

**Desarrollo de un Sistema de Información Integral
de Salud Intercultural**
Rakin Mongen Filu Lawen Pu che

**Ana María Oyarce
Rubén Sánchez Curihuentro
Antonio Huircan**

Centro de Salud Intercultural Boroa Filu Lawen
Comuna de Nueva Imperial, Región de la Araucanía, Chile



Este documento forma parte de las actividades realizadas en el marco del Convenio de colaboración entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), a través del CELADE-División de Población de la CEPAL. Fue elaborado por Ana María Oyarce, consultora del CELADE; Rubén Sánchez, consultor OPS; y Antonio Huircan, Director del Centro de Salud Boroa Filu Lawen, Nueva Imperial, Chile. Este estudio corresponde al volumen 4 de la serie "Enfoque étnico en las fuentes de datos y estadísticas de salud".

La construcción del sistema en su formato computacional estuvo a cargo de Rubén Sánchez y Jorge Galleguillos. Carlos Huircan y Rolando Curiqueo (encargados de administración del Centro de Salud) facilitaron y apoyaron en sus aspectos logísticos el proceso de construcción del mismo. Un aporte fundamental en la sistematización y clasificación de los diagnósticos occidentales fue entregado por el Dr. Mario Reyes Ortiz, especialista en salud pública.

Agradecemos la valiosa participación para la construcción del Sistema de Carolina Manque, Marisol Melillán, Gloria Nancuqueo, Enrique Pichicón, Florinda Concha, Abelino Pichicon, Marcela Nahuelhuen y Rosa Barboza, todos ellos pertenecientes al pueblo mapuche y parte del equipo del Centro de Salud Boroa Filu Lawen. Finalmente agradecemos los valiosos aportes de Fabiana Del Popolo (CELADE), Alejandro Giusti (OPS), Malva Pedreros (CELADE), Bruno Ribotta (CELADE), y Cristina Torres (OPS) en la revisión de este documento, así como la colaboración de Vivian Doll y Fernando Arce.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

LC/W.300

Copyright © Naciones Unidas, octubre de 2010. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

Índice

Resumen.....	5
I. Antecedentes	7
II. El contexto latinoamericano, el pueblo mapuche y la experiencia del Centro de Salud Boroa Filu Lawen.....	9
A. El reconocimiento de los pueblos indígenas y del pluralismo médico.....	9
B. Antecedentes sobre el pueblo Mapuche.....	10
C. Sistemas médicos e interculturalidad en la Región de la Araucanía.....	11
D. Algunos conceptos para comprender la medicina y salud mapuche.....	13
III. El Centro de Salud Intercultural y Complementario de Boroa Filu Lawen	15
IV. El sistema integral de información en salud intercultural: <i>Rakin Mongen Boroa Filu lawen Pu Che.</i>	19
A. Metodología.....	20
1. Orientaciones conceptuales metodológicas.....	20
2. Etapas y actividades en la construcción del sistema de información SIISI	21
3. El proceso de diseño del Sistema de Información Integral en Salud Intercultural SIISI/ <i>Rakin Mongen Boroa Filu Lawen Pu Che</i>	22
B. Las interfases del Sistema de Información Integral en Salud Intercultural (SIISI)/ <i>Rakin Mongen Filu Lawen Pu Che</i>	31
1. Estado actual del sistema	31
2. Descripción de las interfases del Sistema de Información Integral en Salud Intercultural (SIISI).....	31
V. Conclusiones de la fase de construcción de la primera versión del Sistema de Información Integral en Salud Intercultural SIISI, denominado <i>Rakin Mongen Filu Lawen Pu Che</i>	43
VI. Bibliografía	45

Índice de cuadros y diagramas

Cuadro 1	Sistemas médicos que coexisten en la Araucanía.....	12
Cuadro 2	Diagnósticos, categorías, causalidad y procedimientos terapéuticos de las Kuxan (enfermedades mapuches) de Boroa Filu Lawen	17
Cuadro 3	Ejemplo de normalización y estandarización y clasificación CIE 10.....	25
Cuadro 4	Ejemplo: diagnósticos registrados, traducción y principios de clasificación	26
Cuadro 5	Ejemplo de consenso y reconceptualización de categorías:.....	29
Diagrama 1	Descripción de Actividades en las etapas del SIISI / <i>Rakin Mongen Boroa Filu Lawen Pu Che</i>	22
Diagrama 2	Esquema del proceso de diseño SIISI / <i>Rakin Mongen Filu Lawen Pu Che</i>	30

Índice de figuras

Figura 1	Ingreso al Sistema	32
Figura 2	Usuario y Clave.....	32
Figura 3	Módulo de Ingreso de Datos.....	33
Figura 4	Administración del sistema	33
Figura 5	Atención de salud – Identificación	34
Figura 6	Vivienda - Ruka.....	35
Figura 7	Territorio - Mapu	36
Figura 8	Medicina Occidental – Wingka Lawen.....	37
Figura 9	Medicina Mapuche – Mapuche Lawen	38
Figura 10	Actividades Colectivas de Salud.....	40
Figura 11	Informes y Estadística	40

Resumen

El Sistema Integral de Información en Salud Intercultural denominado *Rakin Mongen Boroa Filu lawen Pu Che* tuvo como objetivo apoyar el registro de las atenciones y gestión del Centro de Salud de Boroa Filu lawen en sus aspectos interculturales y complementarios. En lo conceptual, el sistema abarca dos dimensiones: por una parte la complementación de estadísticas de atención de salud convencionales occidentales con las atenciones propias de la medicina mapuche; y por otra parte, incorpora aspectos (variables) que permiten abarcar el concepto de salud integral mapuche, es decir, la salud interrelacionada con otros aspectos de la vida como la identidad, mantención de la cultura, vínculo con el mapu o territorio y actividades colectivas, entre otros.

Los dos ejes claves en el desarrollo del sistema fueron la capacitación continua y el diálogo intercultural, que permitió el desarrollo de categorías de enfermedad y tratamiento mapuche consensuadas por los propios miembros del centro de salud.

Hasta el momento se ha diseñado la base del sistema informático incorporado el Sistema Integral de Información en Salud Intercultural denominado *Rakin Mongen Boroa Filu lawen Pu Che*, con datos de salud normalizados en el año 2007 y con al menos un período de 12 de los nuevos datos (variables que recuperan las dimensiones socio-cultural y de medicina mapuche), contando con un diagnóstico basal de atenciones y de morbilidad occidental y mapuche del sector.

Se está en el proceso de normalización de los datos recogidos durante 2007 y de ingresar los datos de 2008, con las nuevas variables que recuperan las dimensiones culturales y la medicina mapuche, si bien ya se ha logrado una primera versión del sistema validado por los dirigentes del centro de salud y entregado a la directiva del Centro de Salud y comunidad. No obstante, esta versión, llamada técnicamente beta, constituye una etapa inicial que debe ponerse a prueba. Además se requiere ingresar nuevos datos durante un período de tiempo suficiente para ver algunos resultados y para diseñar el módulo de procesamiento de datos, en concordancia con lo requerido por el Servicio de Salud Araucanía Sur.

I. Antecedentes

El apoyo al Centro de Salud Intercultural de Boroa Filu Lawen (Imperial, Región de la Araucanía, Chile) se enmarca en los objetivos generales del proyecto “Enfoque étnico en las fuentes de datos y estadísticas vitales” implementado por la OPS y el CELADE/CEPAL. Específicamente tiene relación con el desarrollo de propuestas para la inclusión del enfoque étnico en las fuentes de datos de salud, y se basa en propuestas y líneas de continuidad surgidas de las recomendaciones del taller binacional sobre esta temática, en torno a apoyar experiencias concretas en La Araucanía¹. Asimismo, es el cuarto volumen de una serie de publicaciones sobre el enfoque étnico en las fuentes de datos y registros de salud (Del Popolo, 2008; Oyarce y Del Popolo, 2008; y Oyarce, 2008).

La experiencia consiste en el desarrollo de un registro integral de apoyo al modelo de salud intercultural, en sus dos dimensiones: estadísticas oficiales y estadísticas de atenciones en medicina mapuche. En lo operacional, la elaboración, el diseño y la implementación de este sistema de registro integral se focaliza en: a) la incorporación de variables de diferenciación étnica consensuadas con el pueblo mapuche en las estadísticas convencionales de salud; y b) el desarrollo participativo, colectivo e intercultural de un sistema de registro (instrumentos y base de datos) para captar las modalidades de atención y prácticas de medicina mapuche que se otorgan en este centro de salud.

Si bien originalmente se pensó en construir una base de datos, durante el proceso se fue perfilando la necesidad de implementar un sistema de información automatizado para que los administradores del sistema no requieran de formación avanzada en manejo de estadísticas o informática.

Antes de entrar a describir el Centro de Salud y el sistema propiamente tal, hay que destacar que todas las categorías del mismo fueron construidas de manera colectiva e intercultural. Con lo único con que se contaba era con un registro de atenciones diarias de medicina occidental. Así, después de tres meses de trabajo, se ha arribado a una versión de la estructura del sistema integral de información intercultural consensuado con el equipo de trabajo de Boroa Filu Lawen, denominado provisoriamente *Rakin Boroa Filu Lawen Mongen Pu che*, en su versión beta; es decir una primera versión completa de la estructura del programa, que si bien es todavía inestable, es útil para una prueba de usuario con el fin de identificar problemas técnicos, operativos y de comprensión. Dado que es una versión preliminar, se han incluido todos los tópicos, separados en tres módulos independientes: administración, ingreso y proceso.

¹ Enfoque étnico en las fuentes de datos en salud: experiencias en el área del pueblo mapuche de Chile y Argentina. Recomendaciones para su desarrollo futuro en el contexto de las Américas. 2008. OPS-CELADE

De manera consistente con una metodología que privilegia lo indígena y local, el equipo de trabajo intercultural e interdisciplinarios estuvo conformado principalmente por personas mapuches como Rubén Sánchez, experto en sistemas de información, Antonio Huircan, director del Centro de Salud y Carolina Manque, asistente social y directora técnica del Centro de de Salud; Además se contó con la participación de Enrique Pichicón, Gloria Ñancuqueo, Marisol Melillan encargados de la estadística y registro del Centro de Salud, así como con la colaboración de Honorino Pichicona, (*ragiñelwe raniwe*), Florinda Concha (*lawentuchefe*) y las *machi* Marcela Nahuelhuen y Rosa Barboza que realizan la atención de medicina mapuche. Una de las características de este equipo es que son personas mapuches de comunidades del sector, lo que asegura la sustentabilidad en el tiempo del sistema; aspecto fundamental para la consolidación, monitoreo y evaluación del Modelo de Salud Intercultural que se esta implementando en este Centro de Salud.

En el equipo de trabajo se contó además con la antropóloga Ana María Oyarce, también de la Región de la Araucanía, quien con su vasta experiencia en el trabajo etnográfico y epidemiológico en salud indígena, coordinó el trabajo y la mediación intercultural en la construcción de las taxonomías y categorías del sistema, y la colaboración de Jorge Galleguillos, programador de sistemas.

El trabajo se realizó con la supervisión técnica de Alejandro Giusti (OPS) y Fabiana Del Popolo (CEPAL/CELADE). Finalmente cabe mencionar que se contó con la asesoría técnica respecto de los registros de estadística mensual (REM) del Departamento de Estadística del Servicio de Salud Araucanía Sur.

II. El contexto latinoamericano, el pueblo mapuche y la experiencia del Centro de Salud Boroa Filu Lawen

A. El reconocimiento de los pueblos indígenas y del pluralismo médico

Desde el momento del contacto, las prácticas discriminatorias basadas en la ideología de la superioridad de la cultura occidental y de medicina monástica que trajeron los conquistadores, fueron perfilando la posición subordinada de los pueblos indígenas en las estructuras de las sociedades latinoamericanas y consecuentemente de sus prácticas médicas, que fueron calificadas como superstición y brujería. A la vez que se consolidan los estados-naciones (siglo XIX) con su ideal de homogeneidad étnica y cultural, se promovían también políticas asimilacionistas, que en el campo de la salud significaron la negación y muchas veces desaparición de paramédicas indígenas y a la vez la expansión de la biomedicina; la que finalmente se instaura como el único sistema médico reconocido en todo el continente.

Este escenario ha cambiado en las últimas décadas, dado que la mayoría de los países ha reconocido su carácter pluriétnico y pluricultural como consecuencia de las persistentes luchas indígenas, generándose un contexto sociopolítico más propicio para el reconocimiento de los pueblos indígenas, y en lo concreto se ha consolidado un estándar mínimo de derechos de estos pueblos (CEPAL, 2007). En el plano de la salud, este avance se expresa en el reconocimiento de la diversidad cultural en salud o “pluralismo médico” que reconoce la variabilidad de sistemas médicos y prácticas de salud, así como la eficacia terapéutica de cada sistema en sus propios contextos. En lo concreto, se ha cristalizado un estándar mínimo de derechos de los pueblos indígenas en salud, orientado a promover, proteger y garantizar a) el nivel más alto de salud física y mental, mediante un acceso sin discriminación, adecuado y de calidad; b) la salud integral indígena, que incluye uso, fortalecimiento y control de la medicina tradicional, así como la protección de sus territorios como espacios vitales; y c) la participación en el diseño, implementación, gestión, administración y evaluación de las políticas y programas de salud, con énfasis en la autonomía de los recursos (CEPAL, 2008).

No obstante, el modelo biomédico, expresado a través del sistema médico oficial occidental, se ha impuesto hegemónicamente como el modelo universal; ningún sistema por sí sólo, puede dar respuesta a las necesidades de salud y bienestar de las personas de manera independientemente de su

contexto sociocultural. Lo anterior se debe a que las personas se enferman y sufren de dolencias que son construidas dentro de sistemas de conocimientos y prácticas determinados, por lo que la demanda simultánea a diversas alternativas de salud constituye una práctica casi universal.

La coexistencia y demanda a sistemas alternativos y tradicionales de salud ha sido reconocida internacionalmente, existiendo numerosas experiencias en salud internacional (algunas apoyadas por organismos como OPS y OMS), donde se ha comprobado que las iniciativas que logran mejorar el estado de salud de la población, son efectivamente las que consideran esta diversidad de prácticas de salud en el proceso de atención. Por ejemplo, se ha demostrado que la mortalidad por bronconeumonía se puede reducir cuando hay un conocimiento y comprensión de los síntomas locales de severidad y un manejo pertinente de los casos por auxiliares rurales capacitados de la comunidad (Sazawal & Black, 1992).

Esta situación de pluralismo médico, que además está ampliamente documentada en la literatura médico antropológica, es la que existe en el área del Centro de Salud de Boroa Filu Lawen, y es el fundamento para avanzar en un modelo integral, intercultural y complementario de atención de salud. En el caso de este centro de salud el escenario es favorable a esta diversidad en salud, puesto que todo el equipo técnico y auxiliar es mapuche e intercultural, transitando cotidianamente entre la cultura occidental y la indígena y entre sus dos modelos médicos.

En este sentido, el sistema de información integral que se pretende levantar debe resguardar que cada sistema médico sea lógico dentro de su marco explicativo de salud-enfermedad-sanación, y que sea complementario, es decir que las categorías de la biomedicina, de la cual la estadística es su expresión más estricta, no se imponga sobre las categorías y conceptos de la medicina mapuche.

B. Antecedentes sobre el pueblo Mapuche

El pueblo mapuche constituye una de las poblaciones indígenas más numerosas del continente; encontrándose distribuido en las regiones VIII, IX, X, XI, XII y Metropolitana en Chile, así como en las provincias de Neuquén, Río Negro, Tierra del Fuego, Chubut, Santa Cruz, La Pampa y Buenos Aires en Argentina (Cuyul, 2008). Se concibe a sí mismo como un grupo humano con características comunes definibles a partir de un sustrato cultural que le es propio y un conocimiento acumulativo y transmitido de manera oral, siendo el grupo doméstico la unidad de transmisión y reproducción biológica, social y cultural. La configuración como un pueblo *indígena*², nace y se evidencia históricamente a partir de la influencia externa ocasionada por la invasión española y luego a causa de la convivencia con las sociedades criollas chilena y argentina.

En Chile, según el Censo del año 2002, la población mapuche alcanza a 604.349 habitantes, lo que constituye un 3,9% de la población nacional. No obstante, si se considera el total de indígenas del país, los mapuches representan el 87,7% de esta población. En la Región de la Araucanía, constituyen el 39,6%, y en el área rural de la comuna de Nueva Imperial, donde se ubica el Centro de Salud Intercultural de Boroa Filu Lawen, son alrededor del 70% (INE, 2002).

Actualmente, las comunidades mapuches³ son unidades territoriales más o menos amplias, que poseen una red múltiple de lazos de parentesco, vecindad y amistad; estas relaciones definen una serie de mutuas obligaciones económicas y sociales entre las familias y los individuos (Cuyul, 2008).

² En el Artículo 1 del Convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes (1989) se establece que “los pueblos en países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas”. El concepto de pueblo se refiere al conjunto de rasgos que caracterizan a un grupo humano en cuanto a su territorio, historia, cultura y etnia, confiriéndole un sentido de identidad.

³ Conformadas por antiguos patrilinajes y que se fueron reconocidas por la ley de reducciones de fines del siglo XIX.

Según este investigador mapuche, existe una concepción integral de los vínculos sociales y culturales, materiales e inmateriales que se asientan en la *mapu* (tierra), siendo en este espacio material y simbólico de reproducción sociocultural, donde emerge y se asienta la identidad colectiva. Esta identidad mapuche, a pesar de las diferencias territoriales y de las características propias de cada asentamiento, se fundamenta en una norma ética de comportamiento y costumbres denominada *Az Mapu* (Cuyul, 2008).

C. Sistemas médicos e interculturalidad en la Región de la Araucanía

Si bien la salud y la enfermedad son experiencias universales, lo que se define por enfermedad-salud-curación difiere de una cultura a otra. Podemos entender esa variabilidad de tradiciones y prácticas médicas con el concepto de sistema médico. Esta categoría alude a un conjunto organizado de tecnologías (materias médicas: drogas, hierbas medicinales, así como procedimientos como adivinación, tratamiento, cirugía, etc.) y practicantes (médicos, enfermeras, machis, parteras, espiritistas, etc.) integrados en un sustrato ideológico (conceptos, nociones e ideas) que les otorga sentido y coherencia (Pedersen, 1989). En este contexto, tanto el sistema biomédico como el mapuche son sistemas culturales y sus bases ideológicas y prácticas tienen sentido dentro del marco sociocultural que les dio origen.

En la dimensión ideológica se puede distinguir dos elementos estructurales: axiomas (o principios basados en el modelo epistemológico que sustenta la práctica médica) y medios de validación del mismo. Por ejemplo, en la biomedicina el modelo epistemológico es cartesiano y racionalista, donde la realidad es medible y demostrable a través del método científico positivista; de esta manera uno de los métodos de validación más importante lo constituye la epidemiología con su fuerte componente estadístico. A través de diseños como ensayos clínicos, se encuentra la evidencia necesaria para aceptar o no las etiologías, factores de riesgo o asociaciones entre una variable dependiente y varias independientes. De acuerdo a esas premisas y métodos, un médico no aceptará como válido que la bronconeumonía de un niño/a mapuche fue causada por un *trafentun* (encuentro con una fuerza o espíritu de la naturaleza), sino por un virus, bacteria, hongo o cuerpo extraño que entró en el cuerpo físico y específicamente en los pulmones. También podría argumentar que la baja de peso y la falta de educación formal de la madre estuvieron asociados a esa enfermedad.

En el sistema mapuche, el modelo epistemológico es holístico (Ibacache y Kidel 2001; Marileo, 1998), donde el ser humano junto al entorno y las fuerzas que pueblan ese universo, conforman un todo indisoluble y armónico que se mantiene en equilibrio a través de la mantención del *az mapu* (código de ética que regula las relaciones de los seres humanos en ese universo). Una trasgresión de esa norma, como pasar con un niño o niña por un *menoco* (lugar de aguas estancadas donde pululan fuerzas y espíritus negativos) puede provocar un *trafentun* y eventualmente la muerte. El método de validación de ese diagnóstico (modelo) es a través de la comunicación con las divinidades en el *pewma* (sueño) o *kuymín* (trance shamánico), ya que sólo ellos pueden saber qué fue lo que enfermó al menor.

Las matrices culturales llevan su propia lógica (buscar posibles causas, terapias y prevenciones), lo que difiere son las premisas culturales en que se basan los modelos médicos y las pruebas de validación; a este respecto también hay que señalar que los sistemas de diagnóstico biomédico son sintomatológicos y dicotómicos; por el contrario, el modelo mapuche (como muchos modelos indígenas) es etiológico, continuo y presenta dimensiones multicausales que se derivan de la integralidad de las cosmovisiones indígenas. Es así cómo la madre de un menor con bronconeumonía puede comprender que entró una bacteria o un virus al cuerpo (independientemente de lo que se entienda por eso en la cultura mapuche), pero lo que se reconoce como “la verdadera causa” fue la trasgresión de un espacio, norma o conducta (Oyarce, 1998).

Esta coexistencia de sistemas médicos (ver cuadro 1) nos permite entender de una manera esquemática el contexto de pluralismo médico que se encuentra en la Araucanía y que es el resultado de los procesos de conquista, colonización y contacto que se han producido en esta región. En el área de Boroa Filu Lawen, podemos distinguir conceptualmente al menos dos sistemas: la medicina occidental o formal —derivada principalmente de la tradición hipocrática— y la medicina mapuche, practicada ancestral y distintivamente por ese grupo étnico⁴.

Como en todo intento de representación, este esquema sólo muestra los rasgos distintivos y diferenciadores de los dos sistemas médicos. En la práctica lo que existe es un *continuum* de representaciones y actividades de los dos sistemas y la gran mayoría de las personas consultan tanto la medicina oficial como la medicina mapuche e incluso otras alternativas (Oyarce, 1989). Además hay que considerar la medicina casera practicada al interior de los hogares. Todo lo anterior conforma un escenario complejo de múltiples prácticas terapéuticas en el territorio de Boroa Filu Lawen lo que representa un desafío en términos del sistema de información.

CUADRO 1
SISTEMAS MÉDICOS QUE COEXISTEN EN LA ARAUCANÍA

Característica	Medicina mapuche	Medicina oficial o científica
Origen	Ancestral	Hipócrates Medicina árabe Medicina Monástica
Sustrato ideológico	Holístico, integral basado en la armonía del hombre y el cosmos Cuerpo físico, mental, espiritual social y político integrado Énfasis en lo social ético y moral	Determinista biológico, racional: lo que existe es lo medible y demostrable Cuerpo físico separado de la mente (Descartes) Énfasis en lo biológico
Agentes	Machi Lawentufe, Ngutamchefe y otros	Médico Matrona Kinesiólogo y otros
Enfermedades	<u>Por transgresión del admapu</u> Weda kutran Kastigo kutran Kalku kutran Wekufe kutran <u>Naturales</u> Re kutran Fonwa Chafo Kom antü Chidma <u>Por contacto con el mundo occidental</u> Wingka kutran	<u>Naturales</u> TBC Diabetes mellitus Anemia Cáncer Hepatitis Asma Etc
Materia médica	Herbolaria, rituales de sustitución y psicoterapéuticos, masajes, hidroterapia y otros	Medicamentos, drogas, radioterapia, kinesioterapia, cirugía, láser y otros

Fuente: Adaptado de Oyarce, 1989.

⁴ Posiblemente, al igual que en otros sectores de la Araucanía, también se encuentren prácticas y agentes de medicina popular, que combina elementos de la medicina medieval traída por los conquistadores con prácticas indígenas pre y post colombinas, así como de otras medicina alternativas.

D. Algunos conceptos para comprender la medicina y salud mapuche

El concepto de bienestar en el mundo mapuche se expresa en los conceptos de *küime mongen*, que significa buena vida, o *küimelkalen*: estar bien. En la cosmovisión mapuche el *küimelkalen* (estar bien) no es opuesto sino complementario a *weza felen* (estar mal) El *küimelkalen* consiste en que el individuo como tal, esté en equilibrio consigo mismo y además con sus pares, su familia, sus seres más cercanos y queridos, así como con el ambiente que lo sustenta en la vida. El equilibrio de la persona, también se refleja en la armonía con su *lof* (comunidad), su entorno social, productivo, cultural, político, ambiental, territorial, religioso y cósmico. Si ese equilibrio se trastoca entonces se llega a un estado de *weza felen* (Cuyul, 2008).

En este sentido se habla de un concepto integral y holístico de bienestar. Un aspecto importante de señalar es que el concepto de salud como tal, es decir como un estado opuesto al de enfermedad, no se encuentra en el repertorio conceptual mapuche, ello porque la salud forma un todo indisoluble con todos los fenómenos de la vida misma: 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 económica, religiosa, política, educativa, histórica, etc. (Boccaro, 2004: 121).

Un segundo aspecto es que el *küimelkalen* o bienestar es un estado que se logra (o pierde) en relación a otros seres humanos y, lo que es más distintivo, con otras fuerzas y seres que pueblan el mundo mapuche. Es decir, si algo o alguien en la comunidad está en malas condiciones, si los cultivos o cosechas no son buenas, si los animales no tienen alimento suficiente, entonces la persona no se encuentra sana (Cuyul, 2008). En síntesis, este bienestar se logra por un estado de equilibrio dinámico a través de relaciones de reciprocidad y equilibrio entre los seres vivos, espirituales y fuerzas del contexto.

Aún cuando la enfermedad puede tener múltiples formas, siempre el origen proviene del comportamiento del individuo, de la familia o de la comunidad. Por ello, es en el espacio familiar donde se realizan los primeros diagnósticos y se identifican las enfermedades, proceso que se conoce como *pewütun*. Una vez realizado este proceso se procede a la aplicación de medicinas en base a hierbas medicinales, cortezas, fluidos vegetales o animales, de acuerdo al conocimiento social y empírico de las familias. Los medicamentos “occidentales” también ingresan al repertorio terapéutico al jugar un rol complementario de las prácticas tradicionales (Cuyul, 2008).

Actualmente en las comunidades mapuche y en el territorio de Boroa Filu Lawen existen varios especialistas de medicina mapuche: *machi* (shaman), *lawentuchefe* (persona que hace remedio y diagnóstico en base a hierbas medicinales), *ngütamchefe* (componedor de huesos), *médica o meika* (persona que se dedica a sanar enfermedades específicas mediante remedios naturales) y *witranpütafe* (acomodadora de bebés, que a su vez hace tareas de *püñenelchefe* o partera).

Según Cuyul (2008) algunos conceptos básicos de la salud mapuche son:

- ***Itrofillmongen***: Con este término se hace referencia al ambiente en el cual se inserta la vida de la comunidad mapuche, que contiene aspectos materiales y espirituales propios, como seres vivos, plantas y objetos inertes, los que están en constante relación con la persona, familia y comunidad de manera directa.
- ***Kimün***: Se refiere al conocimiento mapuche construido y transmitido de manera oral en las familias y comunidades mapuches. Se incluye en esta categoría el uso del *mapudungun* (lengua mapuche) y de dispositivos sociales como el *pentukun* (saludo mapuche). Se trata de un proceso dinámico y continuo que incluye la aprehensión de prácticas y préstamos culturales propios del desarrollo de la cultura mapuche y que ha permitido su subsistencia.
- ***Lawen***: Se refiere a la materia médica, es decir las hierbas medicinales, tallos y raíces que se encuentran en los espacios rurales en su estado natural, así como a los distintos preparados derivados de éstas, que se utilizan de manera cotidiana y

extraordinaria, por las familias mapuche y de manera más especializada por los sanadores mapuches⁵.

- ***Kutran***: Es la dolencia y también el dolor, se entiende como un desequilibrio de la persona y también de la familia respecto de las fuerzas en las cuales se inserta la vida en la tierra. Incluye lo social, económico y político del hecho social de la enfermedad.
- ***Küme mongen***: Término utilizado de manera amplia para referirse al estado de armonía individual o colectiva que se relaciona con al *buen vivir*. La buena vida se evalúa de manera cotidiana a partir del análisis de los aspectos socio espirituales y psico biológicos de las personas y familias.
- ***Kümelkalen/Wezafelen***: Ambos conceptos sintetizan el estado de bienestar integral, que refiere a “estar bien” o “estar mal”, respectivamente.

⁵ El estudio y la comprensión de las plantas medicinales utilizadas en la medicina tradicional no pueden separarse del contexto sociocultural del que forman parte, puesto que es éste el que, en última instancia, le otorgan el valor terapéutico (Citarella et al, 1995).

III. El Centro de Salud Intercultural y Complementario de Boroa Filu Lawen

El Centro de Salud Intercultural Boroa-Filu Lawen, ubicado en la comuna de Nueva Imperial, región de la Araucanía, es una experiencia de gestión autónoma por parte de la organización mapuche comunitaria llamada “Comité de Salud Boroa Filu Lawen” y es apoyada financieramente por el Servicio de Salud Araucanía Sur, del Ministerio de Salud de Chile. Se ubica en medio de comunidades mapuches rurales de asentamiento disperso y se localiza a unos 20 kilómetros de la ciudad de Nueva Imperial, en la Región de la Araucanía y en el área centro-sur de Chile.

Este centro se enmarca en las políticas de interculturalidad y en el creciente reconocimiento de la medicina mapuche por parte del Servicio de Salud Araucanía y del Estado chileno. Se trata de una experiencia pionera en el país y constituye uno de los mejores ejemplos de buenas prácticas en salud comunitaria intercultural, destacándose que todo el equipo de salud pertenece al pueblo mapuche.

La iniciativa surge desde el propio pueblo mapuche para reorganizar el antiguo *Lof Mapu* (organización territorial autónoma), recomponer los territorios ancestrales y rearticular las redes históricas y comunitarias del mismo; el objetivo con que nació fue enfrentar la excesiva fragmentación territorial, manteniendo la identidad y evitando la imposición de modelos externos y el debilitamiento de la propia cultura. Se trata de un proceso de reorganización mayor, donde la salud, entendida en el sentido integral, es el núcleo central.

En el año 2000 se crea un comité de salud intercultural, que consolida diversas acciones iniciadas unos años antes. Como un primer paso se inicia la construcción de una sede comunitaria, recuperando la forma y contenido de la vivienda tradicional denominada *ruka*, en la que se inician actividades de salud por medio de una ronda médica. Posteriormente se inicia la construcción de un espacio occidental, que en la sala de espera recupera la forma tradicional de la vivienda mapuche. Respecto de la medicina occidental, en este centro se cuenta con un equipo compuesto por un médico, una matrona, una trabajadora social, un dentista y dos auxiliares paramédicos que llevan a cabo los programas regulares del Ministerio de Salud.

De acuerdo con los integrantes del equipo de salud del centro que implementan la medicina mapuche, ésta se basa en el modelo de salud mapuche y está en directa relación con la cosmovisión indígena. Conceptualmente se basa en la idea de la integralidad del *che* (del ser “mapuche” o gente de la tierra); de la espiritualidad; del *kvme felen* (bienestar), del *kvme mogen* (buena vida) y del *kvme rakizuam* (buen pensamiento).

Desde este modelo se estructura un sistema particular de entender y clasificar las enfermedades, que si bien comparte en líneas generales los principios y categorías resumidos en el cuadro 1 (Coexistencia de modelos médicos en la Región de la Araucanía) presenta también particularidades locales. Al respecto hay que señalar que existen diferencias dialectales y alfabéticas⁶; sin contar con que además el propio proceso de diagnóstico es dinámico y contextual (Oyarce, 2002).



En el centro del espacio conformado por las distintas edificaciones del centro de Salud de Boroa Filu Lawen se ubica un *rewe*, lugar sagrado donde simbólicamente se une el *wenu mapu* (tierra de lo alto) y el *nag mapu* (tierra donde habitan las personas), y donde la *machi* (shaman) oficia sus ceremonias de sanación individuales y colectivas.



La sala de espera del Centro se ha construido de acuerdo al concepto circular del mundo mapuche.

Esta taxonomía de enfermedades mapuches está, obviamente, en proceso de construcción. Por ejemplo, la siguiente clasificación desarrollada por profesionales del Centro de salud Intercultural de Boroa Filu Lawen y con la que se inició el trabajo de talleres, se ha ido contrastando con las consultas y los registros, de manera de profundizar y reconceptualizar a través de un trabajo colectivo, una taxonomía de consenso, no sólo en la descripción y denotación de estos conceptos sino también en

⁶ De hecho en el cuadro 1, las enfermedades mapuches están escritas en el alfabeto unificado y en el Centro de Salud Boroa Filu Lawen se usa el alfabeto Ranguileo, por lo que también se deberá llegar a un consenso en ese aspecto.

su connotación. De manera complementaria, en la próxima fase y a medida que se vaya probando el sistema con casos reales de estas dolencias durante al menos seis meses; se podrá delimitarlas mejor y precisar algunos criterios de inclusión y exclusión de las mismas⁷.

CUADRO 2
DIAGNÓSTICOS, CATEGORÍAS, CAUSALIDAD Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS
DE LAS KUXAN (ENFERMEDADES MAPUCHES) DE BOROA FILU LAWEN

Diagnóstico	Clasificación de Enfermedades	Causalidad	Procedimientos terapéuticos
Kisu kuxan	Machi pjuv, kizu kuxan, perrimontun, konvn	Transgresión del Az mapu	Lawentuwn
Re kuxan	Wegañikon, chafo, rvle, konv antv, konv axeg	Alteraciones Frío / Calor	Amukon
Weza kuxan	Meulentun, xafentun, wen wen, fillazkan, infitun, alwekon, afvche	Newen/ pvjitun	Kvzawtun
We kuxan	Winkawvn, weñankvn		Elv zugun
Winka kuxan	Enfermedades crónicas degenerativas y otras llamadas “modernas”. Si bien no tiene una concepción mapuche, han alcanzado niveles de respuesta dentro del sistema médico mapuche		

Fuente: Presentación Carolina Manque, directora técnica del Centro de Salud Intercultural de Boroa Filu Lawen, CEPAL, 2007.

Las *Kisu kutran* se refieren a enfermedades producidas por sanciones, trasgresiones, o falta de cumplimiento de conductas esperables en autoridades mapuches. Su origen está asociado al incumplimiento de las dimensiones éticas, espirituales y políticas asociadas a roles tradicionales. Un caso frecuente es el *perimontun* (visiones de algo extraordinario) que es un signo y síntoma de que la persona ha sido elegida como *machi* (shaman).

Re kutran, que se traduce como “pura enfermedad” son un grupo de dolencias consideradas naturales, es decir sin la intervención de fuerzas o espíritus, como *chafo* (resfriado/gripe), *ali kutran* (fiebre), *kom antü* (insolación), *pechay* (diarrea) y otras.

Genéricamente se llaman *weza kutran*, o *enfermedades malas o por mal* a problemas de salud causadas por terceros (agentes, fuerzas o espíritus), debidos a envidia, trasgresiones, desequilibrios y otras razones.

Recientemente, y producto del contacto con el mundo occidental han surgido las *we kutran*, literalmente: “enfermedades nuevas”. Son, como su nombre lo indica, dolencias de origen reciente, asociadas principalmente a cambios en el ecosistema y modo de vida tradicional, como sida, depresión, entre otras.

Finalmente las *wingka kutran* son enfermedades no mapuches, también introducidas o incrementadas por el contacto con el mundo moderno y que se relacionan principalmente con cambios en la alimentación y estilo de vida, como la diabetes, hipertensión, cáncer, tuberculosis, etc.

La atención de medicina mapuche incluye a los sanadores tradicionales, como *machi* (*shaman*, intermediaria entre el hombre y las divinidades), *lawentuchefe* (médico herbolario) y *rañinelchefe* (asesor cultural). Actualmente las atenciones de promoción, tratamiento y revitalización de la identidad y la medicina mapuche se realizan en el centro y está en construcción una casa exclusiva para este tipo de atención.

⁷ En esta taxonomía se ha usado el alfabeto Rangüileo, en otros registros se ha utilizado el alfabeto unificado. Parte del proceso de consenso es decidir colectivamente qué alfabeto se usará en la versión final del sistema.

Como miembros de la cultura mapuche, los integrantes del equipo trabajan mediante consensos colectivos para lo cual realizan reuniones periódicas entre ellos y con la comunidad. En esas reuniones dan cuenta de las actividades y escuchan el consejo de los dirigentes, sobre todo de los más ancianos. Entre los temas que reconocen como difíciles para avanzar en la consolidación del modelo intercultural y complementario se encuentran las imposiciones derivadas de la política estatal que no reconoce oficialmente a la medicina mapuche y les impone instrumentos y formas de atención que no son pertinentes desde el punto de vista de la cultura. Así señalan que tienen dificultades para llevar las estadísticas oficiales y que además no existen instrumentos adecuados para reflejar la integralidad de la medicina mapuche.



La cosmovisión circular del universo y tiempo se expresa en el *kultrun* (tambor shamánico que se observa arriba a la izquierda) mientras una *machi* (*shaman*) realiza un *ulutun* (rito de sanación, diagnóstico y terapéutico).

Un aspecto especialmente conflictivo es que están obligados a valorizar las atenciones de medicina mapuche como si fueran occidentales, es decir en términos económicos; otras limitaciones son que las metas y normativas en salud vienen definidas desde el nivel central y no necesariamente responden a las necesidades de la comunidad y que en la negociación anual de los recursos no se toman en cuenta las múltiples actividades que se realizan desde la concepción de salud indígena (principalmente aquellas que son de medicina tradicional). En estos aspectos, el sistema integral de información *Rakin Filu Lawen Mongen Pu Che*, aportará no sólo al registro sino que permitirá mostrar de una manera válida para el sistema de salud oficial todas las atenciones y actividades de medicina mapuche y de salud colectiva que allí se realizan.

Finalmente, hay que señalar que tanto la directiva como el equipo humano que labora en el mismo, que como ya se dijo pertenece casi exclusivamente a la comunidad mapuche de Boroa Filu Lawen, están comprometidos con el modelo de salud y se plantean cómo avanzar y profundizar en la interculturalidad; en ese contexto, reconocen y valoran la necesidad de contar con un sistema de información al servicio del modelo, bajo su control social.

IV. El sistema integral de información en salud intercultural: *Rakin Mongen Boroa Filu lawen Pu Che*

El sistema integral de información en salud intercultural denominado *Rakin Mongen Boroa Filu Lawen Pu Che*, tiene como objetivo apoyar las atenciones y gestión del Centro de Salud de Boroa Filu Lawen, en sus aspectos interculturales y complementarios⁸; vale decir, en lo que se refiere a atención de salud desde la cultura mapuche y desde la cultura occidental. Es así cómo el sistema esta construido tratando de reflejar una perspectiva comprensiva sobre que lo que significan determinados hechos —como vida, muerte, salud, enfermedad, migración e identidad, entre otros— en el contexto de la cosmovisión o estructura cognitiva de los dos modelos médicos que allí se encuentran: el biomédico y el mapuche. Además refleja la posibilidad de atenderse en los dos sistemas de manera simultánea y/o alternada.

Como antecedente, podemos decir que para los miembros del Centro de Salud el sistema occidental está mas delimitado, pero menos entendido; por el contrario, el sistema mapuche es totalmente comprensible para las personas de Boroa Filu Lawen, pero está mucho menos estructurado y delimitado, lo que ha constituido el mayor potencial y desafío de este sistema de información.

En efecto, en el campo de la estadística, donde los eventos necesariamente deben ser altamente formalizados y muchas veces presentados de manera dicotómica en categorías y taxonomías excluyentes, constituye un tarea intercultural inédita poder consensuar descriptores mínimos que permitan conceptualizar las categorías de enfermedad, diagnósticos y terapias de un sistema como el mapuche, donde no existen categorías ya consensuadas y las que existen no corresponden al modelo occidental.

En lo conceptual, el sistema de información de salud intercultural o *Rakin Mongen Boroa Filu Lawen Pu Che* es un sistema integral ya que pretende abarcar dos dimensiones: por una parte la complementación de estadísticas de atención de salud convencionales occidentales con las atenciones propias de la medicina mapuche; y por otra parte, incorporar variables que permitan abarcar

⁸ En este sentido, un enfoque intercultural en salud por ejemplo es aquel que pretende “la negociación de significados entre personas de distintas culturas y/o la producción de nuevos significados producto de ese diálogo; que debe expresarse en acciones sanitarias concretas que reflejen las múltiples identidades y complementen las distintas tradiciones médicas (Pedrero, 2004, Oyarce y Pedrero, 2005).

el concepto de salud integral mapuche, es decir la salud interrelacionada con otros aspectos de la vida: identidad, manutención de la cultura, *mapu* o territorio, actividades colectivas y otras.

A pesar de que muchas categorías se asumen como “universales” desde el mundo occidental, al trabajar en un sistema de información en salud intercultural, una premisa básica es que entre los pueblos indígenas los conceptos occidentales pueden no existir o tener otros significados; por otra parte los propios pueblos han desarrollado categorías propias importantes de considerar. Específicamente, nos referimos a conceptos fundamentales como los de salud, enfermedad y curación; las conceptualizaciones sobre enfermedades, diagnósticos, etiologías y agentes médicos de la medicina mapuche; así como conceptos centrales de la epidemiología, como lo son las categorías de persona, tiempo y lugar. Por ejemplo: el *ulutun*, es un ritual de sanación, en sí mismo diagnóstico y terapéutico; el concepto de persona o *che* es colectivo, no individual, entre otros casos.

Antes de entrar en la descripción del sistema propiamente tal, es necesario recalcar que durante el proceso se llegó a la construcción de un sistema y no de una base de datos como se planteó originalmente. Lo anterior, como ya se dijo en la introducción se debió a que un sistema no requiere de conocimientos avanzados en estadística⁹, y por otra parte la automatización de los procesos aseguraba la sustentabilidad del mismo. Hay que considerar que todo el equipo del centro de salud está conformado por personas mapuches rurales, hablantes de *mapudungun*¹⁰. Por eso, y si bien un sistema ofrecía (y ofrece) muchas más dificultades operativas y requiere de un proceso de programación y prueba, se optó por avanzar en un producto automatizado para la producción de la información.

A. Metodología

1. Orientaciones conceptuales metodológicas

La construcción de este sistema ha sido y es un proceso flexible, interactivo y dinámico. Su desarrollo se ha orientado básicamente desde la cultura y medicina mapuche hacia la cultura y medicina occidental, en el entendido de que había que ir desarrollando paso tras paso una construcción de conocimiento nuevo, basado en la articulación y negociación de significados en torno a bienestar, salud, enfermedad y daño. En este sentido, se ha propiciado un diálogo intercultural, basado en la participación del equipo local a cargo del registro, los especialistas y el equipo asesor de CELADE /OPS, que se describe en detalle en la sección 3. b. ii de este mismo documento.

Desde el punto de vista conceptual, todo el sistema se basa en la construcción de categorías inductivas (de lo particular a lo general) elaboradas en base a datos ya existentes en los registros escritos y en la cultura oral de las personas mapuches que trabajan en el Centro de Salud (ver sección medicina occidental, medicina mapuche).

Aún cuando la elaboración de una taxonomía es, por definición, reducir datos complejos a principios esquemáticos, se ha tratado de representar el dinamismo de la cultura mapuche y su continua apropiación y readecuación de categorías en base a su propia matriz cultural. En este aspecto, la construcción del SIISI se ha dado de manera secuencial e interactiva, contrastando las variables y categorías propuestas con la realidad concreta de los registros de atenciones. Proceso que a su vez ha ido retroalimentado las nuevas variables, poniendo el énfasis en la validez de las categorías y diagnósticos propuestos.

En consecuencia, este sistema de información integral e intercultural que articula e integra distintos enfoques de salud es cualitativamente diferente a todos los sistemas de registro del sistema de

⁹ Como centro de salud del sistema nacional, se les exige llevar una estadística de atenciones realizadas, sin que se haya contado con una capacitación técnica sistemática para tal fin.

¹⁰ El universo cognitivo de los integrantes del centro se encuentra estructurado en torno a esa lengua y cultura, donde no existe este tipo de tecnología computacional y el sistema de comprensión del entorno y su ordenamiento sigue una lógica de pensamiento muy diferente al modelo occidental que rige los sistemas de estadísticas convencionales.

salud oficial y a la vez pretende ser una contribución conceptual y metodológica a la demanda creciente de información debida al auge de los modelos de salud intercultural en Chile y en América Latina. El desafío final es diseñar un sistema de registro más flexible y permeable que los convencionales a la realidad cultural del usuario y que, al mismo tiempo, cumpla con las necesidades de registro del sistema oficial de salud.

2. Etapas y actividades en la construcción del sistema de información SIISI

En el proceso de construcción del SIISI se pueden diferenciar tres etapas (ver diagrama 1). La etapa inicial comenzó en julio del año 2007 y abarcó seis meses. Lógicamente, las actividades se focalizaron en el diseño y puesta en marcha de un primer sistema. En esa etapa fue crucial la capacitación en estadística básica y bases de datos, así como la revisión de todas las formas de registro que se mantenían en el Centro de Salud de Boroa Filu Lawen (aproximadamente 10 talleres sesiones). Este proceso dio como resultado una primera propuesta de clasificación de enfermedades occidentales según las atenciones de los programas, las que se incorporaron a una primera propuesta de sistema.

De manera complementaria, en esta fase se reflexionó sobre el modelo de salud del Centro Intercultural y sobre la medicina mapuche; se revisaron los conceptos de enfermedad que ya se habían sistematizado en una categorización que el equipo de Boroa ya había consensuado (ver cuadro 2) y se diseñaron las posibles categorías para su ingreso en el sistema. El producto que se logró mediante estas actividades fue el diseño de un sistema de información básico que contenía categorías y variables de prueba para registrar las acciones de la medicina occidental y mapuche. En esta etapa se contaba sólo con un equipo portátil y el sistema no estaba instalado operativamente en el Centro por falta de soporte computacional.

La segunda etapa, que se inició en septiembre del año 2008 y duró cuatro meses, se centró en la prueba, evaluación, ampliación y rediseño del sistema, profundizándose el proceso anterior. Un aspecto fundamental de esta etapa fue la normalización y estandarización de los registros, a partir de los cuales se rediseñó la mascarilla del sistema y se automatizó con el Sistema de Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE 10.

Se inició el proceso de ingreso de datos básicos al sistema en la sección de medicina occidental y se sentaron las bases para un manual de operaciones del mismo. En la sección de medicina mapuche, las tareas se orientaron a consensuar categorías de enfermedades y actividades que describieran la amplitud del trabajo realizado por la médica herbolaria y el asesor cultural. La revisión de los registros desarrollados durante tres meses por estos especialistas, y reuniones del equipo coordinador con ellos permitieron generar una nueva clasificación de enfermedades y actividades de la medicina mapuche.

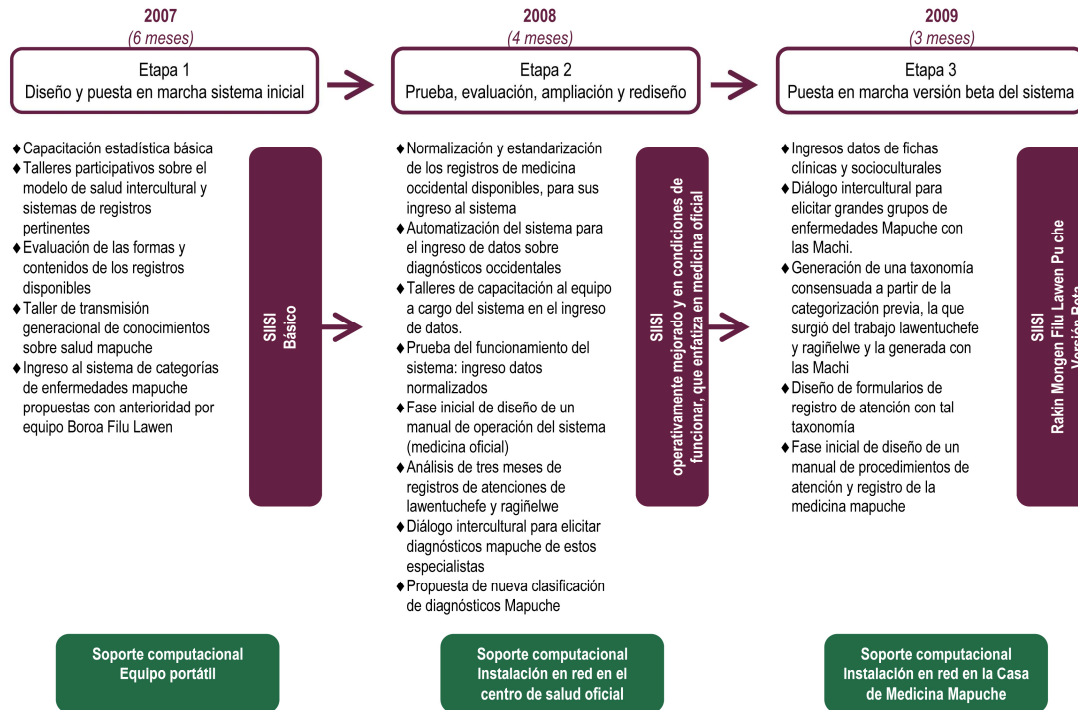
Como resultado de esta etapa se contó con el Sistema Integral de Información en Salud Intercultural Rakin Mongen Filu Lawen Pu Che, mejorado y en condiciones de funcionar, sobre todo en el aspecto de la medicina oficial. En esta etapa se instalaron tres terminales de computación en red en el centro de salud occidental donde se llevan los programas oficiales del Servicio de Salud Araucanía y del Ministerio de Salud.

En la tercera etapa, desde octubre a diciembre del año 2009, se puso en marcha la versión beta del SIISI, se inició el ingreso de datos desde las fichas clínicas, cubriendo alrededor del 90% de los usuarios y comenzó además el ingreso de datos de variables socioculturales de aproximadamente 300 usuarios. Por otra parte, se trabajó en forma individual con las dos machi que atienden en el centro de salud Boroa Filu Lawen, en la explicitación de los principios de las diferentes clasificaciones y se describieron las enfermedades, contrastándolas con casos reales del registro, de manera que la taxonomía representara de la mejor forma los datos empíricos (validez); a partir de eso se reordenaron los categorías diagnósticas (vale decir los grandes grupos de enfermedades de la taxonomía originaria, las de la *lawentuchefe* (médica herbolaria), *ragiñelwe* (asesor intercultural) y *machi (shamán)*, arribando a una taxonomía de consenso que consta de seis grandes grupos de

enfermedades que fueron incorporados al sistema (ver descripción de proceso). En esta etapa se inició el ingreso de datos de medicina mapuche. El producto de esta etapa es el sistema en su versión beta para la prueba del mismo.

Como soporte computacional se instaló un terminal en la casa de medicina mapuche inaugurada durante el 2009, lo que permite acceder al SIISI en red.

DIAGRAMA 1
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES EN LAS ETAPAS DEL
SIISI/RAKIN MONGEN BORO A FILU LAWEN PU CHE^a



Fuente: Elaboración propia

^a Debido al limitado presupuesto con que se contó y, como se aprecia en el Diagrama 1, las etapas duraron seis, cuatro y tres meses respectivamente. En total el sistema fue diseñado y puesto en marcha en 11 meses calendario.

3. El proceso de diseño del Sistema de Información Integral en Salud Intercultural SIISI/Rakin Mongen Boroa Filu Lawen Pu Che

a) Conceptos claves: diálogo intercultural, capacitación y participación

El proceso de construcción de este sistema requirió desarrollar una buena comunicación intercultural entre el equipo asesor, el equipo encargado de los registros y los agentes de medicina mapuche. Si bien existen diversas visiones respecto de los significados e implicancias del concepto interculturalidad, la idea central en ellas es la existencia de al menos dos culturas en relación; culturas en las que se establecen orientaciones cognoscitivas que se presentan como la realidad para sus miembros, a partir de las cuales se construye conocimiento, técnica, información y modos de ser. En este contexto, la interculturalidad no es una comunicación simple o la mera transferencia de contenidos culturales. En efecto, pasar de la información al conocimiento supone una modificación de

la lógica y la estructura cognitiva que la contiene, lo cual implica una construcción; así la comunicación intercultural se relaciona con la posibilidad de los sujetos de construir significados (Sepúlveda, 1995). En este sentido, la interculturalidad en salud se entiende como un proceso colectivo de negociación y construcción de significados entre actores sociales de culturas distintas en torno a las epistemologías y modelos de realidad; etapas y ciclos de vida; proceso salud-enfermedad-sanación; conceptos de persona, tiempo y espacio. Este proceso busca el bienestar de un pueblo en un territorio socialmente significativo y clínicamente adecuado (Oyarce y Pedrero, 2007).

Este diálogo intercultural es la base para la generación de modelos interculturales de salud, en los cuales el concepto de bienestar trasciende al de salud biomédico, e incorpora como parte constitutiva a la medicina tradicional. En este sentido, el sistema de registro que permite la evaluación y monitoreo de estos modelos debe responder a un nuevo campo de conocimiento en que se respeten, promuevan y garanticen los distintos significados de los hechos vitales y ciclos de vida que tienen los pueblos indígenas en el marco de sus cosmovisiones particulares. En este contexto, un sistema de información intercultural deja de ser una retórica de buenas intenciones y su construcción se convierte en una necesidad urgente que demanda un cambio de actitud de todos los actores hacia la valoración y reconocimiento del otro como sujeto, con una visión propia del mundo y conocimientos importantes para la conservación de la vida (Conejo, 2006).

En lo específico, el diseño y puesta en marcha de este sistema requirió desarrollar una buena comunicación intercultural entre el equipo asesor y los profesionales y agentes, proceso compuesto de cinco elementos: "escuchar, explicar, reconocer, recomendar y negociar" (Berlin y Fowkes, 1998). Todo este proceso fue posible porque el equipo de trabajo estaba compuesto por profesionales y técnicos mapuches con amplio dominio de la lengua y de su medicina; porque se contó con la participación de los especialistas en medicina mapuche: *lawentuchefe* (medica herbolaria) *ragiñelwe* (asesor cultural) y *machi* (*shaman*); y finalmente porque el proceso fue asesorado y guiado por un técnico en computación mapuche y una antropóloga con amplio conocimiento en las enfermedades mapuches. La conformación de un equipo con estas características permitió el descubrimiento de principios ordenadores de la salud y el bienestar, así como la construcción de taxonomías de consenso.

En lo operativo, las categorías culturales que permitieron sistematizar y describir la dinámica del proceso intercultural y complementario que se está desarrollando en el Centro de Salud de Boroa Filu Lawen, surgieron en talleres y reuniones en que por una parte se capacitó y por otra se trabajó en la construcción conceptual de registros de consensos, en un proceso de diálogo cultural entre medicinas, para que el sistema respondiera a las expectativas materiales y culturales del usuario mapuche y de la comunidad rural¹¹.

Es obvio, pero no siempre explícito, que para que se logre una verdadera complementariedad y diálogo intercultural debe haber una base común, un sustrato de conocimiento compartido que permita la comprensión entre el emisor y el receptor de los mensajes. La estadística ha sido siempre un instrumento de la sociedad occidental y en ese sentido, la capacitación en este tipo de conocimiento para el equipo local encargado del registro es otro pilar fundamental para el desarrollo del sistema de información integral en salud intercultural y constituye un eje fundamental para la sustentabilidad del sistema. Es además un elemento crucial del proceso de empoderamiento y democratización en la producción de las estadísticas de salud, sobre todo porque el equipo local no cuenta con niveles profesionales de educación¹².

¹¹ Proceso que tiene relevancia no sólo en términos del sistema de información, sino también en el sentido terapéutico de las acciones que implementa este centro. Ya existen numerosos ejemplos en el mundo de que cuando un modelo de salud se inserta en la vida simbólica y cultural del enfermo, tiene mayor eficiencia y es más aceptable, significativo y satisfactorio, tanto para médicos como para usuarios (Kleinman, 1980).

¹² En efecto, el profesional mapuche a cargo de la implementación del sistema, realizó actividades sistemáticas de capacitación, de manera paralela a la práctica del desarrollo del sistema. Durante los tres meses de proyecto se llevaron a cabo diez jornadas de trabajo en capacitación, las que se realizaron todos los sábados de cada mes, cuando había menos afluencia de público.

Finalmente, hay que señalar que el SIISI se construyó a través de metodologías participativas, en el entendido de que la participación es un derecho. De esta forma, en todo el proceso de diseño, construcción y fundamento de las variables propuestas y su posterior contrastación con los registros y casos reales, fue fundamental la participación activa de los miembros del Centro de Salud Boroa Filu Lawen. No obstante, hay que señalar que hubo distintos grados de participación y que también varió el tipo de participantes, según las etapas y objetivos. Por ejemplo, en la primera fase se invitó a talleres amplios donde se presentó la propuesta del SIISI a directivos de la asociación para la salud Boroa Filu Lawen, dirigentes de la comunidad y equipo general del centro. Esa participación fue amplia y deliberativa y una vez que los participantes aprobaron el proyecto se siguió adelante con la idea.

Posteriormente, el trabajo se focalizó en el grupo a cargo del registro. En ese grupo se trabajó de manera que la participación no sólo era fomentada, sino un aspecto metodológicamente imprescindible para la identificación de variables, formas de preguntar, categorías de respuesta, entre otros aspectos, dado que la mayor parte de la población es hablante de *mapudungun*.

En determinados momentos del proceso, como en la identificación de categorías y construcción de taxonomías también participaron los especialistas mapuches, quienes en última instancia decidieron qué categorías de diagnósticos incorporar al sistema, cómo traducirlas al castellano, cómo preguntar etc. En el futuro, el SIISI se presentará a la comunidad, directivos y profesionales del Servicio de Salud Araucanía, un programa de salud con población mapuche y FONASA, ampliando la participación para la etapa de prueba de esta primera versión.

b) El proceso de diseño del Sistema de Información Integral en Salud Intercultural SIISI/*Rakin Mongen Boroa Filu Lawen Pu Che*

i) *Capacitación en estadística básica, registro y manejo de bases de datos*

Las actividades para el diseño de la propuesta de un sistema de información integral en salud intercultural se iniciaron con la realización de un primer taller donde fueron presentados algunos datos básicos del Censo Nacional del año 2002, procesado a través de REDATAM. El objetivo fue familiarizar a la directiva y comunidad con el manejo de bases de datos y con los contenidos de un sistema estructurado de información, dado que era algo totalmente nuevo para la organización. En los ejercicios se recuperó y analizó la información sobre la comuna de Imperial y los distritos censales que componen el *lof* de *Boroa Filu Lawen*. Mediante ese ejercicio se mostró en la práctica todo el proceso de producción de la información.

En una primera etapa se realizaron diez talleres para dar a conocer las nociones básicas de esta tecnología y manejo cuantitativo, así como para poder ir construyendo e incorporando al sistema la comprensión del entorno y su ordenamiento, que sigue una lógica de pensamiento muy diferente al modelo cartesiano occidental que rige los sistemas de estadísticas convencionales.

Este proceso inicial, se continuó desarrollando en talleres de trabajos comunitarios y capacitación sistemática por parte del equipo asesor formado por un profesional mapuche experto en sistemas de información y una antropóloga médica.

ii) *Diálogo intercultural*

En el transcurso de los talleres y cuando la lógica y el funcionamiento del proceso de información fueron comprendidos por los miembros del equipo a cargo del registro, se procedió a mostrar la propuesta de una estructura de sistema de información convencional en salud y se abrió el debate para conocer cómo creía el equipo que debía ser el sistema de un modelo de salud intercultural, iniciándose el diálogo intercultural.

En términos generales se partió contrastando la idea de salud occidental y la idea de salud mapuche, haciendo explícitos los conceptos de bienestar y *kume mongen* y tratando de reflexionar sobre los aspectos centrales que conformaban o llevaban a ese estado. De esa reflexión, se clarificó la necesidad de que un sistema de salud intercultural debería incorporar otros conceptos y categorías,

como la idea del equilibrio con la familia y el grupo de parentesco llamado *kipan*, con el *lof* (entidad territorial propia), la comunidad, *el mapu* (territorio) y la importancia de conocer el origen de la persona, denominado *tuwun*, y de ciertos lugares habitados por fuerzas o espíritus que podían enfermar o sanar, como los *münoko*, *trayenko* y otros que se fueron incorporando al sistema.

iii) Evaluación de los registros disponibles

En el centro de salud existían registros en formato material y digital. Entre los primeros estaban las fichas clínicas y hojas de atención diaria; entre los segundos las tablas Excel correspondientes a las actividades mensuales, Registro Estadístico Mensual (REM) que el Servicio de Salud Araucanía Sur había instalado en un computador en el Centro. No obstante, considerando que como ya se dijo, los miembros del equipo no tenían una formación profesional ni capacitación formal en registros y estadística, éstos no se llenaban de forma sistemática y por otra parte no correspondía a todo lo que hacía el centro de salud intercultural.

En esta fase del proceso surgió el primer problema operativo ya que los REM se registran para actividades y la unidad de análisis es la actividad, por lo que no había un registro donde la unidad de análisis fuera el individuo y se consignaran sus características, las de su familia y de la comunidad.

Por lo tanto el proceso de capacitación se siguió en forma paralela, para lograr que el equipo pensara y propusiera una forma de registro individual con las características de los usuarios de ese centro de salud y del tipo de atención que recibía, desde los diagnósticos hasta las prestaciones. Dadas las características del modelo intercultural que se implementaba, era necesario además que el sistema incluyera otras unidades de registro, no sólo individuales sino colectivas y que además se avanzara en la construcción de una taxonomía de enfermedades mapuche más inclusiva y válida.

CUADRO 3
EJEMPLO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN Y CLASIFICACIÓN CIE 10

Grupo x enfermedades del sistema respiratorio		
Diagnóstico original	Diagnóstico normalizado	Grupo CIE 10
Virosis alta	Resfrío común	X
Virosis respiratoria alta	Resfrío común	X
Virosis alta	Resfrío común	X
IRA	Resfrío común	X
Síndrome bronquial obstructivo agudo	Resfrío común	X
Resfrío	Resfrío común	X
Virosis /resfrío	Resfrío común	X
Gripe común	Resfrío común	X
Resfrío y fiebre	Resfrío común	X
Resfrío y tos	Resfrío común	X
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	Resfrío común	X
Resfrío común	Resfrío común	X
Gripe (con manifestaciones respiratoria, virus no identificado)	Resfrío común	X

Fuente: Elaboración propia

En la segunda etapa fase se trabajó de manera prioritaria en la normalización y estandarización de los diagnósticos y actividades de medicina occidental. Para lograrlo se revisaron las hojas de atención diaria, los cuadernos de los especialistas y fichas clínicas. Se partió por las actividades normadas desde el sistema de salud, como programas de salud y tipo de actividades. La idea central fue recoger todo el rango de personas que consultan y la variabilidad de situaciones y/o

diagnósticos, así como de actividades. Para ello se eligieron tres meses de atenciones. Durante el periodo se revisaron todos los diagnósticos de la medicina occidental en las consultas ambulatorias realizadas en el centro (alrededor de 600 entidades), los que fueron reunidos en grandes grupos de enfermedades con el apoyo de un especialista en salud pública con amplia experiencia en sistematización y registro, de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE. 10.

La normalización tuvo como objetivo anotar de una manera consistente los diversos tipos de diagnósticos que se observaron en los distintos registros. Por ejemplo en las hojas de registro aparecían muchas maneras de describir el resfrío común: virosis respiratoria alta, ira, síndrome bronquial obstructivo agudo, resfrío, gripe común, resfrío y fiebre, resfrío y tos, rinofaringitis aguda (resfriado común), gripe (con manifestaciones respiratorias), virus no identificado, virosis respiratoria, por lo que la normalizaron hizo la conversión automática al CIE 10, donde las enfermedades respiratorias corresponden al Grupo X. De esa manera al ingresar el diagnóstico al sistema ya aparece el nombre correcto y la clasificación CIE 10. Por ejemplo, si se ingresa un diagnóstico de virosis alta, se despliega la categoría resfrío común y automáticamente en el sistema queda consignado como Grupo 10: Enfermedades Respiratorias (CIE 10).

iv) *Diálogo intercultural*

Una vez finalizada la etapa de la normalización de los diagnósticos y síntomas occidentales, el trabajo se focalizó en la medicina mapuche. En un proceso similar pero mucho más complejo que el realizado para la medicina occidental, se construyeron categorías inductivas de enfermedades mapuches. En esta etapa se trabajó en forma individual con dos de los especialistas mapuches, específicamente con la *lawentuchefe* (yerbatera) y con el *ragiñelwe* (asesor intercultural).

Con este fin se revisaron tres meses de registros de atenciones en los cuadernos de la *lawentuchefe* y el *ragiñelwe*. Dado que la medicina mapuche es básicamente oral, el ejercicio de registro de las actividades, sobre todo en *mapudungun*, representa un proceso complejo para los especialistas. La revisión permitió comprobar que el segundo especialista trabajaba con una clasificación de enfermedades levemente diferente; así por ejemplo, en la primera categorización (cuadro 2) se distinguía entre *we kutran* y *wingka kutran*, como dos categorías diferentes, en cambio en la clasificación que hacía el asesor cultural, la segunda era una subdivisión de la primera.

CUADRO 4
EJEMPLO: DIAGNÓSTICOS REGISTRADOS, TRADUCCIÓN
Y PRINCIPIOS DE CLASIFICACION

Diagnósticos	Traducción	Principio
Kutran pütra	Dolor de estómago	Por parte del cuerpo
Pechay	Diarrea	Por otro no especificado
Kutran wentelli	Dolor de espalda	Parte del cuerpo
Trafentun	Encuentro con espíritu	Por causa mapuche
Inakon	Espíritu que acompaña	Por causa mapuche
Atreg willen	Orina trancada	Por enfriamiento
Pafümulle kutran	Corriente de aire	Por desequilibrio frío caliente
Trewa gūnatun	Mordedura de perro	Por accidente
Ponwi allufey	Golpe en la cabeza	Por accidente
Infitun	Mal daño provocado por kalku	Por causa mapuche

Fuente: Elaboración propia

El próximo paso fue revisar los contenidos de las traducciones de esas enfermedades y un tercer paso fue descubrir (elicitar) los principios clasificatorios que estaban en la base de esas dolencias, problemas o atenciones. La revisión en conjunto de todas las atenciones, diagnósticos, síntomas y descripciones de lo registrado por parte de estos especialistas, requirió de un gran esfuerzo de diálogo intercultural que se logró porque el equipo asesor posee conocimiento y experiencia en establecer consensos culturales a partir de dos sistemas de conocimientos.

En el caso de la *lawentuchefe* se construyeron seis grandes categorías de enfermedades, tratando de representar la amplia variabilidad de categorías y síntomas registrados: 1) según parte del cuerpo afectada; 2) según desequilibrio frío-caliente (modelo humoral); 3) según enfermedades mapuches; 4) según categorías occidentales (vesícula, hipertensión); 5) accidentes y 6) otras, o no clasificadas en las anteriores. Cabe señalar que estas clasificaciones son operativas y fueron la base para la taxonomía de consenso final.

Ejemplo: propuesta de clasificación de diagnóstico de la *lawentuchefe*.

- 1) Según parte del cuerpo afectada
 - *kutran lonkgo*: enfermedad/dolor de cabeza
 - *kutran pilun*: enfermedad/dolor de oídos, etc
- 2) Según enfriamiento/desequilibrio frío-caliente/parte del cuerpo
 - En todo el cuerpo
 - Vías urinarias
- 3) Según causas consideradas propias
 - *Weza kufran-infítun*: enfermedades por mal,
 - *Mapu kutran*: enfermedad por trasgresión de la naturaleza.
 - *Weñankon*: pena por soledad, desorientación, pérdida cultural, depresión.
- 4) Otras enfermedades
 - Enfermedades de la mujer
 - Hipertensión,
- 5) Accidentes;
 - De tránsito
 - Caída

En el caso del *ragiñelwe* se revisaron las actividades y problemas que él atendía y se consensuaron que se referían principalmente a *ngutrantun* (conversación) y *ngulamtun* (consejería). El análisis de tres meses de registros por este especialista permitió identificar inductivamente tres grandes tipos de problemas: 1) pérdida de la cultura mapuche y desorientación cultural, 2) desvalorización y falta de interés en la cultura mapuche y 3) buena identidad cultural (mantiene el lenguaje y prácticas), pero está con problemas o enfermo.

Estos tipos de diagnósticos situacionales son realizados por el asesor cultural mediante consejería o la derivación a un especialista. Si bien la persona consulta por un determinado especialista, el *ragiñelwe* también sugiere, según la naturaleza del problema, si se debería atender por una *lawentuchefe* o *machi*.

En todas estas categorías se agregó una opción “otra”, o “no clasificada en las anteriores”. En ésta se registrará de manera descriptiva, de modo que en la fase de prueba del SIISI se podrá afinar y hacer más válida la categorización.

Al fin de este proceso se contó con una propuesta calificatoria de los diagnósticos mapuches de estos dos especialistas y se incorporó provisionalmente en la mascarilla del sistema.



Asistentes a uno de los talleres de validación del sistema de información integral de salud intercultural

En la tercera etapa de operación del SIISI, el énfasis estuvo puesto en el ingreso de datos de las fichas clínicas y de datos socioculturales de los usuarios, etapa orientada a producir los primeros tabulados y diagnósticos de la población que se atiende en el Centro de Salud.

v) *Diálogo intercultural*

Para lograr construir categorías de consenso en torno a las enfermedades mapuches y considerando que las *machi* representan, por definición, el conocimiento más especializado de la medicina mapuche, y que ellas no registran las atenciones, se realizó previamente un proceso de consensuar la taxonomía original (ver cuadro 2) con la categorización realizada en base a lo que atendía la *lawentuchefe* y el *ragñelwe*; quien además usaba otra categorización de enfermedades, que hasta el momento no se había incluido.

Una vez que se compararon las tres y se identificaron las denominaciones donde había conceptualmente traslapes y contradicciones, se realizó un proceso individual de describir casos reales y pedirles que los reubicaran según el principio clasificatorio que ellas reconocían. A través de este proceso de contrastación de las categorías y reconceptualización se logró construir una taxonomía final, más inclusiva que distingue seis grandes grupos de enfermedades y que es básicamente etiológico.

- 1) *Re kutran*: enfermedades consideradas naturales, es decir sin la intervención de fuerzas o espíritus, por ejemplo, *chafo* (resfrío, gripe).
- 2) *Kisu kutran*: enfermedades propias que afectan a personas con roles tradicionales, por ejemplo, *perimontun* que sufre la *machi* como signo de su vocación shamánica.
- 3) *Mapu kutran*: enfermedades que afectan a personas que trasgreden las normas que regulan la vida de los hombres y su entorno (*az mapu*), como el *konun*.
- 4) *Weza kutran*: enfermedades producidas por acción de terceras personas, espíritus o fuerzas, como *trafentun* con *mewlen* (encuentro con remolino).

- 5) *We kutran*: enfermedades de origen reciente provocadas por el contacto con el mundo occidental, en ésta se incluyen las *wingka kutran*. enfermedades no mapuches, pero que no son recientes como la diabetes, hipertensión, cáncer, tuberculosis etc.).

Las *re kutran* a su vez, se subdividieron en a) *kalil kutran*: enfermedad según parte del cuerpo afectada y b) *ka re kutran* (otras enfermedades naturales).

CUADRO 5
EJEMPLO DE CONSENSO Y RECONCEPTUALIZACIÓN DE CATEGORÍAS

Categoría	Taxonomía inicial	Clasificación Lawentuchefe	Clasificación Ragiñelwe	Taxonomía de consenso
Konun	Kisu kutran	Por causa mapuche	Mapu kutran	Mapu kutran
Hipertensión	Wingka kutran	Por causa natural	We kutran	We kutran/wingka kutran

Fuente: elaboración propia.

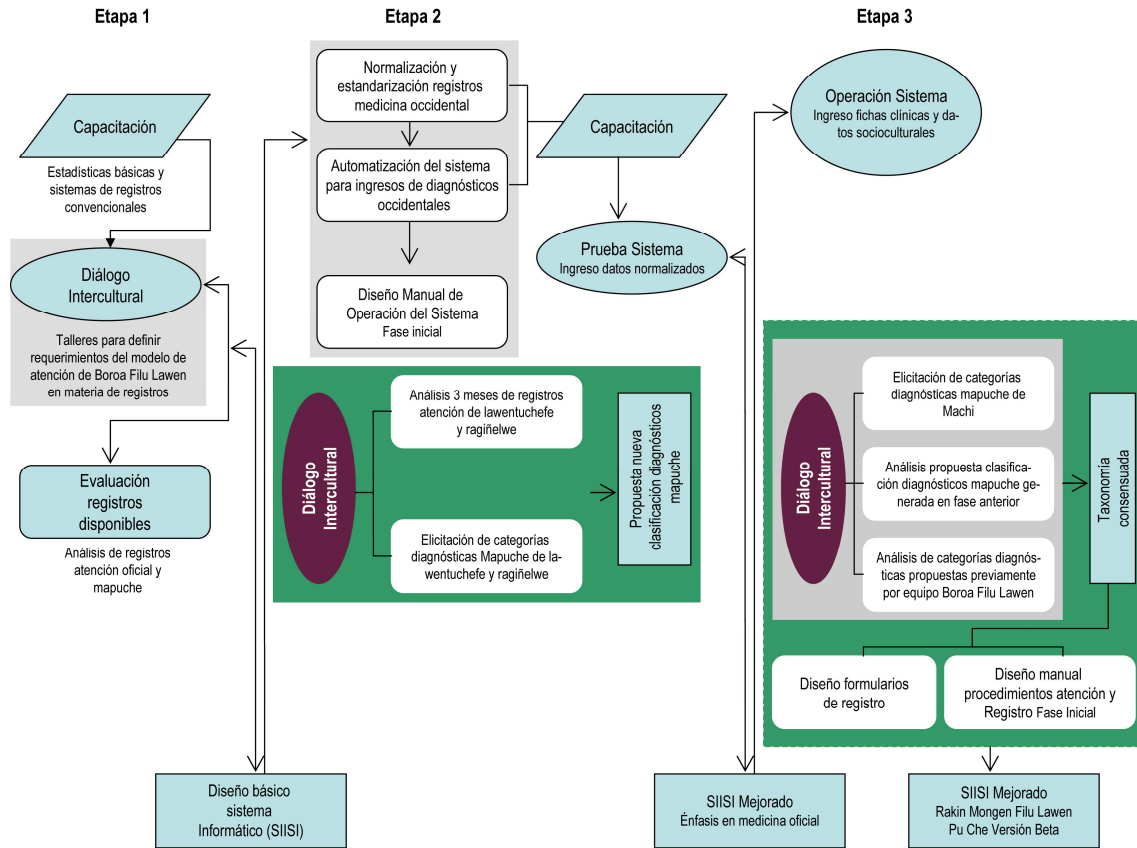
Por ejemplo, el *konun*, enfermedad producida por el “último aliento de un ser moribundo” se había clasificado como *kisu kutran* en la taxonomía inicial por ser una enfermedad propia, como por causa mapuche en la categorización que se hizo con la *lawentuchefe* y como *mapu kutran*, es decir por una transgresión a las leyes que regulan la vida de los hombres en la tierra por el *ragiñelwe*. A pesar de que puede ser efectivamente clasificada en los tres grupos, el consenso entre la *lawentuchefe*, *ragiñelwe* y *machi* en que la categoría que mejor la describe es *mapu kutran* se basa en su significado e implicancias para la recuperación de la salud. En este caso, la madre trasgredió un código de conducta sobre cómo proteger a un feto o recién nacido y en ese sentido la terapia a seguir involucra también a la madre para restituir ese desequilibrio.

En el caso de la hipertensión (al igual que en el caso de la diabetes y cáncer) si bien hay acuerdo en que pueden ser enfermedades no mapuches, no hubo consenso sobre si son nuevas, o son enfermedades que siempre existieron y que ahora tienen ese nombre. Lo que sí está suficientemente claro, es que se están presentando desde hace bastante tiempo en las comunidades y están aumentando por lo que denominaron *we* y *wingka kutran*, de hecho esta última categoría abarca dos entidades que estaban separadas en la taxonomía inicial.

Por último, si bien se avanzó en esos temas, la capacitación implicó un proceso muy lento ya que se fueron buscando las claves de una negociación de significados en torno a los conceptos a utilizar. Este último punto es y ha sido central en la construcción de este sistema, ya que debió construirse desde las categorías básicas. En el caso del Centro de Salud Boroa Filu Lawen esta actividad está en curso y claramente se requiere continuar el proceso de sistematización y formalización de *kimiin* o conocimiento mapuche.

Para consolidar este proceso se requiere de una etapa futura de validación y negociación cultural entre usuarios y equipo de salud. Esta validación cultural consiste en estar de acuerdo con las categorías y formas de preguntar del sistema en lo que se refiere a sus categorías, lenguaje, formas de respuesta y otros, considerando el contexto cultural en que este sistema y el centro de salud se encuentran. En las categorías colectivas y culturales puede que algunos profesionales no mapuches estén en desacuerdo, pero el sistema de registro debe ser congruente con las explicaciones e interpretaciones de la salud mapuche tal como fueron explicitadas por los especialistas y por los usuarios. Así, puede que los equipos profesionales occidentales con que se interactúa en el sistema de salud y en el centro de salud mismo, no compartan el mundo simbólico de los usuarios mapuches, pero deben comprenderlo, respetarlo e incluso integrar algunos elementos culturales que se consideren relevantes —desde el modelo de salud intercultural— para el proceso de recuperación del enfermo.

DIAGRAMA 2
ESQUEMA DEL PROCESO DE DISEÑO SIISI
/RAKIN MONGEN FILU LAWEN PU CHE



Fuente: Elaboración propia.

B. Las interfases del Sistema de Información Integral en Salud Intercultural (SIISI) *Rakin Mongen Filu Lawen Pu Che*

1. Estado actual del sistema

Hay que destacar que si bien este proceso está terminado y ya existe una primera versión del sistema, desarrollado por el equipo local y los asesores, está en su etapa final de validación por los usuarios y equipo de salud¹³. El proceso de diseño del sistema ya está en su etapa final, y se ha centrado básicamente en la construcción colectiva de lo que debería tener el sistema. Para ello se desarrolló un trabajo de talleres de debate y consenso colectivo e intercultural (ver listado de actividades). El equipo de salud del consultorio se encuentra en un proceso de debate y formulación de las posibles categorías de respuesta y formas de pregunta (este último trabajo significará también rediseñar la ficha de ingreso). Así se cuestionó el concepto de paciente y se propuso cambiarlo por el de persona o *che*, tal como se refleja en el sistema.

En esta etapa del proyecto ya se ha logrado una primera versión del sistema, validado por los dirigentes del centro de salud y entregado a la directiva del centro de salud y comunidad el viernes 21 de diciembre. No obstante, esta versión llamada técnicamente beta, constituye una etapa inicial que debe ponerse a prueba. Hasta la fecha el sistema se ha centrado básicamente en los elementos y la estructura desde el punto de vista del equipo de salud de *Boroa Filu Lawen*. Se ha considerado su propuesta para la formulación de las dimensiones, variables y categorías de respuesta. Así por ejemplo, se cuestionó el concepto de paciente y se propuso cambiarlo por el de persona o *che*, tal como se refleja en el sistema. En este mismo sentido se incluyeron las actividades de salud colectivas. El diseño del manual y la forma en que se operacionalizarán las preguntas quedan como desafíos futuros (este último trabajo significará también rediseñar la ficha de ingreso).

Por otra parte, hay que considerar que como parte del período de prueba del sistema, se requiere de una etapa dos para poder ingresar los nuevos datos durante un período de tiempo suficiente para ver algunos resultados¹⁴, y diseñar el módulo de procesamiento de datos en concordancia con lo requerido por el Servicio de Salud Araucanía Sur.

2. Descripción de las interfases del Sistema de Información Integral en Salud Intercultural (SIISI)

Respecto del sistema en su versión final, éste lleva tres módulos independientes: administración del sistema, ingreso de datos y procesamiento de datos. Se optó por esta modalidad por razones conceptuales y operativas. En el primer sentido, otros sistemas como el REDATAM + SP separan los módulos de acuerdo a sus objetivos y funciones y potenciales usuarios. En el caso del Centro de Salud *Boroa Filu Lawen*, claramente se trata de tres funciones que estarán en manos de distintas personas, que tienen distintos objetivos y que requieren de autonomía en términos operativos. Además considerando que es un centro de atención, esta separación permitirá que las personas que están en la recepción del centro ingresen de manera más amigable y rápida los datos. De manera complementaria, el separar el módulo de procesamiento permite que se puedan usar sistemas complementarios para el procesamiento (como el mismo REDATAM en que se pueden importar bases de datos en Excel). Asimismo, como parte del proceso se consensuaron las tablas matrices de resultados con las tablas que

¹³ La construcción de este sistema, es una prueba de que los actores y el centro son interculturales y se mueven en los dos mundos, no obstante, lo que el sistema debe proteger es que cada sistema sea lógico y coherente, dentro de su marco explicativo de salud- enfermedad- sanación; es decir que la hegemonía de la biomedicina, de la cual la estadística es su expresión más controladora, no se imponga sobre la medicina mapuche.

¹⁴ En dos talleres se hizo el esfuerzo de exportar datos de las planillas Excel de atención diaria que se llevan en el centro; sin embargo, la inconsistencia, mala calidad y parcialidad de los registros no permitió avanzar más en este sentido, por lo que se optó por ingresar sólo datos nuevos una vez que el sistema estuviera instalado.

se requiere desde el sistema oficial del Servicio de Salud Araucanía Sur; así esta modalidad brinda más autonomía a todo el proceso.

Hasta el momento se ha diseñado la base del sistema informático. Cuando se carga el sistema aparece una primera pantalla con cuatro ventanas, que corresponden a módulos independientes y que son: ADMINISTRACIÓN, INGRESO DE DATOS, PROCESO DE DATOS, SALIDA, como se observa en la siguiente figura.

FIGURA 1
INGRESO AL SISTEMA



Al presionar la opción Administración del Sistema e ingresar el usuario "sysdba" y la clave "masterkey" se puede acceder a todo el sistema.

FIGURA 2
USUARIO Y CLAVE

The image shows a dialog box titled "Control de Acceso". It contains two input fields: "Usuario" and "Clave". Below the input fields are two buttons: "Aceptar" (with a green checkmark icon) and "Cancelar" (with a red X icon).

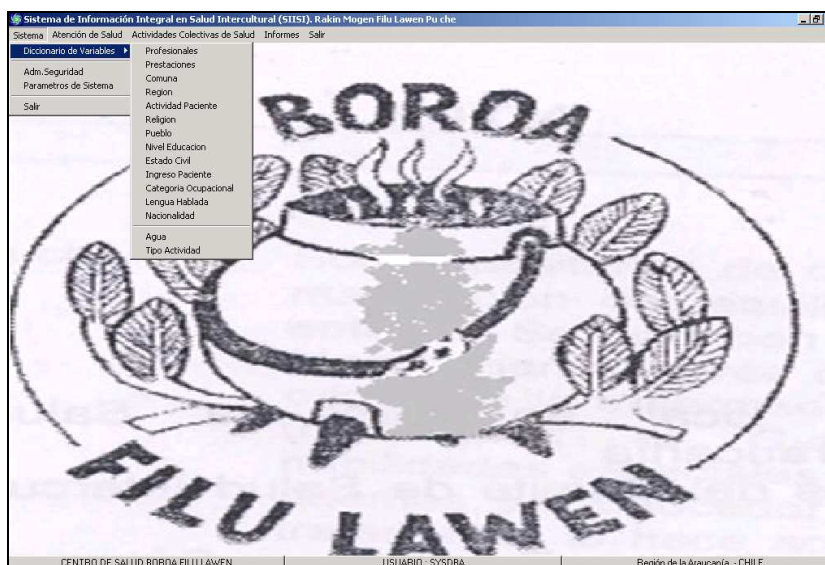
Como el modulo de ingreso de datos es independiente, al ingresar a este se despliegan cuatro ventanas: Sistema, Atención de Salud, Actividades Colectivas de Salud y Salir.

Al ingresar al botón “Sistema”, se despliegan las opciones específicas que son: Diccionario de Variables¹⁵. Administración de Seguridad (que permite establece los niveles de acceso y seguridad al sistema a través de la definición de usuarios, claves y accesos diferenciados) y que se estableció por expresa petición de la directiva de este centro comunitario preocupada de velar por la seguridad de la información. Finalmente está la sección: Parámetros del Sistema, que sólo puede ser usada por la persona que esté a cargo del mismo.

FIGURA 3
MÓDULO DE INGRESO DE DATOS



FIGURA 4
ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA



¹⁵ Actualmente en proceso de construcción de acuerdo a las categorías a las que se arribará en el período de prueba y que serán la base del manual del usuario.

Al entrar al módulo de atención de salud se despliegan tres opciones: Ficha persona-Che, y las fichas de atención de Medicina Occidental- Wingka Lawen y Medicina Mapuche- Mapuche Lawen.

Como muestra la figura 5, en la opción Persona-Che, se abren tres ventanas: Identificación, Vivienda y Mapu o Territorio.

En la sección Identificación se recogen por una parte los datos individuales convencionales (que se registraban a mano en las fichas clínicas y hojas de atención diaria), así como otros datos que se consideró importantes y que han surgido del trabajo de talleres. Entre los primeros están: el número de ficha, el nombre y apellidos, Rut, nacionalidad, fecha de nacimiento, estado conyugal, hijos nacidos vivos, edad, domicilio y educación (la que se ha ampliado a tres categorías). Además de estas variables que eran consignadas entre la información regular que se registraba, se han incorporado nuevas posibilidades de respuestas; por ejemplo, en estado conyugal se ha agregado la opción de respuesta: “casado a lo mapuche”¹⁶.

FIGURA 5
ATENCIÓN DE SALUD – IDENTIFICACIÓN

The screenshot shows a software window titled "Sistema de Información Integral en Salud Intercultural. Rakin Mogen Filu Lawen Pu Che". The window has three tabs: "Ficha Persona-Che", "Medicina Occidental - Winka Lawen", and "Medicina Mapuche - Mapuche Lawen". The "Identificación" tab is active, showing a form with the following fields:

- Nº Ficha: [text input]
- Nombres: [text input]
- Apellido Paterno: [text input]
- Apellido Materno: [text input]
- Rut: [text input]
- Sexo: [dropdown menu]
- Nacionalidad: [text input]
- Fecha de Nacimiento: [dropdown menu]
- Estado conyugal: [dropdown menu]
- Hijos nacidos vivos: [text input]
- Edad: [text input]
- Domicilio: [text input]
- Fuente Ingreso: [dropdown menu]
- Tipo de Trabajo: [dropdown menu]
- Categoría ocupacional: [dropdown menu]
- Autoidentificación Indígena: [dropdown menu]
- Lengua hablada: [dropdown menu]
- Participa nguillatun: [checkbox]
- Participa en Machitun: [checkbox]
- Religión: [dropdown menu]
- Lugar Nacimiento: [text input]
- Lugar Migración: [text input]
- Duración Migración: [text input]
- Padres Vivos: [dropdown menu]
- Alfabetismo: [dropdown menu]
- Años de Estudios: [text input]
- Nivel Educación: [dropdown menu]

At the bottom of the form are buttons for "Nueva", "Corregir", "Eliminar", and "Salir".

Las nuevas variables incluidas corresponden a uno de los objetivos principales en la creación del sistema y se relaciona con la inclusión de variables de diferenciación étnica que no estaban consideradas en los registros del Centro de Salud de Boroa Filu Lawen y que son las que permitirán construir diagnósticos epidemiológicos diferenciados entre población mapuche y no mapuche en un territorio.

En este sentido, se incluyen: la autoidentificación indígena, así como la lengua hablada y otras de mantención de la cultura y vigencia de la organización social tradicional, tales como: participa en *nguillatun* (ceremonia colectiva de fertilidad), participa en *machitun* (ceremonia colectiva de sanación), religión declarada, lugar de nacimiento asociado al *tuwun* (lugar de origen) y que en la percepción mapuche explica o predice muchos eventos en salud.

Además, dada la movilidad histórica de los habitantes de *Boroa Filu Lawen* a nivel nacional y hacia Argentina, se han incorporado ítems de migración: lugar de la migración y duración (en años) de la misma. Otra categoría que surgió de los talleres y que reviste una importancia fundamental para

¹⁶ Variables locales que no necesariamente se pueden comparar a nivel nacional.

la salud de las personas desde el punto de vista mapuche, es el tema de si los padres están vivos. Por una parte se considera que si una persona tiene padres longevos, también ella tendrá mejor salud; por otra parte es un indicador del apoyo social y familiar que puede tener un individuo, considerando que el parentesco actúa como la estructura social básica.

Una sección que se incorporó al final fue la de Vivienda, ya que los mapuches y profesionales a cargo de la estadística la consideran importante para la salud y el bienestar. Así, en esta etapa del sistema se incorporaron los tipos de vivienda mapuche *ruka*, con sus variantes de *ruka-cocina* y *ruka-dormitorio*. También se consideró relevante diferenciar si la vivienda es de subsidio, si existe otra construcción, el tipo de iluminación y el tipo de combustible. En relación a saneamiento, se consignó si la vivienda cuenta con agua dentro del hogar y la fuente de obtención de la misma. Finalmente, se incluyó el baño o sistema de eliminación de excretas.

FIGURA 6
VIVIENDA - RUKA

Mayor complejidad conceptual y operativa lo constituye la sección de hogar y familia. Si bien se está trabajando en cómo incorporar el concepto de *kipan* (parentesco), por ahora en el sistema se identifica al jefe de hogar para ir reconstruyendo la familia a medida que los miembros consultan en el centro de salud. Así, la variable: Tipo de familia (nuclear, extensa, compuesta) corresponde más bien a una variable de procesamiento¹⁷.

Respecto a la ventana denominada Mapu o Territorio (anteriormente llamada Medio ambiente, que en los talleres de validación se decidió denominar con estos conceptos, más cercanos a la cosmovisión mapuche), pretende recoger información del entorno en que vive el paciente y que —desde el punto de vista mapuche— es fundamental para la comprensión de las enfermedades y también de la sanación.

En la ventana se pueden distinguir tres secciones: localización territorial, que incluye las divisiones políticas administrativas mayores, como región y comuna, *lof* (unidad socio territorial) y comunidad según la ley indígena; hasta entidades territoriales mapuches relacionadas con el

¹⁷ Otra opción es que el manual describa qué se entiende por cada tipo de familia y el que digita la ingrese directamente. Ese y otros aspectos deberán definirse en la fase de prueba del sistema.

bienestar y la salud, como el *nguillatuwe* (lugar de rogativa), cementerio (un lugar asociado con espíritus y fuerzas que pueden enfermar o sanar); las categorías de respuesta en este caso son dicotómicas, es decir lo que se registra es la presencia o no de esos lugares.

En una segunda sección se han incluido preguntas de la tierra y producción de la misma, que fueron consideradas importantes. Entre éstas tenemos: tenencia de la tierra, condición de ocupación, superficie total y cultivable, formas de cultivo, animales, producción principal y la existencia de plantaciones forestales, que son percibidas como un signo de estatus, pero también de *awinkamiento* (occidentalización).

FIGURA 7
TERRITORIO - MAPU

The screenshot shows a web-based form titled "Territorio - Mapu" within the "Sistema de Información Integral en Salud Intercultural" interface. The form is organized into several sections:

- Geographic Information:** Fields for "Región", "Comuna", "Sector", "Lugar", "Lof", and "Comunidad".
- Cultural/Religious Sites:** Fields for "Guillatuwe" and "Cementerio".
- Land and Occupation:** A checkbox for "Tenencia Tierra", a dropdown for "Condición Ocupación", and a text field for "Superficie (NºHectáreas)".
- Production and Agriculture:** Fields for "Superficie Cultivable(NºHectáreas)", "Forma de Cultivo", and "Animales".
- Forest and Other Features:** A dropdown for "Producción Principal", a checkbox for "Plantaciones Forestales", and a checkbox for "Huerta".
- Natural Features:** Checkboxes for "Bosque Nativo", "Menoco", "Mallin", "Trayenco", and "Vertiente".

At the bottom of the form, there are two buttons: "Corregir" (Correct) and "Salir" (Exit).

En la última sección se encuentran las entidades territoriales asociadas a la salud y a la enfermedad desde la perspectiva mapuche; en general son espacios no domesticados que poseen *ngen* "dueños" que las habitan y vigilan. Si se transgrede estos espacios y se molesta a sus *ngen*, se producen variados tipos de enfermedad. Tales lugares son por ejemplo, bosques nativos, principalmente de *foye* (canelo), *triwe* (laurel); *menoko* (lugares pantanosos con aguas detenidas); *mallin* (espacios de plantas nativas que nacen en el agua). También existen lugares poblados por *ngen* positivos y que pueden restituir la salud o producir mucha energía y fuerza como son los *trayenko* (cascadas de agua) y vertientes que se reconocen por sus propiedades curativas.

Cabe señalar que, desde el punto de vista del bienestar o salud mapuche, es la presencia o (ausencia) en el *mapu* (territorio) donde residen las personas, la que se vincula con la salud. En este sentido las categorías de respuesta son dicotómicas, ya que lo que hace la diferencia es la existencia de alguna de estas entidades en el entorno cotidiano de la persona¹⁸. Esta dimensión presenta uno de los principales desafíos conceptuales y metodológicos del SIISI, porque contiene la base conceptual del mundo mapuche y de la integralidad con que los mapuches perciben el bienestar y la salud (Kidel, 2000).

No cabe duda de que este dominio, junto con el sistema de atención mapuche, presenta una complejidad conceptual y operativa que rebasa con creces la construcción y puesta en práctica de este sistema. Deberán profundizarse y consolidarse en los meses en que se pruebe la versión beta del mismo.

¹⁸ Está en discusión y deberá dilucidarse en la prueba, si la existencia de *nguillatuwe* y la participación en ceremonias colectivas como *nguillatun* y otras debería ir en esta sección (por ahora la participación se encuentra consignada en la sección de identificación de la persona).

Otro aspecto que deberá perfeccionarse a medida que se ingresan datos, es qué variables o unidades de registro pueden denominarse en su lengua originaria *mapudungun*; las que podrían ser traducidas y cómo este proceso va más allá de traducir literalmente, ya que requiere buscar equivalentes semánticos. Una mera traducción muchas veces puede trasgredir el significado y relevancia de lo que se está registrando. Por ejemplo, *trayenko* no se puede traducir sólo como una cascada, pues significa mucho más que una caída de agua: es un lugar habitado por un *ngen ko* (dueño o guardián del agua) con poderes curativos para restituir la salud de una persona si se le trata con respeto y de acuerdo al *ad mapu mapuche*.

FIGURA 8
MEDICINA OCCIDENTAL – WINGKA LAWEN

En la sección de Atención Medicina Occidental, se registran los datos que tienen relación con la atención del paciente en los programas y actividades de la medicina occidental. En este caso se refieren a las atenciones de morbilidad, que en la segunda etapa (ver diagrama 1) se automatizaron según la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 10. También se consignan los controles de salud de los programas regulares del sistema de salud occidental como el Programa del niño/a, del Adulto, de la Mujer, del Adolescente, y del Adulto Mayor, entre otros, los que son llevados a cabo por este centro de salud, que corresponde básicamente a un consultorio de atención primaria (Convenio DFL 36, Servicio de Salud Araucanía Sur).

En esta misma sección, se recogen las mismas variables que existen en la ficha clínica y corresponden a la información requerida por la Unidad de Estadística del Servicio de Salud Araucanía Sur. Su objetivo es proporcionar una mayor eficiencia en la producción de esta información. Además, se ha incorporado un ítem de demanda espontánea y la resolución de la misma, ya que el equipo del centro de salud consideró que era importante saber cuántas personas querían ser atendidas por medicina mapuche y que, al no tener la posibilidad de acceder a ese recurso, finalmente se atendían con médicos occidentales. En el sentido contrario, también es importante registrar cuántas personas querían ver médico y no pudieron ser atendidas o fueron atendidas por otro especialista. En síntesis, con esta categoría se pretende recuperar aquella demanda insatisfecha de medicina occidental y mapuche, sobre todo porque los especialistas no atienden todos los días de la semana.

Por último en esta misma sección, se agregó una ventana de historial de atención, que presenta un resumen de las veces que esa persona asistió al centro de salud, quién la atendió, por qué motivo y cuál fue el diagnóstico¹⁹.

La sección Atención Medicina Mapuche, constituye una de las más novedosas del sistema por ser una experiencia inédita en la región y en América Latina. Ya se dijo anteriormente que la medicina mapuche se basa en un sistema epistemológico donde la persona²⁰ es parte constitutiva del cosmos; esa visión del mundo y el sistema cognitivo y operativo que la sustenta y actualiza, se trasmite de manera oral a través de la lengua. Si bien en el ultimo tiempo se han desarrollado alfabetos y hay un esfuerzo conciente por formalizar ciertas categorías como las que aquí se presentan, eso conlleva un esfuerzo conceptual y práctico muy complejo y delicado, pues se trata de ir delimitando entidades que son altamente dinámicas, ambiguas y flexibles (Proceso que se describió en la sección metodología).

FIGURA 9
MEDICINA MAPUCHE – MAPUCHE LAWEN

El SIISI tiene integrada una sección de atenciones de medicina mapuche que ya fue consensuada inicialmente en sus aspectos estructurales en la primera etapa. Originalmente, las atenciones de morbilidad se agruparon en cinco grandes categorías (ver cuadro 2)²¹ que consignaban: 1) *Kisu kutran*: enfermedades propias o idiosincrásicas, donde se ubican dolencias como las que sufre la *machi* como signo de su vocación shamánica, las experiencias de visiones, el encuentro de una embarazada con un ser agónico etc.); 2) *Re kutran*: enfermedades consideradas naturales, es decir sin la intervención de fuerzas o espíritus; 3) *Weza kutran*: enfermedades por mal, envidia, encuentro con fuerzas y espíritus malignos; 4) *We kutran*: enfermedades de origen reciente, provocadas por el contacto con el mundo occidental. En esta categoría se incluyen enfermedades producidas por cambios en el ecosistema) y 5) *Wingka kutran*: enfermedades no mapuches, como la diabetes, cáncer, tuberculosis, etc.

¹⁹ Se está considerando la posibilidad de que esta ventana sea un resultado del procesamiento y no un dato consignado al ingreso.

²⁰ Hay que destacar que, como en muchos pueblos indígenas, el concepto de persona es colectivo y no individual.

²¹ En esta sección las categorías se escriben con el alfabeto unificado para darle mayor coherencia con la sección de descripción de la metodología y para facilitar la lectura en castellano.

Posteriormente, dada la complejidad de levantar un sistema de este tipo; la dinámica de los diagnósticos, su característica etiológica y la naturaleza oral de su accionar; el proceso de sistematización, validación y consenso colectivo de las categorías a usar, se inició en una segunda etapa con una revisión de los registros de la *lawentuchefe* y del *ragiñelwe*.

Una vez realizado este proceso (ver sección metodología), se propuso una segunda clasificación de los diagnósticos. Finalmente en la tercera etapa, se revisaron los registros de las atenciones de *machi*, y posteriormente se trabajó con cada una de ellas en una taxonomía que, a partir de la original, el consenso con la *lawentuchefe* y el asesor que tenía un sistema descriptivo diferente pudiera lograrse un consenso cultural en una taxonomía inductiva a partir de los casos reales que ellos registran.

De esta forma se llegó a una nueva gran taxonomía que contempla seis grandes grupos de enfermedades mapuches: 1. *Re kutran*, 2. *Kisu kutran*, 3. *Mapu kutran*, 4. *Weza kutran*, 5. *We kutran/wingka kutran* y 6. Otras.

Actualmente, estas categorías se encuentran integradas al sistema de información integral en salud intercultural y en los meses de prueba se validarán contrastando con la información de terreno y mediante el trabajo con el equipo ampliado mapuche del CSCentro de Salud Boroa Filu Lawen. Así, es necesario que se continúe el trabajo de debate mediante talleres y reuniones colectivas y finalmente será durante la etapa de prueba cuando el sistema pueda irse mejorando y adecuando.

Sin perjuicio de lo anterior, hasta el momento en la atención mapuche se han definido las atenciones de variados agentes terapéuticos: *machi* (shaman), *lawentuchefe* (yerbatera) y *ragiñelwe* (facilitador intercultural).

Además fueron delimitados cuatro tipos de tratamiento: *lawentuwwun*, basado principalmente en hierbas medicinales; *amukon*, acompañamiento y consejería; *kutranzawtun*, rituales colectivos de sanación, *eüzugun* (rituales orales de sanación). Finalmente se dejó una opción abierta para Otros.

Un aspecto relevante es que se ha considerado un campo para la descripción de las enfermedades, principalmente en términos de su causalidad. A este respecto hay que destacar que la medicina mapuche, al igual que la mayoría de las medicinas indígenas es etiológica, en contraposición con la medicina occidental que es sintomatológica; por lo tanto es muy relevante describir en detalle este aspecto, porque se relaciona directamente con el tratamiento a seguir.

Por último, dentro del ingreso de datos también existe una segunda ventana para Actividades Colectivas de Salud, derivada del modelo mapuche, que tiene claramente una orientación colectiva y básicamente social. Esta dimensión surgió de los talleres de construcción y validación del sistema y se refiere al registro de actividades que las personas, miembros de las comunidades, o las comunidades hacen en relación con la medicina mapuche y en las que con frecuencia participa o realiza el Centro de Salud de Boroa. Se trata de registrar los eventos y establecer las relaciones con los procesos de gestión en salud.

En esta versión se ha incluido todos los aspectos del sistema. No obstante, como se dijo anteriormente, en su versión final los módulos serán independientes. Es así cómo se planifica que el segundo módulo de procesamiento sea autónomo del módulo de ingreso de datos y del de administración. Actualmente, este módulo se despliega en la misma pantalla anterior.

Esa sección tiene como objetivo proporcionar a los usuarios del sistema un registro automatizado de los resultados, de acuerdo a determinados procesos que se requieran. Esta parte del sistema tendrá dos modalidades; por una parte se contará con Informes contables (determinado número de acciones en un tiempo y grupo poblacional o etéreo) asociadas a una valorización económica, que serán de gran ayuda en la gestión del Centro de Salud. Informes de atención diaria que corresponderán a los REM, que actualmente deben ser enviados al Servicio de Salud Araucanía. Por ese motivo se está trabajando en coordinación con la Dirección de Estadística del Servicio de Salud Araucanía, para realizar un taller con el objetivo de compatibilizar los procesos y planificar un cronograma de trabajo para una capacitación técnica que refuerce la que se inició el 2007 en el marco de este proyecto.

FIGURA 10
ACTIVIDADES COLECTIVAS DE SALUD

Actividades Colectivas de Salud

Registro N°

Nombre

Funcion

Fecha

Lugar

Comuna

Tipo Actividad

Objetivo

Descripcion

Duracion

Costo Asociado

Numero de Participantes

Observaciones

FIGURA 11
INFORMES Y ESTADÍSTICA

Sistema de Información Integral en Salud Intercultural (SIISD), Bokin Mogen Filu Lawen Pu che

Sistema Atención de Salud Actividades Colectivas de Salud Informes Salir

- Informe Auditoría
- Informe Hoja Diaria
- Informe Mensual
- Informe por Profesional
- Actividades Colectivas
- Estadísticas
 - Diagnostico Socio Demografico
 - Diagnostico de Morbilidad
 - Diagnostico de Demanda

FILU LAWEN

CENTRO DE SALUD BORDA FILU LAWEN USUARIO : SYSDBA Comuna de Nueva Imperial

Los informes estadísticos serán de dos tipos: 1) de Situación de Salud, basada en la morbilidad de las personas y 2) de Gestión, basada en las actividades o episodios de enfermedad o controles atendidos. El primero permitirá construir un perfil de morbilidad y conocer la situación de salud de las personas en el territorio y el segundo posibilitará la elaboración de diagnósticos de actividades realizadas para caracterizar la demanda de atenciones. Todas estas actividades han sido altamente valoradas por el equipo y la comunidad a cargo de este centro de salud y serán trabajadas con la unidad de estadística del Servicio de Salud Araucanía Sur.

V. Conclusiones de la fase de construcción de la primera versión del Sistema de Información Integral en Salud Intercultural SIISI, denominado *Rakin Mongen Filu Lawen Pu Che*

A modo de síntesis preliminar se puede concluir que, a través de un proceso altamente participativo y con un trabajo realizado prácticamente sólo por personas mapuches del sector, se ha diseñado y desarrollado por primera vez en Chile, y posiblemente en la región, un sistema de información integral de apoyo a los modelos de salud intercultural. Dicho sistema, de acuerdo al modelo intercultural, abarca dos dimensiones: estadísticas oficiales de salud occidental y estadísticas de atenciones en salud y medicina mapuche.

En lo operacional, la elaboración, diseño e implementación de este sistema intercultural se expresa a través de la incorporación de variables de diferenciación étnica en las estadísticas convencionales de salud creadas y consensuadas con el pueblo mapuche; entre las primeras podemos nombrar el *lof*, la comunidad, el *mapu* y otras; y entre las segundas la autoidentificación y el uso del lenguaje; complementariamente se ha logrado crear a través de un proceso intercultural un sistema de registro basado en el concepto integral del bienestar mapuche que incorpora la visión colectiva y ecológica de la salud indígena a través de indicadores tales como a) ceremonias colectivas (*nguillatun*, *machitun*, *eluwun*, entre otras) b) acciones colectivas de salud (recolección de hierbas medicinas y otras), c) entidades del territorio que, desde su cosmovisión, impactan directamente la salud, como los *menoco*, *rayenco* y otros; d) las propias categorías y taxonomías de enfermedades mapuches y el registro de actividades de medicina mapuche.

Este último aspecto presenta diversas dificultades conceptuales y metodológicas tanto para el equipo del consultorio (la medicina mapuche es oral y presenta amplios rangos de heterogeneidad) como para el equipo de apoyo técnico intercultural; no obstante, también se debe resaltar que se ha logrado construir mediante el diálogo intercultural, la capacitación bidireccional y la participación, un sistema de información que constituye una posibilidad de avanzar en el reconocimiento de sus prácticas terapéuticas y en el derecho a ejercer sus propias medicinas, de acuerdo a sus usos y costumbres. También contribuye a garantizar el derecho a la información de una manera pertinente y adecuada a su realidad cultural y sanitaria. Finalmente cabe mencionar, que si bien este proceso ya está en su etapa final y existe una primera versión beta validada por los dirigentes del centro de salud,

es un proceso en construcción, por lo que se espera poder llegar a la versión definitiva después del período de prueba a realizarse durante el año 2010.

De manera complementaria, es importante recordar dos medidas para darle continuidad y sustentabilidad a este sistema. Por una parte continuar con los talleres de capacitación sobre manejo de bases de datos, construcción de diagnósticos epidemiológicos e investigación en salud. Por otra, se requiere finalizar el manual de procedimiento de atención y registro, así como el manual de operación del sistema bilingüe castellano-mapudungun, que servirá para consolidar ese proceso y asegurar el buen uso del sistema y su mantención en el tiempo.



Entre las actividades, se realizó una presentación del sistema a la Dra. Cristina Torres, de la OPS, quien visitó el centro de salud el 11 de diciembre de 2007.

VI. Bibliografía

- Berlin E, Fowkes C. (1998), Teaching Framework for Cross-Cultural Health Care. *Mayfield Publishing Company*. California.
- Guillaume Boccara (2004), The brighter side of the indigenous renaissance nuevomundo.revues.org/pdf/2483.
- CEPAL (2007), Panorama Social de América Latina 2006. Santiago, Chile.
- _____ (2008), Agenda Social. Panorama Social de América Latina 2007. Santiago, Chile.
- Citarella et. al. 1995, *Medicina y cultura en La Araucanía*. Editorial Sudamericana. Santiago, Chile
- Conejo, Myriam (2006), Sistematización de la experiencia de Jambi Huasi. Quito, Ecuador. FICI, JambiHuasi, UNFPA.
- Del Popolo, F. (2008), Los pueblos indígenas y afrodescendientes en las fuentes de datos: experiencias en América Latina. CELADE-CEPAL/OPS-OMS, Santiago, Chile.
- Cuyul, Andrés (2008), Prácticas culturales familiares y colectivas que protegen la salud en comunidades mapuche en Chile y Argentina y su consideración por parte de los equipos de salud oficiales. Proyecto de tesis. Maestría en Salud Pública. Universidad de Buenos Aires.
- Instituto Nacional de Estadística INE (2002), Principales resultados XVII Censo Nacional de Población y VI de Vivienda. Santiago de Chile. www.ine.cl/canales/chile.../censos.../censo_pobl_vivi.php - Cached - Similar.
- Oyarce, A. y Malva-Marina Pedrero (2005), Apuntes sobre interculturalidad. Inédito.
- _____ (2007), Perfil epidemiológico básico de la población aymara del Servicio de Salud Iquique. Serie *Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile No. 3*.
- Oyarce, Ana María y Fabiana Del Popolo (2008), Taller binacional Enfoque étnico en las fuentes de datos en salud: experiencias en el área del pueblo Mapuche de Chile y Argentina. CELADE-CEPAL/OPS-OMS, Santiago, Chile.
- Oyarce, Ana María (1989 a), Sistemas médicos que coexisten en la Novena Región. PAESMI 18 (45-50).
- _____ (1989 b), Conocimientos, creencias y prácticas en torno al ciclo vital en una comunidad mapuche. PAESMI, Santiago, Chile. Serie Documentos de trabajo No. 2, mayo.
- _____ (2002), Comprendiendo la Infección Respiratoria Aguda en menores mapuches de la Región de la Araucanía. Chile. Ensayo. Inédito.
- _____ (2008), La identificación étnica en los registros de salud: experiencias y percepciones en el pueblo Mapuche de Chile y Argentina. CELADE-CEPAL/OPS-OMS, Santiago, Chile.
- Pedrero (2004), Algunos elementos para comprender la Interculturalidad en Salud. MINSAL-Orígenes. Chile.

- Quidel, José (2001), Cosmovisión mapuche y etiología mapuche de la salud. En Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud. El caso de los mapuche de Makewe-Pelale de Chile. *Serie Salud de los Pueblos Indígenas* No. 16 OPS-OMS. Washington.
- Kleinman, Arthur. (1980), Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. Berkeley, CA: University of California Press.
- Sazawal S, Black RE. (1992), Meta-analysis of intervention trials on case-management of pneumonia in community settings. *Lancet*, 1992, 340:528–533. Sazawal & Black 1992.
- Sepúlveda, Gastón (1995), Interculturalidad y construcción del conocimiento. En Primer Seminario Latinoamericano de Educación Intercultural Bilingüe. Universidad Católica de Temuco. Temuco. Enero de 1995.