibilización de la salud indígena y la denuncia de las brechas en salud determinadas, entre otros por la exclusión sociocultural que vive el pueblo mapuche, ha sido producto de una intensa movilización de nuestras organizaciones cuyo móvil ha sido la reposición y demanda del territorio, que hace posible la pervivencia de nuestra gente, así como la demanda de respeto y reconocimiento de derechos políticos como sujetos colectivos; todas cuestiones que en definitiva configuran nuestra realidad y situación de salud.

Pongo en evidencia la demanda territorial, así como de derechos políticos toda vez que la problematización de la situación de salud de parte de las instituciones chilenas o *wingka*, así como de los “programas especiales”, invisibilizan y hacen caso omiso de la demanda territorial y de derechos políticos que hacen parte constitutiva a nuestra salud, lo que conceptualizamos en términos mapuche como *küme mongen*. Por el contrario, la reacción institucional chilena respecto de la salud del pueblo mapuche ha ido por el carril de la *culturalización de la pobreza* (Lorenzetti, 2007) mediante la folklorización de las prácticas mapuche en salud, ideales o estandarizadas, la supuesta armonización de prácticas interculturales en salud (“atención intercultural”) y la consiguiente burocratización de este emergente “campo de la salud intercultural” que en ningún caso ha abordado o devenido en mejora de las condiciones de vida y determinantes sociales que producen y reproducen la situación de salud en las comunidades mapuche.

Son las mismas organizaciones mapuche quienes en base a la crítica del modelo de salud biomédico y la discriminación estructural y simbólica de parte de los servicios de salud chilenos, entre otros, han promovido desde sus bases, una organización y administración propia de los servicios de salud. Tal es el caso de la *Asociación Mapuche Newentuleaiñ* (Hospital de Nueva Imperial), la *Asociación Mapuche para la Salud Makewe Pelale* (Hospital Makewe) y la *Coordinadora de Salud Boroa-Filulawen* (Centro de Salud Intercultural Boroa Filulawen).

Estas organizaciones políticas mapuche se encuentran administrando sus respectivos centros de salud implementando sus propios modelos de atención, promoción, administración y gestión en salud de manera inédita y con directa relación con los servicios de salud oficiales, en particular con el Servicio de Salud Araucanía Sur. Esta vinculación está cruzada por relaciones de poder, negociaciones y permanentes conflictos que hoy en día es necesario analizar desde un punto de vista estratégico mapuche, que nos permita vislumbrar hasta qué punto la pregonada “interculturalidad” o la salud para la “población mapuche” es posible y hasta dónde nuestra exigua participación en la administración de los

¹ Documento para la discusión entre organizaciones mapuche. Puelmapu, rimü, 2008,

servicios de salud no pasa a convertirse en parte constitutiva de la *institucionalidad ajena* del Estado chileno (Marimán, 2000) en cuanto al proceso de formalización y *burocratización* que sus instituciones desplegadas en el territorio (Servicio de Salud, Programa Nacional de Salud y Pueblos Indígenas) realizan sobre la administración misma de estos centros de salud, así como de las prácticas de sanación de nuestros *lawentuchefe* o *machi*.

Lo anterior se va configurando como una realidad concreta, toda vez que el Servicio de Salud determina el financiamiento de los centros de salud a la condición de ser parte de una red de registro de prestaciones valorizadas y estandarizadas -propia del modelo de salud neoliberal chileno- donde las “prestaciones” de nuestros “agentes” mapuche se debieran incluir según esta lógica y así poder sumarse a las estadísticas y financiamiento de la salud “per cápita” de Chile. De esta forma el Servicio de Salud logra incluir la “oferta intercultural” a su red asistencial, fortalecer esta última y aumentar su *legitimidad* como administradora de servicios de salud “culturalmente pertinentes” mientras que la medicina mapuche va poco a poco perdiendo autonomía y como revisaremos más adelante, condicionándose peligrosa y progresivamente por la intervención estatal sin resolver el tema de fondo que es el territorio y las posibilidades de desenvolvimiento en el mismo.

Estas son algunas cuestiones de cuidado en las que debiéramos poner atención, por respeto a las luchas que cada una de las organizaciones mapuche involucradas ha dado para *levantar* sus experiencias en salud, así como ante el comportamiento del estado chileno *multicultural- neoliberal*², sus instituciones y nuevos dispositivos mandatados a trabajar la “salud intercultural”, sobre el que deseo cuestionarme a partir de mi experiencia de gestión en una de estas asociaciones.

De Burocratización y De Intervención

En los últimos 10 años la atención a la salud del pueblo mapuche de parte del Estado chileno ha sido objeto de profusos análisis y estudios, así como de la creación (hace ya 15 años) de una institucionalidad específica en el tema, el Programa de Salud con “Población” Mapuche (Promap), paralelamente a la promulgación de la ley indígena 19.253 en 1993. Este programa comienza progresivamente con la inserción de facilitadores interculturales en los servicios de salud, hoy en día constituidos en *asesores culturales*, lamgen y peñi que se han organizado y reconfigurado su perfil asistencial hacia uno de promotor de la salud desde un punto de vista sociocultural.

En el año 2001 se comienza una “inversión focalizada” en el tema desde el Ministerio de Salud y principalmente desde las agencias multilaterales como el Banco Interamericano del Desarrollo (BID) a través del denominado “Programa Orígenes”, que posee un componente

² El *multiculturalismo* chileno tiene sus bases conceptuales en el Estado neoliberal, “en el que todos supuestamente comparten los mismos derechos. En este contexto, la tolerancia del otro –un cambio sólo en el nivel de las actitudes– es considerado como suficiente para permitir que la sociedad nacional (y monocultural) funcione sin mayor conflicto, problema o resistencia. Pero, además de obviar la dimensión relacional, esta atención a la tolerancia como eje del problema multicultural, oculta la permanencia de las desigualdades e inequidades sociales que no permiten a todos los grupos relacionarse equitativamente y participar activamente en la sociedad, dejando así intactas las estructuras e instituciones que privilegian a unos sobre otros. (Walsh, 2000).

El discurso presidencial de Michelle Bachelet “Pacto Social por la Multiculturalidad” (01/04/08) es gráfico en ese sentido: <http://www.origenes.cl/presidencia.htm> Última Consulta: 05/05/08.

de Salud Intercultural, el cual interviene directamente en las comunidades mapuche mediante sus co-ejecutores, función que en la región de la araucanía -donde se insertan las 3 organizaciones mapuche señaladas- la desarrolla el Servicio de Salud Araucanía Sur. Incluye además la implementación de una Unidad de Salud Intercultural en la SEREMI de Salud, al igual que la contratación de una encargada nacional de salud intercultural del Programa Orígenes inserta en el Programa Nacional de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud en Santiago³.

En este contexto se desarrollan las organizaciones mapuche antes señaladas cuya finalidad, entre otras, ha sido administrar Centros de Salud desde un punto de vista propio⁴, las que han debido relacionarse y enfrentar la fértil aparición de estos programas y en muchas ocasiones experimentar diferencias a partir de la operación de los agentes estatales y las consultoras en el caso de *Orígenes*.

Por ejemplo, la puesta en marcha del componente salud intercultural del Programa Orígenes incluía dentro de sus lineamientos programáticos la sistematización y posterior apoyo financiero a una “experiencia modelo”, lo que trajo discusiones éticas y políticas respecto de la autonomía de las experiencias de cara a esta nueva forma de ingerencia estatal. De hecho, en el caso Boroa Filulawen y Makewe este dispositivo fue gatillante para un distanciamiento político entre ambas organizaciones territoriales relacionadas desde sus inicios. De esta manera la intervención del Programa Orígenes, a través de sus agentes estatales (Servicio de Salud) y para-estatales (Consultoras) consigue debilitar a las organizaciones y territorios que se han relacionado históricamente.

Finalmente los recursos para fortalecer los modelos no llegaron a ninguna de las dos organizaciones. No obstante, la operación del componente salud intercultural del Programa Orígenes y su correlato en el Servicio de Salud Araucanía Sur logró intervenir en un proceso de autogobierno mapuche en salud, fortalecido entre dos organizaciones, mediante la coacción del dinero y la consiguiente dispersión de las iniciativas mapuche en salud. No por casualidad sólo se financiaría “una experiencia modelo de salud intercultural”.

Lo importante aquí, a mi entender, es darnos cuenta que vamos “pisando el palito” que el Estado y sus dispositivos nos van imponiendo a pesar de construcciones colectivas y alianzas que se han ido forjando desde los años 90.

La intervención del estado chileno a través de la institucionalidad multicultural en salud, determinado por el Servicio de Salud Araucanía Sur, ha insistido en reproducir un discurso culturalista, esencialista e ideal de lo mapuche que les permite intervenir de manera más reducida y asistencialista para un supuesto bienestar de las comunidades mapuche. De esta forma se han centrado acciones tendientes a resolver necesidades puntuales que precisamente son producto de las brechas estructurales y socioculturales no abordadas, tales como entrega de anteojos, prótesis dentales, compra de medicamentos,

³ El Programa de Desarrollo de Comunidades Indígenas-Orígenes fue diseñado por la consultora “Asesorías para el Desarrollo” sin ninguna participación ni conocimiento de la realidad de las comunidades indígenas. No obstante el mismo BID lo señala como un “Programa Participativo de Desarrollo Integral” Ver en <http://www.iadb.org/exr/PRENSA/2001/cp2101c.htm> Ultima Consulta: 05/05/08. En defensa del programa el ex director de Conadi Jaime Andrade señala al respecto: “No fue un programa asistencialista, sino una propuesta innovadora que puso énfasis en fortalecer la capacidad de gestión administrativa de las comunidades indígenas, promoviendo prácticas que potencien espacios de desarrollo autosustentables”. Disponible en <http://www.origenes.cl/images/descargas/Memoria/1.pdf> Ultima Consulta: 05/05/08.

⁴ Las organizaciones comienzan su trabajo hacia finales de los años 90 y principios del año 2000.

financiamiento de exámenes, compra de servicios para exámenes de laboratorio, y realización de operativos asistenciales (Sáez, 2007). Inclusive, se ha llegado a pensar que las señaléticas en mapudungun en un centro de salud es “interculturalidad” (no he conocido ninguna *papay* o *peñi* que las haya podido leer).

La institucionalidad actual ha ignorado en términos operativos las verdaderas cuestiones de fondo respecto de la situación de salud de las comunidades mapuche como lo son las *determinantes estructurales, históricas y socioculturales* que influyen en la salud de nuestras comunidades como lo es la posesión territorial, la subordinación y marginación en la estructura socioeconómica y política chilena.

Para reforzar este hecho, bien vale formular algunas preguntas que, en la misma lógica pregonada por el estado, nos permitan aclarar la forma en que se ha abordado la situación de salud de las comunidades mapuche, a saber:

- ¿Por qué en 15 años, el Servicio de Salud Araucanía Sur, con su unidad específica en el tema (Promap) no ha realizado ningún análisis de la situación de salud del pueblo mapuche en la región de la araucanía, que incluya la relación entre las determinantes estructurales, políticas, económicas y socioculturales en la situación de salud de las comunidades? Esto teniendo en cuenta que poseen personal (Promap), tecnología (Unidad de Estadísticas y Epidemiología) y nuevos dispositivos y conceptos (Epidemiología intercultural/sociocultural) para realizarlo.
- ¿Por qué hacia el año 2000 un Servicio de Salud que se dice Intercultural y preocupado de la salud de nuestra gente no incidió ni intervino en que un 70% de los vertederos estén insertos o aledaños a comunidades mapuche (Seguel, 2001)? ¿Por qué el SEREMI de Salud como “autoridad sanitaria” (y con un (a) asesor intercultural) no incidió ni interviene para revertir esa crítica y riesgosa situación que constituye un atentado concreto a la salud de las familias mapuche?⁵
- ¿Por qué el Servicio de Salud que se supone intercultural y preocupado por la salud de los mapuche nunca ha evacuado un informe oficial a MIDEPLAN, CONADI o al Gobierno Regional argumentando la necesidad de ampliar el territorio para que la gente pueda desarrollarse y en definitiva tener salud?

Tal vez la respuesta a estas preguntas, contrastadas con los temas de fondo que hacen a la salud mapuche (el territorio) nos lleva a preguntarnos nuevos “¿por qué?” o más bien un “¿para qué?”.

En efecto, la pregunta que sobreviene respecto de la promoción de la interculturalidad en salud a mi entender sería el por qué este nuevo sub-campo de la salud pública, llamado *salud intercultural*, se limita a abordar relaciones terapéuticas “médico-paciente”,

⁵ Algunos efectos conocidos son la contaminación de las aguas superficiales (esteros) y napas subterráneas (pozos de agua) por filtración lixiviados sin tratar producto del depósito de la basura (estos líquidos contienen compuestos tóxicos y cancerígenos), malos olores, muerte de ganado menor, plagas de vectores como ratones y moscas. A esto se suma la eventual muerte social de la comunidad y estigmatización de las familias aledañas al vertedero, la imposibilidad de vender sus productos domésticos como hortalizas, los conflictos internos que desata por posibles beneficios económicos, baja movilidad interna y relación de las familias aledañas por efecto del vertedero lo cual afecta a los procesos protectores de la familias en cuanto cuidado mutuo, entre otros. Lamentable ejemplo en este sentido es el basural a cielo abierto de la ciudad de Temuco, emplazado en las comunidades mapuche de *Boyeko* (Cuyul & San Martín, 2001).

“armonización de modelos médicos” o hasta diseños arquitectónicos con “pertinencia cultural” y, no obstante, deja de lado cuestiones de fondo que hacen a la interculturalidad en salud, tales como: el territorio, las relaciones de poder dentro del sistema de salud o el financiamiento no tutelado ni condicionado de los modelos de salud intercultural (de los cuales Chile se vanagloria).

Es en este punto donde la institucionalidad ajena, que son los Servicios de Salud, se vuelve aún más ajena. Este, mediante un diagnóstico (inexistente) de la situación de salud del pueblo mapuche, implementa erróneos procedimientos en la población⁶ toda vez que el problema de salud estructural no reside en la falta de capacidad de las personas, en su nivel educacional o en la no valorización de su propia medicina; por el contrario, el origen de gran parte de los problemas en salud (desde la concepción mapuche del término) reside en la estructura sociocultural y la determinación estructural y política impuesta por el estado chileno neoliberal, el que mediante sus agentes y dispositivos reconocen una supuesta diversidad cultural y niegan mediante su limitado abordaje lo que nos hace diferentes, el derecho como sujetos colectivos y el acceso al territorio del cual hemos sido despojados y que permite una buena vida o *küme mongen*.

Así, podemos entender el por qué, existiendo un Programa Nacional de Salud y Pueblos Indígena o un Programa de Salud **con** Población Mapuche en la Araucanía, no se investiga ni se impulsan acciones de “mitigación” sobre la influencia y aporte del monocultivo forestal en la carga de enfermedad de las comunidades, especialmente aquellas que han sido literalmente fumigadas; o los efectos del funcionamiento de los vertederos municipales en la salud de la gente; de la creciente instalación de plantas de aguas servidas en territorio mapuche; de la contaminación del borde costero, etc. En definitiva, una preocupación cuyo eje sea el territorio que permite la vida en situación de salud.

Por el contrario, la institucionalidad preocupada de la salud del pueblo mapuche, mediante su inacción, ignora estos *procesos agresores* (Breilh, 2001) sobre la salud de nuestras comunidades que dice procurar y con ello se naturaliza nuestra condición de *ciudadanos de segunda categoría* (Seguel, 2004). Esa es la “interculturalidad en salud” del estado chileno, más allá del discurso⁷.

La burocratización de la Salud Intercultural no se detiene y se suman profesionales, especialistas o *etnburócratas* (Boccaro & Bolados, 2008) a su reproducción y ejecución presupuestaria legitimadora.

Mientras esto se sigue reproduciendo, los programas especiales como Orígenes seguirán ejecutando proyectos de 4 mil dólares para la implementación de “huertos medicinales”⁸ en el ya reducido espacio territorial con el que las comunidades quedaron luego de la reducción, remensura o división que hizo el estado chileno, mientras que lo quitado no es devuelto: el territorio y las posibilidades de vida mapuche que él contiene, su diversidad (*itrofillmongen*).

⁶ Se utiliza la estrategia de APS (Atención Primaria en Salud), metodología de trabajo que se basa en un análisis sociológico falso de ideal de la comunidad, que participa en su pobreza, la integración de las medicinas, la participación activa de los profesionales de salud pública en terreno, entre otros (Fassin, 1992).

⁷ En palabras de la Encargada Nacional de Salud y Pueblos Indígenas “Hoy los conceptos de identidad, participación e interculturalidad predominan en las distintas políticas públicas hacia los pueblos originarios” (Sáez, 2007)

⁸ Bajo la falsa presunción que las familias en la comunidad no tienen remedios en su espacio doméstico.

Del auge a la subsistencia: Los Modelos Mapuche de Salud Intercultural condicionados.

Hablar de los Modelos Mapuche de Salud Intercultural implica entenderlos como un constructo cultural problematizado por las organizaciones mapuche que, junto con una fuerte demanda de atención de salud convencional por causa de la inacción del estado en la materia, conceptualiza una forma de abordaje de la salud en un territorio mapuche determinado, más allá de la atención médica propiamente tal. Esto implica un proceso de fortalecimiento cultural identitario y político en torno a la manera en cómo el pueblo mapuche conceptualiza y aborda la salud, la cual a su vez define la forma en que esa organización territorial configura una respuesta sociocultural al complejo salud-enfermedad. Por tanto el modelo es situacional y específico de cada territorio.

Como ejemplo deseo mencionar el caso del Centro de Salud Intercultural Boroa Filulawen, gestionado por la Coordinadora de Salud del mismo nombre, organización que obviamente debió adecuar sus parámetros organizativos a los exigidos por el estado chileno, cuestión que naturalmente aún no cuenta con un consenso de parte de los líderes locales.

El Centro de Salud Intercultural Boroa Filulawen fue inaugurado en diciembre de 2003 y su puesta en marcha partió en junio del año siguiente, luego de un fuerte trabajo organizacional que incluyó desde la suma progresiva de comunidades del territorio histórico de Boroa (*forowe*) hasta el compromiso político de la otrora ministra de salud Michelle Bachelet para la creación de su Centro de Salud Intercultural, en un momento en el que estaban problematizando y configurando su Modelo de Salud. Hasta aquí, y a la fecha, el Servicio de Salud ha reiterado su compromiso con dicha iniciativa que se encuentra dando resolución a diversos problemas de salud con una respuesta diferenciada.

La operatividad de este Centro de Salud está condicionada por los recursos que mensualmente el Servicio de Salud Araucanía Sur les proporciona a partir de un convenio de prestación de servicios mediante el cual la Coordinadora de Salud Boroa Filulawen se compromete a “ejecutar acciones de salud” occidental “nominadas”, estandarizadas, valorizadas y finalmente evacuadas a un registro estadístico mensual (REM) del Servicio de Salud según un mínimo de atenciones en salud para que así el mismo Servicio pueda pagarles mensualmente una cantidad de recursos fijos (según dice el convenio), independientemente de las prestaciones de salud occidental o convencionales realizadas. Esto independientemente de las “acciones interculturales” que realice y que supuestamente valora el Servicio de Salud e impulsa la “Política Nacional de Salud y Pueblos Indígenas.

De no realizar o entregar estas estadísticas mensuales valorizadas, tal cual política neoliberal y mercantil, los recursos no bajarán a las arcas de la organización y no se pagarán las deudas que hacen al funcionamiento del Centro de Salud Intercultural. Ese es el único medio de financiamiento que posee el Centro de Salud para su Modelo de Salud Intercultural⁹ y el apoyo del estado al modelo se reduce a esos fondos que según los mismos dirigentes son insuficientes y que les dificulta realizar acciones que vayan dirigidos a abordar la salud, mas allá del tratamiento de la enfermedad.

⁹ Según Resolución N° 252 el Centro de Salud recibe mensualmente una cantidad fija de recursos.

Disponible en <http://www.minsal.cl/ici/transparencia/2008/ssaraucaniasur/transferencias/index.html> Ultima Consulta: 04/05/08.

Es decir, el financiamiento mediante el cual el Ministerio de Salud apoya a dicha experiencia les determina a producir únicamente acciones curativas, tal cual un centro de salud común, que son las acciones que dicha entidad valora en pesos (\$), no así las actividades de prevención y promoción de la salud que la organización se plantea desde sus inicios, sobretodo las cuestiones que tienen que ver con programación de actividades de prevención desde una perspectiva sociocultural; estudios y análisis de situación de salud en el territorio que impliquen un levantamiento de información; sistema de información en salud propio; etc. Para estos últimos no hay recursos.

De esta forma, la retórica de la Salud Intercultural de parte de la Política de Salud chilena se reduce al pago según un cálculo estandarizado (en base a una “población asignada”) por valor de “prestaciones ejecutadas” por cada experiencia, situación que es ratificada cada año mediante firma de convenio condicionada a la información estadística mensual de prestaciones occidentales.

El hecho que el Centro de Salud Boroa Filulawen haya sido construido en terrenos comunitarios no bastó para generar un funcionamiento del todo autogobernado o verdaderamente “intercultural”, ya que tampoco les es posible llevar a cabo acciones de prevención y promoción de la salud adecuados al contexto mapuche que caracteriza a dicho centro ya que no encuentra financiamiento ni valorización de esas iniciativas; de hacerlo, estas iniciativas cuentan con dificultades obvias de financiamiento e improvisación que la organización asume hasta la fecha.

En el caso del Hospital Makewe -al igual que Boroa Filulawen y el Centro de Medicina Mapuche en Nueva Imperial- éste cuenta con un convenio similar e igual modalidad de financiamiento¹⁰ y condicionamiento, y al igual que Boroa, a pesar de ser considerada una *experiencia de salud intercultural*, no existe apoyo a actividades que prevengan la enfermedad, que mejoren la salud de la comunidad o que produzcan información relevante en salud para la toma de decisiones o planificación, ni tampoco para acciones en salud necesarias desde el punto de vista mapuche.

Las dependencias del Hospital Makewe fueron adquiridas por el Ministerio de Salud en el año 2004, antes que la alcaldesa de Padre las Casas haya estado a punto de adquirirla y convertirla en un policlínico, por lo que el hecho constituyó un verdadero remate al mejor postor en beneficio de la Iglesia Anglicana de Temuco, a quienes antiguamente los lonko del territorio cedieron el terreno para su “proyecto evangelizador”. Una reciente inversión en el consultorio de atención externa (2007) producto del avanzado deterioro de la antigua construcción fue producto de la movilización de recursos de la misma Asociación Mapuche para la Salud que en su momento hizo las gestiones políticas y operativas para que dicha mejora se concretara por medio de recursos del Fondo Nacional de Desarrollo Regional (F.N.D.R)

No obstante, la Asociación Mapuche para la Salud Makewe Pelale está obligada a firmar año tras año el convenio con el Servicio de Salud, al igual que Boroa (Centro de Salud

¹⁰ Según Resolución N° 255 el Hospital Makewe recibe una cantidad fija de recursos mensuales por prestaciones de salud “occidentales”. Disponible en <http://www.minsal.cl/ici/transparencia/2008/ssaraucaniasur/transferencias/index.html> Ultima Consulta: 04/05/08.

Boroa Filulawen) e Imperial (Centro de Medicina Mapuche)¹¹ para la “compra” de prestaciones de salud convencionales, agregando este aspecto una inseguridad, incertidumbre y falta de compromiso de parte del Servicio de Salud para dar continuidad a algún proyecto serio de salud y proyectable en el tiempo. De esta forma la continuidad y financiamiento de las experiencias quedan a la merced de los gobiernos de turno, lo cual a todas luces constituye una forma de clientelismo político forzado.

De esta manera la política de salud intercultural del estado chileno mantiene a las experiencias de salud, gobernadas por organizaciones mapuche, condicionadas por el financiamiento y determinadas por la cantidad de prestaciones de salud occidentales (o *wingka*) que realicen. Es decir, con nuevas estrategias el estado nos mantiene tutelados, nuevamente parcelados y arreduccionados cuales “indios domesticados” o “indios buenos”.

Estas nuevas estrategias son las que imponen solapadamente las políticas de salud multicultural del Estado chileno, en donde los proyectos de las organizaciones mapuche se van diluyendo en sus posibilidades de desarrollo, coactando su desarrollo y priorizando “cumplir” con acciones de salud occidentales que les permita un mínimo financiamiento. Esta situación es muy bien graficada por la lamgen Juana Calluil del *Centro de Medicina Mapuche Mapuche ñi Lawentuwiin* quien, en una entrevista realizada por el diario La Nación, señala que se desgastan más en sortear esas trabas que en desarrollar con fuerza la medicina indígena (La Nación 28/01/08)¹².

Nuevamente “pisamos el palito”, sin duda por la necesidad de que nuestra gente acceda a un servicio de salud digno, donde el estado falló; para sostener el mandato que nuestra gente ha entregado a las organizaciones; o tal vez para mantener ese capital simbólico que significa mantener un centro de salud para el territorio gobernado por mapuche, etc.¹³.

El estado neoliberal-multicultural saca provecho de eso y nuevamente nos controla, nos mantiene tutelados y condicionados, adecuando su política de salud a su discurso de respeto a la diversidad y desplegando una supuesta “interculturalidad” que no es sino otra forma de dominación y control social en nuestra emergente institucionalidad propia mediante métodos más sutiles, lo que el antropólogo francés Guillaume Boccara denomina *etnogubernamentalidad* (Boccara, 2007)

Este condicionamiento desplegado sobre las experiencias de salud intercultural se sustenta en la única forma de financiamiento que el Ministerio de Salud chileno e “intercultural” ha adscrito, mediante el cual – en la misma jerga neoliberal- el estado terceriza (*outsourcing*¹⁴) y delega en las organizaciones mapuche las acciones que el estado no es capaz de cubrir o no le interesa abordar.

¹¹ El Centro de Medicina Mapuche *Newentuleaiñ ñi Lawentuwiin* recibe sus recursos mensuales según Resolución N° 189. (Ibid).

¹² Disponible en: <http://www.mapuche.info/news/lanacioncl080128.html> Ultima Consulta: 05/05/08.

¹³ Mientras esto sucede, desde los equipos de salud occidentales con quienes debieran interactuar las experiencias se asume una visión *exotizante* y distante. Como señala al respecto Doraliza Millalén de la *Asociación Mapuche Newentuleaiñ* (Hospital de Nueva Imperial) "Los que están al lado no nos conocen, así que no es mucho lo que proponen. Nos ven como innecesarios". En Periódico Mapuche Azkintuwe, diciembre de 2004. Disponible en http://www.nodo50.org/azkintuwe/dic4_2.htm Ultima Consulta: 05/05/08.

¹⁴ Este concepto es introducido con bastante fuerza durante el gobierno militar y en lo esencial trata de una modalidad, según la cual una organización ajena a la empresa es contratada para hacerse cargo de "parte del negocio" o de un servicio puntual dentro de ella. El concepto externalización o tercerización se utiliza

Los gobiernos de la concertación, a pesar de tener una Política de Salud y Pueblos Indígenas, no posee ningún instrumento legal serio para financiar las prestaciones de salud realizadas por las organizaciones mapuche autónomas que no supongan las modalidades mercantiles y condicionantes antes señaladas.

Por el contrario, la única forma en la cual el Ministerio de Salud puede transferir recursos para la pervivencia de las experiencias es a través de un decreto con fuerza de ley emanado durante la dictadura militar; me refiero al DFL 36 del año 1980, dictado en pleno proceso de instalación a la fuerza del modelo neoliberal y “revolucionario” (Moulián, 1997), instrumento legal de dudosa legitimidad que permite tercerizar los servicios de salud en privados.¹⁵

El discurso de la interculturalidad en salud, el supuesto reconocimiento de la diversidad, la reforma del sector, ni los casi 20 años de gobierno de la Concertación han bastado para generar instrumentos legales adecuados que faciliten el ejercicio real y legítimo de la interculturalidad en salud, que en su expresión política y de derechos no es otra cosa que la posibilidad que (como mapuche) podamos elegir y producir nuestra respuesta social en salud.

El Nuevo Peligro: El Avance del Estado sobre la Medicina Mapuche.

Cuando las organizaciones mapuche a cargo de las experiencias señaladas esgrimen al Ministerio de Salud la falta de recursos e imposibilidad de desarrollarse como tal, se delega la responsabilidad de ese obtuso financiamiento a la limitación del “DFL 36” pinochetista que solamente financia actividades en salud tipificadas y valorizadas por FONASA.

Es en ese momento donde se esgrime de manera oficial el hecho de la “valorización de las prestaciones interculturales” haciendo referencia a poner un precio en pesos (\$) a la atención en salud llevado a cabo por una machi, un lawentuchefe u otro sanador mapuche, especialmente si esta acción se realiza al interior de un centro asistencial. Esto sugiere hacer un listado de “prestaciones” que el “agente mapuche” realiza y su consecuente valorización (\$), para que luego, al igual que las prestaciones *wingka* en salud, sean codificadas e informadas al sistema estadístico de salud oficial.

De esta forma, se “objetiva” la atención de salud que nuestros agentes otorgan de manera contextualizada y subjetiva en nuestro contexto mapuche, pasando a ser parte del “patrimonio” del sistema de salud y burocratizado como tal es susceptible de ser financiado; es decir, se concreta el ejercicio de esta nueva forma de dominación mediante la *etnogubernamentalidad*.

El problema es que en ese contexto de necesidad material de las experiencias, sumado a la subordinación estructural y simbólica dentro del sistema de salud, y sobretodo al condicionamiento constante que el sistema de salud impone para el financiamiento de las mismas, es muy posible que podamos “caer en la trampa” nuevamente y para financiar las iniciativas, valoricemos en pesos (\$) la sanación de nuestros sanadores tradicionales; oficialicemos la práctica mapuche que ancestralmente se ha configurado y tiene sentido en

comúnmente para referirse a este dispositivo empresarial que cada vez mas los gobiernos neoliberales ha aprehendido.

¹⁵ Léase para el Ministerio de Salud: Organizaciones Mapuche.

nuestro contexto sociocultural; entremos al sistema de salud y, por supuesto, nos paguen por eso.

La pregunta es si en este contexto y política oficial¹⁶, estamos dispuestos a caer de nuevo en ese juego de burocratizar lo que nos hace diferentes y es parte integrante de nuestra cultura, lo que nos hace autónomos, da legitimidad e indica nuestra pre-existencia en el territorio que demandamos reponer.

¿Vale la pena poner a disposición, conocimiento y determinación del estado nuestras más íntimas y legítimas prácticas culturales con la excusa de permitir que las nuevas institucionalidades levantadas por las organizaciones mapuche autónomas se puedan financiar?

No será que se requiere de una nueva negociación (para no hablar de “nuevo trato”) en donde las mismas experiencias en salud -además de las que se han configurado posteriormente- sean quienes objeten ese permanente condicionamiento que el sistema de salud chileno impone a la pervivencia de la nueva institucionalidad mapuche.

Hoy en día, por medio de la objetivación de nuestra medicina (subjetiva) el estado quiere burocratizar y *patrimonializar* nuestras prácticas autónomas en salud, y en definitiva determinar nuestra salud, calar en los aspectos más hondos de nuestra cultura por medio de la inclusión de la salud mapuche al sistema de salud oficial y su financiamiento.

En ese contexto no es de extrañar que en un futuro no muy lejano podamos ver la proliferación de centros de salud donde nuestras machi atiendan en un “box” pagadas por el mismo sistema de salud, deslindando la responsabilidad de la retribución tradicional o *mañuntu* que al enfermo (*kuTRANche*) le corresponde entregar, en un servicio de salud o en FONASA, restando al acto mapuche tradicional de sanación de significado cultural y sentido. Tampoco extrañaría que aparezcan nuevas machi o nuevas modalidades de formación de machi o *machiluwün* determinadas por un sueldo o empleo estatal. Sin duda es un tema polémico y no exento de intereses que es necesario discutir internamente.

Así, el estado se introduce en la reproducción misma de nuestra cultura, en las posibilidades de subsistencia como mapuche que las organizaciones debemos cuestionar y analizar de cara al avance de la institucionalidad propia, en estos aspectos tan importantes en nuestra existencia contemporánea.

En ese juego, el único que se fortalece es el sistema de salud *wingka*, a través de la inclusión de una “oferta intercultural” mediante la cual logra legitimación en una parte del territorio nacional donde fue fuertemente objetado; mientras que al introducirse -y

¹⁶ En el año 2004, en el contexto de reestructuración institucional del Hospital Makewe, el Servicio de Salud Araucanía Sur condicionó el apoyo a pago de deudas de operación a la valorización de prestaciones mapuche o “interculturales”.

Por otro lado, FONASA en el año 2006 firmó un acuerdo mediante el cual financia acciones de salud llevadas a cabo por sanadores mapuche; se compromete a financiar acciones de salud entregada por “agentes y cultores de la medicina indígena que complementen las prestaciones proporcionadas por el sistema público tradicional de salud” “Atención de Salud Intercultural será Financiada por Fonasa”.Valdivia, 30 de octubre de 2006. Disponible en

http://www.ssvvaldivia.cl/noticias/ver_noticias3.htm?pa_correla=283&pa_fecha=2006-10-30 Ultima consulta: 04/05/08)

determinar de distintas formas el desarrollo de prácticas de salud mapuche insertas ya en su sistema- lo que se debilita es la medicina mapuche.

De esta forma nuestra medicina de una u otra forma pasa a ser parte de la hegemonía del sistema biomédico y el sistema de salud chileno pasa la “prueba de la blancura” en el contexto nacional *chilensis*, así como en el concierto internacional¹⁷, mediante una “oferta de salud intercultural”.

De las Preguntas a las Respuestas: Desafíos hacia un Autogobierno Mapuche en Salud.

El pueblo mapuche, tal como en otras épocas, se ha logrado reponer al avance del estado chileno adquiriendo herramientas que el medio ha permitido y puesto a disposición para desarrollarnos en el campo y en la ciudad y de esta forma poder vivir en un contexto impuesto por la sociedad dominante. Es decir, nuestra gente, históricamente ha podido hacer una lectura tal que ha permitido comenzar a recuperar el territorio usurpado y darle sentido a un nuevo escenario que demanda mayor protagonismo y participación en la toma de decisiones en todos los asuntos de nuestro interés. Hoy en día no podemos sino seguir ese ejemplo.

En el caso de la salud hemos dado un avance significativo en la relación asimétrica frente al estado-nación chileno que no podemos desconocer: ante la inacción y discriminación del sistema de salud oficial propusimos respuestas mapuche en salud con enfoque territorial y fuerte impronta mapuche, creando centros de salud inéditos en Chile, administrados por representantes elegidos por las organizaciones mapuche (bases), cuestión que no sucede con los directivos del sistema de salud chileno.

En el actual contexto revisado, con procesos crecientes de injerencia del estado en la salud mapuche y el peligro inminente de influencia y determinación en las prácticas mapuche en salud, a cambio de financiamiento y subsistencia operativa y logística de las experiencias autogobernadas, es que es oportuno plantearnos un giro de timón respecto del camino que ha trazado la institucionalidad ajena en salud (representado por el Ministerio y Servicios de Salud) y que nos mantiene actualmente en el borde de la burocratización de la cultura en cuanto a prácticas mapuche en salud se trata.

La pregonada salud intercultural en Chile, sus recursos y dispositivos como dominio del estado chileno han sido y son erradas respuestas a demandas del pueblo mapuche en salud (en nuestro caso) y que en su operatividad ha implementado un abordaje equivocado, atomizando nuestra situación de salud y reduciendo su operación a temas que rozan por lo folklórico y asistencialista, tal y como se señaló anteriormente.

En este escenario, las organizaciones mapuche y quienes apostamos por el *autogobierno mapuche de la salud* -de cara a la creación progresiva de institucionalidad propia- debemos objetar y proponer formas alternativas de colaboración y/o relación con el estado en cuanto a la política de salud en nuestro territorio. Tanto y más debemos rechazar en el discurso y

¹⁷ Otro ejemplo es el espectáculo que a nivel internacional está dando el gobierno chileno habiendo impulsado en el Congreso una ratificación del Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales de la OIT con “declaraciones interpretativas” impiden su aplicabilidad judicial y jurídica, restando utilidad a dicho instrumento internacional.

en los hechos la manera concreta en la cual los agentes estatales imponen, en el caso de las experiencias de salud (Boroa, Nva. Imperial, Makewe, Pantano, entre otras), determinaciones que van por el lado de la burocratización de nuestra cultura, así como condicionamientos para la subsistencia de los modelos de salud creados territorialmente, quedando a merced del negociado político chileno, la lógica neoliberal y los gobiernos de turno, no implementando una política sostenida y de estado en experiencias concretas.

Esta vuelta de timón, esa nueva negociación y posicionamiento frente a la ambigua política de salud respecto del autogobierno mapuche, es que debieran liderarlas las mismas organizaciones mapuche que luchan a diario con el sistema de salud hegemónico y neoliberal para dar una respuesta real, histórica, social y culturalmente valorada por nuestra gente.

La legitimidad de ese nuevo y necesario posicionamiento lo entregan las organizaciones mapuche que han forjado este nuevo escenario y sobre el cual las circunstancias llaman a reflexionar.

Bibliografía

Boccara, G & Bolados, P (2008) "Gobernar a través de la Participación. La Fábrica del Neoliberalismo Multicultural en Chile". *Memoria Americana. Cuadernos de Etnohistoria*, Vol 16, N°2. Universidad de Buenos Aires.

Boccara, G (2007) "Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile". *Revista Chungara. Revista de Antropología Chilena*, Vol 39, N°2, pp. 185-207.

Breilh, J, (2003) *Epidemiología Crítica, Ciencia emancipadora e interculturalidad*, Buenos Aires, Lugar.

Cuyul, A; San Martín, P, (2001) *Influencias y Consecuencias que el Funcionamiento del Vertedero "Boyeko" de Temuco ha provocado en la Convivencia de las Comunidades y Familias Mapuche Aledañas*. Tesis Conducente al Grado de Licenciado en Trabajo Social con Mención en Desarrollo Rural, Universidad de la Frontera, Chile. Disponible en: <http://lanic.utexas.edu/project/etext/llilas/claspo/rtc/0037.pdf> Última Consulta: 20/05/08.

Fassin, D (1992) *Antropología y Salud en Comunidades Indígenas*, Quito, Abya Yala.

Lorenzetti, M. (2007) "Del Capital Cultural a la culturalización de la pobreza: la construcción de alteridad en los programas de salud para la población indígena", Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, UBA, 2007. Disponible en: http://www.iigg.fsoc.uba.ar/jovenes_investigadores/4jornadasjovenes/ Última consulta: 04/05/08.

Mariman, P. (2000) "Burócratas, yanakonas y profesionales mapuche, entre el colonialismo y la autonomía". Disponible en <http://www.galeon.com/pewman/publicacion/pablo.htm> Última consulta: 03/05/08.

Moulián, T (1997) *Chile Actual. Anatomía de un mito*, Santiago, LOM.

Sáez, M. (2007) "Salud y Pueblos Indígenas: Políticas, Programas y Planes en un proceso de negociación y acuerdos" Presentación en Seminario-Taller Pueblos Indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado? CEPAL, Santiago de Chile, 25 y 26 de junio de 2007. Disponible en: <http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/8/29208/MSaezD.pdf> Última Consulta: 04/05/08.

Seguel, A. (2004) *Basurales en comunidades mapuche: un conflicto latente en la región de la araucanía*. Observatorio Latinoamericano de Conflictos Ambientales, Santiago, OLCA.

Walsh, C. "Propuesta para el tratamiento de la interculturalidad en la educación: Documento Base". Lima, Septiembre, 2000.