

PUBLICACIONES:

Guía de Habilidades para el Consentimiento Informado y Confidencialidad de la Información en Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes y Jóvenes. Dides, Claudia; Guajardo, Alejandro; Pérez, Ma. Soledad; Casas, Lidia. CORSAPS, Santiago, 2003.

Chile: Situación de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos. Shippacasse, Verónica; Vidal, Paulina; Casas, Lidia; Dides, Claudia; Díaz, Soledad. ICMER-CORSAPS. Publicado por el Servicio Nacional de La Mujer, Santiago, diciembre 2003.

Confidencialidad de la Información y Consentimiento Informado en Salud Sexual y Reproductiva. Casas, Lidia; Dides, Claudia; Isla, Pablo. Santiago, 2002.

Anticoncepción de Emergencia. Informe de Prensa II parte. Casas, Lidia; Dides, Claudia; Isla, Pablo. CORSAPS, Santiago, marzo 2002

Anticoncepción de Emergencia. Informe de Prensa. Casas, Lidia; Dides, Claudia; Isla, Pablo. CORSAPS, Santiago, noviembre 2001

Esterilización Voluntaria. Informe de Prensa. Casas, Lidia; Dides, Claudia; Isla, Pablo. CORSAPS, Santiago, junio 2001.

Derechos Humanos. Derechos de las mujeres, obligaciones y desafíos para el Estado chileno. Casas, Lidia; Magaña, Alvaro; Valdés, Ximena; Zavala, Ximena. CEDEM, Instituto de la Mujer y CORSAPS. Santiago, marzo 2001.

Proyecto de Ley marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, Informe de Prensa. Casas, Lidia; Dides, Claudia; Magaña, Alvaro, CORSAPS, Santiago, diciembre 2000.

Los Derechos Humanos y la Salud Sexual y reproductiva, recomendaciones de los organismos internacionales. Documento de Trabajo. Casas, Lidia. CORSAPS, Santiago, mayo 2000.

Este trabajo es una sistematización de investigaciones y experiencias, que no había sido abarcado por otros estudios anteriormente, en temáticas de salud, sexualidad y reproducción en pueblos indígenas.

Se ha estimado necesario considerar las percepciones de mujeres y hombres indígenas respecto a estos temas toda vez que estamos conscientes que conceptos foráneos han sido adaptados a su propia cultura a lo largo de la historia. Sin embargo, estimamos que la salud sexual y reproductiva posee un innegable potencial analítico y político que puede ser utilizado por los pueblos indígenas de nuestro país.

M. Soledad Pérez Moscoso / Claudia Dides Castillo

Salud, Sexualidad y Reproducción



SALUD, SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

Sistematización de investigaciones y experiencias en Pueblos Indígenas en Chile 1990 - 2004

M. Soledad Pérez Moscoso
Claudia Dides Castillo

Con colaboración de:

*Valentina Fajreldin Chuaqui
Elsa Gabriela González Caniulef
Marcela Soto Reyes*



María Soledad Pérez Moscoso
(coordinadora)

Psicóloga, Diplomada en psicoterapia Humanista Gestáltica. Magíster en Estudios de Género y Cultura, Universidad de Chile. Investigadora en sexualidad, género, salud sexual y reproductiva y salud intercultural. Docente Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

Claudia Dides Castillo

Socióloga, Magíster en Estudios de Género y Cultura, Universidad de Chile. Investigadora de FLACSO-Chile, Área de Estudios de Género en sexualidad, género, salud sexual y reproductiva y bioética.

Colaboradoras

Valentina Fajreldin Chuaqui,
Antropóloga, Universidad de Chile.

Elsa Gabriela González Caniulef,
Antropóloga, Universidad Austral de Chile.

Marcela Soto Reyes, Antropóloga Social,
Universidad de Chile.

SALUD, SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

Sistematización de investigaciones y
experiencias en pueblos indígenas en Chile
1990-2004

*M. Soledad Pérez Moscoso, Coordinadora
Claudia Dides Castillo*

Con colaboración de:

*Valentina Fajreldin Chuaqui
Elsa Gabriela González Caniulef
Marcela Soto Reyes*



SALUD, SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

Sistematización de investigaciones y experiencias en pueblos indígenas en Chile 1990-2004

© 2005 Corporación de Salud y Políticas Sociales CORSAPS

Inscripción N° 148.891

ISBN: 956-7145-09-1

Corporación de Salud y Políticas Sociales CORSAPS - Area Asesoría Legislativa y Políticas Públicas

John Kennedy 66 La Florida

Fonofax: (56) 281 4853

E-mail: corsaps@ctcreuna.cl

Santiago, Chile

Diseño portada y diagramación: Juan Carlos Ramírez

Impresión: Arancibia Hnos. y Cía. Ltda.

E-mail: arancibiahnos@entelchile.net

Octubre de 2005

INDICE

PRESENTACIÓN	5
INTRODUCCIÓN	7
I. A MODO DE CONTEXTO	9
Los sistemas médicos y la salud sexual y reproductiva	9
Metodología utilizada en la sistematización	11
Breve reseña sobre la Política Indígena en Chile	13
II. CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN CHILE	19
Panorama poblacional de los pueblos indígenas	21
Panorama de la Salud Sexual y Reproductiva de los pueblos indígenas	25
Movilidad poblacional de los pueblos indígenas	27
III. SISTEMAS MÉDICOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN CHILE	31
Política de Salud y Pueblos Indígenas	31
Sistemas médicos en Chile	36
Sistemas médicos de los pueblos indígenas que habitan en las regiones estudiadas	38
Sistema médico Mapuche	39
Sistema médico Aymara	43
Sistema médico Likan antai o Atacameño	46
Sistema médico Rapa nui	48
IV. INVESTIGACIONES EN SALUD, SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN EN LOS PUEBLOS INDÍGENAS	53
Las instituciones	54
Las metodologías utilizadas	55
Fuentes de financiamiento	57
Publicaciones	58

Temas de investigación	58
Perspectiva de género	60
Estudios a nivel nacional	61
Listado de investigaciones por región	62
V. EXPERIENCIAS EN SALUD, SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN EN LOS PUEBLOS INDÍGENAS	79
Las experiencias	81
Listado de experiencias por región	84
VI. REFLEXIONES FINALES	93
VII. BIBLIOGRAFÍA	99
LISTADO DE COLABORADORES POR REGIÓN	105

PRESENTACIÓN

En mi calidad de Coordinador de las Políticas y Programas Indígenas de Gobierno de Chile, me es muy grato presentar el Libro “Salud, Sexualidad y Reproducción. Sistematización de investigaciones y experiencias en pueblos indígenas en Chile” que expone el trabajo de investigación del equipo de la Corporación de Salud y Políticas Sociales.

Quisiera destacar el doble mérito de este trabajo: por una parte, sistematiza una información que no había sido difundida sobre los estudios y las experiencias ejecutadas en Chile en salud sexual y reproductiva en pueblos indígenas. Por otra, representa una valiosa contribución al proceso de construcción de sistemas de salud intercultural en nuestro país.

El trabajo del equipo coordinado por Soledad Pérez entrega una valiosa descripción de los sistemas médicos de los pueblos indígenas de Chile, aportando antecedentes que muestran la preservación de conocimientos tradicionales y prácticas de salud altamente valorados por los pueblos originarios de Chile. El rescate y reconocimiento de tales saberes y prácticas es una tarea ineludible para avanzar en el desafío de la interculturalidad en el ámbito de la salud.

En abril de 2004, el Gobierno de Chile anunció la Política de Nuevo Trato con los Pueblos Indígenas, que define los principales compromisos de gobierno en materia de ampliación de derechos, desarrollo con identidad y adecuación del Estado a la diversidad cultural. En el ámbito de la salud, se propone trabajar en una reglamentación que permita *el reconocimiento de los agentes de salud indígenas y en la conciliación de procesos de atención de salud* que aseguren su pertinencia respecto a las costumbres y tradiciones de los pueblos indígenas. Esta política propone también la ratificación del Convenio 169 de la OIT que, en sus artículos 24 y 25, plantea la necesidad de *promover la institucionalización de servicios de salud adecuados, teniendo en cuenta sus propios métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.*

Aunque la ratificación del convenio 169 es todavía una tarea pendiente, las discusiones para lograr una reglamentación para el reconocimiento de los sistemas de salud indígena están en curso. Sin duda, la investigación entrega antecedentes que alimentarán esta discusión.

Por otra parte, este trabajo también colabora con el cumplimiento de los compromisos internacionales referidos al reconocimiento de los Sistemas de Salud Indígena. Por un lado, aporta a la necesidad de generar información en el ámbito de la salud, acorde a las recomendaciones que en tal sentido

establece la Resolución V de la Organización Panamericana de la Salud OPS-OMS “Iniciativa de Salud para los Pueblos Indígenas en Las Américas”, aprobada por Chile en 1993. Esta resolución plantea, entre otras medidas, que el Estado de Chile deberá fortalecer *la capacidad técnica administrativa y gerencial de las instituciones nacionales y locales responsables de la salud de las poblaciones indígenas, a fin de superar progresivamente la falta de información en este campo y asegurar mayor acceso a servicios de salud y atención de calidad, contribuyendo así a mejorar niveles de equidad.*

Paralelamente, aporta información relevante para el establecimiento de redes de información y colaboración entre organizaciones, centros e instituciones abocados a la salud intercultural, redes que nos permitirán generar sinergias útiles a la formulación de políticas públicas pertinentes.

Finalmente, estudios de esta naturaleza nos permiten visualizar tanto los avances como los temas pendientes. No basta constatar la alta cobertura de atención de mujeres y hombres indígenas en el sistema público de salud, tal como lo evidencia la última Encuesta CASEN. Junto con ello, es preciso ampliar los esfuerzos públicos y privados para revisar los sistemas de atención de salud sexual y reproductiva, desde el doble prisma de la condición de género y la especificidad cultural de los hombres y las mujeres indígenas que concurren a los centros de atención. Conjuntamente, nos convoca a facilitar la validación y desarrollo de nuevas experiencias de salud intercultural que permitan legitimar los sistemas de salud indígenas como parte de una nación multicultural y generar así condiciones para su reconocimiento en el plano normativo y jurídico.

JAIME ANDRADE GUENCHOCOY
Subsecretario de Planificación
Coordinador Nacional de Políticas y Programas Indígenas
Santiago de Chile, septiembre de 2005

INTRODUCCIÓN

La Corporación de Salud y Políticas Sociales, específicamente el Área Asesoría Legislativa y Políticas Públicas viene desde hace varios años promoviendo el diálogo y debate en torno a temáticas de salud sexual y reproductiva y derechos entre organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, universidades, legisladores y organizaciones sociales.

En el actual contexto chileno los temas de salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos han producido controversias, avances y obstáculos y la mayoría de las veces se han visto asociados a los llamados temas valóricos. Por otra parte, las investigaciones no han considerado la diversidad cultural y étnica de nuestro país, siendo éste un tema pendiente que está lejos de ser desarrollado en profundidad.

Nos complace presentar a continuación los resultados de un primer intento de sistematización en estas temáticas, desarrollada por más de un año, sobre un *Diagnóstico nacional de investigaciones y experiencias en salud sexual y reproductiva en pueblos indígenas en Chile*. De esta forma pretendemos que esta publicación sea un aporte para la reflexión en torno a los avances y déficit en estas materias, además de ser un insumo para la formulación de políticas públicas en salud sexual y reproductiva para los pueblos indígenas en el marco de los derechos humanos.

La pregunta de cómo plantearnos la recopilación y sistematización de investigaciones y experiencias en salud sexual y reproductiva en los pueblos indígenas en Chile nos lleva a reflexionar sobre la complejidad del uso de este concepto en contextos culturales diversos. Este concepto desarrollado desde el mundo no indígena y asociado a movimientos políticos y de derechos humanos, se ha legitimado paulatinamente llegando a utilizarse en la actualidad en distintos contextos geográficos y culturales.

Hemos considerado con especial atención las opiniones que provienen desde el mundo indígena respecto de la pertinencia del uso y reconocimiento de este concepto. Creemos que es necesario considerar las percepciones de hombres y mujeres indígenas respecto a estas temáticas toda vez que estemos concientes que conceptos “foráneos” han sido adaptados a su propia cultura históricamente. No obstante estimamos que la temática de salud sexual y reproductiva posee un innegable potencial analítico y político.

De esta manera, hemos resuelto aproximarnos a estas materias utilizando una serie de temáticas que engloba la salud sexual y reproductiva, considerando conceptos como salud, sexualidad y reproducción como procesos

reconocidos entre los pueblos indígenas y vinculados con aspectos ligados a su propia cultura.

En este contexto, presentamos este libro el cual contiene cuatro capítulos que se han diseñado con una visión descriptiva de la información recopilada, abordando el primer capítulo los marcos conceptuales y metodología utilizada, así como una breve reseña de la política hacia los indígenas en Chile.

En el segundo capítulo se presentan las características principales de los pueblos indígenas considerando aspectos de población y salud.

En el tercer capítulo, se presentan antecedentes de la salud y sistemas médicos de la población indígena, considerando las estrategias en materia de salud gubernamental que se han venido gestando a través del tiempo, de manera de permitirnos visualizar como se relacionan los sistemas médicos en temáticas de salud sexual y reproductiva.

El cuarto capítulo aborda los hallazgos del estudio en términos de las investigaciones sociales y biomédicas recopiladas, las temáticas que incorporan metodologías y financiamientos entre otros. Y en el quinto capítulo, se dan a conocer las experiencias en salud sexual y reproductiva considerando las temáticas que abordan y su frecuencia regional.

Por último, se entregan algunas reflexiones en torno a la salud sexual y reproductiva como aporte a las políticas públicas, que se pueden traducir en propuestas concretas en términos de formas de abordar las investigaciones y las acciones concretas en estas temáticas.

Quisiéramos agradecer a todas las personas que colaboraron en esta sistematización, especialmente a las mujeres y los hombres dirigentes de diversas organizaciones de pueblos indígenas (ver anexo). Y al Fondo de Población de Naciones Unidas-UNFPA por su interés y apoyo en esta investigación.

Finalmente, agradecer al equipo de investigación formado por Claudia Dides Castillo, socióloga, Marcela Soto Reyes, antropóloga, encargada de la recopilación de información en la I y II región, Valentina Fajreldin Chuaqui, antropóloga, encargada de la recopilación de información en la Región Metropolitana y V región, Elsa González Caniulef, antropóloga, encargada de la recopilación de la información en la VIII, IX y X región y Silvia Gutiérrez por su apoyo secretarial.

I. A MODO DE CONTEXTO

La salud en Chile, al igual que en el resto del mundo, está ligada a su desarrollo social, cultural, económico e histórico. En este sentido, es importante señalar que en nuestro país cada vez más existe un progresivo reconocimiento de su pluriculturalidad, donde conviven una serie de culturas que mantienen concepciones y prácticas diversas en torno a la salud y la enfermedad¹. Sin embargo, este reconocimiento de la pluriculturalidad es un tema complejo, que desde la década del 90 se ha estado abordando desde diversos ámbitos institucionales por parte del Estado vinculado a las demandas de los movimientos indígenas.

LOS SISTEMAS MÉDICOS Y LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Cada grupo social y cultural organiza creencias, acciones, habilidades y conocimientos en busca de la salud de sus miembros creando los denominados sistemas médicos; los que consideran dos subsistemas, uno conceptual de la enfermedad y otro de cuidado de la salud². Es así como cada cultura desarrolla teorías (modelos médicos), técnicas (materia médica) y roles (agentes) para enfrentar y tratar de solucionar los problemas relacionados con la enfermedad y la recuperación de la salud, en un contexto geográfico particular³. Estos sistemas operan bajo procesos de síntesis, de yuxtaposición o de exclusión de prácticas y representaciones procedentes de diferentes saberes, que en los conjuntos sociales, se organizan de una determinada manera. Esto refiere a la forma en que se articulan saberes ya sean populares, científicos, indígenas y no se define en términos de lo tradicional o no tradicional⁴.

Las investigaciones desarrolladas en Chile sobre salud sexual y reproductiva han ido incorporando cada vez más las condiciones sociales y culturales que diferencian a mujeres y hombres⁵, sin embargo, la diversidad étnica

¹ Pérez, María Soledad, *Reflexiones sobre la medicina tradicional y medicina occidental en Chile a través del proceso de salud-enfermedad*. Anuario de Escuela de Postgrado Facultad de Filosofía y Humanidades. Santiago: Universidad de Chile, 2003.

² Foster, G. Anderson B. *Medical Anthropology*. New York, John Wiley Sons Editors. USA, 1978.

³ Citarella, Luca. Compilador. *Medicinas y culturas en la Araucanía*. Trafkin, Cooperación Italiana. Editorial Sudamericana Chile, 2000.

⁴ Menéndez, Eduardo. *La enfermedad y la curación ¿qué es la medicina tradicional?* Revista Alteridades, 4 México: 1994, Pág. 75

⁵ Schiappacasse, V.; Vidal, P.; Casas, L.; Dides, C.; Díaz, S. *Chile: Situación de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos*. CORSAPS, ICIMER Santiago: SERNAM 2003; OPS/OMS *Perfil de Salud de Mujeres y Hombres en Chile*. Santiago: 2003.

y las prácticas culturales en torno a estas temáticas, que introducen un contexto demográfico, económico, histórico, religioso, social y cultural aún no se han sumado como una variable significativa a considerar. Estos elementos, en su conjunto, determinan una forma particular de relación de cada persona con su salud sexual y reproductiva.

En este marco, nos hemos planteado la necesidad de levantar información con el objetivo de realizar un diagnóstico nacional que sistematice las investigaciones sociales, biomédicas y experiencias desarrolladas en Chile entre 1990 y 2004 por diversas organizaciones e instituciones, como una forma de conocer el tratamiento que se le ha dado a estas temáticas en nuestro país, además de buscar un acercamiento entre la concepción de salud sexual y reproductiva y los sistemas médicos de los pueblos indígenas en nuestro país.

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo 1994)⁶ se refiere, en el caso de la *“salud reproductiva a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Mientras que la salud sexual tiene como propósito “el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”*⁷.

Cabe señalar que la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) incorporó en el Programa de Acción, un capítulo sobre derechos de los pueblos indígenas con el objetivo de mejorar las capacidades productivas, las relaciones afectivas, el medio ambiente, los derechos a la salud sexual y reproductiva con sus diversidades como potencial. En esta perspectiva, el Enlace Continental de Mujeres Indígenas, que es parte del Foro Internacional de Mujeres Indígenas, ha realizado diversas reuniones continentales con el fin de reflexionar y acordar recomendaciones a los gobiernos, a CEPAL y otros organismo de Naciones Unidas para reconocer y priorizar la atención de los pueblos indígenas, y en particular de las mujeres en la agenda de los próximos años a través de asegurar mecanismos de participación de

⁶ Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo 5 a 13 septiembre de 1994. Disponible en: www.cinu.otg.mx/temas/desarrollo/dessocial/población/icpdf1994.htm Recuperado: septiembre de 2004.

⁷ “Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación de la familia a su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición, la atención de salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva” (párrafo 7.2 de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo 5 a 13 septiembre de 1994).

las mujeres, indígenas en el diseño, implementación, evaluación de las políticas y programas⁸.

Esto se relaciona con los derechos sexuales y reproductivos que constituyen el derecho básico de las personas y las parejas para ejercer las decisiones reproductivas, en el contexto del respeto y protección de los Derechos Humanos. Las personas deben contar con toda la información, educación y orientación en materias de sexualidad y reproducción, así como también con servicios de atención integral y con medios o métodos adecuados.

En este ámbito, el Estado chileno ha suscrito una serie de acuerdos internacionales, originados en las Conferencias de Naciones Unidas, en particular la de Población y Desarrollo de El Cairo, 1994 y la IV Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing, 1995. Esto ha servido para que el Estado diseñe y elabore las bases de las políticas públicas y desarrolle acciones tendientes a cumplir los objetivos acordados a nivel internacional.

Como lo señala el Proyecto Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos del 2000⁹ de Chile, los principios que han servido de piedra angular de los Derechos Sexuales y Reproductivos son el derecho a la vida, la igualdad ante la ley, la integridad física y síquica, la libertad y seguridad personal, el derecho a la privacidad e intimidad, el derecho a la salud, el derecho a la educación. Ellos se encuentran consagrados en la Constitución Política de Chile, en disposiciones de la Declaración Universal de Derechos Humanos, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en la Convención Americana de Derechos Humanos.

METODOLOGÍA UTILIZADA EN LA SISTEMATIZACIÓN

La metodología utilizada para la recopilación de la información de esta sistematización implicó dos etapas de trabajo y consideró las regiones de mayor concentración de población indígena en el país, es decir, la I, VIII, IX, X y Región Metropolitana. Además, se incluyeron la II y V región debido a que en ellas se localizan los pueblos indígenas, el *Likan Antai* y el *Rapa Nui*. La recopilación de investigaciones y experiencias en las regiones fue hecha a través de diferentes medios.

⁸ Enlace Continental de Mujeres Indígenas en CEPAL. Reunión de la Comisión Económica para América Latina, CEPAL, San Juan 28 de junio 2004. Disponible en: www.radiofeminista.net Recuperado en: mayo 2005.

⁹ El Proyecto Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos presentando en el año 2000 al Parlamento de Chile declara en el: *Artículo 5: Se prohíbe toda forma de discriminación en el ejercicio de estos derechos, sea que provenga del Estado o de los particulares. Para efectos de esta ley, se entenderá por discriminación cualquier exclusión, menoscabo, restricción o diferenciación arbitraria basada en el sexo, la edad, la orientación sexual, el estado civil, el origen étnico, el origen de clase social, religión o creencias, discapacidad o cualquier causa análoga.*

En una primera etapa, se constató que el concepto de salud sexual y reproductiva como tal, no ha sido incorporado completamente entre los académicos que se dedican a investigar esta área, menos en la realidad local de los pueblos indígenas, siendo muchas veces incomprensible para las personas y/o organizaciones indígenas.

En este contexto, se elaboraron ejes temáticos sobre salud sexual y reproductiva, incluyendo sexualidad, regulación de la fertilidad, métodos anticonceptivos (MAC), aborto, violencia sexual, VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual (ITS), calidad de la atención, derechos sexuales y reproductivos, cuerpo, fecundidad, embarazo y parto como referentes que se transformaron en posibilidades concretas de acercamiento y comprensión mutua. Esto permitió orientar la búsqueda de información, específicamente de referencias bibliográficas en bibliotecas, centros de documentación e internet (en catálogos en línea). Para la recopilación de la información se construyó una matriz cuyos principales descriptores fueron: salud sexual y reproductiva, sexualidad, género y diversas denominaciones de los pueblos indígenas.

Las bibliotecas y centros de documentación fueron agrupadas en las siguientes categorías: (a) universidades; (b) centros de documentación de organismos no gubernamentales; (c) organismos gubernamentales; (d) organismos internacionales; (e) bibliotecas públicas y personales y; (f) centros de investigaciones.

En una segunda etapa se recopilaron las experiencias desarrolladas en las regiones seleccionadas. Esta información se obtuvo principalmente a través de entrevistas a personas vinculadas o pertenecientes a diversos pueblos indígenas, funcionarios/as ministeriales, académicos/as e investigadores/as nacionales en temas indígenas y de salud sexual y reproductiva, a encargados/as de las experiencias tanto de servicios de salud como organizaciones indígenas y no gubernamentales.

Otra forma de aproximación fue la participación del equipo en congresos y encuentros de antropología, biodiversidad y salud intercultural¹⁰ donde se contactó a diferentes organizaciones indígenas, se asistió a un *Trawün* (reuniones mapuche) además de un *Nguillatún*. Se visitó organizaciones indígenas, comunidades rurales y hospitales donde existen programas de salud intercultural y ONG's que trabajan en temas afines.

Respecto a los criterios éticos de la investigación, se informó a cada una de las personas que se entrevistó que la información recopilada sería anónima y utilizada exclusivamente para esta sistematización.

¹⁰ Congreso Chileno de Antropología, San Felipe, 2004. Encuentro de Biodiversidad de la Red de Mujeres Campesinas e Indígenas Anamuri 2004; Salud intercultural con pueblos originarios: mejores prácticas en Canadá y Chile. VII Escuela Internacional de verano Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública Universidad de Chile. OMS, University of North Carolina School of Public Health, Santiago, 2005; entre otros.

Durante el desarrollo de este estudio se presentaron algunas limitaciones centradas principalmente en la etapa de recopilación de datos, ya que no todas las fuentes bibliográficas fueron encontradas en centros de documentación, universidades, organizaciones no gubernamentales y organismos estatales, sino que más bien se tuvo que recurrir a bibliotecas personales y por tanto se debió extender el tiempo de recopilación de información. No se realizó visitas a terreno en todas las localidades, debiendo priorizarse algunas, dada las condiciones temporales y presupuestarias de esta sistematización. Además, en la IX y X región se requirió mayor tiempo de terreno debido a la necesidad de afianzar y crear lazos de confianza y colaboración con organizaciones vinculadas a la intervención en el pueblo *mapuche*.

Esta sistematización no incluyó una visita ni trabajo de campo en Isla de Pascua, efectuándose un trabajo de recopilación de información de experiencias y entrevistas telefónicas con ciertos informantes. Estas situaciones muestran algunas de las limitaciones de este estudio, el cual es un primer intento de recopilación y sistematización de información en estas temáticas.

BREVE RESEÑA SOBRE LA POLÍTICA INDÍGENA EN CHILE

Como la mayoría de los países en América Latina, Chile presenta una población que producto del proceso de contacto con colonizadores posee un carácter mestizo, junto a ello persisten en la actualidad diferentes pueblos indígenas que fueron incorporados al Estado Nación a fines del siglo XIX. En aquel contexto se consideró al indígena como "atrasado", "inferior" y "bárbaro", la idea común fue dominar a los habitantes originarios, por lo tanto, se planificaron políticas de aculturación con la idea de civilizarlos e integrarlos a una educación monolingüe y monocultural¹¹.

Esta concepción se expresó en la educación, las leyes de división y la incorporación de diferentes ordenes misioneras al territorio nacional para contribuir a su asimilación a las "costumbres chilenas". Ya en el siglo XX a partir de la década de los 30, comienza un largo período caracterizado por las políticas de integración, basadas fundamentalmente en la educación, castellanización, y comprensión de los indígenas como campesinos y partes integrantes no diferenciados de la sociedad y pueblo Chileno. Ya en la década del 60 empiezan a surgir escuelas, internados y postas rurales teniendo el aparato del Estado mayor presencia en tierras habitadas por indígenas.

Desde la reforma agraria los indígenas pasan a ser considerados como campesinos, centrándose el conflicto en la tenencia de las tierras. En el ámbito de la salud son atendidos en postas rurales además de realizarse operativos médicos en los lugares más apartados de las regiones.

¹¹ Bello Álvaro, *Etnicidad y ciudadanía en América Latina*. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, 2004.

En la década del 80, en forma coincidente con el ocaso de la dictadura militar, algunas organizaciones *mapuche*, *aymara* y *rapa nui* levantaron un conjunto de demandas para proteger sus derechos vulnerados, en particular sus derechos a la tierra, así como exigir el establecimiento de una nueva relación con el Estado que incluyera: el reconocimiento de la diversidad étnica cultural, la participación de sus representantes en la conducción de la política indígena del Estado, la protección legal de sus tierras y aguas, la entrega de tierras fiscales o de tierras particulares adquiridas por el Estado y el apoyo de desarrollo económico y cultural de sus pueblos y comunidades¹².

La mayor transformación en términos de la relación del Estado con los pueblos indígenas se lleva a cabo en la década de los noventa, en un contexto de retorno a la democracia. Se plantea un nuevo trato de respeto y justicia para los pueblos, lo que significaría cambios a nivel de políticas estatales. En este marco, se elabora el Acuerdo de Nueva Imperial¹³ donde se dio por superada la política de división de las comunidades y la asimilación de los pueblos indígenas.

Más tarde se crea la Comisión Especial de Pueblos indígenas CEPI¹⁴ quienes trabajaron en la formulación de la Ley Indígena de 1993¹⁵. Uno de los principales acuerdos de esta ley y logros de este proceso fue la creación de la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena CONADI¹⁶, que se ha abocado principalmente a los problemas de tierras y de educación intercultural bilingüe. Sin embargo, no prosperan el reconocimiento Constitucional de los pueblos indígenas y la ratificación del convenio N° 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

La legislación que hoy se aplica en Chile a los pueblos indígenas, es la Ley 19.253 de 1993. Entre los derechos que reconoce, se encuentran los derechos políticos y participatorios, que intentan poner fin a la marginación de los indígenas en Chile, promoviendo la organización legal de los mismos y de sus comunidades, así como su participación en la instancia creada para la coordinación de la política indígena del Estado (CONADI). Se reconoce a los indígenas, sus principales etnias y comu-

¹² Comisión Especial de Pueblos Indígenas CEPI, En Instituto de Estudios Indígenas, *Los Derechos de los pueblos indígenas en Chile*. Informe del Programa de Derechos Indígenas. Temuco: Instituto de Estudios Indígenas, Universidad de La Frontera, 2003. pág. 9

¹³ Cuyos tres pilares fundamentales fueron la recuperación de tierras, el reconocimiento de derechos mediante el reconocimiento constitucional como pueblos indígenas, la ratificación del Convenio N° 169 de la OIT y la creación de una nueva institucionalidad pública para los asuntos indígenas. En Gobierno de Chile, *Nuevo trato con los pueblos indígenas. Derechos indígenas, desarrollo con Identidad y diversidad cultural*. Santiago: 2004.

¹⁴ Creada en 1990 y encargada de asesorar al Presidente de la República en la determinación de políticas indígenas, para formular un diagnóstico de la realidad, problemas y necesidades de los pueblos indígenas y estudiar y proponer planes y proyectos orientados a lograr el desarrollo integral y progreso económico, social y cultural de los pueblos indígenas. En Gobierno de Chile, *Nuevo trato con los pueblos indígenas. Derechos indígenas, desarrollo con Identidad y diversidad cultural*. Santiago: 2004.

¹⁵ Instituto de Estudios Indígenas, *Los Derechos de los pueblos indígenas en Chile*. Informe del Programa de Derechos Indígenas. Temuco: Instituto de Estudios Indígenas, Universidad de La Frontera, 2003. Pág. 15

¹⁶ CONADI se ha encargado de promover y ejecutar la acción del Estado a favor de los indígenas en el ámbito económico, social y cultural. www.conadi.cl

nidades; el derecho de mantener y desarrollar sus propias manifestaciones culturales (*párrafo 3 De las Culturas Indígenas, artículo 7*); el derecho a la Tierra pretendió posibilitar el reconocimiento de los derechos que los indígenas tienen sobre las tierras que han ocupado históricamente e impulsó su protección; los derechos culturales y lingüísticos; el derecho al desarrollo, es decir, la responsabilidad del Estado en el apoyo a la superación de la marginalidad económica y social¹⁷.

Según un análisis del Instituto de Estudios Indígenas de la Universidad de La Frontera, no obstante los avances que incorpora esta legislación, ésta resulta insuficiente en relación a las demandas formuladas por el movimiento indígena. Es más, se plantea que la ley resulta insuficiente al comparar sus contenidos con los que están establecidos por el derecho internacional y el derecho comparado relativo a los derechos humanos en general y a los pueblos indígenas en particular.

En enero del 2001 se crea la Comisión de Verdad Histórica y Nuevo Trato¹⁸ cuyas recomendaciones fueron entregadas a fines del 2003 al Presidente de La República, dando un último impulso a una política indígena del nuevo trato. Esta política considera que el gobierno implemente acciones en base a tres lineamientos estratégicos: mejoramiento del nivel de reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas, profundización de las estrategias de desarrollo con identidad y ajuste de la institucionalidad pública a la diversidad cultural del país.

En forma paralela, desde el año 2001, y actualmente en ejecución, se encuentra el Programa de Desarrollo Integral de las Comunidades Indígenas ORIGENES, financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), y que funciona bajo el alero del Ministerio de Planificación (MIDEPLAN). El propósito de este programa es mejorar las condiciones de vida y promover el desarrollo con identidad de los pueblos Aymará, Atacameño y Mapuche en el área rural, considerando el ámbito económico, social, cultural, ambiental y jurídico. Trabaja en seis áreas conjuntas, fortalecimiento de las comunidades; fortalecimiento de la institucionalidad pública; desarrollo productivo en conjunto con INDAP, CONAF, CONADI; educación intercultural a través del Ministerio de Educación; rescate de la cultura en colaboración con CONADI; y salud intercultural que se gestiona a través del Ministerio de Salud¹⁹.

En el ámbito de la salud una de las iniciativas gubernamentales más importantes, desde el Departamento de Atención Primaria del Ministerio de Salud (MINSAL), fue la creación en 1996 del Programa de Salud y Pueblos Indígenas, en el marco del Decenio Internacional de Pueblos Indígenas del Mundo 1995-2004 (*Resolución ONU N°48/169 de 1993*). Este Programa actualmente se implementa en los servicios de salud

¹⁷ Op cit Instituto de Estudios Indígenas (2003).

¹⁸ Su labor fue informar sobre la historia de la relación entre los pueblos indígenas y el Estado y sugerir propuestas y recomendaciones para una nueva política del nuevo trato.

¹⁹ MIDEPLAN. *Pueblos Indígenas/Programa Orígenes* Disponible en: www.mideplan.cl/publico/categoria.php?secid2&catid12 www.origenes.cl Recuperado: septiembre 2004

²⁰ MINSAL, *Programa Especial de Pueblos Indígenas*. Disponible en: www.minsal.cl Recuperado: noviembre 2004.

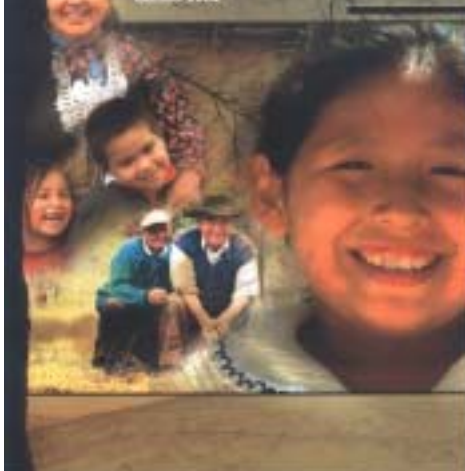
de las siguientes regiones: I, II, III, V, VIII, IX, X y región metropolitana. Mantiene una estrecha colaboración con la Organización Panamericana de la Salud, y el Programa de la Mujer del MINSAL²⁰. Además de crear una Comisión de Política de Salud y Pueblos Indígenas cuya propuesta fue entregado en el año 2003.

Desde el Programa Orígenes del MIDEPLAN, su componente salud trabaja coordinadamente con el Programa de Salud y Pueblos Indígenas, en las localidades rurales donde está siendo ejecutado, teniendo como objetivo elevar la situación de salud de la población indígena, mediante el mejoramiento del acceso a la atención en salud, ya sea a través de las instituciones asistenciales de la red pública como de la medicina indígena. Este componente considera el diseño y validación de modelos interculturales de atención, gestión y financiamiento en salud, el fortalecimiento de la medicina indígena y sensibilización de los funcionarios de salud en territorio indígena, mejorando el acceso a la red asistencial pública de esta población.

Cabe señalar que en la Ley Indígena no se presenta ninguna alusión específica hacia el tema de salud en los pueblos indígenas, a diferencia de las temáticas de cultura, idioma y educación indígena, en las cuales contempla su reconocimiento, respeto y protección, mediante el establecimiento de becas y programas de educación intercultural bilingüe.

Según lo anteriormente señalado, si bien las demandas de los pueblos indígenas en materia de salud, no tienen expresión en la Ley indígena, son acogidas en parte por el Estado a través del MINSAL; y específicamente por medio de la creación de un Programa Nacional de Salud y Pueblos Indígenas. En este sentido se aprecian avances de carácter gubernamental sectorial, en acciones concretas que consideran y analizan las particularidades epidemiológicas y culturales de las poblaciones indígenas que se encuentran en este territorio.

Estadísticas Sociales de los
Pueblos Indígenas
en Chile
Censo 2002



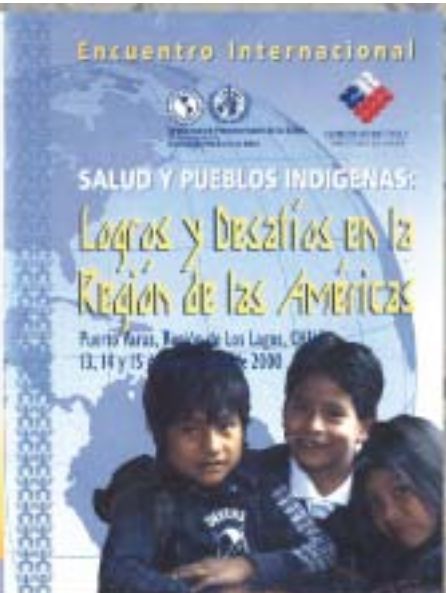
Situación de Salud
de los Pueblos
Indígenas de Chile

Encuentro Internacional

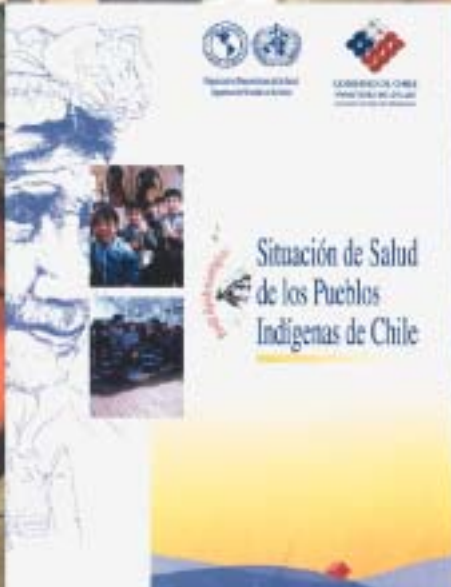
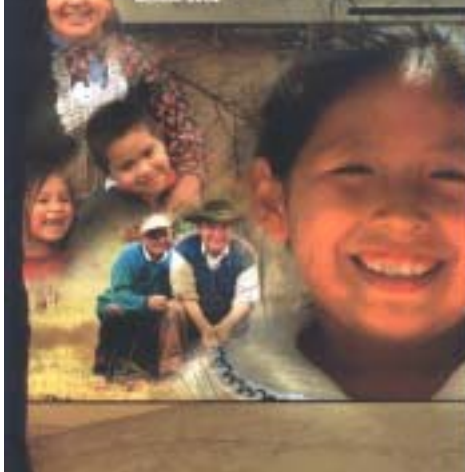


SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS:
Logros y Desafíos en la
Región de las Américas

Puerto Varas, Región de Los Lagos, Chile
13, 14 y 15 de mayo de 2000



Estadísticas Sociales de los
Pueblos Indígenas
en Chile
Censo 2002



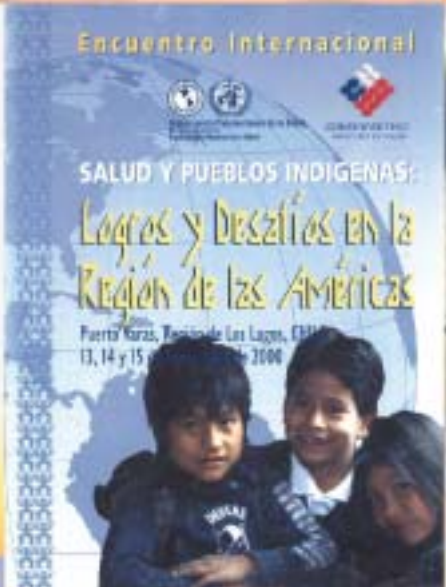
Situación de Salud
de los Pueblos
Indígenas de Chile

Encuentro Internacional



SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS:
Logros y Desafíos en la
Región de las Américas

Puerto Varas, Región de Los Lagos, Chile
13, 14 y 15 de mayo de 2000



II. CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN CHILE

Los pueblos indígenas según la Organización Internacional del Trabajo OIT (1989) son “...pueblos en países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban el país, o una región geográfica a la que pertenecía el país en la época de la conquista o la colonización, y conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas”²¹.

En Chile, según la Ley Indígena en su artículo 1º el Estado reconoce que los indígenas son los descendientes de las agrupaciones humanas que existen en el territorio nacional desde los tiempos precolombinos, que conservan manifestaciones étnicas y culturales propias siendo para ellos la tierra el fundamento principal de su existencia y cultura. El Estado reconoce como principales etnias indígenas de Chile a: la Mapuche, Aimara, Rapa Nui o Pascuense, la de las comunidades Atacameñas, Quechuas y Collas del norte del país, las comunidades Kawashkar o Alacalufe y Yámana o Yagán de los canales australes. La existencia de las etnias indígenas es valorada por el Estado como parte esencial de las raíces de la Nación Chilena, así como su integridad y desarrollo, de acuerdo a sus costumbres y valores. Es deber de la sociedad en general y del Estado en particular, a través de sus instituciones respetar, proteger y promover el desarrollo de los indígenas, sus culturas, familias y comunidades, adoptando las medidas adecuadas para tales fines y proteger las tierras indígenas, velar por su adecuada explotación, por su equilibrio ecológico y propender a su ampliación²².

De acuerdo a la evidencia arqueológica, el territorio actual de Chile estaba habitado desde hace varios miles de años por diferentes pueblos. En la zona norte del país, se encontraban los pueblos denominados actualmente como andinos. En el caso del pueblo *aymara*, no se sabe con exactitud en que siglo ellos comenzaron a habitar la zona altiplánica, pero se plantea que fue aproximadamente en el siglo XII d.c., cuando se impusieron a los grupos que ya habitaban en el sector²³.

²¹ OIT, *Convenio sobre Pueblos Indígenas y tribales en países independientes* 169, Ginebra 27 de junio 1989. Disponible en: www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/62_sp.htm Recuperado: septiembre 2004

²² Ley Indígena Normas Generales Poder Legislativo. Ministerio de Planificación y Cooperación. LEY NUM. 19.253. Establece Normas sobre Protección, Fomento y Desarrollo de los Indígenas, y crea la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena. www.mapuche.cl y www.conadi.cl (el subrayado es nuestro).

²³ Gundermann, Hans y Héctor González. *La Cultura Aymara. Artesanías Tradicionales del Altiplano*. Santiago: Departamento de Extensión Cultural del Ministerio de Educación y Museo Chileno de Arte Precolombino, 1989.

En el caso del pueblo *likan antai* o *atacameño*, a pesar del carácter desértico y hostil de los territorios, lo ocuparon por lo menos desde hace 10.000 años a. c.²⁴. Los *Likan antai* o *atacameños* son un pueblo que a lo largo de la historia ha transformado continuamente su identidad, se ha conectado y mezclado con otros pueblos y en la actualidad posee una mezcla cultural y biológica propia de una sociedad mixturada²⁵.

Los *aymara* presentan una historia de movilidad y migración que se remonta probablemente a tiempos coloniales e incluso prehispánicos²⁶. En la actualidad se ubican tanto en Perú como Bolivia, concentrándose mayoritariamente en este último país. Después de la Guerra del Pacífico se constituyó el último y menos numeroso segmento del pueblo aymará, cuando el territorio del Departamento de Tarapacá pasó a ser territorio chileno. A partir de la incorporación definitiva de esta zona, con el Tratado de 1929, el Estado chileno inició una serie de intervenciones tendientes a “chilenizar” a una población que era considerada extranjera. Estas políticas de nacionalización pueden resumirse en la fuerte presencia militar, en la imposición de nuevas formas de autoridad y de organización, y en la educación que inculcó en la población aymará conceptos asociados a la “chilenidad”²⁷.

Respecto al pueblo *Rapa nui*, cabe recordar que “la Isla de Pascua fue colonizada por navegantes polinesios cerca del año 400 y descubierta por Occidente en el año 1722. Si bien los contactos con los occidentales habían sido espaciados en el tiempo, el año 1862 la historia penetra drásticamente minando la demografía y destruyendo para siempre el viejo orden social y cultural. Expediciones esclavistas llevan cientos o miles de isleños hacia el Callao, entre ellos el rey, sus hijos y algunos sabios tradicionales. Los escasos sobrevivientes ven llegar a su tierra conjuntamente a misiones religiosas y empresas. En el año 1877 la población isleña llega a las 111 personas. Este pequeño grupo de sobrevivientes, deprimidos y enfermos tendrá que reconstruir a Rapanui desde fragmentos, tanto biológicos como culturales, siendo los fundadores de un nuevo orden”²⁸.

En la parte centro sur del territorio, los primeros asentamientos humanos se remontan al menos a 13.000 años atrás. De tal forma, los originarios grupos de cazadores

²⁴ Mostny Grete, F. Jeldes, R. González y F. Oberhauser. Peine, *Un Pueblo Atacameño*. Publicación N° 4, Santiago: Instituto de Geografía, Universidad de Chile, 1954.

²⁵ Núñez, Lautaro. *Breve historia de los pueblos atacameños. Desde la prehistoria a los comienzos del siglo XIX*. San Pedro de Atacama: Universidad Católica del Norte, Texto sin publicar, 2002.

²⁶ Grebe, María Ester. *Migración, Identidad y Cultura Aymara*. Revista Chungará, n° 16- 17. Arica, Universidad de Tarapacá, 1986.

²⁷ Gundermann, Hans y Héctor González. *La Cultura Aymará. Artesanías Tradicionales del Altiplano*. Santiago: Departamento de Extensión Cultural del Ministerio de Educación y Museo Chileno de Arte Precolombino, Santiago: 1989.

²⁸ Fajreldin, Valentina, *La Medicina Herbolaria en Isla de Pascua. Acercamiento Antropológico a la Cultura Médica Contemporánea en Rapanui*. Tesis para optar al Profesional de Antropóloga, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago: 2002.

recolectores que allí habitaron serán quienes, en el transcurso del tiempo, constituirán al pueblo *mapuche*²⁹.

En cuanto a la cultura *mapuche* “es posible suponer razonablemente que la cultura observada desde fines del siglo XVI hasta el siglo XIX tuvo contactos con grupos del norte, que habían sido empujados hacia el sur: primero, por los conquistadores *incas*, y después por la conquista española”. (Opcit)

A la llegada de los españoles a mediados del siglo XVI el vasto territorio ocupado por el pueblo *mapuche* ocupaba la zona que comprende los deslindes territoriales denominados “*mapunche wajontu mapu*”³⁰...[que] se extendían en la vertiente occidental de la cordillera de los Andes (*gulu mapu*) desde el río Limarí por el norte, hasta la isla Grande de Chiloé por el sur. En la parte norte de este territorio (*pikun mapu*), que se extendía desde el Limarí hasta el Bío Bío, habitaban los *pikunche* encontrándose la mayor concentración de población del río Aconcagua al sur. Al sur del Bío Bío (*gulu mapu*) se encontraban los *lafkenque* (gente de la costa en el sector poniente de la Cordillera de Nahuelbuta), los *nagche* (abajinos en el sector oriental de la misma Cordillera), los *wenteché* (arribanos en la precordillera de Los Andes). En la cordillera de los Andes desde Antuco al sur (*pire mapu*) se encontraban los pehuenche. Al sur del Toltén se localizaban los *huilliche* o *veliche*, en tanto que en la vertiente oriental de la Cordillera de los Andes se emplazaba el *puel mapu*³¹”.

PANORAMA POBLACIONAL DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Según el Censo de 1992, la población indígena alcanzaba los 998.385 habitantes³². Una década más tarde, el Censo del 2002 entregó nuevos datos registrando a 692.192 personas que se declaraban pertenecientes a culturas indígenas, es decir, el 4,6% del total de la población; este descenso de la población es cuestionado por algunas organizaciones quienes plantean que la diferencia se debe a cambios en algunas preguntas lo cual dificulta su comparación con el Censo de 1992³³. Las diferencias anteriores se explican a partir de la pregunta para identificar a la población indígena,

²⁹ Dillehay, Tom *Araucanía: Presente y Pasado*. Santiago, Chile: 1990, pág. 23

³⁰ “El concepto *mapunche wajontu mapu* denota la pertenencia del *che* al universo y se usa para describir el territorio ocupado por la gente de la tierra, el mapuche. El concepto *mapu* alude a espacios” Comisión de Trabajo Autónomo Mapuche (COTAM): *Wajontunmapu: Territorio y Tierras Mapuche. Informe Ejecutivo*” Comisión de Verdad Histórica y Nuevo Trato, Documento de Trabajo CVHNT/COTAM/2003/110, Temuco, 2003 en Programa de Derechos Indígenas, Instituto de Estudios Indígenas. Universidad de la Frontera: *Los derechos de los pueblos indígenas en Chile*. Santiago, Chile: 2003, pág. 157

³¹ “Los mapuche habrían ocupado los territorios ubicados al oriente de la cordillera de los Andes hacia fines del siglo XVI, extendiéndose hacia las pampas y llegando hasta el océano Atlántico” Hernández, I.: “Autonomía o Ciudadanía Incompleta. El pueblo mapuche en Chile y Argentina”. CEPAL-Pehuen. Santiago 2003 en “Programa de Derechos Indígenas, Instituto de Estudios Indígenas. “Los derechos de los pueblos indígenas en Chile”. Santiago, Chile: Universidad de la Frontera; 2003, pág. 158

³² Datos del Censo Nacional de Población 1992 en: Ministerio de Salud, OPS/OMS, *Perfil epidemiológico. Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile*, 1997.

ya que en ambos Censos se adoptaron criterios de identificación distintos: en 1992 se recurrió a la autoidentificación étnica y en el 2002 se adoptó la pertenencia de cada persona a uno de los ocho pueblos reconocidos en la Ley Indígena³⁴. Respecto a este punto, existen algunas críticas desde organizaciones indígenas en relación a las nuevas cifras del 2002, pues consideran que hubo una “invisibilización intencional” de los pueblos indígenas en Chile.

El 4,6% de la población total del país, dijo pertenecer a uno de los ocho pueblos considerados en la Ley Indígena³⁵. El pueblo *mapuche* es el más numeroso, representando el 87,3% del total de la población que contestó pertenecía a alguna etnia. Un 7% dijo ser *aymara* y un 3% *atacameña*. El resto de las etnias (*Colla*, *Rapa nui*, *Quechua*, *Yagán* y *Kawashkar*) ascienden a un 2,7%.

Composición étnica de la población indígena

TIPO DE ETNIA	%
Aymará	7,0
Rapa Nui	0,7
Quechua	0,9
Mapuche	87,3
Atacameño	3,0
Colla	0,5
Kawashkar	0,4
Yagán	0,2
Total indígenas	100,0

Fuente: INE, MIDEPLAN, Programa Orígenes, BID, Estadísticas Sociales de los Pueblos Indígenas en Chile. Censo 2002. Santiago de Chile: 2005.

³³ Un ejemplo de algunos problemas es lo que pudimos apreciar en este estudio, donde personas Lafkenche mencionaron no haber contestado preguntas del Censo ya que ellos no aparecían como grupo indígena, sólo estaban los *mapuche*.

³⁴ Instituto Nacional de Estadísticas, Programa Orígenes-MIDEPLAN-BID, *Estadísticas Sociales de los Pueblos Indígenas en Chile. Censo 2002*. Santiago: 2005.

³⁵ Ley Indígena Normas Generales Poder Legislativo. Ministerio de Planificación y Cooperación. LEY NUM. 19.253. Establece Normas sobre Protección, Fomento y Desarrollo de los Indígenas, y crea la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena. www.mapuche.cl y www.conadi.cl

Según el INE la población indígena presenta una menor proporción de adultos mayores que la que presenta la población no indígena, y de ellos son más mujeres que hombres³⁶.

El mayor número de hombres que declara pertenecer a una etnia se concentra en los *mapuche* (304.580) le sigue *aymara* (24.188). En el caso de las mujeres la población indígena que concentra el mayor número es la *mapuche* (299.769) le sigue también la *aymara* (24.313).

Más de la mitad de la población indígena y no indígena de 15 años y más se encuentra en situación de pareja mediante una unión civil o de hecho³⁷. Respecto a la religión que profesan en su mayoría en la población indígena, es la evangélica.

Las mujeres constituyen 49,9% del total de la población indígena, con un índice de masculinidad de 101,6 en la población no indígena este índice en cambio es de 96,9.

Composición de la población indígena por sexo e índice de masculinidad³⁸

ETNIA	AMBOS SEXOS (N)	HOMBRE (N)	MUJER (N)	PROPORCIÓN MUJERES	ÍNDICE DE MASCULINIDAD
Kawashkar	2.622	1.423	1.199	45.7	118.7
Atacameño	21.015	10.852	10.163	48.4	106.8
Aymara	48.501	24.188	24.313	50.1	99.5
Colla	3.198	1.687	1.511	47.2	111.6
Mapuche	604.349	304.580	299.769	49.6	101.6
Quechua	6.175	3.037	3.138	50.8	96.8
Rapanui	4.647	2.263	2.384	51.3	94.9
Yagán	1.685	876	809	48.0	108.3
Población indígena (PI)	692.192	348.906	343.286	49.6	101.6
Población no indígena (PNI)	14.424.243	7.098.789	7.325.454	50.8	96.9
Población total (PT)	15.116.435	7.447.695	7.668.740	50.7	97.1
PI/PT (%)	4.6	4.7	4.5		

Fuente: INE, Mideplan Programa Orígenes, BID, Estadísticas Sociales de los Pueblos Indígenas en Chile. Censo 2002. Santiago de Chile: 2005.

³⁶ INE, Hojas informativas. *Estadísticas Sociales, Pueblos Indígenas en Chile. Censo 2002*. pág. 1 Disponible en: www.mideplan.cl Recuperado en: septiembre marzo 2005.

³⁷ Ídem, Pág. 1

³⁸ INE, MIDEPLAN, Programa Orígenes, BID, *Estadísticas Sociales de los Pueblos Indígenas en Chile. Censo 2002*. Santiago de Chile: 2005. pág. 12

En relación a la estructura etarea la población indígena se concentra en el grupo de edad de entre los 10 y 40 años. Las persona mayores de 60 años son un 9,8% de la población indígena, en la población no indígena este segmento poblacional representa el 11,4%. En los dos casos son mayoritariamente mujeres³⁹.

La población indígena se encuentra mayoritariamente en zonas urbanas llegando al 64,8%, lo que sigue la tendencia nacional no indígena del 86,6 % de la población en zonas urbanas. En zonas rurales, la población indígena, alcanza un 32,2 %, mientras que en la población no indígena, llega al 12,4%.

La población indígena se presenta mayoritariamente en las regiones Novena (29,5%), Metropolitana (27,7%), Décima (14,7%), Octava (7,8%) y Primera (7,1%). Las regiones Cuarta, Tercera y Séptima son las que tienen menos presencia indígena⁴⁰. Es importante destacar el peso que tiene el pueblo mapuche en el análisis de estos antecedentes, ya que sólo entre la Octava, Novena y Décima regiones suman en conjunto el 52% del total de indígenas.

Por otro lado destaca la atracción que ejerce la capital desde el punto de vista migratorio, en donde se concentra el 27,7% del total de la población que declaró pertenecer a alguna etnia. En términos proporcionales, es decir, la relación entre la población indígena respecto de la población total, en las regiones donde esta relación es más alta son: la Novena (23,5%), Primera (11,5%), Décima (9,5%) y Décimo Primera (8,9%). Si bien la Región Metropolitana contiene el 27,7% de la población indígena, en términos de proporción ésta sólo alcanza el 3,2% del total de la población de la región. En el resto de las regiones, la población indígena constituye el 6,5% o menos, siendo la Cuarta y Séptima las que tienen los porcentajes más bajos (ambas 0,9%).

Respecto a los pueblos indígenas por regiones, resalta en todos los casos el alto porcentaje que se ubica en las zonas originarias. Los *aymara* se concentran mayoritariamente en la Primera Región (84,4%); los *atacameños* se localizan en la Segunda y Tercera regiones (66% y 14,4%, respectivamente); los *rapa nui* se concentran en la Quinta Región (56,7%); más de la mitad de la población *colla* se ubica en la Tercera Región (54,3%); los *mapuche* se distribuyen más diversificadamente en el territorio nacional, concentrándose principalmente en la Novena Región (33,6%), Región Metropolitana (30,3%) y Décima Región (16,7%). Sorprende que cerca de un tercio de la población que declaró pertenecer a los *yagán* se encuentra en la Región Metropolitana, los *quechua*, por su parte, tienden a ocupar las regiones Segunda y también la Metropolitana⁴¹.

³⁹ Ídem, Pág. 2

⁴⁰ MIDEPLAN, *Realidad Social de Pueblos Indígenas en Chile - Censo 2002*, Disponible en: www.mideplan.cl Recuperado: marzo 2005.

⁴¹ INE, Mideplan, Programa Orígenes, MIDEPLAN BID, *Estadísticas Sociales de los Pueblos Indígenas en Chile, Censo 2002*. Santiago de Chile: 2005, Pág. 14 Disponible en: www.origenes.cl Recuperado: junio 2005.

En la población indígena de 10 años y más, la condición de alfabetismo llega al 91,8%, porcentaje sensiblemente inferior al del alfabetismo de la población no indígena que alcanza el 96%. Existe un elevado porcentaje de analfabetismo de las mujeres indígenas en relación con los hombres representando el 10%, en tanto que los hombres llegan al 6,5% del total de ellos⁴².

El analfabetismo de la población indígena presenta diferencias importantes según región. La novena región es la que presenta las tasas más elevadas del país: de cada 100 indígenas cerca de 13 son analfabetos. En la Octava y Décima regiones aproximadamente 10 de cada 100 lo son. Contrastante resulta la situación de estas regiones cuando se trata de la población no indígena cuyo analfabetismo es de 5,5% en la Novena región, 6% en la Octava y 5,7% en la Décima, porcentajes inferiores a la media nacional, pero superiores a los presentados por los indígenas. Las regiones Cuarta y Décimo Segunda, que poseen muy poca población indígena, destacan por ser las que exhiben las tasas más bajas de analfabetismo en la población indígena (2,8% para la Cuarta Región y 3,5% para la Décimo Segunda).

PANORAMA DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Cabe señalar que respecto a estadísticas sobre salud sexual y reproductiva que consideren la variable etnia, no se encontró información. Al respecto solicitamos a diversos organismos públicos información en relación a los siguientes aspectos: partos según etnias, país y región; edad de inicio de relaciones sexuales según etnia, utilización de métodos anticonceptivos, esterilización voluntaria, tasas de egresos hospitalarios por aborto, cáncer cervicouterino y violencia sexual.

No obstante, respecto a la fecundidad, en los pueblos indígenas, INE y el Programa Orígenes de MIDEPLAN⁴³ señalan que en “el Censo del 2002, la pregunta sobre el número total de hijos dados a luz y nacidos vivos (fecundidad de toda la vida) se formuló a todas las mujeres de 15 o más años, logrando así conocer el comportamiento reproductivo por generaciones. Para los fines de ese análisis, se calculó la tasa global de fecundidad (TGF) para cada uno de los pueblos indígenas. Esta tasa representa el número promedio de hijos que tendría una mujer en todo su periodo reproductivo (en ausencia de mortalidad), si llegara a experimentar las tasas específicas y actuales de fecundidad. Esta es, por lo demás, la medida de fecundidad más ampliamente utilizada por no verse afectada por las diferencias o cambios en la composición de la población por edad y sexo, además de entregar una medida fácil de comprender. Al no contar con mayores antecedentes de estadísticas vitales para los grupos étnicos

⁴² Idem, pág. 70

⁴³ Idem, pág. 38

se tomó como referencia la TGF1 nacional cuyo valor para el año 2000 fue de 2,1 hijos por mujer, considerando a mujeres de 15 a 49 años, al mismo tiempo que a niños de 0 a 4 años. Sin embargo, debe resaltarse que esta tasa debe ser vista más bien como una aproximación, (aunque muy cercana a la realidad), ya que 7 de los 8 pueblos considerados por el Censo tienen poblaciones pequeñas, lo que podría imprecisar su resultado. Por otro lado, hay que tener en cuenta que la TGF es una medida hipotética de fecundidad completa, por lo tanto, es posible que las mujeres de edad reproductiva en cualquier momento, puedan haber completado familias de dimensiones considerablemente distintas de las que presenta la TGF actual⁴⁴.

En el cuadro que aparece a continuación, se entregan los resultados de estas tasas incorporando la referencia nacional de 2,1 hijos por mujer. En términos generales y considerando los diferenciales, a excepción de los *atacameños* (diferencial de 0,955) los indígenas de todas las etnias tienen en promedio más hijos que la estructura nacional. Entre los grupos étnicos, los que presentan el menor número promedio de hijos que tendría una mujer en todo su periodo reproductivo son *atacameño* (quienes presentan mayor cantidad relativa de personas mayores de 60 años entre sus pares) seguido de *kawashkar* (quienes en el rango de edad de 15 a 29 años tienen la menor proporción de personas)".

Promedio de hijos por mujer, por zona geográfica, según grupo étnico

Zona geográfica	Kawashkar	Atacameño	Aymara	Colla	Mapuche	Quechua	Rapanui	Yagán	PNI	TGF nacional
Urbana	2,21	1,93	2,40	2,08	2,27	2,35	2,67	2,36	2,09	2,10
Rural	1,57	2,37	2,58	2,45	2,29	1,97	2,09	2,68	2,07	2,10
Total	2,15	2,01	2,44	2,15	2,28	2,26	2,62	2,40	2,09	2,10

Fuente: INE, Hojas informativas. Estadísticas Sociales, Pueblos Indígenas en Chile. Censo 2002.

⁴⁴ Idem, pág. 38

En promedio, la mujer indígena rural tiene un hijo más que la mujer indígena urbana. Destacan las mujeres *rapa nui*, quienes mayoritariamente acortan esta distancia. Según el Censo 2002, la dinámica de los cambios reproductivos de los grupos étnicos se ha modificado. Esto se constata desde el punto de vista retrospectivo al comparar el promedio de hijos por mujer actual con aquellas que se encuentran al final de su ciclo reproductivo. En esta perspectiva, las mujeres indígenas han disminuido el número de hijos. A excepción de los *kawashkar*, las mujeres de los grupos de edad de 50 y más años, tienen una media de 4 hijos, en cambio las mujeres de 30 y 34 años sólo 2 hijos.

MOVILIDAD POBLACIONAL DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Otro dato interesante tiene relación con la movilidad poblacional en los pueblos indígenas desde zonas rurales a urbanas, ya sea por razones de estudio o trabajo, lo cual se aprecia en el Censo respecto a: “total de migraciones” y “migración neta”. El primero, se refiere a la suma de entradas de inmigrantes y de salidas de emigrantes desde un punto dado; el segundo corresponde al saldo migratorio, que es la diferencia entre el número de entradas y de salidas (inmigración-emigración). Una de las dificultades que presenta este tipo de indicador sobre migración es que sólo se cuenta con los registros continuos de movimientos migratorios que recoge el Censo, cada diez años, lo que no permite dar cuenta, por ejemplo, de las oleadas migratorias en periodos de crisis, o de la migración temporal. A este respecto el Censo pregunta a la población de 5 años y más ¿en qué lugar vivía usted en Abril de 1997?, es decir, dónde vivía 5 años antes al momento de la consulta. De los resultados de la pregunta se observa, que el total de migrantes de cinco años y más fue de 783.430 personas, equivalentes al 5,7%. De ellos 408.187 fueron hombres y 375.243 mujeres. En este proceso migratorio, se identifican algunos grupos protagónicos como es el caso de la población indígena quienes migraron en un número de 39.390 (6,2%) personas de cinco años y más, de los cuales 20.210 son hombres y 19.180 mujeres. Estos datos reflejan que la población indígena migra más frecuentemente que la población no indígena⁴⁵.

La mayor migración por grupo étnico es la siguiente: *rapa nui* (11,6%), *colla* (9,6%) y *kawashkar* (8,2%), siendo estos últimos los que presentan mayor diferencia porcentual entre la migración de hombres (9,4%) y de mujeres (6,7%). Los *aymara* son el pueblo que presenta el más bajo porcentaje de migración (3,4%).

Cabe destacar que las mujeres adquieren nuevos roles a partir de estos procesos migratorios, por ejemplo, al migrar el hombre, la mujer asume un rol más activo en el contexto familiar –como por ejemplo, la jefatura de hogar–, al mismo tiempo

⁴⁵ INE, Programa Orígenes de MIDEPLAN-BID, Estadísticas Sociales de los Pueblos Indígenas en Chile, Censo 2002, Santiago de Chile: 2005. Pág. 41 Disponible en: www.origenes.cl Recuperado: junio 2005.

que debe asumir tareas de carácter económico en desventajosas condiciones de ingresos con largas jornadas de trabajo sin dejar de lado sus tareas domésticas y reproductivas⁴⁶.

⁴⁶ Ídem, Pág. 41



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR



Primera Piedra Hospital Intercultural de
Especialidades de Nueva Imperial

de la Araucanía



Asoc. Gremial Regional de
Mujeres Mapuches y Rurales

IX Región

Construyendo juntos
un nuevo camino...



GOBIERNO DE CHILE
PROGRAMA DE
ORIGENES
MINISTERIO DE SALUD



de la Araucanía

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

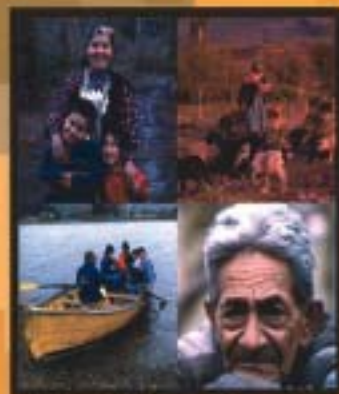
Primera Jornada
de Reflexión Comunal
sobre Medicina Indígena

18 y 19 Julio 2003
Lago Ranco



Programa
Orígenes *Comunales*
Salud Intercultural
Jornadas *Comunales*
de Medicina Indígena

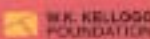
Coordinación de Políticas
y Programas Indígenas



AVANZANDO
HACIA UN NUEVO TRATO.....



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE FUNDACIONES
Y PARTICIPACION



W.K. KELLOGG
FOUNDATION



**PROGRAMA SALUD Y
PUEBLOS INDIGENAS**

Comunas Incorporadas al Programa
Panguipulli • San José de la Mariquina
Futrono • Lago Ranco
Lanco • La Unión
Valdivia

PROGRAMA DE SALUD INTERCULTURAL




SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE

ADKPA MAPUCHE LAWENTU

Medicina Ancestral
de la gente de la tierra

KME MONGETUAL MLEI
Una alternativa de sanación



Salud y educación complementaria
es el camino a la interculturalidad
"VENIMOS DE CEBARRO, EL BOSQUE DE LOS ENOSOS"
BOSQUE SALVA MAPUCHE
MAPUCHE KALL OYANEN
LUGAR DE ORIGEN

Boletín Inicial 07/1999 by María Pizarro, traducido 07/2003 by
Diana Mery de la Cruz - mery@bolnet.cl - (56) 9000 7 31124 79 Santiago

III. SISTEMAS MÉDICOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN CHILE

A partir del siglo XX la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha abordado la salud de los pueblos indígenas, no obstante, sólo en este último tiempo esta línea de investigación ha sido objeto de una aproximación más sistemática por parte de organismos sanitarios tanto nacionales como internacionales. En conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la OMS ha asumido este desafío a partir de la década de los noventa y fruto de ello, son las reuniones y conferencias que estas instancias han apoyado en el último tiempo sobre la materia⁴⁷.

Los pueblos indígenas se han convertido en un foco de preocupación por las deficiencias en salud y las condiciones sociales y económicas que afrontan la mayoría de ellos. La OPS se ha comprometido, este último decenio, a trabajar con estas poblaciones para mejorar su salud y bienestar, reconociendo el valor del patrimonio cultural y el saber ancestral de los pueblos indígenas y la necesidad de conservarlos⁴⁸.

Además la OPS/OMS, en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio con Equidad, ha destacado la necesidad de introducir la sensibilidad étnico/racial a las políticas públicas y programas en todos los países de la región de las Américas de manera de atender a los grupos específicos de acuerdo a su realidad concreta⁴⁹.

POLÍTICA DE SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS

En Chile, el incorporar criterios de pertinencia cultural en la política de salud se enmarca en una acción mayor del Gobierno para avanzar en un reconocimiento de la diversidad cultural, el derecho a la participación y los derechos políticos de los indígenas. El desafío de crear un enfoque de equidad en salud y pueblos indígenas requiere de acciones específicas como: procesos de capacitación y sensibilización que faciliten la comunicación entre el personal de salud y las comunidades indígenas, y la

⁴⁷ Winnipeg, Manitoba, Canadá, del 13 al 17 de abril de 1993; COSI/OMS Ginebra 1999; Washington, DC., EUA, 1998.

⁴⁸ OPS/OMS, Ministerio de Salud. *Encuentro Internacional Salud y Pueblos Indígenas: Logros y desafíos en la Región de las Américas*. Puerto Varas, Región de los Lagos, Chile, 13, 14 15 de noviembre de 2000.

⁴⁹ 132.a sesión del Comité Ejecutivo, Washington, D. C., EUA, 23-27 de junio de 2003. Grupo étnico y salud. CE 132/16(esp.) 1 de mayo 2003, ORIGINAL:ESPAÑOL.

coordinación intersectorial e interdisciplinaria que genere estrategias y metodologías pertinentes⁵⁰.

Desde la década del 90, el Programa Nacional de Salud y Pueblos Indígenas del MINSAL ha tenido como preocupación central aportar a la generación de servicios más accesibles y que respondan mejor a las necesidades de la población indígena, con el objetivo de mejorar la situación de salud y medio ambiente de los pueblos indígenas que habitan el territorio nacional, impulsando el desarrollo de estrategias que aseguren la satisfacción de las necesidades y la integralidad de las acciones, considerando sus características culturales, lingüísticas y económico sociales y su participación en la definición y solución de los problemas⁵¹. Desde entonces, se están llevando a cabo estudios epidemiológicos que comparan perfiles de salud entre pueblos indígenas y el resto de la población del país. Estos diagnósticos en poblaciones originarias son escasos, sin embargo, revelan que su situación de salud ha tenido notables mejorías. No obstante la mortalidad infantil (menor de 20 por mil nacidos vivos a nivel nacional), mantiene brechas significativas y profundas diferencias, ya que en pueblos indígenas llega al doble⁵². Es relevante señalar que no existen datos actualizados al respecto.

Existen experiencias de equipos de salud que vienen enfrentando el tema en comunidades indígenas con anterioridad a la creación del Programa de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud, como es el caso del Programa de Salud con Población Mapuche y algunas iniciativas en el Servicio de Salud de Arica que incorporaban criterios de pertinencia cultural. Se han realizado diversas reuniones locales y nacionales⁵³ entre organizaciones indígenas, organismos gubernamentales y no gubernamentales, donde se visualizó la tensión que existía entre los sistemas de salud oficial e indígena, que se expresaba en marginación y discriminación de los usuarios indígenas y sus concepciones y prácticas. Junto con ello, a lo largo del país, aparecieron demandas de reconocimiento de las prácticas de parteras, médicas, hierbateras, componedores de huesos, entre otros. A partir de la constatación de estos problemas, se comienza a discutir la forma de construir participativamente espacios y modelos de atención que potencien la complementariedad entre los sistemas médicos.

⁵⁰ División de Rectoría y Regulación Sanitaria; Fondo Nacional de Salud; Programa de Salud y Pueblos Indígenas Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. *Política de Salud y Pueblos Indígenas*. Documento de circulación interna, Santiago: enero 2003.

⁵¹ MINSAL, *Programa Especial de Pueblos Indígenas*. Disponible en: www.minsal.cl Recuperado: noviembre 2004.

⁵² Oyarce, Ana María; Romaggi Marisabel; Vidal Aldo. *Cómo viven los mapuches: Análisis del censo de población de Chile de 1982*, Santiago: ed PAESMI 1989; UFRO, CELADE, PAESMI. *Tabulaciones básicas. Censo de reducciones indígenas seleccionadas*, Santiago: ed. INE 1989; Toledo Llancaqueo Victor. *Situación de los pueblos indígenas de Chile. Perfil epidemiológico*. Documento de trabajo OPS/MINSAL Santiago: 1997.

⁵³ Como por ejemplo: Taller nacional de salud y pueblos indígenas. Salud, cultura y territorio: bases para una epidemiología intercultural, Likanray- Brotes de luna nueva, Región de la Araucanía, Chile: 1998; I Encuentro de Agentes de Salud Intercultural de Alto Bío – Bío, 2002, realizado en la comunidad de Ralco Lepoy, el cual tuvo como objetivo establecer un primer diálogo entre los agentes de salud tradicional *mapuche* pehuenche y los profesionales del servicio de salud Bío-Bío.

Entre las reuniones realizadas es importante destacar el *Primer Seminario Nacional de Salud Intercultural y Políticas Públicas* llevado a cabo en 1999, conjuntamente por el Ministerio de Planificación y Cooperación y el Ministerio de Salud que surge de las demandas de reconocimiento de las organizaciones y comunidades indígenas: reconocimiento a la diversidad, idioma, valores, prácticas de salud, arte y literatura. Su objeto fue delinear políticas a mediano plazo para construir estrategias de desarrollo de una salud intercultural para Chile.

En esta misma línea, en el año 2000 la Organización Panamericana de la Salud-OPS y el Ministerio de Salud organizan el *Encuentro Internacional de Salud y Pueblos Indígenas: Logros y desafíos en la región de las Américas*, llevado a cabo en Puerto Varas, región de los Lagos⁵⁴. Algunas de las recomendaciones de este encuentro fueron la incorporación de la variable etnicidad en los sistemas de información, incluyendo indicadores cualitativos y cuantitativos de aspectos de bienestar; utilización de metodología participativa en etapas de implementación de sistemas de información; modificación de servicios adaptando prácticas culturales variadas para mejorar el acceso y atención en salud: uso de idiomas propios, respeto de prácticas culturales de embarazo y parto, nutrición y alimentación; introducción de enfoque intercultural en la formación de recursos humanos de servicios de salud; fomento a la formación de personal de salud perteneciente a pueblos indígenas; posibilidad de intervención de la población indígena en la elección de su personal de salud, entre otras.

Desde el Ministerio de Salud, el Programa de Salud y Pueblos Indígenas ha logrado implementar algunas actividades en estas líneas, centrando su trabajo principalmente en el tema del acceso y la calidad de atención, manteniendo como preocupación la elaboración de enfoques epidemiológicos interculturales en la perspectiva de la creación de modelos de atención desde un enfoque intercultural y comunitario. La Política de Salud y Pueblos Indígenas señala que “Un enfoque de equidad en salud y pueblos indígenas debe sustentarse en el reconocimiento de la existencia de mundos socioculturales diversos, donde se encuentren distintas formas de entender y enfrentar el proceso de salud-enfermedad”⁵⁵.

En cuanto a mejorar la situación de salud, este Programa, ha ejecutado proyectos locales de intervención intercultural según las prioridades de los servicios de salud en comunas de alta concentración de población indígena. Para el mejoramiento del acceso se han integrado “facilitadores interculturales”; se ha apoyado la capacitación de equipos de salud que trabajan en áreas de población indígena y se han realizado

⁵⁴ Participaron 11 países de América Latina con el objetivo de analizar enfoques, metodologías, logros y lecciones de las experiencias concretas en el abordaje de la salud de los pueblos indígenas, identificando puntos clave en el desarrollo de modelos de salud interculturales y elaborar propuestas para su aplicación; propiciar alianzas de los países entre sí y con las agencias de cooperación internacional para facilitar el apoyo mutuo y la construcción conjunta de orientaciones estratégicas y avanzar en la construcción conjunta del plan de acción regional de la iniciativa de salud de los pueblos indígenas de las Américas.

⁵⁵ Pág. 16. Ministerio de salud, Fonasa, Programa de salud y pueblos indígenas. *Política de salud y pueblos indígenas*, Santiago : 2003.

operativos para resolver problemas de atención de especialidades y control de salud para comunas de difícil acceso. Además, se ha promovido la participación de los pueblos en el diseño, implementación y evaluación de proyectos y programas trabajando conjuntamente con CONADI; se ha promovido la realización de encuentros interculturales, y se han realizando estudios de la situación de salud y produciendo materiales de educación en salud. Todo ello con el sentido de promover una atención no discriminatoria, la participación de los pueblos indígenas y, el intercambio de conocimientos y experiencias⁵⁶.

Como ya lo mencionamos, en este contexto se inserta la iniciativa de los “facilitadores interculturales” presentes en distintas regiones del país. Esta iniciativa comenzó en el Servicio de Salud Araucanía Sur antes que se iniciara el Programa de Salud y Pueblos Indígenas desde el Ministerio de Salud, producto de la necesidad de mejorar la atención a los pacientes indígenas que no hablaban español o lo hablaban con dificultad en el año 1994⁵⁷. Para ello se contrató a personas designadas por las comunidades para que ayudaran en la comunicación entre los profesionales y los pacientes que acudían al Hospital Regional de Temuco.

En la actualidad estos facilitadores están contratados por el Programa Nacional de Salud y Pueblos Indígenas y algunas de sus funciones son: difundir en el ámbito de los servicios de salud el Programa de Salud y Pueblos Indígenas; capacitar y educar en relación a la medicina; el idioma y la cosmovisión indígena a funcionarios de salud apoyar en la solución de problemas de comunicación; aportar culturalmente en actividades de Programas Básicos y subprogramas promovidos por el establecimiento, prestar apoyo en las rondas rurales; facilitar la comprensión de las indicaciones y cuidados médico; traducir indicaciones médicas y de enfermería; acompañar a las personas en el sistema de atención ambulatoria y hospitalaria; acompañar la derivación a agente de medicina indígena; coordinarse con familiares de pacientes hospitalizados; apoyar trámites en otros servicios públicos a consultantes y familiares, entre otras. También aquí se insertan numerosas capacitaciones, llevadas a cabo con el objeto de sensibilizar a funcionarios de salud respecto de la problemática intercultural en cada zona.

A nivel del Ministerio de Salud, otro dato significativo es la creación de una comisión de trabajo que actualmente trabaja la posibilidad de un reconocimiento de las medicinas indígenas. En este contexto, muchas de las actividades realizadas por el Programa Nacional de Salud y Pueblos Indígenas estarían en el futuro avaladas desde la norma.

Por su parte, el Programa Orígenes del Ministerio de Planificación y Cooperación, MIDEPLAN, desde su componente salud, transfiere recursos al MINSAL y trabaja

⁵⁶ Margarita Saez. Interculturalidad en Salud. En: MIDEPLAN- MINSAL. *Primer Seminario Nacional de Salud Intercultural y Políticas Públicas*, Santiago: 1999.

⁵⁷ Esta información aparece en algunas entrevistas, donde se señala que desde la década del 80, en la localidad de Galvarino comenzaron algunas primeras experiencias.

en estrecha relación con el Programa de Salud y Pueblos Indígenas, en áreas rurales de la regiones I, II, VIII, IX, y X. Esto ha permitido financiar iniciativas ligadas al tema de la salud y la recuperación del conocimiento ancestral.

Un tema particularmente sensible y considerado del ámbito privado para los pueblos indígenas, es lo que entendemos por salud sexual y reproductiva, ya que es uno de los ámbitos en los que ha existido tensión con el sistema de salud oficial. En esta perspectiva, un estudio en salud sexual y reproductiva de mujeres aymara en el norte de Chile, evidenció la transgresión a las concepciones fuertemente arraigadas de los pueblos indígenas por parte de los equipos de salud, mediante protocolos que ordenaban los programas de salud y otras acciones concretas en términos de la atención y la falta de consentimiento de ciertas prácticas. Un ejemplo de ello son algunas cuestiones relacionadas con el embarazo y parto; la magra dieta hospitalaria, los baños de agua fría, salas de parto frías contrastan con el modelo tradicional que entrega una alimentación idónea a las madres, aseo con infusiones de hierbas, en equilibrio con un sistema frío-calor propio de su cultura⁵⁸.

En el Programa Nacional de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud no existen líneas de acción en estas materias, no obstante, se están realizando experiencias concretas en coordinación con el Programa de la Mujer del Ministerio de Salud en algunas regiones del país.

En cuanto al embarazo y parto es importante considerar que el código sanitario de la República de Chile en su artículo 16⁵⁹ plantea la protección materno infantil desde el Estado, por intermedio del Servicio de Salud, lo que en términos operacionales ha sido utilizado por los funcionarios de salud como una forma de obligar al parto hospitalario. En este marco, organizaciones indígenas han desarrollado experiencias como hogares y casas para dar respuesta a la necesidad de mujeres de sus comunidades para mantener sus tradiciones, disminuir costos de traslados a las ciudades donde están los hospitales y al mismo tiempo cumplir con este requerimiento, lo cual en algunos casos ha estado acompañado de situaciones de violencia⁶⁰.

En este marco, los facilitadores interculturales del Programa Nacional de Salud y Pueblos Indígenas han realizado diversas intervenciones en el campo de la salud sexual y reproductiva como realizar acompañamiento de las mujeres durante su

⁵⁸ CEDEMU, *Sentando bases para el desarrollo de un modelo intercultural en salud sexual y reproductiva entre las mujeres aymará del norte de Chile: un estudio de epidemiología intercultural, balance del proceso*. Arica: 2001-2002.

⁵⁹ Artículo 16: considera que toda mujer desde el embarazo y hasta el sexto mes de nacimiento de su hijo, y el niño tendrán derecho a la protección y vigilancia del Estado por intermedio de las instituciones que correspondan. En este caso por parte del servicio de salud

⁶⁰ Ejemplo de ello, son los relatos de la búsqueda de las mujeres embarazadas con carabineros para dar a luz a sus hijos en hospitales, o las amenazas que reciben cuando ellas deciden tener parto domiciliario. Ver En: Pérez, María Soledad. *Significados de la salud enfermedad en el pueblo de Talabre. Un acercamiento desde la perspectiva de Género*. Tesis de Magíster en Género y Cultura en América Latina. Facultad de Filosofía y Humanidades. Universidad de Chile. Santiago: 2005.

inserción en el hospital en el caso de embarazo y parto, entregar información y motivar a las mujeres para que realicen un control ginecológico mediante el PAP, apoyar a las mujeres explicando y traduciendo información respecto a MAC, entre otras.

En distintas intervenciones que ha realizado el Programa de Salud y Pueblos Indígenas y el Programa Orígenes han emergido temáticas enmarcadas dentro de la salud sexual y reproductiva, como embarazo, parto, atención ginecológica, entre otras.

Es importante señalar que la mayor inversión e intervención se ha realizado en zonas rurales, lo que nos plantea el desafío de generar espacios de trabajo en áreas urbanas, donde interactúan usuarios indígenas hombres y mujeres y los funcionarios/as de salud. En distintas regiones del país existen organizaciones sociales indígenas y de salud trabajando en conjunto y enmarcados en el Programa de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud, ligados al nivel municipal, en las instancias de Atención Primaria de Salud. Este trabajo generalmente se ha realizado a través de un dirigente indígena que actúa como coordinador/a comunal del Programa, focalizando el trabajo intersectorial en estas comunas y sus organizaciones que formalmente trabajan en salud.

SISTEMAS MÉDICOS EN CHILE

En la vida cotidiana, dependiendo de la cultura de la cual nos sentimos parte, combinamos y probamos diferentes opciones médicas, construyendo múltiples alternativas y estrategias para la búsqueda de salud. Si bien existen ciertas disposiciones establecidas, los conocimientos están en continuo proceso de transformación, ya que muchas personas recurren a consultas y tratamientos populares, indígenas y biomédicos de acuerdo a la situación específica que enfrentan.

Según Luca Citarella⁶¹ los sistemas médicos, desde una perspectiva antropológica sitúan los principios universales de comportamiento y las nociones médicas en el contexto de la cultura. Y es en este contexto donde los grupos humanos desarrollan métodos, creencias y conocimientos para enfrentar la enfermedad y entender la salud. La noción de sistema médico permite una vinculación del estudio de la medicina con su ámbito sociocultural, ya sea étnico-indígena o de la sociedad dominante, además nos sitúa en un contexto de cambio y transformación cultural al estar en contacto directo con otros sistemas sociales.

En Chile no existe un reconocimiento legal de los sistemas médicos indígenas. La forma de hacer medicina propia de la cultura occidental moderna estaría caracterizada por una tendencia hegemónica de su conocimiento biomédico científico y, por lo mismo, ha establecido históricamente relaciones de dominación hacia otros sistemas

⁶¹ Citarella, Luca. Compilador. *Medicinas y culturas en la Araucanía*. Trafkin, Cooperación Italiana. Chile: Editorial sudamericana, 2000.

médicos y hacia los pacientes, negando la posibilidad de medicinas basadas en otros paradigmas.

Lentamente, a través del tiempo algunas instituciones del sistema oficial de salud han ido buscando un mayor acercamiento con los sistemas médicos indígenas, quienes han ido paulatinamente incorporando nuevas visiones al sistema oficial. Se han ido desarrollando nuevos modelos de atención, específicos para cada contexto cultural; por ejemplo la implementación de modelos de salud interculturales mapuche en distintas localidades⁶².

En este sentido, en la última década, se ha empezado a utilizar, también en Chile, conceptos como es el de salud intercultural o interculturalidad en salud, como una forma de incorporar la cultura del usuario/a indígena y de su contraparte el funcionario de salud, en el proceso de atención en salud⁶³. Se refiere, además, a la capacidad de moverse entre diferentes culturas, con conocimientos, creencias y prácticas culturales diversas respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional⁶⁴.

La diversidad étnica que presenta Chile ha puesto a los equipos de salud frente a la necesidad de desarrollar estrategias que faciliten la relación entre médicos y pacientes, rompiendo la barrera del acceso y oportunidad de la atención que puede significar la diversidad étnica y cultural de los usuarios. De allí la implementación, ya mencionada de los facilitadores interculturales y de modelos de atención intercultural lo que ha implicado una mayor coordinación entre organizaciones indígenas y servicios de atención en salud.

En este contexto, las visiones médicas en territorios interculturales han convergido desde mundos socioculturales distintos. La realidad geográfica y cultural diversa ha influido directamente en la construcción de sistemas médicos locales. Respecto a los sistemas médicos indígenas es necesario aproximarnos teniendo en cuenta que existen historias culturales de cada pueblo, las que se han ido desarrollando en un marco distinto al del resto de la población.

En el caso de los pueblos *Mapuche, Aymará, Atacameño o Likán Antai, Rapa nui, Kawéskar y Yámana*, hoy en día, han adoptado muchas formas culturales modernas; no obstante, conservan su lengua (a excepción de los *Atacameños*⁶⁵) y muchas de las tradiciones

⁶² Hospital Makewe-Pelale y Centro de Salud Intercultural Boroa Filulawen en la Novena región y Modelo de Salud Complementario Huilliche de Chiloé.

⁶³ Alarcón, Ana María; Vidal, Aldo; Neira, Jaime. *Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales*. Revista médica de Chile, 131: 1061-1065, 2003.

⁶⁴ Ibacache, Jaime; Oyarce, Ana María. *Reflexiones para una política intercultural en salud. Primer encuentro Nacional de salud y Pueblos Indígenas*. Puerto Saavedra, Chile 1996.

⁶⁵ Gómez Domingo, Ahumada J., Necul E. *Medicina tradicional Atacameña*. Antofagasta: Fondart, Mineduc. 1998.

heredadas de sus antepasados. De esta manera, cada pueblo mantiene rasgos culturales y étnicos distintivos⁶⁶.

Al revisar la discusión teórica respecto a los sistemas médicos, es importante considerar la *identidad étnica de cada cultura*. A esto se suma la experiencia cotidiana de salud enfermedad de los sujetos, sean hombres o mujeres, como una expresión de la diversidad que existe dentro de cada pueblo. Por esto es relevante no olvidar que no estamos hablando de un único individuo y además que en la actualidad se están produciendo convergencias de sistemas.

En la actualidad, las construcciones de identidad se encuentran tensionadas al interior de un contexto de globalización que afecta a las sociedades contemporáneas. Como consecuencia se producirían cambios en los sistemas culturales que influyen en la forma de constituir identidades. Estos tendrían relación con la reestructuración de las distinciones y órdenes que organizan los sistemas culturales como por ejemplo el caso de los sistemas médicos tradicionales, que introducen la posibilidad de nuevas relaciones con la medicina occidental hegemónica⁶⁷.

SISTEMAS MÉDICOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS QUE HABITAN EN LAS REGIONES ESTUDIADAS

En las regiones estudiadas se encuentran distintas culturas médicas indígenas, las cuales tienen una cosmovisión que no necesariamente es posible comparar con el esquema médico imperante, debido a que tienen códigos diferentes y responden a lógicas culturales propias⁶⁸.

El sistema médico oficial se constituye en un área especializada del conocimiento científico y tecnológico. La medicina denominada científica constituye una de las formas institucionalizadas de atención de la enfermedad y ha llegado a ser identificada, en muchas sociedades, como la forma “más correcta y eficaz” de atender el proceso de salud/enfermedad.

En la actualidad es posible constatar procesos de acercamiento, como incorporación de saberes y aspectos de las medicinas indígenas y populares en las prácticas médicas oficiales.

Se puede apreciar en distintas regiones, cómo el Programa Nacional de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud (radicado en los distintos Servicios de

⁶⁶ Pérez, María Soledad. *Reflexiones sobre la medicina tradicional y medicina occidental en Chile a través del proceso de salud-enfermedad*. Anuario de Escuela de Postgrado Facultad de Filosofía y Humanidades. Santiago: Universidad de Chile, 2003.

⁶⁷ Idem, Pérez. (2003)

⁶⁸ Alba, José; Tarifa, L. *Los Jampiris de RAQAYPAMPA*. Cochabamba Bolivia: CENDA, Centro de Comunicación y Desarrollo Andino, 1993.

Salud), coordina su gestión con Organizaciones Indígenas y Municipios. Además se coordina con otros Programas del Ministerio de Salud, como el Programa del Adolescente y de la Mujer, donde no existe un enfoque específico para trabajar en la temática indígena, aunque en el último tiempo se han llevado a cabo experiencias de trabajo coordinado entre este último Programa y el Programa de Salud y Pueblos Indígenas en la temática de embarazo y parto.

Por lo tanto, en las regiones estudiadas conviven distintas culturas médicas, que dan origen a sistemas médicos específicos, complejos, con prácticas y recursos diversos. De esta manera el sistema oficial de salud forma parte del sistema médico que utilizan las comunidades indígenas. Los pueblos se adaptan a las circunstancias geográficas, sociales y culturales creando estrategias socioculturales de adaptación en el ámbito de la salud y la enfermedad, incorporando conocimiento de salud y formas de tratamientos variados. Cabe señalar, sin embargo, que existen personas que viven en comunidades o inclusive en áreas urbanas que se atienden principalmente con especialistas propios.

SISTEMA MÉDICO MAPUCHE

El pueblo indígena mayoritario en nuestro país es el mapuche, quienes se encuentran principalmente en la VIII, IX, X región y en la región metropolitana. Según Citarella⁶⁹, uno de los ejes de resistencia del pueblo *mapuche*, que mantiene su cultura, es la medicina tradicional, transformándose en espacio de identidad y conservación para el grupo social. Existe un sistema de prácticas mágico religiosas y rituales que son el punto de referencia para la vida cotidiana y las conductas morales del pueblo.

Este sistema médico se estructura en correspondencia con la cosmovisión propia de éste pueblo. Así, como los mitos de creación mapuche narran una sucesión de eventos que sitúan a hombres y mujeres en términos de relaciones de opuestos complementarios, en contacto con un medio circundante que se rige bajo leyes similares, existe el sistema médico basado en los mismos supuestos. De tal modo la "salud" desde lo *mapuche*, se encuentra inmersa en una visión mucho más compleja e integral⁷⁰.

En términos generales, este sistema médico forma parte de una concepción holística de la cultura y el medio ambiente, donde las transgresiones a los diversos ordenes que rigen la vida de hombres y mujeres inciden en el estado de salud/enfermedad que pueda presentar el individuo. Así, sistema de salud, educación, religión, inserción productiva, desempeño de roles, entre otros, forman parte de un entramado, que es indivisible desde la visión del sujeto mapuche partícipe de la cultura⁷¹.

⁶⁹ Op. Cit. Citarella (2000).

⁷⁰ Ibacache, Jaime. *Como se vive la enfermedad: un estudio de dolencia en Makewe Pelale*, (inédito) 1999.

⁷¹ Quidel, José. *Cosmovisión Mapuche y Etiología Mapuche de la Salud* En: OPS y Asociación Indígena para la Salud Makewe-Pelale. *Makewe-Pelale: un estudio de caso en la complementariedad en salud*. Temuco: 2001

Desde este punto de vista, entonces, es necesario comprender que los conceptos de salud-enfermedad en el mundo *mapuche*, forman parte de una dualidad opuesta y complementaria a la vez, en constante tensión, y desde donde se define la vida de las personas. La condición de salud-enfermedad, por tanto, es necesario entenderla en el contexto de las relaciones que establecen los sujetos con el entorno; sea éste físico o inmaterial espiritual. Así, la salud, *konalen*, representa el estado de equilibrio biológico y psicosocial del ser humano, el adjetivo que simboliza la plenitud, la vida, la feracidad del mundo⁷². En contraposición, la enfermedad, *Kutran*, corresponde a fuerzas opuestas o antagónicas a tal estado.

Entre los numerosos agentes que es posible identificar en el tratamiento o restablecimiento de la situación de salud/equilibrio, de las personas, figuran las/os *machi*, quienes, entre otros, poseen el poder de intervenir con las diversas fuerzas que interactúan en el entorno físico y sobrenatural. Las/os *lawentuchefe*, en tanto, son aquellas personas que poseen el conocimiento etno-botánico para el tratamiento de ciertas enfermedades y *gütamchefe*, son los especialistas en el tratamiento de dolencias en los huesos.

Desde la perspectiva de lo que se denomina salud sexual y reproductiva, es posible identificar en el sistema médico *mapuche* a la *püñeñelchefe*⁷³, quien es la especialista en tales cuidados, es la matrona o partera en el contexto cultural *mapuche*. La existencia de esta especialista en salud reproductiva, no implica que el conocimiento que ella maneja sea exclusivo de su rol, puesto que de acuerdo a las formas de transmisión de la cultura *mapuche* este conocimiento se transmite de generación en generación en la práctica de la tradición oral. De esta forma es posible comprender cómo algunos de los conocimientos de ésta especialista son, a la vez, del dominio de diversas personas -al interior de las familias- en las comunidades.

Para el caso de las mujeres embarazadas y puerperas, el protocolo *mapuche* en salud señala múltiples cuidados, ya sean alimentarios o de comportamiento, como las recomendaciones de no comer yemas de huevos, *pana*, alcohol e ingerir infusiones de remedios considerados “fuertes”, tales como el *ajeno* y la corteza del *canelo* entre otros; no ver alguna persona o animales en estado moribundo ya que esto traspasaría al feto el estado negativo en que se encuentran estos seres vivientes⁷⁴.

La mujer embarazada debería estar controlando su embarazo con una *püñeñelchefe* quien va viendo en el “tacto” cómo se va desarrollando el feto, va preparando el parto mediante masajes suaves y le va dando consejos de cómo actuar. En el momento del parto, se realizan diversos procedimientos rituales con la placenta, de tal modo se ve el futuro del bebé, se sabe cuántos hijos va tener la madre y se entierra ésta

⁷² Op Cit. Citarella, Luca, (2000)Pág.110.

⁷³ Op Cit. Quidel, José (2001).

⁷⁴ Ñanco, José. *Ciclo vital de una mujer*. Resumen de ponencia presentada en Talleres de Capacitación Servicio de Salud Araucanía Sur. 1997.

en un lugar especial. Con posterioridad al parto se recomienda mantener una serie de cuidados tales como no exponerse al frío y no mojarse la cabeza por un mes, para evitar la enfermedad denominada sobreparto⁷⁵.

Existen otras recomendaciones que son parte del protocolo *mapuche* en temas de salud reproductiva que tienen relación con el ámbito de las conductas apropiadas dentro del matrimonio, la sexualidad, métodos de planificación familiar propios, así como diversas normas y cuidados para los distintos periodos del ciclo vital reproductivo de las mujeres mapuche. Sin embargo, muchos de estos aspectos aún permanecen en el ámbito intracultural *mapuche*, siendo transmitidos sólo a sus miembros mediante procesos de socialización.

En la zona sur del país, específicamente en la región del Bío-Bío (VIII región) existen dos referentes e identidades territoriales visibles, los mapuche-pehuenche y mapuche-lafkenche, los cuales mantienen particularidades vinculadas al sistema médico⁷⁶.

En el referente territorial pehuenche, en la actualidad no existen machi, sin embargo, aún subsisten agentes que practican la medicina tradicional, entre ellos es posible identificar componedores de huesos, santiguadoras, médicas, diagnosticadoras por humores, hierbateras y parteras.

Por otra parte, en el referente territorial *mapuche*-lafkenche, también subsisten las prácticas y cultores de la medicina señalados con anterioridad. A ellos/as, se suma la existencia de la machi que cumplen sus funciones como agentes médicos en diversas comunidades.

En la región de la Araucanía (IX región), coexisten diversos referentes e identidades territoriales, entre los cuales figuran, entre otros, los referentes wenteche, nagche, lafkenche y pehuenche. La identificación de estos referentes territoriales en este caso, no es tan clara como en el caso de la VIII región. En esta región se presentan diversos agentes del sistema médico *mapuche* y popular. En este último, se aprecian especialistas tales como: curanderos, yerbateros, meicos, componedores, parteras, curiosas y santiguadoras, correspondiendo este tipo de medicina, a la vez, a un orden sincrético, es decir, derivada de procesos de contacto entre tradiciones culturales distintas⁷⁷.

En relación al sistema médico *mapuche*, la región es conocida por concentrar el mayor número de machi del pueblo mapuche. A ellas se suma la existencia de gütamchefe, lawentuchefe y puñeñelchefe. Sin embargo, el acelerado deterioro ambiental que se vive hoy en día, acompañado de una dramática pérdida territorial conlleva a que

⁷⁵ Op Cit. Ñanco, José (1997).

⁷⁶ Sobre este tema, véase por ejemplo: "Vision del Desarrollo Territorial Reflexion Colectiva de las Identidades Lafkenche, Calafquenche, Nangche, Wenteche, Huilio, Makewe Y Pewenche" en <http://www.sociedadcivil.cl/nuevodiario/imagenes/barranar.gif>

⁷⁷ Op Cit. Citarella, Luca (2000).

la medicina *mapuche* este seriamente amenazada⁷⁸. Esta situación incide en que actualmente muchas machi, por ejemplo, deban efectuar largas excursiones y viajes para encontrar las plantas medicinales, que ya no existen en las comunidades⁷⁹.

En el caso de las puñeñelchefe y las machi, es tema conocido entre las personas *mapuche* de esta región y en todos los referentes territoriales, que éstas han sido duramente perseguidas y sancionadas históricamente por el ejercicio de sus prácticas. De ahí que éste tema sea recurrente en los encuentros convocados por organizaciones mapuche. Estas prácticas son consideradas ilegítimas teniendo como referente el sistema médico oficial, que en el artículo 117 del código sanitario, establece que la asistencia a las mujeres parturientas las realiza exclusivamente una profesional matrona.

En la región de los Lagos (X región) el referente a que pertenece la población, corresponde a la identidad territorial *mapuche-huilliche*, identificándose en la actualidad dos focos geográficos donde habita la población; la zona correspondiente a lo que es actualmente la provincia de Valdivia y Osorno en el extremo norte de la región, y la Isla de Chiloé en el sur.

Es una de las regiones que presenta escasas investigaciones en temas vinculados a sistema médico de los habitantes *mapuche-huilliche*, por lo tanto, son limitados los acercamientos que se pueden realizar en referencia al sistema médico propio de esta población.

Los antecedentes aportados por las distintas personas que colaboraron con esta investigación⁸⁰, indican que el sistema médico es un proceso que está en reconstrucción en éste referente territorial, aunque se reconoce la existencia de componedores de huesos, médicas y parteras. En referencia a éstos, se presentaron testimonios de la persecución que afectó en algún momento a estos agentes de la medicina *mapuche* y en razón a ello, la invisibilización y en algunos casos ocultamiento de estos cultores.

En términos generales se ha señalado respecto al concepto de salud huilliche que éste es producto de una relación armónica entre el medio ambiente físico, humano y sobrenatural, que implica que cuando un individuo es portador de una patología toda la comunidad debe participar en su tratamiento. Dicho tratamiento no sólo incorpora remedios o medicamentos de la enfermedad, sino que involucra redes complejas de creencias que abarcan el estado físico, humano y medioambiental⁸¹.

⁷⁸ Debido a: proyectos de inversión forestal, pesqueras y acuícolas, obras de infraestructura vial, autorización de centrales hidroeléctricas. Instituto de Estudios Indígenas. *Los Derechos de los pueblos indígenas en Chile. Informe del Programa de Derechos Indígenas*. Temuco: Universidad de La Frontera, 2003.

⁷⁹ Op Cit. Quidel José (2001).

⁸⁰ Asociación Mapuche Antonio Huenteano, Federación Huilliche de Chiloé y encargada de Programa de Salud y Pueblos Indígenas del MINSAL.

⁸¹ Muñoz, M. et al: "Recuperación, educación y gestión ambiental: Suelos degradados de Chanquín y Huentemó. Hacia la democratización de las propuestas de desarrollo" 1997 en Becerra, A. "Rol del Antropólogo en la Comisión Intercultural de Salud del consejo de Caciques de Chiloé: Una experiencia de trabajo: Informe de Práctica profesional para obtener el Título de Antropólogo. Universidad Austral de Chile, Valdivia, 1999.

En relación a las parteras, en los referentes territoriales pehuenche, lafkenche y huilliche, emerge la necesidad de proteger las culturas de éste oficio, y sus prácticas. De esta manera, en diversos encuentros de salud intercultural que se han realizado con participación de dirigentes, autoridades tradicionales y agentes de la medicina, se aprecia una demanda por el reconocimiento de la medicina indígena y en forma particular respecto de las prácticas de las parteras. Asimismo, se solicita que los diversos establecimientos de la red asistencial respeten los tratamientos y/o sugerencias de los/as especialistas de la medicina indígena para el tratamiento de diversos estados que se relacionan con la condición de embarazo y puerperio, además de la validación de la práctica de las parteras, sin represalias ni persecuciones. También se ha solicitado que el parto tradicional deje de ser considerado como un delito y se autoricen los partos en las comunidades⁸².

El trasfondo de estas demandas alude a razones de índole cultural asociadas a la noción de identidad, que se refiere al *tuwün* de las personas *mapuche*. Este concepto remite a los orígenes de las personas, al territorio que pertenecieron sus padres y abuelos, y en el que éstos habitan. Allí es donde radica la importancia del territorio al definir la identidad de una persona⁸³. A la luz de este concepto, es posible comprender las razones que llevan a los diversos referentes territoriales *mapuche* a demandar, actualmente, que las futuras generaciones sigan naciendo en los lugares de origen de sus antepasados, ya que con ello será posible seguir manteniendo el *tuwün* de niños y niñas.

En la región metropolitana existe un número significativo de población *mapuche*, el cual ha emigrado a la capital en busca de mejores condiciones laborales. En este contexto, el sistema médico *mapuche* se ha reelaborado, ya que las condiciones físicas, económicas y espirituales de la población son muy diferentes al de otros referentes territoriales. Lo mismo sucede con la quinta región donde se encuentran *mapuche*, que se organizan y resignifican su cultura.

SISTEMA MÉDICO AYMARA

En la Región de Tarapacá (I región) se encuentra mayoritariamente la étnia *aymara*, que se han caracterizado por su movilidad y migración, la cual se remonta probablemente a tiempos coloniales e incluso prehispánicos.

En este pueblo, la comprensión del proceso de salud y enfermedad tiene relación con su cosmovisión en lo que se refiere a la tripartición del mundo de las culturas andinas. Los tres submundos del cosmos *aymara* son: el *araj pacha* -o mundo de arriba-, *aca pacha*

⁸² Ejemplo de encuentros: Sistematización: I Encuentro de Agentes de Salud Intercultural de Alto Bio-Bio. Propuestas y Demandas Comunitarias para el Desarrollo de la Medicina Pehuenche. 2002. Documento inédito.

⁸³ Op Cit. Quidel, José (2001).

- “este mundo nuestro”- y el *manqha pacha* o mundo de abajo. Los mundos de arriba y abajo son asociados a una serie de oposiciones simbólicas: femenina-masculino, izquierda-derecha, oscuro-claro, seco-húmedo, configurando un sistema de opuestos complementarios que constituyen uno de los principios ordenadores del mundo andino. La salud, “... es vivir cuidadosamente en armonía con el sistema de contrapuestos, tanto ecológicos y sociales como cósmicos y religiosos, manteniendo el justo equilibrio: *tinku*”⁸⁴

El concepto de *Tinku*, entonces, aparece como central en el sistema de salud andino y significa equilibrar, igualar, balancear. Este balance o equilibrio se alcanzará a través de una serie de rituales propiciatorios; la buena salud, entonces, es consecuencia de la correcta observancia de los diferentes rituales. Este sistema de pensamiento, señala Van Kessel, explica que “En el ritual médico- religioso nos encontramos no pocas veces con aparentes contradicciones que, al analizarlas, resultan ser invocaciones a fuerzas antagónicas y que sólo se explican por la intención de recuperar el equilibrio de los opuestos”⁸⁵.

En los procesos de salud y enfermedad el espíritu *aymara* es particularmente importante, el cual está compuesto por cinco esferas: el *ajayu*, espíritu vital cuya pérdida puede ocasionar la muerte; el *animu*, cuya pérdida no es tan importante pues el cuerpo aún tiene su *ajayu*; el *jayañu*, cuya pérdida puede causar dolores de cabeza y mareos; y el *kamasa* y el *coraje*, que aluden a ciertos atributos inherentes a la personalidad de los individuos⁸⁶.

El principal especialista en este sistema médico es el *Yatiri*, “el que sabe”. El *yatiri* es quien “examina, diagnostica y prescribe el método de curación a aplicar al paciente”⁸⁷ y es “la persona a quien se consulta para determinar la naturaleza y el origen del mal; si es, o no, de brujería, si es curable o fatal”⁸⁸.

El *Yatiri* no necesariamente hará curaciones, pues su función específica es el saber el por qué del mal y su naturaleza, aunque también puede realizarlas. La curación prescrita por el *Yatiri* podrá aplicarla el *Qulliri*, encargado de la curación, que aplica las técnicas medicinales al paciente, con tratamientos terapéuticos relacionados con el medio ambiente. Sería este último el médico andino por definición el que “se considera experto en infusiones, hierbas y emplastos, con importante conocimiento en la farmacopea tradicional y sus competencias se restringirían a las enfermedades de causas naturales”⁸⁹.

⁸⁴ Van Kessel, Juan. *Tecnología médica andina*. Centro de Investigación de la Realidad del Norte. 1985, Pág. 16.

⁸⁵ Idem, Pág.14.

⁸⁶ Pedrero, Malva. *Sistema médico aymará*. Comentarios generales. En: Interculturalidad en salud. Programa Capacitación continua. Servicio de Salud Arica: MINSAL. Pág.20, 2004.

⁸⁷ Manuel y Miria Luque. *Estudio del sistema de tratamiento medicinal de la enfermedad Anim- Aparata*. Informe de Investigación. Arica: Universidad de Tarapacá, 1997.

⁸⁸ Op Cit. Van Kessel, Juan, (1985)Pág. 25.

⁸⁹ Op Cit. Pedrero Malva. (2004) Pág.24.

Otros especialistas médicos propios del mundo andino son los *sust'apiri*, especializados en quitar la enfermedad del susto, y las *usuyiri* o parteras, que aún existen en el altiplano chileno.

En el ámbito de la fertilidad y la fecundación, la noción de gestación de un nuevo ser, es fruto de la unión entre la sangre menstrual materna y el semen paterno; se considera dentro de la comunidad que el período más fértil de la mujer es durante la menstruación, lo cual está regido además por el establecimiento de equilibrios entre los opuestos cálido-fresco. En algunos relatos de mujeres, se aprecian otras posibilidades, como el embarazo producido por seres sobrenaturales que “aparecen” en el campo, donde las mujeres son “violadas”. Además, existen períodos diferenciales de gestación, donde los niños necesitan más tiempo de gestación que las niñas⁹⁰.

Respecto a los cuidados durante el embarazo, aparece este más ligado al crecimiento del vientre que a la suspensión de la menstruación. Dentro de las recomendaciones durante este período, se encuentran: rodear el vientre de la madre con una manta para proteger al feto e impedir que la sangre se acumule y no alimente a la “wawa”; no exponerse al sol demasiado; no hilar, ni tejer ya que se puede enrollar el cordón umbilical, lo que refleja una noción médica mágica. Durante el parto mismo, se utilizan hierbas “cálidas” para asear a la madre y al recién nacido y, si es necesario, se realizará el “manteo”, técnica de masaje y/o sacudida que permite ubicar a la wawa en la posición adecuada, siempre tratando de mantener el calor corporal de la madre durante todo el parto. La posición de parir es vertical y en clucilllas, mientras que la partera aplica masajes en el vientre de la madre y el esposo colabora sujetándola por atrás⁹¹.

En este contexto cultural, uno de los temas gravitantes en el ámbito de la salud en general ha sido el del parto domiciliario en las comunidades *aymara* del altiplano principalmente. Así, se estima que en la comuna de General Lagos, por ejemplo, de los partos registrados, durante el año 2000, un tercio ocurrieron en el domicilio: “Al respecto, las auditorías realizadas por el Servicio de Salud a los partos domiciliarios de los últimos cinco años, revelan como principal motivación de las mujeres el haber tenido partos anteriores en las mismas condiciones sin que se hayan producido problemas para ellas o para los recién nacidos”⁹².

A esto se suma las grandes diferencias, desde el punto de vista cultural, entre lo que puede llamarse parto tradicional y las prácticas asociadas a la atención del parto en los hospitales. Por ejemplo, la higiene necesaria durante la preparación del parto entre los *aymara*, es practicada de manera diferente a la usanza hospitalaria, con yerbas consideradas por las mujeres adecuadas a cada parte del cuerpo. El parto, para los

⁹⁰ Gavilán, Vivian; Carrasco, Ana María, *Representaciones aymará del cuerpo, sexo y género: Una aproximación a las categorías andinas de las diferencias*. Santiago: Tomo I, Actas del IV Congreso Chileno de Antropología. Santiago: Colegio Antropólogos de Chile, Simposio Identidades de Género, 2003.

⁹¹ Op. Cit. Pedrero, Malva (2004).

⁹² Op. Cit. Pedrero, Malva (2004) Pág. 7.

aymara, es un acto “frío” y los procedimientos culturales asociados a este tienen que ver con el proveer su contrario “calor” a la parturienta, para que el nacimiento se produzca de manera adecuada.

El parto tradicional *aymara* se continúa realizando, aunque cada vez menos en madres jóvenes, en las comunidades con ayuda de las *usuyiri* o de otros familiares que cumplen estas funciones, manteniendo una serie de ritos como la expulsión y posterior tratamiento de la placenta. Se calcula que un 30% de las mujeres aymará en edad reproductiva han tenido al menos uno de sus hijos en casa. Entre los factores que están influyendo en la continuidad de la práctica del parto en domicilio se encuentra el hecho concreto de que la permanencia de las mujeres en la ciudad afecta sus hogares en términos económicos y productivos⁹³.

SISTEMA MÉDICO *LIKAN ANTAI* O ATACAMEÑO

En la región de Atacama (II región) se encuentran mayoritariamente el pueblo *Likan Antai*, aunque también conviven otras etnias andinas, existiendo en menor número *aymaras* y *quechuas*, estos últimos asentados principalmente en la comuna de Ollagüe. Los *Likan Antai* han sobrevivido a pesar de las difíciles condiciones geográficas, y el carácter desértico y hostil de su habitat, ejerciendo diversas actividades como pastoreo, agricultura, intercambio comercial⁹⁴.

Este pueblo, a lo largo de su historia, se habría conectado y mezclado con otros pueblos, lo que en la actualidad ha significado una mezcla cultural compuesta por diversos aportes prehispánicos, coloniales, locales y fronterizos, donde existen sincretismos y superposiciones de rituales prehispánicos y cristianos.

Respecto al sistema médico *Likan Antai*, existen muy pocos estudios que den cuenta de las concepciones y prácticas respecto de la salud y la enfermedad. Sin embargo, al igual que para otros pueblos andinos, la salud implica conservar el equilibrio a través de la práctica de una constante reciprocidad entre los miembros de la comunidad y con las divinidades. Su concepto de salud se refiere tanto al bienestar físico como a la armonía espiritual, comunitaria y medioambiental.

El mantenimiento de la salud también está relacionado con la capacidad de los individuos de asegurar la subsistencia, esto es, de poder trabajar sin problemas físicos o excesivo cansancio: “La enfermedad en los atacameños se conceptualiza entonces, como condición corporal y social que impide cumplir las funciones productivas y comunitarias en su totalidad, cayendo en un estado de ánimo de tristeza y decaimiento

⁹³ Op Cit. CEDEMU, *Sentando bases para el desarrollo de un modelo intercultural en salud sexual y reproductiva entre las mujeres aymará del norte de Chile: un estudio de epidemiología intercultural, balance del proceso*. Arica: 2001-2002.

⁹⁴ Castro Victoria, Martínez, José Luis. *Poblaciones indígenas de la provincia del Loa. Culturas de Chile. Etnografía*. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello, 1997.

general, porque se les hace imposible cumplir con sus tareas productivas, apareciendo inmediatamente la preocupación por la subsistencia”⁹⁵.

En el caso de la medicina tradicional *likan antai*, es importante mencionar que formaría parte de la medicina andina, donde como decíamos anteriormente, los conceptos de salud y enfermedad aparecen fuertemente ligados a su cosmovisión, prácticas sociales, productivas y religiosas. Según Irarrázaval⁹⁶, el origen de las enfermedades se podría explicar de cinco maneras: naturaleza animada, poderes mágicos, influencia de los muertos, conflictos humanos y trastornos orgánicos.

Gómez señala que en la actualidad la característica religiosa del mundo *likan antai* es el sincretismo, donde coexisten una religiosidad indígena y la religión cristiana. Se puede apreciar, por lo tanto, una medicina religioso popular, donde aparecen oraciones, mandas, amuletos, animas, espíritus y la utilización de la medicina vegetal o fitomedicina⁹⁷.

En relación a la etiología de las enfermedades entre los *likan antai*, éstas pueden ser agrupadas en dos tipos principales: personalistas y emocionales, por un lado, y naturalistas, por otro. En el primer grupo, las enfermedades personalistas están haciendo referencia a la intervención de agentes con poderes sobrenaturales que envían la enfermedad al individuo afectado. Estos agentes pueden ser entidades mágicas del ambiente que reaccionan ante la trasgresión de alguna norma, como la pachamama o los abuelos. Las enfermedades emocionales, por su lado, hacen alusión a situaciones en que el individuo sufre una fuerte descarga emocional, por ejemplo “susto” y “resentimiento”⁹⁸.

Las enfermedades naturalistas, en cambio, dan cuenta de un desequilibrio entre el cuerpo y el medio ambiente natural, cuya causalidad no radica en la intervención de algún agente sobrenatural.

De su origen dependerá también el tratamiento de la enfermedad. Así, por ejemplo, las enfermedades de origen personalista deberán ser tratadas por medio de “pagos” a las divinidades u otras entidades sobrenaturales. Estos pagos se traducirán en ofrendas que deberán ajustarse cuidadosamente al ritual, para que éste tenga una eficacia simbólica y permita la curación del individuo.

⁹⁵ Chamorro Andrea, Tocornal Constanza. *Aportes a la comprensión de la medicina en la zona del Salar de Atacama: Las posibilidades de complementación*. Documento de trabajo. Santiago: GIA, Grupo de Investigaciones Agrarias. Universidad Academia de Humanismo Cristiano s/f.

⁹⁶ Irarrázaval en Gómez Domingo ; Ahumada, Juan; Necul, Eduardo. *Medicina tradicional Atacameña*. Antofagasta, 1998.

⁹⁷ Gómez Domingo ; Ahumada, Juan; Necul, Eduardo. *Medicina tradicional Atacameña*. Antofagasta, 1998.

⁹⁸ Tocornal, Constanza. *Panorama etnográfico de la relación entre la medicina tradicional Atacameña y la medicina formal de las comunidades indígenas del Salar de Atacama*, Ponencia Simposio de Antropología Médica. Actas V Congreso Chileno de Antropología, San Felipe, 2004.

Aunque se encuentran fuertemente relacionados, en la medicina *likan antai* es posible distinguir dos espacios relativos a la salud: por un lado, está el espacio doméstico de la medicina que se encuentra íntimamente relacionado con el conocimiento del medio ambiente y es principalmente herbolario y es parte del conocimiento compartido por todos los miembros de la comunidad. En este espacio, las principales dolencias tratadas son las afecciones estomacales leves, esguinces y problemas musculares a través de infusiones de hierbas medicinales y cataplasmas. Un segundo espacio es el de los agentes de medicina atacameña, el cual incorpora una serie de rituales u procedimientos que implican un mayor conocimiento del medio ambiente y relación con el ámbito de lo espiritual.⁹⁹

Cabe señalar que los espíritus de la naturaleza, tierra, agua y cerro, los espíritus de los antepasados y una serie de espíritus menores asociados a fenómenos naturales y culturales como apacheta, camino, piedra, semilla, siembra, ganado, tejido, interactúan simbólicamente con los *likan antai* mediante la ofrenda, el sacrificio, ciertos modos de comunicación ritual, tales como humo de sahumerio y la música del agua, lo que implica un sistema de premios y castigos.¹⁰⁰

En cuanto a concepciones y prácticas de lo que denominamos salud sexual y reproductiva, en esta zona recién desde el año 2004 se están llevando a cabo las primeras investigaciones que entregan mayor información al respecto, las cuales son parte de este diagnóstico.

SISTEMA MÉDICO *RAPA NUI*

La mayoría de la población *rapa nui* se encuentra en la Isla de Pascua, la cual administrativamente depende de la quinta región. Debido a la distancia geográfica y cultural se mantiene alejada de muchos procesos que se dan en el continente, produciendo sus propias dinámicas internas, que aunque no independientes en lo administrativo de las decisiones continentales, sí aparecen distantes en cuanto a objetivos y alcances.

Para conocer el sistema médico *rapa nui*, es importante considerar la historia de esta comunidad, la cual ha quedado afectada por las primeras enfermedades extranjeras, para las cuales la población no tuvo cómo hacerles frente, sucumbiendo dramáticamente y requiriendo posteriormente los sobrevivientes de la ayuda médica de los mismos extranjeros, ya fueran misioneros, las compañías ganaderas, la marina y posteriormente el Estado. La comunidad isleña va convirtiendo en el discurso las enfermedades presentes en su territorio, en una consecuencia de la presencia de

⁹⁹ Pérez Moscoso, María Soledad. *Medicina tradicional y medicina occidental en el Pueblo de Talabre*. En Actas 51 Congreso Americanista. Santiago: 2003.

¹⁰⁰ Grebe María Ester. *Culturas indígenas de Chile: un estudio preliminar*. Santiago: Editorial Pehuén, 1998.

¹⁰¹ Weisner, Mónica, Fajreldin, Valentina, 'Mi Remedio Pascuense': *Cultura Médico-Política en Rapa nui*. Ponencia en el Simposio de Antropología Médica, IV Congreso Chileno de Antropología, Santiago de Chile: 2001.

extranjeros, quienes actúan de manera directa a través de contagio de enfermedad o indirectamente por la generación de condiciones ecológicas y económicas para las mismas. En efecto, son los extranjeros los que traen a la isla la enfermedad contagiosa, evolucionando su presencia en razón del contexto del contacto¹⁰¹.

Por lo tanto, el sistema médico *rapa nui* “es producto de una historia de cambio y continuidad muy sensible a la situación de la isla y a la permanente entrada de extranjeros y elementos foráneos al micro mundo isleño. Aunque posiblemente la población isleña pre-contacto fue considerablemente más sana, también es posible que haya conceptualizado a los males que la aquejaban más desde el ámbito personalístico -la acción premeditada y conciente de agentes espirituales- que desde lo naturalístico”¹⁰². De modo que el ingreso de “enfermedades nuevas”, así como también la influencia de las concepciones médicas occidentales ha transformado las concepciones etiológicas de la comunidad, atribuyendo estos males nuevos a los extranjeros y no a los espíritus, y pueden leerse como enfermedades propiamente tales¹⁰³.

A través del tiempo la medicina isleña mantiene como eje las plantas medicinales, lo que es conceptualizado por la comunidad isleña como “tradicional”. Las plantas que llegan desde “fuera” empiezan a aliviar las enfermedades “de afuera”. La gran mayoría de ellas actualmente se constituyen hoy en el discurso “remedio pascuense”, denominación que alude tanto a efectividad como a la identificación, lo que ha servido en términos políticos a la comunidad para verse a sí misma como poderosa, logrando revertir en gran medida la situación de vulnerabilidad en que se encuentra”¹⁰⁴.

Además, se encuentran asociados otros aspectos tradicionales¹⁰⁵, ligados íntimamente a lo médico; sobreviven ciertas nociones polinésicas y algunas prácticas ligadas a ella coexistiendo con nuevas prácticas y elementos de farmacopea. Actualmente se aprecia una revalorización cultural como un medio de autovaloración y oposición; vemos cómo lo médico se relaciona con el ámbito de lo político, con necesidades de reivindicación de su propia identidad étnica. Lo que otorga identidad es la efectividad sustentada en antigüedad pero también en eficacia, muchas veces ello surge, a partir de la crítica o la comparación entre sistemas; siendo tradicional lo opuesto directamente a la medicina del “hospital”; representante simbólico de las instituciones continentales¹⁰⁶.

¹⁰² Fajreldin, Valentina. *La Medicina Herbolaria en Isla de Pascua. Acercamiento Antropológico a la Cultura Médica Contemporánea en Rapa nui*. Tesis para optar al Profesional de Antropología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, 2002.

¹⁰³ Idem.

¹⁰⁴ Op. Cit. Weisner, Mónica; Fajreldin, Valentina (2001).

¹⁰⁵ Es el caso del concepto central de *mana*, esta noción traspolinésica de energía o poder ancestral

¹⁰⁶ Op Cit. Weisner, Mónica; Fajreldin, Valentina (2001).

En la actualidad no existen agentes médicos como los que antaño señala la bibliografía¹⁰⁷ pero sí se encuentran preparadores especializados de remedios, considerados por la comunidad con una especial connotación, como “remedios sagrados”.

Las mujeres mantienen cuidados relativos al parto y el puerperio, lavados genitales externos e intravaginales, con la aplicación de calor, administración de ciertos alimentos especiales, entre otras prácticas y saberes que son valorados como antiguos y propios de la cultura. La práctica del lavado vaginal distingue a las isleñas de las mujeres continentales ya que esta costumbre “de higiene”, es enseñada por las mujeres mayores a las jóvenes isleñas a partir de sus primeras menstruaciones, idealmente deben efectuarse de manera periódica, antes y después de cada coito. La idea de esta práctica es tanto librarse del material post coital como mantener la zona “limpia y seca”, lo que favorecería una sexualidad más placentera¹⁰⁸.

De acuerdo a las investigaciones antropológicas de campo en Isla de Pascua, a que hacemos referencia aquí, es posible hipotetizar que existe una tendencia en la sociedad *rapa nui* contemporánea a favorecer los embarazos antes que a prevenirlos. El embarazo de una joven no repercute negativamente en la sociedad isleña, ya que no se conceptualiza como problema, pudiendo la madre o el padre continuar con sus actividades educacionales o de otro tipo; la crianza de los niños se realiza en el seno de la familia amplia, quedando por lo general los hijos al cuidado de la/os abuelos o siendo entregados para su crianza a otros parientes.¹⁰⁹

¹⁰⁷ Metraux, Alfred. *La Isla de Pascua*. Fondo de Cultura Económica, México, 1950. Y Englert, Sebastian. *Leyendas de Isla de Pascua*. Santiago: Editorial Universitaria, 1980.

¹⁰⁸ Op. Cit. Weisner, Mónica; Fajreldin Valentina (2001)

¹⁰⁹ Idem Weisner; Fajreldin.

Acceso a atención

KUNSA JAN NIJU UIRANI CHACHAMA JACHA MAMAMPI IWILPANA
SABA SAMA UKATA JUPRA BUMA ANACHANI JALLA UCHAMA,
ERAKA, JUMASA CHACHAMAGMPI NALI GUMA IWELTASIPIMA
CHACHA-WAKNE KUSA TUGTA.

NAYXA BARAKWA, NAYXA UWJANAKA
ANTUSISNA ANTATA UTARU BARAKWA.

NAYXA BARAKKI.

AKATA MA URJINA MAMAMPI
UNARCHITITATZ.



AL OTRO DÍA...

IMAMA JUPANA, KUNASA KAMACHTAMAF MA
JISKITA JANI JAMAKWA WALIKTALI.

UKA ALCH BELLAJA, TRAWGI ALLODJA, AKKA
MUKARU BARAKWA YOTITAYNA UKATA MA
MAMAMPOYANA, JUPANA JANWA SARASA MURKANTL
UKATPI UKA GELI RI KULLAKTA TAWAKISA
BARAKAPWA BASINA BASADONA.

GRUNDA JUMASTI
JAKDARTAF.



SERIE DOCUMENTOS DE TRABAJO

PRECEDENTES PARA COMPRENDER LA CONSTRUCCIÓN DE
CULTURAL DE LA SEXUALIDAD Y LA REPRODUCCIÓN ENTRE LAS
MUJERES CONTEMPORÁNEAS DEL NORTE DE CHILE

Ana María Céspedes Guzmán
Guadalupe Torres Espinoza



Taller de Estudios An. Divers

1979. Colección Antropológica del Museo Nacional. 110 pp.

POBLACION MAPUCHE Tabulaciones Especiales



MUJERES INGENERAS Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS Elementos para el debate

Marta Inés Rojas Padron Suñiguez



IV. INVESTIGACIONES EN SALUD, SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN EN LOS PUEBLOS INDÍGENAS

En este capítulo se entregan los resultados de la recopilación de investigaciones en la I, II, V, VIII, IX, X región y región metropolitana. Algunas de ellas fueron encontradas en otras regiones del país, por lo cual se consideró como criterio de clasificación para este capítulo la ubicación geográfica de la población a la que se refiere el estudio. Esto se hace especialmente visible en el caso de las investigaciones en el pueblo *Rapa nui* donde no se realizó una recopilación en la Isla de Pascua, sino que se revisaron centros de documentación y bibliotecas personales en las regiones V y metropolitana.

Respecto de los datos recogidos, es importante señalar que estos son heterogéneos, muchas veces las investigaciones entregan muy poca información respecto de sus marcos conceptuales, procedimientos metodológicos y de sus criterios de análisis de la información, lo cual se transforma en un desafío para las nuevas investigaciones.

Hoy en Chile existe un número significativo de investigaciones en salud sexual y reproductiva relativas a pueblos indígenas. Reunimos en este catastro 49 investigaciones realizadas por organismos gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y universidades. De este total, 46 corresponden a investigaciones regionales y 3 a investigaciones nacionales.

Del total de investigaciones realizadas en regiones (46), 17 son tesis universitarias tanto de pregrado como postgrado, 13 son investigaciones realizadas por organismos gubernamentales, 3 por organismos no gubernamentales, 2 por entidades asociadas y 1 sin clasificación institucional y 10 fueron realizadas por Universidades. También se incluyen algunas investigaciones, que aunque no se refieren exclusivamente a estas temáticas entregan aportes significativos para esta recopilación¹¹⁰.

Estas investigaciones se encontraron en bibliotecas universitarias, centros de documentación de organizaciones no gubernamentales y gubernamentales, catálogos en línea, centros de documentación de organizaciones internacionales y bibliotecas personales.

Cabe señalar, que en la búsqueda de información nos encontramos con 7 investigaciones que, si bien no estaban dentro del rango de años que nos

¹¹⁰ Santa Coloma María Eugenia. Transición demográfica y social: el caso rapa nui y Citarella Luca. Medicinas y Culturas en la Araucanía.

propusimos en este estudio, nos pareció relevante destacarlas a pie de página en el listado de investigaciones por región, por ser pioneras en la materia, en particular en la I y IX región del país.

En síntesis hemos hallado 49 investigaciones en el período estudiado que se vinculan a lo que hemos denominado en la primera parte de este texto salud sexual, reproductiva y derechos.

LAS INSTITUCIONES

Las instituciones que realizaron estudios en salud sexual y reproductiva y pueblos indígenas fueron fundamentalmente organismos gubernamentales y universidades.

Las investigaciones realizadas en organismos de carácter gubernamental son 13, concentrándose la mayoría en dos regiones, la primera y la novena, con un total de 4 investigaciones cada una. Por su parte, las Universidades ocupan el segundo lugar, es decir, un total de 10 investigaciones, agrupándose también en la primera y la novena región, y 17 tesis. Por tanto, la mayoría de los estudios se han realizado en las Universidades (27).

Tabla 1:
Número de investigaciones por instituciones y región

REGIONES	I	II	V	RM	VIII	IX	X	Total
TIPOS DE INSTITUCIONES								
Gubernamentales	4	1	1	2	-	4	1	13
Ong's	2	-	1	-	-	-	-	3
Universidades	4	-	-	-	-	4	2	10
Tesis universitarias	11	1*	2**	-	1	2	-	17
Asociadas	-	-	-	-	-	2	-	2
Otras	-	-	-	1	-	-	-	1
Total	21	2	4	3	1	12	3	46

* La tesis pertenece a la Universidad de Chile con sede en Santiago.

** Una de las tesis es de la Universidad de Barcelona.

Resulta importante destacar que sólo 3 investigaciones se han realizado en Organismos No Gubernamentales. Fundamentalmente están concentradas en la primera región (Casa de Encuentro de la Mujer-Arica y Taller de Estudios Andinos) además de la Corporación de Desarrollo de la Mujer La Morada que realizó un estudio en la V región.

Respecto a las tesis universitarias, la mayoría se concentra en la primera región (11) principalmente estas fueron realizadas en carreras de la salud, obstetricia en primer lugar y en segundo tecnología médica. Estas tesis en su mayoría tienen un enfoque biomédico y carecen de una perspectiva de género y derechos.

Tabla 2:
Número de tesis por carreras y región

REGIONES	I	II	V	RM	VIII	IX	X	Total
TESIS UNIVERSITARIAS								
Antropología	-	1	1	-	-	-	-	2
Psicología	1	-	-	-	-	-	-	1
Trabajo Social	-	-	-	-	-	1	-	1
Obstetricia	6	-	-	-	1	-	-	7
Tecnología médica	4	-	-	-	-	-	-	4
Sociología	-	-	-	-	-	1	-	1
Doctorado	-	-	1	-	-	-	-	1
Total	11	1	2	-	1	2	-	17

LAS METODOLOGÍAS UTILIZADAS

Para la clasificación de los tipos de metodologías utilizadas en las investigaciones, es decir cuantitativa y cualitativa, se usaron los propios datos señalados en cada una de ellas. Generalmente los enfoques cuantitativos han privilegiado la variabilidad y regularidad de comportamientos, buscando la objetividad, confiabilidad, representación y validación estadística mediante la verificación de las relaciones de causalidad. Se han utilizado en la investigación biomédica y de salud pública con avances significativos, sin embargo, es reconocida la existencia de interrogantes e insuficiencias en el conocimiento de dimensiones que son fundamentales para el análisis, comprensión e interpretación¹¹¹. Mientras las investigaciones cualitativas centran su atención en entender las interacciones de los individuos a través del lenguaje, donde se construyen las concepciones y los imaginarios de la realidad¹¹². Sin embargo, en el caso de esta recopilación sólo tenemos algunos datos de técnicas de recolección de

¹¹¹ Lerner Susana. La formación en metodología cualitativa. Perspectiva del Programa Salud Reproductiva y Sociedad. En: Szasz Ivonne, Lerner Susana. *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. El Colegio de México. México: 1996.

¹¹² Palma, I.; Quilodrán, C.; Vilella, I. y Palma, S. *Discursos sobre sexualidad y salud reproductiva en adultos jóvenes: factores facilitadores e inhibitorios en la prevención de riesgos*. Informe de Investigación, Santiago de Chile: 1996.

información utilizadas, lo cual es un criterio para clasificar como estudios cuantitativos, los que usan técnicas como encuestas, y como cualitativos a los que usan técnicas etnografías, entrevistas, grupos focales, entre otros.

Este criterio de clasificación se consideró como una forma de conocer las metodologías que se usan en investigaciones en estas temáticas. De las 3 investigaciones nacionales, 2 de ellas usaron a metodología cualitativa y 1 la combinación de ambos enfoques. De las 46 investigaciones regionales, existen 23 que utilizaron metodología cuantitativa y 16 cualitativa. A su vez, hay 7 investigaciones que combinan ambas metodologías. Solo una de ellas no tenía información.

Tabla 3:
Tipo de metodología de las investigaciones por región

REGIONES	I	II	V	RM	VIII	IX	X	Total
TIPOS DE METODOLOGÍA								
Cualitativa	3	3	4	-	-	4	2	16
Cuantitativa	13	-	-	3	1	5	1	23
Cualitativa y cuantitativa	4	-	-	-	-	3	-	7
Sin dato	1	-	-	-	-	-	-	1
Total	20	3	4	3	1	11	3	46

Por su parte respecto a las tesis universitarias (17), la mayoría (11) han utilizado metodología cuantitativa y 5 cualitativa. La metodología cuantitativa ha sido utilizada preferentemente en la primera región en su mayoría en tesis biomédicas.

Tabla 4:
Tipo de metodología de las tesis por región

REGIONES	I	II	V	RM	VIII	IX	X	Total
TIPOS DE METODOLOGÍA EN TESIS								
Cualitativa	1	1	2	-	-	2	-	6
Cuantitativa	10	-	-	-	1	-	-	11
Cualitativa y cuantitativa	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	11	1	2	-	1	1	-	17

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Para el análisis de las fuentes de financiamiento se trabajó con un número de 29 investigaciones (no se consideraron las 17 tesis universitarias, ni las 3 investigaciones nacionales). De estas 29 investigaciones 7 no tienen esta información.

Las fuentes de financiamiento son de tres tipos: gubernamentales, universitarias y agencias de cooperación internacional. De las 22 investigaciones que tenían información, la mayoría (12 de 22) fueron financiadas por organismos gubernamentales. Le siguen 6 financiamientos de agencias internacionales y 5 con fondos universitarios.

De las fuentes gubernamentales, tres fueron financiados por instituciones, como FONDECYT (3) y 5 por el Ministerio de Salud, 1 por el Ministerio de Cooperación y Planificación, y 2 por el Servicio Nacional de la Mujer.

Las agencias internacionales que figuran financiando las investigaciones son: UNFPA, PNUD, Special Programme of Research Development and Research Training in Human Reproduction (WHO), Cooperación Italiana, Agencia de Cooperación Alemana (GTZ) y Fundación Ford.

De las 7 investigaciones que no aparecen con información, la mayoría (5) de ellas están ligadas a instituciones de la salud: una a un Consultorio de Atención Primaria, y (4) a Servicios de Salud, por lo que suponemos que han tenido financiamiento del Ministerio de Salud.

Tabla 5:
Fuentes de financiamiento de las investigaciones por región

REGIONES	I	II	V	RM	VIII	IX	X	Total
FUENTES DE FINANCIAMIENTO								
Gubernamental (ministerios y servicios)	1	1	1	1	-	3	1	8
Gubernamental (Fondecyt, FONDEF)	2		1	-	-	-		3
Universidades*	3	-	-	-	-	1	1	5
Agencias Internacionales	1	-	-	-	-	4	1	6
Sin información	3	-	-	2	-	2	-	7
Total	10	1	2	3	0	10	3	29

PUBLICACIONES

Las investigaciones en su mayoría han sido publicadas en algún formato. Hemos considerado ocho tipos de publicaciones: actas de congreso, libros, artículos en libros, documentos de trabajo, revistas, textos institucionales (principalmente folletos y CD), páginas web e informes internos de proyectos. Cabe señalar que algunas de las investigaciones se han publicado en diversos formatos.

Las publicaciones en Actas de Congresos son la mayoría (12), le siguen los libros (7) y los textos institucionales (6), revistas (3), informes internos (3), artículos en libros (2), documentos de trabajo (2), página web (1). Es importante señalar que algunas de las investigaciones han generado más de una publicación.

Tabla 6:
Tipos de publicaciones de investigaciones y tesis por región

REGIONES	I	II	V	RM	VIII	IX	X	Total
TIPOS DE PUBLICACIONES (INVESTIGACIONES Y TESIS)								
Actas de Congreso	10	-	-	-	-	-	2	12
Libros	-	-	-	1	-	6	-	7
Artículos en libros	1	-	-	-	-	1	-	2
Documento de trabajo	2	-	-	-	-	-	-	2
Revistas	1	-	-	1	-	1	-	3
Textos institucionales (folletería, CD, etc)	6	-	-	-	-	-	-	6
Informes internos	-	1	2	-	-	-	-	3
Sin publicación	3	-	-	1	1	3	1	9

TEMAS DE INVESTIGACIÓN

Los 49 trabajos recopilados cubren una amplia variedad de temas en salud sexual y reproductiva. Cada una de las investigaciones abordan diversas temáticas por lo cual se incluyen en varias categorías. El tema que reúne más investigaciones es "Embarazo y parto" con 12 referencias y se concentra principalmente en la primera y décima región del país. Le sigue "Calidad de atención" con 8 referencias, concentrado en la primera región (3), región metropolitana (2) y décima región (2). Por su parte, "Regulación de la fertilidad" y "sexualidad" tienen 7 referencias cada uno.

Tabla 7:
Número de temáticas de investigación por región

REGIONES	I	II	V	RM	IX	X	Total
TEMAS DE INVESTIGACIÓN							
Interculturalidad	1	1	-	-	1	-	3
Sistemas médicos	-	-	-	-	1	-	2
Epidemiología	1	-	-	1	2	-	4
Embarazo y parto	7	-	-	1	3	1	12
Amenorrea	-	-	-	-	1	-	1
Amamantamiento	-	-	-	-	1	-	1
Regulación de la fertilidad	4	1	-	-	1	-	6
Aborto	1	1	-	-	-	-	2
Maternidad y paternidad	-	1	-	-	-	-	1
VIH/Sida	-	-	1	-	1	-	2
Menopausia	-	-	-	1	-	-	1
Enfermedades de transmisión sexual	3	-	-	-	-	-	3
Violencia Doméstica e intrafamiliar	1	-	-	-	1	1	3
Derechos sexuales y reproductivos	1	-	-	-	-	1	2
Calidad de atención	3	-	-	2	1	2	8
Sexualidad	2	1	1	-	1	1	6
Sexualidad juvenil	-	-	1	-	1	-	2
Fecundidad	-	-	-	-	3	1	4
Cuerpo	2	-	-	-	1	-	3
Control ginecológico	1	-	-	2	-	-	3

Respecto a la calidad de la atención en salud sexual y reproductiva, pese a que no encontramos investigaciones de satisfacción de los usuarios del servicio, algunas de ellas entregan información por parte de las mujeres indígenas relacionada con la escasa información que reciben sobre los procedimientos a que son sometidas, donde algunas técnicas van en contradicción a su cultura, como es el caso de baños con agua fría en el parto, al igual que la posición de la mujer al momento de parir¹¹³.

De las 17 tesis halladas, 8 tesis concentran en el tema “*Enfermedades de transmisión sexual*” principalmente en la primera región y se vinculan con las carreras de salud (Obstetricia y Tecnología Médica). En segundo lugar, 5 referencias sobre “*Embarazo y parto*” y le sigue “*Puerperio*”, “*calidad de la atención*” y “*sexualidad*” con 3 referencias. Estas últimas están concentradas en la primera, segunda y quinta región del país.

¹¹³ Seminario mujer, cultura y salud en los andes. Arica: 2002.

Tabla 8:
Número de temáticas de tesis por región

REGIONES	I	II	V	RM	VIII	IX	X	Total
TEMAS DE TESIS								
Salud intercultural en ssr	-	1	-	-	-	-	-	1
Embarazo y parto	3	1	2	-	-	-	-	5
Puerperio	1	1	1	-	-	-	-	3
Regulación de la fertilidad	1	-	1	-	-	-	-	2
Aborto	-	-	1	-	-	-	-	1
Menopausia	1	-	1	-	-	-	-	2
Enfermedades de transmisión sexual	7	-	-	1	1	-	-	9
Calidad de atención	1	1	-	-	-	1	-	3
VIH/SIDA	-	-	-	-	-	1	-	1
Sexualidad	-	-	2	-	-	1	-	3
Métodos anticonceptivos	1	-	1	-	-	-	-	2
Cuerpo	-	-	1	-	-	-	-	1
Fecundidad	-	-	1	-	-	-	-	1

PERSPECTIVA DE GÉNERO

Hemos considerado este criterio de clasificación para conocer si la perspectiva de género ha sido utilizada en estudios en salud sexual y reproductiva en pueblos indígenas. Entendemos el género como una categoría que otorga significado a la experiencia de la salud y la enfermedad¹¹⁴ en hombres y mujeres.

Del total de 49 investigaciones, sólo 7 incluyen en su análisis la perspectiva de género. De las 7 investigaciones, 3 se ubican en la primera región, 2 hacen parte de los estudios realizados por Organizaciones No Gubernamentales y 1 la llevó a cabo la Universidad de Tarapacá en conjunto con el Taller de Estudios Andinos TEA. Le sigue la segunda región con una realizada por SERNAM.

Dentro de los estudios de carácter nacional existe sólo una investigación que ha incorporado perspectiva de género, realizada por el Centro de Estudios de Género

¹¹⁴ Pérez María Soledad. Significados de la Salud y la enfermedad en el pueblo de Talabre. Un acercamiento desde la perspectiva de género. Tesis de la maestría Género y Cultura en América latina. Facultad de Filosofía y Humanidades. Universidad de Chile. Santiago: 2005.

de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile para CONASIDA-MINSAL.

ESTUDIOS A NIVEL NACIONAL

Además de los hallazgos anteriores a nivel regional como ya mencionamos, se encontraron tres investigaciones de carácter nacional que contienen referencias respecto a la salud sexual y reproductiva y pueblos indígenas. Dos de ellas han sido financiadas por organizaciones gubernamentales, una por el Ministerio de Salud y una por la OPS y otra no contiene información sobre fuente de financiamiento.

Dos investigaciones han utilizado tanto metodologías cualitativas como cuantitativa, y una cualitativa. Respecto a las publicaciones una de las investigaciones ha sido publicada en actas de congreso y en revista.

Las temáticas abordadas se concentran en “Calidad de atención”(3) y “Embarazo y parto”(2).

Tabla 9:
Número de temáticas estudios de carácter nacional

Temas de investigación	Número
Mortalidad materna	1
Fecundidad	1
Embarazo y parto	2
Regulación de la fertilidad	1
Enfermedades de transmisión sexual	1
VIH/SIDA	1
Calidad de atención	3
Sexualidad	1
Violencia	1
Cuerpo	1
Políticas Públicas	1

LISTADO DE INVESTIGACIONES POR REGIÓN

Investigaciones Primera región¹¹⁵

01 LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL Y SIMBÓLICA DE LA SEXUALIDAD EN MUJERES Y HOMBRES INDÍGENAS Y NO INDÍGENAS EN EL NORTE DE CHILE.

Investigadoras: Ana María Carrasco teandinos@123mail.cl
 Vivian Gavilán vgavilan@unap.cl

Institución ejecutora: Universidad de Tarapacá- Taller de Estudios Andinos TEA.
 Año ejecución: 2000- 2005.
 Publicada en: Carrasco, Ana María. *Sexualidad y género: la unidad de lo femenino y lo masculino como símbolo de reproducción y fertilidad entre los aymara del norte de Chile*. Ponencia presentada al 51° Congreso Internacional de Americanistas, 2003. Santiago: Universidad de Chile, 2005. CD ROM.

Carrasco, Ana María. "Llegando al mundo terrenal: embarazo y nacimiento entre los aymaras del norte de Chile". En Sonia Montecino, Castro, René; De la Parra, Marco Antonio (comp.) *Mujeres, espejos y fragmentos. Antropología del género y la salud en el Chile del siglo XXI*. Santiago: C & C Aconcagua, 2003.

Carrasco, Ana María. *Diferencias de género en las ideas y en las prácticas a través del curso de la vida entre los aymaras del norte de Chile*. Arica-Chile: Serie Documento de Trabajo, Taller de Estudios Andinos, 2001.

Cofré, Beatriz. "Antecedentes sobre el parto tradicional aymara". En *Memoria Seminario Mujer, Cultura y Salud en los Andes*. 26,27 y 28 junio, Arica-Chile: CEDEMU, MINSAL, ASÓAYMA, 2002. Págs. 57-66.

Gavilán, Vivian; Carrasco, Ana María. *Representaciones aymara del cuerpo, sexo y género: Una aproximación a las categorías andinas de las diferencias*. Tomo I, Actas del IV Congreso Chileno de Antropología. Colegio Antropólogos de Chile, Simposio Identidades de Género, Santiago: 2003.

Financiado: FONDECYT 1020507 (en curso)
 Metodología: Cualitativa.
 Palabras claves: Mujeres y hombres aymaras, género, sexualidad, regulación de la fertilidad, embarazo y parto tradicional, representaciones del cuerpo.

02 SENTANDO BASES PARA EL DESARROLLO DE UN MODELO INTERCULTURAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ENTRE LAS MUJERES AYMARAS DEL NORTE DE CHILE: UN ESTUDIO DE EPIDEMIOLOGÍA INTERCULTURAL. PROVINCIAS DE ARICA Y PARINACOTA, REGIÓN DE TARAPACÁ.

Investigadores: Malva Pedrero Sanhueza (coord). malvap@entelchile.net
 Co-investigadores: Rossana Testa Salinas, Elías Muñoz Gutiérrez.
 Institución ejecutora: Casa de Encuentro de la Mujer (CEDEMU)-Arica.

¹¹⁵ A continuación se presentan algunas de las investigaciones encontradas con anterioridad a 1990.
 J. Baeza, S. Tagle, S. Soto, L. Peña, A. Vinet, E. Paris, E. Pandolfi. *Diagnóstico de Situación de Lactancia Materna, Área de Salud Arica*, I Región-Chile, Servicio de Pediatría Hospital Dr. Juan Noé y Hospital Luis Calvo Mackenna de Santiago, 1981.
 Campusano, Juan. *Estudio descriptivo de la Situación de la Lactancia Materna, desarrollo psicomotor y desnutrición en el niño menor de 2 años de la población altiplánica de Arica 1982- 1984*. Arica: Servicio de Salud. 1984.
 Olivares V., Garrido W., Saavedra W., Castro F., Hidalgo M., Cabello G. *Menarquia y menopausia en la I región de Chile*. Vicerrectoría Académica, Dirección de Investigación y Desarrollo Científico, Arica, Chile: Universidad de Tarapacá, 1985.

Instituciones	
Colaboradoras:	Servicio de Salud de Arica-Asociación Indígena de Mujeres Artesanas (ASOAYMA).
Año ejecución:	2001- 2002.
Publicada en:	Muñoz, Elías; Pedrero, Malva. <i>Facilitadores Interculturales en el Servicio de Salud Arica. ¿Una experiencia de interculturalidad en salud?</i> Arica-Chile: CEDEMU, 2002.
	Pedrero, Malva. <i>Mujeres Indígenas y Derechos sexuales y Reproductivos. Elementos para el debate.</i> Arica-Chile: CEDEMU, 2002.
	Muñoz, Elías; Testa, Rossana. <i>Atención en salud a mujeres Aymaras: Percepción de las usuarias.</i> Arica: CEDEMU, 2002.
	Pedrero, Malva. "Epidemiología en contextos pluriétnicos. El problema de los criterios de Inclusión". En <i>Memoria Seminario Mujer, cultura y salud en los andes.</i> 26, 27 y 28 de junio. Arica-Chile: CEDEMU, Ministerio de Salud, Servicio de Salud Arica, Asociación de Mujeres Aymaras ASOAYMA, 2002. Págs. 213-221
	Casa de Encuentro de la Mujer Arica-CEDEMU. <i>Acceso a Atención.</i> (Escrito en aymara y español). Arica-Chile: CEDEMU, 2002.
	_____. <i>Derechos sexuales y reproductivos. Iniciando el diálogo.</i> (Escrito en aymara y español). Arica-Chile: CEDEMU, 2002.
	_____. <i>Epidemiología en contextos pluriétnicos. El problema de los criterios de Inclusión.</i> Arica- Chile: CEDEMU, 2002.
	_____. <i>Sentando bases para el desarrollo de un modelo intercultural en salud sexual y reproductiva entre las mujeres aymaras del norte de Chile: un estudio de epidemiología intercultural.</i> Arica-Chile: CD ROM, 2002.
	Muñoz, Elías; Testa, Rossana. "Antecedentes preliminares sobre salud sexual y reproductiva, percepción de la atención en salud y nivel de satisfacción de usuarias aymaras de las provincias de Arica y Parinacota". En <i>Memoria Seminario Mujer, cultura y salud en los andes.</i> 26, 27 y 28 de junio 2002. Arica-Chile: CEDEMU, Ministerio de Salud, Servicio de Salud Arica, Asociación de Mujeres Aymaras ASOAYMA, 2002. Págs. 191-210.
	CEDEMU, Ministerio de Salud, Servicio de Salud Arica, Asociación de Mujeres Aymaras ASOAYMA. <i>Memoria Seminario Mujer, cultura y salud en los andes.</i> 26, 27 y 28 de junio Arica- Chile: CEDEMU, MINSAL, ASOAYMA, 2002.
Financiado:	Fundación Ford.
Metodología:	Cualitativa y cuantitativa.
Palabras claves:	Mujeres aymara, interculturalidad, sexualidad, fertilidad, embarazo y parto, sistema medico andino, epidemiología, derechos sexuales y reproductivos, calidad de la atención, género.

03 VIGENCIA Y DIFUSIÓN DEL MANTEO EN LA PROVINCIA DE IQUIQUE.

Investigadores:	Juan Álvarez Ticuna, Alicia Parada.
Institución ejecutora:	Servicio de Salud Iquique.
Año ejecución:	-
Publicada en:	Álvarez Ticuna, Juan; Parada, Alicia. "Salud Reproductiva desde la situación de la mujer aymara. Experiencia de complementariedad en sistemas de salud en Iquique". En <i>Memoria Seminario Mujer, Cultura y Salud en los Andes.</i> 26, 27 y 28 junio, Arica-Chile: CEDEMU, MINSAL, ASOAYMA, 2002. Págs. 137-141.
Financiado:	-
Metodología:	-
Palabras claves:	Mujeres aymara, embarazo y parto.

04 ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y CARACTERÍSTICAS DE POBLACIÓN DEL PROGRAMA DE LA MUJER EN UN SEXTENIO DE LA COMUNA DE PUTRE (1994- 2000).

Investigador: Aldo Rivera.
 Institución ejecutora: Consultorio Rural de Putre.
 Año ejecución: 2002.
 Publicada en: Rivera, Aldo. "Análisis estadístico y características de población del Programa de la Mujer en un sextenio de la comuna de Putre (1994- 2000)". En *Memoria Seminario Mujer, Cultura y Salud en los Andes*. 26, 27 y 28 junio, Arica-Chile: CEDEMU, MINSAL, ASOAYMA, 2002. Págs. 174-179.
 Financiado: Consultorio Rural de Putre.
 Metodología: Cuantitativa.
 Palabras claves: Mujeres aymara, regulación de la fertilidad, aborto, embarazo, parto, control ginecológico.

05 SIMBOLIZACIONES DE LA DIFERENCIA SEXUAL EN LA RELIGIOSIDAD DE LOS AYMARAS DEL NORTE CHILENO.

Investigadoras: Vivian Gavilán vgavilan@unap.cl
 Ana María Carrasco teandinos@123mail.cl
 Institución ejecutora: Taller de Estudios Andinos, TEA.
 Año ejecución: 1999-2002.
 Publicada en: Carrasco, Ana María; Cofré, Beatriz. *Antecedentes para comprender la construcción cultural de la sexualidad y la reproducción entre los aymaras del norte de Chile*. Arica-Chile: Serie Documentos de Trabajo. Taller de Estudios Andinos, 2001.
 Carrasco, Ana María. *Violencia Conyugal entre los Aymaras del Altiplano chileno*. Antofagasta-Chile: Revista de Ciencias Sociales de la Universidad José Santos Ossa, Vol. III, 2000. Págs. 85-96.
 Financiado: FONDECYT 1990200.
 Metodología: Cualitativa.
 Palabras claves: Mujeres y hombres aymaras, género, sexualidad, regulación de la fertilidad, embarazo y parto, cuerpo, violencia conyugal.

06 PARTO HOSPITALARIO EN MUJERES PROVENIENTES DE LAS LOCALIDADES RURALES DE LA PROVINCIA DE IQUIQUE. 1993- 1997.

Investigadores: Dolores Romero dromero@saludiquique.cl
 Julia Aguirre, Edilio Arcos, Washington Fernández
 Institución ejecutora: Servicio de Salud Iquique.
 Año ejecución: 1997.
 Publicada en: Romero, Dolores; Aguirre, Julia; Arcos, Edilio; Fernández, Washington. "Parto hospitalario en mujeres provenientes de las localidades rurales de la provincia de Iquique. 1993-1997". En *Memorias Primeras Jornadas de Atención Primaria*. Región de Tarapacá. Iquique-Chile: Servicio de Salud Iquique, 1997.
 Financiado: -
 Metodología: Cuantitativa y cualitativa.
 Palabras claves: Calidad de la atención, embarazo y parto.

07 PARTO DOMICILIARIO EN MUJERES PROVENIENTES DE LAS LOCALIDADES RURALES DE LA PROVINCIA DE IQUIQUE. 1993- 1997.

Investigadores: Julia Aguirre, Dolores Romero, Edilio Arcos, Washington Fernández.
 Institución ejecutora: Servicio de Salud Iquique.
 Año ejecución: 1997.
 Publicada en: Aguirre, Julia; Romero, Dolores; Arcos, Edilio; Fernández, Washington. "Parto domiciliario en las localidades rurales de la provincia de Iquique. 1993-1997".

		En <i>Memorias Primeras Jornadas de Atención Primaria</i> . Región de Tarapacá. Iquique-Chile: Servicio de Salud Iquique, 1997.
	Financiado:	-
	Metodología:	Cualitativa y cuantitativa.
	Palabras claves:	Calidad de la atención, embarazo y parto.
08	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN EL HOMBRE AYMARA RESIDENTE EN ZONA RURAL Y URBANA.	
	Investigadores:	Ismelda Lobato, María Teresa Montalva, Margarita Candia, Nancy Pérez, Servandina Quioza, Haide Caballero, Fresia Caba, Celia Bórquez, Manuela Pinto, David Moscoso, Omar Wistuba, Luis Vásquez.
	Institución ejecutora:	Vicerrectoría Académica, Dirección de Investigación y Desarrollo Científico. Universidad de Tarapacá. Arica-Chile.
	Año ejecución:	1995.
	Publicada en:	-
	Financiado:	Universidad de Tarapacá.
	Metodología:	Cuantitativa.
	Palabras claves:	Hombres aymara, enfermedades de transmisión sexual.
09	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MUJERES DE ORIGEN AYMARA RESIDENTES EN ARICA.	
	Investigadores:	Ismelda Lobato, María Teresa Montalva, Servandina Quioza, Haidi Caballero, Teresa Reyes, Celia Bórquez, H. Villanueva.
	Institución ejecutora:	Vicerrectoría Académica, Dirección de Investigación y Desarrollo Científico. Universidad de Tarapacá. Arica-Chile.
	Año ejecución:	1991.
	Publicada en:	-
	Financiado:	Universidad de Tarapacá.
	Metodología:	Cuantitativa.
	Palabras claves:	Mujeres aymara, enfermedades de transmisión sexual.
10	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MUJERES AYMARAS DEL ALTIPLANO DE LA PRIMERA REGIÓN, CHILE.	
	Investigadores:	Ismelda Lobato, María Teresa Montalvo, Fresia Caba, Servandina Quioza, Haidi Caballero, Celia Borquez.
	Institución ejecutora:	Vicerrectoría Académica, Dirección de Investigación y Desarrollo Científico. Universidad de Tarapacá. Arica-Chile.
	Año ejecución:	1990.
	Publicada en:	-
	Financiado:	Universidad de Tarapacá.
	Metodología:	Cuantitativa.
	Palabras claves:	Mujeres aymara, enfermedades de transmisión sexual.

Tesis de pregrado Primera región

-
- 01 PROPUESTA PSICOPROFILÁCTICA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES EMBARAZADAS AYMARAS.
-
- Alumnos: Mauricio Muñoz, Marcelo Segovia.
Institución: Departamento de Filosofía y Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Administrativas y Económicas, Universidad de Tarapacá. Arica-Chile.
Tesis: Memoria para optar al grado de Licenciado en Psicología.
Año: 2002.
Metodología: Cualitativa.
Palabras claves: Mujeres aymara, embarazo y parto, calidad de la atención.
-
- 02 ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA GESTANTE RURAL DE ARICA, QUE INCREMENTAN EL RIESGO MATERNO.
-
- Alumnas/os: Pamela Hernández.
Institución: Departamento de Biología y Salud, Facultad de Ciencias, Universidad de Tarapacá. Arica-Chile.
Tesis: Seminario para optar al título de Matrona.
Año: 2001.
Metodología: Cuantitativa.
Palabras claves: Embarazo y parto, mujeres aymaras.
-
- 03 ESTUDIO DE TRASTORNOS NEUROVEGETATIVOS EN MUJERES AYMARAS PERIMENOPAUSICAS.
-
- Alumnas: Yerka Huara, Tatiana Ossandon, Paula Vega.
Institución: Departamento de Biología y Salud, Facultad de Ciencias, Universidad de Tarapacá. Arica-Chile.
Tesis: Seminario para optar al título de Matrona.
Año: 1996.
Metodología: Cuantitativa.
Palabras claves: Mujeres aymara, menopausia.
-
- 04 PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA PAREJA AYMARA EN SU HÁBITAT NATURAL (PARINACOTA, PUTRE Y GENERAL LAGOS).
-
- Alumnos/as: José Céspedes, Yerka Cid, Jeannette García, Eliana Millalongo.
Institución: Departamento de Biología y Salud, Facultad de Ciencias, Universidad de Tarapacá. Arica-Chile.
Tesis: Seminario para optar al título de Matrn.
Año: 1993.
Metodología: Cuantitativa.
Palabras claves: Parejas aymara, regulación de la fertilidad.
-
- 05 PROLACTINA EN MUJERES AYMARAS EN PERÍODO DE AMAMANTAMIENTO, QUE HABITAN EN EL SECTOR ALTIPLÁNICO (PARINACOTA, PUTRE Y GENERAL LAGOS).
-
- Alumnos/as: Galvarino Espinoza, Pamela García, Giasna León.
Institución: Departamento de Biología y Salud, Facultad de Ciencias, Universidad de Tarapacá, Arica-Chile.
Tesis: Seminario para optar al título de Tecnólogo Médico con mención en Laboratorio Clínico, Hematología y Banco de Sangre.
Año: 1993.
Metodología: Cuantitativa.
Palabras claves: Mujeres aymara, puerperio, embarazo y parto.
-
- 06 PREVALENCIA DE *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* EN EL HOMBRE AYMARA (PARINACOTA Y ARICA COMUNA DE GENERAL LAGOS, PUTRE Y CAMARONES).
-
- Alumnas: Marcela Concha, Lidia Miranda, Guicela Ovalle, Dina Tucos.
Institución: Departamento de Biología y Salud, Facultad de Ciencias, Universidad de Tarapacá. Arica-Chile.

- Tesis: Seminario para optar al título de Tecnólogo Médico con mención en Laboratorio Clínico, Hematología y Banco de Sangre.
 Año: 1993.
 Metodología: Cuantitativa.
 Palabras claves: Hombres aymara, enfermedades de transmisión sexual.
-
- 07 DETERMINACIÓN DE LA PREVALENCIA DE *TRICHOMONAS VAGINALIS* Y HONGOS, EN LA MUJER AYMARA DE LA ZONA URBANA DE ARICA.
-
- Alumnas/os: Mariela Armando, Víctor Bravo, Juan Méndez.
 Institución: Departamento de Biología y Salud, Facultad de Ciencias, Universidad de Tarapacá, Arica-Chile.
 Tesis: Seminario para optar al título de Tecnólogo Médico con mención en Laboratorio Clínico, Hematología y Banco de Sangre.
 Año: 1992.
 Metodología: Cuantitativa.
 Palabras claves: Mujeres aymara, enfermedades de transmisión sexual.
-
- 08 PREVALENCIA DE *CHLAMYDIA TRACHOMATI* EN LA MUJER AYMARA EN EDAD FÉRTIL RESIDENTE EN LA CIUDAD DE ARICA.
-
- Alumnas/os: Paola Gazmuri, Anna Martínez, Sandra Mora, Rossana Valenzuela.
 Institución: Departamento de Biología y Salud, Facultad de Ciencias, Universidad de Tarapacá, Arica-Chile.
 Tesis: Seminario para optar al título de Tecnólogo Médico con mención en Laboratorio Clínico, Hematología y Banco de Sangre.
 Año: 1992.
 Metodología: Cuantitativa.
 Palabras claves: Mujeres aymara, enfermedades de transmisión sexual.
-
- 09 PREVALENCIA DE *TRICHOMONAS VAGINALES* Y *CANDIDA ALBINCANIS* EN LA MUJER AYMARA DEL ALTIPLANO Y PRECORDILLERA CHILENA.
-
- Alumnas/os: Wilma García, Gladis Ortiz, Juan Cepeda, Heriberto Ramos.
 Institución: Departamento de Biología y Salud, Facultad de Ciencias, Universidad de Tarapacá, Arica-Chile.
 Tesis: Seminario para optar al título de Matrona.
 Año: 1991.
 Metodología: Cuantitativa.
 Palabras claves: Mujeres aymara, enfermedades de transmisión sexual.
-
- 10 ESTUDIO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL POSIBLES DE DIAGNOSTICAR A TRAVÉS DE LA CLÍNICA EN LA MUJER AYMARA DE ALGUNAS LOCALIDADES DEL ALTIPLANO CHILENO (COMUNAS PUTRE, CAMARONES Y GENERAL LAGOS).
-
- Alumnas/os: Mónica Muñoz, M. Teresa Ramírez, Sandra Rivero, Ivonne Sanhueza.
 Institución: Departamento de Biología y Salud, Facultad de Ciencias, Universidad de Tarapacá, Arica- Chile.
 Tesis: Seminario para optar al título de Matrona.
 Año: 1991.
 Metodología: Cuantitativa.
 Palabras claves: Mujeres aymara, enfermedades de transmisión sexual.
-
- 11 PREVALENCIA DE SÍFILIS Y GONORREA EN POBLACIÓN FEMENINA AYMARA DEL ALTIPLANO CHILENO (COMUNAS PUTRE, CAMARONES Y GENERAL LAGOS).
-
- Alumnas/os: Juan Ortiz, Fernando Pérez, Hernán Quinchavil.
 Institución: Departamento de Biología y Salud, Facultad de Ciencias, Universidad de Tarapacá, Arica-Chile.
 Tesis: Seminario para optar al título de Matrón.
 Año: 1991.
 Metodología: Cuantitativa.
 Palabras claves: Mujeres aymara, enfermedades de transmisión sexual, métodos anticonceptivos.

Investigaciones Segunda región

- 01 JORNADA DE CONVERSACIÓN SOBRE GÉNERO E INTERCULTURALIDAD EN SAN PEDRO DE ATACAMA.
-

Investigador/a: Equipo SERNAM II región.
Institución ejecutora: Área de Participación y Promoción de Derechos, SERNAM Regional-Antofagasta. Colaboración Departamento Social de la Municipalidad de San Pedro de Atacama, Unidad de Salud Indígena de departamento de Atención Integral a las Personas DAIP, Servicio de Salud, Antofagasta.
Año ejecución: 2002.
Publicada en: Informe inédito de circulación interna.
Financiado: SERNAM II región.
Metodología: Cualitativa.
Palabras claves: Sexualidad, regulación de la fertilidad, aborto, género, maternidad y paternidad, interculturalidad.

Tesis de pregrado Segunda región

- 01 ALIMENTACIÓN Y CICLO VITAL EN EL PUEBLO DE SOCAIRE: CUIDADOS DE LA MUJER EN EL PERÍODO DE POST-PARTO.
-

Alumna: Paula Saravia.
Institución: Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Antropología.
Tesis: Tesis para optar al título profesional de Antropóloga.
Año: 2004.
Publicada en: Ponencia presentada al IV Congreso Chileno de Antropología. San Felipe: Noviembre de 2004 (*Actas en preparación.*)
Metodología: Cualitativa.
Palabras claves: Mujeres atacameñas, puerperio, calidad de la atención.

Investigaciones Quinta región

- 01 RELACIONES DE GÉNERO EN ISLA DE PASCUA, UNA SOCIEDAD MULTICULTURAL EN CAMBIO.
-

Investigador/a: Riet Delsing (Inv. Resp.), Ana María Arredondo, Eliana Largo.
Institución: Corporación de Desarrollo de la Mujer La Morada.
Año ejecución: 1996.
Publicada en: Informe inédito. Proyecto FONDECYT 1960146.
Financiado: FONDECYT.
Metodología: Cualitativa.
Palabras claves: Relaciones de género, sexualidad, identidad.

- 02 LA SEXUALIDAD EN LA PERSPECTIVA JUVENIL. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL SIDA EN ISLA DE PASCUA. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA.
-

Investigador/a: Javier Adán (Inv. Resp.), Ema Tuki (asistente de trabajo).
Institución: Programa de Prevención de SIDA en Isla de Pascua. TE PITO O TE HENUA MAKA RITO MOTE SIDA
Año ejecución: 1996.
Publicada en: Informe inédito.
Financiado: CONASIDA, Ministerio de Salud.
Metodología: Cualitativa.
Palabras claves: Jóvenes rapa nui, sexualidad, SIDA.

Tesis de pregrado Quinta región

01 HACIA UNA ANTROPOLOGÍA DEL CUERPO. SIGNIFICACIÓN CULTURAL DE LOS CUIDADOS CORPORALES EN MUJERES RAPA NUI.

Alumna: Daniela Leyton.
Institución: Escuela de Antropología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
Tesis: Tesis para optar al título profesional de Antropóloga.
Año: 2004.
Publicada en: Ponencia presentada al V Congreso Chileno de Antropología. San Felipe: Noviembre de 2004 (*Actas en preparación*).
Metodología: Cualitativa.
Palabras claves: Mujeres rapa nui, cuerpo, sexualidad, embarazo y parto, puerperio.

Tesis de postgrado Quinta región

01 TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA Y SOCIAL: EL CASO RAPA NUI.

Alumna: María Eugenia Santa Coloma.
Institución: Universidad de Barcelona, España.
Tesis: Doctoral.
Año: 2001.
Publicada en: Santa Coloma, María, Eugenia. "Endogamy in Easter Island", En *Rapanui Journal* Vol. 12 N°3, USA; Easter Island Foundation, 1998. Págs. 63-68
Metodología: Cualitativa.
Palabras claves: Sexualidad, regulación de la fertilidad, aborto, embarazo y parto, métodos anticonceptivos, menopausia.

Investigaciones Región Metropolitana

01 NECESIDADES DE SALUD Y CONOCIMIENTO ANCESTRAL DE LA COMUNIDAD MAPUCHE.

Investigador/a: Ana María Tomasevic Cordal, Teresa Morales Arias, Beatriz Painequeo Tragnolao, Walter Emilio Nancucheo Antipaz.
Institución: Ministerio de Planificación, Corporación Nacional de Desarrollo Indígena; Centro Cultural Mapuche, Folil che Aflai; Ministerio de Salud, Servicio de Salud Metropolitano Oriente, Departamento de Atención Integrada.
Año ejecución: 2000-2003.
Publicada en: Ministerio de Planificación, Corporación Nacional de Desarrollo Indígena; Centro Cultural Mapuche, Folil che Aflai; Ministerio de Salud, Servicio de Salud Metropolitano Oriente, Santiago: s/f.
Financiado: Ministerio de Salud.
Metodología: Cuantitativa.
Palabras claves: Mujeres y hombres mapuche, calidad de la atención, control ginecológico, epidemiología.

02 PREVALENCIA DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES MAPUCHES, POSTMENOPAUSICAS ASINTOMÁTICAS.

Investigador/a: L. Ponce, G. Larenas, P. Riederman
Institución: Sociedad Médica de Chile.
Año ejecución: 2002.
Publicada en: Ponce, L.; Larenas, G.; Riederman, P. "Alta Prevalencia de osteoporosis en

mujeres mapuches, postmenopausicas asintomáticas". En *Revista Médica de Chile*, Santiago: 2002, 130:1365-1372.
Financiado: -
Metodología: Cuantitativa.
Palabras claves: Mujeres mapuche, menopausia, embarazo y parto.

03 ENCUESTA DE SALUD COMUNA DE HUECHURABA. PERFIL SOCIOSANITARIO Y DE UTILIZACIÓN DE SERVICIOS. COMUNIDAD MAPUCHE DE HUECHURABA

Investigador/a: María Isabel Valdivieso.
Institución: Servicio Salud Metropolitano Norte, Promoción de Salud.
Año ejecución: 2000-2001.
Publicada en: -
Financiado: -
Metodología: Cuantitativa.
Palabras claves: Hombres y mujeres mapuche, calidad de la atención, controles ginecológicos.

Investigaciones Octava región (tesis de pregrado)

01 VAGINOSIS BACTERIANA EN UNA POBLACIÓN INDÍGENA DE CONTULMO.

Alumna: Mariem Dib.
Institución: Universidad de Concepción.
Tesis: Memoria de título para optar al grado de Obstetricia realizada en el marco del proyecto FONDEFF 111121 "Elaboración de un probiótico natural" de Erica Castro ercastro@udec.cl
Año: 2004.
Publicada en: -
Metodología: Cuantitativa.
Palabras claves: Mujeres mapuche, infección vaginal.

Investigaciones Novena región¹¹⁶

- 01 COMPORTAMIENTO Y REPRESENTACIONES ACERCA DE LA SEXUALIDAD EN JÓVENES MAPUCHE DE NIVEL EDUCACIONAL MEDIO, RESIDENTES EN INTERNADOS DE LA IX REGIÓN.

Investigador/a: Instituto Nacional de la Juventud.
 Proyecto: Investigación Acción para la prevención de VIH/ SIDA en jóvenes Mapuche.
 Institución: Instituto Nacional de la Juventud, IX región. "A esta iniciativa se sumaron en calidad de socios Gobernación Provincial de Cautín, Dpto. Social y de Finanzas, JUNAE, Seremi Educación y Seremi de Bienes Nacionales".
 Año ejecución: 2002.
 Publicada en: -
 Financiado: Ministerio de Salud, CONASIDA.
 Metodología: Cualitativa.
 Palabras claves: Sexualidad, género, VIH/SIDA, jóvenes mapuche.

- 02 DETECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR¹¹⁷.

Investigadores: Raúl Urzúa, Marcela Ferrer, Claudia Gutiérrez, Soledad Larraín.
 Institución: Centro de Análisis de Políticas Públicas de la Universidad de Chile/ CAP.
 Año ejecución: 2002.
 Publicada en: *Detección y análisis de la prevalencia de la violencia intrafamiliar*. Santiago: Servicio Nacional de la Mujer, 2002.
 Financiado: SERNAM.
 Metodología: Cuantitativa.
 Palabras claves: Violencia conyugal, violencia intrafamiliar.

- 03 ANÁLISIS DE LOS DATOS DE POBLACIÓN MAPUCHE EN EL CENSO DE 1992.

Investigador/a: Ana María Oyarce (Inv. Principal).
 Institución: Instituto de Estudios Indígenas, Universidad de La Frontera.
 Año ejecución: Marzo 2000–Junio 2002.
 Publicada en: Espina, Rodrigo; Oyarce, Ana María; Peyser, Alexia; Pérez, Gabriela; Sánchez, Rubén. *Población Mapuche de Chile: Análisis del Censo del 1992*. Temuco: Instituto de Estudios Indígenas, Universidad de La Frontera, Instituto Nacional de Estadísticas, Corporación Nacional de Desarrollo Indígena, CEPAL/ Centro Latinoamericano de Demografía-CELADE. Editorial Kolping, Padre Las Casas, 1999.

Oyarce, Ana María; Schkolnik, Susana. "Los mapuches: una investigación multidisciplinaria en reducciones indígenas de Chile". En *Estudios sociodemográficos de Pueblos Indígenas*. Santiago de Chile: CELADE, Confederación Indígena del Oriente Boliviano (CIDOB), Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Instituto de Cooperación Iberoamericana (ICI), 1994. pp. 147-171. LC/ DEM/ G146.

¹¹⁶ Estos estudios corresponden a años anteriores a los que recopila esta investigación: Monreal, Tegualda, *Fecundidad, aborto y nivel de vida en mujeres mapuches*. Santiago: Revista Médica de Chile, Vol. 100, N° 10, 1972. Velásquez, Víctor; Ortiz, Ana M.; Burgos, Oscar, Cabrera, Marisol; Oñate, Laura; Reyes, Carlos. *Partos sin atención profesional en una comunidad rural de la novena región de la Araucanía*. Santiago: Boletín Hospital San Juan de Dios 32: 269, 1985. Págs. 269 a 273. Munizaga, Carlos Filiberto, Ninfa Monreal Tegualda, *Notas sobre fecundidad y aborto en poblaciones mapuches de Chile: Enfoque antropológico* Revista Antropología N°2, Santiago: Departamento de Ciencias Antropológicas y Arqueológicas, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad de Chile, 1975.

¹¹⁷ Este estudio de prevalencia de violencia conyugal fue realizado en la región metropolitana y la región de la Araucanía.

Financiado: Agencia de Cooperación Alemana, GTZ.
Metodología: Cuantitativa y cualitativa.
Palabras claves: Mujeres mapuche, regulación de la fertilidad, embarazo y parto, calidad de la atención.

04 LOS BOLSONES DE ALTA FECUNDIDAD EN CHILE Y EL CASO DE LA POBLACIÓN MAPUCHE DE LA REGIÓN DE LA ARAUCANÍA (HACE PARTE DEL PROYECTO POBLACIÓN Y POBREZA PARA EL DESARROLLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN CHILE).

Investigador: Jorge Martínez Pizarro.
Institución: Ministerio de Planificación y Cooperación-MIDEPLAN, Gobierno de Chile.
Año ejecución: 1997-1998.
Publicada en: Martínez Pizarro, Jorge, Los bolsones de alta fecundidad en Chile y el caso de la población Mapuche de la región de la Araucanía. Santiago de Chile: Ministerio de Planificación y Cooperación-MIDEPLAN, Gobierno de Chile, Serie Población y Pobreza No. 2, 1998.
Financiado: UNFPA.
Metodología: Cuantitativo.
Palabras claves: Mujeres mapuche, fecundidad.

05 ASPECTOS DE SEXUALIDAD Y AFECTIVIDAD EN LAS MUJERES MAPUCHE, COMUNA TEODORO SCHMIDT, IX REGIÓN

Investigadores: Lily Patricia Mardones; María Verónica Cárdenas
Institución: Investigación desarrollada en el Consultorio General Rural Comuna Teodoro Schmidt, Profesionales de la Comuna Teodoro Schmidt.
Año ejecución: 1992
Publicada en: Actas del Congreso Nacional de matronas Osorno, 1995.
Financiado: -
Metodología: Cualitativa.
Palabras claves: Mujeres mapuche, sexualidad.

06 MEDICINAS Y CULTURAS EN LA ARAUCANÍA.

Investigador/a: Luca Citarella, Ana María Conejeros, Bernarda Espinossa, Ivonne Jelves, Ana María Oyarce, Aldo Vidal.
Institución: Sociedad Trafkin, Programa de Atención Primaria de Salud.
Año ejecución: 1988- 1994.
Publicada en: Editorial Sudamericana, 2000.
Financiado: Cooperación Italiana.
Metodología: Cuantitativa y cualitativa.
Palabras claves: Mujeres y hombres mapuche, embarazo y parto, cuerpo, sistemas médicos, salud intercultural.

07 ANÁLISIS INTEGRAL DE LA MORTALIDAD MATERNA EN LA IX REGIÓN.

Investigadores: Ana María Oyarce (Co-Investigadora del Proyecto).
Institución: Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de la Frontera.
Año ejecución: 1989- 1993.
Publicada en: -
Financiado: Universidad de La Frontera.
Metodología: Cuantitativa y cualitativa.
Palabras claves: Mujeres mapuche, embarazo y parto.

08 FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y ANTROPOLÓGICOS DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN REDUCCIONES INDÍGENAS DE LA NOVENA REGIÓN.

Investigador/a: Ana María Oyarce (Inv. Principal)¹¹⁸.
 Institución: Facultad de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco. Instituto Nacional de Estadísticas INE, Santiago. Centro Latinoamericano de Demografía CELADE N.U., Santiago. Programa de Apoyo y Extensión en Salud Materno Infantil PAESMI, Santiago.
 Año ejecución: Mayo 1989– Diciembre 1992.
 Publicada en: Oyarce, Ana María. *Caracterización sociocultural de la mortalidad infantil en reducciones indígenas*. Santiago: Universidad de la Frontera, CELADE, Inédito, 1993.
 Financiado: Programa de acción y educación en salud materno infantil. PAESMI.
 Metodología: Cuantitativa.
 Palabras claves: Mujeres y hombres mapuche, epidemiología, fecundidad.

09 ESTUDIO SOCIODEMOGRÁFICO DE LA POBLACIÓN MAPUCHE DE CHILE, BASADO EN EL CENSO DE 1992.

Investigadores: Rodrigo Espina; Ana María Oyarce; Gabriela Pérez; Alejandro Sabag; Rubén Sánchez.
 Institución: -
 Año ejecución: -
 Publicada en: Instituto de Estudios Indígenas (IEI); Universidad de La Frontera (UFRO); Instituto Nacional de Estadísticas (INE); Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI); Comisión económica para América Latina y El Caribe (CEPAL); Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE). *XVI Censo Nacional de Población 1992. Población Mapuche. Tabulaciones espaciales. Total País Región Metropolitana, Región de La Araucanía*. Temuco: Serie CELADE LC/DEM/G178/OI 127, 1998
 Financiado: -
 Metodología: Cuantitativa.
 Palabras claves: Fecundidad, familia, mujeres mapuche.

10 FACTORES GENERALES Y ÉTNICOS ASOCIADOS A LA DURACIÓN DE LA AMENORREA DE LACTANCIA.

Investigador/a: Dres. Patricio Valdés G., Pablo Sierralta G., Ximena Ossa G., Angélica Barría S., Gabriela Figueroa y Vilma Berg.
 Institución: Facultad de Medicina, Universidad de la Frontera; Hospital Regional de Temuco.
 Año ejecución: -
 Publicada en: *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Santiago: 57 (3) 1992, Págs. 188-192.
 Financiado: Special Programme of Research Development and Research Training in Human Reproduction (WHO).
 Metodología: Cuantitativa.
 Palabras claves: Mujeres mapuche, puerperio, amenorrea, amamantamiento.

¹¹⁸ Oyarce, Ana María. Investigadora Principal del Proyecto: *Conocimientos, Creencias y Prácticas en Torno al Ciclo Vital en la Cultura Mapuche*. Centro de Investigaciones Sociales Regionales CISRE. Pontificia Universidad Católica de Chile, Programa de Apoyo y Extensión en Salud Materno Infantil PAESMI. Fuente de Financiamiento: PAESMI. Enero 1986- Diciembre 1989; Investigadora Principal Diagnóstico Biodemográfico de la Población de Reducciones Indígenas según el Censo de 1982. Universidad Católica, PAESMI, Centro Latinoamericano de Demografía – CELADE – INE. Fuente de Financiamiento: PAESMI. Marzo 1986-Diciembre 1987. Investigadora Principal Censo Experimental a las Reducciones Indígenas Seleccionadas. Universidad La Frontera, PAESMI, Centro Latinoamericano de Demografía – CELADE – INE. Fuente de Financiamiento: PAESMI - CELADE. Objetivo: Conocer situación demográfica y de salud de Reducciones Indígenas seleccionadas en 5 Distritos de la IX Región y explorar instrumentos de recolección de datos socio-culturales y de mortalidad materna e infantil. Enero 1988-diciembre 1989.

¹¹⁹ Esta investigación es continuación de una línea de trabajo que se inicia el año 1986, cuyos resultados han sido publicados desde el año 1988 hasta esta última publicación en 1998.

Tesis de pregrado Novena región

-
- 01 DE LAS PERCEPCIONES ACERCA DE LA SEXUALIDAD Y EL VIH/SIDA EN JÓVENES MAPUCHE DE NIVEL EDUCACIONAL MEDIO, RESIDENTES EN INTERNADOS DE LA IX REGIÓN.
-

Alumnas: Rayen, Inglés.
 Institución: Universidad de la Frontera, Temuco.
 Tesis: Tesis para optar al grado de Licenciada en Sociología. Facultad de Educación y Humanidades. Departamento de Ciencias Sociales. Universidad de la Frontera. Temuco.
 Año ejecución: 2004.
 Metodología: Cualitativa.
 Palabras claves: Jóvenes mapuche, sexualidad, VIH/SIDA.

- 02 CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DESDE LA VISIÓN DE LAS MUJERES MAPUCHE. TALLERES LABORALES DE LA CUENCA BUDI.
-

Alumnas: K. Nuñez, M. Vásquez.
 Institución: Universidad de la Frontera, Temuco.
 Tesis: Tesis para optar al grado de Licenciada en Trabajo Social, mención Desarrollo Social y Políticas Sociales.
 Año ejecución: 1998.
 Metodología: Cualitativa.
 Palabras claves: Mujeres mapuche, calidad de la atención.

Investigaciones Décima región

-
- 01 ENCONTRÁNDONOS PARA UN BUEN PARTO. (MUEZLEMAYEN KUME KOÑING)
-

Investigadores: Sofía Pardo, Victoria Norambuena (Programa de la Mujer SS Osorno), Margarita Rojas (Hospital Base Osorno) Teolinda Huentrupay (Maternidad Hospital Base Osorno). Colaboraciones: Victor Hugo Venegas (Universidad de Los Lagos).
 Institución: Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas PESPI- MINSAL.
 Año ejecución: 2004.
 Publicada en: Investigación en curso.
 Financiado: PESPI, Programa Orígenes.
 Metodología: Cualitativa.
 Palabras claves: Parto, mujeres mapuche, calidad de la atención.

- 02 PROYECTO MODELO DE PROMOCIÓN DEL EJERCICIO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN MUJERES RURALES.
-

Investigadores: Estela Arcos, Myrna Uarac, Irma Molina, Carla Santana, Liliana Larrañaga, Juan Domingo Ramírez, Debbie Guerra, Yanira Zúñiga.
 Institución: Universidad Austral de Chile, Servicio de Pediatría Hospital Clínico Regional de Valdivia.
 Año ejecución: 1999-2000.
 Publicada en: Resumen Ponencia "Cómo construyen su identidad social mujeres que residen en comunidades rurales. Comuna de Panguipulli- Valdivia". En "II Jornadas Australes Interdisciplinarias. Mujer y Desarrollo. Construyendo el derecho a la igualdad. Valdivia: Universidad Austral de Chile, 2001, Pág. 57
 Financiado: PNUD.
 Metodología: Cualitativa.

Palabras claves: Mujeres mapuche, derechos sexuales y reproductivos, sexualidad, calidad de la atención, fecundidad.

03 DETECCIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA EN MUJERES MAPUCHES, COMUNA DE PANGUIPULLI.

Investigadora: Paola Ritter A.
Institución: Universidad Austral. Esta investigación se llevó a cabo en el marco del proyecto "Estudio del Impacto de la Violencia doméstica sobre la Salud Reproductiva e Infantil", Código S 199939; años 1999- 2001. Estela Arcos, investigadora responsable.
Año ejecución: 1999.
Publicada en: En: Actas del Congreso de Estudiantes de Medicina del MERCOSUR, Argentina.
Financiado: Dirección de Investigación y Desarrollo de la Universidad Austral.
Metodología: Cuantitativa.
Palabras claves: Mujeres mapuche, violencia doméstica.

LISTADO ESTUDIOS A NIVEL NACIONAL

01	ESTUDIO Y CARACTERIZACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y VULNERABILIDAD AL VIH/SIDA EN PUEBLOS ORIGINARIOS DE CHILE.
Investigadoras:	Michelle Sadler; Alexandra Obach, (coord.) Gloria Salazar, Mariela Cortés, Valentina Fajreldin.
Institución:	Centro Interdisciplinario de Estudios de Género, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
Año ejecución:	2004.
Publicada en:	-
Financiado:	CONASIDA, Ministerio de Salud (Fondo Global).
Metodología:	Cualitativa.
Palabras claves:	Pueblos indígenas, SIDA, género, sexualidad, violencia, cuerpo, calidad de la atención, enfermedades de transmisión sexual, regulación de la fertilidad, embarazo y parto.
02	REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN CHILE 1950-2000.
Investigadores:	Carlos Vallejos, Ligia Sanhueza, Bernardita Baeza, René Castro, Ana Ayala, Maria Isabel Matamala.
Institución:	CIGES dependiente de la Universidad La Frontera.
Año ejecución:	2003.
Publicada en:	En vías de publicación.
Financiado:	OPS, Washington.
Metodología:	Cualitativo y cuantitativo.
Palabras claves:	Mortalidad materna, embarazo, parto, calidad de la atención, políticas públicas.
03	ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS Y NECESIDADES DE SALUD REPRODUCTIVA ENTRE MUJERES MAPUCHE MIGRANTE Y NO MIGRANTE SEGÚN REGIÓN DE ORIGEN ÉTNICA (IX REGIÓN) Y REGIÓN DE DESTINO MIGRATORIO (V REGIÓN).
Investigadores:	Patricia Castañeda patricia.castaneda@uv.cl Miguel Angel Pantoja mpantoja@ufo.cl
Institución:	Escuela de Trabajo Social, Universidad Valparaíso, Dpto. de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco.
Año ejecución:	2001.
Publicada en:	Castañeda, Patricia; Pantoja, Miguel Angel. "Estudio comparativo de las características y necesidades de salud reproductiva entre mujeres mapuche migrante y no migrante según región de origen étnica (IX región) y región de destino migratorio (V región)". En <i>II Jornadas Australes Interdisciplinarias Mujer y desarrollo. Construyendo el derecho a la igualdad</i> . Valdivia: Universidad Austral de Chile, noviembre 2001, pág. 69. Castañeda, Patricia; Pantoja, Miguel Angel. "La gente de la tierra... en la tierra de otra gente: migración mapuche contemporánea a la región de Valparaíso". En <i>Cuadernos Interculturales</i> . Valparaíso: Universidad de Valparaíso, Facultad de Humanidades, Instituto de Historia y Ciencias Sociales CEIP, Centro de Estudios Interculturales y del Patrimonio, Año 2, Número 2, 2004.
Financiado:	-
Metodología:	Cuantitativa y cualitativa.
Palabras claves:	Mujeres mapuche, fecundidad, calidad de la atención.

mo ta'e hapa'o o'oku i a au'o pe'e te



¿ma'ai ia e hapa'o?

Mo ta'e hapa'o o'oku i a au'o pe'e te SIDA... gae'ai ia e hapa'o?

1. E au'o hapa'o i te au'o (koro)...



TRANSFORMEMOS TU DOLOR EN ACCIÓN. Includes a drawing of a woman's face and text in Spanish.

Si no me Cuido YO ¿QUIÉN? Kuriw tumoli ihi femay INCHEMU. Si no es ahora ¿CUÁNDO? Fachantu femnoli kumal KURIWTUAN.

SE FIEL A TU CULTURA Y A TU PUEBLO PREVIENE EL VIH/SIDA. HAZTE EL EXAMEN DE VIH/SIDA. Includes a stylized logo with a star and a red ribbon.



V. EXPERIENCIAS EN SALUD, SEXUALIDAD Y REPRODUCCION

Las experiencias recopiladas fueron un total de 36 en todas las regiones estudiadas¹²⁰. Las experiencias hacen parte de una amplia gama de prácticas desarrolladas por organizaciones indígenas, ONG's y organismos gubernamentales. Se logró recopilar una variedad de experiencias que incorporan metodologías diversas como: casas-hogares, charlas, coloquios, programas institucionalizados, encuentros, entre otros. Lo que da cuenta de la adaptación de las experiencias a las realidades locales, pluriétnicas y pluriculturales de nuestro país.

En la novena región se hallaron la mayor cantidad de experiencias llegando a un total de 12. Le sigue la región metropolitana con 7 experiencias, la primera región con 6 y la quinta región con 5 experiencias.

Tabla 1:
Número de experiencias por región

REGIONES	NÚMERO EXPERIENCIAS
Primera región	6
Segunda región	-
Quinta región	5
Región Metropolitana	7
Octava región	2
Novena región	12
Décima región	4
Total	36

En cuanto a la metodología utilizada, la que aparece con mayor frecuencia es el uso de encuentros, seminarios, coloquios y congresos (8) y talleres (8) realizados en diversas temáticas como: derechos sexuales y reproductivos, prevención del VIH-SIDA e ITS, sexualidad, sexo seguro, prevención de cáncer de mama, métodos anticonceptivos, regulación de la fertilidad, entre otros.

¹²⁰ Es importante recordar que este estudio no contempló visita a Isla de Pascua, por lo cual no se tiene información de experiencias locales, más allá de las descritas, las que fueron recopiladas por vía telefónica y/o e-mail.

Tabla 2:
Tipos de experiencias por región

REGIONES	I	II	V	RM	VIII	IX	X	Total
TIPOS DE EXPERIENCIAS								
Espacios conversacionales	-	-	-	1	-	2	-	3
Talleres	1	-	-	2	-	4	1	8
Jornadas, charlas	-	-	3	-	-	-	-	3
Encuentros, coloquios, seminarios, congresos	1	-	-	1	2	4	-	8
Campañas, difusión de materiales, programas radiales	-	-	2	1	-	1	-	4
Formación y capacitación	-	-	-	1	-	1	-	2
Programas e Implementación de experiencias en servicios de salud	2	-	-	1	-	-	1	4
Hogares, casas de apoyo	2	-	-	-	-	-	2	4
Total	6	-	5	7	2	12	4	36

Es significativo apreciar que en términos del embarazo y parto, desde el año 1990 al 2004, se crean principalmente hogares y casas para madres y su familia; en el caso mapuche y aymara, con el objeto de atender a las mujeres y sus familias, debido a las largas distancias de los servicios de salud, como es el caso de la *Casa de la madre rural y familia altiplánica aymara de Iquique*; *Casa de Atención del Médico Andino en Colchane*; *la Casa de la Madre y el Niño en Panguipulli* y *el Hogar maternal en el Lago Ranco*. Por otra parte, se destaca *la introducción de la sopa de quínoa en la maternidad del Hospital Juan Noe de Arica*, siguiendo la costumbre indígena de dar distintas sopas o caldos con posterioridad al parto, un ejemplo de ello es la sopa de cola de zorro en el caso atacameño, la que aparece señalada en la investigación *Alimentación y ciclo vital en el pueblo de Socaire: cuidados de la mujer en el período de post-parto*.

También son significativas las campañas y actividades de difusión que se realizan con el objetivo de motivar a la reflexión mediante programas radiales, manifestaciones culturales callejeras y entrega de materiales educativos, los cuales trabajan principalmente temáticas de prevención del VIH/SIDA. Cabe destacar que en la IX región existe un programa radial que entrega información sobre planificación familiar, métodos anticonceptivos, aborto, violencia intrafamiliar y calidad de atención.

Se encontraron dos experiencias que las hemos clasificado dentro de los espacios conversacionales, en ellas se apela a la tradición mapuche que aluden a prácticas sociales utilizadas tradicionalmente para establecer una conversación y escucha del otro, como es el caso del "*Nuxankan*", para abordar temáticas como la afectividad y vida sexual, familia, métodos anticonceptivos para regular la fertilidad. Estas son llevadas a cabo en su propia lengua *mapudungún*.

En cuanto a experiencias de formación y capacitación aparecen relevantes la formación de paramédicos mapuche en la región metropolitana y formación de técnicos en salud intercultural en Chol Chol IX región, los cuales reciben conocimiento en torno a la prevención del VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, regulación de la fertilidad y acceso a métodos anticonceptivos, además de conocimientos asociados al proceso de embarazo, parto y puerperio desde la perspectiva mapuche y de la biomedicina.

Entre las experiencias de seminarios, encuentros, congresos y coloquios se destacan el *Seminario mujer, cultura y salud en los Andes*, *Encuentro de Parteras y Cultoras de medicina tradicional de Alto Bío Bío*; *Encuentro de Mujeres Mapuche, Parteras y Sabias de Tirúa*; *el Primer Congreso de Mujer Indígena*; *Encuentro Relaciones Familiares en el mundo mapuche: ¿armonía o desequilibrio? en Temuco*; y *el Encuentro Nacional de Mujeres Indígenas* realizado en Temuco. Estos son organizados principalmente por organizaciones indígenas en algunos casos en coordinación con instituciones de salud del Estado. También se incorporaron los congresos de mujeres indígenas porque consideran diversas temáticas como educación, salud y tierras. En ellas se han desarrollado conversaciones sobre aspectos relacionados con salud sexual y reproductiva.

LAS EXPERIENCIAS

Las temáticas que se abordan en las experiencias son variadas, sin embargo se presentan con mayor frecuencia cuidados del embarazo y parto, sexualidad y prevención del VIH/SIDA e ITS. Las temáticas que aparecen escasamente son aborto, climaterio y cuerpo.

REGIONES	I	II	V	RM	VIII	IX	X	Total
TEMÁTICAS								
Sexualidad	1	-	2	6	-	3	-	12
Regulación de la fecundidad	1	-	-	1	-	5	-	7
Embarazo y parto	4	-	1	3	2	2	3	15
Derechos sexuales y reproductivos	2	-	1	-	-	-	1	4
Puerperio	1	-	-	-	-	3	1	5
Sistemas médicos	1	-	-	1	1	1	1	5
Calidad de la atención	1	-	-	-	2	1	-	4
Cuerpo	1	-	-	-	-	-	-	1
Prevención del VIH/SIDA	-	-	4	2	-	5	-	11
Infecciones de transmisión sexual	-	-	2	-	-	1	-	3
Violencia	-	-	-	2	1	2	1	6
Atención ginecológica	-	-	-	1	-	-	-	1
Cáncer de mama	-	-	-	1	-	-	-	1
Métodos anticonceptivos	-	-	-	1	-	6	-	7
Climaterio	-	-	-	-	-	1	-	1
Aborto	-	-	-	-	-	1	-	1
Total	13	-	10	18	6	31	7	84

En la primera región las experiencias en salud sexual y reproductiva han estado centradas principalmente en la temática del embarazo y parto. Las organizaciones aymara han llevado a cabo una iniciativa como es el *Hogar de la Madre Rural y la Familia Altiplánica* desde el año 1995, el cual se mantiene hasta la actualidad, como una forma de satisfacer necesidades de las comunidades altiplánicas al momento de bajar a Iquique a parir sus hijos e hijas.

De manera reciente, han sido abordados desde la investigación social temas como la sexualidad y salud reproductiva¹²¹, específicamente los procesos de embarazo y parto, derechos sexuales y reproductivos y calidad de la atención. Un hito significativo en términos de la salud sexual y reproductiva en pueblos indígenas en Chile, es la investigación-acción *Sentando bases para el desarrollo de un modelo intercultural en salud sexual y reproductiva entre las mujeres aymara del norte de Chile: un estudio de epidemiología intercultural* (realizada durante el período 2001- 2002) iniciativa conjunta entre la organización no gubernamental Casa de Encuentro de la Mujer CEDEMU, el Servicio de Salud Arica y la Asociación Indígena de Mujeres Aymara ASOAYMA. En esta misma iniciativa se ha realizado el *Seminario mujer, cultura y salud en los Andes*, además se han elaborado y difundido una gran cantidad de materiales tanto teóricos como educativos, escritos en español y aymará, lo cual pretende iniciar una reflexión en estas temáticas y favorecer un mejor acceso a la salud de la población aymará.

En esta misma línea, el Programa de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud ha estado realizando proyectos desde el año 2002, desarrollando en esta zona, desde el año 2004 el *Proyecto Salud Intercultural desde una Maternidad*. Esta iniciativa se ha implementado en el Hospital Regional de Iquique y surge ante la necesidad de atender las demandas de la comunidad aymara organizada respetando sus creencias, tradiciones y conocimientos propios en el cuidado del embarazo y la forma natural de parir sus hijos/as.

En la segunda región, no se encontraron experiencias en salud sexual y reproductiva. Mientras que en la quinta región las experiencias han estado centradas en la temática de prevención del VIH/SIDA, sexualidad e infecciones de transmisión sexual en población *rapa nui*. Es importante destacar la elaboración de material de prevención del VIH/SIDA en lengua *rapa nui* para alumnos de enseñanza media y básica del Liceo Lorenzo Baeza Vega de Isla de Pascua, la cual surge como una iniciativa de una profesora isleña.

En el caso de la región metropolitana se pudo constatar que en su mayoría las experiencias se encuentran coordinadas entre organizaciones mapuche y el Programa de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud. Las experiencias se financian

¹²¹ Ver investigaciones realizadas desde el año 2000: Pedrero, Malva. *Sentando bases para el desarrollo de un modelo intercultural en salud sexual y reproductiva entre las mujeres aymará del norte de Chile: un estudio de epidemiología intercultural*; Carrasco, Ana María; Gavilan Vivian. *La construcción social y simbólica de la sexualidad en mujeres y hombres indígenas y no indígenas en el norte de Chile*.

y ejecutan con aportes de distintos organismos, lo que implica una coordinación entre consultorios, organizaciones mapuche, municipalidades, entre otros. Una experiencia significativa es la formación de paramédicos mapuche los cuales han incorporado conocimientos de su cosmovisión. A su vez se está trabajando en el control ginecológico a través de facilitadores interculturales, los cuales realizan visitas domiciliarias para motivar a las mujeres mapuche a acudir a los consultorios para realizarse el PAP.

En 1995, en esta región se realizó el *Congreso de Mujeres Indígenas*, en el contexto del debate público previo a la Conferencia de Beijing. Este congreso trató diferentes temáticas, una de ellas fue salud desde la perspectiva de los pueblos indígenas *mapuche, aymara y rapa nui*.

En la octava región las dos experiencias encontradas correspondieron a encuentros de mujeres parteras, que abordaron en particular, el embarazo y parto, en relación con el sistema oficial de salud; la calidad de atención, la discriminación por parte de funcionarios del sistema de salud y la violencia en la atención de partos.

En la novena región se aprecia un número significativo de experiencias, que utilizan diversas metodologías y que intentan abordar varias temáticas a la vez como sexualidad, regulación de la fertilidad, métodos anticonceptivos (MAC), violencia, prevención de VIH/SIDA y de ETS, etc., considerando la mayoría de las experiencias un formato bilingüe.

Es interesante destacar que en el año 1995 se llevó a cabo en esta región el *Encuentro Nacional de Mujeres Indígenas en Temuco*, en el cual participaron mujeres de diferentes pueblos indígenas. Dentro de los temas que se abordaron, destacan los problemas en la calidad de la atención desde el sistema de salud público representado en la persecución que han vivido los agentes de la medicina tradicional; maltrato en la atención de salud por parte de funcionarios de servicios de salud; escasa información para las personas de origen indígena en relación a sus enfermedades o tratamientos y ausencia de consentimiento informado respecto a la colocación de métodos de regulación de la fertilidad. Este encuentro fue convocado por organizaciones indígenas con colaboración de CONADI.

Finalmente, en la décima región, se encontraron principalmente experiencias que abordan las temáticas de embarazo y parto, respondiendo a la necesidad de las comunidades que se encuentran en localidades alejadas. Destaca una única experiencia localizada en la Isla de Chiloé, el *Taller de desarrollo personal y derechos de la mujer*, en Castro. Esta experiencia está iniciando una reflexión en torno a derechos de las mujeres y violencia intrafamiliar incorporando elementos de historia y cosmovisión mapuche-huilliche y es desarrollada en la Asociación Indígena Urbana Antonio Huenteao.

A continuación presentamos el listado de experiencias por región, con una breve descripción tanto de sus objetivos, de sus logros, como procesos.

LISTADO DE EXPERIENCIAS POR REGIÓN

Experiencias Primera región

-
- 01 HOGAR DE LA MADRE RURAL Y LA FAMILIA ALTIPLÁNICA. CONSEJO PROVINCIAL AYMARA (COPRAY). IQUIQUE, 1995- 2004.
-

El objetivo del Hogar es alojar a la mujer embarazada y su familia durante las semanas o días previos al parto. Las mujeres que acuden son aquellas que bajan desde el altiplano a tener sus hijos en la ciudad. Cuentan con una partera desde el año 1998, quien atiende a las mujeres embarazadas y mujeres rurales que alojan en este lugar. La partera es reconocida por el Servicio de Salud. El Hogar es administrado de manera formal por COPRAY (Consejo provincial aymara) y su financiamiento proviene básicamente de las municipalidades rurales. El financiamiento para la partera proviene del Programa de Salud y Pueblos Indígenas.

- 02 PROYECTO SALUD INTERCULTURAL DESDE UNA MATERNIDAD. SERVICIO SALUD IQUIQUE, HOSPITAL REGIONAL, SERVICIO GINECOBSTÉTRICO DEL HOSPITAL, PROGRAMA DE SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS Y PROGRAMA DE LA MUJER DEL MINISTERIO DE SALUD, IQUIQUE, 2004.
-

Su objetivo ha sido formar un equipo de salud intercultural donde además del obstetra y la matrona se incorporara a la partera tradicional aymara en el control prenatal y en la atención del parto, de modo que ambas visiones, la occidental y la aymara compartieran la experiencia en un ambiente de confianza y enriquecimiento mutuo, humanizando la atención del parto y mejorando el grado de satisfacción usuario. El equipo de salud intercultural del proyecto está formado por un ginecobstetra, cinco matronas y una partera. Beneficia a mujeres aymaras en edad fértil, a la comunidad al ser reconocida como una cultura con identidad propia, al equipo de salud intercultural a través del enriquecimiento en la experiencia y a la maternidad en su conjunto, incluyendo a las otras usuarias a través de la incorporación de un modelo de parto más personalizado que atiende las necesidades de cada una de las mujeres, incluyendo la perspectiva cultural. La implementación de sala de parto incorpora algunos elementos que facilitan el parto tradicional aymara como una "silla de partos" para parir en cuclillas. Estos elementos están relacionados con la necesidad de mantener "el calor" adecuado en el parto, además de incorporar la figura de la partera tradicional quien suministra hierbas y mates "cálidos" y realiza "manteos" en los casos que sea necesario. Existe supervisión médica durante el proceso. La experiencia se desarrolla en el Hospital de Iquique y es financiada por el Programa de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud.

- 03 INTRODUCCIÓN DE SOPA DE QUÍNOA EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL JUAN NOÉ, ARICA, 2002.
-

Su objetivo fue considerar una de las creencias aymara respecto a que el consumo de sopa de quínoa aumenta la producción de leche de las madres además de restituir la energía después del acto de parir. Se proporcionó la sopa a mujeres, de 30 minutos a una hora después del parto. La experiencia involucró tanto a mujeres aymara como no aymara. Fue iniciativa de una funcionaria aymara del Hospital y financiada por el Programa de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud.

- 04 SEMINARIO MUJER, CULTURA Y SALUD EN LOS ANDES, ARICA, 2002.
-

Este seminario fue organizado en asociatividad entre el Servicio de Salud Arica, la Casa del Encuentro de la Mujer CEDEMU y la organización indígena ASOAYMA. Tuvo como objetivo generar un espacio de discusión del enfoque intercultural a las acciones de salud, compartir experiencias en el ámbito de la investigación y gestión intercultural, con énfasis en salud sexual y reproductiva y sensibilizar a agentes de salud respecto a las especialidades culturales que asumen los procesos de salud-enfermedad entre las comunidades indígenas. Este seminario tuvo una duración de tres días, se realizó en la ciudad de Arica y contó con la participación de profesionales, técnicos de las ciencias sociales y de la salud; agentes de los sistemas médicos indígenas, representantes de los pueblos originarios; personas tanto de distintas regiones de Chile como de Perú, Bolivia, México y Ecuador. Esta experiencia fue financiada por la Fundación Ford.

-
- 05 CASA DE ATENCIÓN DEL MÉDICO ANDINO. ASOCIACIÓN INDÍGENA AYMARA WALIPACH MARKA NAJ APTAÑATAY, COLCHANE, 2002-2004.
-

Su objetivo fue la implementación de una sala de atención con dos médicos tradicionales andinos: la partera y el componedor de huesos. La sala se encuentra ubicada detrás de la posta y en el mismo terreno. Consiste en una sala acondicionada con los elementos básicos para la atención como: cama, escritorio, estante para guardar hierbas y una pequeña cocinilla para calentar agua. El proyecto en un principio fue gestionado por la Unión Comunal, actualmente por la Asociación Indígena y es financiado por el Programa de Salud y Pueblos Indígenas, Ministerio de Salud.

- 06 TALLER/CONVERSACIÓN DE PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS. CASA DE ENCUENTRO DE LA MUJER (CEDEMU), ARICA, 1995.
-

Esta conversación fue realizada por el Foro de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en el marco de la Convención "Salud de la Mujer" que se desarrolló a nivel nacional. Su objetivo fue incorporar a la población aymara en la discusión regional para lo cual se realizaron talleres en las ciudades de Arica, Iquique y Putre. En esta última comuna asistieron ocho mujeres aymara, en los demás casos no se encontraron antecedentes. Este taller se inserta en la Escuela de Promoción de Derechos Sexuales y Reproductivos realizada por CEDEMU y financiada por la Fundación Ford.

Experiencias Quinta región

- 01 CHARLA A JÓVENES ESTUDIANTES RAPA NUI RESIDENTES EN VIÑA DEL MAR SOBRE VIH-SIDA Y ETS, VIÑA DEL MAR, 2004.
-

Esta Charla surge como una necesidad del Hogar de acogida de estudiantes Rapa Nui, por lo cual el Servicio de Salud de Viña Quillota en conjunto con organizaciones sociales con trabajo en VIH/SIDA de la región dió una charla; sus contenidos se relacionaron con la prevención del VIH, las ITS, inicio de la actividad sexual, embarazo adolescente. Se efectuó en el Hogar de acogida de estudiantes rapa nui y asistieron alrededor de 25 jóvenes isleños de ambos sexos, entre los 15 y 18 años.

- 02 JORNADA SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN ESCUELA DE LIDEREZAS DE PRODEMU REGIONAL, 2004.
-

El objetivo fue incorporar a mujeres indígenas que participaban en la escuela de lideresas en una jornada sobre los derechos sexuales y reproductivos. En esta escuela se capacitaron 40 mujeres indígenas de la región. Esta experiencia es la primera vez que se realizó y fue co-organizada por CONADI y Prodemu.

- 03 CAMPAÑA DE PREVENCIÓN DE VIH-SIDA EN ISLA DE PASCUA, 2004.
-

La idea de trabajar en Isla de Pascua surge desde el consejo regional de VIH-SIDA V región, quedando su ejecución bajo la responsabilidad de la SEREMI de salud y el hospital Hanga Roa de Isla de Pascua. El objetivo fue promover la reflexión sobre la conducta sexual y sobre prevención del VIH/SIDA en la población, además de entregar información sobre medidas de prevención de VIH/SIDA. Se elaboró material gráfico en lengua rapa nui el que se distribuyó por monitores isleños en un stand en la Fiesta tradicional Tapati Rapa nui en el verano del 2004. La campaña consistió además de microprogramas radiales y espacios en la TV local, así como charlas en espacios públicos de la isla. Estas acciones se realizaron conjuntamente entre el Hospital Hanga Roa, la Secretaría Regional Ministerial de Salud y el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio. Esta experiencia fue financiada por el Fondo Mundial para la lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis, Naciones Unidas.

- 04 CHARLA DE PREVENCIÓN DE ETS Y VIH/SIDA EN JÓVENES ESCOLARES EN ISLA DE PASCUA, 2004.
-

El objetivo de la Charla fue entregar información biomédica sobre prevención en VIH/SIDA y ETS a jóvenes escolares en Isla de Pascua. Esta actividad surge por dos motivos: por contingencia, es

decir, aumento de ETS puntuales; y por el interés de la Escuela en prevenirlos. Se realizó en el Liceo Lorenzo Baeza Vega de Isla de Pascua, por el equipo profesional del Hospital Hanga Roa.

05 MATERIALES DE PREVENCIÓN DE VIH/SIDA EN ISLA DE PASCUA, 1993 Y 1996.

El propósito de la entrega de materiales es sensibilizar e informar a adolescentes y niños de la escuela de la isla a través de la elaboración de materiales en lengua rapa nui. Los primeros materiales se produjeron en 1993 y una posterior versión bilingüe se realizó en 1996. Los materiales fueron elaborados por una profesora isleña. Los beneficiarios de estos materiales fueron alumnos de enseñanza media y básica del Liceo Lorenzo Baeza de la Isla de Pascua. Esta experiencia fue financiada en su primera parte por una Fundación norteamericana.

Experiencias Región Metropolitana

01 ESPACIOS CONVERSACIONALES SOBRE SEXUALIDAD, COMUNA DE LO PRADO, 2004.

El objetivo fue conversar sobre temas de sexualidad con mujeres mapuche de la comuna y se realizó en el contexto de las actividades comunales sobre el denominado Plan Piloto de Sexualidad (SERNAM, MINEDUC, MINSAL, INJUV). Se generaron dos espacios de conversación con la participación de 30 mujeres y 40 mujeres respectivamente. Se abrió el debate sobre temas relativos a sexualidad, violencia, parto, prácticas sexuales y reproductivas, entre otros. Esta experiencia fue ejecutada por una matrona y otros funcionarios del Consultorio Yazigi, en un espacio donde usualmente tienen lugar las Jornadas de Medicina Intercultural. Se trabajó desde el Programa de Salud y Pueblos Indígenas en coordinación con la organización indígena del sector We Liwen.

02 FACILITACIÓN DE CONTROL Y ATENCIÓN GINECOLÓGICA PARA MUJERES MAPUCHE DE LA COMUNA DE HUECHURABA.

El objetivo fue favorecer la atención ginecológica en Centros de Atención Primaria de la comuna para mujeres mapuche. La necesidad surgió a partir de los resultados de la encuesta de salud realizada por la organización Dheng Winkul y el Servicio de Salud Metropolitano Norte. En ella se mostraba una reticencia a los controles por parte de las mujeres mapuche y una alta prevalencia de cáncer cérvico uterino. Se trabajó con facilitadores interculturales quienes realizaron visitas domiciliarias para conversar sobre la necesidad de la toma del PAP, y además de un acompañamiento directo y personal en el consultorio. Conjuntamente se han realizado capacitaciones a equipos de salud para sensibilizarlos en la atención de los pacientes mapuche. Esta experiencia fue realizada en conjunto por la organización Dheng Winkul, el Servicio de Salud Metropolitano Norte y la Municipalidad de Huechuraba.

03 CAMPAÑA DE PREVENCIÓN DE VIH-SIDA EN JÓVENES MAPUCHE URBANOS DE LA COMUNA DE LA PINTANA Y POBLACIÓN GENERAL DE LA COMUNA. 2001-2003.

El objetivo fue la prevención del VIH/SIDA a través de actividades de difusión como manifestaciones culturales mapuche, diálogos sobre sexualidad mapuche y valores asociados; entrega al público de información sobre prevención de VIH-SIDA de CONASIDA, Ministerio de Salud; reunión de jóvenes con Machis. Además se formaron 20 monitores hombres y mujeres jóvenes mapuche en el uso de preservativos, factores y contextos de riesgo. Se elaboró material gráfico y audiovisual de difusión de prevención específicos para mapuche urbano. La experiencia fue ejecutada por la organización mapuche de La Pintana Inchiñ Mapu durante tres años y fue financiada por CONASIDA, Ministerio de Salud.

04 FORMACIÓN DE PARAMÉDICOS MAPUCHE PARA LA REGIÓN METROPOLITANA. INICIATIVA DE DHENG WINKUL DE LA COMUNA DE HUECHURABA DESDE EL AÑO 2002.

El objetivo fue capacitar como paramédicos a jóvenes mapuche, incorporando en su formación temas como cosmovisión, sexualidad y embarazo desde la perspectiva indígena, además de prevención del VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, regulación de la fertilidad y acceso a métodos anticonceptivos, entre otros. Parte de la formación es entregada a los jóvenes

por una lawentuchefe¹²² en la Ruka de la organización. Esta experiencia surge de las necesidades económicas, sociales y culturales, como una forma de dar trabajo digno a mapuche urbanos. Es financiada con aportes de la Intendencia Metropolitana, el Fondo Regional de Desarrollo Regional y el Servicio de Salud Metropolitana Norte.

05 TALLERES DE SEXO SEGURO Y PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA EN MUJERES MAPUCHE DE EL BOSQUE, SANTIAGO, 2001.

Surgen por iniciativa de joven mapuche urbano ligado a organización mapuche urbana Mahuida Che y organizaciones de prevención de VIH-SIDA (no indígenas) y su pareja (no mapuche) que pertenece a Red Comunal de Prevención de VIH-SIDA. Se realizaron seis sesiones de educación a 12 mujeres mapuche entre 19 a 60 años de edad. En los talleres se entregó contenidos de prevención de VIH, además de una carpeta con material gráfico y explicativo para población general, el cual es especialmente adecuado a lenguaje sencillo. Se confeccionó además una cartilla en mapudungun sobre cáncer de mama. Esta experiencia fue financiada por el Programa Nacional de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud.

06 TALLERES PARA MUJERES POBLADORAS MAPUCHE DE LO HERMIDA, PEÑALOLÉN, 1999.

El objetivo fue realizar un taller para mujeres pobladoras con problemas sociales como violencia de género y sexual. Las temáticas abordadas fueron sexualidad, abuso sexual, violencia de género, matrimonio y embarazo precoz. Dirigido a mujeres jóvenes y adultas mapuche. Esta actividad fue ejecutada por una psicóloga extranjera conocida de algunas mujeres mapuche de la comuna y producto de esta experiencia surgió un grupo organizado de mujeres mapuches urbanas: la organización We Che (gente nueva), actualmente no articulada. La experiencia tuvo financiamiento ligado al mundo de las ONG's internacional.

07 CONGRESO DE MUJER INDÍGENA, SANTIAGO, 1995.

Este congreso surge de la iniciativa de tres profesionales indígenas y se realizó en Santiago con la mayor parte de las organizaciones urbanas de la región metropolitana. El objetivo fue dialogar en temas de mujer indígena en el contexto del debate público previo a la Conferencia de Beijing. En el ámbito de las mujeres indígenas y la salud se conversaron temas como la sexualidad, migración y discriminación. Estuvo dirigido a mujeres indígenas mapuche, aymarás y rapa nui, pero también se invitaron a hombres indígenas pues se estimó que los temas a tratar decían relación con fenómenos culturales y sociales, y problemas que comprometían a los pueblos originarios como totalidad, más allá de distinciones de género. Fue financiado por CONADI además de recibir apoyo de la Cooperación Internacional.

Experiencias Octava región

01 PRIMER ENCUENTRO DE PARTERAS Y CULTORAS DE MEDICINA TRADICIONAL (ALTO BÍO-BÍO), 2003.

Este encuentro reunió a diversas mujeres agentes de la medicina tradicional mapuche y personal del Programa de Salud y Pueblos Indígenas (Ministerial y Local). Duró un día y tuvo carácter de Trawün¹²³. La conversación giró en torno al protocolo mapuche-pehuenche para el tratamiento del embarazo y parto y la necesidad de reconocimiento de éste sistema médico por parte de las instituciones del sistema oficial de salud. Algunos de los temas específicos discutidos fueron sobre la calidad de atención, las dificultades para practicar la medicina tradicional, la falta de respeto a ciertas prácticas por parte de los funcionarios de los servicios de salud, la discriminación y violencia en la atención de partos, entre otros temas asociados.

¹²² En mapudungún se refiere a especialista mapuche en hierbas medicinales.

¹²³ En mapudungún se refiere a reuniones de conversación.

02 ENCUESTRO DE MUJERES MAPUCHE, PARTERAS Y SABIAS (TIRÚA), 2003.

Este encuentro convocó a mujeres mapuche agentes de la medicina tradicional de la provincia de Arauco, con participación de personal del Programa de Salud y Pueblos indígenas, el Programa de la Mujer y representantes del MINSAL. El objetivo fue generar un espacio donde las mujeres plantearan sus demandas en temas de salud intercultural. En éste contexto las mujeres mapuche-lafkenche, agentes de medicina tradicional, expusieron sus propuestas en relación a modificaciones que se consideran urgentes de introducir respecto a la calidad de atención en servicios de maternidad.

Experiencias Novena región

01 FORMACIÓN DE TÉCNICOS EN SALUD INTERCULTURAL, CHOL-CHOL 1992-2004.

Esta formación se lleva a cabo en el Liceo Guacolda de Chol-chol. Los alumnos que optan por esta especialidad, en su mayoría son estudiantes mapuche, quienes reciben formación básica en conocimientos de enfermería y salud tradicional, regulación de la fertilidad, métodos anticonceptivos, prevención de VIH/Sida e Infecciones de transmisión sexual, además de conocimientos asociados al proceso de embarazo, parto y puerperio. Todo lo anterior, a partir de la perspectiva mapuche y del sistema de salud oficial. Este liceo depende de la Fundación Instituto Indígena.

02 NUXANKAN¹²⁴ CON MUJERES MAPUCHE, TEMUCO, 2004.

Se realizaron dos conversaciones con mujeres mapuche donde fueron abordados temas relacionados con el ciclo reproductivo de la mujer y métodos anticonceptivos. Esta iniciativa da continuidad a las reuniones impulsadas por las facilitadoras interculturales de la oficina Amuldungún, el año 2001. La discusión incorporó la visión mapuche y la visión desde el sistema oficial de salud, donde una profesional del consultorio (matrona) aportó elementos a la discusión, referidos a planificación familiar. Éstos Nuxankan fueron realizados en forma bilingüe (español y mapudungún).

03 COLOQUIOS EN VIH/SIDA, COLLIPULLI, 2004.

Coloquios que se contextualizan en la política de prevención de VIH/Sida impulsada por el gobierno. A la fecha se han realizado dos de éstos coloquios. Participaron distintos actores de la comuna: principalmente auxiliares de postas rurales, profesores rurales y dirigentes de comunidades mapuche. Organizado por el Programa Mapuche, Servicio de Salud Araucanía Norte.

04 TALLER DE PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA, COLLIPULLI, 2004.

Se llevo a cabo un taller de prevención del VIH/SIDA conjuntamente por un alumno en práctica de Obstetricia del Programa Internado Rural Interdisciplinario de la Universidad de la Frontera y la facilitadora intercultural del Hospital de Collipulli. El taller se realizó en la Escuela Miguel Huentelen ubicada en el sector Maica y estuvo dirigido, principalmente a niños de 8° básico de la Escuela.

05 PROGRAMAS RADIALES DE SALUD, GALVARINO, 2004.

Esta experiencia consistió en un segmento de conversación que se realiza una vez a la semana sobre temas de salud, en la radio Mirador de la comuna de Galvarino, cuya cobertura abarca diversas comunidades mapuche aledañas. Estos programas son realizados principalmente por la matrona jefe del establecimiento y por el facilitador intercultural del Hospital de Galvarino, quien traduce los

¹²⁴ En mapudungún se refiere a una conversación.

mensajes al mapudungún. Algunos de los temas sobre los cuales se ha conversado son planificación familiar y métodos anticonceptivos, aborto, violencia intrafamiliar, VIH/Sida y Calidad de Atención en el Servicio de Salud.

06 TALLERES DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, TEMUCO, 2003.

Estos talleres fueron generados por la relación intersectorial entre Prodemu, Consultorio Miraflores de la ciudad de Temuco, y Reprolatina. Consistió en impartir talleres en torno al reconocimiento de la medicina propia, derechos sexuales y reproductivos, planificación familiar, regulación de la fertilidad, métodos anticonceptivos y sexualidad a grupos de mujeres mapuche, de distintas comunidades, pertenecientes a talleres laborales de Prodemu. Esta experiencia fue financiada por Prodemu.

07 TALLER DE CAPACITACIÓN EN PREVENCIÓN DEL VIH PARA FACILITADORES INTERCULTURALES Y LÍDERES DE COMUNIDADES MAPUCHE. PROVINCIA DE MALLECO (COLLIPULLI, VICTORIA, ALGOL, TRAIQUEN, LONQUIMAY, CURACAUTÍN) 2002-2003.

Taller participativo para informar y proponer formas de prevención del VIH/Sida entre las comunidades. Se les entregó información, en dos jornadas de un día de trabajo cada una, sobre forma de contagio y factores protectores frente a la epidemia. Producto de estas jornadas se elaboraron afiches y dípticos con mensajes de prevención creados por los propios participantes al taller. Los talleres fueron realizados en forma bilingüe (español y mapudungún) y fueron financiados por CONASIDA, Ministerio de Salud.

08 COLOQUIOS INTERCULTURALES “CUIDADOS Y CREENCIAS DEL PARTO Y PUERPERIO EN LA MUJER MAPUCHE”, TEMUCO, 2000 Y 2001.

Los coloquios interculturales se presentan como una estrategia de sensibilización a funcionarios del Hospital de Temuco, en la cultura mapuche, y son realizados por el equipo de la oficina Amuldungún de este establecimiento. Ya en el año 1993 se empezaron a realizar los primeros coloquios como un espacio de intercambio de conocimientos y creencias y un acercamiento a aspectos de la cultura mapuche con el fin de favorecer la comunicación intercultural en el hospital de Temuco. En forma particular, los coloquios del año 2000 y 2001 han estado orientados al personal de la sección maternidad del hospital, donde se han tocado los temas de embarazo, parto y puerperio en el contexto de la cultura mapuche. Con posterioridad a estos coloquios, las matronas del servicio han accedido a mostrar la placenta a las pacientes, cuando ellas lo solicitan. Esta experiencia fue organizada por la oficina Amuldungun del Hospital regional de Temuco, Servicio de Salud Araucanía Sur.

09 HABLEMOS DE NUESTRA SALUD PARA PRODUCIR KIMUN¹²⁵, ENTRE MUJERES QUE VIVEN EN LA CIUDAD Y EL CAMPO, TEMUCO, 2001.

Iniciativa impulsada por el equipo de mujeres mapuche facilitadoras interculturales de la Oficina Amuldungún, del Consultorio Miraflores de la ciudad de Temuco. Consistió en la realización de 12 reuniones, con mujeres mapuche pertenecientes a diversas comunidades de la región, para conversar temas que dicen relación con afectividad y vida sexual, familia, métodos anticonceptivos para regular la fertilidad y climaterio. Cabe destacar que en éstos encuentros, el dialogo entre las asistentes fue en su totalidad en idioma mapudungún y fue financiado por el programa mapuche PROMAP, Servicio de Salud Araucanía Sur.

10 ENCUENTRO: RELACIONES FAMILIARES EN EL MUNDO MAPUCHE: ¿ARMONÍA O DESEQUILIBRIO?, TEMUCO, 2001.

Esta iniciativa contó con la participación de diferentes actores sociales mapuche tanto de comunidades como de la ciudad, estudiantes, profesionales mapuche, auxiliares de posta de la octava y novena región y facilitadores interculturales quienes participaron activamente en la ejecución de éste. En el encuentro se hicieron presentaciones y debates en torno a la prevención y atención

¹²⁵ En mapudungún se refiere a la producción de conocimiento.

de la violencia intrafamiliar incorporando la perspectiva mapuche. El trabajo se realizó en español y mapudungún, aunque el trabajo grupal se realizó principalmente en mapudungún. Se utilizaron dos estrategias para trabajar: la primera fue la presentación del fragmento de la obra "Az rakizuam egu" por el grupo de teatro "Folilkan" de los estudiantes Universitarios Mapuche; y luego se presentaron ponencias en torno a las relaciones familiares en el contexto de la cultura mapuche y se entregaron cifras sobre prevalencia de violencia intrafamiliar en la región metropolitana y novena región, (estudio de SERNAM). Este encuentro fue organizado la Unidad de Salud con Población mapuche PROMAP, Servicio Araucanía Sur.

-
- 11 TALLERES SOBRE CICLO REPRODUCTIVO Y SEXUALIDAD, ASOCIACIÓN DE MUJERES MAPUCHE WANGLÉN, VILLARRICA, 2000.
-

Se realizaron tres talleres para tratar temas asociados a sexualidad, regulación de la fertilidad, métodos anticonceptivos, embarazo, parto y puerperio. Todo esto enmarcado en la ejecución de un proyecto más amplio, de orden productivo, que se adjudicó la institución. Estos talleres contaron con la participación de profesionales de SERNAM y una matrona. La conversación se generó en mapudungún y español. La Asociación de mujeres mapuche Wanglén pertenece a la red de mujeres rurales Anamuri.

- 12 ENCUENTRO NACIONAL DE MUJERES INDÍGENAS, TEMUCO, 1995.
-

Este encuentro fue convocado por la "Coordinadora de mujeres de instituciones mapuche" de diversas organizaciones indígenas como la Casa de la mujer mapuche, Lonko Quilapán, Newen Admapu, entre otras y se enfocó en las diferentes demandas de las mujeres indígenas, una de las cuales se refirió a la salud. Algunos de los temas tratados fueron la persecución a agentes de la medicina tradicional e imposibilidad de practicarla; maltrato en la atención de salud por parte de funcionarios de servicios de salud; escasa información para las personas de origen indígena en relación a sus enfermedades o tratamientos; ausencia de consentimiento informado respecto a la colocación de métodos de regulación de la fertilidad como por ejemplo, "T de cobre". En este encuentro se reunieron alrededor de 150 mujeres pertenecientes a diversos pueblos indígenas, en particular dirigentes mapuche. Fue financiado con aportes de las organizaciones convocantes y por CONADI.

Experiencias Décima región

-
- 01 HOGAR MATERNAL, LAGO RANCO, 1990-2004.
-

Esta experiencia se lleva a cabo a raíz de las dificultades que tenía el equipo del servicio para atraer usuarias, principalmente mapuche de sectores de difícil acceso al servicio de Obstetricia. En este hogar las mujeres embarazadas pueden estar antes de su parto para evitar hospitalizaciones extensas. Se aprecia la incorporación de prácticas culturales locales de la población mapuche - huilliche como las agüitas de hierbas. El hogar además, en algún momento, cumplió funciones de guardería mientras las mujeres iban a atender sus partos a Río Bueno.

- 02 CASA DE LA MADRE Y EL NIÑO, PANGUIPULLI, 2004.
-

Esta experiencia estaba en etapa de planificación al momento de la recopilación de la información. Pretende realizar un acompañamiento a la embarazada por parte de agentes de la medicina tradicional como la partera y el propio núcleo familiar. Desde la detección del embarazo en el consultorio, donde una partera le entregaría a la embarazada las indicaciones de los cuidados básicos que debe tener, como comidas e indicaciones para las molestias propias de su estado, entre otros. Según los últimos datos, esta experiencia esta en curso y se está desarrollando dentro del Programa Orígenes.

03 TALLER DE DESARROLLO PERSONAL Y DERECHOS DE LA MUJER, CASTRO – CHILOÉ, 2004.

Esta experiencia consistió en la continuidad de una serie de talleres que se desarrollaron en la Asociación indígena Urbana Antonio Huenteo. Anteriormente se habían orientado principalmente a temas de rescate cultural, sin embargo, el año 2004 se comienza a trabajar temas específicos como derechos de las mujeres y violencia intrafamiliar incorporando elementos de historia y cosmovisión mapuche-huilliche.

04 CONFORMACIÓN DE CONSEJO DE MÉDICAS, LAGO RANCO, 2003.

Este consejo esta llevando a cabo una recuperación del conocimiento de prácticas asociadas al parto, puerperio y pautas de crianza de los niños. Esta conformado por agentes de medicina tradicional mapuche, particularmente meicas y se ha transformado en una organización que ha posicionado su trabajo en el consultorio, participando en talleres de sensibilización sus funcionarios de salud.

VI. REFLEXIONES FINALES

La sistematización realizada en siete regiones del país, en términos generales, da cuenta de la existencia de un número significativo de investigaciones (49) y experiencias (36) en distintas temáticas relacionadas con la noción de *Salud Sexual y Reproductiva*.

Las reflexiones que presentamos a continuación se refieren a las investigaciones, las experiencias y los datos necesarios para construir políticas públicas acordes a las necesidades de los pueblos indígenas. A su vez consideramos algunas propuestas, que a nuestro juicio, contribuyen a profundizar la complejidad de la salud sexual y reproductiva en pueblos indígenas.

EN RELACIÓN CON LAS INVESTIGACIONES

Hallazgos y carácter

La mayoría de las investigaciones que se encontraron han tenido un carácter biomédico. No obstante esta constatación, destacan en las regiones I y IX estudios que dan cuenta de las concepciones y prácticas en sexualidad y salud reproductiva de los pueblos indígenas *aymara* y *mapuche*. Este tipo de investigaciones es escasa y se ha realizado fundamentalmente en contextos rurales y muy poco en contextos urbanos, pese a la alta concentración de población originaria que vive en ciudades.

En los casos de la II, VIII y región metropolitana, sorprende la escasez de investigaciones, pues se trata de regiones donde se ubican diversas instituciones gubernamentales, universidades y organizaciones sociales, que tienen relación con la temática de los pueblos indígenas; a la par de ser, regiones con una alta concentración de población originaria.

Temáticas

Los temas que presentan más investigaciones son *embarazo y parto* y se concentran principalmente en la primera región. Le sigue *enfermedades de transmisión sexual y calidad de la atención* también concentrados mayoritariamente en la primera región.

Las temáticas menos abordadas son: *menopausia, amenorrea y amamantamiento*.

Metodologías

Por su parte, respecto a las metodologías utilizadas en las investigaciones, hay que destacar que utilizan mayoritariamente metodologías cuantitativas. Sin embargo, en años recientes, en los ámbitos internacional y nacional en torno de la investigación en sexualidad y reproducción para población general (no indígena), hay una tendencia a la complementación metodológica entre enfoques cuantitativos y cualitativos. Esta tendencia es también observable, aunque de manera reciente, entre las investigaciones recopiladas.

La importancia que tendría la incorporación creciente de estos enfoques mixtos y complementarios, permite ampliar la comprensión de los fenómenos sociales y culturales que, sin la concurrencia de metodología y técnicas cualitativas, no son factibles de efectuar. La metodología cualitativa, en estos campos, permite preguntarnos y acercarnos a conocer sobre motivaciones, sentidos y procesos subjetivos que inciden en las prácticas de hombres y mujeres. En este caso, la incorporación de lo cualitativo posibilita comprender fenómenos que son interpretados de manera distinta por cada pueblo indígena.

Ello cobra especial relevancia para la temática de sexualidad y reproducción en los pueblos indígenas, puesto que se trata de comunidades y etnias que, si bien están insertas en el contexto sociocultural nacional y por tanto comparten condiciones de vida y salud similares al conjunto de la población chilena; también son depositarios y usuarios de concepciones de salud, sexualidad y reproducción, propias de sus culturas.

Financiamientos

En cuanto a los aportes financieros de las investigaciones, las fuentes en su mayoría provienen de organismos gubernamentales, lo cual es, a nuestro juicio, coherente con la escasa existencia en el país de fuentes de financiamiento internacionales o independientes de gobierno. Esto es destacable, pese a no existir una política pública en salud sexual y reproductiva para pueblos originarios, con fondos específicos para la investigación en estos ámbitos.

EN RELACIÓN CON LAS EXPERIENCIAS

Hallazgos y Carácter

A diferencia de lo que ocurre con las investigaciones, encontramos experiencias desarrolladas en la mayoría de las regiones. La mayor cantidad de ellas se concentra en la IX región, con el pueblo mapuche. En la II región, en cambio y al igual que ocurre con las investigaciones, se aprecia una falta de experiencias en estos ámbitos.

En general, las experiencias son fragmentadas, aisladas y se realizan en períodos de tiempo específicos y por lo tanto, no tienen continuidad. La única excepción son las casas y hogares de atención del embarazo y parto (en las regiones I y X) que surgen en la década del 90 y se mantienen en la actualidad.

Temáticas

Las temáticas que abordan son variadas, sin embargo, se presentan con mayor frecuencia cuidados del embarazo y parto, sexualidad y prevención del VIH/SIDA e ITS. Las temáticas que aparecen escasamente son aborto, climaterio y cuerpo.

Metodologías

Las principales metodologías utilizadas han sido: talleres, coloquios, encuentros, seminarios y congresos. Se aprecia escasamente la formación y capacitación más sistemática en el tiempo, como es el caso de formación de paramédicos mapuche y técnicos en salud intercultural realizadas en la IX región y región metropolitana.

Uno de los hallazgos más importantes en este ámbito, es que las experiencias no incluyen, en su mayor parte, evaluaciones de proceso e impacto ni seguimiento. Por tanto, no se tiene claridad si alguna de ellas han mejorado las condiciones de salud de la población participante de la experiencia, o logrado por ejemplo, favorecer la complementariedad de las medicinas indígenas con la medicina oficial. Esta falencia metodológica por cierto es coherente con el carácter fragmentario de las experiencias en estos ámbitos, tal cual hemos ya señalado.

Financiamientos

Respecto a las experiencias no en todos los casos se cuenta con esta información. Sin embargo, de las que si la poseen, en su mayoría el financiamiento proviene del Programa Nacional de Salud y Pueblos Indígenas y/o del MINSAL, que pese a no tener una línea oficial y específica de trabajo en sexualidad y reproducción en pueblos indígenas, dada la iniciativa y el interés de algunas organizaciones

indígenas que con ellos participan, han posibilitado experiencias diseñadas por estas comunidades.

Participación

Cabe señalar, que a diferencia de las investigaciones, en las experiencias existe un mayor protagonismo de las organizaciones indígenas, en términos de la iniciativa, la participación, la ejecución e incluso el financiamiento de ellas. Además, en las experiencias organizadas desde instituciones gubernamentales se destaca la utilización, en algunos casos, de metodologías que incorporan el uso de diferentes lenguas indígenas. Estas experiencias podrían dar cuenta de un proceso de paulatino reconocimiento de las prácticas culturales propias de los pueblos indígenas, por parte de las instituciones estatales, así como de la reivindicación cultural del uso de sus lenguas por parte de las organizaciones indígenas.

EN RELACIÓN A LOS DATOS ESTADÍSTICOS OFICIALES

En términos generales, encontramos una ausencia de desagregación de datos estadísticos oficiales en torno a los diferentes pueblos indígenas. Esto resulta especialmente preocupante frente a la necesidad de identificar la frecuencia, recurrencia y/o incidencia, de temas de salud tales como: uso de métodos anticonceptivos, y atenciones de embarazo, parto y puerperio, esterilizaciones voluntarias, cáncer cervicouterino y de mamas, VIH-SIDA/ETS, entre otros. Estos datos podrían permitir la comparación con la población no indígena para identificar brechas en salud, diseñar posibles investigaciones, líneas de acción y políticas públicas.

Un aspecto muy relacionado con los planteamientos anteriores, tiene relación con una problemática más compleja y no del todo resuelta en nuestro país, pese a las distintas instituciones y programas gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en ello. Se trata del reconocimiento de la pluriculturalidad y pluriethnicidad en Chile, lo que implica reconocer derechos colectivos de los pueblos indígenas, en este sentido, reconocer sus sistemas médicos y sus agentes de salud, dando cabida y legitimidad a la diversidad de cosmovisiones presentes en él.

En base a las reflexiones anteriores hemos considerado las siguientes propuestas:

- Profundizar, en término de investigaciones, la situación de salud actual de los pueblos indígenas en las distintas ciudades y comunas de Chile, como una forma de visibilizar a los pueblos que se encuentran en áreas rurales y urbanas y mejorar sus oportunidades para el desarrollo cultural y económico.
- Reforzar la cooperación y colaboración con organizaciones no gubernamentales y universidades para entregar insumos para las políticas públicas en Salud Sexual y Reproductiva.
- Desagregar datos en salud sexual y reproductiva que incorporen la variable étnica para la construcción de políticas públicas acordes a las realidades locales en estas materias, a través del diseño de instrumentos demográficos, censales y del ámbito de la atención en salud, que incorporen la variable étnica.
- Adecuar los servicios en salud sexual y reproductiva de acuerdo a las especificidades y necesidades de los pueblos indígenas, en contextos rurales como en contextos urbanos. Ello requiere del establecimiento de diálogos y mecanismos que posibiliten la participación de organizaciones indígenas y agentes médicos indígenas, que permitan aportar elementos culturales a la ejecución de los actuales y futuros programas de salud, tomando en cuenta los derechos y valores de los pueblos.
- Reflexionar desde un enfoque intercultural las temáticas de Salud Sexual y Reproductiva, aprovechando recursos humanos ya sensibilizados con estas temáticas, como los/las facilitadores interculturales.
- Promover la generación de recursos humanos propios en las comunidades indígenas para la atención en estos aspectos de salud y la coordinación entre parteras y prestadores institucionales.
- Junto con ello, avanzar en favorecer un trabajo de educación y promoción de la salud intercultural, definiendo perfiles epidemiológicos pertinentes a cada pueblo, incorporando factores de riesgo y factores protectores de la Salud Sexual y Reproductiva.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón, Ana María; Vidal Aldo; Neira Jaime, *Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales*. Santiago: Revista Médica de Chile, 131: 1061-1065, 2003.
- Alba, Javier; Tarifa, L., *Los Jampiris de RAQAYPAMPA*, Cochabamba, Bolivia: Centro de Comunicación y Desarrollo Andino-CENDA, 1993.
- Becerra, Ana, *Rol del Antropólogo en la Comisión Intercultural de Salud del consejo de Caciques de Chiloé: Una experiencia de trabajo*. Informe de Practica profesional para obtener el Título de Antropólogo. Valdivia: Universidad Austral de Chile, 1999.
- Bello Álvaro, *Etnicidad y ciudadanía en América Latina*. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL, 2004.
- Campbell, Ramón, *La Cultura de Isla de Pascua. Mito y Realidad*, Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello, 1987.
- _____ *Rapanui's Ancient Medicinal Arts*, En Easter Island Studies. Londres, Oxbow Monograph 32, 1993.
- Chamorro Andrea, Tocornal Constanza. Documento de trabajo: *Aportes a la comprensión de la medicina en la zona del Salar de atacama: Las posibilidades de complementación*. Santiago: GIA, Grupo de Investigaciones Agrarias. Universidad Academia de Humanismo Cristiano, s/f.
- Citarella, Luca. *Compilador Medicinas y culturas en la Araucanía. Trafkin*, Chile: Cooperación Italiana. Editorial sudamericana, 2000.
- Corporación Nacional de Desarrollo Indígena CONADI, *Reseña Histórica Mapuche. Periodo Precolombino*. Disponible en: www.conadi.cl Recuperado: noviembre 2004.
- Englert, Sebastián, *Leyendas de Isla de Pascua*. Santiago: Editorial Universitaria, 1980.
- Enlace Continental de Mujeres Indígenas en CEPAL. Reunión de la Comisión Económica para América Latina, CEPAL, San Juan 28 de junio 2004. Disponible en: www.radiofeminista.net Recuperado: enero 2005.
- Fajreldin, Valentina, *La Medicina Herbolaria en Isla de Pascua. Acercamiento Antropológico a la Cultura Médica Contemporánea en Rapanui*. Tesis para optar al Profesional de Antropólogo, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago: 2002.

- Foster, George; Anderson B., *Medical Anthropology*. New York, John Wiley Sons Editors. USA, 1978.
- Gobierno de Chile, *Información de Programas y Servicios Públicos para Mujeres Indígenas Región Metropolitana*. Mesa Indígena Región Metropolitana. Comisión Mujer y Participación, Santiago: 2002.
- Gobierno de Chile, *Nuevo trato con los pueblos indígenas. Derechos indígenas, Desarrollo con Identidad y diversidad cultural*. Santiago: 2004.
- Gómez Adriana. *Discriminación de género/raza/etnia. Mujeres negras e indígenas alzan su voz*. Cuadernos mujer salud 8. Red de salud de las mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Santiago: 2003.
- Gómez, Domingo; Ahumada, Juan; Necul, Eduardo. *Medicina tradicional Atacameña*. Antofagasta: Fondart, Mineduc, 1998.
- González Montes, Soledad, *Salud y derechos reproductivos en zonas indígenas de México. Memoria del Seminario de investigación*. Documento de Trabajo, Sexualidad, Salud y Reproducción. México: Programa Salud Reproductiva y Sociedad. El Colegio de México, 2003.
- Gundermann, Hans; González, Héctor. *La Cultura Aymara. Artesanías Tradicionales del Altiplano*. Santiago: Departamento de Extensión Cultural del Ministerio de Educación y Museo Chileno de Arte Precolombino, 1989.
- Gysling, Jacqueline, *La investigación social en Salud Reproductiva en Chile: panorama al inicio de los noventa*, Santiago: Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Programa Interdisciplinario de Estudios de Género, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO-Chile, 1995.
- Grebe María Ester. *Culturas indígenas de Chile: un estudio preliminar*. Santiago, Chile: Editorial Pehuén, 1995.
- Ibacache Jaime, *La salud, el desarrollo y la equidad en un contexto intercultural*. Chile: Servicio de Salud Araucanía Sur, 1997.
- Ibacache, Jaime; Oyarce Ana María. *Reflexiones para una política intercultural en salud. Primer encuentro Nacional de salud y Pueblos Indígenas*. Puerto Saavedra, Chile 1996.
- Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo 5 a 13 septiembre de 1994. Disponible en: www.cinu.otg.mx/temas/desarrollo/dessocial/poblacion/icpdf1994.htm Recuperado: septiembre de 2004.
- Instituto de Estudios Indígenas, *Los Derechos de los pueblos indígenas en Chile. Informe del Programa de Derechos Indígenas*, Temuco: Universidad de La Frontera, 2003.

- Instituto Nacional de Estadísticas, Programa Orígenes, MIDEPLAN, *Estadísticas Sociales de los Pueblos Indígenas en Chile, Censo 2002*. Santiago: 2005.
- Instituto Nacional de Estadísticas INE, *Hojas informativas. Estadísticas Sociales Pueblos Indígenas en Chile, Censo 2002*. Disponible en: www.mideplan.cl/publico/categoria.php?secid2&catid12 Recuperado: septiembre 2004.
- Mamani Manuel, Luque Miria. *Estudio del sistema de tratamiento medicinal de la enfermedad Anim- Aparata*. Informe de Investigación. Arica: Universidad de Tarapacá, 1997.
- Mc Call, Grant, "El Pasado en el Presente de Rapanui". En "*Culturas de Chile, Etnografía: Sociedades Indígenas Contemporáneas y sus Ideologías*, Vol II Santiago: Editorial Andrés Bello, 1996.
- Metraux, Alfred, *La Isla de Pascua*. México: Fondo de Cultura Económica, 1950.
- Ministerio de Salud. *Transversalización de la perspectiva de género en las políticas de reforma de salud*. Chile: 2001.
- Ministerio de Salud, Fonasa, Programa de Salud y Pueblos Indígenas. *Política de Salud y Pueblos Indígenas*. Santiago: 2003.
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile; Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, *Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile, Perfil Epidemiológico*. Santiago: 1997.
- _____ *Programa Especial de Pueblos Indígenas*. Disponible en: www.minsal.cl Recuperado: noviembre 2004.
- Ministerio de Cooperación y Planificación. *Pueblos Indígenas/Programa Orígenes* Disponible en: www.mideplan.cl/publico/categoria.php?secid2&catid12 www.origenes.cl Recuperado: septiembre 2004.
- MIDEPLAN- MINSAL. *Primer Seminario Nacional de Salud Intercultural y Políticas Públicas*, Santiago: 1999.
- Mostny Grete; Jeldes, F.; González R. y Oberhauser F. *Peine, un Pueblo Atacameño* Publicación N° 4, Instituto de Geografía, Universidad de Chile, Santiago, 1954.
- Ñanco, José. *Ciclo vital de una mujer*. Temuco: Resumen de ponencia presentada en Talleres de Capacitación Servicio de Salud Araucanía Sur. Documento inédito, 1997.
- OIT, *Convenio sobre Pueblos Indígenas y tribales en países independientes* 169, Ginebra 27 de junio 1989. Disponible en: www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/62_sp.htm Recuperado: septiembre 2004.

- Organización Mundial de la Salud, *Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva*. Manual de capacitación para administradores y responsables de programas de salud. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación Familia y Salud Comunitaria, 2001.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud, *Encuentro Internacional Salud y Pueblos Indígenas: Logros y desafíos en la Región de las Américas*. Puerto Varas, Región de los Lagos, Chile, 13, 14 15 de noviembre de 2000.
- Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, *Perfil de Salud de Mujeres y Hombres en Chile 2003*. Santiago: 2004.
- Oyarce, Ana María, Romaggi Marisabel, Vidal Aldo, *Cómo viven los mapuches: Análisis del censo de población de Chile de 1982*. Santiago: Ed. PAESMI, 1989.
- Padilla Rubio, Claudia, *Etnicidad, Género y Salud en Chile*. Presentación en pp. Santiago: Unidad de Salud y Pueblos Indígenas, Ministerio de Salud, s/f.
- Palma, I.; Quilodrán, C.; Villela, I. y Palma, S. *Discursos sobre sexualidad y salud reproductiva en adultos jóvenes: factores facilitadores e inhibitorios en la prevención de riesgos*. Informe de Investigación, Santiago de Chile: 1996.
- Pedrero, Malva, *Sistema médico aymará. Comentarios generales*. En: *Interculturalidad en salud*. Programa Capacitación continua. Servicio de Salud Arica, MINSAL, 2004.
- Pérez, María Soledad, *Reflexiones sobre la medicina tradicional y medicina occidental en Chile a través del proceso de salud-enfermedad*. Anuario de Escuela de Postgrado Facultad de Filosofía y Humanidades. Santiago: Universidad de Chile, 2003.
- Pérez, María Soledad. *Medicina tradicional y medicina occidental en el Pueblo de Talabre*. Ponencia en Actas del 51 Congreso Americanista. Santiago: 2003.
- Pérez, María Soledad. *Significados de la salud enfermedad en el pueblo de Talabre. Un acercamiento desde la perspectiva de Género*. Tesis de Magíster en Género y Cultura en América Latina. Facultad de Filosofía y Humanidades. Universidad de Chile. Santiago: 2005. En *Ciudadanía Sexual* Boletín electrónico www.ciudadaniasexual.org, 2004
- Proyecto Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, Santiago: 2000.
- Quidel, José., *Cosmovisión Mapuche y Etiología Mapuche de la Salud en OPS y Asociación Indígena para la Salud Makewe-Pelale: "Makewe-Pelale: un estudio de caso en la complementariedad en salud"*, Temuco, Chile, 2001.

- Romany, Celina (editora), *Raza, Etnicidad, Género y Derechos Humanos en las MAélicas: un nuevo paradigma para el activismo*, Puerto Rico: Universidad Interamericana, 2004.
- Szasz Ivonne, Lerner Susana. *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. El Colegio de México. México: 1996.
- Servicio de Salud Araucanía Sur, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. *Taller nacional de salud y pueblos indígenas. Salud, cultura y territorio: bases para una epidemiología intercultural, Likanray- Brotes de luna nueva*, Región de la Araucanía, Chile, 1998.
- Shiappacase, V; Vidal, P.; Casas, L.; Dides, C.; Díaz, C. *Chile: Situación de la Salud y los derechos sexuales y reproductivos*. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, Corporación de Salud y Políticas Sociales. Santiago: SERNAM, diciembre 2003.
- Tocornal, Constanza. *Panorama etnográfico de la relación entre la medicina tradicional Atacameña y la medicina formal de las comunidades indígenas del Salar de Atacama*. Ponencia Simposio de Antropología Médica. Actas V Congreso Chileno de Antropología, San Felipe, 2004.
- Toledo Llancaqueo Victor, *Situación de los pueblos indígenas de Chile. Perfil epidemiológico*. Documento de trabajo Santiago: OPS/MINSAL 1997.
- UFRO, CELADE, PAESMI. *Tabulaciones básicas. Censo de reducciones indígenas seleccionadas*. Santiago: INE, 1989.
- Van Kessel Juan. *Tecnología médica andina*. Centro de Investigación de la realidad del norte, Iquique: 1985.
- Weisner, Mónica, Fajreldin, Valentina, *‘Mi Remedio Pascuense’: Cultura Médico-Política en Rapa nui*. Ponencia en el Simposio de Antropología Médica, IV Congreso Chileno de Antropología, Santiago de Chile: 2001.

LISTADO DE COLABORADORES POR REGION

Nombre	Institución
PRIMERA REGIÓN	
Angel Bolaños	Presidente, Consejo Nacional Aymara.
Andrés García	Asociación Indígena Aymara Walipach marka naj aptañatay, Colchane.
Ana María Carrasco	Taller de Estudios Andinos, Arica.
Amelia Challapa	Programa Salud y Pueblos indígenas, Iquique.
Adelina Salas	Programa Salud y Pueblos indígenas, Iquique.
Berta Moreno	CEDEMU, Foro de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, Arica.
Dolores Romero	Programa de la Mujer, Iquique.
Javier Vilca	Presidente Consejo Provincial Aymará.
Juan Alvarez Ticuna	CONADI.
Malva Pedrero	Antropóloga social, Investigadora en salud intercultural y epidemiología sociocultural.
Mauricio Muñoz	Programa Orígenes, Iquique.
Patricio Miranda	Servicio de Salud Iquique. Proyecto de Maternidad Intercultural.
Olga Mamani	Posta de Colchane.
Rossana Testa	Programa de Salud y Pueblos Indígenas, Arica.
SEGUNDA REGIÓN	
Claudia Medina.	Programa de Salud y Pueblos indígenas, Antofagasta.
Justo Zuleta	Programa Orígenes.
Mítzi Figueroa	SERNAM regional.
Maribel Anza	Organización indígena Intillajta.
Yudiht Sosa	Consultorio de San Pedro de Atacama.
Wilson Segovia	CONADI.
Soledad Cruz	Guía intercultural, Programa de Salud y Pueblos Indígenas, Calama.
REGIÓN METROPOLITANA	
Andrea Manqui	Encargada Educación y Cultura, CONADI.
Adriana Gomez	Red Salud de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.
Alicia Cebrian	Tesis de posgrado tema indígena, Universidad Arcis.
Ana María Oyarce	Antropóloga, especialista en salud intercultural.

Adriana Dreckmann	Encargada de Salud y Pueblos Indígenas Seremi Salud.
Beatriz Painequeo	Dirigenta mapuche Peñalolén.
Cristina Huincales Catril	Asociación Indígena We Che.
Claudio Millacura	Programa de Educación Intercultural Bilingue, MINEDUC.
Claudia Rodriguez	Encargada canal Novasur de Consejo Nacional de Televisión.
Daniela Leyton	Antropóloga, Tesis sobre Isla de Pascua.
Danica Roki y Fernando Matta	Programa Tolerancia y No Discriminación, DOS, Secretaría General de Gobierno.
Danilo Ríos	Encargado de Salud y Pueblos Indígenas, Servicio de Salud Metropolitano Occidente.
Edita Herrera	Encargada de Salud y Pueblos Indígenas Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.
Evelyn Aillape Osorio	Asociación Indígena Relmu Pichikeche.
Francisca Rodríguez	Anamuri.
Gabriela Huenuman Tropan	Asociación Indígena Hailla Rewe.
Gabriela Flores	Trabajos en género y mujer indígena.
Hortensia Valenzuela	Consultorio Pudahuel, población indígena.
Janette Paillán	Cineasta, investigaciones en tema mapuche.
José Painequeo	Oficina de Asuntos Indígenas de La Pintana.
Juan Catalán	División de Salud Municipalidad de Cerro Navia.
Juana Huenufil	Dirigenta mapuche La Pintana.
Laura Quiñelén	Dirigenta mapuche Huechuraba.
Lenki Atán	Dirigenta rapanui de Santiago.
Leandra Bernales	Encargada de Salud y Pueblos Indígenas Servicio de Salud Metropolitano Central.
Lilian Fuentes	Asistente social, tesis sobre tema indígena .
Marisol Valdés	Oficina de Asuntos Indígenas de Huechuraba.
Margarita Sáez	Encargada Programa Nacional Salud y Pueblos Indígenas MINSAL.
Maria Isabel Valdivieso	Encargada de Salud y Pueblos Indígenas, Servicio de Salud Metropolitano Norte.
Margarita Reusch	Encargada de Salud y Pueblos Indígenas, Servicio de Salud Metropolitano Sur.
Mónica Weisner	Antropóloga médica.
Patricia Torres	Encargada Salud y Pueblos Indígenas Consultorio Yazigi, Lo Prado.
Pedro Llancapán	Dirigente mapuche Pudahuel.
Rosa Yáñez	Foro Red de Derechos Sexuales y Reproductivos.
Rosa Martínez Catril	Asociación Indígena Dhegñ Winkul.

Sandra Huentemilla Carrasco Asociación Indígena Intercultural Wuñelfe.
Samuel Melinao Dirigente mapuche La Florida.
Teresa Morales Encargada de Salud y Pueblos Indígenas Servicio de Salud Metropolitano Oriente.
Verónica Calderón Matrona Consultorio Yazigi, Lo Prado.
Walter Ñancuqueo Dirigente Peñalolén.

QUINTA REGIÓN

Adolfo Rubillanca Llancafil Asociación Indígena Willi Kürrof.
Alvaro Castillo DIDECO Municipalidad de Quillota/Participación comunitaria.
Andrés Llao Paillao Asociación Indígena Lafken Antu Kechu.
Betty Haoa Biblioteca Rapanui, Viña del Mar.
Claudia Maturana Encargada comunal Promoción de Salud Quillota.
Carolina Hotus Directora Centro Juvenil E. Eyraud, Isla de Pascua.
Carolina Hotus Directora PRODEMU Isla de Pascua.
Cati Orellana Directora PRODEMU V región.
Fabiola Figueroa Encargada Programa Salud y Pueblos Indígenas Servicio de Salud Aconcagua.
Gheraldine Marambio Tesista Universidad Católica de Valparaíso.
Ivan Coñuecar Dirigente Mapuche de Valparaíso.
Ivón Calderón Haoa Ex funcionaria CONADI, Isla de Pascua. Encuentro intercontinental.
Jacqueline Teao Organización Cultural Motu Hava, Quilpue.
Jesica Abarca Directora HOGAR PASCUENCE Viña del Mar.
Jose Quidel Encargado CONADI.
Juan Fernández Encargado VIH-SIDA/Sexualidad Seremi Salud.
Juana Pranao Cayuman Organización Mapuche We Liwen.
Marisol Matus Ethnos Consultora.
M. Isabel Porta CESFAM Santa María, Aconcagua.
Mo'iko Teao Hotus, Club Deportivo Juvenil Puai, Hogar Rapanui de Viña del Mar.
Paulina Zuñiga Directora SERNAM V región.
Patricia Castañeda Docente Universidad de Valparaíso.
Paola González Encargado de Temas Indígena Municipalidad de Viña del Mar.
Rosa Lozano Riquelme Corporación Intillanquiray.
Ruth Wenuman Organización We Tripan Antu.
Selfa Antiman Dirigente Comunal Mapuche Pehuenche Santa María.

Tiare Paoa García	Estudiante de psicología.
Transito Cheuque	Dirigente mapuche de Rodelillo.
Vikinui Haoa	Docente Liceo Lorenzo Baeza Vega/Educación Intercultural Bilingüe, cultura rapanui.
Veronica Falck	SERNAM V región.
Yanira Momberg Huenupe	Asociación Indígena Calaucan.

OCTAVA REGIÓN

Angelica Brandel	Programa Salud y Pueblos Indígenas, Ministerio de Salud.
Angelica Campos	Consultorio Tirúa.
David Huenupil	Asesor Cultural Servicio Salud Arauco.
Flora Antileo	Dirigenta Comunidad Quinquilco.
Francisco Llaupe	Asesor Cultural Servicio Salud Arauco.
Gina Inostroza	Instituto de la Mujer.
Lautaro Lopez	EPES.
Lilian Daza.	Programa Salud y Pueblos Indígenas, Ministerio de Salud.
Marcia Paillalef	Programa Orígenes.
Patricia Jiménez	Hospital Cañete.
Pamela Salgado	Hospital Cañete.
Pascual Levi	Asesor Cultural Servicio Salud Arauco.
Pilar Fica.	PRODEMU.
Silvia Naín	Asociación Rayen Voygue.
Yolanda Zuñiga	Docente Universidad de Concepción.

NOVENA REGIÓN

Astrid Alarcón.	Servicio Salud Araucanía Sur.
Ana Llao	Ex-dirigenta Coordinadora de Mujeres de Instituciones Mapuche.
Ana María Conejeros.	PROMAP.
Alejandra Silva	Consultorio Miraflores.
Betsabé Durán.	Servicio Salud Araucanía Norte.
Claudia Cayul	Facilitadora Intercultural Hospital de Collipulli.
Clodovet Millalén.	PROMAP. Servicio Salud Arauco.
Elisa Avendaño	Ex-dirigenta Coordinadora de Mujeres de Instituciones Mapuche.
Jeanette Huentemil	Consultorio Miraflores.
José Ñanco	Hospital Base de Temuco.

Juana Curío.	Asociación de Mujeres Mapuche Wanglen.
M ^a Agustina Zavala	Hospital de Galvarino.
M ^a Angélica Vásquez	Antropóloga, Fundación Instituto de Estudios Indígenas.
Ximena Zabala	Hospital de Traiguén.
Elisabeth Hermosilla	Hospital Base de Temuco.

DÉCIMA REGIÓN

Alejandra Leighton	Unidad Salud Complementaria – Dirección Provincial de Salud Chiloé.
Blanca Boettcher	Programa Salud y Pueblos Indígenas, Provincia de Valdivia, Ministerio de Salud.
Berta Nahuelhuen.	Asoc. Indígena Urbana Antonio Huenteano.
Estela Arcos	Universidad Austral de Chile.
Ingrid Cheuquepan	Servicio Salud Valdivia, Programa Salud y Pueblos Indígenas.
Nery Barra	Consultorio Lago Ranco.
Rocío Antezana	Federación Huilliche de Chiloé.
Sandra Cheuquepan	Programa Salud y Pueblos Indígenas, Provincia de Osorno.
Sofía Pardo	Hospital Base de Osorno.

