CAMBIOS Y CONTINUIDADES EN LOS PROCESOS DE SALUD TRADICIONAL EN FAMILIAS MAPUCHE-WILLICHE DE HUILMA. TERRITORIO DE RÍO NEGRO***CHANGES AND CONTINUITIES IN TRADITIONAL HEALTH PROCESSES IN MAPUCHE-WILLICHE FAMILIES IN HUILMA. TERRITORY OF RÍO NEGRO****Sergio Bermedo Muñoz¹ & Julio César Tereucán Angulo²**

serbemun@yahoo.es - julio.tereucan@ufrontera.cl

Departamento de Salud de Río Negro - Universidad de La Frontera

Río Negro, Chile – Temuco, Chile

DOI: <https://doi.org/10.32735/S2735-61752020000117146>**RESUMEN**

Objetivo: El artículo analiza los procesos de salud Mapuche–Willeche del sector de Huilma, comuna de Río Negro. Se focaliza en los significados, prácticas y cambios de la salud ancestral de las familias Mapuche-Willeche con relación al sistema biomédico, las prácticas interculturales en salud y los procesos socio-históricos que inciden o incidieron en la pérdida y/o mantención de prácticas de salud indígena en el contexto de estudio.

Materiales y Método: Investigación cualitativa, basada en un diseño de estudio de caso único. La información proviene de las experiencias y narrativas de familias y agentes de la Medicina Mapuche-Willeche, utilizándose las técnicas de observación participante, entrevista en profundidad y grupos de discusión y para interpretación de los datos el análisis de contenido.

Resultados: En contextos de pluralismo médico y de transformaciones socioculturales se han resignificado las prácticas tradicionales para la autogestión en salud con medicina Mapuche-Willeche.

Conclusiones: La continuidad y los cambios en las prácticas de la medicina tradicional han estado determinadas por el proceso de colonización, el contacto interétnico y por la relación hegemónica epistémica establecida por el modelo biomédico.

Palabras claves: medicina tradicional; salud intercultural; salud mapuche-willeche.

ABSTRACT

Objective: The article analyzes the processes of Mapuche - Willeche health in Huilma sector commune of Black River, it focuses on the meanings, practices and changes of the ancestral health of the Mapuche-Willeche families in relation to the biomedical system, the intercultural practices in health and the socio-historical processes that affect or influenced the loss and / or maintenance of indigenous health practices in the context of study.

Materials and Methods: Qualitative research, based on the single case study. The data comes from the experiences and narratives of families and agents of the Mapuche – Willeche Medicine, using the techniques of participant observation, in-depth interviews and discussion groups; for the interpretation of data the content analysis was used.

* Artículo recibido el 18 de julio de 2019; aceptado el 29 de noviembre de 2019.

¹ Magíster en Estudios y Desarrollo de la Familia. <https://orcid.org/0000-0002-9278-920X>

² Doctor en Antropología Social, adscrito al Departamento de Trabajo Social. <https://orcid.org/0000-0002-2249-3737>

Results: In contexts of medical pluralism and socio-cultural transformations, traditional practices for self-management in health with Mapuche-Williche medicine have been resignified.

Conclusions: The continuity and changes in the practices of traditional medicine have been determined by the process of colonization, inter-ethnic contact and the hegemonic epistemic relationship established by the biomedical model.

Key words: Traditional medicine, intercultural health, Mapuche-Williche health.

Introducción

La medicina tradicional es reconocida como un ámbito importante en la salubridad de las personas. Un conocimiento vinculado al hombre, a la tierra, a la naturaleza, a las tradiciones y a las divinidades. Históricamente subordinado y/o negado por la racionalidad médico/científica. En el caso de la medicina ancestral Mapuche, al igual que la medicina practicada por otros pueblos originarios de la Región Andina (Velazco, 2009), corresponde a conocimientos teórico/práctico, transmitidos en forma oral y socializados en el ámbito doméstico, a partir de las experiencias particulares sobre el fenómeno salud/enfermedad y de la observación de la naturaleza, en un sentido de armonía y reciprocidad con ella, dimensiones similares a la medicina de otras comunidades indígenas (Cardona-Arias, 2012), estableciéndose claras diferencias con el modelo epistémico positivista occidental (Parra y Pacheco, 2006; Espinoza, 2013).

La transformación y el cambio de las prácticas culturales de salud tradicional es una expresión del predominio del sistema biomédico y del proceso de aculturación vinculado a la incorporación de nuevas formas de comprender las dimensiones de la salud y de la enfermedad desde el modelo alópata, así actualmente las personas sintetizan, articulan, mezclan o juxtaponen formas de atención y tratamientos (Jorand, 2006).

La realidad muestra que en contextos culturales diversos, altamente dinámicos y evolutivos, donde interviene la salud oficial y donde se expresa la medicina de los pueblos indígenas, frecuentemente el sistema biomédico hegemónico de la mano de los avances científicos y farmacológicos, desmiente, ignora o subordina los saberes tradiciones (Brito, 2013). Al respecto y desde la antropología médica, el proceso salud/enfermedad no se constituye sólo de aspectos biológicos, sino también sociales, económicos, políticos y del contexto cultural (Díaz, Aguilar y Linares, 2015).

En esta línea de pensamiento, en distintos países de América Latina en las últimas dos décadas, se han venido ejecutando iniciativas para el desarrollo de modelos de salud intercultural, que según Aizemberg (2013) "intentan ser sensible con la medicina tradicional" (p.373), buscando conseguir la confianza de los pueblos originarios. Algunos han sido proyectos pilotos financiados por agencias internacionales (O'Neill, Bartlett y Mignone, 2007). En el caso de Chile, a partir de 1996 y en el marco del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) del Ministerio de Salud impulsa experiencias como el propósito de incorporar la interculturalidad en salud (Meneses, Millalen y Bustos, 2011; Minsal, 2016), de acuerdo a lo convenido en la Resolución V de la OMS/OPS de 1993 (OMS, 2003), la cual insta a los gobiernos miembros a promover modelos de salud alternativos, incluyendo la medicina tradicional.

La experiencia deja entrever que la salud intercultural – entendida y conducida por organismos del estado – no ha estado exenta de tensiones y dificultades. Aizemberg (2013), refiere que en ocasiones se ha buscado la incorporación del enfoque intercultural, sobre "la base de que la capacitación y formación de los agentes sanitarios pueden generar un cambio en los

comportamientos preventivos de la población indígena y aumentar su acceso a los servicios de salud" (p.367). Es decir, se parte asumiendo que la barrera frente al cambio se relaciona con que el usuario usa con mayor frecuencia la medicina tradicional que la occidental. Razón que justificaría el intervenir para modificar los patrones culturales y las prácticas de cuidado de la salud de antaño. La otra opción, ha sido capacitar a los agentes de salud tradicional para que se incorporen al sistema burocrático occidental de salud, institucionalizando la sabiduría Mapuche al interior de los establecimientos de salud (Cuyul, 2012).

En el marco de las dinámicas de contacto interétnico, la relación hegemónica epistémica establecida por la biomedicina y a propósito de las emergentes iniciativas de salud intercultural en territorios de pueblos originarios, el presente artículo es un análisis crítico sobre la situación la salud tradicional en las familias Mapuche-Williche en el sector de Huilma, comuna de Río Negro, en el Sur de Chile. Los resultados provienen del desarrollo de la Tesis de Grado de Magister de uno de los autores y se inscribe en el marco temático del proyecto de investigación UNETE 15-024 sobre identidades étnicas de la Universidad de La Frontera y avalado por el Comité de Ética Científica de la misma casa de estudios, comité que tiene acreditación del Ministerio de Salud de Chile.

Materiales y Métodos

La investigación fue realizada en la localidad de Huilma, sector rural de la comuna de Río Negro, que según el Censo de Población del 2017 cuenta con 539 habitantes, de los cuales un 56 % son de origen étnico Mapuche-Williche. Huilma se ubica a 25 Km. del centro de la comuna en dirección al Oeste, siguiendo la ruta U-72, en dirección a Osorno. Ruta conocida como "Camino Real", nombre genérico dado a la primera vía terrestre construida por orden de la Corona Española a fines del siglo XVIII que permitió mantener comunicación entre la ciudad de Valdivia y Chiloé. Su economía está basada en la subsistencia alimentaria de base agrícola y crianza de ganado mayor y menor en baja cantidad, debido a la atomización paulatina de la propiedad agrícola dada la pérdida de tierras por usurpación y/o venta y la subdivisión de la propiedad producto de los arreglos culturales de herencia patrilínea.

El estudio corresponde a una investigación cualitativa (Taylor y Bogdan, 1987), en base a estudio de caso único (Briones, 2003), proceso que implicó trabajo de campo intensivo y cercano con las familias y agentes de la medicina tradicional de las comunidades Mapuche-Williche del sector de Huilma, comuna de Río Negro. La recolección de datos tuvo un primer momento con la socialización y solicitud de autorización a dirigentes y dirigentes de comunidades para la realización del estudio, accediendo con posterioridad a las experiencias de familias y agentes de medicina tradicional del territorio. Se contó con los consentimientos informados de los participantes del estudio, logrando en todo momento una participación de carácter voluntaria y con la posibilidad de declinar el continuar siendo parte del estudio. Mediante las técnicas de observación participante (Ramírez, 2009), entrevista en profundidad y el grupo de discusión (Briones, 2003; Valles, 2002) se realizó el proceso de recolección de datos, los cuales fueron complementados con el análisis de material bibliográfico. Especial relevancia tuvo en el trabajo de campo la participación de la Técnico Paramédico de la Posta de Huilma, residente en el territorio y perteneciente al Pueblo Mapuche-Williche. En su condición de informante clave facilitó el acceso y el contacto con los participantes del estudio, además su aporte en la comprensión e interpretación de datos relevantes sobre el conocimiento y las prácticas de la medicina Mapuche-Williche. Se realizaron quince entrevistas y dos grupos de discusión en un periodo de cinco meses. El trabajo de campo y la recogida de la información finalizó cuando los datos no agregaron antecedentes significativos a los ya existente, alcanzando el punto de saturación teórica (Glaser y Strauss; 2009). El análisis de la información se desarrolló mediante el análisis de contenido estableciendo para ello categorías y las

relaciones entre ellas, abriendo espacio para la inferencia reproducible y válida de aspectos diversos del fenómeno en estudio en el marco contextual de los datos (Krippendorff, 1990).

Resultados

Los resultados de la investigación que se exponen a continuación siguen las categorías de análisis que emergen de los ejes temáticos de interés de la investigación y que dicen relación con el estado del conocimiento de las prácticas de la Medicina Mapuche-Williche y los cambios experimentados por la salud tradicional en contexto de las complejidades de las relaciones interétnicas, moldeadas por las estructuras de poder y subalternidad entre sistemas médicos. Contenidos que dan relevancia a una investigación de esta naturaleza, donde los hallazgos dan cuenta de la ruptura epistémica del proceso de transmisión intergeneracional de los saberes tradicionales y de la transformación de las prácticas de la medicina Mapuche-Williche, todos pilares fundamentales en la construcción y continuidad de la identidad cultural, la cosmovisión y la espiritualidad Mapuche. Esto, luego de la ocupación e instalación de diversos dispositivos de poder civilizatorio en Huilma y en la totalidad del Territorio del Futawillimapu (Grandes Tierras del sur) durante el siglo IX y XX.

Medios y espacios de reproducción y transmisión del conocimiento de la Medicina Mapuche-Williche en el sector de Huilma

Situados en la perspectiva de la antropología médica, que concibe el proceso salud/enfermedad como una construcción social y cultural subjetiva, es posible comprender que en la intimidad del hogar y a través de relatos orales, madres y abuelas recurran a la medicina tradicional arraigada en el entramado cultural Mapuche-Williche para controlar o aliviar los padecimientos. Ellas son las portadoras y promotoras de un conjunto de saberes empíricos sobre el uso de hierbas medicinales, principal recurso terapéutico empleado en infusiones, emplastos, zumo fresco, cataplasmas para la prevención y tratamiento de enfermedades respiratorias, gastrointestinales y el manejo de heridas, entre otras.

En la transmisión del conocimiento está representada la cadena de significaciones, creencias y tradiciones que se legan de generación en generación alcanzando el sustrato de roles que cumplirá cada miembro del grupo familiar en la práctica de la medicina Mapuche-Williche, a través del tiempo. Al respecto, uno de los entrevistados refiere, *“me recuerdo mi mamá, o sea como antes no había acceso a buses para llegar a la ciudad, los hospitales, todo era en la casa no más, si alguien se enfermaba, las hierbas y cualquier cosa, emplastos de hierbas, todo lo hacía mi mamá, yo no conocía a mi abuela, pero yo pienso que así como a todos, se viene adquiriendo de generación en generación...”*. Este encadenamiento del conocimiento se mantendrá vigente en la familia, a través de la endoculturación; proceso definido por Harris (1998) como, *“la experiencia de aprendizaje parcialmente consciente y parcialmente inconsciente a través de la cual la generación de más edad incita, induce y obliga a la generación más joven a adoptar los modos de pensar y comportarse tradicionales”* (p. 4).

La práctica de la medicina tradicional es fuente inagotable de aprendizaje, una construcción social del conocimiento - socializados intra y extra familiar - que se reproduce y transmite durante encuentros sociocomunitarios, visitas y conversaciones, oportunidad en que se escuchan los consejos y recomendaciones de los mayores, especialmente de la abuela, siendo un aporte a la configuración de la identidad cultural Mapuche-Williche (García, Ramírez, Robles, Zañudo, Salcedo y García, 2012).

La transmisión del conocimiento ocurre en la privacidad del hogar, donde las conversaciones incluyen narrativas que describen, interpretan y recuperan testimonios de la sabiduría de las

abuelas y de los agentes de salud Mapuche-Williche, según lo expresa la informante, *“todos tenían el conocimiento, por ejemplo mi abuela ella era para su familia, para algunas personas cercanas y cada abuela era como la médico de su familia, ese es el recuerdo que yo tengo y también las veía cuando se reunían y conversaban y se compartían algunas cosas pero no habían consultas masivas ni se cobraba tampoco, no había un fin de lucro, ese es el recuerdo que tengo...”*. La oralidad es por excelencia el soporte cultural de la memoria individual y colectiva de los pueblos originarios. En la palabra hablada se conserva y comunica un sin número de saberes sobre medicina tradicional, los que son heredados principalmente por las mujeres y las personas mayores, según lo ilustra el relato, *“yo creo que todo era de palabra, principalmente por que no supieron leer, ni escribir...”*. A través del uso de la lengua, viaja el repertorio cultural de las personas, cada conversación es una continua exhortación de las tradiciones orales, traídas al presente de acuerdo a las circunstancias y necesidades de salud. Ellas son una ocasión propicia para la transmisión de los conocimientos y prácticas de la medicina de antaño. La oralidad, sistema comunicativo sustancial en la transmisión de los saber de los pueblos indígenas, *“por medio del conocimiento de la lengua se puede acceder al conocimiento de una cultura para identificar sus sentimientos, sus modos de pensar, sus creencias, su arte, su política, sus costumbres, su religión, su contexto geográfico, su tradición, su cosmovisión, sus valores”*. (Ramírez, 2012, p. 130).

Variados son los temas de conversación, incluyendo indicaciones y advertencias sobre el respeto que se debe tener a las normas culturales relacionadas con la prevención y el cuidado de la salud, especialmente durante el embarazo y el puerperio, como parte del sistema de cuidados reproductivos de la mujer. Aspectos culturales que no siempre han sido entendidos y respetados por el sistema de salud occidental. El desconocimiento de estas normas y tradiciones – tal vez involuntario – condujo a profesionales por ejemplo, a vulnerar el derecho de la mujer a mantener al apego a su cultura, como lo señala una informante, *“que no se mojen los pies, que cuando la mamá tuviera su guagüita no bañarse ante de la semana, la cabeza sobre todo y lo más que pedía ella cuando ande con su regla no bañarse porque eso retiene la sangre decía. Esperar que se pase ese período y no mojarse los pies en ese tiempo que la mujer ande con su ciclo menstrual. Y ahora que, en los mismos hospitales cuando uno va a tener su bebe, ya al otro día la están mandando a bañar...”*. Este proceder profesional, según Lerín y Ríos (2007) es una muestra de “las barreras culturales entre el personal de salud y los pacientes indígenas” (p. 752) y una expresión de la persistente descalificación a las tradiciones y creencias relacionadas con la medicina tradicional.

La primera socialización sobre medidas preventivas y de autocuidado de la salud con medicina Mapuche-Williche, la viven las mujeres con sus familia de origen, donde las mujeres mayores enseñan a las más jóvenes (Hernández, Arena y Valde, 2001). Un muestra de ello es el relato de una de las participantes del estudio, *“a mí me enseñaron, que mi mamá siempre me decía que busque hierbas igual cuando uno tenía un cólico, porque ud. sabe que un cólico es cuando le hace mal las cosas y pero al final no es, sino que es algo que tiene un frío encerrado...”*. Indiscutiblemente y en coherencia a lo expresado por la informante, la mujer Mapuche-Williche es depositaria de la sabiduría heredada de sus antepasados. Un conocimiento acumulado y dinámico con arraigo territorial basado en la práctica, que permite identificar las propiedades de los recursos terapéuticos (hierbas medicinales) y resolver situaciones de salud en el contexto familiar y comunitario.

Cambio en las prácticas de salud tradicional en el territorio de Huilma, un desafío para la transversalización del enfoque interculturales

A partir de los datos de campo se identifican cuatro procesos que han incidido en los cambios en la medicina tradicional Mapuche-Williche, los cuales no son secuenciales ni independientes,

pero sí para efectos analíticos se categorizan por separado para su mejor comprensión y destacar los elementos discursivos de los participantes en el estudio.

Contacto interétnico, situaciones de discriminación y prejuicios frente a la medicina tradicional

La relación de contacto entre sistemas culturales de salud trajo consigo que se ocultaran las prácticas de la medicina tradicional y que los agentes de salud Mapuche-Williche incorporaran elementos de la medicina occidental – a modo de complementariedad – para la sanación de dolencias comunes, algunos síndromes culturales o para el tratamiento de las enfermedades propias de la vida moderna, como son la diabetes y la hipertensión arterial.

En el caso de Huilma, el contacto interétnico fragmentó y abrió espacios para cuestionar aspectos culturales, espirituales y religiosos propios del sistema de salud Mapuche-Williche, poniendo en duda las convicciones sobre el conocimiento ancestral y la efectividad de la medicina tradicional, según lo señalado por uno de sus agentes de salud, *“...yo pienso que se va perdiendo por la mezcla con el winka, porque el winka es muy risionista, muy sin fe. No le ve lo sagrado...”*. Según Bengoa (1995) el discurso de los dispositivos de poder y de transformación sociocultural de las comunidades Mapuche, buscaba “salvar a los individuos integrándolos adecuadamente a la sociedad chilena, y acabar con la costumbre, la tradición y todas las formas “paganas” de identificación cultural” (p. 380).

Seguidamente las prácticas de sanación enraizadas en la cultura se comenzaron a modificar por miedo, vergüenza y por la desvalorización de la sabiduría sobre el cuidado tradicional de la salud, *“...las personas pertenecientes a la cultura mapuche reconocían y valoraban sus agentes de salud, no así las personas que tenían una situación económica superior o no eran mapuches. No, porque la única medica era ella y no había donde más recurrir, no la discriminaba. Los más grandes, lo que tenían plata, los ricos, esos las trataban de bruja, los ricos...”*.

Pérdida del idioma y su efecto en la Medicina Mapuche-Williche

El arribo de colonos alemanes al sector de Huilma, como parte del proceso de construcción del estado-nación chileno del siglo XIX, consumado en un marco de imposición y dominación generó el abandono de costumbres y prácticas culturales propias del pueblo Mapuche – Williche, entre ellas el idioma, según el relato de una de las informantes, *“...Yo creo que se perdió el idioma, [...] el idioma fue aplastado, por el hecho de que ellos ya trabajaban entre fundos y entre alemanes, ya se olvidaron por completo de su idioma porque pasaron a ser en ese sentido una cultura aplastada, dominada, no tenían otra opción, fueron desterrados de sus propias tierras y pasaron a ser los mozos de los alemanes...”*. El nuevo orden cultural tuvo como argumento la necesidad de incorporar a los pueblos indígenas al desarrollo económico del país, una propuesta de la elite vinculada al poder político del estado (Bello, 2011). Esta lógica de colonización tuvo sus raíces en el pensamiento latinoamericano, influenciado por la ideología de segregación racial europea de los siglos XVIII y XIX (Antimil, 2016).

Durante este proceso de colonización, la escuela fue un dispositivo de poder y estrategia de penetración en el Wall Mapu (Territorio Ancestral Mapuche) (Llancavil, Mansilla y Mieres, 2015), donde los niños además de disciplinarse debían aprender el castellano (el monolingüismo) (Antimil, 2016), con el consiguiente debilitamiento del uso del Che Zungun, el idioma propio del Pueblo Mapuche-Williche, *“...Yo creo que fue porque no hubo una enseñanza más bien dicho, eso se dejó, por ejemplo en las escuelas nunca se dio esa oportunidad de poder hablarlo, profesores que sean capacitados, y yo creo que eso fue el motivo...”*. Se tuvo que renunciar a

la lengua materna, uno de los elementos constitutivo del ser Mapuche-Williche, que lo conecta con su espiritualidad y con la sabiduría de la naturaleza y que le permite comprender y explicar el poder curativo de los recursos medicinales. De modo que con el desplazamiento de la primera lengua se interrumpió la transmisión de las prácticas de la medicina Mapuche-Williche, por ser ésta el principal mecanismo de traspaso de conocimiento y con ello el conjunto de significados culturales asociados al sistema de salud Mapuche.

El despojo, la diversificación en el uso de la tierra y la escasa disponibilidad de recursos medicinales en el medio natural

Son recurrente los relatos donde se advierten situaciones de resistencia frente al engaño, la usurpación y el despojo de la tierra, acontecimientos traumáticos ocurridos durante la colonización alemana en el sector de Huilma y que aún permanece en la memoria de las personas, *“yo pienso que sí, psicológicamente porque ud. van lo despojan de lo que tiene de la noche a la mañana...”*;

puros alemanes casi, si antiguamente eran de los indígenas, yo vi despojar una vez a una familia indígena, les quitaron la tierra, le quemaron la casa, yo fui a presenciar eso con mi mama yo quera chico y me dijo un día "vamos a ir a ver, van a despojar hoy día [...]...

Para Carillanca (2001), en la ocupación del territorio Mapuche:

...se legitimó el uso de la violencia para conseguir su “integración” a la sociedad nacional y, junto con ello se estableció la negación del sujeto indígena, como parte de un pueblo originario dotado de una organización social, territorio y soberanía. (p. 14)

Las comunidades Mapuche-Williche fueron oprimidas, en una relación desventajosa y de asimetría poder, en el marco de las políticas de regularización de la propiedad de la tierra, en beneficio directo para los colonos alemanes. En palabras de Crespo y Vila (2015),

Esta articulación entre la colonialidad y el patriarcado es especialmente dañina para la sostenibilidad de las comunidades si se considera que las mujeres son las principales trabajadoras cognitivas, en su actividad de transmisión y encarnación de conocimientos y tradiciones indispensables. (p. 565)

Por lo tanto, la colonización, la fragmentación de las comunidades, la reducción y privatización de las tierras, modificaron la vida familiar y social Mapuche – Williche, interrumpiendo el proceso de socialización del conocimiento de la medicina tradicional. Se estableció una relación de subordinación política, económica, social y cultural de la familia Mapuche-Williche respecto al

interventor dominante llegado al territorio, “...*Porque los alemanes pusieron a los indígenas de esclavos, por mi papá, de jovencito comenzó a trabajar, comenzaron mis hermanos después con los alemanes a trabajar como esclavos, después que ellos les quitaron la tierra, los tuvieron como esclavos, por una cadena, daban una pampa, por una estufa daban otra pampa y así fueron quedándose con la tierra...*”. Para Nahuelpán (2012) esta estructura de sometimiento cultural y de estratificación social y económica que se estableció a partir de la relación colonial, terminó en “prácticas de *desposesión* territorial o material [...] colonización de los cuerpos y de las subjetividades Mapuche, bajo disciplinas laborales, religiosas y escolares a las cuales se les atribuye un carácter civilizatorio” (p. 122).

A las secuelas de la colonización con sus diversos dispositivos de intervención, hoy las comunidades indígenas suman las consecuencias de la sustitución de especies nativas por plantaciones de pinos y eucaliptus (D.L. 701, 1974) (Ministerio de Economía, 1974) provocando la erosión del suelo y la disminución de fuentes hídricas. Una política de forestación promovida por el Estado, siguiendo la lógica del modelo económico imperante, modificando zonas de relevancia cultural y de existencia de recursos medicinales, “...*si, era abundante. Ahí donde está la plantación de árboles antes salía como si lo hubieran sembrado, pero con esa plantación todo se perdió...*”. Esta colonización del bosque nativo en territorio Mapuche y sus efectos negativos sobre el ecosistema fue planteado, hace aproximadamente dos décadas por el investigador e historiador Anton (1999), quien señala:

En el sur de Chile, los bosques nativos eran ricos y diversos. Tradicionalmente fueron utilizados por la población mapuche y otros pueblos locales. Hoy, sin embargo, están siendo suplantados por plantaciones monoespecíficas con fines de exportación (p.e., el *Pinus insigne*). Los efectos ambientales negativos y la pérdida de diversidad (tanto biológica como cultural) generados por estas prácticas están comenzando a ser reconocidos. (p. 76)

Sin duda que el modelo económico de libre mercado envolvente y las políticas extractivas de los recursos naturales han tenido consecuencias irreversibles sobre la diversidad biológica, evidenciándose una escasez de hierbas medicinales y un perjuicio cultural en áreas donde habitan personas pertenecientes a pueblos ancestrales (Ramírez, 2007).

Al mismo tiempo, la fumigación de predios cercanos a donde antiguamente había vertientes de agua y humedales, ha transformado el ecosistema y modificado el crecimiento natural de las hierbas y la variedad de plantas medicinales, según lo expresado por uno de los informantes del estudio, “*antes las hierbas salían más natural, como no se fumigaba no había pesticidas, entonces las hierbas salían naturales, sin necesidad de estarlas cultivando...*”.

Siguiendo la lógica impuesta por el libre mercado, otro cambio en la medicina tradicional se relaciona con el procesado, envasado y puesta en valor de las hierbas medicinales, tanto en el comercio establecido como en las ferias libres, llevado a cabo a partir iniciativas individuales y/o particulares o a través de proyecto financiados por el Estado dando como argumento la recuperación y fortalecimiento de lo ético y lo cultural, algo que antiguamente no ocurría.

Influencia de la Posta y de los Profesionales de la Salud

Se identifica la construcción y habilitación de Posta de Salud Rural a Huilma como un acontecimiento que determinó cambios en las prácticas del cuidado de la salud tradicional. Las mujeres comenzaron a llevar a sus hijos a los controles de salud y a recibir la leche del programa nacional de alimentación complementaria. Todas las consultas de salud comenzaron a ser resueltas por los profesionales de salud llegados al sector, *“Yo creo que empezaron a confiar en esta otra medicina, que le iba a solucionar todo y se olvidaron que quizás la medicina mapuche...”*. Además, las personas observaron que el tratamiento dado por los médicos – basado en la farmacopea – era más práctico y con efecto inmediato sobre las afecciones, comparativamente con el tratamiento de hierbas y elementos de la naturaleza, los cuales son más lentos y su uso requiere cumplir con determinados procedimientos y ritos para la sanación.

Las intervenciones estandarizadas del sistema de salud occidental en espacios vitales de las comunidades Mapuche-Williche, desconocieron la sabiduría ancestral existente en las comunidades indígenas. El uso de la medicina tradicional se asoció a prácticas supersticiosas y riesgosas para la salud, menoscabando por ejemplo el rol de las parteras, tal como lo relata una de las participantes del estudio, *“...yo creo que tiene que haber existido como una persecución por que eso era como ejercer la profesión como ilegal. El mismo auge de la medicina titulada, digamos, eso trajo como una persecución al que la ejercía de manera ilegal, creo yo...”*. Para Hasen (2012), la invisibilización de la medicina tradicional Mapuche-Williche, demuestra la:

...la enorme brecha de entendimiento entre la explicación que las propias comunidades hacen de sus enfermedades, y los diagnósticos, muchas veces errados, por parte de los agentes de los servicios de salud presentes en zonas de alta concentración indígena, entendiéndolo que en la cultura Mapuche existe una noción mucho más holística respecto al tema, en la cual la enfermedad está más asociada a ámbitos comunitarios, espirituales y ambientales. (p. 18)

La institucionalización de la salud y la negación del “otro”, acentuando en prejuicios y estereotipos negativos sobre los agentes y recursos propios de la medicina Mapuche-Williche, subyacentes en la opinión y actitud del profesional de la salud, ocasionó un cambio en las prácticas de sanación Mapuche:

Si pues el doctor me dijo, bueno sería donde no habían doctores también, y luego el doctor y dijo que ahora para todo el mundo va a llegar doctor, así que no anden tomando yerba dijo, porque eso es terrible dijo.

En este nuevo escenario de pluralismo médico/asistencial (Kazianka, 2012), de repertorios en salud y de representaciones sociales – no exento de conflictos – que buscan explicar el proceso salud/enfermedad, las personas por iniciativa propia transitan de un sistema a otro. Un ejemplo de esta transacción de saberes y de terapias ocurre con el tratamiento de las denominadas

enfermedades propias de la vida moderna: diabetes mellitus e hipertensión arterial, donde luego de seguir una “carrera curativa” (Osorio, 2001) los saberes terapéuticos se articulan en el usuario, lo que no implica necesariamente la existencia de un diálogo entre el sistema médico Mapuche-Williche y el Occidental (Bermedo, 2016). Como lo señala Ayora (2010), ésta coexistencia de prácticas terapéuticas conduce a una compleja hibridación de saberes médicos, donde los usuarios y agentes de salud resignifican, sintetizan y articulan conocimientos para la sanción de las enfermedades. Para Menéndez (2009), esta articulación de los sistemas médicos en la mayoría de los casos ocurre en contextos de relación de hegemonía y subalternidad.

Frente a la relación que establecen los profesionales de la salud, los usuarios responden con una conducta de resistencia y optan por ocultar el uso de medicina Mapuche, aduciendo como excusa de su conducta, que los profesionales – en especial el médico – dedican poco tiempo a la atención, sin lograr construir un vínculo de confianza con el profesional. De ellos da cuenta el relato de uno de los hombres que participó del estudio, *“Yo pienso que lo otro, [...] que lo usa en silencio, es que lo otro que el médico a ud. no le genera la confianza para decirle, mire yo estoy tomando esto o el médico no le dice porque no prueba con esta hierba, alguna cosa, entonces yo creo que la gente tiende como a esconder lo que está consumiendo o lo que sabe de las hierbas, porque no se generan las confianzas...”*. En este sentido y desde la antropología médica las prestaciones de salud no deben limitarse solo a lo observable y cuantificable, sino también considerar las narrativas de quienes experimentan la salud y la enfermedad. Al respecto, Campos (2004) refiere que el ejercicio de la medicina occidental en contexto de otras culturas es:

La práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud y los enfermos, donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y donde se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería) sean satisfactorios para las dos partes. (p. 129)

Al no percibir interés por indagar sobre el entorno familiar, social y/o cultural, aspectos que también podrían explicar la ocurrencia de la situación de salud, las personas en ocasiones consultarán en el sistema biomédico sólo por dolencias orgánicas específicas,

Por el tiempo no más, porque uno aquí viene ojalá súper rápido, porque uno sabe que hay otras personas esperando afuera entonces, a lo que uno viene y no aflora una conversación más a fondo, como para estar sentado, así como estamos los dos aquí...

Al parecer, las atenciones de los profesionales estarían centradas en los síntomas y manifestaciones fisiológicas, descartando el aproximarse y articular conocimientos desde de la antropología médica o de la epidemiología sociocultural (Hersch-Martínez, 2013) pudiendo explicar el origen del padecimiento como una experiencia individual integral, y así no transformar la consulta médica en un “espacio de confrontación cultural” (Espinoza y Ysunza, 2009, p. 293).

Discusión

La salud es un derecho humano fundamental, reconocido por instrumentos jurídicos y organismo internacionales (ONU, 1948, 1979, 1966, 1965; UNICEF, 1989). En el ámbito específico de la salud de los pueblos indígenas son diversos los cuerpos legales internacionales que comprometen a los estados al reconocimiento y protección de los Derecho a la Salud de los Pueblos Indígenas (UNICEF, 1989; ONU, 1966).

Sin desconocer el trabajo realizado, las experiencias que buscan el acercamiento de ambas medicinas, han tenido logros y desaciertos, identificándose facilitadores u obstaculizadores en la implantación del modelo de gestión de salud intercultural, entre los que se encuentran según Pérez, Nazar y Cova (2016) la hegemonía del conocimiento biomédico y su impacto en la relación con el sistema de salud Mapuche, la falta de competencias culturales de facilitadores y profesionales para abordar el proceso salud/enfermedad en contextos culturales diversos, y la ausencia de un modelo de gestión de salud intercultural.

Se invisibiliza la presencia de otras epistemologías de salud, lo que podría explicar el fracaso de algunos programas e iniciativas de salud intercultural ejecutadas en territorios de pueblos originarios. Lo que ocurre, según Menéndez (2016) es que "[...] los funcionarios, profesionales e intelectuales que promovieron la interculturalidad en salud no tomaron en cuenta las interculturalidades ya existentes, sino que trataron de construir espacios y organizaciones que ellos pensaban que iban a impulsar la medicina tradicional" (p. 110).

Para los pueblos originarios el concepto de salud es más bien holístico e integral y trasciende el anuncio de mantener relaciones armoniosas entre los pueblos. Considera la conexión del cuerpo con las emociones, el espíritu y el pensamiento en una relación de reciprocidad entre: hombre-tierra-naturaleza, en un escenario de equilibrio, armonía e integralidad, desconociéndose el Convenio N° 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales (OIT, 1989), el cual exige que "Los servicios de salud deberán organizarse, [...] planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales" (p. 14).

Concebida la salud de esta manera, se comprende que la salida forzosa de las tierras ancestrales, la destrucción del bosque nativo, la pérdida de espacios religiosos y ceremoniales, el desconocimiento de las autoridades e instituciones tradicionales, el abandono de los patrones culturales, los cambios drásticos en los estilos de vida son factores que influyen y determinan las condiciones de salud de los pueblos indígenas.

Tal como lo muestra la investigación realizada por Cardona (2013) respecto al impacto de la colonización y el mestizaje sobre la pérdida del arraigo cultural y las prácticas tradicionales de salud en el resguardo indígena de Zenú de Colombia, en el caso de Huilma se identifica el arribo de colonos alemanes al territorio Mapuche-Williche. Un acontecimiento traumático que se llevó adelante en el siglo XIX a través de la ley de inmigración selectiva promulgada en 1845, que incentivó el asentamiento de extranjeros para ejercer soberanía en el sur de Chile. Colonización que según Cárcamo (2016) no fue solo territorial, sino también cultural, basada en una política de "blanqueamiento racial" (p. 98). Un proceso de ocupación que tuvo un fuerte control cultural sobre la identidad territorial existe, fundada en una relación asimétrica de dominación y subordinación. La hegemonía del colonizador conduce, en casos extremos, a que los miembros del grupo subordinado asuman internamente la conciencia de ser inferiores (Bonfil, 1991) Suceso histórico, con un fuerte impacto en el bienestar físico, emocional y espiritual de las personas; señalado como una de las causas que determinó la

negación e interrupción de la transmisión intergeneracional de conocimientos y prácticas culturales. Para Egaña (2008),

...la colonización se da entonces en un marco absolutamente desfavorable para los huilliches. Por un lado, no se aceptaba la presencia física del indígena en la zona, por otro, se negaban las características particulares de sus formas de vida y el uso extensivo que este daba al territorio; por último, el indígena pasaba a representar la imagen de un pasado de estancamiento económico y cultural que se pretendía superar mediante el recambio de población. (p. 450-451)

Las dinámicas de contacto e interacción socio-cultural han traído consigo que los conocimientos y las prácticas de salud se mantengan en constante fricción. Esta condición de los modelos de atención a los padecimientos, no emerge sólo de las diferencias en los sustratos explicativos que los sustentan, sino también en la hegemonía que ejerce un modelo sobre otro y del acelerado cambio cultural que ha facilitado el surgimiento de una diversidad de concepciones que abordan el proceso de salud – enfermedad, como puede ser la medicina popular. Un híbrido de creencias y prácticas que generan nuevas estructuras y conocimientos y que en ocasiones se distancian del sistema de salud de los pueblos indígenas (Citarella, 2009).

El poder de la medicina alópata se sustenta en el conocimiento científico, lo que favorece la instauración del modelo médico institucionalizado, que según Foucault (1976) “se lleva a cabo a través de organismos que coordinan y centralizan las curas médicas, hacen circular información, normalizan el saber, hacen campañas para difundir la higiene y trabajan por la medicalización de la población” (p. 197).

La modernidad y el modelo económico neoliberal, han sido grandes aliados para establecer el sistema de salud occidental como el único, deseable y válido, cuestionando las racionalidades de los pueblos indígenas y situando la medicina alópata en una condición de superioridad respecto a los conocimientos y prácticas de medicina tradicional. Este acuerdo para alcanzar la prosperidad y el bienestar, tanto en el ámbito de la salud, como en lo social y lo económico. Para cumplir con este propósito, según Escobar (2007) se buscó instaurar un modelo de desarrollo donde;

las poblaciones indígenas tenían que ser “modernizadas”, y aquí la modernización significaba la adopción de los valores “correctos”, es decir, los sustentados por la minoría blanca o la mayoría mestiza y, en general, de los valores implícitos en la idea del europeo culto. (p. 83)

Lo que sumado a la falta de transmisión del conocimiento por parte de las madres y abuelas (pérdida del idioma), las prácticas de la medicina tradicionales se abandonen o se vuelvan obsoletas, tal como ha ocurrido en el resguardo indígena de Macedonia (Garzón, 2016).

Si bien, los pueblos originarios de Chile han demandado el respeto y reivindicación de sus creencias y costumbres, relevando un conjunto de saberes médicos tradicionales, resulta paradójico que en territorios con importante concentración de población indígena, los itinerarios terapéuticos seguidos por las familias Mapuche-Williche resulten desconocidos y de escaso interés del equipo de salud, teniendo en consideración que el Ministerio de Salud, a través política de salud y pueblos indígenas (Minsal, 2006) aspire a “un cambio de actitud y un cambio cultural en el sistema de salud, que permite abordar la Salud desde una perspectiva amplia y establecer otras redes de trabajo para proveer servicios acordes a las necesidades de los pueblos originarios, respetando la diversidad cultural” (p. 20). Pareciera que, por un lado, el Estado intensiona la “construcción de horizontalidad de saberes médicos” (Piñones, Mansilla y Arancibia, 2017, p. 759) manteniendo la asimetría de poder y por otro, apela a la existencia de la buena voluntad de quienes conforman el sistema de salud occidental para que propicien la complementariedad con el conjunto del sistema sanitario, pero que bajo la mantención de relaciones de hegemonía y subalternidad dicha complementariedad está lejos de ser lograda. Ramis (2016), habla más bien de “procesos de coexistencia paralela y tolerancia pasiva” (p.106) entre sistemas médicos, tal cual como ocurre en el territorio de Huilma, donde la consolidación del modelo biomédico ocurre frente a la persistencia de otras formas de atención en salud, los “que constituyen verdaderos modelos donde confluyen procesos sociales, económicos, políticos y culturales” (Ramírez, 2005, p. 235). Realidad que estaría determinada por la existencia de algunos atributos culturales que sustentan la vigencia de las prácticas tradicionales de la salud Mapuche-Williche.

Conclusiones

A lo largo del proceso investigativo se fue resignificado en la memoria colectiva lo que para las familias Mapuche-Williche era y es la salud tradicional, de acuerdo al contexto y dinámicas socioculturales históricas del sector de Huilma; luego que dispositivos de poder y de colonización desconocieran las prácticas y saberes de los agentes de salud familiar y de sabios de la medicina Mapuche-Williche, develándose un empobrecimiento del contexto cultural, aspecto necesario para dar significado a las prácticas tradicionales del cuidado de salud. La enervación cultural fue producto del despojo y la desintegración del espacio y territorio Mapuche-Williche, que debilitó la conexión con los *núwen* (fuerza) y los *ngen* (espíritus) que habitan y organizan la naturaleza.

La estigmatización y las experiencias traumáticas obligaron a ocultar los beneficios de la medicina tradicional. Los distintos procesos de ocupación y de intervención provocaron un desmembramiento cultural del territorio de Huilma, un quiebre de la identidad, la ruptura familiar y la exclusión social, lo que se advierte en el estado de fragilidad en que se encuentran las personas cuando hacen frente a la remembranza de los acontecimientos vividos durante la colonización alemana. Todas condiciones invisibilizadas en los procesos de intervención por la salud occidental.

Esta conducta de resistencia no significó necesariamente la pérdida absoluta del conocimiento y práctica de la medicina tradicional, más bien siguió un continuo de resignificación en un contexto histórico de relaciones interétnicas, en donde, desde fines del siglo XX la estructura del modelo de salud biologista ha impuesto tratamientos y estrategias preventivas y de cuidado de la salud familiar, ajenas a la cultura y desconectados de las dimensiones sociales, geográficas y económicas de los usuarios Mapuche-Williche del sector de Huilma, para quienes la salud se relaciona con el *Kume Mongen* Mapuche (buen vivir).

Luego de instaurarse por más de tres décadas el modelo biomédico como el único, deseable y válido en el territorio de Huilma, las personas lo reducen a la medicalización de las

enfermedades, un sistema burocrático y jerarquizado en la práctica clínica-curativa y epidemiológica, poco respetuoso de los saberes tradicionales de la salud, no obstante la vigencia de diversos convenios y acuerdo internacionales que comprometen al Estado al reconocimiento y protección de los Derechos a la Salud de los Pueblos Indígenas. Esta condición podría estar favoreciendo la reapropiación y reivindicación del Mapuche Kimun (conocimiento) sobre el cuidado de la salud familiar. Lo que también se podría entender como una estrategia de resistencia para enfrentar la imposición del saber biomédico, en el asimétrico escenario de relaciones.

Las políticas de salud intercultural, funcionales al modelo neoliberal, si bien reconocen la diversidad cultural, en ocasiones sólo han promovido la idea de la armonización y la complementariedad entre los sistemas de atención de salud. Estrategias de interculturalidad implementadas desde el Estado y pensadas para mejorar la situación epidemiológica de la población indígena e incrementar los estándares de pertinencia cultural de las prestaciones de salud, pero que no consideran la preexistencia de saberes y prácticas tradicionales que operan en forma simultánea en la cotidianidad de la vida familiar y comunitaria, y menos el atender las demandas de autodeterminación y de salvaguarda de los sistemas culturales de salud, como dimensiones simbólicas de comprensión del proceso salud/enfermedad en el marco de los derechos colectivos y de acuerdo la identidad cultural de cada pueblo originario. En este sentido, adquiere importancia considerar el acervo cultural y el estado en que se encuentra el conocimiento y las prácticas de la medicina tradicional antes de replicar o implementar iniciativas en el ámbito de la salud intercultural. Aquí cabría preguntarse y sería materia de investigaciones futuras, si dicha interculturalidad es más bien en tema de interés y una imposición desde el estado para validar el modelo biomédico imperante y las políticas de salud integracionistas y de homogeneización del conocimiento ancestral, sin abordar y manteniendo las asimetrías de poder, de estructuras ideológicas y burocráticas al interior del sistema de salud occidental.

Considerando las profundas transformaciones en las dinámicas de producción de conocimiento, en las que se cuestiona la hegemonía epistémica de las concepciones occidentales sobre el saber y el conocer, es esperable que las políticas de salud pública, reconozcan y asuman la alteridad y la revitalización de los saberes y prácticas culturales de la salud tradicional, fomentando conductas respetuosas de los itinerarios terapéuticos y de la autonomía de las familias Mapuche-Williche y de todos los pueblos originarios respecto a las medidas de salud preventivas y de tratamiento; además de avanzar en la construcción participativa de mecanismos que sean un aporte real y concreto en la descolonización de los conocimientos tradicionales, como parte del diálogo de saberes y de los procesos interculturales en salud, evitando posturas y análisis etnocéntricos de los equipos de salud.

Agradecimientos

Nuestra especial gratitud a la Técnico Paramédico de la Posta de Huilma, a las familias y agentes de salud Williche por la confianza y el compartir su sabiduría sobre la Medicina Tradicional. De igual manera, agradecemos a los y las dirigentes Mapuche-Williche por la apoyo y participación en el proceso investigativo.

Referencias

Aizenberg, L. (2013). Salud indígena: una reflexión crítica y miradas alternativas a la perspectiva intercultural. *Astrolabio*, (11). Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/astrolabio/article/view/5583/7403>

- Antimil, J. (2016). Colonialismo y procesos sociolingüísticos en Territorios del Ngulumapu. En Tapia P, Moreno M. Editores. Los Claroscuro del Debate. Pueblos Indígenas, Colonialismo y Subalternidad en América del Sur. Siglos XX y XXI. Gestión Editorial: Ariadna Ediciones. Recuperado de: https://doi.org/10.26530/oapen_619613
- Anton, D. (1999). Diversidad Globalización y Sabiduría de la Naturaleza. Uruguay. Piriguazú Ediciones.
- Ayora, S. (2010). Modernidad alternativa: medicinas locales en los Altos de Chiapas. *Nueva antropología*, 23 (72), 11-31. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/na/v23n72/v23n72a2.pdf>
- Bello, A. (2012). Hegemonía, historia y pueblos indígenas en la formación del Estado-nación chileno. *Zotero*. Mayo. Recuperado de: http://lms.colbachenlinea.mx/tc-colbach/contenido/materias/01Primer/cvcs1/HTML/Hegemonia,_historia_y_pueblos_indigenas_en_la_formacion_del_Estado-Nacion_chileno.pdf
- Bengoa, J. (1995). Historia del Pueblo Mapuche. Siglos XIX y XX. Santiago de Chile. Ediciones Sur.
- Bermedo, S. (2016) Understanding Mapuche-Williche Conceptions of Diabetes Mellitus and Arterial Hypertension from the Perspective of Intercultural Health. *Social Medicine*; 10 (3). 83-92. Recuperado de: <https://socialmedicine.info/index.php/socialmedicine/article/view/906/1696>
- Bonfil, G. (1991). La teoría del control cultural en el estudio de procesos étnicos. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, 4 (12), 165-204. Bonfil G. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/316/31641209.pdf>
- Briones, G. (1998). *Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales*. Trillas, 4a ed. Colombia: ARFO Editores.
- Brito, A. (2013). La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2013.v39n1/1-3/en/>
- Campos, R. (2004). Experiencias sobre Salud intercultural. En G. Fernández Juárez (coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina Perspectivas antropológicas*. Quito: Abya-Yala.
- Cárcamo, A. (2016). *Conquista e Invasión en las Fütawillmapu. El cura, la hacienda, la escuela*. 2ª ed. Chile. Editorial Melipulli.
- Cardona-Arias, J. (2012). Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia. *Revista de Salud Pública*, 14, 630-643. Recuperado de: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0124-00642012000400008&script=sci_arttext&tlng=pt
- Cardona, J. (2013). Vínculo entre mestizaje y salud en un sistema médico de una comunidad indígena Colombiana. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2013; 39(4), 651-664. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2013.v39n4/651-664/es>
- Carillanca, C. (2011). Despojo y Asimilación de los Huilliche en el Proyecto de las Élités Dirigentes Chilenas (Chaurakawuin, 1939 – 1973). En: *¡Aprender a vivir siendo otro!: construcción histórica de los pueblos huilliche y mapuche, Wallmapu, siglo XX*. Editorial Universidad de Los Lagos.
- Citarella, L. (2009). Modelos y Sistemas Médicos. Algunas reflexiones sobre Modelos y Sistemas Médicos. Chile. Luca Citarella Menardi y Alessia Zangari editores.
- Crespo, J. y Vila, D. (2015). Comunidades: Saberes y conocimientos originarios, tradicionales y populares. En *Buen Conocer-FLOK Society. Modelos sostenibles y políticas públicas para una economía social del conocimiento común y abierto en el Ecuador* (pp. 551-616). Asociación aLabs. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/305000751_Comunidades_Saberes_y_conocimientos_originarios_tradicionales_y_populares
- Cuyul, A. (2012). Salud intercultural y la patrimonialización de la salud Mapuche en Chile. *Ta ñifjixeparakizueluwün. Historia, colonialismo y Resistencia desde el País Mapuche*, 263-284. Ediciones Comunidad de Historia Mapuche. Chile.

- Díaz, Z., Aguilar, T. y Linares, X. (2015). La antropología médica aplicada a la salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41. Recuperado de: <https://www.scielo.org/articulo/rcsp/2015.v41n4/o8/pt/>
- Egaña, R. (2008). Informe de la Comisión Verdad Histórica y Nuevo Trato con los Pueblos Indígenas. Chile. Rodrigo Egaña Baraona editor.
- Escobar, A. (2007) La invención del Tercer Mundo. Construcción y Desconstrucción del Desarrollo. Venezuela: Editorial Fundación el Perro y La Rana.
- Espinoza, A. (2013). La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39 (1). 1-3. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2013/csp131a.pdf>
- Espinoza, L. y Ysunza, A. (2009). Diálogo de saberes médicos y tradicionales en el contexto de la interculturalidad en salud. *Ciencia ergo-sum*, 16(3), 293-301. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5035081>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (1989). Convención sobre los Derechos del Niño. Recuperado de: <http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- Foucault, M. (1976). Genealogía del Racismo. Argentina: Editorial Altamira. Recuperado de: <http://www.revistas.usp.br/revhistoria/article/view/18734/20797>
- Garzón, L. (2016). Conocimiento tradicional sobre las plantas medicinales de yarumo (*Cecropia sciadophylla*), carambolo (*Averrhoa carambola*) y uña de gato (*Uncaria tomentosa*) en el resguardo indígena de Macedonia, Amazonas. *Revista luna azul*, (43), 386-414. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3217/321745921017.pdf>
- García de Alba J., Ramírez, B. Robles, G., Zañudo, J., Salcedo, A. y García de Alba Verduzco, J. (2012). Conocimiento y uso de las plantas medicinales en la zona metropolitana de Guadalajara. *Desacatos*, (39), 29-44. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n39/n39a3.pdf>
- Glaser, B. y Strauss, A. (2009). The discovery of grounded theory: Strategies for Qualitative Research. U.S.A. Editores Transaction publishers New Brunswick.
- Harris, M. (1998). *Antropología cultural*. España: Alianza Editorial 1998.
- Hasen, F. (2012). Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. *Ciencia y enfermería*, 18 (3), 17-24. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95532012000300003&script=sci_arttext&tlng=en
- Hersch-Martínez, P. (2013). Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria. *Salud Pública de México*; 55(5).512-518. Recuperado de <https://doi.org/10.21149/spm.v55i5.7252>
- Hernández, I., Monreal, A., De la Luz, M. y Valde, R. (2001). El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. *Revista de Saúde Pública*, 35(5), 443-450. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n5/6582.pdf>
- Jorand, B. (2008). Formas de transformación del conocimiento de la medicina tradicional en los pueblos nahuas del municipio de Hueyapan, Sierra Norte de Puebla. *Cuicuilco*, 15(44), 181-196. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592008000300009
- Kazianka, B. (2012). ¿El pluralismo médico como concepto adecuado en el contexto de la biomedicina "global" y la medicina indígena "local"? Un ensayo sobre la realidad médica de los mayas itzaes en San José, Guatemala. *Scripta Ethnologica*, 34, 39-68. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/148/14828711003.pdf>
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido. Teoría y Práctica*. Barcelona: Ediciones Paidós Comunicación.
- Lerín, S. y Ríos, E. (2007). Salud mental y alcoholismo: un tema intercultural olvidado. Propuesta de capacitación para el personal de salud que atiende a población indígena. *Estudios de Antropología Biológica*, 13 (2).

- Llancavil, D., Sepúlveda, J., Mieres, M. y Montanares, E. (2015). La función reproductora de la escuela en la Araucanía, 1883-1910. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, (28), 117-135. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/459/45955899007.pdf>
- Meneses P, Millalen C, Bustos B. (2011). Sistematización de la Experiencias de Salud Intercultural. Chile. Programa Orígenes BID - CONADI.
- Menéndez, E. (2016). Intercultural health: proposals, actions and failures. *Ciencia & saude coletiva*, 21, 109-118. Recuperado de: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n1/109-118/en/>
- Menéndez, E. (2009). Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas. En Citarella L. Zandari A. Yachay Tinkuy. *Salud e Interculturalidad en Bolivia y América Latina*. Editorial Gente Común.
- Ministerio de Economía. (1974). D.L. N° 701. De Fomento Forestal.
- Ministerio de Salud. (2016). Orientaciones Técnicas y Guía metodológica Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas.
- Ministerio de Salud. (2006). *Política de Salud y Pueblos Indígenas*. Segunda Edición.
- Nahuelpán, H. (2012). Formación colonial del Estado y desposesión en Ngulumapu. En Cárcamo L., Huinca H., Mariman P., Mora M., Quidel J y Calfio M. *Ta iñ fijke xipa rakizuameluwün: Historia, colonialismo y resistencia desde el país Mapuche*. Ediciones Comunidad de Historia Mapuche.
- Organización de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. Recuperado de: http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. (1979). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Recuperado de: http://bibliotecadigital.indh.cl/bitstream/handle/123456789/207/discriminacion_mujer.pdf?sequence=1
- Organización de las Naciones Unidas. (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado de: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
- Organización de las Naciones Unidas. (1965). Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial. Recuperado de: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CERD.aspx>
- Osorio, R. (2001). Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles. México. Instituto de Estudios Indigenistas. CIESAS. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/s0036-36342003000500014>
- O'Neil, J., Bartlett, J., y Mignone, J. (2006). Best practices in intercultural health. *Publication of the Inter-American Development Bank*. Recuperado de: <https://publications.iadb.org/publications/english/document/Best-Practices-in-Intercultural-Health.pdf>
- Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de Salud. (2003). Resolución V. Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Lineamientos Estratégicos y Plan de Acción 2003 – 2007.
- Organización Internacional del Trabajo. (1989). Convenio sobre Pueblos Indígenas y Tribales N°169. Recuperado de: <https://www.mop.cl/asuntosindigenas/Documents/convenio169.pdf>
- Parra, L. y Pacheco, A. (2006). ¿Monólogo o diálogo intercultural entre sistemas médicos? Un reto educativo para las ciencias de la salud. *Revista Ciencias de la Salud*, (4) 110-121. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/562/56209913.pdf>
- Pérez, C., Nazar, G. y Cova, F. (2016). Facilitadores y obstaculizadores de la implementación de la política de salud intercultural en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 39, 122-127. Recuperado de: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2016.v39n2/122-127/es/>

- Piñones, C., Mansilla, M. y Arancibia, R. (2017). El imaginario de la horizontalidad como instrumento de subordinación: la Política de Salud pueblos indígenas en el multiculturalismo neoliberal chileno. *Saúde e Sociedade*, 26, 751-763. Recuperado de: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2017.v26n3/751-763/pt/>
- Ramírez, S. (2009). La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico: epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí. *Salud colectiva*, 5, 63-85. Recuperado de: <https://www.scielo.org/article/scol/2009.v5n1/63-85/>
- Ramírez, N. (2012). La importancia de la tradición oral: El grupo Coyaima-Colombia. *Revista Científica Guillermo de Ockham*, 10(2), 129-143. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1053/105325282011.pdf>
- Ramírez, C. (2007). Etnobotánica y la Pérdida de Conocimiento Tradicional en el Siglo 21. *Ethnobotany Research and Applications*, 5, 241-244. Recuperado de: <http://ethnobotanyjournal.org/index.php/era/article/viewFile/133/118>
- Ramis, A. (2016). Bioética narrativa y salud intercultural mapuche: Aportes a su fundamentación y complementación. *Veritas*, (34), 93-116. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/veritas/n34/art05.pdf>
- Ramírez, S. (2005). Donde el viento llega cansado: sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí. Cooperazione italiana. Bolivia. Ed. Editorial Gente Común.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (Vol. 1). Barcelona: Paidós.
- Valles, M. (2002). *Técnicas Cualitativas de Investigación Social. Reflexión Metodológica y Práctica Profesional*. 1a ed. España: Editorial Síntesis S.A.
- Velasco, O. (2009). Aun nos cuidamos con nuestra medicina. *Informe de consultoría: Inventario Sistematizado de las Prácticas Sanitarias Tradicionales Existentes En las Poblaciones Originarias de los Países Andinos*. Comité Editorial Comisión Andina de Salud Intercultural Lima-Perú. Recuperado de: <http://www.orasconhu.org/documentos/SI%20Aun%20nos%20cuidamos%20con%20nuestra%20medicina%20ORAS%20Oscar%20Velasco.pdf>