

## ***Pensar la autonomía mapuche en salud, o la persistencia del dispositivo intercultural.***

Andrés Cuyul Soto<sup>1</sup>

Desde fines de los años noventa hemos presenciado en Chile la proliferación del discurso sobre la interculturalidad, centrada principalmente en ideas fuerza como la “armonización de relaciones” o un “encuentro entre culturas”, sus saberes y prácticas entre pueblos indígenas y sociedades como la chilena. Este discurso caló tempranamente en el sistema de salud chileno permeado por sucesivas reformas neoliberales que han transformado gradualmente a la atención de salud oficial en mercancía (Tetelboin, 2003), despojándola de sus atributos en tanto derecho social; proceso de neoliberalización que fue iniciado en la dictadura cívico-militar (1973-1990) y sostenido luego por los gobiernos de la Concertación (1990-2010). En ese marco se introduce la noción de “interculturalidad en salud” por parte de la política de salud chilena en tanto “acción afirmativa”<sup>2</sup> que tendería a equiparar la brecha sanitaria y cultural existente en Chile en relación a sociedades y respuesta social en salud en la dimensión de los servicios de salud.

Esta interculturalidad en salud en Chile aborda la “transversalización del enfoque intercultural” a través de acciones como “alimentación tradicional” en los centros de salud, “armonización de modelos médicos” -que incluye incorporación de sanadores tradicionales mapuche en centros de salud-, “diseños arquitectónicos con pertinencia cultural”, o la promoción de “huertos medicinales” en las comunidades mapuche (Orígenes-BID); todo parte de un nuevo dispositivo de salud que se expresa en combinaciones variadas de recursos que alteran el funcionamiento organizacional en los servicios de salud, pero que finalmente no forman parte de la estructura de las organizaciones de salud (Campos, 1998), tampoco de un cambio en los procesos de trabajo vivo en salud en tanto producción de subjetividad en los miembros de la tecnoburocracia sanitaria. Es así como la política especial de salud no interviene sobre la atención de salud precarizada y de estrato “indigente”, en la escasez de tierras, la contaminación letal de los territorios por la actividad extractiva (ejemplo: monoforestal); ni en la pobreza y exclusión determinados por el despojo territorial-material histórico. Todas estas cuestiones son dimensiones integrantes de un *küme mongen* (buen vivir) y que son invisibilizadas por la política de salud en tanto no son problematizadas ni abordadas.

Por otro lado, existe una relación de condicionamiento de la política de salud chilena al desarrollo de iniciativas institucionales de salud de parte de organizaciones mapuche que a partir de una fuerte crítica al sistema de salud por la invisibilización y atención precarizada de salud de las familias mapuche. Dicho condicionamiento se refleja en: i) obligación de firmar convenios anuales para que un instrumento legal ilegítimo de privatización de la atención de salud (DFL36/año 80) habilite al Ministerio de Salud financiar “prestaciones de salud”, ii) notificar acciones de salud mapuche para acceder a financiamiento, iii) acceder a auditorías y controles correctivos del funcionamiento de los centros de salud a cargo de las organizaciones mapuche de tal forma de salvaguardar el correcto funcionamiento del modelo biomédico al interior de estas experiencias. Esta situación se ha visto con claridad en el caso de organizaciones mapuche que administran el Hospital Makewe y el Centro de Salud Boroa Filulawen respectivamente, que son experiencias donde he colaborado en sus inicios, donde cualquier posibilidad de aumentar la autonomía en el desarrollo de las experiencias es corregido por la norma, la institucionalidad ajena y sus agentes correctivos o de “represión anticipada” (Nievas, 1999:92). Para el Ministerio de Salud chileno, el asumir la noción de interculturalidad en tanto “relaciones de aprendizaje entre culturas” es funcional a dicha dominación. Respecto de la “salud intercultural” desde el Ministerio de Salud se señala:

---

<sup>1</sup>Trabajador Social, miembro de la Comunidad de Historia Mapuche.

<sup>2</sup>“La acción afirmativa es una política pública que se expresa mediante una norma legal, una decisión judicial o una decisión oficial que procura mejorar las oportunidades para grupos segregados en la sociedad por su condición de desventaja frente a los grupos dominantes” (OPS, 2003). Estas acciones son implementadas desde los Estados nacionales y dirigidas a “minorías” y otros grupos subalternos.

“Es una estrategia transversal que considera, utiliza y potencia conocimientos y prácticas en torno al proceso salud-enfermedad atención tanto de la medicina oficial como de las medicinas indígenas” entendiendo a la interculturalidad como “relación de comunicación y aprendizaje entre culturas en condiciones de legitimidad mutua e igualdad” (Sáez, 2008:6).

De esta manera, la interculturalidad se concibe de manera superficial, como si se tratara de relevar la salud de las comunidades -determinada histórica y socialmente- a promover supuestas relaciones armónicas entre sistemas médicos y culturas que en la realidad se encuentran en permanentes dinámicas de hegemonía/subalternidad. Las relaciones culturales han funcionado en contextos de dominación, de explotación, de hegemonía/subalternidad, y esto se dio y se sigue dando (Menéndez, 2006). Eduardo Menéndez, analizando este fenómeno, señala que la interculturalidad planteada en términos de respeto, tolerancia y cooperación mutua entre grupos es interesante como deseo, sin embargo considera que se torna una visión reduccionista de la realidad (Menéndez, 2006:52), como vemos en el caso Mapuche - Estado chileno.

Para la política de salud intercultural chilena, 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, es decir, de manera intercultural. 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). Por el contrario, la noción de salud intercultural fomentada por las políticas de salud neoliberales responde a una visión funcionalista y cosificante de cultura, despojándola de dinámicas relacionales entre colectividades/naciones; despojando del análisis sobre el complejo salud/enfermedad/atención de su determinación material respecto del territorio y las relaciones socioespirituales y políticas que allí se combinan.

En la Araucanía, la persistencia del basural a cielo abierto emplazado en las comunidades mapuche del sector *Boyeko* es paradigmático en el sentido de obviar la determinación social de la salud<sup>3</sup> de las comunidades mapuche, toda vez que el sistema de salud municipal junto con la Universidad de la Frontera lejos de promover la erradicación del vertedero que ha funcionado por más de 20 años afectando la salud integral de las familias de las comunidades aledañas, decidan instalar como compensación un Centro de Salud en *Boyeko* con atención intercultural<sup>4</sup>. De hecho, no está en los objetivos del “centro de salud intercultural” el estudiar, evidenciar y tratar el daño actual, generacional y posterior que ha producido, afecta y afectará en las familias el funcionamiento del vertedero. Son conocidos los efectos de los vertederos como 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 progresiva “muerte social” de la comunidad y estigmatización de las familias aledañas al vertedero, la imposibilidad de vender sus productos como hortalizas, los conflictos internos que desata por la oposición o acuerdo con el funcionamiento del vertedero y los eventuales beneficios económicos derivados de la basura, etc. (Cuyul & San Martín, 2001; Seguel, 2003).

Con este ejemplo no sólo quiero graficar la utilización de la noción de “salud intercultural” para sostener la dominación y subalternización de las comunidades, sino señalar que no existe en sí misma una “salud

---

<sup>3</sup> Se utiliza la noción de “determinación” para señalar un proceso o modo de devenir por medio del cual los objetos adquieren sus propiedades (Breilh, 2008:5) e inciden en las condiciones de vida y salud, difiere del concepto “determinantes” utilizada por la Comisión de Determinantes de la Salud (CDSS-OMS) y que entre las principales críticas desde la Salud Colectiva es que utilizan evidencia en base a “factores de riesgo”, no problematizando el orden social que reproduce relaciones injustas que repercuten en la salud (López et al, 2008:327)

<sup>4</sup> Ver <http://www.med.ufro.cl/noticias/2010/abril/19-inaugurado-centro-salud-boyeco/index.htm> Ultima consulta: 28/10/13.

interculturalidad”, más bien existen situaciones, escenarios de relaciones interculturales donde el sector salud se inserta en tanto sistema de salud hegemónico distinto a los demás sistemas médicos como el mapuche o el popular; escenarios caracterizadas por la tensión entre condiciones de vida y salud; inequidades y relaciones de hegemonía/subalternidad entre modelos médicos y colectivos que son necesarios de analizar y abordar desde una perspectiva que considere la determinación sociohistórica de la salud. Desde el Estado el tratamiento hegemónico del concepto alude a sus propias acciones y programas focalizados para indígenas que promueven “encuentros”, “diálogos”, “comunicación en igualdad” entre modelos médicos mediante seminarios, talleres, o promoción de “armonización” de sistemas médicos como parte de la “salud intercultural”, lo que más bien tiene fines integracionistas de carácter neocolonial que alimenta ideológicamente a una nueva y vigorosa “etnoburocracia” (Boccaro & Bolados 2008) en el campo de la salud oficial y en el dominio privado (consultoras).

### **El giro necesario: pensar una política de salud desde lo mapuche**

En este escenario y en una lógica de derechos nuestra propia interpelación debe apuntar a detener estas prácticas de absurda “interculturalidad” a nombre de nuestro pueblo avanzar en la apropiación mapuche de los servicios de salud al interior de los territorios en lógica colaborativa con la sociedad chilena y el Estado, con actuación directa sobre la política de salud chilena permeada por el discurso multicultural-neoliberal en salud. Esto, atendiendo al derecho internacional y leyes vigentes como el Convenio 169 de la OIT (art. 25 y 30), es decir, rechazando las prácticas de participación funcional ofrecidas hasta ahora por el Estado chileno<sup>5</sup>.

Para ello se requiere de un proceso de reflexión y análisis conjunto de las organizaciones y comunidades mapuche que abordan la salud de manera organizada, que fije las líneas de una política propia, una carta de navegación que establezca orientaciones y prioridades para un desarrollo sanitario autónomo en los distintos territorios en diálogo con el Estado y la política de salud. Dicho ejercicio previo y permanente debe realizarse sin el condicionamiento y tutela de la política de salud. Un análisis inicial y compartido deberá proponerse algunos ejes que incluyan al menos: i) situación de salud, ii) procesos protectores y agresores de la salud en los territorios, iii) recursos en salud al interior de los territorios, iv) identificar los modelo de gestión, atención y financiamiento en salud en la actualidad, v) relación operativa con el servicio de salud y relación estratégico-política con la política de salud chilena, vi) programas de salud en ejecución en el territorio: propios y desde el Ministerio de Salud vii) niveles de autonomía/dependencia para la ejecución de programas de salud, viii) implementación de acciones de salud autónomas desde experiencias mapuche en salud.

Esto permitiría pensar un proyecto político en salud (política de salud) que podamos concebir en base a ese análisis colectivo que se inscriba en un escenario de progresiva autonomía política; pensar una política situada bajo un paradigma propio, y con una clara definición del rol del Estado y sus obligaciones en tanto garante del derecho a la salud en Chile. Una política de salud propia devendrá de las posibilidades de transformarnos en actor y no sólo de operador de la política de salud como está ocurriendo hoy en día con nuestras organizaciones. Ello como resultante de complejas mediaciones entre el Estado y el pueblo Mapuche organizado, en diálogo con el contexto mayor, incluyendo la política oficial de seguridad social.

Se debe determinar colectivamente si las políticas de salud intercultural actuales, y sus efectos en la capacidad de autonomía en salud mapuche corresponderán a un estadio de maduración para una política de salud autónoma, o bien son un dispositivo que continuará transformando y despojando de la práctica y la capacidad propia de generar salud mediante inéditas formas de domesticación del poder mapuche en salud como lo es la incorporación autoridades espirituales mapuche en hospitales. Tenemos entonces la responsabilidad histórica de problematizar y autocriticarnos el salto al vacío que

---

<sup>5</sup> La participación comunitaria en salud es frecuentemente promocionada con el propósito de obtener servicios de la comunidad para lograr determinados fines, o para incrementar los usos de los servicios oficiales de la salud antes que para aumentar el control que tiene la gente, compartiendo el poder o contribuyendo a las colaboraciones en el desarrollo de la salud (Heggenhougen, 1991).

significa abrazar esta “interculturalidad” ofrecida por el Estado chileno y su sistema de salud correctivo y domesticador de la medicina mapuche. Y nosotros, a cambio, seguiremos hipotecando el territorio y nuestro derecho a la autodeterminación en salud.

### **Salud colectiva y autonomía mapuche en salud: Perspectivas**

La reflexión en salud colectiva desde el pueblo Mapuche y las organizaciones mapuche en salud - actuales y futuras- deberá problematizar si se continúa administrando la atención oficial de los padecimientos desde la óptica del mercado y la jerga neoliberal (Ej: “prestaciones de salud”, “prestaciones interculturales”, “percapitalización”, etc), una lógica de mercado que individualiza y resta derechos a la respuesta social en salud, atribuyendo a los sujetos la responsabilidad individual sobre sus riesgos y su resolución, diluyendo el carácter social de las relaciones (Tetelboin, 1999:72). Esto porque a la fecha no hemos objetado desde lo mapuche la *racionalidad gerencial hegemónica* (Campos, 2009) marcada por la lógica de la disciplina y el control de procesos tecnoburocráticos que se reproduce en la mayoría de los centros de salud, una forma de gestión directiva donde “los trabajadores renuncian a sus deseos e intereses, sustituyéndolos por objetivos, normas y objetos de trabajo ajenos a ellos” (Campos, 2009:17), una organización sanitaria que promueve la alienación y mantiene a los equipos de salud patológicamente burocratizados (Testa, 1998:70). Por el contrario, muchas veces adoptamos similar lógica organizacional impuesta por la dominación a través de la política de salud, nada más lejos de nuestras pretensiones de autonomía política y territorial.

O podremos pensar si se opta, entre otros, por un abordaje estratégico en salud, situado en la diversidad de conocimientos y prácticas afincados actualmente en el territorio histórico, que implique que las organizaciones mapuche en salud se constituyan como actor colectivo, portadores de recursos de poder en salud y de principios intrínsecos de reciprocidad y solidaridad capaces de insertarse colaborativamente en el campo de la salud pública y sobretodo en la política de salud. Ello implica pensar la micropolítica de los centros de salud y avanzar en democratizar la gestión de los centros de salud y hospitales situados en el territorio, generar espacios de cogestión de trabajo colectivo, donde el proceso salud/enfermedad/atención sea problematizado, abordado y adquiera sentido para la dirigencia, los trabajadores de salud y los usuarios de la comunidad, de tal forma de producir compromiso, solidaridad y reciprocidad, así como capacidad reflexiva y la autonomía de los actores significativos involucrados en la producción de servicios de salud.

Desde el sector salud y desde una óptica de salud colectiva es imprescindible que se promueva el libre ejercicio de derechos colectivos en salud y el análisis de la determinación en salud que ayude a la conformación y fortalecimiento de actores de la política de salud, evitando el tutelaje que promueve la interculturalidad *light* sin el reconocimiento de derechos políticos ni espacios para la emancipación en salud. La salud colectiva, al incorporar en su campo “aquellas prácticas emancipadoras y desafiantes a las lógicas dominantes de orden capitalista” (Zaldúa, 2013:10) se debe inscribir en el apoyo militante a procesos autónomos para el desarrollo de propuestas sanitarias innovadoras de cara a la efectivización del derecho a la autonomía en salud y aquellos consagrados en instrumentos internacionales como la Declaración de Derechos de los Pueblos Indígenas y el Convenio 169 de la OIT.

El difícil camino de la autodeterminación en salud será posible si nos situamos desde un enfoque de “interculturalidad crítica” frente a los procesos asimilacionistas de los colectivos, entendida como una herramienta pedagógica que pone en cuestionamiento continuo la racialización, subalternización e inferiorización y sus patrones de poder (Walsh, op.cit:92). Todo lo anterior con un profundo sentido transformador de la realidad social, de sus estructuras de determinación que inciden en la vida y la salud apostando a la necesaria refundación de los Estados en tanto plurinacionales. Es decir, que reconozca jurídica y políticamente la multiplicidad de pueblos y nacionalidades que lo conforman, en el ejercicio pleno de nuestros derechos, tales como el derecho a la salud propia; así como el reconocer la pluralidad de conocimientos, modelos explicativos e iniciativas indígenas para abordar el proceso salud/enfermedad/atención de manera autónoma y ser una alternativa a vieja la salud pública convencional cooptada por las políticas de salud de corte neoliberal, hoy enriquecidas con discurso intercultural.

## 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.*
- Breilh, J (2008) "Una Perspectiva Emancipadora de la Investigación y Acción, Basada en la Determinación Social de la Salud". En Taller latinoamericano de medicina Social. México, 29 de septiembre al 3 de octubre, 2008.
- Campos, GWS (1998) "Equipos matriciales de referencia y apoyo especializado: Un ensayo sobre reorganización del trabajo en salud". Disponible en <http://www.alames.org/documentos/equipos.pdf> Ultima consulta: 29/08/13.
- Campos, GWS (2009) *Método Paideia, análisis y co-gestión de los colectivos*. 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 (UFRO), Chile. Temuco: UFRO
- Heggenhougen, H (1991) "Perceptions of Health-Care Option and Therapy-Seeking Behaviour" en Cleland & Hill (comps) *The Health Transition: Methods and Measures. Health Transition Series nro.3*. Health Transition Centre. The Australian National University.
- López O, Escudero J.C. & Carmona L.D. "Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano sobre determinantes sociales de ALAMES". *Medicina Social*, 2008, 3(4):323-335.
- Menéndez, E (2006) "Interculturalidad, diferencias y antropología "at home". Algunas cuestiones metodológicas". En Fernández G. *Salud e interculturalidad en América Latina, antropología de la salud y crítica intercultural*, Quito: Abya Yala.
- Nievas, F (1999) *El control social de los cuerpos*. Buenos Aires: Eudeba
- Sáez, M (2008) "Interculturalidad y extensión de la cobertura de la protección social en salud trabajadores agrícolas y pueblos indígenas. Protección en salud a pueblos indígenas e interculturalidad" Disponible en <http://biblioteca.programaeurosocial.eu/PDF/Salud/Modulo9.pdf> Ultima consulta: 29/08/13.
- Seguel, A. (2004) *Basurales en comunidades mapuche: un conflicto latente en la región de la araucanía*. Observatorio Latinoamericano de Conflictos Ambientales, Santiago: OLCA.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) "Acciones afirmativas para lograr la equidad de salud para los grupos étnicos/raciales". Uruguay: OPS/OMS.
- Testa, M (1989) *Pensamiento estratégico y lógica de programación (el caso de la salud)*. Buenos Aires: Lugar.
- Tetelboin, C (1999) "¿Alternativas en seguridad social?". En Ramírez, B (1999) *La seguridad social. Reformas y retos*. México: UNAM
- Tetelboin, C. (2003) *La transformación neoliberal del sistema de salud. Chile: 1973-1990. Reformas de primera generación*. México: UAM-X.
- Walsh C (2010) "Interculturalidad crítica y educación intercultural" En Viaña J et al. *Construyendo interculturalidad crítica*. III/CAB, Lima, 2010.
- Zaldúa, (2013) "El campo de la salud colectiva: deudas, deseos y demandas" En Revista Topía, año XXXIII, n°68.