

Reflexiones sobre la pertinencia cultural: a propósito de lo aprendido en el trabajo con comunidades mapuche de Araucanía. Chile.

Ana María Oyarce

Recibido el 9 de septiembre de 2021

Académica Escuela Salud Pública, U. Chile. Licenciada en Antropología, Mención en Etnolingüística. Master en Ciencias Médicas y Sociales (Health Medical Sciences). Doctora en Antropología Médica. Departamento de Antropología Cultural. Universidad de Arizona. USA (ABD).

Introducción

Los pueblos indígenas de América Latina han emergido como actores sociales claves en las nuevas democracias plurinacionales del siglo XXI. Como consecuencia de sus luchas y movilizaciones sociales, se ha producido un creciente, pero insuficiente reconocimiento de sus derechos en las constituciones, leyes y normativas (CEPAL, 2016, 2020). El marco normativo internacional de carácter vinculante, (Convenio 169 de la OIT, Declaración de los Derechos de los Pueblos Indígenas. N.U) entrega un estándar mínimo para las acciones de los estados y se articula en las siguientes categorías VER: derecho de no-discriminación; derecho a integridad cultural; derechos de propiedad, uso, control y acceso a las tierras y recursos;

derecho al desarrollo y bienestar social; derechos de participación política, consentimiento libre, previo e informado de derechos de los pueblos indígenas (CEPAL, 2006; 2007a)

El derecho a la salud como ejercicio de una ciudadanía colectiva diferenciada está consignado en las constituciones de Bolivia, Ecuador, México y Venezuela, y en al menos 17 países de la región existe alguna institucionalidad con el objetivo de implementar la salud para y por pueblos indígenas, muchas de ellas bajo la denominación de salud intercultural con una gran heterogeneidad de jerarquías, contenidos y recursos (CEPAL, 2007,2014). Acorde con estos avances legislativos y jurídicos varios países de América Latina han reconocido a las medicinas tradicionales como prácticas nacionales, y complementariamente existe un marco normativo para la implementación de políticas y programas.

En este contexto socio sanitario latinoamericano, Chile cuenta con un Programa de Salud y Pueblos indígenas originado primariamente en la Araucanía, y desde 2016 con una Política Nacional de Salud de Pueblos Indígenas; recientemente la Ley de derechos y deberes de los pacientes en su artículo 7, establece modelos de salud intercultural asegurando la accesibilidad, la equidad, la oportunidad y la integralidad de las prestaciones con pertinencia cultural (MINSAL, 2000).

Sin embargo, los avances son aún insuficientes para garantizar el verdadero ejercicio de los derechos en materia de salud de los pueblos indígenas, evidencia de ello es la situación de transición epidemiológica polarizada que presentan los pueblos indígenas, con una alta mortalidad por enfermedades crónicas, a la vez que con mayores tasas de muerte por enfermedades infecto-contagiosas (Oyarce y Pedrero, 2010, 2012, 2013; Stephens y Montenegro, 2010). Si bien la información es fragmentada es sistemática en mostrar el daño acumulado, inequidad y discriminación, a lo que se suma el deterioro en sus ecosistemas y modos de vida; una entrada a la modernidad sin control cultural y la falta de resonancia cultural de los programas de salud convencionales, situación agravada en los dos últimos años por la pandemia de la COVID-19.

Dentro del marco de la reforma en salud, en la mayoría de los países de la región se han implementado programas de salud con y para pueblos indígenas, muchos ellos bajo la denominación de salud intercultural (CEPAL, 2007). A más de dos décadas desde el surgimiento de estas políticas y programas, el reconocimiento se ha

mantenido a nivel de declaraciones políticas que no han impactado realmente en el funcionamiento de los sistemas, la priorización de actividades y la repartición del presupuesto. Por otra parte, una serie de experiencias relevantes se han mantenido en los niveles regionales y locales, en muchos casos en articulación con organismos de cooperación y ONG internacionales (CEPAL, 2007).

La interculturalidad crítica y la pertinencia cultural

La salud intercultural no es nueva en el panorama latinoamericano, y una de las mayores críticas precisamente se basa en la idea de homogeneidad de los grupos indígenas y la falta de un contexto de hibridación de las prácticas tradicionales (Menéndez, 2016)

Una de las áreas débiles para lograr la “pertinencia de la atención de salud” es la capacitación del recurso humano que se ha quedado en el plano formal, no logrando transformaciones profundas a pesar de todos los esfuerzos desplegados. Las múltiples instancias de capacitación sólo han reproducido las condiciones de dominación de la biomedicina, pues se han centrado en las diferencias con el “otro” basado en un sistema de información unilineal sin propiciar un diálogo que contextualice y cuestione también el carácter cultural de la biomedicina y las prácticas convencionales de la interculturalidad. Además, muchas de estas capacitaciones en medicinas y modelos indígenas, son realizadas de una manera estereotipada sin considerar el carácter colectivo de la mayoría de los conocimientos tradicionales que folklorizan

el conocimiento, sin considera los contextos sociopolíticos e históricos que en el caso de los pueblos indígenas explican su situación de sufrimiento, exclusión e inequidad en salud (Boccaro, 2007; Menéndez, 2016).

La perspectiva más básica y general limita la interculturalidad a la relación de intercambio entre culturas, es decir, entre personas, prácticas, saberes, valores y tradiciones culturales distintas. Este abordaje la limita al contacto -muchas veces a nivel individual-, encubriendo las estructuras de la sociedad -sociales, políticas, económicas y también epistémicas- que posicionan la diferencia cultural en términos de superioridad e inferioridad. Otra postura busca promover el diálogo, la convivencia y la tolerancia donde la interculturalidad es “funcional” al sistema existente, ya que no problematiza las causas de la asimetría y desigualdad sociales y culturales. En estos tipos de interculturalidad, la pertinencia cultural se convierte en una nueva estrategia de dominación, que apunta no a la creación de sociedades más equitativas e igualitarias, sino al control del conflicto étnico (Tubino, 2005, Walsh, 2012).

Esta reflexión se posiciona desde la interculturalidad crítica, entendida como un proceso político donde las estructuras coloniales de poder, conocimiento y acción se transforman a través de la producción de nuevos conocimientos que se construyen en diálogo con los grupos subalternos, en este caso con los pueblos indígenas. Esta interculturalidad implica una praxis que además debe transformar las estructuras socio-sanitarias e instituciones de poder/saber. En el campo de la salud requiere de repensar categorías occidentales que están “naturalizadas” como universales,

pero que corresponden al saber hegemónico de la biomedicina, desde el mismo concepto de vida, persona, cuerpo, enfermedad, signo y síntoma (Oyarce, 2018b, 2021).

Desde este ángulo, la pertinencia intercultural en el proceso de salud-enfermedad- atención implica reflexionar sobre la construcción cultural de la biomedicina viéndola como un sistema más, y considerando que la interculturalidad no es sólo por y para los pueblos indígenas, sino que también abarca la construcción de sociedades radicalmente diferentes (Walsh, 2009; Martínez-Hernández, 2008; Sepúlveda y Oyarce, 2020).

En otras palabras, la pertinencia intercultural, es decir aquellas acciones que son significativas y relevantes para el diálogo, necesariamente involucra reconocer que el predominante -el Modelo médico hegemónico- centrado en lo biológico, racional cartesiano, eficacia pragmática y orientación curativa es uno mas en la amplia gama de modelos sobre la salud-enfermedad-atención (Menéndez, 2003). Además, implica reconocer que toda sanación, toda dolencia y toda atención en salud es relacional y debería construirse en un diálogo con otros actores sociales abriéndose a otras epistemologías y mundos de conocimiento y experiencia.

Este tipo de diálogo es posible develando las estructuras del saber/poder dejando atrás la interculturalidad funcional, sino etnogobernanza basada en las “diferencias culturales” presentes en la mayoría de las políticas estatales, principalmente hacia pueblos indígenas. En este sentido, la atención con pertinencia intercultural sólo tendrá significación, impacto y valor cuando esté asumida de

manera crítica, como acto pedagógico-médico-político que buscan la refundación de la sociedad y, por ende, en la refundación de sus estructuras que deshumanizan (Paulo Freire (2004: 18, citado por Walsh, 2012).

Desde esta perspectiva de salud intercultural crítica, la pertinencia no tiene que ver sólo con la reestructuración arquitectónica de los centros de salud, dimensión sobrevalorada en buena parte por la Norma 16 de Sobre Interculturalidad en los servicios de salud surgida para sostener los centros de salud mapuche que empezaron a desarrollarse en la Araucanía en la década de los 90 y que ha alcanzado niveles asombrosos como el Hospital Intercultural de Nueva Imperial o el Hospital de Cañete; sino con **la forma de poder** que se establece en esas relaciones y con el contenido de las mismas. Un camino que requiere un pensamiento reflexivo sobre cómo diferentes actores alcanzan un diálogo y construyen alternativas, no sólo a nivel teórico sino también a nivel de contextos vividos y de sujetos enraizados en diferentes posiciones de poder (Walsh, 2009; Martínez-Hernández, 2016; Madariaga, 2018).

Desde el ámbito ministerial, la Atención con pertinencia cultural, es definida como: *aquella relación respetuosa entre los equipos de salud y las personas pertenecientes a pueblos indígenas en el proceso de atención de salud, basada en el reconocimiento que éstos hacen a la cultura, filosofías de vida, conceptos de salud-enfermedad y sistemas de sanación propios de los pueblos indígenas, para entregar servicios de salud integrales y de calidad.*

En esta definición, claramente relacional y funcional, no se consideran las relaciones de poder/saber ni de las condiciones socio-históricas que han

devenido en las actuales condiciones de subordinación y marginalidad y sufrimiento de los pueblos indígenas

La pandemia de COVID-19 y los modelos de salud-enfermedad-atención con pertinencia intercultural

Los pueblos indígenas han estado invisibilizados en esta pandemia, a pesar de los datos marginales y fragmentados, hay suficiente evidencia de que los ha afectado en mayor medida (CEPAL, 2020). La Araucanía fue una de las primeras regiones en sufrir la epidemia, y se desconoce el número de personas mapuche contagiadas o fallecidas por esta causa. Actualmente se han reportado brotes en casi todas las comunas de la región. La situación de vulnerabilidad y empobrecimiento de los pueblos indígenas en general y en Chile en particular plantea un escenario de máxima desigualdad que revitaliza la relación colonial impuesta por el Estado chileno (Cuyul, 2020; CEPAL, 2020) Un segundo aspecto a considerar es que desde el primer contacto con el mundo europeo. los pueblos indígenas han sufrido la introducción de epidemias que han diezmando su población. Existen términos para denominar estas enfermedades que vienen de afuera; por ejemplo, *we keutran*, enfermedades recientes provocados con el contacto con el mundo no mapuche, donde podría haber la COVID-19 e incluyen *wingka keutran*, enfermedades que son de afuera pero no son recientes como la diabetes (Cuyul, 2020; Loncon, 2020).

Desde la visión holística del bienestar indígena estas dolencias se vinculan directamente con “el mundo de afuera” que ha traído pérdida de territorio,

devastación de los ecosistemas, deforestación y falta de agua vinculada a la industria extractiva agroforestal y minera (CEPAL, 2020). Por lo anterior, el resguardo del territorio, el aislamiento socio-geográfico y los patrones de asentamiento disperso que todavía persisten en algunos pueblos son factores de protección reconocidos por ellos.

Si las políticas estatales han sido confusas para la población en general, para los pueblos indígenas han sido francamente irrelevantes, mensajes como “quédate en casa” y “lávate las manos” en un contexto de economía de subsistencia y carencia de agua, carecen de todo sentido y relevancia, es decir no tienen ninguna pertinencia. En este sentido, hay tres aspectos importantes a considerar en la pertinencia intercultural en los procesos de salud-enfermedad-atención: primero la importancia de la palabra como elemento terapéutico central que articula las cosmovisiones indígenas; segundo, la relación y el papel del ser humano en el conjunto de seres vivos que pueblan los mundos indígenas; y tercero que salud es un todo indisoluble con todos los fenómenos de la vida misma, y no constituye un dominio separado de otras esferas, sino es completamente interconectado “determinado y determinante en las otras esferas de la vida económica, religiosa, política, educativa, histórica, etc.” (Boccaro, 2004).

A modo de ejemplo citaremos brevemente experiencias surgidas en un taller sobre COVID-19 con la red de facilitadores de Programa de Población Mapuche del Servicio de salud Araucanía Norte. Estas iniciativas son lideradas por

facilitadores interculturales mostrando diálogos territoriales desde una visión integral del bienestar expresada en términos culturales adecuados que logran transmitir y reconfigurar un conocimiento a partir de experiencias concretas. Estas “atenciones” relevantes y significativas desde la cultura local, se pueden llevar a cabo cuando existe y se ejerce la autonomía del equipo de salud, la horizontalidad en las relaciones y el reconocimiento de la comunidad. La primera experiencia es llevada a cabo por el equipo del CESFAM de Los Sauces quienes realizan acompañamiento y consejería en los territorios a familias donde ha habido enfermos de COVID, siguiendo todos los protocolos del *pewtukun* mapuche, el facilitador intercultural conversa con los *Ngen kutran*, los “dueños” de los enfermos, se acuerdan acciones y se entregan *ngulam* consejos sobre cómo y porqué hay que cuidarse de esta *we kutran* (enfermedad de afuera). En la otra experiencia el facilitador intercultural del CESFAM de Lumaco relata que se reunió con el *longko* (cabeza) de la comunidad en su territorio y a través de un *nutrankan*, diálogo participativo, territorial y deliberativo conversaron sobre los cambios en el *itrofillmongen*, las enfermedades desconocidas, la falta de agua y la debilidad que se esté produciendo en los territorios y personas mapuche con la devastación del *itrofillmongen*. basados en las epistemologías indígenas surgidas desde la matriz cultural mapuche y a través del *nutrankan* y *ngulam*, la pandemia de COVID-19 es abordada como un desequilibrio en el territorio, permitiendo aproximarse a un proceso de salud-enfermedad-atención con pertinencia intercultural.



A modo de conclusiones

Se propone avanzar hacia la “pertinencia intercultural de los modelos de salud-enfermedad-atención” sustentada en una perspectiva relacional y dialógica desde la interculturalidad crítica que cuestiona las relaciones de poder/saber presentes en la atención biomédica. En oposición a esta

interculturalidad funcional del proceso salud-enfermedad, la perspectiva holística y dialógica transformativa de la interculturalidad crítica con su diálogo de saberes y aportes para una nueva ciudadanía ampliada, propone poner en énfasis en la posibilidad de construir una nueva forma de entender la salud y el bienestar en la construcción de una “democracia de varias cosmovisiones” (Viteri, 2000).

