

# La política de salud chilena y el pueblo Mapuche. Entre el multiculturalismo y la autonomía mapuche en salud\*

*Andrés Cuyul Soto* \*\*

## RESUMEN

Se problematiza sobre los efectos de la política de salud para pueblos indígenas en la determinación en salud de las comunidades mapuche en el sur de Chile y en las posibilidades de autonomía indígena en salud mediante el análisis de nuevas tecnologías de la diferencia aplicadas a las prácticas de salud basadas en la noción de interculturalidad y dirigidas a poblaciones indígenas. Se plantea que la política de salud intercultural tiende a burocratizar organizaciones mapuche que gestionan centros de salud en sus comunidades por medio de la incorporación de terapéutica indígena al interior de centros de salud y la notificación de acciones de terapéutica indígena; patrimonializando conocimientos y prácticas de salud indígenas y refuncionalizando sanadores tradicionales. Este fenómeno propio del multiculturalismo contemporáneo es promovido mediante el discurso de la salud intercultural en tanto dispositivo neocolonial basado en una noción cosificante de cultura y escindida del territorio indígena, por tanto funcional a la mercantilización de las relaciones sociales y al despojo material de las poblaciones indígenas, con graves consecuencias en la autonomía mapuche en salud y la terapéutica indígena.

## ABSTRACT

This essay is about the effects of health policy for indigenous peoples in determining health of Mapuche communities in southern Chile and the possibilities of indigenous autonomy in health by analyzing the difference of new technologies applied to practices health based on the notion of multiculturalism and targeting indigenous populations. It argues that intercultural health policy tends to bureaucratise Mapuche organizations managing health centers in their communities through the incorporation of indigenous therapeutic within health centers and reported actions of indigenous therapeutic, taking possession of knowledge and health practices and refunctionalizing traditional indigenous healers. This very phenomenon of contemporary multiculturalism is promoted by the discourse of health intercultural as neocolonial device based on a reifying notion of culture and divided the indigenous territory therefore functional to the commodification of social relations and material dispossession of indigenous peoples with serious consequences for the Mapuche autonomy in health and indigenous therapeutics.

\* Avance de investigación en curso.

\*\* Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, Universidad Autónoma Metropolitana - Unidad Xochimilco, México. Miembro Comunidad de Historia Mapuche.

Fecha de recepción: 5 de octubre de 2013

Fecha de aprobación: 20 de diciembre de 2013

**PALABRAS CLAVE:** Salud intercultural, pueblos indígenas, multiculturalismo, autonomía indígena

**KEYWORDS:** intercultural health, indigenous peoples, multiculturalism, autonomy

## Introducción

En el Chile actual, el desarrollo de una Política de Salud dirigida a los pueblos indígenas ha promovido la denominada “salud intercultural” mediante el despliegue de una oferta de atención biomédica con “pertinencia cultural” a través de señaléticas y traducción de materiales en lenguas indígenas. Se ha promovido además la atención de terapeutas tradicionales en centros de salud, generando así inéditos procesos de multiculturalismo en salud, principalmente en la región de la Araucanía. El objetivo de este ensayo es evidenciar fenómenos político-sanitarios resultantes de la relación histórica Estado chileno y pueblo Mapuche a través de las políticas de salud, que permita además un análisis sobre los efectos que el desarrollo de la política de salud intercultural actual genera en los ejercicios de autonomía en salud mapuche, en las organizaciones mapuche en salud del sur de Chile y en sus recursos, capacidades y prácticas propias para promover la salud y abordar la enfermedad.

Se pretende un análisis crítico desde la salud colectiva, que junto con una perspectiva política mapuche contribuya al ejercicio reflexivo de la autonomía en salud en tanto opción contra-hegemónica a la salud pública tradicional, consecuente con el enfoque de salud colectiva que se identifica con la crítica a reformas neoliberales en las políticas de salud vigentes, asumiéndose como un “conjunto de prácticas y saberes que pone en marcha una sociedad para conocer su salud y transformarla, y no se reduce por tanto, a sus expresiones institucionales, ni peor aún a los servicios asistenciales de la administración pública” (Breilh, 1994:19) sino que “incorpora los sentidos y significados que las sociedades y colectivos otorgan al proceso de salud y sus instituciones” (Zaldúa, 2013:10) que tiende a superar el supuesto positivista de la enfermedad y muerte como

punto de partida para el abordaje colectivo del proceso salud/enfermedad/atención.

Por tanto el enfoque implica un abordaje estratégico en el campo de la salud con atención a la determinación social de procesos sociohistóricos y culturales que inciden en la vida y salud de los colectivos, particularmente del pueblo Mapuche, entendiendo entonces a la salud-enfermedad como un proceso social, es decir –como veremos- articulado con otros procesos sociales y no aislado de ellos (Laurell, 1982). El uso de la noción de “determinación” en salud como superación de la noción de causalidad refiere a dicha naturaleza social e histórica del proceso salud-enfermedad y de su complejidad en tanto carácter histórico, la determinación refiere a procesos o modos de devenir por medio del cual los objetos adquieren sus propiedades (Breilh, 2008:5) e inciden en las condiciones de vida y salud<sup>1</sup>. Dicha idea de devenir fue acuñada por Gramsci (1978) para relevar el hecho que la voluntad humana y la objetividad del mundo exterior serían cualidades inseparables, una constituye e influye sobre la otra, todo el tiempo, es decir, “el hombre deviene, se transforma continuamente con las transformaciones de las relaciones sociales” (Gramsci, 1978, citado en Campos, 2009:51)

El ensayo finaliza con un análisis y proyección de procesos sanitario-culturales particulares del pueblo Mapuche asumiendo como se señaló, la inserción el campo de la salud en tanto práctica social articulada a las demás prácticas (económica, política, ideológicas y culturales) y que en cuanto tal participa en procesos de

<sup>1</sup> La noción “determinación” difiere además del concepto “determinantes” utilizada por la Comisión de Determinantes de la Salud (CDSS-OMS) y que entre las principales críticas desde la Salud Colectiva es que utilizan evidencia en base a “factores de riesgo”, no problematizando el orden social que reproduce relaciones injustas que repercuten en la salud (López et al, 2008:327)

transformación social que apuntan a la desalienación de los sujetos y a la emancipación de los seres humanos (Silva Paim, 2006).

### El pueblo Mapuche y la salud

El Pueblo Mapuche constituye el pueblo originario más numeroso de Chile; actualmente distribuido en las regiones del sur de Chile y también en el sur de Argentina. Según las estadísticas oficiales, el pueblo Mapuche en Chile alcanzaría una población de 604.349 habitantes autoreconocidos como tal en el último Censo, es decir un 3,9% de la población nacional y representa el 87,7% del total de población indígena en el país; el 39,6% de la población se concentra en la IX región de la Araucanía (INE, 2002).

La autoidentificación actual en tanto pueblo Mapuche remite al auto-reconocimiento, a la continuidad social y cultural entre pasado, presente y futuro basados en la memoria vivida y reinventada en el territorio histórico al sur del río Bio Bio y en relación con el Estado chileno, la sociedad chilena y el trauma de la colonización que establece una identidad diferenciada que sólo es posible entender en clave relacional e histórica. Este complejo continuidad/tensión evidencia una cultura parida y transformada en el territorio histórico reivindicado y que en su conjunto configura a dicha formación social vinculada a un sistema de parentesco e identidad compartida, encarnada y referenciada en el wallmapuche o territorio mapuche, por lo que dicha identidad está presente también en el fenómeno de diáspora que hoy en día reconoce “múltiples identidades” actuales y en constante dinamismo (Antileo, 2012) que abarca una la localización territorial desde la zona central de Chile hasta Tierra del Fuego.

La concepción de salud está arraigada a la categorización del mundo y por tanto entendiendo las nociones de bienestar (*küme felen*) y enfermedad (*kutran*) como dualidad, es decir, opuestos complementarios en la cual se define la vida (Citarella, *et al*, 2000:110) y como parte integral de un buen vivir (*küme mongen*) más amplio. La salud desde esta perspectiva posee manifestaciones en las dimensiones socio espirituales

y psico biológicas<sup>2</sup> cuyo principal fundamento es la forma de entender el mundo, la cosmovisión, en tanto producto del conocimiento emanado de la interacción con el territorio y las normas sociales, reproducido en las dimensiones individual y colectiva en distintos contextos (urbano rural). Dichos conocimientos, al ser situacionales, mutan según el contexto socio-territorial y los niveles y tipos de intercambios con la sociedad chilena por lo que se expresan en sus prácticas; de hecho, la forma de entender el proceso salud-enfermedad en base a las prácticas, refiere a las constantes transacciones en los conocimientos locales y colectivos en salud que se manifiestan en fenómenos de reapropiación y rearticulación (Menéndez, 1990). En definitiva, la salud está integrada a todos los fenómenos de la vida misma y atiende a determinaciones económicas, políticas, ambientales, espirituales, culturales e históricas que a su vez son dimensiones que pueden sintetizarse en el concepto de *küme mongen*.

Sobre todo en los espacios rurales, el Pueblo Mapuche en estos momentos reproduce prácticas en salud propias basadas en la autoatención en sus dimensiones familiares y colectivas<sup>3</sup>, una continuidad histórica de ejercicio sanitario vehiculizado mediante conocimientos y prácticas que son propias, devenidas de la interacción histórica con el territorio, así como otros conocimientos populares, igualmente subalternos, transmitidos de manera tradicional/oral y también invisibilizados por el sistema de salud oficial como lo son los conocimientos llamados “populares”<sup>4</sup>. Asimismo, de manera no homogénea las familias activan experiencias de sanación mediante machi (chaman mapuche)<sup>5</sup> y otros sanadores tradicionales y populares, además

<sup>2</sup> Ibacache & Leighon (2006) utilizan las dimensiones socio espirituales y psico-biológicas para conceptualizar *per se* la salud. No obstante se identifican en tanto componentes de la experiencia de la salud y la enfermedad que se manifiestan en esas dimensiones. Como señala Krieger et al (2010), se encarnan y toman forma en dichas dimensiones.

<sup>3</sup> Respecto de la categorización de niveles de atención en salud propios del sistema de salud oficial éstas prácticas constituirían el verdadero “primer nivel de atención”.

<sup>4</sup> Existen patologías populares como el susto, *orejeadura*, enfriamiento, *sobrepardo*, *embrujo*, las que no son reconocidas por el saber biomédico, pero sí por los otros sistemas (Ramirez, 2009:79)

<sup>5</sup> La utilización de machi dependerá entre otros aspectos, del grado de socialización con religiones como la protestante que “prohíben” a sus seguidores la consulta al chaman, demonizando su práctica.

de ser usuarios regulares de los sistemas oficiales de salud en todos sus niveles.

### El despojo en la determinación de la salud mapuche

Entre los años 1861 y 1883 el ejército chileno avanzó en el territorio histórico mapuche en lo que se llamó la “Pacificación de la Araucanía”. Este proceso redujo el territorio y gatilló el cambio de la reproducción socio-cultural por medio de la transformación económica determinada por las impuestas “reducciones” por medio de “Títulos de Merced”, entregando el resto de las tierras a colonos extranjeros o nacionales. De hecho entre 1883 y 1929 se establecieron 3161 reducciones indígenas en un total de 500.000 hectáreas de un territorio original estimado en 10.000.000 de hectáreas (CEPAL, 2012:30). Estas reducciones consistieron en la deslocalización y relocalización de las familias en pequeños espacios de tierra (no más de 5 hectáreas por familia), iniciando un proceso de campesinización forzada, reduciendo hasta el día de hoy sus patrones de reproducción social (economía de subsistencia) y poniendo fin a la historia de independencia política, dando inicio a la denominada historia contemporánea mapuche (Mariman, 1996).

Luego de esta invasión se fueron documentando graves epidemias de cólera (1867), viruela (1904-1906 y 1922) y tifus (1892), fenómeno mórbido colectivo explicado en su determinación material, es decir en la vulneración generada, entre otros, por el arreduccionamiento del territorio y el despojo de los medios económicos de las familias vulneradas en sus condiciones de vida. Estas epidemias identificadas por Virchow ya en el siglo XIX como “artificiales” indican defectos producidos por la organización política y social afectando fundamentalmente a las clases que no participan en las ventajas de dicha cultura (Virchow, 1848, en Rosen, 1986:83).

La ausencia de memoria inmunológica sumado al despojo material colectivo suma a la documentada sobre- susceptibilidad hacia estas enfermedades introducidas (Citarella et al, op.cit), generando cambios en las condiciones y estilos de vida, en lo que Robert Jaulin denominó un *etnocidio*, fenómeno motorizado por el discurso del “progreso social” que tiende a

modificar los cimientos de las culturas indígenas, sus usos y costumbres por medio de la introducción de cambios en los modos de producción y uso de la tierra, así como de la incorporación de dispositivos políticos ideológicos estatales propios de la colonización como la escuela, la iglesia y oficinas de tierras, aludiendo al “bien común” (Jaulin, 1973).

A partir de entonces, (primera mitad del siglo XX) los cuerpos mapuche se redimensionan, disminuidos en su productividad y enajenados socioterritorialmente mientras que los conocimientos en salud experimentan un proceso de aculturación biomédica que se mantiene hasta la actualidad e incluye diversos tipos de “hibridación de las tradiciones médicas” (Citarella, op.cit: 52). En cuanto a lo político, el Estado reafirma su negación al indígena en el proyecto nacional ya que reconocerlo –como señala Díaz Polanco– sería aceptar desde dicho momento la vida autónoma de las comunidades y su base de sustentación desde ya codiciada por dicha elites, principalmente las tierras (Díaz-Polanco, 2003:27).

Más tarde, durante todo el siglo XX se reproducirán estas relaciones neocoloniales basada en políticas de asistencialismo y campesinización que invisibilizarán al mapuche en tanto colectivo durante toda la primera mitad del siglo XX y hasta la Reforma Agraria (1964-1973) donde se permitió cierta participación política demandada para el proceso de Reforma, proceso que se interrumpió con el golpe militar al gobierno de la Unidad Popular e inicio de la dictadura cívico-militar (1973-1990). Durante esa dictadura se promovió la industria forestal en las tierras expropiadas en la “contra-reforma agraria” y ahora traspasadas a grandes empresas forestales como parte del actual modelo mono extractivista adoptado por el nuevo Estado de carácter neoliberal<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Las empresas son propiedad de las familias más ricas del país: El grupo Angelini que controla la mayor inversión forestal a través de Forestal Arauco y Celulosa Arauco, y el grupo Matte que controla forestal Mininco y Celulosa CMPC.

En la actualidad, estudios en salud que han considerado la “variable étnica” refieren que la población mapuche viviendo en la Araucanía posee una sobre mortalidad respecto de la población chilena. Según un estudio reciente de CEPAL realizado en la comuna de Ercilla -donde existe una de las mayores concentraciones de plantaciones forestales- la población mapuche posee un 90% más de probabilidad de morir por cáncer que la población no mapuche, lo mismo respecto a causas del sistema respiratorio (110% mayor) y morir por traumatismos (50% más alto) (CEPAL, 2012). Otro estudio del Ministerio de Salud chileno identificó que en la población mapuche de la provincia de Arauco 2 (provincia “forestal”) para los trienios 2001-2003 y 2004-2006, el riesgo de morir antes del primer año de vida es de 2 veces mayor para los mapuche que para la población no indígena (Minsal & CEPAL, 2010)<sup>7</sup>.

El mismo estudio de la CEPAL pone en relieve el fenómeno de escasas de agua en dichas comunidades y su relación con las masivas plantaciones de pino y eucalipto desarrolladas en las otroras tierras mapuche, y que hoy en día flanquean a dichas comunidades (CEPAL, 2012: 70). A ello se suma la proliferación de vertederos (Seguel, 2003)<sup>8</sup> y plantas de aguas servidas en territorios Mapuche, fenómenos actuales que se condicen con lo que el epidemiólogo ecuatoriano Jaime Breilh conceptualiza como “procesos agresores” de la salud, es decir modos de devenir que adquieren propiedades destructivas/deteriorantes para el bienestar y salud de los colectivos (Breilh, 2003). Estas situaciones ilustran en parte una subordinación política y explotación económica encarnada en situaciones de inequidad en salud antes señalada y en la representación social de los Mapuche en el sur de Chile como “ciudadanos de segunda categoría”.

La persistencia de estas relaciones neocoloniales desde la organización social capitalista del Estado chileno y sus políticas neoliberales legitiman y naturalizan

<sup>7</sup> RR 2,3 para 2001-2003 y RR 2,0 para el 2004-2006 (Minsal/ECLAC, 2010)

<sup>8</sup> Se ha denunciado que el 70% de los vertederos de la región de la Araucanía se localizan aledañas a comunidades mapuche (Seguel, 2003)

el despojo histórico y la inequidad; por tanto, dichas relaciones se constituyen y expresa en la determinación social de la vida y la salud de las comunidades mapuche en tanto lógica cultural del colonialismo, es decir “herencias coloniales que persisten y se multiplican en la etapa poscolonial” (Quijano, 2000:343).

### **La burocratización de la salud en el Wallmapuche**

Se puede señalar que una importante intervención del sistema de salud oficial<sup>9</sup> en la reproducción socio-histórica del pueblo Mapuche fue el inicio del control de la natalidad en los sesenta y luego con la intensificación de acciones biomédicas y aumento de la cobertura de las mismas por medio del Servicio Nacional de Salud (SNS)<sup>10</sup>. La instalación de estas tecnologías permitió la uniformación y disciplinamiento en salud mediante controles y diferentes estrategias biopolíticas como la regulación de la natalidad, las cuales tuvieron fines reguladores y correctivos (Foucault, 1995:104) y se han mantenido en la actualidad.

Luego del golpe militar de 1973 se inicia en el sector salud sucesivas reformas neoliberales que eliminaron el SNS y crean un sistema de salud público-privado centralizado en el Ministerio de Salud, creando además el Fondo Nacional de Salud (FONASA) en 1979. Esta reforma de motivaciones económicas, se basa principalmente en la incorporación de privados en la salud e inicia el acelerado proceso de mercantilización sanitaria de la mano de la preocupación por la privatización de la vida (Tetelboin, 2003:41) donde la población mapuche –principalmente rural– pasa a ser parte del último eslabón de clasificación social que impone esta reforma sanitaria en tanto “indigente”<sup>11</sup>.

<sup>9</sup> Por sistema de salud oficial se entenderá la respuesta social organizada en salud emanada desde el Estado y cuyas acciones de salud, principalmente de carácter biomédica, son operacionalizadas por servicios de salud formales dependientes de la administración pública o privada.

<sup>10</sup> Tiempo en que la tuberculosis era una endemia al sur del río Bio Bio, territorio ancestral mapuche.

<sup>11</sup> FONASA como opción pública a la atención, crea una estratificación según ingreso familiar con la finalidad de calcular el aporte que cada familia hará para financiar el sistema. Se crean los grupos A, B, C Y D siendo el

En este contexto de privatización y de cambio en la racionalidad de provisión de servicios de salud es que a fines de los años noventa, tres organizaciones mapuche en salud inician un trabajo destinado a mejorar el acceso de las familias mapuche rurales a la atención de salud biomédica-oficial promoviendo desde sus bases la gestión propia de centros de salud por medio del diseño de propuestas al Ministerio de Salud Chileno sobre administración, gestión y atención a la salud, basados en la implementación de programas de salud oficiales y la complementación de éstos con la promoción de acciones de salud propias del sistema médico mapuche. A la fecha estas organizaciones; Asociación Mapuche *Newentuleaiñ* (Hospital de Nueva Imperial), Asociación Mapuche para la Salud *Makewe Pelale* (Hospital Makewe) y la Coordinadora de Salud *Boroa-Filulawen* (Centro de Salud Intercultural Boroa Filulawen) se encuentran gestionando respectivos centros de salud en directa relación con el Servicio de Salud Araucanía Sur, toda vez que actúan como prestatarios de atención de salud biomédica/oficial, una especie de tercerización en salud<sup>12</sup>. Estas iniciativas son conceptualizadas como “modelos de salud intercultural”, noción que hace referencia a ejercicios recientes de autonomía indígena en salud en América Latina en donde organizaciones de pueblos indígena generan -con más o menos independencia de los gobiernos- respuesta social en salud de manera organizada, y por tanto gestionan y ejecutan acciones de salud, así como

---

primero el que corresponde a la categoría de “indigente”, ya que no tiene ingresos suficientes para cotizar en el nuevo sistema.

<sup>12</sup> Esta tercerización lo habilita un Decreto con fuerza de ley (DFL) N°36 emanada desde la última dictadura que promueve la privatización de servicios de salud DFL 36 de 1980. Reglamentado por Ley 18417 señala en su artículo 2° “Los convenios regidos por este decreto serán aquellos en cuya virtud un organismo, entidad o persona distinta del Servicio de Salud sustituye a éste en la ejecución de una o más acciones de fomento, protección y recuperación de la salud o de rehabilitación de enfermos, sea por delegación, mandato u otra forma que les permita actuar y administrar por cuenta del Servicio para atender a cualquiera de los beneficiarios de éste” Disponible en: Biblioteca del Congreso Nacional <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=29826> Ultima consulta: 29/08/13.

en diversa medida, disputan espacios en la política de salud de los Estados. Estos modelos coexisten en relaciones hegemonía/subordinación con el sistema de salud oficial y en general, en conflicto con el modelo biomédico de atención a la salud.

### El multiculturalismo y la salud en Chile

En la región de la Araucanía, opera desde el año 1992 el Programa de Salud con Población Mapuche (PROMAP), el que se encarga en la actualidad de “transversalizar el enfoque intercultural” en la atención de salud a la población mapuche. En sus inicios, este programa especial acompañó el proceso de recuperación de tierras por parte de la comunidad mapuche en Quinquén, en la región de la Araucanía y realizó los primeros “estudio-diagnóstico” en comunas con presencia mapuche. A inicios de 2000 este programa fue co-ejecutor del programa “Orígenes” financiado por el Banco Interamericano del Desarrollo (BID) y que buscó entre otros “fortalecer experiencias de salud intercultural” refiriendo a las jóvenes organizaciones mapuche que estaban iniciando su gestión autónoma en salud. Dicho programa del BID operacionalizado por el PROMAP despliega inéditos “proyectos en salud intercultural” que según la evaluación encargada por el mismo programa “fracasaron en desarrollar considerablemente el tema de salud intercultural”<sup>13</sup>.

Esta interculturalidad en salud en Chile aborda la “transversalización del enfoque intercultural” a través de acciones como “alimentación tradicional”, “armonización de modelos médicos” –que incluye incorporación de sanadores tradicionales mapuche en centros de salud–, “diseños arquitectónicos con pertinencia cultural”, o la promoción de “huertos medicinales” en las comunidades mapuche (Orígenes-BID); todo parte del nuevo dispositivo llamado “salud intercultural”, es decir, combinaciones variadas de recursos que alteran el funcionamiento organizacional, pero que finalmente no forman parte de la estructura de las organizaciones de salud (Campos, 1998).

---

<sup>13</sup> Disponible en [http://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection/171/](http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/171/) Ultima consulta 29/08/13

Dicha política de salud desplegada en comunidades mapuche no interviene sobre la atención de salud precarizada y de estrato “indigente”, en la escases de tierras, la contaminación letal de los territorios por la industria extractiva; ni en la pobreza y exclusión determinados por el despojo territorial que se señaló en el apartado anterior. Todas estas cuestiones son dimensiones integrantes de un *küme mongen* (buen vivir) y que son invisibilizadas por la política de salud en tanto no son problematizadas en tanto integralidad de relaciones que inciden en la salud. Como señala Boccara (2004), “la gente no concibe la salud como esfera aparte del conjunto de la vida social, sino que como un espacio conectado, determinado y determinante de los otros ámbitos de la vida (economía, religiosidad, política, educación, memoria histórica, etc.)” (Boccara, 2004: 121).

Por el contrario, muchas acciones de estos “programas especiales” se han concentrado en “resolver” necesidades puntuales que precisamente son producto de las brechas estructurales y socio-históricas, tales como entrega de anteojos, prótesis dentales, compra de medicamentos, financiamiento de exámenes, compra de servicios a empresas para exámenes de laboratorio, y realización de operativos asistenciales (Sáez, 2007). Este enfoque paternalista desconoce el ejercicio de autonomía y el derecho a la autodeterminación mapuche, que desde las experiencias autónomas de salud se pueden traducir en intervenciones sanitarias colaborativas y que no reproduzcan el tutelaje sanitario que han salvaguardado los programas de salud especiales para indígenas.

La pertinencia y protagonismo indígena en acciones sanitarias está consagrada en el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y demandada por el movimiento mapuche que hace dos décadas viene planteando, en tanto actor político, su demanda de autonomía al Estado chileno, forma de organización que permita una participación política real en asuntos de interés, en la vida nacional, así como el ejercicio al autogobierno dentro del territorio histórico y en convivencia con el pueblo chileno; en un espacio de respeto y garantía de derechos particulares en tanto pueblo pre-existente al Estado- nación<sup>14</sup>.

<sup>14</sup> El régimen de autonomía contendría las líneas maestras

Por el contrario, la respuesta a la demanda por autonomía mapuche son los programas interculturales en salud. Al respecto de la llamada “salud intercultural” desde el Ministerio de Salud se señala:

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

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

Para la política de salud intercultural chilena, la tolerancia del otro –un cambio en el nivel de las actitudes– es considerado como suficiente para permitir que la sociedad nacional (y monocultural) funcione sin mayor conflicto, problema o resistencia, es decir, de manera intercultural. Pero, como señala Catherine Walsh, “además de obviar la dimensión relacional, esta atención a la toleran-

---

de los vínculos entre pueblo indígenas y Estado, es decir, los fundamentos para cambiar la médula de la política, la economía y la cultura en una escala global, nacional, y como parte de un vasto programa democrático (Díaz Polanco, 2003:17)

cia como eje del problema multicultural oculta la permanencia de las desigualdades e inequidades sociales que no permiten a todos los grupos relacionarse equitativamente y participar activamente en la sociedad, dejando así intactas las estructuras e instituciones que privilegian a unos sobre otros” (Walsh, 2000). Por el contrario, la noción de salud intercultural fomentada por este tipo de políticas de salud responde a una visión funcionalista y cosificante de cultura, despojándola de dinámicas relacionales entre colectividades y de su determinación material respecto del territorio y las relaciones políticas que determinan la vida y la salud.

Con esto quiero señalar que no existe *per se* una interculturalidad en salud, más bien existen acciones desde el Estado y sus políticas que promueven “encuentros”, “diálogos” entre modelos médicos mediante seminarios, o la promoción de “armonización” de sistemas médicos que denominan “salud intercultural” que más bien tiene fines integracionistas de carácter neocolonial que alimenta ideológicamente a una nueva y vigorosa “etnoburocracia” (Boccaro, 2008). Lo que existe son situaciones interculturales donde el sector salud se inserta, situaciones caracterizadas por la tensión entre condiciones de vida y salud, inequidades y relaciones de hegemonía/subalternidad entre modelos médicos y colectivos que son necesarios de analizar y abordar desde una perspectiva que considere la determinación sociohistórica del proceso salud-enfermedad.

### La machi esterilizada

El multiculturalismo en salud en Chile ha promovido la incorporación de algunos sanadores tradicionales mapuche al interior de servicios de salud donde el caso de la/el machi (chaman mapuche) es ejemplificador. Las y los machi cumplen un rol importante para la sociedad mapuche; se trata de autoridades espirituales con una vinculación material y espiritual con el territorio y sus fuerzas como fundamento de la cultura y el ser mapuche. Su visita a las familias y la reproducción de relaciones sociales vitales entre las familias y la comunidad dinamizan la vida comunitaria y la cosmovisión (Huaiquimil & Quidel, 1998). Por tanto,

posibilitan y promueven un equilibrio socio-espiritual y cultural, teniendo así una función trascendental en la salud mapuche. La machi basa su abordaje terapéutico en las vinculaciones socio-espirituales y territoriales del enfermo y su familia, cercana al desarrollo de la enfermedad en la persona, a su familia y el medio, y lejos de la observación clínica<sup>15</sup>.

La incorporación esporádica o permanente de chamanes indígenas a un centro de salud que se ha experimentado con mayor frecuencia a partir del año 2000 viene a descontextualizar su acción socio-terapéutica: se le recluye en un “box”, propio del método y espacio clínico (observación sistemática y control de variables), es decir, se desnaturaliza su rol comunitario interrumpiendo la cosmovisión y práctica en el contexto territorial, disponiendo al terapeuta indígena en un espacio aislado que facilita su domesticación tecnocrática. En el caso de la/el machi mapuche el espacio clínico esteriliza no sólo al terapeuta, sino también a la dolencia a ser tratada, ya no como una entidad socioculturalmente construida y determinada, sino como una enfermedad posible de auscultar clínicamente, objetivable, racionalizable y controlada de variables “externas” (sociales, culturales, espirituales) y por tanto, limitada a ese espacio clínico. Dicho mecanismo de clinalización tiende a domesticar tanto el diagnóstico como el abordaje de la machi otrora determinado por el contexto socio-territorial. La machi pasa así a ser una empleada del sistema de salud, presa de la alienación sanitaria propia del trabajo clínico; de la atención reglada y casi independiente de la gravedad y de las necesidades específicas de los enfermos (Campos, 2001:78). A ello se suman consecuencias que acarrea la trasgresión al *ngen puljü* o dueño del espíritu propios de la/el machi que generalmente trae consecuencias en su salud, según las lógicas socioculturales propias que rigen a estas autoridades espirituales mapuche.

Estas nuevas formas de organización sanitario-cultural promueven una atención de salud escindida del territorio y por tanto tiende a debilitar las redes sociales y prácticas cotidianas de cuidado y prevención de la salud reproducidos en un territorio concreto y por tan-

<sup>15</sup> Basada en la identificación del signo y síntoma.



to, debilitar el potencial mapuche de “salutogénesis” (Antonovsky, 1996)<sup>16</sup>. Corresponde a un nuevo tipo de separación y despojo de atributos y cualidades en la relación persona-territorio que es funcional a la cosificación y mercantilización de la tierra que debilita inclusive, la demanda de reivindicación de tierras mapuche al restar progresivamente al territorio de sus propiedades, agentes, recursos y diálogo intersubjetivo con la persona y comunidad.

Visto así, las iniciativas multiculturales se tornan procesos etnofágicos, es decir, parte de un proceso global en el cual los Estados nacionales contemporáneos exaltan superficialmente la diversidad y el multiculturalismo pero que más bien sus acciones y programas tienen un propósito de domesticación, integración e invisibilización de las identidades (Díaz Polanco, 1991). Este proceso etnofágico opera en términos terapéuticos y también en la patrimonialización de conocimientos y prácticas médicas (Cuyul, 2012); de hecho, desde el año 2006 el Ministerio de Salud le solicita a las organizaciones Mapuche en salud que reporten mensualmente “prestaciones” de salud que ejecutan los sanadores tradicionales, contra la entrega de fondos para que los centros de salud mapuche puedan operar brindando atención biomédica y de salud mapuche; condicionando así el financiamiento a dicha “notificación obligatoria”. Ese condicionamiento de la política reproduce relaciones neocoloniales con las organizaciones mapuche en salud, imponiendo además estudios inconsultos sobre las inéditas organizaciones políticas y sanitarias mapuche como lo son es la llamada “sistematización de experiencias en salud intercultural” (Minsal, 2012:18).

Este proceso de apropiación de las prácticas de sanación y cooptación de sanadores mapuche por parte del sistema de salud se propone identificar –parafraseando a Díaz Polanco– con la noción de “salutofagia”, es decir, la asimilación de identidades y prácticas de salud indígenas por parte del Estado y sus políticas multiculturales por medio de dispositivos de

la “interculturalidad en salud”. Este fenómeno de la salutofagia puede describirse con cinco fenómenos vigentes:

1. Incorporación de sanadores tradicionales y chamanes indígenas a centros de salud.
2. Estandarización y valorización de las prácticas culturales en salud mapuche.
3. Notificación al Ministerio de Salud de las acciones de salud indígena ejecutadas.
4. Estado amplía su oferta con “acciones de salud intercultural”.
5. Domesticación y pérdida de patrimonio cultural en salud.

Mediante estos procesos etnofágicos en salud el Estado y el Sistema de Salud en particular se apropia de la cultura (subalternizada) a través de la patrimonialización de las prácticas de salud mapuche, enriqueciendo el modelo médico hegemónico haciendo uso de su propiedad acumulativa que le permite y garantiza legitimidad (Menéndez, 1988). Este fenómeno está mediado por la medicalización como proceso propio del MMH que tiende a la expansión del modelo biomédico hacia otras áreas problemáticas del proceso salud/enfermedad como lo es la terapéutica indígena, con la finalidad de ser normatizadas para el control social e ideológico de dichos procesos sociales de los subalternos.

En términos políticos y de seguridad este “dispositivo intercultural” se torna en una “protección inmunitaria” precisamente para asimilar y neutralizar al diferente respecto de alguna amenaza a la integridad estatal como lo es, en el caso mapuche, la demanda por autonomía<sup>17</sup>. Roberto Espósito refiriendo a *inmunitas*, señala que la lucha contra la amenaza del diferente no se realiza mediante la contraposición formal sino mediante el rodeo y la neutralización (Espósito, 2005) que en este caso se realiza a través de la política de

<sup>16</sup> El autor plantea entre otros una superación al enfoque patogénico en salud centrado en la enfermedad, sino en las condiciones y posibilidades de los individuos y grupos de promover su salud (Antonovsky, *op.cit*)

<sup>17</sup> Esto explica en parte las formas que toma la represión y criminalización de la protesta social mapuche frente a la movilización social por demandas estructurales al Estado chileno como lo es la tierra y la autonomía. Más información en <http://www.mapuexpress.net/> Última consulta: 30/08/13

salud multicultural. Tal como la práctica médica de la vacunación en relación con el cuerpo del individuo, la inmunización del cuerpo político funciona introduciendo dentro de él una mínima cantidad de la misma sustancia patógena de la cual quiere protegerlo, y así bloquea y contradice su desarrollo natural (Espósito, 2006:75).

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

Este nuevo escenario de políticas multiculturales en salud plantea desafíos a las organizaciones mapuche en salud y a la política mapuche que requiere un necesario proceso de reflexión y análisis que fije las líneas de una política de salud propia, una carta de navegación que establezca las orientaciones y prioridades en salud en base a un análisis colectivo que permita perfilar además una conducción sanitaria autónoma acorde a los distintos territorios, en diálogo con el Estado y la política de salud oficial. Un análisis desde organizaciones mapuche en salud debiera incluir como ejes: i) situación de salud actual, ii) procesos protectores y agresores de la salud en los territorios, iii) recursos locales en salud, iv) modelo de gestión, atención y financiamiento en salud en la actualidad, v) relación operativa con servicios de salud oficiales y relación estratégico-política con la política de salud, vi) programas de salud en ejecución en el territorio: propios y desde la política oficial, vii) niveles de autonomía/dependencia para la ejecución de programas de salud, viii) implementación de acciones de salud autónomas desde las organizaciones indígenas.

Esto permitiría pensar un proyecto político en salud en base un análisis colectivo que se inscriba en un escenario de progresiva autonomía política mapuche; una política situada bajo un propio paradigma y concepción de lo social y con una clara definición del rol del Estado y sus obligaciones en tanto garante del derecho a la salud. Una política de salud propia devendrá de un análisis de las correlaciones de fuerza con los distintos actores del campo de la salud; considerará las orientaciones y programas sanitarios definidos como prioritarios al interior de los límites epistemológicos, políticos, económicos, territoriales, conceptuales y de

situación de salud. Ello como resultante de complejas mediaciones entre el Estado y el pueblo Mapuche organizado, en diálogo con su contexto mayor (incluyendo la política oficial de seguridad social) que permita generar programas de largo y mediano plazo para abordar la situación de salud de manera organizada y reflexiva para la promoción y prevención en salud, así como para la atención a la enfermedad desde las perspectivas y modelos teóricos y técnicos consensuados.

La reflexión en salud desde la organización indígena determinará, entre otros, si las políticas de salud intercultural actuales y sus posibles efectos en la capacidad de autonomía en salud mapuche corresponderán a un estadio de maduración para una política de salud autónoma, o bien son un dispositivo que continuará transformando y despojando de la práctica y la capacidad propia de generar salud mediante inéditas formas de domesticación del poder mapuche en salud. El pensar en salud definirá además si desde el pueblo Mapuche se continuará administrando la atención oficial de los padecimientos desde la óptica del mercado y la jerga neoliberal (Ej: “prestaciones de salud”, “valorización de prestaciones”, “percapitalización”, etc) por medio de las probadas tecnologías biomédicas del sistema de salud que promueven la alienación y mantiene a los equipos de salud patológicamente burocratizados (Testa, 1995:70). O bien se optará, entre otros, por un abordaje estratégico en salud, situado en la diversidad de conocimientos y prácticas afincados actualmente en el territorio que implique que las organizaciones mapuche en salud se constituyan como “actor colectivo”<sup>18</sup> portadores de recursos de poder en salud y de principios intrínsecos de reciprocidad y solidaridad, capaz de insertarse colaborativamente en el campo de la salud pública.

Pensar en autonomía en salud implica problematizar modelos de gestión, atención y financiamiento a la salud que excedan la mera administración de servicios médicos por delegación, lo cual es funcional a la lógica

<sup>18</sup> La noción de “actor” hace referencia a sujetos individuales o colectivos que, en una situación determinada, controlan recursos de poder suficientes como para influir de forma significativa en los acontecimientos que conforman esa situación (Rovere, 1993).

neoliberal de reducción del Estado y la precarización del sistema público de salud encarnado en una “enfermología pública” o salud pública convencional (Granda, 2004) en permanente crisis dado el agotamiento del modelo biologicista de atención en su ineficacia e incompreensión para dar respuesta a numerosos problemas de salud de las poblaciones (Menéndez, 2003; Silva Paim & Almeida-Filho, 2000). Esta enfermología pública se basa en el supuesto filosófico de la enfermedad y muerte como punto de partida de la explicación en salud, en el método positivista centrado en la medición del riesgo de enfermar, así como en el reconocimiento del poder del Estado como privilegiado para la prevención de la enfermedad (Granda, *op.cit*).

Cualquier propuesta debe tender a la defensa de la salud y la vida atendiendo su determinación socio-histórica y cultural; centrada en promover la salud por medio de la práctica reflexiva y estratégica que genere una gestión democrática o co-gestión en salud más allá de la administración de la cura, es decir, sobre un modelo que visibilice y fortalezca los “procesos protectores” que han posibilitado la reproducción social mapuche hasta la actualidad, aún en contextos de agresión socioterritorial y vigencia de prácticas y políticas neocoloniales en tanto determinación social en salud mapuche.

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

Desde la salud colectiva es imperativo promover el libre ejercicio de derechos colectivos en salud de los pueblos originarios y el análisis de sus determinaciones sanitarias de tal forma que se constituyan y fortalezcan en tanto actores de la política, es decir, construyendo un proyecto de política de salud propia que evite el tutelaje que promueve la interculturalidad *light* sin el reconocimiento de derechos políticos ni espacios para la emancipación en salud. La salud colectiva, al incorporar en su campo “aquellas prácticas emancipadoras y desafiantes a las lógicas dominantes de orden capitalista” (Zaldúa, 2013:10) se inscribe en el apoyo militante a procesos autónomos para el desarrollo de propuestas sanitarias innovadoras de cara a la efectivización del derecho a la autonomía indígena en salud y aquellos consagrados en instrumentos internacionales como la

Declaración de Derechos de los Pueblos Indígenas y el Convenio 169 de la OIT.

Es deber del pensamiento crítico en salud denunciar la patrimonialización estatal de bienes culturales en salud mediante prácticas salutofágicas como lo es la notificación de acciones de salud indígena en tanto dispositivos de asimilación de la diferencia cultural a través del discurso de la interculturalidad. Se requiere asimismo la incorporación de la noción de “interculturalidad crítica” frente a los procesos asimilacionistas de los colectivos indígenas, entendida como una herramienta pedagógica que pone en cuestionamiento continuo la racialización, subalternización e inferiorización y sus patrones de poder (Walsh, *op.cit*:92). Todo lo anterior con un profundo sentido transformador de la realidad social, de sus estructuras de determinación que inciden en la vida y la salud apostando a la refundación de los Estados latinoamericanos. Es decir, que reconozca jurídica y políticamente la multiplicidad de pueblos y nacionalidades que lo conforman en el ejercicio pleno de sus derechos, tales como el derecho a la salud propia; así como el reconocer la pluralidad de conocimientos, modelos explicativos e iniciativas indígenas para abordar el proceso salud/enfermedad/atención de manera autónoma.

La promoción de procesos autonómicos en salud basados en los principios de reciprocidad y solidaridad que son parte de la raigambre contra-hegemónica latinoamericana que se ha propuesto ser una alternativa a vieja la salud pública convencional cooptada por las políticas de salud de corte neoliberal, hoy enriquecidas con discurso intercultural. Ello implica el promover la integración de diversos actores y poderes al campo de la salud colectiva, más allá del Estado, a “movimientos sociales que promueven la salud, controlan socialmente el cumplimiento de los deberes encomendados al Estado, luchan por su democratización y entran en acuerdos-desacuerdos con los poderes supra e infra-nacionales” (Granda, *op.cit*).

Es necesario renovar preguntas de cara a estos vigorosos procesos de multiculturalismo en salud, ¿cómo no deslindarnos del análisis de los procesos político sanitarios y exotizar lo que hoy se presenta como

evidente o como una acción afirmativa en salud? ¿De qué manera se analizan con sentido crítico a los procesos que modelan servicios, ideas y prácticas en

todos los espacios donde se reproduce salud, se generan enfermedades y, por de pronto, donde se rehabilitan y curan padecimientos entendidos en toda su amplitud?

## Referencias bibliográficas

- ANTILEO, E. (2012) "Migración mapuche y continuidad colonial" En: *Historia, colonialismo y resistencia en el país mapuche*. Temuco: Ediciones Comunidad de Historia Mapuche.
- ANTONOVSKY, A. (1996) "The salutogenic model as a theory to guide health promotion". *Health Promot Int.* 1996; 11: 11-18.
- BOCCARA, G. (2004) "Del Buen Gobierno en Territorio Mapuche: Notas acerca de una experiencia en salud complementaria" *Cuad. Antropología Social*, jul./dic. 2004, no.20, p.113-129.
- BOCCARA, G. & BOLADOS, P. (2008) "¿Dominar a través de la participación? El neoindigenismo en el Chile de la posdictadura." *Memoria Americana. Cuadernos de Etnohistoria* 16.2 (2008): 167-196. En línea: [http://www.seccionetnohistoria.com.ar/memoam/Memoria\\_Americana\\_16.pdf](http://www.seccionetnohistoria.com.ar/memoam/Memoria_Americana_16.pdf) Última consulta: 30/08/13.
- BREILH, J. (2008). "Una Perspectiva Emancipadora de la Investigación y Acción, Basada en la Determinación Social de la Salud". En Taller latinoamericano de medicina Social. México, 29 de septiembre al 3 de octubre, 2008.
- BREILH, J. (2003). *Epidemiología Crítica, Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar.
- BREILH, J. (1994). Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología. Quito, Ecuador: Centro de Estudios y Asesoría en Salud.
- CAMPOS, G. W. de Sousa (1998). "Equipos matriciales de referencia y apoyo especializado: Un ensayo sobre reorganización del trabajo en salud". Disponible en <http://www.alames.org/documentos/equipos.pdf> Última consulta: 29/08/13
- CAMPOS, G. W. de Sousa (2001). *Gestión en salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- CITARELLA, L. (comp). (2000). *Medicinas y Culturas en la Araucanía*. Santiago: Sudamericana.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) (2008) Informe final: "Subsanar las desigualdades en una generación", Ginebra: OMS.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFÍA (CEPAL/CELADE) (2012). *Desigualdades territoriales y exclusión social del pueblo mapuche en Chile: Situación en la comuna de Ercilla desde un enfoque de derechos*. Santiago: CELADE/CEPAL, 2012.
- CUYUL, A (2012). "Salud intercultural y patrimonialización de la salud mapuche en Chile" En: *Historia, colonialismo y resistencia en el país mapuche*. Temuco: Ediciones Comunidad de Historia Mapuche.
- DÍAZ-POLANCO, H. (1991). *Autonomía regional: La autodeterminación de los pueblos indios*. México D.F: Siglo XXI, 1991.
- DÍAZ-POLANCO, H. (2003). *La rebelión zapatista y la autonomía*. México: Fondo de Cultura Económica.
- ESPÓSITO, R. (2005). *Immunitas: protección y negación de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu.
- ESPÓSITO, R. (2006). *Bios, biopolítica y filosofía*. Buenos Aires: Amorrortu.
- FOUCAULT, M. (1995). *Historia de la Sexualidad T.1 La Voluntad de Saber*. México: Siglo XXI.
- GRANDA, E. (2004). "¿A qué llamamos salud colectiva hoy?" *Revista Cubana de Salud Pública [Internet]* v.30, n.2. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30\\_2\\_04/spu09204.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_2_04/spu09204.htm) Última consulta 29/08/13
- HUAIQUIMIL, L. y QUIDEL, J. (1998) *Conocimientos y vivencias de dos familias wenteche sobre medicina mapuche*. Centro de Estudios Socioculturales de la Universidad Católica de Temuco, Temuco, Chile.
- IBACACHE, J y LEIGHTON, A. (2006) "Estrategias Comunitarias y Autonomía Multicultural. Un Aporte desde la Salud Colectiva". Disponible en <http://goo.gl/1h1fpj> Última consulta: 29/08/13.

- JAULIN, R. (1973). *La paz blanca, Introducción al etnocidio*. Buenos Aires: Tiempo contemporáneo.
- KRIEGER N. y col.(2010). “¿Who, and what, causes health inequities? Reflections on emerging debates from an exploratory Latin American/North American workshop”. *Journal of Epidemiology Community Health*, June 2010, pp. 1-3.
- LAURELL, A. C. (1982). “La salud-enfermedad como proceso social”, *Cuadernos Médico Sociales*, n°19, enero, 1982, pp. 1-11.
- LÓPEZ O, ESCUDERO J.C. & CARMONA L.D. “Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano sobre determinantes sociales de ALAMES”. *Medicina Social*, 2008, vol. 3, num. 4, pp. 323-335.
- MARIMAN, P(1996) “Elementos de historia mapuche”. Centro de Documentación Mapuche Ñuke Mapu. Disponible en <http://tinyurl.com/ctoap5k> Ultima consulta: 29/11/12
- MENÉNDEZ, E. (1988). “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria”, *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, pp. 451- 464.
- MENÉNDEZ, E. (1990). *Morir de alcohol*. México: Alianza.
- MENÉNDEZ, E. (2003). “Modelos de Atención de los Padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas, *Ciencia y saúde colectiva*. Vol 8, N°1, p.185-207.
- MENÉNDEZ, E. (2006). “Interculturalidad, diferencias y antropología “at home”. Algunas cuestiones metodológicas”. En Fernández G. *Salud e interculturalidad en América Latina, antropología de la salud y crítica intercultural*, Quito: Abya Yala.
- MENÉNDEZ, E. (2008). “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria”, *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, pp 451- 464. Buenos Aires.
- MINISTERIO DE SALUD (MINSAL) CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFÍA (CELADE/CEPAL) (2010). *Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la provincia de Arauco*. Santiago: MINSAL.
- MINISTERIO DE SALUD (MINSAL), Servicio de Salud Araucanía Sur (2012) “Mapuche tañu itrofil kimün”, *Revista de Salud Intercultural*, N°11 año 4. Temuco: Minsal.
- QUIJANO, A. (2000). “Colonialidad del poder y clasificación social”, *Journal of world system research*, VI, 2, 342-386, 2000. Disponible en <http://tinyurl.com/cswbfrx> Ultima consulta: 29/08/13
- RAMIREZ, S. (2009). “La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico. Epidemiología socio-cultural indígena quechua de la ciudad de Potosí”. *Salud Colectiva*, Vol. 5, Núm. 1, enero-abril, 2009, pp. 63-85.
- ROSEN, G (1986). “¿Qué es la medicina social?”, en *De la policía médica a la medicina social*, México: S XXI editores.
- ROVERE, M. (1993). *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. Washington: Paltex/OPS.
- SÁEZ, M. (2008). “Interculturalidad y extensión de la cobertura de la protección social en salud trabajadores agrícolas y pueblos indígenas. Protección en salud a pueblos indígenas e interculturalidad” Disponible en <http://biblioteca.programaeurosocial.eu/PDF/Salud/Modulo9.pdf> Ultima consulta: 29/08/13
- SÁEZ, M. (2007). “Salud y Pueblos Indígenas: Políticas, Programas y Planes en un proceso de negociación y acuerdos” Presentación en Seminario-Taller Pueblos Indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado? CEPAL, Santiago de Chile, 25 y 26 de junio de 2007. Disponible en: <http://tinyurl.com/c2p5lxs> Ultima Consulta: 29/08/13.
- SEGUEL, A. (2003). *Basurales en comunidades mapuche: un conflicto latente en la región de la araucanía*. Observatorio Latinoamericano de Conflictos Ambientales, Santiago: OLCA.
- SILVA PAIM, J. y Almeida Filho, N. (2000). *A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva*, Salvador de Bahía: Casa da Saúde.
- SILVA PAIM, J. (2006). *Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI*. Buenos Aires: Lugar
- TESTA, M. (1995). *Pensamiento estratégico y lógica de programación (el caso de la salud)*. Buenos Aires: Lugar.
- TETELBOIN, C. (2003). *La transformación neoliberal del sistema de salud. Chile: 1973-1990. Reformas de primera generación*. México: UAM-X.
- WALSH, C. (2000). “Interculturalidad, Reformas Constitucionales y Pluralismos Jurídico”, *Derechos Colectivos y Administración de Justicia Indígena*, Universidad Abierta Simón Bolívar. Disponible en <http://tinyurl.com/o8bwms3> Ultima consulta: 19/01/14.
- WALSH, C. (2010). “Interculturalidad crítica y educación intercultural” En Viaña J et al. *Construyendo interculturalidad crítica*. III/CAB, Lima, 2010.
- ZALDÚA, G. (2013). “El campo de la salud colectiva: deudas, deseos y demandas”. *Revista. Topía*, año XXIII, n 68, agosto 2013, Buenos Aires.

### Websites

- Gobierno de Chile. Instituto Nacional de Estadísticas (INE) <http://www.ine.cl/>
- Comunicación Mapuche Mapuexpress <http://www.mapuexpress.net/>
- Observatorio de Derechos Ciudadanos <http://observatorio.cl/>
- Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Servicio de Salud Araucanía Sur <https://www.araucaniasur.cl/>