

Unidad tres Articulación de la medicina indígena tradicional con la medicina convencional

La experiencia, los conocimientos y el saber de los pueblos originarios, son fuentes de primer orden para obtener respuestas efectivas a los problemas de la atención de la salud. Una de las razones más impactantes que avala a la medicina indígena tradicional, es que los pueblos indígenas, subyugados, empobrecidos y obligados a abandonar su cultura a lo largo de varios siglos, tuvieron capacidad para sobrevivir, y lo hicieron hallando refugio en elementos trascendentales de su cultura, como es la medicina indígena tradicional. Los conocimientos de este sistema de salud se transmitieron de labios a oído, de padres a hijos, de terapeutas a aspirantes. El enfoque de complementariedad intercultural puede significar superar las grandes barreras que existen en la atención de la salud de los pueblos indígenas.

3.1 Bases conceptuales y condiciones para la armonización

Enfoques de la armonización

Un hecho notorio ocurre con los indígenas emigrados hacia las urbes, donde, en las entrañas de esas ciudades, los indígenas llegan a manejar formas de doble identidad; la de la sociedad moderna que los acoge y la suya propia; esta última, es la que en su intimidad reproduce, vivencia y auxilia sus prácticas y cuidados de salud más inmediatos, rememorando las prácticas médicas tradicionales de sus comunidades de origen. Pareciera que estos emigrados son los primeros que a nivel casero integran los sistemas médicos convencional y tradicional.



Comparación de las cualidades de la medicina científica y la medicina indígena

Cualidad	Medicina científica	Medicina indígena tradicional
<p><i>Agente de salud</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Idioma - Raza - Género - Formación - Clase social - Selección 	<p>Médico, farmacéutico de bata</p> <ul style="list-style-type: none"> - español u otro - blanca o mestiza - varón y mujer - universitaria +especialización - burguesa o capa media - élite social y económica 	<p>Terapeuta tradicional, especialistas</p> <ul style="list-style-type: none"> - indígena más idioma ritual - indígena, a veces mestiza - varón y mujer, generalmente varón - Bajo tutela de un maestro terapeuta - pobre, a veces de clan elegido - pruebas de iniciación, tradición
<p>Establecimiento</p> <p>Lugar de la atención</p> <p>Horario de atención</p> <p>Costo de la atención</p> <p>Medicamentación</p> <p>Duración de la cura</p>	<p>Público, privado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centro salud, hospital o consultorio médico - fijo, rígido, diurno, días hábiles (de otro modo se paga más) - Caro, pago en efectivo ó Seguro - farmacología química comercial - Rápida 	<p>Privado, al servicio de la comunidad</p> <ul style="list-style-type: none"> - hogar del enfermo (dedicación exclusiva) - día y de noche - accesible, en dinero o en especie - medicina natural, terapia tradicional -Lenta



Paradigma	Biológico fragmentario, causa-efecto	Desequilibrio cosmovisivo. Integral
Causa enfermedad	- gérmenes, virus, bacterias	- desequilibrio personal, ecológico, religioso, psíquico, moral
Núcleo de intereses	- superficial y físico y por sección corporal (fragmentación biológica)	- integral, profundo, espiritual
Trato verbal	- interrogatorio individual corto	- conversación, diálogo integrador con familia, requiere más tiempo
Instrumental	- Estetoscopio, manómetro, balanzas, tallímetro	- bordón, banco, examen visual
Sistema de diagnóstico	- Laboratorio, análisis clínico, cirugía	- Diagnóstico en plantas, animales o sueño.
Diagnóstico final	- somático	- psicósomático-espiritual integrado
Terapia	- individual	- individual, familiar y comunitario
Dieta	- alimentos costosos	- dietas, alimentos tradicionales
Medicamentos	- farmacéutica, costosos	- hierbas medicinales, ritual, amuletos para previsión / protección. Accesible
Religiosidad	- ausente	- cosmovisión, espiritualidad, ritos
Actitudes		
Del paciente al médico/terapeuta	- con temor	- confianza, respeto, fe (paciente individual o colectivo)
Del médico/terapeuta al paciente	- objetividad, cientificismo	- simpatía, servicio
Del médico/terapeuta hacia la comunidad	- segregación	- integrador/equilibrador, consejo, liderazgo

Fuente: Adaptado de OPS, Serie Salud Indígena No. 7: “Memoria del Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud”. 1996: p. 20.

Los estudios antropológicos y de la etnomedicina vienen validando la visión que fundamenta la medicina ancestral, que los fenómenos de salud-enfermedad ocurren y deben entenderse



dentro de las especificidades de la cultura material y espiritual. La OPS, señala que a partir del reconocimiento de la vigencia de los pueblos indígenas, se incorporan nuevas dimensiones de análisis de la problemática de salud indígena, así las cosas, la salud indígena es el foco donde concurren muchos otros temas como: derechos humanos, democracia, desarrollo, medio ambiente, comprensión de la cultura, identidad y cosmovisión de estos pueblos a partir de una revisión de la historia⁵⁴.

No se puede dar armonización entre ambos sistemas de salud sin considerar los requerimientos de la interculturalidad. Ella da sentido a principios básicos de la atención en salud como la equidad, que es un concepto aplicable en su esencia, pero se deben considerar los diferentes atributos que determinan la exclusión de una población específica como los indígenas. Entre ellos tienen impacto: el umbral de pobreza, el nivel educacional, el sexo, la edad, el grupo étnico, el monolingüismo en su idioma nativo, y la discapacidad física. Estas características pueden reforzarse, combinarse de diversas maneras y manifestarse en diversos grados de exclusión. Por ejemplo, la forma más crítica de exclusión resulta en el caso de una persona que es pobre, analfabeta, de género femenino, en edad reproductiva, indígena, que habla idioma indígena y es además discapacitada⁵⁵.

Ocurre que en ese contexto, el concepto de equidad, a menudo, está relacionado con el de universalidad. Sin embargo, el concepto de universalidad “homogeniza” a la población y determina la formulación de criterios similares, pasando por alto las necesidades diferentes o discrepantes de grupos poblacionales diversos. Mientras la “equidad” es universal, “no toda universalidad es equitativa”. Como resultado, la universalidad puede ser inadecuada si reemplaza el concepto de equidad. La equidad implica la distribución en conformidad con las características y las necesidades especiales de cada individuo y de cada grupo sin exclusión. La universalidad, por su parte, es insuficiente para satisfacer las necesidades y las prioridades de las poblaciones indígenas o de otros pueblos específicos⁵⁶.

Los gobiernos nacionales reconocen tanto la contribución del conocimiento, las prácticas, los recursos y las terapias indígenas a la salud de la población, como la necesidad de encontrar estrategias y espacios adecuados para fortalecerlos y generar una relación respetuosa y complementaria de éstos con los sistemas de salud oficiales.

En ese sentido, el enfoque intercultural de la salud es una de las estrategias para mejorar el acceso y la calidad de la atención y la promoción de la salud, es también una de las estrategias para proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y tener mayor control de sus vidas. El tema de la interculturalidad ha traspasado los límites de la educación y empieza a asentarse en el ámbito de la salud. La discusión y acciones en torno a la problemática de salud y pueblos indígenas, ha generado al menos cuatro enfoques⁵⁷:

⁵⁴ Rojas, Rocío/OPS. *Crecer Sanitos: Estrategias, metodologías e instrumentos para investigar y comprender la salud de los niños indígenas*. Washington, USA. 2003.

⁵⁵ OPS-OMS, *Serie de los Pueblos Indígenas* No. 24. “Armonización de los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud convencional en las Américas: Lineamientos estratégicos para la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la atención primaria de salud”. 2003, p. 17.

⁵⁶ Rojas, R. y Shuqair, citado por Rojas, Rocío. Op. Cit. 2003.

⁵⁷ Pedreros, Malva. Ponencia “Interculturalidad en salud: reflexiones en torno a la situación en el norte de Chile”, en OPS, *Serie Salud de los Pueblos Indígenas*. Primer encuentro nacional salud y pueblos indígenas: hacia una política nacional intercultural en salud. Chile, 200?



1. El que surge al interior de los servicios oficiales de salud, se asume liberal y declara que los usuarios son iguales, sean éstos indígenas o no indígenas. Bajo esa premisa rechazan cualquier posibilidad de considerar las especificidades culturales y sociales de la población indígena, a la hora de definir e implementar programas de salud.
2. El enfoque que señala que hay “variables culturales” en los indígenas que condicionan la situación crítica de la salud. Dichas variables son vistas más como barreras a superar que como una potencialidad a desarrollar. En ese sentido, se tiende a una instrumentalización de elementos culturales, de forma que el problema se centra a nivel de la comunicación. Se trata de mejorar tales relaciones, exigiendo a los pacientes indígenas una adherencia absoluta y total a los programas que se implementan.
3. El enfoque de algunas organizaciones indígenas, que plantean el rescate y la revalorización de la medicina tradicional. Se pone énfasis en el sistema de salud como elemento de identidad étnica; sin embargo, olvida que los indígenas de hoy no son los mismos de antes, que no existe una única identidad indígena, existe un pueblo disperso que se posesiona en distintos pisos ecológicos y, según donde se poseione, se identifica como indígena o como campesino.
4. El enfoque que busca articulaciones entre el sistema médico indígena y el sistema médico oficial. Busca desarrollar espacios interculturales para el desarrollo regional con un enfoque sectorial. Asume que existe una interrelación práctica entre los problemas de salud y los distintos elementos del desarrollo social.

Requerimientos para la armonización

El analfabetismo, la pobreza, el desempleo, la carencia de tierra y territorio, las altas tasas de morbilidad por causas evitables y las grandes limitantes de acceso y utilización de los servicios por barreras geográficas, económicas y culturales, son problemas que afectan a la mayoría de comunidades indígenas. Sobre ese contexto, parece claro que para que ocurra la armonización de los sistemas de salud, existen varios requerimientos⁵⁸:

1. Despojarse de las pretensiones de objetividad y universalismo del sistema médico oficial.
2. En tanto que la población dispone y utiliza distintos elementos terapéuticos provenientes de diversas tradiciones culturales, se requiere de una visión pluralista al interior del sistema. Las opciones terapéuticas de la gente son, por decirlo de alguna forma, “democráticas”, y el sistema debe ser consecuente con esta realidad.
3. Desprenderse del autoritarismo que implica el querer conocer los sistemas indígenas con el fin de desestructurarlos aún más en función de la búsqueda de éxito de los propios programas de salud. Ésa es condición indispensable para devolver a la gente la capacidad y el poder de decidir sobre sus procesos de salud-enfermedad.
4. La interculturalidad es una oportunidad para que el sistema médico oficial también aprenda del sistema médico indígena y que este último pueda aportarle al primero conceptos y herramientas que permitan mejorarlo. Hay que asumir que el sistema médico oficial no es el

⁵⁸ Pedreros, Malva, op. cit.



único llamado a “salvar” a los pueblos indígenas, incorporándolos a sus propios referentes, a sus ideas de modernidad, de conocimiento científico, de universalismo, sino que es posible que también se aprenda del sistema indígena.

3.2 Armonización de la medicina indígena tradicional y la medicina biológica

Los indígenas saben que no todos los problemas de la salud se pueden solucionar con los tratamientos tradicionales, reconocen sus limitaciones. Se enfrentan a enfermedades desconocidas como el SIDA, respecto a las cuales tienen limitada experiencia. Aunque son efectivos en el tratamiento de enfermedades culturales, los terapeutas tradicionales a menudo reconocen la necesidad de referir sus pacientes a los servicios de atención de salud oficiales. La medicina oficial es efectiva en los males somáticos, pero falla en los culturales. Ambos sistemas tienen vacíos, pero pueden llegar a ser complementarias y la experiencia lo confirma, cuando el paciente, luego de la visita al médico de bata blanca, lleva primero el medicamento occidental al terapeuta tradicional para que éste lo bendiga.

Se ha indicado en la sección anterior que, en las poblaciones indígenas concentradas en pequeños poblados, coexisten ambas prácticas y se tiende a disponer de una variedad de opciones. El siguiente cuadro demuestra las opciones posibles:

Opciones atención de la salud en caso una dolencia

La decisión pasa por la evaluación de algunas de las siguientes opciones

1. Automedicación
 - Automedicación por consejo de los familiares y amistades
 - Acudir a fármacos conocidos o recomendados
 - Acude a las hierbas medicinales conocidas o recomendadas
2. Opción de la medicina convencional, biológica o científica
 - Consulta al médico especialista
 - Consulta al farmacéutico
 - Consulta a otro personal de salud
3. Opción de la medicina popular
 - Consulta a terapeutas empíricos (medicina popular)
 - sobador
 - curandero
 - huesero
4. Opción de la medicina tradicional indígena
 - Consulta al terapeuta indígena
 - Consulta a los auxiliares de la jerarquía del terapeuta tradicional indígena
5. Combinar opciones



La articulación de las medicinas tradicionales a la salud pública es un terreno que arde con enfrentamientos dogmáticos, intereses largamente establecidos y territorios airadamente disputados. Hace falta reconocer que los extremos son imprecisos, existe la idea de que hay espacios fijos y delimitados, que serían la medicina tradicional y la medicina occidental, pero están desbordadas por todos los lados, porque por principio, las medicinas son dinámicas, evolucionan, agregan nuevos conocimientos, modifican otros, abandonan los que considera obsoletos. Inclusive, existen medicinas tradicionales y no una medicina tradicional (hay diferentes manifestaciones y marcos conceptuales, aún en un mismo territorio nacional). Por el lado de la medicina moderna, también se están asimilando muchas prácticas no alopáticas. La medicina moderna es, ella misma, heredera de medicinas tradicionales de varios orígenes (desde celta hasta árabe) y se nutrió también de los conocimientos botánicos de los shamanes americanos.

3.3 Buenas prácticas en armonización en América Latina

En esta sesión se van a revisar algunos casos que ilustran avances en la armonización de los sistemas de salud convencionales y de las poblaciones indígenas. Algunos son iniciativas de los pueblos indígenas en tanto que otros son del Estado. La armonización y articulación deben darse en un clima de mutuo respeto.

Bolivia

Las experiencias de salud intercultural son ocasionales o nulas. Algunas de ellas han surgido de la iniciativa de los pueblos indígenas, se trata de casos de inserción de terapeutas indígenas kallawayas, hueseros y matronas junto a los médicos, enfermeras y obstetras, con limitada combinación de recursos. Algunas experiencias de esa naturaleza se han dado en Redención Pampa y Zudáñez en Chuquisaca; Ancoraimes, Puerto Pérez y Cohoni, Chanca, en La Paz; Tiraque, Punata y Raqaypampa en Cochabamba, Vallegrande en Santa Cruz, y Uges I y VI en Tarija⁵⁹. Entre acciones de apoyo, se refiere a METRABOL, la implementación de una base de datos sobre plantas medicinales. Entre las decisiones administrativas de gran impacto, figura la decisión gubernamental del 6 de febrero de 2006, por la cual se transforma la Dirección Nacional de Medicina Tradicional Indígena en el Vice Ministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad. Que constituye la avanzada latinoamericana en cuanto a institucionalización de políticas públicas sobre medicina tradicional.

Costa Rica

En 1996 se realizaron algunas actividades interculturales con terapeutas Awapa de Talamanca en visita al sistema de salud pública. Los terapeutas participaron en la rutina médica en el Hospital del Niño en San José, fueron capacitados en medicina convencional básica y recibieron algunos instrumentos médicos y medicamentos básicos. En otra referencia, la Caja Costarricense de Seguro Social destinó un espacio para la eventual consulta de

⁵⁹ Pérez: op. cit. p. 235-236.



terapeutas indígenas y la atención herbolaria en la Clínica de Suretka, Talamanca. Hay varias organizaciones sobre medicina tradicional, principalmente de cultivo y distribución de plantas medicinales, en la que los huétares hallaron cierta especialidad. También hay una variedad de proyectos a cargo de comités de mujeres en Ujarrás, Talamanca, Quitirrisí, que se dedican a elaborar productos medicinales en territorios indígenas.

Ecuador

A partir de 1986, a iniciativa de la Federación Indígena y Campesina de Imbabura, se crea el Área de Salud Jambi Huasi en Otavalo. La organización administra varios centros de salud “Jambi Huasi” donde se proporciona atención de medicina general, odontológica, obstétrica; combinando la atención de especialistas de la medicina occidental y con un equipo de terapeutas indígenas que incluye Yachac, fregador (sobador), partera.

La experiencia es un ejemplo de buena práctica que demuestra la factibilidad de atención intercultural de la salud, en tanto que ofrece la posibilidad de que el paciente, ante un malestar determinado, puede elegir si le atiende el médico convencional ó el terapeuta tradicional yachaj. Igualmente, en el nivel de la atención de medicamentos, además de los medicamentos farmacéuticos tiene opción a las plantas medicinales y tratamientos tradicionales. La atención que se proporciona es bilingüe, quichua-castellano. El servicio oferta precios módicos por cada atención y permite la opción de visita a las comunidades. La iniciativa es dirigida por una sociedad basada en la solidaridad, la comunidad, el humanismo, el reconocimiento y el respeto a la diversidad cultural y étnica. El personal está compuesto por profesionales indígenas y terapeutas tradicionales indígenas. Además de la atención de salud, organiza capacitaciones en aspectos de salud y actividades de promoción en coordinación con el gobierno y asociaciones comunales indígenas.

Guatemala

Médicos Descalzos de Guatemala está abocada al desarrollo endógeno de la Medicina Tradicional en las áreas rurales. Se propone rescatar los conocimientos tradicionales en salud herbolaria, mejorar la accesibilidad del primer nivel de atención con la incorporación de la medicina natural herbolaria de acceso local. También pretende aumentar la participación comunitaria en la resolución de los problemas básicos de salud y promueven la articulación entre los actores de la medicina tradicional y el sistema integral de atención en salud⁶⁰.

Otra experiencia consolidada es la de la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud, ASECSA, que difunde servicios interculturales en varios municipios indígenas, siendo una de sus actividades más sobresalientes la capacitación. Actúan básicamente a través de organizaciones de base como COSPREK, APROSADSE y APROSADEC.

También son destacables los proyectos de la Asociación CDRO para el fortalecimiento de la medicina indígena y sobre todo la diseminación de medicamentos indígenas mediante la red de farmacias de CDRO.

⁶⁰ http://www.eco-index.org/search/pdfs/248report_1.pdf



Nicaragua

En las Regiones Autónomas de la Costa Caribe de Nicaragua, la Comisión de Salud del Consejo Regional con el apoyo de diversas entidades con la Universidad URACCAN y el Ministerio de Salud, implementa un modelo de salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte, en cooperación con la Comisión de Salud del Consejo Regional Autónomo, CIES y el SILAIS- RAAN. El proyecto tiene un fuerte énfasis en capacitación y formación de recursos humanos. Otras experiencias son la de CECALI en el área de Estelí y las acciones del Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunal con labores en prevención de la salud, letrinas y hierbas medicinales e investigación en etnomedicina.

Perú

Health Unlimited⁶¹ desde 1997 con iniciativas en la región quechua de Ayacucho, desarrolla e implementa centros de atención de salud, Jampi huasi, ayudan a formar comités de salud y capacitan auxiliares de salud y apoyan la participación comunitaria en los problemas de salud. También se promueve la salud materno infantil y la mejora alimentaria, la creación de ambientes culturalmente apropiados para el parto en los centros de salud del Ministerio de Salud, también acciones en la salud mental, en medicina tradicional y plantas medicinales.

Otra experiencia es la implementación de recintos anexos para el parto tradicional asistido por parteras, en los centros de salud del Ministerio de Salud en algunos poblados de Sicuani y Paucartambo. El componente de capacitación es importante, particularmente la dirigida a las parteras y promotores de salud. El otro ingrediente es la participación comunitaria en la solución de problemas de salud.

Desde 1990 operaba en el Perú el Instituto de Medicina Tradicional Perú, INMETRA, el cual se transformó en el año 2006 en el Centro Nacional de Salud Intercultural, CENSI, es órgano autónomo dedicado a la investigación científica en medicina tradicional. Hay una red de instituciones con las cuales opera. Es destacable el Programa de Salud Indígena de la organización indígena amazónica AIDSESEP y del Centro de Cultural Indias Chirapaq en comunidades andinas.

El camino a recorrer está en manos de ambos sistemas de salud. Algunos tramos en el campo académico ya han sido emprendidos, como es el caso de la iniciativa del Prof. Víctor Reyna⁶², Profesor de química de la Universidad de Lima, quién comparó los resultados de la “soba del cuy” con diagnósticos radiográficos de los pacientes, demostrando así el alto índice de coherencia entre el método empírico tradicional y las técnicas modernas. Este tipo de validaciones permiten avanzar más rápido en la ruta.

México

Se refieren dos experiencias, una del Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS, en gran parte del territorio mexicano, y otra de los consultorios interculturales en el área de Chiapas.

⁶¹ <http://www.healthunlimited.org/peru/index.htm>

⁶² Reyna Pinedo, Víctor. *La soba del cuy en la medicina tradicional peruana*, 2ª ed., Lima, Perú, 2002.



También resalta la producción intelectual del colectivo YOPALTLI integrado por destacados médicos, antropólogos y biólogos especialmente del Departamento de Antropología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

En Chiapas, el proceso organizativo de los médicos indígenas es muy amplio, destaca la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas, OMIECH, con sede en San Cristóbal de las Casas, cuyo museo de la medicina indígena es una experiencia sistematizada loable. Destaca también el Consejo de Organizaciones de Médicos y Parteras Indígenas de Chiapas, COMPICH, que agrupa a varias organizaciones del Estado.

En la mayoría de los 60 pueblos indígenas existen organizaciones de médicos tradicionales que han realizado varios foros a nivel nacional, en la que han expuesto su problemática y han reivindicado los derechos para el libre ejercicio de la medicina indígena.

El Colegio del Sur, en San Cristóbal de las Casas, por su parte, dispone de uno de los herbarios más completos con más de 3,000 plantas silvestres comestibles de dicha región.



Caso de Buena práctica

Ejemplo de aplicación del modelo integral de salud en el Hospital Makewe-pelale (Mapuche, Chile)⁶³

Este estudio de caso trata de la experiencia de complementariedad en salud en un territorio mapuche de la provincia de Cautín, IX Región Araucanía, Chile.

El sector Makewe-Pelale cuenta con una superficie de 200 km² y consiste de 80 comunidades mapuches, 90% de las cuales pertenecen al pueblo Mapuche. Sus habitantes son prioritariamente pequeños agricultores con un promedio de sólo 1,5 hectáreas per cápita, en ellos se dedican a la siembra de trigo, la chacra, hortalizas y si tienen suficiente espacio crían animales. Desde algunos años, muchos de los habitantes cultivan lupino para exportar a Europa. Las comunidades de Makewe-Pelale tienen una larga historia de relación con instituciones ajenas, a través de la presencia en el sector por más de cien años de la Misión Anglicana. Las comunidades entregaron un total de 285 hectáreas a la Misión para la fundación de una escuela, una iglesia y un dispensario de salud. El recinto actual del hospital fue fundado en 1926, perteneciente en aquel entonces a la Sociedad Misionera Sudamericana, dependiente de la Iglesia Anglicana. Desde sus inicios, el hospital fue financiado por los misioneros, quienes eran los agentes en el aprovisionamiento de los recursos físicos y humanos para hacerse cargo de la “atención occidental profesional” de la salud.

Cabe destacar la influencia de la Misión en las comunidades, por ejemplo, el profesor de la escuela llegaba a tener más autoridad que el *logko* (dirigente tradicional), en la escuela enseñaban español y menospreciaban el *mapuchezugun* (idioma mapuche), en el hospital y en la iglesia desvalorizaban y muchas veces satanizaban a la figura más importante en la salud y espiritualidad mapuche, la *machi* (persona que se dedica a la medicina mapuche, consejería social, cultural y espiritual). Actualmente el sector sólo cuenta con dos *logko* (líder sociopolítico y en gran parte también religioso del pueblo mapuche). Ambos colaboran en la Asociación Indígena para la salud Makewe-Pelale. No obstante, la presencia e influencia de la Misión Anglicana, las *machis*, juegan todavía un rol fundamental en el fortalecimiento de la identidad cultural y espiritual, y por consiguiente en la salud de la población del sector.

Desde el punto de vista mapuche existe una gran riqueza de recursos humanos en lo que se refiere a la salud, pues hay al menos 11 *machis*, 6 de ellas mantienen vínculo con el hospital a través de la referencia y contrareferencia de enfermos, mediante la participación en ceremonias tradicionales desarrolladas por el hospital y también como docentes de cursos de Salud y Pensamiento Mapuche que ofrece la Asociación. Además, el hospital se coordina con dos *gütamchefe* (que tratan problemas de los huesos y articulaciones) y con varios quebradores de empacho y *bawehtuchefe* (que sanan con yerbas medicinales). También existe en la mayoría de las familias un conocimiento importante en medicina casera, donde se complementan yerbas medicinales con medicamentos básicos y existen criterios de derivación a la medicina occidental o a la medicina mapuche. También se ha implementado una farmacia integral, donde están presentes los medicamentos occidentales junto a productos elaborados con hierbas medicinales recolectadas en el mismo territorio, asistido por un modo de entrega bilingüe.

Historia del hospital: El hospital se fundó en 1895 como un dispensario de salud, pero debido a la creciente necesidad de atención llegó, en 1925, a convertirse en un hospital con 35 camas para enfermos crónicos de tuberculosis y enfermos con patología general. El Hospital cuenta también con un consultorio externo y atendía a las poblaciones de Padre Las Casas, Temuco, Freire, Nueva imperial y Puerto Saavedra. En 1962, se estableció el convenio con el Servicio Nacional de Salud de Araucanía Sur, en el cual se acordó una subvención destinada

⁶³ Adaptado a partir de OPS-OMS, Serie Salud de los Pueblos Indígenas No 16. p. 69-70.



a financiar el funcionamiento del hospital. Con el tiempo la labor de los misioneros cesó, la Sociedad Anglicana dejó la administración, lo que repercutió en el financiamiento. En el año 1993 el hospital sufrió una gran crisis económica existiendo por parte de los dueños el deseo de cerrarlo. En esa oportunidad las 92 comunidades mapuche junto con el personal del hospital se reunieron en un gran encuentro con el fin de impedir el cierre. A partir del 1 de marzo de 1999, una organización mapuche, la Asociación Indígena para la Salud Makewe-Pelale que representa unas 2100 personas firmó un convenio con el Servicio Salud Araucanía Sur y se hizo cargo de la administración del hospital.

La Asociación funciona con un Directorio que se reúne todos los meses y tiene una asamblea general cada 3 meses, además, trabaja bajo la asesoría de un grupo de sabios de la comunidad que aconseja y orienta en la política de salud del territorio, tanto en la parte administrativa como en la técnica de la salud. La Asociación se ha propuesto llevar a cabo un Modelo Intercultural de Atención en Salud para resolver el problema de salud de sus usuarios a través del fortalecimiento de los recursos locales, considerando distintas concepciones de salud-enfermedad, y apoyando la complementación de la medicina occidental con la medicina mapuche, ya que donde se encuentra inserto el hospital se da una multiculturalidad con una serie de sistemas médicos interrelacionados (bio-médico, indígena y popular). También son objetivos importantes de la asociación el fortalecimiento de la identidad mapuche, que las autoridades mapuches sean valoradas, que se controle la riqueza cultural del sector y el fortalecimiento de la dignidad mapuche en la atención de salud.

Servicios de salud en el territorio de Makewe-Pelale

La red de servicios está formada por una estructura occidental compuesta por:

i) Ocho estaciones médicas rurales donde acuden un equipo médico una vez al mes para la atención de morbilidad y programas de salud materno-infantil; ii) Dos postas de salud con un auxiliar paramédico permanente que desarrolla programas de prevención de salud y atención de morbilidad básica. Recibe también la visita mensual de un equipo de salud de los municipios de Freire y Padre de las Casas; iii) El hospital Makewe-Pelale, con una complejidad nivel 4 desde el punto de vista del Ministerio de Salud, además de las complejidades propias como por ejemplo: la derivación de enfermos entre especialistas mapuche y el equipo de salud, modelos de trabajo con familias y escuelas; participación permanente de la comunidad en la gestión y atención de salud. El hospital tiene 30 trabajadores, la mitad de las cuales son de origen mapuche. El recurso humano se estructura de la siguiente manera: 1 médico director técnico, 1 director administrativo, 1 médico tratante, 1 dentista, 3 profesionales de matronería, 1 kinesióloga, 6 auxiliares paramédicos, 4 auxiliares de servicio, 3 secretarías, 3 manipuladores de alimentos, 3 choferes, un ayudante dental. Su capacidad es de 35 camas de hospitalización y un policlínico externo. Desde marzo de 1999, el hospital complementa las diferentes redes de salud existentes en el territorio. La población potencial que atiende se estima en 20.000 personas las que deben caminar hasta 14 Km. para llegar al hospital, algunos se movilizan en carretas tiradas por bueyes o caballo, en bus, bicicleta o automóviles particulares.

Fuente: adaptado de OPS, *Serie Salud de los Pueblos Indígenas* No. 16, Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud: el Caso mapuche de Makewe-Pelale de Chile. p. 8-12.

Perfil de un caso típico de atención en el Hospital Makewe Pelale

Historial de la atención primaria de salud.

Nombre: I.C.M.

Sexo: Masculino.

Edad: 31 años

Domicilio: Sector Plom, Makewe, Araucaria, Chile



Antecedentes mórbidos:

1984:	Picadura araña párpado superior
1987:	Sarna
1997:	Mialgias y calambres muslo derecho
Diciembre 1997:	Faringitis aguda, herpangina
Diciembre 1998:	Cefalea, hipertensión
Abril 1999:	Trismus, absceso amigdaliano. Hospitalización en Makewe-Pelale. Dado de alta tras 5 días de tratamiento.
Octubre 1999:	Cólicos intestinales

Dolencia o enfermedad actual: Consulta en policlínico externo, Hospital Makewe-Pelale el día 25 de octubre de 1999.

¿Por qué ha venido usted hoy?: “vengo porque siento una inflamación del corazón y por una hinchazón en el vacío del estómago hace dos semanas. El corazón trabaja muy rápido”.

¿Por qué cree que le sucedió esto?: *“Esto fue por un gas de la tierra que entró al cuerpo y se fue al corazón”. “Yo estaba trabajando con la pala haciendo un hoyo en la tierra cuando siento que algo me sube. Era un lugar con un geh. Es una enfermedad llamada Newen (lit. fuerza) Mapu (lit. tierra), forma de expresar un espacio determinado en el universo) Kusan (lit. enfermedad)”.*

El enfermo es examinado y se constatan signos vitales normales y examen físico normal. Se indican: vitaminas, yerbas medicinales (romero) y se deriva a una *machi* (persona que se dedica a la medicina mapuche, consejera social, cultural y espiritual). Se cita a control en un mes.

Vuelve a control el 16 de noviembre de 1999:

Se siente mejor pero continúa con algunas molestias.

Fue la *machi* quién diagnosticó “*newen mapu kusan*” (enfermedad producida por una fuerza de un lugar determinado).

(En el lugar que él trabajaba con la pala haciendo un hoyo era un lugar sagrado y el *geh* o “dueño del lugar” actuó sobre él).

La *machi* le indicó que tomara yerbas medicinales por cuatro días y control en el hospital para efectuar exámenes. En esa consulta se le indican exámenes de laboratorio básicos (hemogramas – VHS y EKG) y continuar tratamiento con la *machi*.



Bibliografía

Borge, Carlos. *Etnografía de la salud en el territorio indígena de Talamanca*. SEDER. San José Costa Rica. 1997.

Bozzoli, María E. *Especialistas en la medicina aborigen Bribri*. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. 1982.

Car, Glendy; Eder, Karin, García Pú, Manuela. *La Herencia de las abuelas y los abuelos en la medicina indígena maya*. ASECSA. Guatemala, 2005.

Eder, Karin, Car, Glendy. *Modelo de la medicina indígena maya en Guatemala. Expresiones del modelo en el grupo étnico Q'eqchi'*. ASECSA. Primera Edición. Guatemala, 2004.

Eder, Karin. García Pú, María Manuela. *Modelo de la Medicina indígena Maya en Guatemala. Investigación participativa en Sipacapa, San Marcos, San Martín Jilotepeque, Chimaltenango y San Jaun Ixcay, Huehuetenango*. ASECSA-DED. Segunda Edición, Guatemala, 2003.

Fernández Juárez, Gerardo. “Médicos y yatiris. Salud e Interculturalidad en el Altiplano Aymara”. *CIPA Cuadernos de investigación* No. 51. La Paz, Bolivia, 1999.

Pérez Chiriboga, Isabel. *Espíritus de Vida y Muerte: Los Miskitu hondureños en época de guerra*. Edit. Guaymuras, Tegucigalpa, 2002.

Fiona Bristow/Health Unlimited y la London School of Hygiene and Tropical Medicine. “Utz' Wach'il: La Salud y el Bienestar de las Comunidades Autóctonas”. <http://www.healthunlimited.org>

Floripe Fajardo, Alejandro. Altamirano Molina, Vilma. *Plantas que curan*, 1ª. Edición. CECALLI-IMPRIMATUR. Managua, Nicaragua, 1998.

Instituto Indigenista Interamericano. *La Coca... Tradición, Rito, Identidad*. Ed. Instituto Indigenista Interamericano, México, 1989.

Mabit, Jacques-Centro Takiwasi. “Articulación de las medicinas tradicionales y occidentales: el reto de la coherencia”. Seminario-Taller regional sobre políticas y experiencias en Salud e Interculturalidad. Quito, Ecuador, 2004

OPS, *Serie Informes Técnicos*, No. 6. “Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de salud tradicionales Organización y provisión de servicios de salud en poblaciones multiculturales”.

OPS, *Serie Salud Indígena*, No. 7. “Memoria del Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud”. 1996.

OPS, *Serie Informes Técnicos*, No. 16. “Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud: El caso de los mapuche de Makewe-Pelale de Chile”.

OPS, *Serie Informes Técnicos*, No. 13. “Sistemas de salud tradicionales en América Latina y el Caribe: Información de base”.

OPS, *Serie de los Pueblos Indígenas*, No. 15. “Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud: El caso de los maya de Guatemala”.

OPS, *Serie de los Pueblos Indígenas*, No. 24. “Armonización de los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud convencional en las Américas: Lineamientos estratégicos para



la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la atención primaria de salud”.

OPS, *Serie Salud de los Pueblos Indígenas*, No. 18. “Promoción de la medicina y práctica indígenas en la atención primaria de salud: el caso de los Quechua del Perú”. OPS, 2001.

Quintero, Blas. *Los ngöbe y el manejo de los recursos naturales*. Panamá, ACUN. s/f.

Rojas, Rocío/OPS, *Lineamientos estratégicos para la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la atención primaria de salud*. OPS, 2001.

Rojas, Rocío/OPS. *Crece sanitos. Estrategias, metodologías e instrumentos para investigar y comprender la salud de los niños indígenas*. Washington, USA, 2003.

URACCAN. *El modelo de salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte de la Costa Caribe Nicaragüense*. Imprimatur, Managua, Nicaragua, 1998.

Van der Laat, Carlos. *Hacia la construcción de servicios de salud específicos: Análisis de los determinantes de la salud, basado en la perspectiva de la población indígena cabécar de Chirripó*. UCR, San José, Costa Rica, 2005.

Werner, David. *Donde no hay doctor*. Edit. Centro Bartolomé de las Casas. Cusco, Perú.



