

X Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Temuco, 2019.

Prácticas de salud intercultural mapuche-williche en la localidad de Huilma, Región de los Lagos.

Sergio Bermedo Muñoz.

Cita:

Sergio Bermedo Muñoz (2019). *Prácticas de salud intercultural mapuche-williche en la localidad de Huilma, Región de los Lagos. X Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Temuco.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/x.congreso.chileno.de.antropologia/61>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/edE8/gKM>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Simposio 25

Diálogo de saberes y haceres en salud: experiencias locales y comunitarias hacia una interculturalidad en salud

Coordinación:

Ana María Alarcón - Marcela Castro - Carlos Piñones

Prácticas de salud intercultural mapuche-williche en la localidad de Huilma, Región de los Lagos

Sergio Bermedo Muñoz⁹⁸

Introducción

La familia en la cultura de los pueblos originarios es la unidad biopsicosocial encargada, entre otras cosas, del cuidado de la salud de sus miembros. A través de la oralidad y del proceso de socialización, la familia reproduce en la cotidianeidad la cadena de transmisión de significados, creencias y tradiciones, legados de generación en generación sobre el autocuidado doméstico de la salud y los riesgos de enfermarse, de acuerdo al contexto sociocultural. (Mejías y López, 2010).

La dimensión cultural de la familia identifica y asigna roles a cada integrante para abordar aspectos del proceso de salud/enfermedad. En este quehacer, reconocida es la función que cumplen las personas mayores y las mujeres responsables de la reproducción del conocimiento y las prácticas tradiciones del cuidado de la salud familiar. En el caso de la cultura mapuche ellas

98 Mg. en Estudios y Desarrollo de la Familia. Encargado Programa de Salud y Pueblos Indígenas. Depto. Salud Río Negro. Docente Carrera de Enfermería. Universidad de Los Lagos. Osorno – Chile. Correo electrónico: serbemun@yahoo.es

- las mujeres- en su rol de madre y abuela transmiten su sabiduría y experiencias subjetivas y cotidianas de sanación mediante el uso de la medicina tradicional. (Montecino y Conejeros, 1985; Pezo, Souza y Costa, 2004)

Las dinámicas de contacto e interacción socio-cultural han traído consigo que este tipo de conocimientos y de 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 de la hegemonía que ejerce un modelo sobre otro, del acelerado cambio cultural y de los procesos migratorios que han facilitado el surgimiento de una diversidad de concepciones y modelos explicativos que abordan el proceso de salud/enfermedad. Un híbrido de creencias y prácticas que generan nuevas estructuras y conocimientos y que en ocasiones se distancian del sistema cultural de salud de los pueblos indígenas. (Citarella, 2009)

En este contexto y como parte de sus demandas, los pueblos originarios han venido exigiendo el respeto y la reivindicación de sus creencias y costumbres, relevado un conjunto de saberes y prácticas de salud tradicional de carácter individual, familiar y colectivas; las cuales han sido construidas, mantenidas y ejercidas para el bien común y que están ligadas a las identidades culturales de los territorios y la cosmovisión de los pueblos indígenas (MINSAL, 2009).

En este marco y teniendo en consideración las políticas estatales de salud pública que promueven la generación de modelos de salud intercultural y la armonización de los sistemas médicos en territorios de pueblos originarios, se realizó la investigación etnográfica basada en el estudio de caso. Trabajo de campo que verte sobre la situación de las prácticas de salud tradicional realizadas por familias williche de Huilma, localidad perteneciente a la comuna de Río Negro, Décima Región de Chile.

La salud tradicional de las familias mapuche-williche de Huilma y los desafíos para las emergentes iniciativas de salud intercultural

Los procesos de migración (campo-ciudad), las dinámicas contacto interétnico y las transformaciones socioculturales han resignificado las prácticas culturales del pueblo mapuche-williche (Yáñez, 2005).

Los dispositivos de fuerza civilizadora y las estrategias de penetración en el territorio mapuche-williche de Huilma, entre ellos el arribo de colonos alemanes, como parte del proceso de construcción del Estado-nación del siglo XIX, determinó pérdida del idioma y el progresivo abandono de algunas prácticas de la medicina tradicional:

...Yo creo que se perdió el idioma, por sobre todo, pero el uso de la medicina no se perdió, se siguió transmitiendo, pienso que 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...

La enervación cultural producto del despojo y la desintegración del territorio mapuche-williche, trajo consigo un debilitamiento cultural y una transformación de espacios con significados culturales diversos, como son los asignados para el fortalecimiento espiritual, de uso medicinal, de producción económica, de encuentro y esparcimiento familiar y social; espacios donde converge una relación de armonía y de respeto entre el hombre y la naturaleza (Ceballos et al., 2012).

El relato trae al presente lo que vivieron comunidades mapuche en la zona de la Araucanía durante la colonización, “los fundos y/o hijuelas de las inmediaciones se conformaron como centros demandantes de mano de obra de las comunidades, ya sea como peones, inquilinos o medieros; las escuelas se instalaron en las inmediaciones o en la propia comunidad, a la cual asistieron los niños y niñas” (Antimil, 2016, p.211).

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”.

El sistema biomédico es identificado como otro interventor en el territorio de Huilma, que ha influido el cambio de 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, “...Iban más a la Posta, ya entregaban leche...” y todas las consultas de salud se comenzaron a realizar a los profesionales que llegaron 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...”.

La estrategia de expansión y validación de las terapias biomédicas en espacios vitales de las comunidades mapuche-williche y el caso particular Huilma, a través de la habitación de la Posta de Salud Rural, conjuntamente con cumplir el sentido sanitario, facilitó el cuestionamiento y la desaprobación de las prácticas de salud tradicional, se definieron como supersticiosas, riesgosas para la salud y en algunos casos, ejercidas en forma ilegal:

Si pero 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 hierbas dijo porque eso es terrible dijo....

La institucionalización de la salud y la desacreditación de los aspectos espirituales y religiosos del sistema cultural de salud mapuche-williche y la consiguiente negación del “otro”, significó

una 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, entendiendo 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 (Narváez y López, 2012, p.18).

En las últimas dos décadas se han venido ejecutando diversas iniciativas de desarrollo de modelos de salud intercultural, algunas como proyectos piloto financiados por agencias

internacionales (Mignone, Bartlett, O'Neil y Orchard, 2007). En el caso de Chile, las experiencias comienzan como iniciativas locales bajo el alero de proyectos implementados a partir del año 1996 en el marco del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) del Ministerio de Salud y que han tenido entre sus propósitos la ansiada transversalización del enfoque intercultural en las acciones realizan los profesionales y técnicos de salud (Meneses, Millalen y Bustos, 2011; MINSAL, 2016).

Con el propósito de avanzar, autoridades y organismo del sector ejecutan políticas de salud interculturales, en ocasiones funcionales al modelo neo-liberal, que si bien reconocen la diversidad cultural, han promovido la articulación de los sistemas de atención, sin considerar la existencia de saberes y prácticas tradicionales que operan en forma simultánea y en la cotidianeidad del cuidado de la salud familiar, invisibilizando otras epistemologías de salud. Esto, ha significado el fracaso de programas e inversiones ejecutadas en territorios de pueblos originarios. Cuando ha ocurrido este tipo de situaciones, Menéndez (2016) señala 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. Pero, que luego de un tiempo, pudimos constatar que no lo hacían ya que los hospitales y centros de salud interculturales se caracterizaron por la falta de demanda de la población indígena. Y las organizaciones de curadores tradicionales en menos de diez años desaparecieron casi en su totalidad. (p.110)

En este nuevo escenario de pluralismo asistencial y de representación de la medicina y del proceso salud/enfermedad, tanto las personas como los agentes de salud tradicional por iniciativa propia buscan la complementariedad de las medicinas:

bueno, porque generalmente yo creo que todas las personas creemos en los doctores, bueno también, pero yo por ejemplo aquí estoy, y siendo que estoy buscando medicamento allá [donde el Machi], o sea, es como un agregado, como se dice de la medicina del doctor...; Uso otras cosas. Uso también las pastas, las pomadas que le dice uno y también a veces les doy drogas, remedios...

De esta forma, los saberes terapéuticos se articulan en la persona, lo que no implica necesariamente la existencia de diálogo entre ambos sistemas médicos. Esta coexistencia de prácticas terapéuticas conduce a una compleja hibridación de saberes médicos, donde los usuarios y agentes de salud re-significan, sintetizan y articulan conocimientos para el abordaje de enfermedades propias de la cultura Mapuche o las emergentes propias de la vida moderna como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial (Bermedo, 2016; Díaz, 2010).

La realidad muestra que en contextos culturales diversos, altamente dinámicos y evolutivos, donde interviene el modelo salud oficial y donde se expresa la medicina de los pueblos originarios, frecuentemente el sistema biomédico de la mano de los avances científicos y farmacológicos niega, ignora o subordina los saberes tradiciones y se atribuye el poder de considerarse como el único en dar respuesta a los problemas de salud. Frente a esta hegemonía del conocimiento biomédico,

la interculturalidad en salud surge como una estrategia que busca el acercamiento y articulación entre sistemas médicos, teniendo como propósito un intercambio respetuoso y generoso de conocimientos, a través de un proceso dinámico de comunicación y aprendizaje mutuo (Almaguer, Vargas y García, 2009). En territorios con diversidad cultural, debe ser una estrategia que genere crecientes espacios de pluralismo médico/asistencial, considerando el itinerario terapéutico y el comportamiento seguido por el usuario para solucionar sus padecimientos (Perdiguero, 2006).

Conclusiones

Los hallazgos del trabajo investigativo dan cuenta de la ruptura en el proceso de transmisión generacional de saberes mapuche-williche (idioma, medicina, rituales, ceremonias, etc.), pilares fundamentales en la construcción de la identidad individual y colectiva; aspecto arraigado en la cultura, la naturaleza, la cosmovisión y la dimensión espiritual mapuche-williche. Lo anterior, trajo consigo un empobrecimiento del contexto cultural, aspecto fundamental para dar significado a las prácticas tradicionales de salud. Este debilitamiento cultural fue producto del despojo y la desintegración del espacio y territorio mapuche-williche de Huilma, debilitándose la conexión con los newen (fuerza) y con los ngen (espíritus) que habitan y organizan la naturaleza. Un espacio territorial intervenido, con escasa existencia de lawen (plantas medicinales), principal recurso terapéutico, empleado por las familias y agentes de salud para el tratamiento de las enfermedades.

Producto de la estigmatización y las experiencias traumáticas ocurridas durante el proceso de colonización, las familias mapuche-williche ocultaron los beneficios de este tipo de terapias ancestrales y continuaron con sus prácticas en silencio y en la privacidad del hogar. Esto no significó necesariamente la pérdida absoluta 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 impuestos por el Estado, a través de políticas occidentales de salud integracionistas y de homogeneización del conocimiento ancestral, ha venido promoviendo tratamientos y estrategias de cuidado de la salud ajenas a la cultura y desconectados de las dimensiones históricas, culturales y sociales que viven las personas del sector de Huilma y para quienes la salud se relaciona con el Kume Mongen mapuche (el buen vivir).

Los procesos de ocupación y colonización, vigente hasta hoy en sus diferentes formas, han influido en gran medida en la modificación y en algunos casos, en el abandono de las prácticas tradicionales de salud. El despojo y el desplazamiento forzado de personas y comunidades mapuche-williche, produjo el desmembramiento cultural del territorio de Huilma, el quiebre de la identidad, la ruptura familiar y la exclusión social. En este sentido, se observa con preocupación el estado de fragilidad en que se encuentran las personas cuando hacen frente a la remembranza de los acontecimientos traumáticos vividos. Todas condiciones no consideradas en las intervenciones de la salud occidental.

Si bien, en el caso estudiado, algunos saberes tradicionales sobre los cuidados de la salud se extinguieron, se mantiene en la memoria familiar y colectiva, especialmente de las mujeres, el

valor por las terapias de la medicina mapuche-williche. De igual manera indican que por ser un conocimiento que se va transmitiendo de generación en generación en forma oral, se encuentra en una condición vulnerable y desventajosa frente a los avances tecnológicos y científicos de la medicina occidental.

Referencias bibliográficas

- Almaguer, J., Vargas, V. & García, H. (2009). Interculturalidad en Salud. Experiencia y Aportes para el Fortalecimiento de los Servicios de Salud. *Dirección General de Proveeduría, Imprenta Universitaria, México*, 8. Recuperado de <http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/MedicinaTradicional/InterculturalidadSalud.pdf>.
- Antimil, J. (2016). Colonialismo y procesos sociolingüísticos en Territorios del Ngulumapu. En: Los Claroscuro del Debate. Pueblos Indígenas, Colonialismo y Subalternidad en América del Sur. Siglos XX y XXI. Recuperado de <http://ariadnaediciones.cl/images/pdf/LosClaroscurosDelDebate.pdf>.
- Bermedo, S. (2016). Estrategias locales para la Transversalización del Enfoque Intercultural en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) - Territorio de Río Negro. En *Pichi Leufu, srewel srakizuam kimel pus lawentu. Río Chuelo, espacio de pensamientos y saberes en salud intercultural*. Comunidad Mapuche-Williche CO-RAYEN, Universidad de Los Lagos, 2015, pp. 154. *Tabula Rasa*, (25), 453-456. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-24892016000200453.
- Ceballos, Z, Alarcón, A., Jelves, I., Ovalle, P., Conejeros, A. & Verdugo, V. (2012). Espacios ecológico-culturales en un territorio mapuche de la región de la Araucanía en Chile. *Chungará (Arica)*, 44(2), 313-323. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-73562012000200008&script=sci_arttext&tlng=en.
- Díaz, A. (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>.
- Meneses, P., Millalen, C., y Bustos, B. (2011). *Sistematización de la Experiencias de Salud Intercultural*. Santiago: Programa Orígenes BID – CONADI.
- Menéndez, E. (2016). Intercultural health: proposals, actions and failures. *Ciencia & saude colectiva*, 21(1), 109-118. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.20252015>.
- MINSAL. (2016). Orientaciones Técnicas y Guía metodológica Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas. Recuperado de: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/cartilla%20DERECHOS%20Y%20SALUD%20C169%20.pdf>.
- (2009). Salud y Derechos de los Pueblos Indígenas en Chile. Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales de la OIT. Recuperado de: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/cartilla%20DERECHOS%20Y%20SALUD%20C169%20.pdf>.
- Mignone, J., Bartlett, J., O'Neil, J. & Orchard, T. (2007). Best practices in intercultural health: five case studies in Latin America. *Journal of ethnobiology and ethnomedicine*, 3(1), 31. Recuperado de: <https://ethnobiomed.biomedcentral.com/articles/10.1186/1746-4269-3-31>.
- Montecino, S. y Conejeros, A. (1985). *Mujeres mapuches: el saber tradicional en la curación de enfermedades comunes*. Centro de Estudios de la Mujer, CEM. Recuperado de: <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-85007.html>.
- Nahuelpán, H. (2012). Formación colonial del Estado y desposesión en Ngulumapu. *AAVV Ta ñ fijke xipa rakizuameluwun. Historia, colonialismo y resistencia desde el país mapuche. Temuco: Ediciones Comunidad de Historia mapuche*, 123-156.
- Narváez, F. y López, M. (2012). Aproximaciones a la noción mapuche de Küme Mogñen: Equilibrio necesario entre el individuo, su comunidad y la naturaleza. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(2), 575. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2012/epi1221.pdf>.

- Perdiguero, E. (2006).** Una reflexión sobre el pluralismo médico. *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*, 33-49. Recuperado de: http://saludpublica.bvsp.org.bo/textocompleto/bvsp/boxp68/ag_salud-interculturalidad.pdf.
- Pezo, M., Souza, N. y Costa, M. (2004).** La mujer responsable de la salud de la familia: Constatando la universalidad cultural del cuidado. *Index de Enfermería*, 13(46), 13-17. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200003.
- Yáñez, P. (2005).** El proceso histórico de las transformaciones socioculturales mapuches desde la conquista hasta el siglo XX. *Boletín americanista*, (55), 205-240. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1261821>.