

Máster en Desarrollo y Cooperación Internacional

Hegoa

Instituto de Estudios sobre Desarrollo y Cooperación Internacional
Nazioarteko Lankidetzeta eta Garapenari Buruzko Ikasketa Institutua

Trabajo Fin de Máster

Osasun eredu biomedikoa eta osasun
politika interkulturalak:
Txileko maputxeen osasun ereduan eragina

María López Castillo

(Curso 2015/2016)



Tutor:

Unai Villalba

Hegoa. Trabajos Fin de Máster, nº 29

Hegoa
www.hegoa.ehu.es
✉ hegoa@ehu.es

UPV/EHU. Edificio Zubiria Etxea
Avenida Lehendakari Agirre, 81
48015 Bilbao
Tel.: (34) 94 601 70 91 --- Fax.: (34) 94 601 70 40

UPV/EHU. Biblioteca del Campus de Álava.
Nieves Cano, 33
01006 Vitoria-Gasteiz
Tfno. / Fax: (34) 945 01 42 87

UPV/EHU. Centro Carlos Santamaría.
Plaza Elhuyar, 2
20018 Donostia-San Sebastián
Tfno.: (34) 943 01 74 64



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-Compartirigual 3.0 Unported](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)

**OSASUN EREDU BIOMEDIKOA ETA
OSASUN POLITIKA
INTERKULTURALAK: TXILEKO
MAPUTXEEN OSASUN EREDUAN
ERAGINA**

Master Amaierako Lana

**Garapena eta Nazioarteko Lankidetzaz Masterra,
HEGOA - UPV/EHU**

2015-2016 ikasturtea

Egilea: Maria Lopez Castillo

Tutorea: Unai Villalba

LABURPENA

Ikerketa honetan Txileko maputxeen osasun ereduan, osasun eredu biomedikoak eta osasun politika interkulturelek izan duten eragina aztertu da. Eredu biomedikoa *kosmobisio* maputxearen aurrean gailendu da eta ondorioak osasunerako sarbidean zailtasuna, diskriminazioa eta osasunean arlo espirituala aintzat ez hartzea izan dira. Horren aurrean, osasun programa eta politika interkulturalak ezarri dira Txilen. Osasun interkulturalaren ezaugarri nagusia harreman ekitatiboak diren arren, programa eta politika horietan interes neoliberalak (esaterako, ingurumeneko baliabideak enpresa transnazionalen esku geratzea) gailendu dira herri maputxearen eskubideak beharrean. Osasun interkulturala eraikitzeko nahitaezkoa izango da Txileko estatu eta herri maputxearen arteko harreman oro (politiko, sozial, ekonomiko, kultural...) horizontaltasunean oinarritzea.

Hitz gakoak: eredu biomedikoa, interkulturaltasuna, *kosmobisio* maputxea, maputxeak, osasun interkulturala, Txile.

AURKIBIDEA

LABURPENA.....	2
1. SARRERA.....	7
2. TXILEKO HERRI MAPUTXEAREN TESTUINGURU SOZIOKULTURALA.....	10
2.1. Maputxeen egoera sozioekonomikoa.....	10
2.2. <i>Kosmobisio</i> maputxea, genero rolak eta identitatea.....	18
2.2.1. Genero rolak.....	19
2.2.2. Identitatea.....	20
2.3. Testuinguru politikoa herri maputxearentzat.....	20
2.3.1. 1860-1990: Diktadura aurreko garaia eta diktadura.....	21
2.3.2. 90. hamarkada: Trantsizio garaia.....	21
2.3.3. Gaur egun.....	23
2.4. Maputxeen osasuna.....	25
2.4.1. Epidemiologia eta osasun adierazleak.....	25
2.4.2. Txileko osasun sistema.....	27
3. TXILEN DAUDEN OSASUN EREDUAK.....	30
3.1. Osasun eredu kontzeptua.....	30
3.2. Osasun eredu biomedikoaren eta tradizionalen arteko konparaketa.....	31
3.2.1. Osasun kontzeptua.....	31
3.2.2. Eredu biomedikoaren eta eredu tradizionalen oinarriak.....	31
3.3. <i>Kosmobisio</i> maputxea osasunean.....	33
3.3.1. Dimentsio kontzeptuala.....	33
3.3.2. Dimentsio konduktuala.....	34
3.4. Osasun eredu interkulturala.....	36
4. EREDU BIOMEDIKO ETA <i>KOSMOBISIO</i> MAPUTXEAREN ARTEKO ELKARRERAGINA.....	38
4.1. Eredu biomedikoa gailentzean eragina izan duten faktoreak.....	38

4.2. Osasun eredu biomedikoa gailentzearen ondorioak.....	41
4.3. Osagarritasuna eta eredu berri baten beharra.....	42
5. OSASUN INTERKULTURALA TXILEKO OSASUN POLITIKETAN.....	43
5.1. Interkulturaltasun kontzeptuaren erabilera neoliberalala.....	43
5.2. Txileko osasun politika interkulturalen bilakaera.....	43
5.2.1. "Maputxe Programa" (PROMAP).....	44
5.2.2. "Osasuna eta Herri Indigenen Programa Berezia" (PESPI) eta maila asistentzialeko lehenengo esperientziak.....	44
5.2.3. "Orígenes" programa.....	46
5.2.4. "Osasuna eta Herri Indigenak Politika"	47
5.2.5. Gaur egun.....	48
5.3. Herri maputxearen eskaera eta gakoak.....	49
6. ONDORIOAK.....	52
7. ERREFERENTZIA BIBLIOGRAFIKOAK.....	55
ERANSKINAK.....	61
1go eranskina: LNEren 169.hitzarmena (1989).....	61
2.eranskina: Herri Indigenen Eskubideen inguruko Deklarazioa (2007).....	62
3.eranskina: OEPren ebazpenak: CD37.R5; CD40.R6; CD47.R18.....	63
4.eranskina: Txileko eskualdeen mapa.....	64
5.eranskina: 19253.Legea, Lege Indigena (1993): Orokortasunak eta lur eta lurraldearen inguruko berezitasunak.....	65

GRAFIKO, TAULA ETA IRUDIEN AURKIBIDEA

Grafikoak

1go grafikoa: Esleipen etnikoaren arabera Txileko biztanleria.....	10
2.grafikoa: Biztanleria indigena, ez indigena eta totalaren proportzioa sexuaren arabera.....	10
3.grafikoa: Biztanleria indigena etniaren arabera.....	11
4.grafikoa: Biztanleria maputxearen sakabanaketa eskualdearen arabera.....	11
5. grafikoa: Errolda Nazionalen arabera Txileko biztanleria indigena.....	13
6. grafikoa: CASEN galdeketaren arabera Txileko biztanleria indigena.....	13
7.grafikoa: Biztanleria maputxearen sakabanaketa sexuaren arabera.....	14
8.grafikoa: Biztanleria maputxe adinaren arabera.....	15
9.grafikoa: Okupazio tasa etnia eta sexuaren arabera.....	16
10.grafikoa: GGI etniaren arabera.....	17
11.grafikoa: Araukaniako biztanleriaren, etnia, landa eremu/hiriguneko eta sexuaren arabera.....	18
12.grafikoa: Hilkortasun tasaren bilakaera Lafkencheko komunitan, etniaren arabera.....	26
13.grafikoa: Osasun sistemarekiko afiliazioa, etniaren arabera.....	28

Taulak

1go taula: Araukania eskualdeko pobre kopurua etnia eta sexuaren arabera.....	16
2. taula: Osasun sistema tradizionalen eta biomedikoaren arteko konparaketa.....	32
3.taula: <i>Makewe-Pelawe</i> eremuan profil erasotzailea eta babeslea osatzen duten faktoreak..	40
4. taula: Osasun interkultureko programa eta politika desberdinen ezaugarri eta kritiken laburpena.....	48
5.taula: Osasun politika interkulturalen inguruan erabiltzaile maputxe eta osasun langileen iritzia.....	50

Irudiak

1go irudia: Maputxe ehuneko Txileko eskualdeetan.....	12
---	----

LABURDURAK

Laburdura	Euskaraz	Gaztelera
BPG	Barne Produktu Gordina	
CASEN	Karakterizazio Sozioekonomiko Nazionalako Galdeketa	Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional
CELADE	Latinoamerikako eta Karibeko Demografia Zentroa	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CEP	Ikasketa Publikoen Zentroa	Centro de Estudios Públicos
CEPAL	Latinoamerika eta Kariberako Komisio Ekonomikoa	Comisión Económica para América Latina y Caribe
CONADI	Indigenen Garapenerako Korporazio Nazionala	Corporación Nacional de Desarrollo Indígena
EMH	Eredu Mediko Hegemonikoa	
FONASA	Osasun Funtz Nazionala	Fondo Nacional de Salud
GBUP	Galdutako Bizitza Urte Potentzialak	
GGI	Giza Garapen Indizea	
IDG	Genero-erlatiboaren Garapen Indizea	Índice de Desarrollo relativo al Género
INE	Estatistika Institutu Nazionala	Instituto Nacional de Estadística
IPG	Generoaren Indize Potentziatzailea	Índice de Potenciación de Género
ISAPRES	Osasun Probisionaleko Institutuzioa	Instituciones de Salud Previsional
LNE	Lanaren Nazioarteko Erakundea	
OEP	Osasunaren Erakunde Panamerikanoa	
OME	Osasunaren Munduko Erakundea	
ORESGPM	Genero eta Herri Maputxearen araberako Osasun Ekitatearen Eskualdeko Behatokia	Observatorio Regional de Equidad en Salud según Género y Pueblo Mapuche
OZN	Osasun Zerbitzu Nazionala	
PESPI	"Osasuna eta Herri Indigenen Programa Berezia"	"Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas"
PNUD	Garapenerako Nazio Batuen Programa	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PROMAP	"Maputxe Programa"	"Programa Mapuche"

1. SARRERA

Hamaika izan dira mendeetan zehar Latinoamerikako herri indigenek jasan dituzten zapalkuntzak. Horien erakusle dira biztanleria indigena eta ez indigenaren artean adierazle sozioekonomiko eta osasun adierazleetan antzematen diren desberdintasunak, biztanleria indigenari dagozkion emaitzak txarragoak dira eta (OEP, 2008).

Jarraian aurkezten den lanean, herri indigenek jasaten dituzten zapalkuntzekin lotutako **gaia** landuko da: osasun arloa maputxeen kasuan, hain zuzen ere, Txileko maputxeen osasun ereduan eredu biomediko eta osasun politika interkulturalak izan duten eragina. Interes pertsonaletik sortutako gaia da. Aldi berean, azken urteetan asko landu dira herri indigenen eskubideak nazioarteko zuzenbidean, horien barnean, osasun arreta interkulturalerako eskubidea.

Interes pertsonalari dagokionez, maputxeen osasun eredu Erizaintzako Graduaren azken urtean Txilen egindako praktiketan ezagutu nuen. Oso interesgarriak iruditu zaizkit aspalditik osasun kontzeptuaren adiera desberdinak: norbere kulturako sinesmenen arabera osasuna modu batean edo bestean ulertzea, eta hortaz, osasun praktikak horren arabera aldatzea. Hau da, osasuna eraikuntza kulturala da, kulturaren arabera sortutako egitura. Graduako Antropologiako irakasgaietan osasun kontzeptua ikuspuntu horretatik jorratu genuen. Horrez gain, osasun interkultural izenez ezagutzen den osasun eredu landu genuen. Hala ere, osasun eredu biomedikotik lantzen ziren afera guztiak gainerako irakasgaietan, ikuspegi bakarra balitz bezala. Beraz, nire ustez, osasuna eraikuntza kultural gisa ulertzetik urrun egon dira EHUko Graduak ikasketak.

Txileko praktiketan, aldiz, osasun kontzeptua beste era batean ulertzeko aukera izan nuen: maputxeen osasun eredu ezagutzeko jardunaldi batean parte hartu nuen eta Txileko osasun politiketan osasun interkulturalak lekua zuela ikusi nuen. Hori izan zen apurka-apurka gai honetan murgiltzeko abiapuntua. Klaseko kideek ez zuten horren inguruko interesik azaleratu, izan ere, oso pertsona gutxi izan ginen jardunaldian gaiaren inguruan galdetu eta ostean informatzen jarraitu genuenak. Interes ezak gainerako osasun ereduaren aurrean eredu biomedikoaren gailentzea azaleratu dezake.

Esan beharra dago interes pertsonaletik datorrela baita lana genero ikuspegitik egiteko desira ere. Desiragarria bezain beharrezkoa ikusten dut aipatutakoa. Harawayk (1995) dioenez, ezagutza ekoiztea ekintza politikoa da beti, eta modu kontzientean eta arduratsuan ekoitzi behar dugu (Biglia et al.-en zitatua, 2015). Ikastetxe eta unibertsitateetan, oro har, zientzia neutroa eta apolitikoa dela erakusten dute (Biglia et al., 2015). Zientziaren istorio bakarra, mendebaldekoa eta patriarkala ikasten dugu. Emakume eta gizonen artean berdintasuna dagoela suposatzeak gizarteak esleitutako genero rola erreproduzitzea eta genero desberdintasunak naturalizatzea dakar (Lobo, 2014). Genero ekitatea errealtate bihurtzeko, bizitzako alor guztietan perspektiba feminista izatea nahitaezkoa da. Hortaz, ikerketa arloan genero ikuspegia ezartzea ezinbestekoa da eta ikertzailea bera da horren arduraduna.

Nazioarteko zuzenbidearen aldetik, herri indigenen eskubide minimoen inguruko adostasuna lortu da azken hamarkadetan. Aipatzekoak dira herri indigenen eskubide kolektiboak

lehenbizikoz errekonozitzen dituen Lanaren Nazioarteko Erakundearen (LNE) 169.hitzarmena (1989); baita Nazio Batuen Herri Indigenen Eskubideen inguruko Deklarazioa (2007) ere, herri indigenen determinazio askerako eskubidea planteatzen duena. Nazioarteko zuzenbideko lorpenak munduko estatu guztiek bete beharko lituzketen arren, askotan, estatuetako legeetan ematen diren aurrerapenak ez dira nahikoak izaten (CEPAL, 2014).

Bestalde, osasun arloari dagokionez, Osasunaren Munduko Erakundearen (OME) arabera, "osasun maila gorena izatea gizaki ororen oinarriko eskubidea da, arraza, erlijio, ideologia politiko edo baldintza ekonomiko edo sozialengatiko bereizketarik egin gabe" (OEP, 2008). Horrez gain, diskriminazio ezaren printzipioari erreferentzia egiten die LNEren 169.hitzarmeneko 2, 3 eta 7.artikuluek.

Herri indigenen osasun ereduen inguruan, hitzarmen bereko 5 eta 25.artikuluak aipatzekoak dira (LNE, 1989) (1go eranskina). Baita Herri Indigenen Eskubideen inguruko Deklarazioa (2007) ere, medikuntza tradizionalerako, euren osasun praktikak mantentzeko eta osasun maila altuena izateko eskubidea errekonozitzen dituen (OEP, 2008) (2.eranskina). Osasunaren Erakunde Panamerikanoak (OEP) osasun arloan herri indigenen eskubideak babesteko asmoz ebazpenak plazaratu ditu urteetan zehar. Lanean jorratuko den osasun interkulturalari erreferentzia egiten diete CD37.R5 (1993), CD40.R6 (1997) eta CD47.R18 (2006) ebazpenek (OEP, 2008) (3.eranskina).

Hortaz, herri indigenek osasun maila gorena izateko, euren osasun praktika tradizionalak mantentzeko, eta osasun sistemetan osasunaren ikuspegi interkulturala izateko eskubidea dute, besteak beste. Eskubide horiek bermatzeko, programa eta politika ezberdinen bidez interkulturaltasuna osasunean txertatzen saiatu dira Txilen. Oso garrantzitsua da Txileko maputxeen osasun ereduan eredu biomediko eta osasun politika interkulturek izan duten eragina aztertzea, osasun arloan herri indigenek jasan ditzaketen zapalkuntzak eta eskubideen urraketak azaleratzeko. Baita osasun interkulturala herri indigenek osasunean jasaten dituzten zapalkuntzen aurreko irtenbidea izan den eta izan daitekeen ala ez ikusteko ere.

Beraz, lan hau aurrera eramateko **arrazoiak** interes pertsonala zein nazioarteko zuzenbidean azken urteetan gaiak duen garrantzia izan dira.

Horretarako, lanean planteatzen diren **ikerketak galderak** hurrengoak dira: Nola eragiten du eredu biomedikoak Txileko maputxeen osasun ereduan? Herri indigenak euren osasun ereduagatik gutxietsiak baldin badira, osasun interkulturala horren aurreko irtenbidea izan daiteke? Aipatutako ikerketa galderak abiapuntu gisa hartuta, ondorengo **helburuak** planteatu dira:

1. Txileko osasun eredu desberdinak aztertzea
2. Eredu biomediko eta *kosmobisio* maputxearen arteko elkarreragina aztertzea
3. Osasun eredu interkulturala irtenbide gisa aztertzea
4. Genero ikuspegitik burutzea lana

Gauzak horrela, **metodologiari** dagokionez, ikerketa 2015eko urritik 2016ko maiatzera bitartean egin da. Informazio iturri fidagarrietara jo da lana burutzeko: aldizkari zientifikoak (Revista Médica de Chile, Ciencia y Enfermería, Anales de Antropología,...), datu baseak

(Pubmed, Scopus, Cinalh, Science Direct,...), liburuak, eta instituzio ofizialen dokumentuak eta web orrialdeak (INE, Minsal, OME, OEP, ORESGPM, CONADI,...).

Etnia kontuan hartzeaz gain, ikerketaren metodologian perspektiba feminista erabili da komunitate maputxeetako genero inekitateak azaleratzeko asmoz. Komunitateetan egon daitezkeen botere harremanak aztertzea berebizikoa da inekitate egoerak azalatu eta ez legitimizatzeko. Horren harira, egon daitezkeen menderakuntza-ardatzak (generoa, etnia, klasea...) modu bateratuan landuko dira lanean eta horrela, elkarren artean zein lotura duten ikusiko da.

Gaur egun gaiaren egoera zein den ezagutzeko eta ikerketa galdera eta helburuak finkatzeko, lehendabizi bilaketa orokorrak burutu ziren aipatutako datu base ezberdinetan. Ondoren, bilaketa zehatzagoak eta ziren. Ikerketa galdera eta helburuekin bat zetozen dokumentuak lanaren barne hartu ziren eta gainerakoak kanpoan utzi ziren. Gazteleraz zein ingelesez egin ziren bilaketak, eta bilaketa bibliografikoa burutzeko erabili ziren hitz gakoak ondorengoak dira: osasun interkulturala, kosmobisio maputxea, eredu/sistema biomediko/mendebaldekoa, eredu/sistema tradizionala, politika interkulturalak, Txile, maputxeak, herri indigenak, osasuna eta generoa. Aipatutako iturrietatik informazioa bildu ostean, horren irakurketa eta analisi sakona burutu zen, eta ondoren, idazketa prozesua hasi zen.

Lanaren **egiturari** dagokionez, 4 atal nagusi ditu ikerketak. Lehenengo bi atalek gaia kokatzen dute; ondorengoek ikerketa galderak lantzen dituzte. Garrantzitsua da marko teorikoan Txileko testuinguru soziokulturala eta osasun eredu desberdinak sakonki azaltzea, aurrerago planteatutakoa hobeto ulertzeko.

Beraz, lehendabizi, Txileko herri maputxearen testuinguru soziokulturala nolakoa den jorratuko da. Horren barnean maputxeen egoera sozioekonomikoa, kulturala (*kosmobisioa*, generoa eta identitatea), politikoa eta osasuna landuko dira. Ondoren, Txilen dauden osasun eredu ezberdinen azterketari ekingo zaio, osasun ereduak eraikuntza kultural gisa ulertuta. Atal horretan, sistema biomedikoa, sistema tradizionalak, *kosmobisio* maputxea osasunean eta osasun interkulturala landuko dira.

Lehenengo bi ataletan gaia kokatu ostean, 3.atalean eredu biomediko eta *kosmobisio* maputxearen arteko elkarreragina nolakoa izan den ikusiko da. Horretarako, eredu biomedikoa gailentzean eragina izan duten faktoreak eta horren ondorioak aztertuko dira. Ondoren, bi ereduak osagarriak diren eta eredu berri baten beharra dagoen ala ez planteatuko da. 4.atalean Txileko osasun politika interkulturalak aztertuko dira globalizazio neoliberalaren testuinguruan, eta aztertzen den gatazkaren aurreko irtenbide posibleak aztertuko dira.

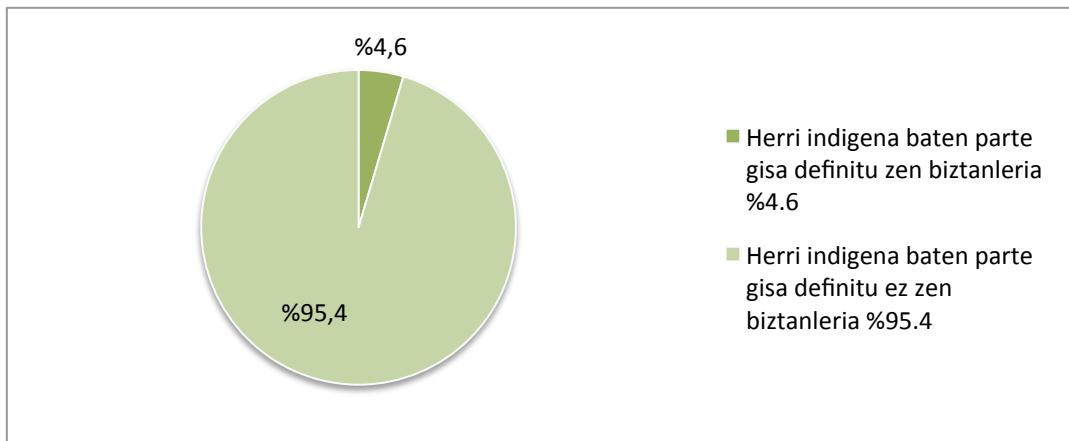
Amaitzeko, ondorioen atalean, egindako ikerketan ateratako ideia garrantzitsuenak azalduko dira eta hasieran planteatutako ikerketa galdera zein helburuei erantzun zaie.

2. TXILEKO HERRI MAPUTXEAREN TESTUINGURU SOZIOKULTURALA

2.1. Maputxeen egoera sozioekonomikoa

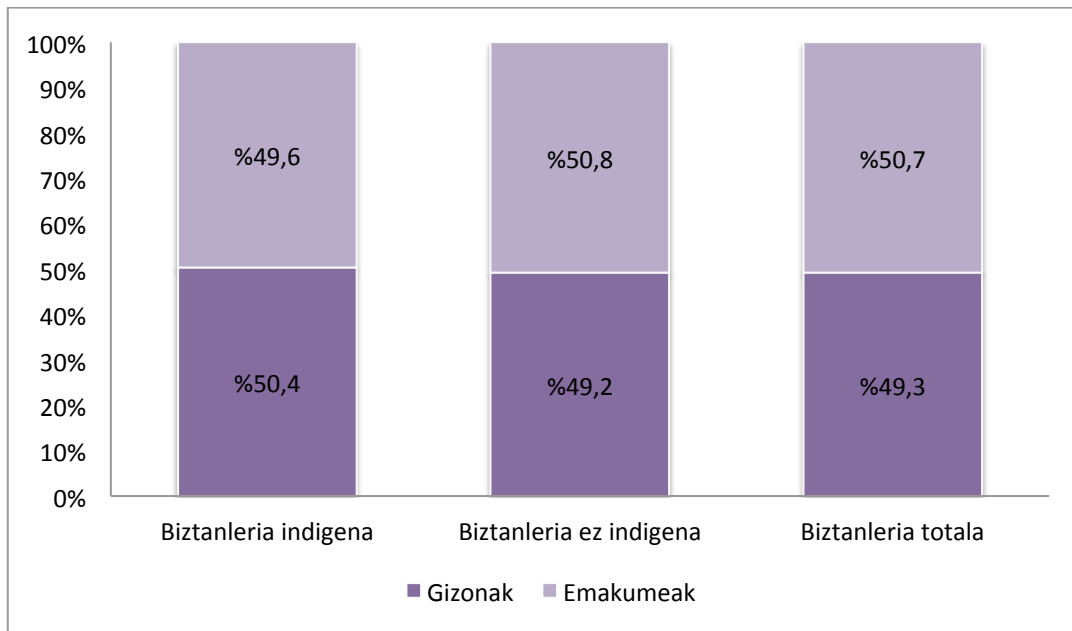
Gaur egun, Txileko estatuak 8 herri indigena errekonozitzen ditu: *mapuche*, *aimará*, *rapa nui*, *atacameño*, *quechua*, *colla*, *kawashkar* edo alacalufeko eta kanal australerako *yamana* edo *yagan* komunitateak (Ley nº19253, 1993). 2002ko erroldaren arabera, Txileko biztanleria osoaren %4.6 da indigena (1.go grafikoa). Sexua aintzat hartuta, maskulinitate tasa¹ handiagoa du biztanleria indigenak ez indigenak baino. Hain zuzen ere, biztanleria indigenaren %50.4 gizonak dira, eta %49.6 emakumeak (2.grafikoa) (INE, 2002).

1go grafikoa: Esleipen etnikoaren araberako Txileko biztanleria



Iturria: Autoreak egina INEko 2002ko erroldako datuak erabiliz

2.grafikoa: Biztanleria indigena, ez indigena eta totalaren proportzioa sexuaren arabera

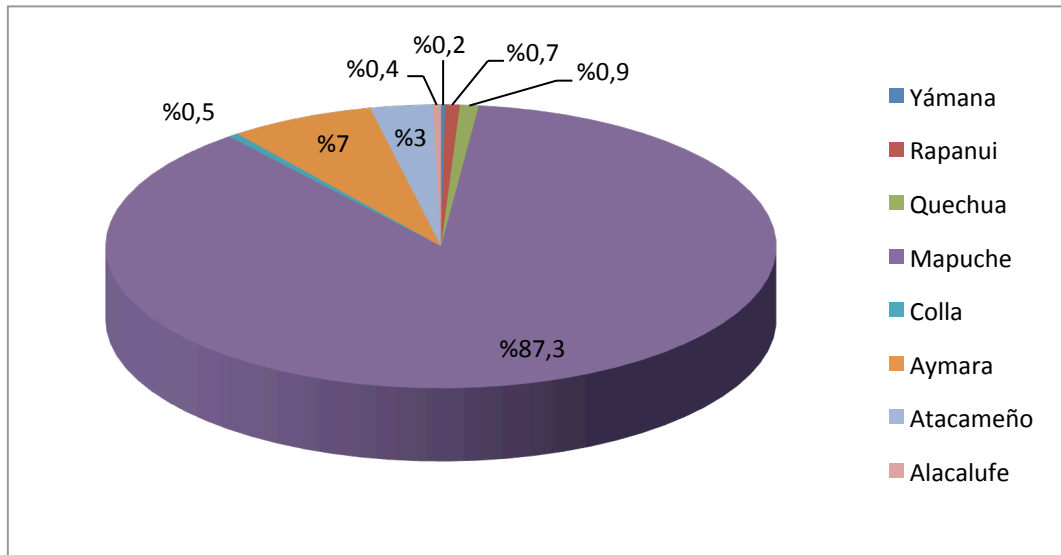


Iturria: Autoreak egina INEko 2002ko erroldako datuak erabiliz

¹ Maskulinitate tasarekin adierazten da zenbat gizon dauden emakume kopuruarekiko.

Herri indigenen artean, herri maputxea, edo lurreko (*mapu*) jendea (*che*), 606.349 biztanlek osatzen dute, 2002ko erroldan maputxe gisa norbere burua aitortzen dutenak. Hain zuzen ere, Txileko biztanleriaren %3.9 maputxea da. Txileko herri indigena ugariena da herri maputxea, biztanleria indigena aintzat hartuta %87.3 (3.grafikoa) (INE, 2002).

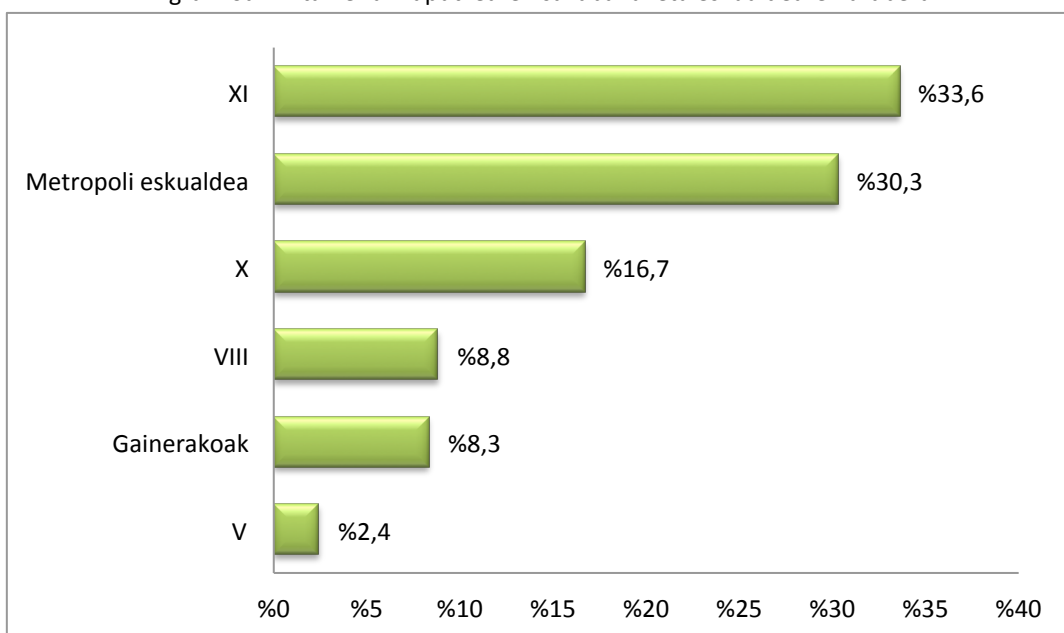
3.grafikoa: Biztanleria indigena etniaren arabera



Iturria: Autoreak egina INEko 2002ko erroldako datuak erabiliz

Komunitate maputxeak, jatorriz, Txile erdialdeko guneeetan, Argentinako panpan eta Patagonian zeuden kokatuta (Díaz et al., 2004). Gaur egun, Txileko hegoaldeko eskualdetan sakabanatzen dira, baita Argentina hegoaldean ere. Txileko maputxeen %33.6 Araukaniako eskualdean (IX.eskualdea) dago. Esan beharra dago Txileko Santiago hiria kokatzen den Metropoli eskualdean ere maputxe kontzentrazioa altua dela, Txileko maputxeen %30.3 bertan kokatzen da (4.grafikoa) (INE, 2002).

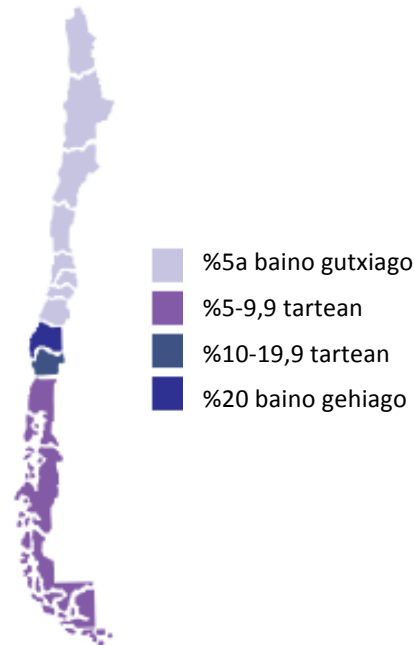
4.grafikoa: Biztanleria maputxearen sakabanaketa eskualdearen arabera



Iturria: Autoreak egina INEko 2002ko erroldako datuak erabiliz

1go irudian Txileko eskualde bakoitzean maputxeen ehunekoa zenbatekoa den ageri da. Herrialdeko mapa kontsultatu 4.eranskinean, eskualde bakoitzaren kokapena ikusteko.

1go irudia: Maputxe ehunekoa Txileko eskualdeetan

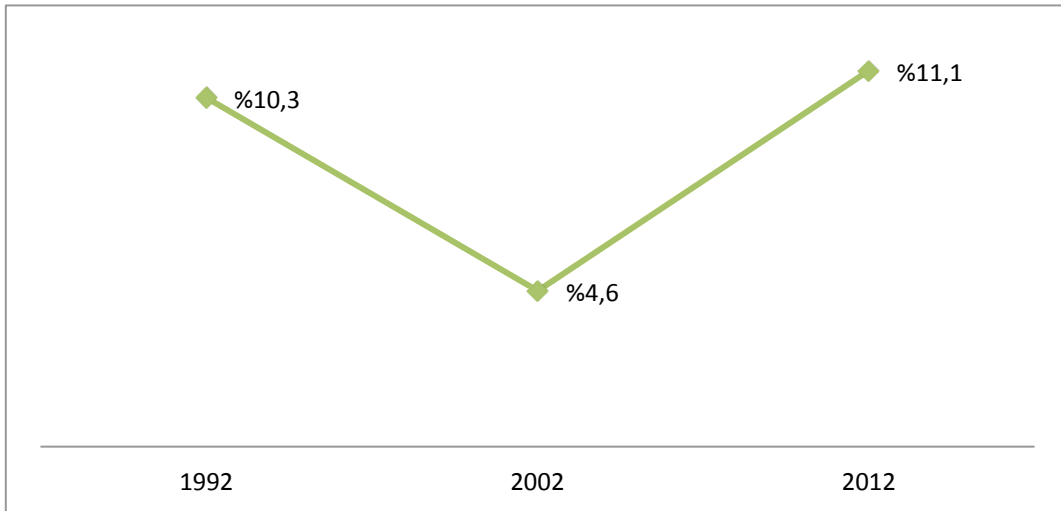


Iturria: Minsal, 2008

Garrantzitsua da azpimarratzea erroldetan erabiltzen den galderaren arabera, Txileko biztanleria indigenaren ehunekoa aldatu egiten dela. Hori dela eta, 1992ko eta 2002ko erroldetan indigena gisa identifikatzen den populazioaren ehunekoaren artean alde handia dago, hain zuzen ere, %5.7ko beherakada 1992tik 2002ra (5.grafikoa). 1992an egindako galdera honakoa izan zen: "Txilekoa baldin bazara, ondorengo kulturaren bateko kideztat hartzen duzu zeure burua?". 2002an, aldiz, hurrengoa galdetu zen: "Ondorengo jatorrizko herri edo herri indigenaren bateko parte al zara?". Bigarren galderan, baliteke euren burua herri indigena jakin bateko kideztat ez hartzea zenbaitek arbaso indigenak izan arren (BID, 2014). Horrek, errolda batetik bestera eman den biztanleria indigenaren ehunekoaren beherakada azaldu dezake.

2012ko erroldaren arabera, Txileko biztanleriaren %11.1 da indigena. Hala ere, errolda horretan Estatistika Institutu Nazionalak (Instituto Nacional de Estadística, INE) erabilitako metodologia ez zen egokitzat hartu eta gobernuak emaitza horiek baliogabetu zituen (BID, 2014).

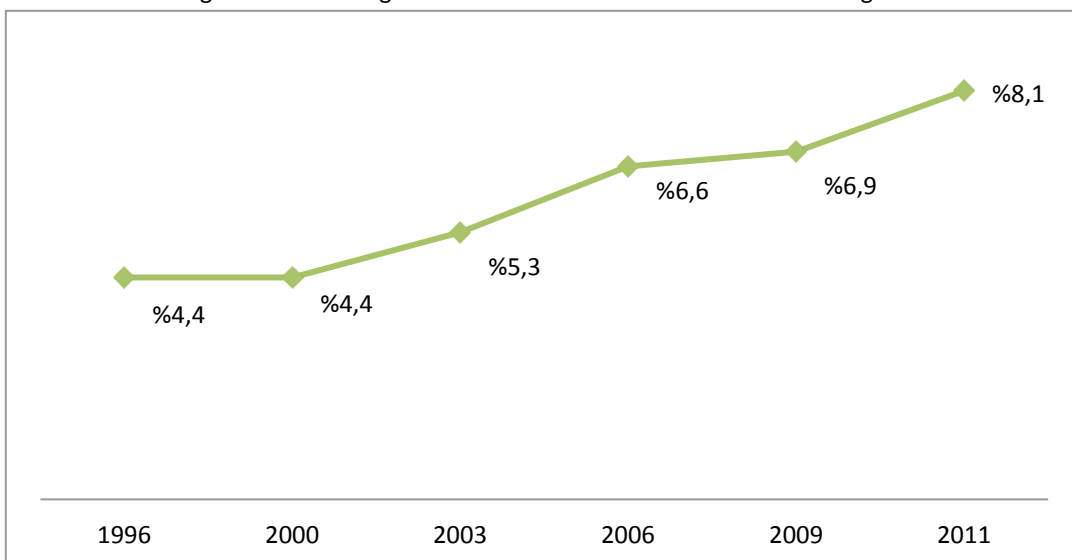
5. grafikoa: Errolda Nazionalen arabeko Txileko biztanleria indigena



Iturria: Autoreak egina BIDko (2014) datuak erabiliz

INEk bezala, Garapen Sozialeko Ministeritzak Karakterizazio Sozioekonomiko Nazionalako Galdeketa (Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, CASEN) egiten du hiru edo bi urtetik behin. 1996 eta 2003 bitartean CASEN galdeketa "Txilen 8 herri indigena errekonozitzen dira, zu horietakoren baten kide zara?" galdera formulatu zen. 2003tik aurrera, aldiz, "Txilen 8 herri indigena daudela errekonozitzen du legeak, zu horietako baten kide al zara edo herri indigenaren batekoak izan diren arbasoak al dituzu?" izan zen galdera. Galdera aldatzean 2003tik aurrera biztanleria indigenaren ehunekoan izandako gorakada nabaria da (6.grafikoa). Hala ere, azpimarratu beharra dago CASEN ikerketa populazio osoaren lagin batean oinarritzen dela, errolda ofiziala ez bezala. Hori dela eta, gaur egun 2002ko erroldako datuak erabiltzen dira (BID, 2014).

6. grafikoa: CASEN galdeketa araberako Txileko biztanleria indigena

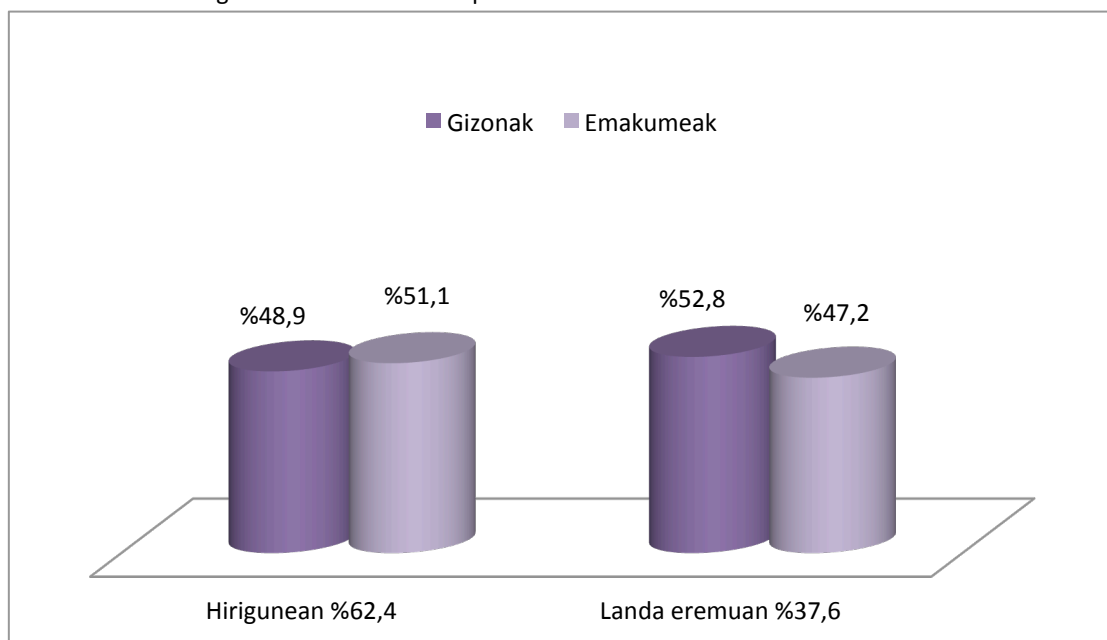


Iturria: Autoreak egina BIDko (2014) datuak erabiliz

Txileko biztanleria osoaren sakabanaketari begira, %86.6 hirigunean bizi da eta %13.4 landa eremuan 2002ko erroldaren arabera. Biztanleria indigena soilik kontuan hartuta, %64.8 hirigunean dago eta %35.2 landa eremuan. Biztanleria indigena hiriguneko biztanleria osoaren %3.4 da, landa eremuko biztanleria osoa kontuan hartuta, aldiz, honen %12. Azken urteetan Txilen izan den urbanizazio prozesua biztanleria indigenak biztanleria ez indigenak baino geldoago jasan duela erakusten dute datuek, oraindik ere landa-eremuan indigena asko bizi baitira. Maputxeek azaldutako datuetan eragin handia dute, izan ere, horien %62.4 hirigunean bizi da eta %37.6 landa eremuan.

Sexua eta sakabanaketa erlazionatuz gero, maputheen kasuan emakumeen proportzioa handiagoa da hirigunean eta gizonen proportzioa handiagoa landa eremuan (7.grafikoa) (INE, 2002). Oro har, emakumeak gazteak direnean migratzen dute hirigunera etxeko langile gisa aritzeko, eta aukera gehiago dute gizonak landa eremuan geratzeko.

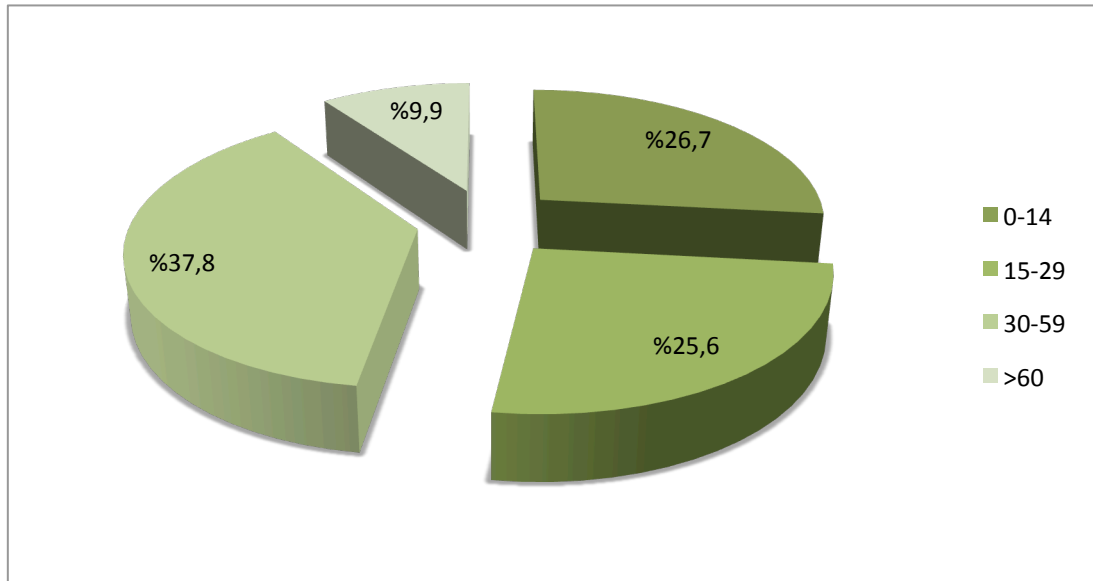
7.grafikoa: Biztanleria maputxearen sakabanaketa sexuaren arabera



Iturria: Autoreak egina INEko 2002ko erroldako datuak erabiliz

Emakume gazteez gain, 12-14 urte bitarteko gazteek (neska zein mutil) hirigunera lekualdatu behar izaten dute ikasketekin jarraitu ahal izateko (Ibacache et al., 2001). 60 urtetik gorako maputheen gehiengoa, landa eremuan bizi da. Biztanleria maputxea demografikoki oso gaztea da, izan ere, 8.grafikoan ageri denez, 2002ko erroldaren arabera, %50 baino gehiagok 30 urte baino gutxiago ditu (INE, 2002).

8.grafikoa: Biztanleria maputxearen adinaren arabera



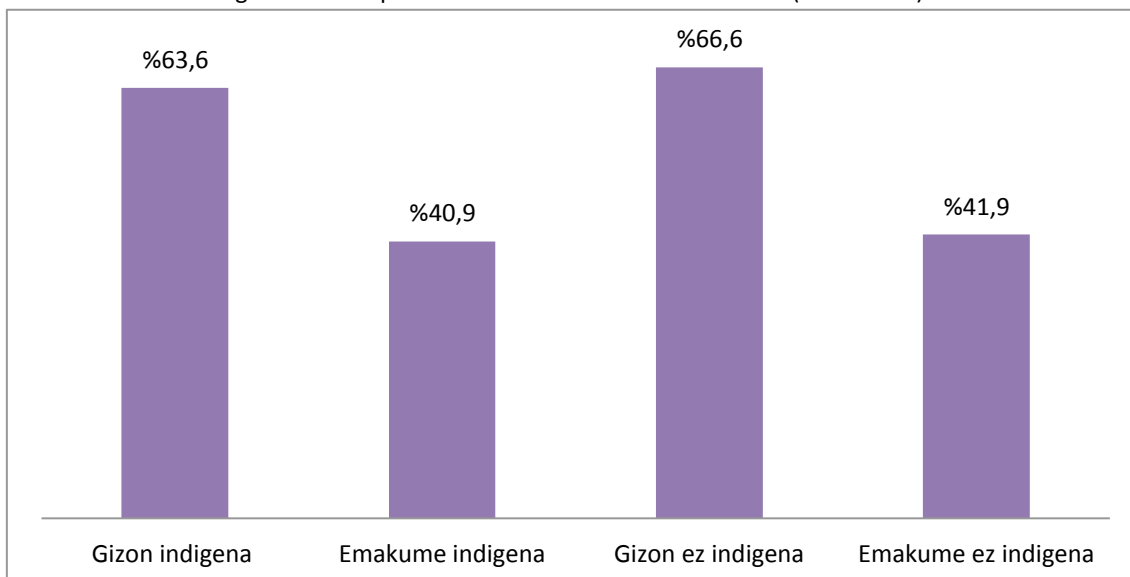
Iturria: Autoreak egina INEko 2002ko erroldako datuak erabiliz

Eskolatzeko-aldia erreparatu badiogu, 2013ko CASEN galdeketa arabera, biztanleria indigenaren bataz-besteko eskolatzeko-aldia ez indigenarena baino baxuagoa da (9,7 eta 10,9 urtekoa). Analfabetismo tasa handiagoa da biztanleria indigenan (%5) ez indigenan baino (%3,6) (Ministerio de Desarrollo Social, 2013). Etnia eta generoa kontuan hartuta, Araukaniako eskualdean gizon ez indigena analfabeto bakoitzeko, 1'35 emakume ez indigena analfabeto daude; gizon maputxe analfabeto bakoitzeko, berriz, 1'6 emakume maputxe analfabeto. Beraz, emakumeen analfabetismo tasa gizonena baino altuagoa da, are altuagoa emakume maputxeen kasuan (ORESGPM, 2009).

Egoera sozioekonomikoari begira, 2013ko CASEN galdeketa arabera, 2006tik 2013ra bitarteko diru-sarrerak kontuan hartuta biztanleria indigena gehiago da pobrea ez indigena baino, eta diru-sarrera orokorrak baxuagoak dira (Ministerio de Desarrollo Social, 2013). Maputxeen dagokionez, Ikasketa Publikoen Zentroko (Centro de Estudios Públicos, CEP) (2002) ikerketaren arabera, maputxeen familiako diru-sarrerak ez maputxeenak baino urriagoak dira. Maputxeen %70ak, hain zuzen ere, bere burua maila sozioekonomiko baxukotzat du. Cerdaren (2009) arabera, Txileko biztanleria maputxearen gehiengo bizi den eskualdea (Araukania) da Barne Produktu Gordin (BPG) *per capita* baxuena duena eta desberdintasun indize txarrenak dituena. 2006an Araukaniako eskualdean 250.000 pertsona maputxe bizi ziren. Bertako biztanleria osoaren %27 zen maputxea, eta hauen %70 landa eremuan bizi zen. Azken urteetan jaitzi den arren, eskualde honetako maputxeen pobrezia tasa oso altua da biztanleria ez maputxearekin alderatuta, ia %18 2006an. Horren arrazoiaren artean eskolatzeko tasa baxua egon daiteke, soldatapeko lanean dauden pertsonen kopuruan gorabeherak egotea eta baita lan merkatu ez formalaren bolumen altua ere. Oro har, maputxeek lur eremu txikien jabetza dute eta euren produktibitatea oso baxua da.

Bestalde, emakumeen okupazio tasa gizonena baino askoz baxuagoa da indigena zein ez indigenen artean; emakume eta gizon indigena eta ez indigenen artean, aldiz, ez dago alde handirik (9.grafikoa) (Ministerio de Desarrollo Social, 2013). Beraz, okupazioari dagokionez etniaren arabera ez dira datuak asko aldatzen, bai ordea generoaren arabera. Ez dugu ahaztu behar oro har emakumeek betetzen dituzten zaintza rola ez dituela okupazio tasak adierazten.

9.grafikoa: Okupazio tasa etnia eta sexuaren arabera (2009-2013)



Iturria: Ministerio de Desarrollo Social, 2013

1go taulan ikusten den bezala Araukania eskualdean bizi diren pobreen %34 maputxeak dira (aurretik aipatu dugu biztanleria osoaren %27 dela maputxea), eta pobre horien %54 emakumeak.

1go taula: Araukania eskualdeko pobre kopurua etnia eta sexuaren arabera

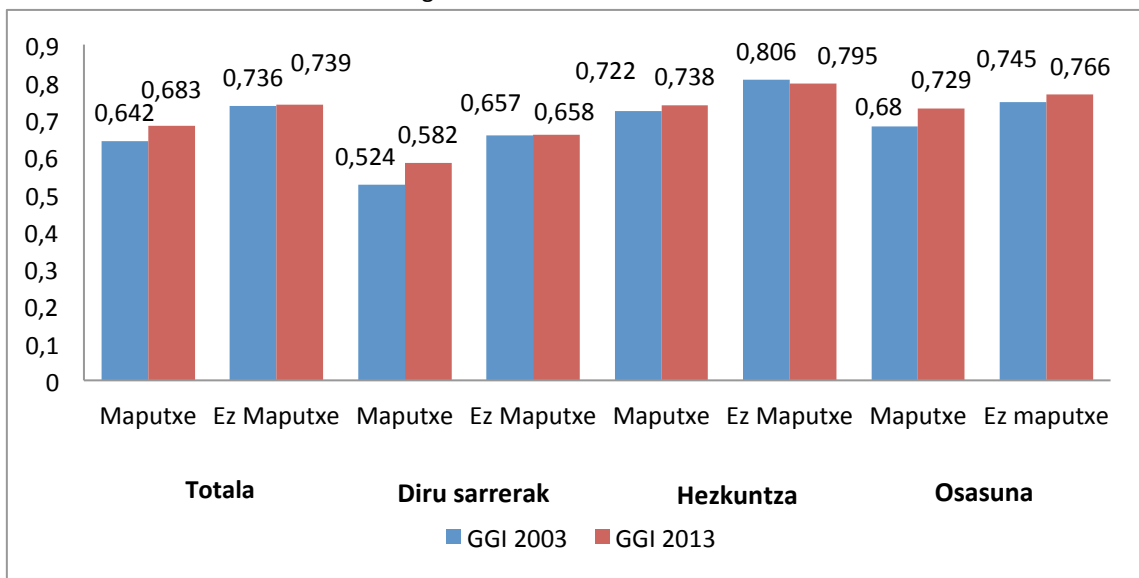
Pobrezia marrantik beherakoak ^a		Maputxe		Totala	
Emakumeak	Kalean bizi ez direnak	24.251	33.277 (%53)	69.033	98.742 (%54)
	Kalean bizi direnak	9.026		29.709	
Gizonak	Kalean ez bizi direnak	20.781	29.222	58.952	84.627
	Kalean bizi direnak	8.441		25.668	
Totala		62.499 (%34)		183.362	

Iturria: Autoreak egina ORESGPMko 2009ko datuak erabiliz

^a Ikerketa horretan pobrezia marra diru sarreren arabera kalkulatu zen, muga 2009ko azaroan 120'662\$ kobratzea izanik.

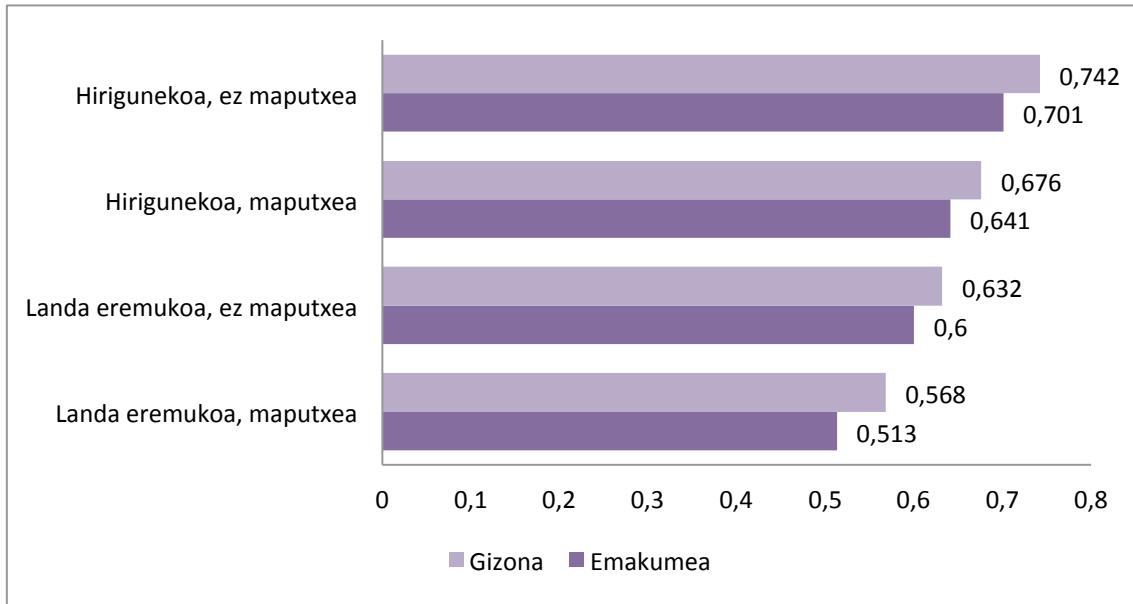
Giza Garapen Indizeari (GGI) erreparatuz gero, Garapenerako Nazio Batuen Programaren (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD) 2003ko ikerketaren arabera, Txileko biztanleria maputxeak ez maputxeak baino GGI baxuagoa du. Are gehiago, GGI osatzen duten indize bakoitzean (osasun indize, hezkuntza indize eta diru-sarreraren indizea) balioa baxuagoa da (ikusi 10.grafikoa). Nabarmena da landa eremuan bizi den biztanleria maputxeak hirigunean bizi denak baino GGI baxuagoa duela, eta sexuaren arabera, emakumeen GGI gizonena baino baxuagoa dela. Padilla et al.-en (2015) ikerketan 2013ko GGInko datuak 2003koak baino hobekuntza zirela ikusi zen, hala ere, maputxe eta ez maputxeen artean aldeak jarraitzen du diru-sarrera, osasuna eta hezkuntza indizeetan; baita landa eremuan eta hirigunean bizi diren maputxeen artean, eta gizon eta emakume maputxeen artean ere. Hain zuzen ere, landa eremuan bizi diren emakume maputxeek dute GGI baxuena (0,513 2003an) (ikusi 11.grafikoa). Autoreen aburuz, GGInren hobekuntzan honen neurketan egindako aldaketak eragina izan dezake (adibidez, hezkuntza indizean bi adierazle izatetik 3 izatera igarotzea, edota batzuetan aritmetiko bidez kalkulatu beharrean batzuetan geometrikoa erabiliz kalkulatuzea).

10.grafikoa: GGI etniaren arabera



Iturria: Autoreak egina PNUD/UFRO/MIDEPLANen (2003) eta Padilla et al.-en (2015) datuak erabiliz

11.grafikoa: Araukaniako biztanleriaren GGI, etnia, landa eremu/hiriguneko eta sexuaren arabera



Iturria: Autoreak egina PNUD/UFRO/MIDEPLAN-en (2003) datuak erabiliz

PNUDeko web orrian Txileko biztanleriaren Generoarekiko erlatiboa den Garapen Indizearen (Índice de Desarrollo relativo al Género, IDG) eta Generoaren Indize Potentziatzailearen (Índice de Potenciación de Género, IPG) datuak lortu diren arren, datu hauek ez daude etniaren arabera banatuta, hortaz, ez dira ikerketa honen barne hartu.

Laburbilduz, maputxeen egoera ez maputxeena baino txarragoa da Txilen hainbat arlotan, esaterako hezkuntza, osasuna eta diru sarreretan. Beraz, ezinbestekoa da Txileko egoera sozioekonomikoaren inguruko datuak aztertzean maputxe eta ez maputxeen artean datuak desagregatzea, maputxeek bizi duten inekitate egoera azalertzeko.

Era berean, aintzat hartu behar da sexuaren arabera datuak aldatzen direla, emakumeen egoera gizonena baino txarragoa da aipatutako arloetan. Hortaz, agerian dago 2.2. atalean sakonago aztertuko dugun emakume maputxeek, pobre, indigena eta emakume izateagatik jasaten duten zapalkuntza hirukoitza. Sexuaz gain landa eremuko eta hiriguneko maputxeen artean ere desberdintasunak daude egoera sozioekonomikoan, datuei erreparatuz gero landa eremuko egoera eskasagoa baita.

2.2. Kosmobisio maputxea, genero rolak eta identitatea

Maputxeen egoera sozioekonomikoa zein den ezagutu ostean, atal honetan herri maputxearen *kosmobisioa*, generoa eta identitatea aztertuko dira Txileko maputxeen testuingurua hobeto ulertzeko.

Maputxeen mundua ikusteko erari *kosmobisio* maputxea deitzen zaio. *Kosmobisio* maputxetik, unibertsoa (*Wallontu-Mapu*) edo kosmosa tridimentsionala da: goian positiboa dena dago, *Wenu-Mapua*; erdian neutroa, *Nag-Mapua*; eta behean espazio negatiboa, *Minche-Mapua*. Mundu naturala da *Nag-Mapua* eta bertatik *Wenu-Mapura* igarotzeko bidean beharrezkoa da

Rewe zuhaitza. *Matxia*² da espazio honetara igaro daitekeen izaki bakarra, *Neyku* zeremoniaren bitartez (Caceres, 2008).

Kosmobisio maputxearen arabera, dena transformatzen da eta beraz, betierekoa da dena. Ez da amaierarik existitzen eta bizitza ziklikoa da. Emakumeak rol garrantzitsua du herri maputxearen *kosmobisioan*, izan ere, Caceresen (2008) hitzetan, "gizakiari bizitza ematen dio eta modu honetan ama lurra irudikatzen du".

2.2.1. Genero rolak

Voliok (2008) esaten duen moduan, denok daramagu kultura eta gure genero identitatea eraikuntza kultural horren parte da. Beraz, kulturak ulertzerako orduan horren barnean genero rol desberdinen artean ematen diren harremanak ulertzea beharrezkoa da.

Aurrerago ikusiko dugun moduan, herri maputxeak zapalkuntza ezberdinak jasan ditu urteetan zehar: ustiapen industriren presentzia, arrazagatiko diskriminazioa eta abar. Horrez gain, ikusi dugun bezala, biztanleria maputxea maila sozioekonomiko baxukoa da. Testuinguru honetan emakume maputxeek jasaten duten diskriminazioa bereziki larria da, diskriminazio hirukoitza jasaten baitute, etnia, sexu eta klasea dela eta (Nilsson, 2014).

Emakume maputxeek oso rol garrantzitsua daukate haien komunitateetan, izan ere, ama, etxeko langile eta umeen zaintzaile rolak izateaz gain, kultura, hizkuntza, historia eta sinesmen erlijiosoaren transmisioan berebizikoak dira. Emakumea da artisau jakintzak transmititzen dituen, lurra lantzen duena, fruta arbolak eta belarrak landatzen dituen eta animaliak hezten dituen. Antzina, gizonak ziren ehiza eta herrien arteko gerretan parte hartzen zutenak, emakumeek herri maputxearen ekonomian oso rol garrantzitsua zuten bitartean. Poligamia ohiko gertaera bat zen: emakume askorekin ezkondu zirenak zeuden gizonak estatus altukotzat hartzen ziren; emakumeren batek bere gizona ez zen beste batekin harremanak izatea, aldiz, lapurreta gisa ikusten zen (Nilsson, 2014).

Blancoren (2011: 56) arabera, patriarkatuaren forma berri bat txertatu zen komunitate maputxeetan konkistatzaile espainolak bertara heldu zirenean (horien %5 soilik ziren emakumeak). Hauek, gizarte oso patriarkal eta hierarkiko batetik zetozen non emakumeek gizona zen autoritateari jaramon egin behar zioten, eta gizon zaharrek zuten autoritatea oro har. Aipatzekoa da Latinoamerikako konkista garaian (1492tik aurrera) emakume indigenek jasandako zapalkuntza. Blancoren (2011: 49-53) arabera, indarkeria sexuala jasan zuten konkistatzaileen aldetik eta horrez gain, garai horretan galdu zuten emakume indigenek lur jabegorako eskubidea, emakumetik-emakumera bitarteko oinordetza, eta baita parte-hartze politikorako eskubidea ere.

Gaur egun, zenbait emakume maputxek, transmisio rola bete ezin dezaketela adierazi dute, hirigunetara lekualdatu eta bertan arau komunitarioak mantentzea zaila delako (Sckmunck, 2013). Gonzalezen (2003) aburuz, hirira lekualdatzen diren emakumeak marjinazio eta

² *Matxia* herri maputxearen entitate mediko, erlijioso, aholkulari eta babesle nagusia da.

diskriminazio egoeran bizi dira: "kalifikazio baxuko lanak (etxeke langileak), isolamendu soziala eta erakunde sindikaletan parte hartzeko eta erakunde indigenetan haien eskaerak salatzeko eragozpenak dituzte".

Dagoeneko aipatu den bezala, generoa eta etnia uztartzen dituzten datuak urriak dira. Adibidez, Araukaniako eskualdean patriarkatuak emakumeengan eragindako indarkeria adierazten duten datuak ageri dira Genero eta Herri Maputxearen arabera Osasun Ekitatearen Eskualdeko Behatokiaren (Observatorio Regional de Equidad en Salud según Género y Pueblo Mapuche, ORESGPM) web orrian. Hala ere, datuak ez dira ikerketa honetan gehitu gehienetan ez baita generoaren kategoria etniaren arabera uztartzen.

2.2.2. Identitatea

Maputxeen identitate etnikoari erreparatuz gero, CEParen 2006ko inkestaren arabera, identitatea ezartzeko faktore garrantzitsuenak hizkuntza eta lurra dira. Lurra da maputxeen identitatearen erreferentzia nagusia. Maputxeen arabera "lur indigena aneztralak berreskuratzea" izan beharko litzateke Txileko gobernuak ebatzi beharreko lehenengo gatazka, kultura, hezkuntza, enplegua eta hizkuntzarekin erlazioatutako arazoan aurretik. Hirigunera lekualdatzea mehatxu kultural gisa ikusten da, honek hizkuntzan eta lurraldearekin harremana moztean duen eragina dela eta. Maputxeak hirigunean deseroso daudela agerian da inkestan: %66ak landa eremuan hobeto bizi dela deritzo, %22ak, aldiz, hirigunean hobeto bizi dela. Maputxe gazteen gehiengoak ere landa eremuan bizitzea nahiago duela dio.

Valenzuelak (2007) esaten duenez, lurra maputxeen ekonomiaren oinarria den bezala, komunitatearen oinarri sinbolikoa da. Gauzak horrela, lurraren balio ekonomikoa balio sinbolikoarekin bat ez etortzea gatazka maputxearen funtsean dago. Beraz, lurra ezin da jabego gisa ulertu soilik. Hau da, ikuskera ekonomikoa hutsak ez du asmatzen lurra jabegoarekin berdintzerakoan, ezta politikoa hutsak ere ez, lurra lurraldearekin berdintzean.

Lurraren balio sinbolikoaren adierazgarri da maputxeen %65ak lurra pertsona ez maputxeei ez saltzearen debeku aneztrala onartzea (CEP, 2006). Maputxeen identitatearen eraikuntzan lurra aintzat hartzen ez denean honen balio sinbolikoa gutxiesten da (Valenzuela, 2007).

Hortaz, lurra neurtu ezin daitekeen balio sinbolikoa du herri maputxearentzat eta identitate etnikoaren oinarria da. Hala ere, lurraren balio sinbolikoaz gain ezin dugu ahaztu historian zehar izan duen eta oraindik ere izaten jarraitzen duen balio ekonomikoa eta politikoa, baita biztanleria maputxearen osasunarekin duen erlazioa ere. Jarraian lurrarekin lotura estua duen herri maputxearen testuinguru politikoa hitz egingo da, ondoren, osasunaz.

2.3. Testuinguru politikoa herri maputxearentzat

Aurretik aipatu den bezala, historikoki Txile eta Argentina hegoaldean kokatu dira komunitate maputxeak; haien hizkuntzan, *mapudungun*ean, *Gullumapu* (eguzkia hiltzen den lurra, Txilen) eta *Puelmapu* (ekialdeko lurra, Argentinan) deituriko lurraldeetan (Caceres, 2008). Hala ere, jarraian ikusiko den bezala, mendeetan zehar maputxeen lurralde historikoaren murrizketa eman da.

2.3.1. 1860-1990: Diktadura aurreko garaia eta diktadura

Txileko independentziatik (1818) ia mende erdira, 1861 eta 1883 bitartean, Txileko armadak maputxkeen lurralde historikoan aurrera egin zuen *Araukaniaren Baketzea* delako planean, *Araukaniaren Okupazioa* izenez ere ezagutzen dena. Prozesu honetan maputxkeen lurrak okupatu ziren eta hauek, kanpoko eta bertako kolonoei eman zitzaizkien. 1883 eta 1929 bitartean, 1.000.0000 hektareatik 500.000ra murriztu ziren maputxkeen lurrak. Horren ondorioz, familia asko lur eremu txikietan birkokatu behar izan ziren edo lurrik gabe geratu ziren (CEPAL, 2012).

Lurren murrizketez gain, politikoki, biztanleria indigena gutxitua izan zen hainbat urtetan: Estatuak biztanleria indigena ez zuen errekonozitu XX.mendeko bigarren erdian Laborantza Erreformen (1964-1973) indigenen parte-hartze politikoa baimendu zen arte. Erreforma horrekin, komunitate maputxek zenbait lur eremu berreskuratu zituzten. Hala ere, Erreforma prozesua 1973ko kolpe militarrek geratu zuen, Pinocheten diktadura militarra hasi zenean (1973-1990). Diktadura honetan industria forestala bultzatu zen desjabetutako lurretan eta lur hauek enpresa forestal handiei transferitu zitzaizkien (Cuyul, 2013).

2.3.2. 90. hamarkada: Trantsizio garaia

Pinocheten diktadura erregimena amaituta, 1990ean herri maputxea eta Txileko estatua egoera politiko berri baten aurrean zeuden. *Nueva Imperialeko Akordioan* Txileko presidente zen *Concentraci3n de Partidos por la Democracia*³-ko Patricio Aylwinek eta herri indigenetako ordezkariak parte hartu zuten. Akordio honek gobernu programan indigenak kontuan hartzen zituen, izan ere, besteak beste, herri indigenen eskubideen inguruko LNEren 169.hitzarmena berresten zen bertan, hauek konstituzioan errekonozitu, Herri Indigenen Komisio Berezia sortu zen (CEPI), eta 19253.Legea, Lege Indigena, inplementatu zen (Uharte eta Vázquez, 2015).

Hala ere, *Nueva Imperialeko Akordioa* parlamentuaren aldetik geldiarazi zen. Lege Indigena izan ezik, aipatutako gainerako lorpenak 1992an baliogabetu ziren Patricio Aylwin presidentek parlamentuan proposamenak aurkeztean (Uharte eta Vázquez, 2015). 19253.Legea 1993an onartu zen eta honek, etnia indigena gisa onartu zituen hasieran aipatutako *mapuche*, *aimará*, *rapa nui*, *atacameño*, *quechua*, *colla*, *kawashkar* edo alacalufeko eta kanal australerako *yamana* edo *yagan* komunitateak. Honen bidez, jatorrizko herrien lurrerako eskubidea aitortu zen, kultura babesteko konpromisoa hartu zen, legeak onartzen zituen erakunde bidezko parte-hartzea bultzatu zen eta Indigenen Garapenerako Korporazio Nazionala (Corporaci3n Nacional de Desarrollo Indígena, CONADI) sortu zen (5.eranskina). Gaur egun martxan jarraitzen duen CONADIren helburua jatorrizko herrien eskaerak jaso eta asetzea da, bereziki hurrengo arloetan: lurren jabegoa komunitate indigenei itzultzea, produkzioaren bultzatzea eta kulturaren indartzea (Cerde, 2009).

³ Txileko diktadura garaian, diktaduraren aurka egindako "*Concentraci3n de Partidos por el No*" alderdi politikoen koaliziotik sortutako ezkerreko eta zentroko espektro politikoko koalizioa da "*Concentraci3n de Partidos por la Democracia*". 1989 urtean presidentziarako hauteskundeetan gehiengo absolutoa lortu zuen azken horrek.

Ikusi den bezala, Txileko trantsizioko joko arau zorrotzek aldaketa sakona gauzatzea ekidin zuten, diktadura erregimenaren zenbait aspektu aldatzeko gaitasuna izan ez zutelako. Estatu eta gizarte zibilaren urruntzea izan zen ondorioetako bat. *Concentracion de Partidos por la Democracia* garai horretako munduko tendentzia sakondu zuen. Hau da, ondasun materialen kontsumoa eta honetarako aukera handitu zen, baita subjektu sozialaren despolitizazioa eragin ere (Uharte eta Vázquez, 2015).

Trantsizioko politikak, beraz, neoliberalismoa sakontzean oinarritu ziren. Gauzak horrela, gizartearen garapenerako irabaziak birbanatu ziren, hain zuzen ere, Aylwinek "hazkuntza ekitatearekin" deiturikoa aplikatu zuen. Hortaz, diktaduraren herentzia zuzendu zen plano ekonomiko eta demokratikoan baina transformazio erradikal bat bilatu gabe (Bolados, 2012).

Prozesu honetan nazioarteko garapenerako erakundeek parte hartu zuten, eredu neoliberalak hedatu zuten logika subsidiario batekin eta gatazka sor zezaketen sektoreei bideratuta. Bide horretan, abernuaren interbentzioak burutzeko objektu gisa hartu ziren komunitate indigenak. Logika hau Munduko Bankuak eta Garapenerako Banku Interamerikarrak bezalako organismo multilateralek bultzatzen dute 80.hamarkadatik, kapital soziala baztertutako taldeak azpigarapenetik irteteko tresna denaren ideia zabaltzen dute (Bolados, 2012). Prahaladek (2005) kapitalismo inklusiboa deitzen dio mekanismo horri, hau da, "merkatua guztien artean sortzea pobreen beharren arabera, pobrezia arinduz". Honen harira, 2.0 pobrezia kontzeptua aipatzen dute Romero eta Ramirok (2012), "kontua ez da ezberdintasun sozialak egotea bultzatzen duten kausa estrukturalak etetea, baizik eta merkatuak ezartzen dituen irizpideen arabera pobrezia kudeatzea".

Bengoak (2007) planteatzen duen definizioa jarraituz, "auzi indigena" trantsizio garaitik dago Txileko agenda politiketan, ez ordea "eskaera indigenak". "Auzi indigenak" ezaugarri indigena erdigunean duten eskakizunak onartzea dakar. "Eskaera indigenek", aldiz, ez dituzte soilik komunitate indigenentzako onurak aldarrikatzen, Estatu eta biztanleria osoari eragiten dieten aldaketak proposatzen dituzte. Gauzak horrela, gizarte interkulturala proposatzean, indigenek kulturen arteko dominazio-subordinazio harremanak kuestionatzen dituzte, ez soilik indigenen pobrezia eta marjinazio egoera. Kapitalismo inklusiboa indigenen pobrezia eta marjinazio egoera ebazteko tresna izango litzateke, hau da, "auzi indigenekin" bat datorrena; baina ez die "eskaera indigenei" erantzuten. Beraz, ez ditu etniaren araberako dominazio-subordinazio harremanak birplanteatzen eta ez die kausa estrukturalari so egiten.

Txileko estatuak "eskaera indigenekin" bat egin ez zuela eta diktadura ostean dominazio-subordinazio harremanek jarraitu zutela agerian dago herri maputxeak bere lurretan jasandako neoliberalismoaren ondorioetan: plantazio forestalak, Ralco Represa Hidroelektrikoaren eraketa 1997an, CELCO duktuaren eraketa Mehuinen Arauco Celulosak sortutako hondakinak itsasora botatzeko, 1992ko Arrantza Legea Tirúan itsasoko baliabideak ateratzeko antzinako menara komunitario bati kalte egiten ziona, eta abar (Uharte eta Vázquez, 2015).

Beraz, Txileko herri indigenen kasuan 90.hamarkada bi eratarik ikusten da. Alde batetik irabazitako hamarkada gisa, batez ere herri indigenen errekonozimendu eta garai honetan bultzatutako erreformetan izandako parte-hartze politikoan (Bengoak, 2007). Beste alde batetik

aurrerapen hauek herri indigenen eskubide kolektiboen errekonozimendu formal batera mugatzen direla ikusi da, hain zuzen ere, demokrazia politikoa eta liberalizazio ekonomiko konpatibilizatzeko helburura bideratu dira (Bolados, 2010), hau da proiektu neoliberalaren sendotzerako.

2.3.3. Gaur egun

90.hamarkadan bezala, XXI.mende hasieran ere herri indigenen parte-hartze eta errekonozimendua bultzatzeko asmoa zuten hitzarmen eta deklarazioak onartu ziren. Aipatzekoak dira LNEren 169.hitzarmena eta Herri Indigenen Eskubideen inguruko Deklarazioa (2007).

Gauzak horrela, 1989an plazaratutako LNEren 169.hitzarmena 2007an sinatu zuen Txilek. Hitzarmen horrek organismo multilateralen aldetik auzi indigena tratatzeko moduaren aldaketa proposatzen du. Aurretik martxan zegoen 157.hitzarmenak indigenismoa, asistentzialismoa eta "gizarte gorena"-ren asimilazioa oinarri zuen. Hitzarmen berri honek, aldiz, herri indigenen identitatea, bizitzeko modua eta antolaketa mantentzea bultzatzen du. LNEren 169.hitzarmeneko 1go artikuluan esaten denez "Indigenak dira herrialde independienteetako herriak, herrialde horretan kolonizazio garaian bizi ziren poblazioen oinordekoak direnak eta oraindik ere haien instituzio sozial, ekonomiko, kultural edo politikoak mantentzen dituztenak". Hitzarmenaren arabera, estatuei dagokie herri indigenentzako egokiak diren osasun zerbitzuak jartzea osasun maila gorena lortu ahal izateko; baita herri hauen metodo, praktika eta sendabide propioak eta testuinguru geografiko, ekonomiko, sozial eta kulturala aintzat hartzea ere (LNE, 1989) (1go eranskina).

"Herri" kontzeptua azaltzen da aipatutako hitzarmenean, lurralde, historia, kultura eta etniari dagokionez giza talde baten bereizgarri gisa. Ebazpen, hitzarmen eta nazioarteko deklarazioetan ere "herri indigena" terminoa erabiltzen da (OEP, 2009). 169.hitzarmeneko 1go artikuluan herri kontzeptuak determinazio askerako eskubidearekin ez dela lotzen zehazten da (LNE, 1989).

Valenzuelak (2007) "herri maputxea" espresioa egokitzat hartzen du, izan ere, herriek lurra dituzte, nazioek, aldiz, lurraldearen kontrol juridikoa. Bengoaren (2007:272) aburuz, aldiz, LNEren 169.hitzarmenak proposatutako "herri indigena" kontzeptua auzi indigenaz nazioarteko mailan eztabaidatzeko egokiena da, hala ere, kolektibo indigenen herri izaera aitortzeak kontraesan teoriko eta politikoa dakar euren determinazio askerako eskubidea murrizten baitu. Hain zuzen ere, kontraesan hau dela eta, Txilen ez zen urteetan hitzarmena onartu, Estatuaren unitate politikoaren aurka jardungo zuelakoan.

Hitzarmenak markatutako bide horretan, Donosoren (2008) arabera, estatuek dibertsitate etniko-kulturala errekonozitzea eta herri indigenen eskubide politiko, sozial, ekonomiko eta kulturalak onartu eta bermatu behar dituzte. Horrez gain, segurtasunerako estatuto berezi bat sortu behar dute eta urteetako herri indigenenganako diskriminazio historikoa eta gabezi ekonomiko larriak kontutan hartu. Tresna horrekin herri indigenei zuzenean eragiten dieten inizatiben inguruan aurretiko kontsulta egitera behartuta dago Txileko estatua, hala nola, lur indigena eta baliabide naturalekin erlazionatutako proiektuen kasuan (CONADI, 2014).

Hain zuzen ere, Txilen errekonozitzen diren etnietako ordezkariekin kontsulta prozesua egin da Herri Indigenen Ministeritza eta Herri Indigenen Kontseilua sortzeko. Kontsulta horretan oinarrituta, 2016ko maiatzaren 4an bi hauek sortuko dituen lege proiektua sinatu zuen Michelle Bachelet presidenteak. Organismo horiek eratzearen helburua, presidentearen hitzetan, "politika indigena maila instituzional gorenera eramatea da", herri indigenen eskubideak defendatzeko, horien garapena sustatzeko, eta edozein eratako diskriminazioak ezabatzeko (CONADI, 2016).

Hala ere, herri indigenen parte-hartzerako saiakerak alde batera utzita, praktikan emandako aurrerapenak oraindik ere urriak direla ikusi da hainbat arlotan. Azken urteetan, globalizazio neoliberalaren garaian, indigenen lur, baliabide natural eta kulturei eragiten dieten proiektu ekstraktibistak aurrera eraman dira Txilen. Gainera, eskubide politiko eta lur eskubideen inguruko legegintza esparrua eskasa da oraindik ere (Tricot, 2007). Gaur egun, maputxeen lur historikoen jabe dira hainbat enpresa hidroelektriko, forestal zein partikularrak. CONADIK 1994tik 2009ra bitartean egindako inbertsioa⁴ ez da nahikoa izan Latinoamerika eta Kariberako Komisio Ekonomikoaren (Comisión Económica para América Latina y Caribe, CEPAL) eta Latinoamerikako eta Karibeko Demografia Zentro-aren (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE) (2012: 20) ikerketan azalduenez. CONADI kritikatzan dute zenbaitek, gobernutik datorren egitura baita, ez ordea herri maputxetik (Tricot, 2007).

Estatuak bultzatutako herri maputxearen eskubide urraketak direla eta, zenbait erakunde maputxek herri maputxearen autonomia aldarrikatzen dute. Herri maputxeen eskaeren aurrean "Terrorismoaren Aurkako Legea" aplikatzen du Estatuak, diktadura garaian sortu zena. Tricotek (2007) aburuz, Estatuak mugimendu maputxea kriminalizatu eta judizializatzen du: maputxeen aldarrikapen ekimenak puzten ditu, polizia eta gehiegizko indarra erabiltzen du, komunikabideetan maputxeak terrorista eta gaizkile gisa estigmatizatzen dira, eta azkenik tribunaletan amaitzen da gaiarekin.

Azpimarratu beharra dago, hortaz, maputxeek inekitate egoerak eta eskubide urraketak jasaten dituztela. CEPAL/CELADEren (2012: 22) ikerketan esaten denez, egiturazko indarkeria da inekitatearen jatorria. Honen funtsa gizartearen estratifikazio prozesuak dira (genero, etnia eta klase sozialean oinarritutakoak). Botere politikoaren banaketa eta baliabide material eta sozialen sarbide inekitatiboa eragiten dituzten prozesu hauek etengabe erreproduzitzen dira eta horretarako boterea erabiltzen da.

Laburbilduz, XIX.mende amaieratik gaur egunera bitartean maputxeen eskubideen aitortpena bultzatzen duten dokumentuak sinatu diren arren, hainbat arlotako inekitate egoerak errealitatearen parte izaten jarraitzen dute.

⁴ CONADIK "Lur Funtsa" izeneko diru funtsa dauka, non urteko aurrekontuaren %50a inbertitzen duen 19253. Legean aipatutako lur indigenak (5. eranskina) berreskuratzeko helburuz. 1994-2009 bitartean 292 milloi dolar inbertitu dira.

2.4. Maputxeen osasuna

2.4.1. Epidemiologia eta osasun adierazleak

Mendeetan zehar, biztanleria maputxeak jasan dituen epidemia larri ugari dokumentatu dira: kolera (1867), baztanga (1904-1906 eta 1922) eta tifusa (1892). Gaixotasunen aurrean maputxeak horren minberak izatea lur murrizketak direla eta eragindako bizi baldintzen urraketek eta memoria immunologikorik⁵ ez izateak azaldu dezake. Cuyulen (2013) arabera, "gizarte garapenaren" diskurtsoaren bidez kultura indigenen oinarrien aldaketa sustatu izanak gaixotasun kolektiboen fenomenoak bultzatzen du.

Gauzak horrela, "guztion ongizatea" bilatzeko helburuz kolonizazioaren dispositibo politiko ideologiko estatalak txertatu ziren lur maputxeetan, hala nola, eskola eta eliza. Eskola zein elizak osasunaren inguruko jakintzen akulturazioa⁶ bultzatu zuten, eta bultzatzen jarraitzen dute aurrerago ikusiko den bezala. Garai horretan hasi zen osasun praktika tradizional eta biomedikoaren hibridazioa, egungo osasun praktiketan ikus daitekeena (Cuyul, 2013).

Epidemiologia⁷-rekin jarraituz, Ibacache et al.-ek (2001) etnoepidemiologia edo epidemiologia interkulturala planteatzen dute, hau da, ikertzen ari garen biztanleriak duen ikuskera aplikatzea komunitate jakin batean dauden gaixotasunak aztertzerako orduan. Autore horien arabera, gaixotasun maputxe ohikoenen artean daude *konun*, *xafentun* eta *susto*. Gaixotasun popularrak ere aipatzen dira, hau da, "konkistatzaile espāñolek lurralde maputxeetara ekarritako osasun-gaixotasunaren inguruko jakintza eta agente terapeutikoak barnebiltzen dituen eredu medikoak azaltzen dituen gaixotasunak". Azken horien artean daude *empacho*, *mal de ojo*, *pasmo* eta *enfriamiento*.

Gaur egun, zenbait ikerketen arabera, Araukanian bizi den biztanleria maputxeak biztanleria txilenoak baino morbiditate eta hilkortasun tasa⁸ handiagoa du. Jaiotzako bizi esperantza⁹-ri dagokionez, 2012-2014 bitartean Txilen 76,12 urtekoa zen gizonentzat eta 82,2 urtekoa emakumeentzat (Minsal, 2014). Ez da ez bizi esperantza, ez jaiotza tasa, ezta erditzean jasotako arreta profesionala etniaren arabera kalkulatzeko duen ikerketarik aurkitu. Beraz, oso urriak dira gaur egun maputxeen osasun adierazleen inguruko datuak, are urriagoak generoa eta etnia kontuan hartzen dutenak. Jarraian, aurkitutako maputxeen osasun adierazleen inguruan hitz egingo da.

⁵ Gorputzeko sistema immunologikoak (patogeno edo gaixotasuna eragin dezaketen mikroorganismoetatik babesten gaituenak) aurretik patogenoarekin kontaktua izan eta bigarren aldian patogenoa identifikatzen duenean, memoria immunologikoa duela esaten da. Gaixotasuna eragiten duen mikroorganismoarekin lehenengokoz kontaktuan dagoenean (konkistatzaileek transmititutako gaixotasun berrietan, esaterako) gorputzak oraindik ez du memoria immunologikorik, beraz, ez ditu patogeno horren aurrean antigorputz jakinak sortzen eta errazago gaixotzen da.

⁶ Akulturazio esaten zaio beste kultura bat hartze eta moldatze prozesuari, berezko kulturaren galera dakarrela.

⁷ Gaixotasun epidemikoak (pertsonek kopuru handiari momentu eta leku jakin batean eragiten dioten gaixotasunak) aztertzen dituen medikuntzaren barneko atala da epidemiologia.

⁸ Morbiditate tasak denbora tarte jakin batean leku batean gaixotzen diren pertsona kopuruari dagokio, eta hilkortasun tasa denbora tarte jakin batean leku batean hiltzen den pertsona kopuru da.

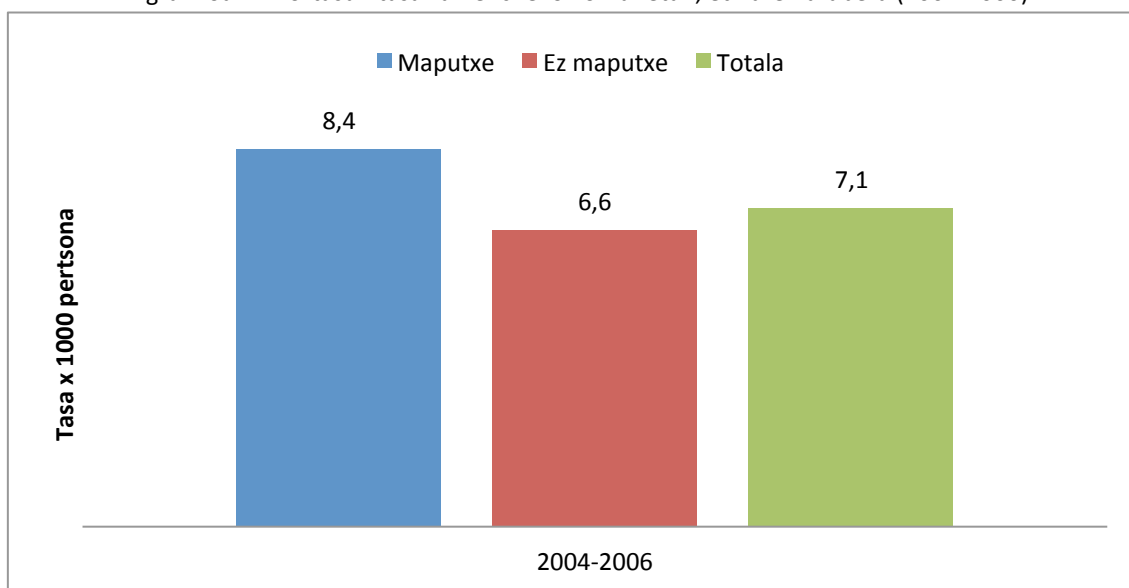
⁹ Jaiotzako bizitza esperantzak jaioberri bat bizitzea espero den urte kopuruari dagokio (Minsal, 2014).

Aipatzekoa da ikerketa horretan GGI Galdutako Bizitza Urte Potentzial¹⁰-en (GBUP) bidez eta osasunaren inguruko pertzepzio subjektibo bidez neurtzen dela. GBUPei dagokionez, 90,6 urte dira gizonentzat eta 52,75 emakumeentzat Txilen, totala 71,58 izanik (Minsal, 2014). PNUD/UFRO/MIDEPLANen (2003) ikerketaren arabera, 92,2koa da GBUP ez maputxeentzat eta 102,6koa maputxeentzat. Hortaz, 2003tik 2014ra Txileko biztanleria orokorraren GBUP jaitxi dela ikusi da, emakumeen datuak hobekiago direla adierazle honetan (hilkortasun tasa baxuagoarekin erlazionatuta) eta maputxeen datuak ez-maputxeenak baino txarragoak direla.

Osasunaren pertzepzio subjektiboa neurtzeko, "zure osasuna...dela esango zenuke?" galdera formulatu zen. Maputxeak ez direnen %64,1ak bere osasuna oso ona edo ona zela esan zuen, maputxeen %55,3ak ere berdina adierazi zuen (PNUD/UFRO/MIDEPLAN, 2003).

Txileko Osasun Ministeritzak Araukaniako eskualdean egindako ikerketan biztanleria maputxearen hilkortasun tasa ez maputxearena baino altuagoa zela ikusi zen (12.grafikoa). Landa eremuan bizi den biztanleria maputxeak zein ez maputxeak, hirigunean bizi denak baino hilkortasun tasa altuagoa dauka. Sexuari dagokionez, gizon maputxeek emakume maputxeek baino probabilitate altuagoa dute hiltzeko (%20); ez maputxeen kasuan, gizonen hiltzeko probabilitatea oraindik altuagoa da (%30-50) (Minsal, 2008).

12.grafikoa: Hilkortasun tasa Lafkencheko komunitetan, etniaren arabera (2004-2006)



Iturria: Autoreak egina Minsaleko (2008) datuak erabiliz

Umeen hilkortasun tasari dagokionez, 2001-2003 bitartean haur maputxeen hilkortasun tasa maputxeak ez diren umeena baino ia 4 aldiz handiagoa izan zen: 21,8koa maputxeena eta 6,3koa ez maputxeena. Txileko umeen hilkortasun tasa 7,8koa izan zen urte batetik beherako 1000 umeko (Minsal, 2008).

¹⁰ GBUPk populazio jakin batean jasandako pertsonen galera adierazten du, heriotza goiztiarrak (80 urtetik beherakoak) kontuan izanda 1.000 pertsonako (Minsal, 2014).

Hiltzeko arrazoiei erreparatuz gero, Txileko arrazoi nagusiak gaixotasun kardiobaskularrak (%27,7), minbizia (%24,7), arnas gaixotasunak (%9,5), eta traumatismoak, istripuak eta indarkeria (%9) izan ziren 2002an. Araukania eskualdean lehenengo bi arrazoiek balio zertxobait baxuagoak izan zituzten, eta heriotzen %11 "sintoma, zeinu eta aurkikuntza anormal" gisa definitu zen, 4.postua izanik 2004-2006 bitartean. Maputxkeen kasuan, aipatutako azkenengo kausa da hiltzeko arrazoi nagusia emakume zein gizonetan eta zio hau landa eremuan bizi diren maputxeei dagokie gehienetan. Kausa horren ondorioz gertatutako heriotzak ezin dira zehazki azaldu datu faltagatik. Hala ere, baliteke landa eremuko osasun arretarako zailtasunek eragina izatea, baita elementu kulturalak direla eta hartutako erabakiek ere (hala nola, "heriotza ona" izatea erabakitzea eta komunitatean hiltzea, heriotzaren ziurtagiri medikorik izan gabe) (Minsal, 2008).

CEPAL/CELADEren (2012) arabera, plantazio forestalen kontzentrazio altua duen Ercilla komunako biztanleria maputxeak, biztanleria ez maputxeak baino probabilitate altuagoa du minbiziagatik (%90 gehiago), arnas gaixotasunengatik (%110) eta traumatismoengatik (%50) hiltzeko.

Ikusi den moduan, aztertutako osasun adierazleek biztanleria maputxearen osasun maila ez maputxeena baino txarragoa dela agerian uzten dute: GBUP altuagoa dute, osasunaren pertzepzio txarragoa, hilkortasun tasa altuagoa (gizonek emakumeek baino altuagoa, munduko tendentzia orokorra jarraituz), umeen hilkortasun tasa altuagoa eta abar. Beraz, maputxe eta ez maputxkeen artean inekitate da nagusi osasun arloan.

Osasun inekitate egoera hau eragin dezaketen fenomenoek dagokienez, CEPAL/CELADEren (2012) ikerketa berean pinu eta eukalipto landaketa masiboek komunitate maputxeetako ur eskasiaren fenomenoarekin duten erlazioa aipatzen da. Bestalde, Ibacache et al.-en (2001) arabera, lurzorua degradazioa, plantazio exotikoen efektuek eta herbizida eta intsektizidek eragindako lur eta uraren kontaminazioak gaixotasun infekziosoak eragiten ditu, eta gaixotasun espirituala ere eragin dezake ekosistemetan eragindako desorekak. Horrez gain, Seguelen (2003) arabera, Araukaniako zabortegien %70 komunitate maputxeetatik hurbil aurkitzen dira. Breilhek (2003) dioenez, aipatutako fenomenoak "osasunaren prozesu erasotzaileak" dira, hau da, kolektiboen osasun eta ongizaterako kaltegarriak diren gertaerak.

Horrelako fenomenoek subordinazio politikoa eta explotazio ekonomikoa azaleratzen dute eta osasun inekitatea ondorio nagusietako bat da. Aldi berean, Txile hegoaldeko maputxeak Estatuarentzat "bigarren mailako hiritarrak" direla erakusten dute. Cuyulek (2013) esaten duenaren arabera, Estatuaren politika neoliberalak harreman neokolonialek jarraitzea eragiten dute eta horrela, inekitatea legitimatu eta naturalizatzen dute.

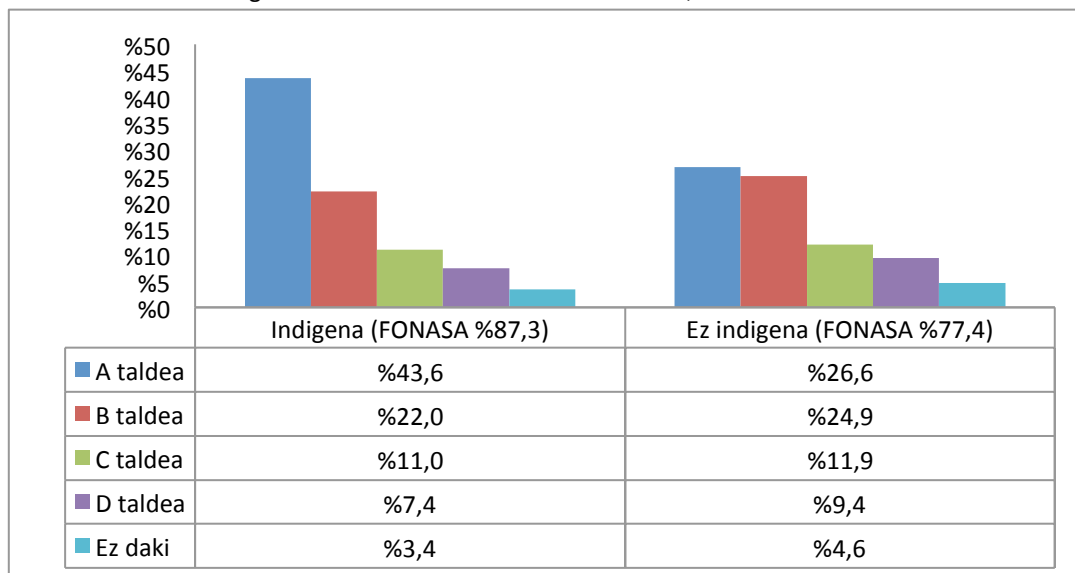
2.4.2. Txileko Osasun Sistema

Txilen biztanleria indigena eta ez indigenak erabiltzen dituen bi osasun eredu nagusi daude: osasun eredu maputxea edo tradizionala, eta mendebaldeko osasun eredu edo biomedikoa (Kraster, 2003). Lehenengoa da komunitate maputxeetan historikoki erabili izan den osasun eredu, eta bigarrena azken hamarkadetan apurka ezarri dena.

Osasun eredu biomedikoa komunitate maputxeetan txertatzeko lehenengo saiakerak, 60.hamarkadan hasi ziren. Orduan, Estatutik sortutako Osasun Zerbitzu Nazionalaren (OZN) bitartez herri maputxearen jaiotza kontrola abiatu zen, baita praktika biomedikoen intentsifikazioa ere. Kolpe militarraz geroztik, OZN Osasun Ministeritzan zentralizatutako osasun zerbitzu publiko-pribatua bihurtu zen. Cuyulek (2013) esaten duenez, erreforma horren arrazoa motibazio ekonomikoak izan ziren batez ere, helburua agente pribatuak osasunean sartzea baitzen.

1979an sortutako Osasun Funtz Nazionalak (Fondo Nacional de Salud, FONASA) osasunerako aukera publiko gisa dirau gaur egun. Horrek, biztanleria diru sarreren arabera estratifikatzen du eta sistemaren finantzaketa diru sarreren arabera da. A, B, C eta D taldeetan banatzen da biztanleria; lehenengoa da biztanleria maputxearen gehiengoari dagokiona; hau da, A taldea, sarrera gabekoa edo "indigentea" (Cuyul, 2013). 2013ko CASEN galdeketaren arabera, biztanleria indigenaren %43,6 FONASAKo A taldean dago, biztanleria ez indigenaren %26,6rekin alderatuz (13.grafikoa). Txileko biztanleria indigenaren %87,3 eta ez indigenaren %77,4 FONASAn dago afiliatuta; gainerako gehiengoak (%6,5ak eta %15ak hurrenez hurren) Osasun Probisionaleko Instituzioak (Instituciones de Salud Previsional, ISAPRES) izeneko osasun aseguru pribatua erabiltzen du. Biztanleria indigenaren %2,6 eta ez indigenaren %2,7 ez dago afiliaturik osasun sistema baten ere ez (Ministerio de Desarrollo Social, 2013). Bai FONASAK bai ISAPREsek karaktere biomedikodun osasun arreta herrialde osoan eskaintzen dute.

13.grafikoa: Osasun sistemarekiko afiliazioa, etniaren arabera



Iturria: Autoreak egin auzite Garapenerako Ministeritzako (2013) datuak erabiliz

Osasun zerbitzuen privatizazioaren testuinguruan osasun arloko zenbait erakunde maputxek familia maputxeren osasun arreta hobetzeko helburuz proposamen ezberdinak abiarazi zituzten. Erakunde hauek aurrerago aztertuko dugun osasun eredu interkultureko osasun zentro ezberdinak kudeatzen dituzte gaur egun (Cuyul, 2013).

Biztanleria maputxe eta ez maputxearen arteko konparaketa egiten duen osasun zerbitzuetarako sarbidearen inguruko datuak oso urriak eta zaharrak dira eta ez da osasun arreta tradizionala erabiltzen duen biztanleria kopuruaren inguruko daturik aurkitu. Minsalaren (2003) arabera, landa eremuan hirigunean baino kobertura eta eraginkortasun gutxiago izan dezakete zerbitzu publikoek. Adibidez, osasun langile eta zerbitzuen kontzentrazio handiagoa dago hirigunean. Gainera, zerbitzu publikoak komunitate indigenetatik urrun daude, sarbidea zailduz. Eskuraezintasun kulturala ere egon daiteke, osasun langileek biztanleria indigenaren kultura, hizkuntza eta osasun eredia ezagutzen ez dutenean. Guzti horrek biztanleria indigenaren osasun sarbiderako aukera zailtzen du.

Beraz, afiliazioari dagokionez, beste osasun sistema batzuekin alderatuz, indigenen ehunekoa handiagoa da osasunerako aukera publikoan ez indigenen ehunekoa baino. Era berean, diru sarrera gutxien dutenen taldeetan (A eta B) indigenen ehunekoa ez indigenena baino altuagoa da. Osasun zerbitzuetarako sarbide eta erabileraren inguruko datuen gabezia oso handia da eta hortaz, gehiago ikertu beharra dago. Hala ere, zenbait ikerketetan sarbiderako zailtasunak eta eskuraezintasun kulturala dokumentatu dira komunitate indigenetan.

2.atalean ikusitakoa laburtuz, herri maputxeak urteetan jasandako lur murrizketak, haien eskubideen errekonozimendu formala (ez eraldatzailea) eta neoliberalismoaren sendotzea izan dira azken hamarkadetako ezaugarri nagusiak. Ikusi den bezala, aztertutako arlo askotariko maputxe eta ez maputxeen arteko inekitate egoerek (osasuna, hezkuntza eta diru sarrerak, besteak beste) testuinguru politikoarekin erlazioa dute. Azpimarratzekoa da landa-eremuan bizi diren emakume maputxeak direla hezkuntza eta diru sarrerei dagokienez egoera kaskarrean bizi direnak. Hortaz, etnia, genero eta sakabanaketaren arabera botere-harremanak eraiki direla agerian dago.

3. TXILEN DAUDEN OSASUN EREDUAK

3.1. Osasun eredu kontzeptua

Gaixotasuna, sufrimendua eta heriotza, osasuntsu mantentzeko motibazioaren gisara, gertaera biologiko eta sozial unibertsalak dira, hau da, giza talde guztien funtsezko arazo izan dira historikoki. Gaixotasunei aurre egiteko, osasuna berreskuratzeko, ongizatea bermatzeko edota gaixotasunaren fenomenoari azalpen bat emateko helburuarekin giza talde guztiek estrategiak garatu dituzte. Kultura bakoitzaren *kosmobisioaren* (mundua ulertzeko era), historia sozial eta ekonomikoaren, eta gune geografikoaren arabera, kategoria, eredu, ideia eta praktika desberdinak eratu dira. Hori dela eta, erantzun hauek ez dira zertan antzekoak ezta baliogarriak izan behar kultura denetan (OEP, 2009). Beraz, gertaera biologiko eta sozial unibertsalak badaude, baina horien azalpena ez da unibertsala ezta hauei erantzuteko praktikak ere.

Antropologia soziokulturaletik sistema edo osasun eredu gisa definitzen da indibiduo edo kolektiboen osasuna helburu duten agente terapeutiko, osasun-gaixotasun kontzeptuen azalpen eredu, praktika eta teknologien multzo koherente, estratifikatu eta antolatua. Osasun eredu horien nolakotasuna testuinguru soziokulturalaren arabera izango da. Hortaz, osasun ereduak inguru sozial zehatz bateko osasun beharrei erantzuten dieten kulturalki sortutako egiturak dira (Alarcón et al., 2003).

Osasun ereduetan dimentsio kontzeptuala eta konduktuala edo jarrerakoa ezberdindu ditzakegu. Dimentsio kontzeptualak gaixotasunaren fenomenoaz azaltzen duten axioma edo oinarriak dagokio eta paziente eta profesionalen kulturak baldintzatuko du erabat. Bestalde, dimentsio konduktualak osasun eredu batek helburu jakinak lortzeko erabiltzen dituen prozedura, ekintza eta eragileei egiten die erreferentzia (Alarcón et al., 2003).

Praktika medikoa eredu epistemologikoaren arabera izango da. Hau da, gaixotasunaren jatorria azaltzen duten oinarrien arabera praktika bat edo beste erabiliko da prebentzio eta tratamenduan. Eredu epistemologikoak legitimatuko du, beraz, praktika (Alarcón et al., 2003). Adibidez, mediku batek nekez onartuko du beherako baten jatorri gisa janarian espiritu gaizto baten presentzia. Hala ere, herri indigena batzuetan aipatutakoa onartzen da. Era berean, zenbait kulturatan txaman baten amets edota naturako zeinuk legitimatzen dituzte osasun praktikak.

Praktika mediko bat edo beste onartzeko, pazienteek gaixotasunaren azalpen jakin bati egokitzen dioten sinesgarritasuna erabakigarria izango da. Gainera, sinesgarritasuna izango da tratamenduaren atxikimendu maila baldintzatuko duena. Beraz, prozesu terapeutikoaren arrakastan sendatzaile eta pazientearen gaixotasunaren inguruko azalpenen bat egite mailak eragin handia izango du (Alarcón et al., 2003).

Laburbilduz, osasuna eta gaixotasuna definitzerako orduan osasun eredu guztietan diharduen logika bera da: zio, alternatiba eta ondorioak bilatzen dituen logikak dira guztiak. Kultura bakoitzak, baina, bere sineskerak ditu eta ondorioz, fenomeno berdina modu desberdinean behatu eta pertzibitzen da. Horrela, gaixotasunaren azalpen ezberdinak eraikitzen dira (Alarcón et al., 2003). Beraz, osasun ereduak eraikuntza kulturalak direla baieztatu daiteke.

3.2. Osasun eredu biomedikoaren eta tradizionalen arteko konparaketa

3.2.1. Osasun kontzeptua

Urteak dira osasuna "gaixotasun eza" denaren kontzepzioa gainditu dela. 1946ko New Yorkeko "Osasunaren Nazioarteko Konferentzia"-n definitu zuen OMEk osasuna. OMEren arabera, "osasuna ongizate biologiko, psikologiko eta soziala da, ez soilik gaixotasunaren gabezia" (OME, 1946).

Herri indigenek ez dute OMEren definizioarekin osotasunean bat egiten. Izan ere, OEPren (2009) arabera, herri indigenentzat osasuna hau osatzen duten elementu guztien armonia da, hau da, "gizakiaren bizikidetzat orekatua, natura, norbera eta ingurukoekin, ongizate integralera, osotasunera eta lasaitasun espiritual, indibidual eta sozialera bideratua". Beraz, osasunak perspektiba indigenaren paradigmatik barnebiltzean, osagai indibidual (fisiko, mental, emozional eta espiritual) eta osagai kolektiboen (ekologiko, politiko, ekonomiko, kultural, sozial eta espiritual) dinamika eta oreka harremanetan datza. Osasunaren kontzeptu integral horrek indibiduo eta komunitatearen ongizate biologiko, psikologiko, sozial eta espiritualak barnebiltzen ditu.

OMEren definizioa herri indigenen osasunaren pertzepzioarekin alderatuz gero, indibiduoaren faktore biologiko, psikologiko eta sozialez gain, herri indigenentzat arlo espiritualak eta komunitarioak, eta natura eta gizakiaren arteko harremanek garrantzia dute ere.

3.2.2. Eredu biomedikoaren eta eredu tradizionalen oinarriak

OMEk osasunaren definizioan planteatutako osasunaren ikuspegi bio-psiko-soziala ez dator bat hainbat autorek azaldutako eredu biomedikoaren ikuspegiarekin. Izan ere, osasun eredu biomedikoa ikuspegi erredukzionista duen eredu gisa definitzen da, organo eta gaixotasunetan soilik zentratzen dena. Eredu honek ez du espiritua kontentzen osasun-gaixotasun fenomenoaren azalpen gisa. Zientzia positibistatik azaltzen dira fenomeno horiek eta gaixotasunaren pertzepzio fisiologiko eta estrukturala dira ardatza. Horrela, pertsonen testuinguru soziokulturala eta ingurugiroa alde batera uzten dira. Diagnostiko eta tratamenduari begira, farmako, kirurgiak zein bestelako gailu teknologikoen garrantzi handia hartzen dute (Parra eta Pacheco, 2006; Rapaport, 2007) (2. taula).

Eredu biomedikoa, mendebaldekoa edo modernoa izenez ere ezagutzen da. Menendezek (1988) Eredu Mediko Hegemoniko (EMH) gisa definitu zuen eredu biomedikoa: "medikuntza zientifikotik eratorritako praktika, jakintza eta teoria multzoa, XVII.mende bukaeraz geroztik ordura arte gailentzen ziren jakintzen aurrean gailendu dena, gaixotasuna ulertzeko azalpen bakar gisa identifikatu den arte". Estatu zein irizpide zientifikoek legitimatzen dute eredu hau. EMHren ezaugarri nagusiak ondorengoak dira: biologismoa, indibidualismoa, historiarekin jarraikortasunik ez izatea, merkantilismoa, efikazia pragmatikoa, asimetria, autoritarismoa, pazientearen parte-hartze pasibo eta subordinatua, kontsumitzailearen jakintza eskusioa, legitimazio juridikoa, formalizatutako profesionalizazioa, razionalizazio zientifikoarekin identifikazioa eta kontsumo medikorako joera.

Herri indigenei dagokienez, giza gorputzaren eta gainerako izakiekin (gizaki, espiritu zein naturarekin) duten bizikidetzaren inguruko ezagutza eta praktikak garatu dituzte. Bizirauteko gaitasunaren eta indarraren zati handi bat euren osasun ereduetatik dator. Eredu horien ardatz kontzeptuala edo *kosmobisioa*, oreka, armonia eta integraltasunean datza. Praktika eta ezagutza hauek, oro har, osasun eredu tradizional izenez ezagutzen dira. Osasun eredu tradizionalak ideia, kontzeptu, sineskera, mito, erritual eta prozedura jakin batzuk barnebiltzen dituzte gaixotasun fisiko, mental edota desoreka sozialen inguruan. Ezagutza horiek gaixotasunaren etiologia (zioa), nosologia (klasifikazioa), eta diagnostiko, pronostiko, sendatze eta prebentzio prozedurak azaltzen dituzte. Belaunaldiz belaunaldi eta ahoz transmititu ohi dira herri indigenen jakintzak (OEP, 2009).

Eredu tradizioaletan, osasun-gaixotasun fenomenoaren ikuspegia holistikoa da. Hau da, arlo sozialak, biologikoak, psikologikoak zein espiritualak garrantzia hartzen dute, baita natura eta gizakien arteko harremanek ere. Eredu epistemologiko edo gaixotasunen jatorriari dagokionez, herri indigena gehienek gaixotasunak bi taldetan sailkatzen dituzte: naturaz gaindiko arrazoiengatik sortutakoak eta indigenen mundu mitikoa jatorri ez dutenak. Diagnostiko teknika ugari daude, besteak beste, ametsen interpretazioa, landare aluzinogenoen erabilera eta pazientearen gertu behatzea. Pazientea sendatzea galdutako oreka berreskuratzean datza (OEP, 2009) (2. taula).

2. taula: Osasun eredu tradizionalen eta biomedikoaren arteko konparaketa

	Eredu tradizionalak	Eredu biomedikoa
Ikuspegia	<ul style="list-style-type: none"> • Holistikoa. • Inklusiboa. • Bizi forma guztiak daude erlazionatuta eta interdependienteak dira. 	<ul style="list-style-type: none"> • Erredukzionista. • Selektiboa. • Organo eta gaixotasunetan zentratzen dena. • Espezializaziora bideratua.
Arlo espiritualaren garrantzia	Munduko izaki guztiek dute espiritua.	Espiritua erlijioarekin dago lotuta.
Eredu epistemologikoa	Naturako fenomenoak eta esperientzia kolektibo eta espiritualak dira gaixotasunen azalpena.	Zientzia positibistatik etorritako azalpenak: kanpo agente espezifikoak, malformazio genetikoak eta desoreka fisiologikoak.
Jakintza lortzeko bidea	<ul style="list-style-type: none"> • Intuitiboa. • Kualitatiboa batez ere. • Diakronikoa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Analitikoa. • Kuantitatiboa batez ere. • Sinkronikoa.
Antzintasuna	Aspaldikoa, kulturalki errotutako praktikak eta sineskera aneztralak barnebiltzen ditu.	Erlatiboki berriak diren teknika eta tratamenduak barnebiltzen ditu.

Sendatzeko teknikak	Askotarikoa. Sendabelarrak erabili daitezke, baita tratamendu mistiko edota espiritualak ere.	Teknologikoa. Farmakoetan, kirurgian eta gailuetan oinarritua.
Pazientearen rola	Aktiboa.	Pasiboa.
Pazientearekin harremana	Pertsonala.	Inpertsonala.
Kulturalki	Ezaguna.	Ezezaguna.
Zainketa mota	Jarraia, bizitzako etapak jarraitzen dituzten erritualekin.	Fragmentatua, krisi edo gertaera espezifikoen.

Iturria: Autoreak egina Rapaport (2007) eta Parra eta Pachecon (2006) oinarrituz

3.3. *Kosmobisio* maputxea osasunean

Giza talde guztiek bezala, maputxeek ere heriotza, gaixotasuna eta osasuna azaltzeko estrategiak eratu dituzte, baita gaixotasunei erantzuteko praktikak ere. *Kosmobisio* maputxeak fenomeno horiek azaltzen ditu eta maputxeen osasun ereduaren bitartez ematen zaie erantzuna. Atal honetan *kosmobisio* maputxetik osasun-gaixotasun fenomenoak nola ulertzen diren azalduko da, baita osasun eredu honen dimentsio konduktuala ere.

3.3.1. Dimentsio kontzeptuala

Maputxeen *kosmobisiotik* mundua bizitza eta osasuna babesten duten indarrek eta gaixotasuna eragin dezaketen espiritu gaiztoek osatzen dute. Ongia/gaizkia eta osasuna/gaixotasuna polaritateak beharrezkoak eta osagarriak dira eta orekatuta egon behar dira kosmosaren armonia mantentzeko. Maputxeen arabera, gizaki oro egon beharko litzateke armonian (Torri, 2012). *Küme Morgena* (bizitza ona) da pertsona, natura eta naturaz gaindiko indarren orekaren emaitza (Hasen, 2012).

Naturak eta maputxeen osasunak lotura estua dute, maputxeei naturan gertatzen den orok eragiten die. Naturako oreka galduz gero, izakien arteko harremanek ondorioak jasaten dituzte. Hain zuzen ere, naturako legeak haustean sortutako desoreka egoeratik sortzen da gaixotasun fisiko zein espirituala, hau da, maputxeek *kutran* izenez ezagutzen dutena (Díaz et al., 2004).

Armoniaren haustura hainbat egoeratan gertatzen da, adibidez, familia barneko gatazkak daudenean, bizilagunen arteko liskarretan, animalientzako elikagairik ez badago, toki sakratuak zein bertako izakiak errespetatzen ez direnean, edota naturari kontzienteki kalte egiten zaionean. Hau gertatzen denean, gizakiek sortutako desorekek osasunean eragiten dute. Osasun gabezia ez da soilik ematen minaren presentzia dagoenean. Mina pertsonarengan txertatu den gaixotasunaren heltzea da. Beraz, gaixotasunen adierazpen zehatzetatik haratago begiratu beharra dago eta pertsona zein inguruaren manifestazioei so egin behar zaie (Ibacache, 2001).

Negatiboa eta ezezaguna den orori eta *kutran* eragin dezakeenari *wekufe* edo *wekufü* esaten zaio. Kontzeptu horren ezaugarri patogenoa (gaixotasuna eragiteko ahalmena duena) azaltzea garrantzitsua da maputxeen gaixotasun kontzeptua ulertzeko. *Wekufü* energia izaki baten barnean kontzentratu daiteke, distantziara proiektatu, edota gizaki baten pentsamendu edo emozio bidez (esaterako, gorrotoa, inbidia eta haserrea) hedatu. Energia asaldatzaile hori organismo baten barnean txertatzean, armoniaren haustura eragiten du eta gaixotasuna sortzen du (Díaz et al., 2004).

Gaixotasuna eragiten duen energiak edo energia patogenoak gizaki orori eragiten dio, maputxe zein mendebaldekoa izan; bien arteko ezberdintasuna gaixotasuna bizitzeko moduan dago. Mendebaldeko gizakiak ez dira gai errealitate ezohikoa pertzibitzeko eta *wekufearen* efektu patologikoak begi-bistakoak izan arte (adibidez, mina) ez dira konturatuko gaixotasunaz. Ondoren, efektu horiei ohiko (ez mitiko) errealitateari egokitzen zaion azalpen kausala emango diote. Ondorioz, burutuko diren tratamenduek efektua izango dute erdigune, ez ordea gaixotasunaren kausa. Maputxeek, aldiz, errealitate ezohikoa pertzibitzen dute: mendebaldeko gizakiek ez bezala, prozesu patologikoaren estadio aurreratuan ez ezik gaixotasuna euren barnean sartzen denetik dira horren kontziente. Hortaz, mendebaldeko gizakiek ez dutenean ezer nabaritzen, maputxeek min akutua sentitu dezakete (Díaz et al., 2004).

Citarellak (2000) esaten duenez, maputxeen arabera gaixotasunak bi taldetan sailka daitezke: maputxeen gaixotasunak eta gaixotasun *winkak*. Gaixotasun maputxeak *kosmobisio* maputxean antzeman daitezkeen fenomeno edo botereek eragiten dituzte, ondorioz, gaixotasun hauek maputxeen berezko sendabideen bitartez osatu behar dira. Hiru taldetan sailkatzen dira maputxeen gaixotasunak etiologiaren arabera: *Re Kutrán*, naturak eragindako gaixotasunak; *Weda Kutrán*, arrazoi magiko edo supernaturala duten gaixotasunak; eta *Wenu Kutrán*, espirituek eragindako gaixotasun supernaturalak. Gaixotasun *winkak*, aldiz, mendebaldeko munduaren barnekoak dira, oro har sintoma biologikoak dituztenak (infekzioak, adibidez). Azkenengo hauek tratamendu biomedikoa behar dute eta beraz, medikua kontsultatzea beharrezkoa da.

3.3.2. Dimentsio konduktuala

Mendebaldeko gizakien osasun praktikak euren osasun kontzeptura egokitzen diren bezala, maputxeena *kutranera* eta honek naturarekin duen loturara egokitzen dira. Kultura maputxeak oreka eta armonia berrezartzeko helburua duen osasun eredua garatu du. Eredua honetan, gorputza espiritualtasunarekin, emozioekin eta pentsamenduekin konektatuta dagoela ulertzen da. Oreka lortzera bidean, *matxia* da sendatzaile nagusia, babes espirituekin eta ezohiko errealitatearekin komunikazio zuzena duen gizaki berezia (Díaz et al., 2004). Emakumea izan ohi da *matxia* (Torri, 20012) . *Lawenchea*, berriz, sendabelarren ezaugarriak ezagutzen dituena da; *ngütamchefea*, hezurren forma, funtzio eta jarreraren inguruko jakintza duena; eta *püñeñelchefea* amatasunean espezialista (Díaz et al., 2004).

Sendatzailearen esku-hartze terapeutikoa gaixoaren eta bere familiaren lotura sozio-espiritual eta lurraldearekin erlazionatutako loturetan oinarritzen da. Hau da, pertsonaren

gaixotasunaren garapenetik, familiatik eta ingurunetik gertu dago, eta behaketa kliniko¹¹-tik urrun (Cuyul, 2013).

Diagnostikoa egiteko teknika ugari erabiltzen ditu *matxiak*. Teknika ohikoena *pewtuwün willenmeoa* da, hau da, pertsonaren gertua behatzea. Sendatzaileak gertu ontzia jaso, bueltak eman eta kanpotik mugimenduan dagoen substantziara sartzen den argia begiratzen du. Horrela, gaixotasunaren kausa fisikoa, psikologikoa edo supernaturala den jakin dezake. Horrez gain, *pewtuwün tukunmeoaren* bidez, hau da, gaixotasuna duen pertsonaren arropa begiratzen ere egin dezake diagnostikoa: *matxiak* arropa mahai gainean zabaldu eta *kultruna* (zeremonietarako danborra) jotzen du. Ondoren, gaixotasunaren inguruko etorkizuneko iragarpenak egiten ditu. Erritual horretan zehar *dungumachife* edo itzultzailearen laguntza dauka sendatzaileak. *Dungumachifeak* espirituen bidez *matxiak* jasotako informazioa itzultzen du, izan ere, sendatzaileak ulertu ezin daitekeen hizkuntzan azaleratzen du informazio hori (Kraster, 2003).

Diagnostikoa amaitzean *matxiak* gaixotasuna sendatuko duen edo ez erabakitzen du. Oro har, sendatzaileek tratamendu enpiriko eta naturalak (sendabelarrak) erabiltzen dituzte, baita erritualen parte diren metodo magiko eta espiritualak ere: orazioak, abestiak, *kultruna*, eta abar. Zenbait *matxiren* aburuz, metodo hauek (abestiak, *kultruna*...) erabiltzen badira, osatzeko indarra eta aldi berean erritualen eraginkortasuna handitzen da. Torriren (2012) ikerketan elkarrizketatutako *matxiaren* arabera, pazienteak sendatzeko beharrezkoak dira bai erritualak eta bai sendatzaileak komunitate eta pazientearekin duen lotura. Azken horri dagokionez, sendabidea eraginkorra izateko garrantzitsua izango da pazienteek *matxiaren* sendatzeko gaitasunean konfiantza izatea.

Esan bezala, gaixotasunak tratatu edota prebenitzeko helburuz sendabelarrak erabiltzen ditu *matxiak*. Erritualik behar ez denean *lawenchea* da sendabelarrak ematen dizkiona pazienteari. Gaixotasunaren zioaren arabera, sendabelar bat edo beste erabiliko da. Zein sendabelar erabili erabakitzerako orduan, gaixotasun larrien aurrean adibidez, *matxiak* ametsen bidez jasotzen du erabili behar duen sendabelarraren inguruko jakintza. Batzuetan nahikoa da tratamendu natural enpirikoarekin, baina beste batzuetan ekintza sinboliko eta erritualak beharrezkoak dira, eta horretarako ere sendabelarrak erabiltzen dira (Torri, 2012).

Sendabideak lagundu dezakeenean soilik tratatzen dute pazienteak *matxiak*. Horrela ez bada, tratamendu biomedikoak preskribatzen dituen medikuarenera bidali dezakete pazienteak (Kraster, 2003). *Matxiak* ez baldin badu gaixotasun jakin baten aurrean sendabiderik aurkitzen, pazienteak *matxi* ezezagun batek tratatu duela planteatzen da. Izan ere, *matxiak* normalean paziente eta familiaren egoera ezagutu ohi dute, eta horien bizitzeko moduaren arabera bilatuko dute diagnostikoa (Citarella, 2000). Beraz, agerikoa da *matxiak* komunitatearekin duten lotura estua.

Esan ohi da *matxia Chaw Ngeneche*¹²-ak aukeratzen duela. *Matxiak* gaztea denean daki sendatzaile izango dela *pewma* (amets) edo *perimontun* (bisio) bidez, hildako *matxiaren*

¹¹ Behaketa klinikoa zeinu eta sintometan oinarritzen den gaixotasunak diagnostikatzeko prozedura da.

¹² *Chaw Ngeneche* maputheen *kosmobisioko* izaki espiritual garrantzitsuenetakoa da, "maputheen gobernatzailea" edo maputheen Jainkoaren baliokidea.

espirituak aukeratutako pertsonaren barnean sartzen direnean. Inbokazio hau onartzea garrantzitsua da, izan ere, ez onartzekotan *Chaw Ngenechenaren* agindua ez jarraitzeagatik zigortua izango da aukeratutako pertsona eta bizitza guztian zehar gaixorik egongo da. Aukeratutako pertsonak *matxi* izateko deia onartzean, esperientziadun sendatzailea topatu eta berarekin ikasiko du, besteak beste, gaixotasunak diagnostikatzen, iragarpenak egiten eta sendabelarren inguruko ezagutzak, *matxi* estatusa lortu arte (Kraster, 2003; Torri, 2012).

Matxiak komunitatean ezagutzera eman behar dira eta sendatzaile onak direla erakutsi behar dute. Horrela, *kalku* (sorgin) beharrea *matxi* dela ikusiko du jendeak eta komunitatean errespetuz tratatua izango da (Kraster, 2003). Batzuetan, zenbait sendatzaile *kalku* (sorgin) direnaren susmoa dago. *Kalkuek*, *matxi* bezala, boterea daukate eta baita bezeroak ere. Bezeroek laguntza eska diezaiekete *kalkuei* beste pertsona batzuen mendeku hartzeko (Citarella, 2000).

3.4. Osasun eredu interkulturala

Osasun interkultural kontzeptuarekin sartu aurretik, beharrezkoa da kultura eta interkulturaltasun kontzeptuak nola ulertzen diren azaltzea. Kulturari dagokionez, Alarcón et al.-en (2003) arabera, "ikasitako eta pertsonen artean hizkuntzaren eta gizarteko bizitzaren bidez transmititutako sinesmen, jakintza, balore eta jarrerren multzoa da". Kultura, beraz, ikasketa eta sozializazio prozesuaren bidez etengabe jaso, transformatu eta erreproduzitzen den entitate dinamikoa da.

Interkulturaltasuna kulturen arteko harreman prozesua da, horizontaltasunean, errespetuan eta pertsona eta taldeen arteko ezberdintasunen errekonozimenduan oinarritzen dena (Aguilar, 2011; Webb eta Radcliffe, 2015). Interkulturaltasuna multikulturaltasunarekin desberdintzearen garrantzia azpimarratzen du Aguilarek (2011). Multikulturaltasuna kultura ezberdinak existitzen direla onartzean datza. Kulturen arteko ezberdintasun eta antzekotasunak identifikatzen ditu ikuskera estatiko batetik eta kulturen arteko harreman dinamikoa alde batera uzten du. Interkulturaltasunak, aldiz, kulturen arteko harremanean aintzat hartu beharreko zenbait ezaugarri planteatzen ditu: aniztasun kulturala, kultura ezberdinen arteko elkarreragina eta kulturen artean ekitate erlazioa sortzearen beharra onartzea.

Beraz, interkulturaltasunak pertsonen arteko elkarreragin sozial ekitatiboa bilatzen du. Aniztasuna termino sozial, ekonomiko, kultural zein politikoan ematen dela eta botere ezberdintasunak daudela onartzen du, eta bertatik abiatzen da (Aguilar, 2011; Díaz, 2007; Lozano, 2005). Konfiantza, elkarrizketa eta debatea, komunikazio eraginkorra ("bestea" bere kulturatik ulertzean oinarritzen dena), eta jakintzen eta esperientzien elkartrukea dira interkulturaltasunaren ezaugarriak (Goicoechea, 2012).

Gauzak horrela, Aguilaren (2011) aburuz, interkulturaltasunak herri indigenek euren baliabide, zuzenbide, hezkuntza eta osasun sistemetan autonomia onartzea dakar. Homogeneizazioa bilatzen duten tendentzien kontra agertzen da interkulturaltasuna eta aniztasuna gizartearen ezaugarri positibo gisa ikusten du.

Txilen ikusi den bezala, *kosmobisio* edo munduaren ikuskera ezberdinak dituzten, eta beraz jokatzeko era desberdinak dituzten talde etnikoak daude. Osasun arloan, osasun-gaixotasun kontzeptuak ulertzeko eta jarduteko modu desberdinak dituzte talde horiek. Aniztasun kulturala aspalditik datorren kontua dela aintzat hartuta, kultura ezberdinen arteko harremanak ere antzinakoak direla esan daiteke.

Citarellak (2000) esaten duenez, gizarte maputxe eta txilenoaren kasuan, kulturen arteko harremana asimetricoa eta menperatzaile-menperatuaren artekoa izan da urteetan zehar. Hortaz, kulturen arteko elkarreragin prozesuetan, askotan, ez dira harreman horizontalak eraikitzen. Hori kontuan hartuta, maputxe eta ez maputxeen arteko harremana ez da interkulturaltasunean oinarritu.

Osasun arloan, Carreazok (2004) esaten duenaren arabera, interkulturaltasuna "erabiltzailearen kultura osasun arreta prozesuan txertatu eta ezagutzen saiatzen diren praktika eta politiken multzoa da". Beraz, erabiltzailearen kulturak osasun eta gaixotasun prozesuetan nolako eragina duen baloratzea inplikatzeko du.

Gauzak horrela, pazientearen kultura aintzat hartzeko eta identitate kultural eta etnikoa osasun arreta hobe baterako oztupo ez izateko, beharrezkoa izango da paziente eta osasun langilearen arteko harremana erraztuko duten estrategiak garatzea (Goicoechea, 2012).

Osasun eredu interkulturala aurrera eramateko estrategiei dagokienez, alde batetik, komunikazio interkulturala dago. Horrek osasun langile eta erabiltzaileen arteko muga sozial eta kulturalak gutxiagotzeko helburua du. Entzutea, azaltzea, onartzea, gomendatzea eta negoziatzea dira komunikazio interkulturalaren elementuak. Bestalde, erabiltzaile eta langileen arteko onartze eta negoziazio kulturala da bigarren estrategia. Pazientearen osasun ereduaren legitimazioa dakar horrek, baita langile eta erabiltzailearen ereduak talka eginez gero, bien arteko akordio batera heltzea (Alarcón et al., 2003).

Hala ere, Diazek (2007) esandakoa jarraituz, interkulturaltasuna posible izateko bizitzako arlo guztietan eman behar da planteatzen den harreman ekitatiboa, ez soilik osasun arloan. Beraz, aipatutako estrategiez gain, esan beharra dago osasun interkulturala epe luzeko egiturazko transformazioak beharrezko dituen prozesu bat dela. Osasun sistemako aktoreak gaituzten dituzten ardurak nahitaezkoak dira interkulturaltasuna osasunean bermatzeko. Izan ere, Estatuko egiturek komunitate indigenekin batera ezarri behar dituzte proiektu interkulturalerako oinarriak (Alarcón et al., 2003), harremanaren funtsa horizontaltasuna izan behar dela ahaztu gabe.

Laburbilduz, interkulturaltasunak, kultura ezberdinen arteko harremanean ekitatea oinarri duen heinean, gizarte justu baterako bidea aurkezten du. Osasun arloan, erabiltzailearen kultura aintzat hartzean datza eta erabiltzaile eta langilearen arteko harreman horizontala du ardatz. Era berean, osasun interkulturala lortzera bidean beharrezkoa izango da harreman interkulturalak bizitzako arlo guztietan garatzea.

4. EREDU BIOMEDIKO ETA *KOSMOBISIO* MAPUTXEAREN ARTEKO ELKARRERAGINA

Oro har, sinesmen desberdinak dituzten ereduen arteko elkarreragin prozesuetan tirabirak egoten dira. Osasun eredu ezberdinen arteko gatazken arrazoia ez da soilik osasun-gaixotasunaren inguruko azalpen desberdinak dituztelako, horietako bat bestearekiko gailentzeagatik baizik. Gauzak horrela, mendebaldeko osasun eredu mundu mailan osasun arazo gehienei erantzuna eman diezaiokeen eredu gisa ezarri da, gaixotasuna garatzen den testuinguru soziokulturala kontutan hartu gabe (Alarcón et al., 2003). Beraz, Menendezek (1988) esandakoa errepikatuz, EMH da biomedikoa.

Hala ere, aipatu den bezala, mendebaldeko ereduak eta herri indigenek osasun eta gaixotasun kontzeptuak modu desberdinean ulertzen dituzte. Osasun eredu biomedikoak ez ditu etiologia eta faktore espiritual, komunitario eta inguruneak ulertzeko baliabide nahikoak. Beraz, agerian dago osasun eredu bakar batek ezin dituela populazioaren osasun behar guztiak asetu (Hasen, 2012).

Atal honetan, lehendabizi komunitate maputxeetan eredu biomedikoa gailentzean eragina izan duten faktoreak aztertuko ditugu, ondoren eredu biomedikoa gailentzearen ondorioak, eta azkenik eredu biomediko eta tradizionalen arteko osagarritasuna eta eredu berri baten beharra dagoen ala ez.

4.1. Eredu biomedikoa gailentzean eragina izan duten faktoreak

Gaur egun, herri maputxea bizi baldintza eta exijentzia berrien aurrean dago, antzinako ohitura maputxeak mendebaldeko bizimoduak ordezkatzeko. Osasun arloan ere mendebaldeko kulturaren eragina nabaria da, aurretik azaldu den bezala, aspalditik dator osasunaren inguruko jakintzen akulturazioa (Cuyul, 2013). Maputxeen artean osasun eredu biomedikoa tradizionalaren aurrean gailendu da, hain zuzen ere, biztanleria maputxearen gehiengoak osasun zerbitzu biomedikoak erabiltzen ditu (Díaz et al., 2004). Jarraian mendebaldeko osasun eredu gailentzean eragina izan duten faktoreak azalduko ditugu:

(1) Lekualdaketak. Oro har, maputxeen ohiturak alde batera uzten dituen belaunaldi gazteena izan ohi da, horietako asko landa-eremutik hirietara joaten dira hezkuntza edo lan arazoak direla eta (Kraster, 2003). Aipatu den bezala, emakumeak eta gazteak dira oro har landa eremutik hirigunera lekualdatzen direnak (INE, 2002; Ibacache et al., 2001). Hirietan maputxeek mendebaldeko kulturarekin duten harremana landa-eremuetan dutena baino askoz handiagoa da, eta ondorioz, mendebaldeko bizi ohiturek (esaterako elikadura eta erlijioa) eragin handiagoa dute.

(2) Ingurugiroaren suntsipena. Sendabelar batzuk maputxeen ekosistema lokaletik desagertu egin dira. Beherakada hau helburu komertzialarekin Araukanian modu zabalean landatutako pinu eta eukalipto bezalako monolaborantzek azkartu dute (Torri, 2012), baita bertoko lurraren suntsipena sustatzen duten Bio-Bioan egindako Ralco Represa bezalako proiektuek (Kraster, 2003). Gainera, pinu eta eukalipto landaketa masiboek ur eskasiaren fenomenoarekin dute zerikusia (CEPAL/CELADE, 2012) eta hau sendabelarren beherakadarekin erlazionatuta egon daiteke. Horrez gain, zenbait erakunde atzerritarrek sendabelarrak patentatu dituzte (Kraster, 2003). Aipatutakoek, herbizida eta intsektiziden erabilerak, aeroportu eta errepedeak

eraikitzeak, eta egur industriak, bertoko ingurugiroaren kontaminazioa bultzatzen dute. Ondorioz, *matxiak* ez ditu behar dituen sendabelarrak aurkitzen eta erabiltzen dituen sendabelarrek ez dute lehen zuten eraginkortasuna (Ibacache et al., 2001). Guzti horren ondorio zuzenak dira sendabelarren inguruko jakintzaren eta erabileraren gutxitzea.

(3) Bizimodu osasuntsuaren galera. Maputxeen arabera, bizimodu maputxea izatetik bizimodu *winka* edo mendebaldekoa izatera igarotzen ari da biztanleria maputxea, eta horrek negatiboki eragiten du populazio maputxearen osasunean. Besteak beste elikagai ez hain naturalak kontsumitzeak, laborantza moduaren galerak, ume eta haurdunetan medikamentuen erabilerak, baita hazkuntza praktiketan aldaketek ere (adibidez, bular-emate denboraren laburtzea) osasunean eragin negatiboa dute (Díaz et al., 2004). Hori dela eta, Krasterren (2003) arabera, orain arte pairatu ez dituzten mundu *winkako* gaixotasunak garatzen hasiak dira maputxeak (hala nola, gaixotasun kardiobaskularrak). Mundu *winkako* gaixotasunak mendebaldeko osasun ereduak tratatzen ditu eta ez osasun eredu maputxeak.

(4) Hezkuntza. Webb eta Radcliffere (2015) arabera, Araukaniako eskoletan arrazismoak darrai, beraz, Estatuaren aldetik datorren kultura aniztasunaren errekonozimendua ez da nahikoa. Irakasleen formakuntzarako ekimenak eta baliabideak oso urriak dira oraindik ere arrazismo instituzionalarekin bukatzeko. Horren adibide da eskoletan mendebaldeko osasun sistema bultzatzea. Izan ere, gaixotasunen aurrean medikuarenera joan behar dela erakusten da. Horrez gain, unibertsitateetan erakusten den osasunaren kontzeptzio zientifikoak sistema tradizionalak iruzur eta superstizio gisa ikusten ditu (Kraster, 2003).

(5) Erljioa. *Matxiarengana* ez joateko arrazoietakoa bat kristautasunaren eragina izan daiteke. Maputxe asko katoliko edo protestante bihurtu dira azken urteetan¹³. Maputxeek katolizismoa euren erara praktikatzeko dute. *Chaw Ngenechena* Jainko Katolikoaren baliokidea dela esan ohi da, baina maputxeek naturaren indarrean sinesten dute eta ez dira elizara joaten. Askok euren berezko erlijioa praktikatzeko dute eta katolikoak dira aldi berean (Kraster, 2003).

Temukoko maputxeek gaixotasunaren eta bereziki horren dimentsio espiritual eta moralaren ideia tradizionalak izaten jarraitzen dituzte, nahiz eta kristautasunaren eraginez praktika erritual gehienak galdu izan diren. *Matxiek* kristautasunaren elementu espezifikoak erantsi dituzte kultura aldaketaren aurrean erantzuteko. Era berean, osasun kultura maputxeko kontzeptu asko mantentzen dira, adibidez arimaren galera edota gaixotasun espirituala.

Eliza katolikoak, protestanteak baino jarrera irekiagoa du praktika maputxeekiko. Protestanteentzako, *matxiaren* figura ez dago onartua eta ez dute maiz kontsultatzen. Txileko indigenen artean gero eta hedatuago dagoen fenomeno da hori. Protestanteentzat Jainkoa eta gizakiaren arteko bitartekaria artzaina da. *Matxia kosmobisio* maputxean mundu espiritual eta gizakien munduaren arteko bitartekaria da eta askotan protestanteek deabru eta gizakien arteko bitartekari gisa ikusten dute. Hortaz, ikuspegi horrek maputxe kide protestante eta tradizionalen arteko gatazka sortzen du (Torri, 2012).

¹³ Erljioari dagokionez, maputxeen gehiengoa katolikoa da (%60), eta %26 protestantea (CEP, 2002).

(6) Osasun eredu biomedikoaren nolakotasuna. Alde batetik, biztanleria maputxearen gehiengoak osasun zerbitzu biomedikoak erabiltzen ditu diagnostikoan, prozeduretan eta emaitzetan fidagarriagoak direlakoan. Osasun azterketa periodikoak egitea eta gaixotasuna izatekotan osasun profesional batengana jotzea beharrezkoa dela deritzote, nahiz eta euren kontzeptu eta klasifikazioak ez ezagutu (Díaz et al., 2004).

Beste alde batetik, zenbait maputxek medikuek *matxi*ek baino ezagutza zabalagoak dituztelako erabiltzen dute sistema biomedikoa. Izan ere, zenbaiten aburuz, *matxi*ek ezin dituzte gaixotasun *winkak* sendatu, hala nola minbizia edo zio espirituala ez dutenak. Gainera, *matxi*ek ezin dituzte operazio kirurgikoak egin zenbait gaixotasun fisiko sendatzeko, medikuek ordea bai. Oro har, medikuek ez dituzte pazienteak *matxi*arengana bideratzen osasun eredu tradizionala ez delako onartzen (Kraster, 2003).

(7) Osasun eredu maputxearen nolakotasuna. *Matxi*en artean bi mota bereizten dituzte maputxeek: komunitateen ongizatea helburu dutenak eta dirua helburu dutenak (*kalkuak*). Honek, *matxi*aren tratamenduan konfiantza galtzea eragin du (Kraster, 2003).

Jarraian aurkezten den 3.taulan Ibacache et al.-ek (2001) azaldutako pertsona, familia, ingurugiro eta maputxeen identitate kulturalen eragiten duten faktoreak ageri dira. Faktore hauek Txileko IX.eskualdean dagoen *Makewe-Pelawe* sektoreari dagozkio. Profil erasotzailea osatzen duten faktoreek osasun eredu tradizionalak indarra galtzean eragina dute, babesleek aldiz, osasun eredu tradizionala bultzatzen dute.

3.taula: *Makewe-Pelawe* eremuan profil erasotzailea eta babeslea osatzen duten faktoreak

Profil erasotzailea osatzen duten faktoreak	Profil babeslea osatzen duten faktoreak
<ul style="list-style-type: none"> • Lurraren kalitate eskasa. • Nekazaritzan produktu kimikoak erabiltzea. • Ez-ohikoak diren laborantza moduen eta baso exotikoen sustapena. • Landa eremuko kultura eta espazioaren galera. • Aldaketa klimatikoak. • Komunitatearen antolakuntzaren galera eta banatzea. • Landa eremutik hirira lekualdaketak, adineko jendea landa eremuan bakarrik geratuz. • Osasunaren medikalizazioa. • Osasunaren inguruko informazio falta. • Eskuragarritasun ekonomiko, geografiko eta kulturalen zailtasunak. • Mendebaldeko sare asistentzialaren krisia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Edoskitze natural aldi luzea. • Euskarri gisa familia sarea egotea • Ama seme-alabarekin egotea. • Oraindik kontaminaziorik gabeko espazioak egotea. • Berezko <i>kosmobisioa</i>. • Euren kulturaren kontrola duten isolatutako komunitateak egotea. • Aldarrikapen eta antolakuntza indigenen emergentzia. • Organismo Nazional eta Nazioarteko konpromisoak. • Kultura maputxearekin lotura handia duten pertsonen hezkuntza egoera erlatibo hobea izatea.

- Osasun sistema maputxearen krisia
- Identitate kulturalaren galera.
- Komunikabideen inbasioa.
- Hezkuntza sistemak kultura maputxea ez baloratzea.
- Erlijio ezberdinek kultura maputxea ez baloratzea.



Iturria: Ibacache et al. (2001)

4.2. Osasun eredu biomedikoa gailentzearen ondorioak

Esan den bezala, mendebaldeko osasun eredia da erabiliena populazio maputxearen artean. Osasunean eredu biomedikoa norbanakoa bere testuinguru eta kultura aintzat hartu gabe tratatzen eraman gaitu. Populazioa homogeneizatzen duen eta herri desberdinen berezitasunak aintzat hartzen ez dituen perspektibatik burutzen dira interbentzioak (Minsal, 2003). Osasun arretan erabiltzailearen kultura aintzat ez hartzeak zailtasunak ekar ditzake nazioarteko osasunean egindako zenbait proiektutan ikusi den bezala: osasun praktika biomedikoa ukatzea edo atxikimendu falta, komunitatearen egitura sozialaren desartikulazioa eta agente tradizional eta medikuen arteko botere gatazkak (Alarcón et al., 2003). Hortaz, eskurazintasun kulturala osasun eredu biomedikoaren ondorioetako bat da eta biztanleria indigenaren osasunerako sarbidea zailtzen du (Minsal, 2003).

Horrez gain, pazientearen testuinguru soziokulturala kontutan ez hartzeak hau diskriminatuta sentitzea eragin dezake. Esan dugun bezala, populazio maputxearen gehiengoa hirigunera lekualdatu da. Bertan baztertuak izaten dira haien kulturagatik, eta osasunari dagokionez osasun ezagutza tradizionalak ez dira errespetatzen, gutxietsi egiten dira. Mendebaldeko osasun ereduak biztanleria maputxea diskriminatzen du, batetik gaitasun ekonomiko urriagatik eta bestalde osasunaren "okerreko ikuspuntua" dutelako. Krasterren (2003) arabera, medikuek gaitasun ekonomiko eta estratu sozial baxuko pazienteekiko duten jarreraren arazoa oso hedatuta dago. Medikuek, nagusitasun sentimendua dela eta, paziente indigenen gaixotasunen azalpenak ez dituzte kontuan hartzen. Osasun tradizionala gutxiesteak honekin identifikatzen den populazio maputxearen identitate krisia eragin dezake. Pairatutako diskriminazioa dela medio, maputxe gazteen gehiengoa Estatuak ezarritako prozesu administratibo eta jabeago pribatuaren alde agertzen dira gehienetan, protesta egin eta antzinako lur eremu eta ohiturak babestu beharrean (Radcliffe eta Webb, 2016).

Guzti horri, osasun eredu maputxea gero eta gutxiago erabiltzea gehitu behar zaio eta ondorioz pertsonen arlo espiritualaz ahaztea. Jatorri magiko-erlijiosoak duten gaixotasunen aurrean mendebaldeko osasun ereduko profesionalek ez dute osatzeko gaitasunik (Díaz et al., 2004). Medikuek ez dute sorginkeriararen ezta maputxeen gaixotasun espiritualen inguruko ezagutzarik (Kraster, 2003). *Matxiak* sendabelarrak nola erabili jakiteaz gain modu ez-mingarri batean diagnostikoa egin dezake. Horrez gain, gaixotasunaren etorkizuneko eboluzioa nolako izango den azal dezake. Gaixotasuna azaltzeko eta diagnostikatzeko modu hau komunitate maputxeko jendearentzat oso garrantzitsua da (Torri, 2012).

Eredu bat bestearen aurrean gailentzeak ondorio negatiboak dakartzan arren, biztanleriaren osasunarentzako ekarpen positiboak egin dituzte eredu biomediko zein tradizionalak. Hurrengo atalean bi eredu horien ekarpen positiboak aztertuko dira eta osagarriak diren ala ez planteatuko da.

4.3. Osagarritasuna eta eredu berri baten beharra

Terapia bat edo beste aukeratzeko orduan garrantzitsua da arrazoizko irizpideak erabiltzea. Biktima asko eragiten dituzten gaixotasunen aurrean (beherakoak, pneumonia, elgorria, paludismoa, tuberkulosia...) tratamendu tradizionalen eraginkortasuna ez da frogatu. Gaixotasun hauek frogatutako prebentzio eta tratamendu metodo modernoak dituzte, eta eskala handian modu errazean aplikatu daitezke (Rapaport, 2006). Orokorrean, sistema biomedikoa eraginkorra dela kontsideratzen da, bereziki teknologia eta medikamentuei esker berehala gaixotasunen sintoma fisiologikoak arintzeko (Torri, 2012).

Matxiek gaixotasunak modu holistiko natural batean tratatzen dituzte, bai pazientearen egoera psikologikoa bai egoera fisikoa kontutan hartzen dute (Torri, 2012). Gainera, osasun mental eta emozionaleko arazoaren aurrean mendebaldeko sistemako kideek baino arrakasta handiagoa izan ohi dute pazientearen egitura kultural eta psikologikoa hobeto ezagutzen dutelako. Era berean, osasun arazo sinpleen aurrean burututako zenbait praktiken eraginkortasuna frogatuta dago (adibidez, beherakoaren aurrean arroz-urarekin aho bidezko hidratazioa). Sistema tradizionalako sendatzaileak, oro har, modu indibidualean egiten dute lan eta ez dituzte pertsona asko tratatzen (Rapaport, 2006).

Hortaz, mendebaldeko osasun sistemak gaixotasun fisikoetan jartzen du arreta; osasun sistema maputxeak, berriz, jatorri magiko-erlijiosoak duten gaixotasunetan eta gorputz eta espirituaren arteko loturan. Lehenengoan ez da pazientearen testuinguru soziokulturala aintzat hartzen, bigarrean bai.

Osasun taldearen sinesmenetan oinarritutako estrategia eta programen diseinua osasunerako sarbiderako eta osasun arreta izateko aukeran oztopo bat izan daiteke gutxiengo etnikoa diren erabiltzaileentzako (Hasen, 2012). Gauzak horrela, erabiltzailearen identitate etniko eta kulturala osasunerako sarbidean oztopo bat izatea ekidin eta osasun arreta hobea eskaintzeko, erabiltzailearen espektatiba kultural eta materialei erantzuten dien osasun eredu bat sortzea izango da erronka, osasun eredu ezberdinen arteko elkarrizketaren bidez. Horretarako tresna gisa aurkeztzen da osasun interkulturala. Azken horretan osasun eredu ezberdinak integratzeko estrategiak biltzen dira eta osasun sistema erabiltzailearen kulturarekiko iragazkorrago bihurtzen da (Alarcón et al., 2003).

5. OSASUN INTERKULTURALA TXILEKO OSASUN POLITIKETAN

Osasun interkulturala erabiltzailearen kultura aintzat hartzean datza eta horizontaltasuna horren funtsezko balorea da. Kultura ezberdinen arteko harremanean ekitate lortzea du helburu interkulturaltasunak. Beraz, osasun arloan ez ezik, bizitzako arlo guztietan harreman ekitatiboak garatu beharko dira interkulturaltasuna osasunean lortzeko.

Jarraian, Txilen osasun politiketan eredu maputxe eta biomedikoaren artean izandako elkarreragina azaldu da kronologikoki, osasun politika interkulturalak hasi eta gaur arte. Horretarako, garrantzitsua izango da alde aurretik interkulturaltasun kontzeptua neoliberalismoaren testuinguruan nola erabili den ulertzea.

5.1. Interkulturaltasun kontzeptuaren erabilera neoliberal

Herri indigenen errekonozimenduan aurrerapausua eman zen 90.hamarkadan Txilen. Hala ere, esan bezala, horren sakoneko helburua proiektu neoliberalak sendotzea izan zen. Kapitalismo inklusiboa planteatu zen indigenen pobrezia eta marjinazio egoera ebazteko tresna gisa, ez ordea etniaren araberako dominazio-subordinazio harremanak birplanteatzeko eta kausa estrukturalak egiteko. Era berean, Boladosen (2012) aburuz osasun interkulturalaren politikek komunitate indigenen errekonozimendurako funtzio estrategiko eta politikoa duen moduan, neoliberalismo demokratikoaren diskurtsoa komunitate hauetan sartzeko funtzioa dute ere.

Komunitate indigenen eskubideek eta Estatuaren interes ekonomiko transnazionalak talka egitean sortzen da gatazka. Aurretik ikusi den bezala, Txileko hegoaldean komunitate maputxeen osasuna eta euren osasun eredia kolokan jartzen duten proiektu hidroeletrikoen eraikitzea onartu da. Hortaz, Estatuak interkulturaltasuna onartzen du sistema neoliberalak inposatutako ekonomia politikarentzat oztopo bat ez den bitartean. Halek (2002) multikulturaltasun neoliberalak deitzen dio honi, hau da, multikulturaltasunaren bertsio murriztua. Multikulturaltasun neoliberalan batzuetan komunitate indigena eta Estatuaren arteko negoziazioa dago eta beste batzuetan konfrontazioa. Hala ere, Boladosen (2010) aburuz, azken bi hamarkadetan Txilen multikulturaltasun neoliberalak beharrean neoliberalismo multikulturala dago. Izan ere, ez dago multikulturaltasunaren bertsio murriztua, baizik eta aurretik kontutan izan ez diren gizarte sektoreak aintzat hartzen hasia den neoliberalismoaren bertsio hedatuagoa dago indarrean. Jarraian aztertuko den moduan, neoliberalismo multikulturala agerian dago osasun arloan.

5.2. Txileko osasun politika interkulturalen bilakaera

Aipatu den bezala, trantsizio demokratikoaren garaia jatorrizko herrien errekonozimendurako onuragarria izan zen. Politika publikoetan herri indigenen aldeko proposamenak formalizatzea erraztu zuten bai 1989an presidente hautagaia zen Patricio Aylwinek *Nueva Imperialako Akordioan* erakunde indigenekin hartutako konpromisoek, bai Herri Indigenen Komisio Bereziaren eraketak. Horrez gain, OEPk lehen mailako osasun arretan ekimen parte-hartzaileak garatzea bilatzen zuen, eta LNERen 1989ko 169.hitzarmenak herri indigenen osasun ezagutzak babestu eta bultzatzearen aldeko jarrera aurkeztu zuen (Bolados, 2012) (1go eranskina).

Beraz, nazioarteko zuzenbideak zein Txileko testuinguru politikoak osasuneko programa interkulturalak garatzea bultzatu zuten. Gauzak horrela, 1992an osasuneko lehen programa multikulturala sortu zen. Jarraian, ordutik gaur egunera arte Txilen egon diren osasun politika interkulturalak aztertzeari ekingo zaio.

5.2.1. "Maputxe Programa" (PROMAP)

"Maputxe Programa" ("Programa Mapuche", PROMAP), biztanleria maputxeari zuzenduta zegoen lehen programa multikulturala izan zen. PROMAParen helburu nagusia Araukaniako osasun zentroetan biztanleria maputxearen osasun arretaren kalitatea hobetzea izan zen, eta ekitatea eta interkulturaltasuna ardatz zituen (Minsal, 2003). Osasun arloan eraldaketarako gune bat izan zen programan parte hartu zuten profesional askorentzat, aurreko diktadura garaiko praktika errepresiboak kontuan hartuta (Bolados, 2012).

PROMAPak bultzatutako ekintzen artean *Amuldungun* bulegoak eratu ziren (1993an), bertan dinamizatzailerik interkulturalak lan egiten zuten. Dinamizatzailerik interkulturala edo *Amuldunguna* osasun sistema formalaren eta erabiltzaileen bitartekaria da, paziente indigena batzuei komunikazio arazoak gainditzen laguntzen die. Boladosen (2012) arabera, batez ere gaztelaniaz espresatzeko arazoak zituzten adineko emakumeek laguntzen ziren *Amuldungunak*.

Aurrerago, dinamizatzailerikaren rolean osasun sistema publikoaren burokraziak pisu handia hartzen zuela erakutsi zuten esperientzia batzuek, askotan dinamizatzailerik funtzio administratiboetara mugatzen baitziren. Hala ere, 1996ko "Osasuna eta Herri Indigenen Topaketa Nazional"-ean esan zutenaren arabera, Estatu eta nazioarteko erakundeek jarraitzeko eredu gisa ikusi zuten PROMAP.

5.2.2. "Osasuna eta Herri Indigenen Programa Berezia" (PESPI) eta maila asistentzialeko lehenengo esperientziak

PROMAP abiarazi eta urte gutxira, 1996an "Osasuna eta Herri Indigenen Lehen Topaketa Nazionala" egin zen, "Osasun Interkultureko Politika Nazionalera Bidean" lemarrekin. Topaketa horretan osasun funtzionarioak, buruzagi indigenak, terapeuta tradizionalak, ikertzaileak, unibertsitateko irakasleak eta gobernuz kanpoko erakundeak bildu ziren lehenengoz. Bertan, ordura arte politika publikoetatik kanpo zegoen osasun eredu indigenen errekonozimendu eta balorazioaren inguruan eztabaidatu zuten.

Topaketa horretatik, "Osasuna eta Herri Indigenen Programa Berezia" (PESPI) programa nazionala eratu zen, gobernuz kanpoko erakunde eta nazioarteko lankidetzaren laguntza eta finantziarioaren bitartez. PESPIren helburua herrien aniztasun kulturalaren errekonozimendu eta errespetuzko testuinguruan Ameriketara ekitatea lortzea zen. Programak interkulturaltasunaren eta giza garapenaren markoan herri indigenen osasunaren hobekuntza modu integral eta koordinatuan bilatzen zuen. Prozesu horretan zehar, bi osasun ereduren txertatze gisa ulertzen zen osasun interkulturalaren eremua. Boladosen (2012) ustez, nazioarteko erakundeek sortutako eta Estatuko agenteek hedatutako perspektiba horrek sistema biomedikoa eta indigena parekatzen ditu. Horrela, bakoitzaren konplexutasun eta dinamismoa murrizten du.

Garai horretan izan ziren maila asistentzialeko lehenengo esperientziak. Araukania eskualdeko *Makewe Pelawe* izan zen erakunde indigena batek kudeatutako Txileko lehen ospitale interkulturala. *Makewe Pelawe* erakunde maputxea izan zen 1999az geroztik ospitalea kudeatu zuena, hain zuzen ere, hortik dator ospitalearen izena. Bertan, osasun arreta tradizional maputxea modu formalean txertatu zen lehenengokoz. Aipatutako erakundeak, lehen unibertsitate indigena eta nazioarteko izaeradun lehenengo lanak martxan jartzeko ekimenak bultzatu zituen. Urte batzuk beranduago, 2003an eta 2005ean, erakunde maputxeek kudeatutako beste bi proiektu sortu ziren: *Boroa Filulawen* eta *Ñi Lawentuwun* osasun maputxeko zentroak (Bolados, 2012).

Aipatutako proiektuetan, aurrekontu eta inbertsioen aldetik hazten joan ziren heinean, Estatuak hauen kudeaketan zuen pisua handitzen joan zen eta baliabideak lortzeko asmoz autonomia galdu zuten. Prozesu hori osasun interkulturalaren burokratizazio gisa definitzen du Cuyulek (2008). Era berean, osasun interkulturalen politiken bidez *matxia* bezalako sendatzaile tradizionalak osasun zerbitzuetan sartzea bultzatu da. Cuyulen (2013) arabera klinikalizazio¹⁴ mekanismoak *matxia* "esterilizaturik" geratzea eragiten du. Hau da, sendatzailea bere ohiko ekintza terapeutikotik eta testuingurutik aldentzen da. Gauzak horrela, "salutofagia" burutzen dela dio Díaz Polancok, hau da, Estatu osasun praktika tradizionalen jabe egitea (Díaz Polanco, 1991; Cuyul, 2013-n zitatua).

Txileko eskaera etnikoei dagokienez, osasun interkulturalako politikan antzematen diren lorpenak mugatuak dira oraindik ere. Cuyulen (2013) arabera, osasun interkulturalaren politikak ez du jarduten osasun arreta prekarizatuaren gain, maputxeen "indigente" kategorian, lur eskasian, industria ekstraktiboagatiko kutsaduran, ezta pobrezian ere ez.

Gainera, batetik, osasun politika nazionalaren barnean politika interkulturala garrantzi gutxidun politika bat zela ikusi zen baliabide legalak betetzeko geldotasuna edo ez betetzeari lotutako arrazoiak direla eta: errekonozimendu konstituzionalaren gabezia, 169.hitzarmeneko berrespen berantiarra, eta medikuntza indigenaren errekonozimendu legalik ez egotea medikuntza alternatiboaren errekonozimendua egon zen garaian (Bolados, 2012).

Bestetik, gatazka maputxearen lasaitzea izan zen indigenei lotutako politiken erdigunea. Goi Bio Bioko Ralko herrian zentral hidroelektriko baten eraikuntzarako proiektua jarri zen martxan. Endesa enpresa transnacionalak 3750 hektarea lortu zituen horretarako eta komunitate pehuentxeko 500 pertsona lekualdatu ziren. Estatuaren aurkako borroka gogor eta luze baten ondoren, pertsona horiek haien lur-eremuak nekazal-kalitate baxudun beste lur batzuegatik saldu zituzten (Bolados, 2012). Osasun interkulturalaren burokratizazioa aurrera zihoan heinean, sakonean dauden lurralde gatazkak ebatzi gabe jarraitzen zuten (Cuyul, 2008).

Laburbilduz, garai horretan PROMAP eta maiala asistentzialeko lehenengo esperientziak abiarazi arren, aipatutako gatazkak ezkutatu ziren eta ez zen kontuan hartu horiek osasunarekin duten harremana. Boccarak (2004) esaten duenez, maputxeek osasuna bizitzaren hainbat esparrurekin (ekonomia, erlijioa, politika, hezkuntza...) kontaktatuta dagoen eremu gisa ulertzen dute. Herri maputxearen lurralde gatazkak eta osasun interkulturalak lotuta

¹⁴ Cuyulek (2013) zeinu eta sintomaren identifikazioan oinarritutako behaketara heltzeko bideari klinikalizazio prozesua deritzo.

jardun beharko zuketean arren, bi hauen arteko desbinkulazio progresiboa eman zen garai horretan, azken finean, osasunaren despolitizazioa (Bolados, 2012).

5.2.3. "Orígenes" programa

Osasun interkulturalaren esparruko gatazkak larriagotu ziren "Orígenes" izeneko megaprograma multikulturalarekin. Programa horrekin osasun interkulturalaren arloaren eraketarako 3. etapa hasi zen. Bertan, parte-hartzea eta etnogarapena¹⁵, eta burokratizazioa eta neoliberalizazioa aurrez aurre jarri ziren. "Orígenes" programa aurrera eramateko, 113 milioi dolarreko mailegua sinatu zuen 2001ean Txileko gobernuak Garapenaren Banku Interamerikarrarekin. Dirua bost ataletan banatu zen: hezkuntza interkultural, osasun interkulturala, eremu produktiboa, indartze instituzionala eta merkataritza soziala. "Orígenes"-ek Txileko maputxe, aymara eta atakamako herri indigenen bizi baldintzak hobetzeko helburua zuen eta ondorengo bi oinarri nagusiak zituen: parte-hartze soziala eta garapen integrala lortzea identitatearekin. Bi fasetan egituratu zen programa (2001-2006; 2007-2009) eta osasun interkulturalaren atalak lehenengo fasean izan zuen indarra. Azken honen helburuak medikuntza indigena indartzea eta osasun arreta interkulturalerako ereduen eraketa izan ziren (Bolados, 2012).

Hortaz, PROMAPetik hamarkada batera eta PESPItik bost urtetara, "Orígenes" programa parte-hartzaile eta berritzaile gisa agertu zen trebakuntza eta intersektorialtasunaren arloetan. Batzuen aburuz, balia bideek koordinazio eta politika publikoen antolaketa hobea baimendu zuten, baita aurrekontuen handitze nabarmena ere. Era berean, programari lotutako izugarriko karga burokratikoa dela eta, erakunde indigenen nekea efektu negatibo nabarmena izan zela uste dute askok. Dolar efektuak espektatiba handiak sortu zituen borondatez lan egiten zuten instituzio eta erakunde indigenetan. Aldi berean, ordura arte egindako lana ez zen aintzat hartu eta egindako prozesu lokalenganako errespetu falta izan zen hori. Gainera, aurreko garai desarrollistan izandako paternalismo indigena erreproduzitzen zen programan. Inprobisazio mailagatik eta autoritarismoagatik kritikatu izan zen. Izan ere, programa parte-hartzailea izatetik urrun egon zen hasieratik, diseinuan ez baitzen parte-hartze indigenarik egon (Bolados, 2012).

"Orígenes"-ek, paradogikoki, osasun tradizionalaren inguruko eskaeren berpizte eta bisibilizazioa ekarri zuen. Besteak beste, sendatzaile tradizionalen lehenengo elkarteak sortu zen orduan. Horrek Estatuarekin osasun tradizionalaren inguruan aritzeko bitartekari gisa jardun zuen. Elkarteak programaren hasierako arazoak aurreko erantzun gisa sortu zituen, hala nola, erakunde indigenek proposatutako errepresentazio politiko eta etnikoak aintzat ez hartzeagatik sortutako gatazkak direla eta. Gauzak horrela, *osasunaren mahaia* sortu zen, programaren egitura bertikalei aurre egiten saiatu zen parte-hartze lokalerako lehen instantzia. Eremu instituzionalerako sartzeko bilatzen zuen, hala ere, sartzeko erresistentzia dela eta, horietatik aldendu behar izan zen (Bolados, 2012).

"Orígenes" programaren osasunaren atalak ekarritako osasun praktika indigenak burokratizatzeko saiakerak bi efektu erakutsi zituzten aldi berean. Alde batetik, osasun

¹⁵ Etnogarapenak komunitateen ikuspegia ardatz duen garapenaren perspektibari egiten dio erreferentzia.

interkulturalaren barnean agente berriak agertu ziren aditu gisa. Osasun profesionalak eta gizarte zientzietako profesionalak osasun interkulturalaren barnean legitimatu ziren eta ezagutza indigenaren sistematizazio eta profesionalizazioan parte hartu zuten. Ondorioz, ezagutzaren arloan talde lokalak alde batera utziz ziren (Laurie et al. 2005). Beraz, ezagutzak modu parte-hartzailearen bidez eratzetik, eta osasun erakunde eta erakunde sozial, politiko eta kulturalak legitimatutako paradigma batetik, paradigma elitista batera pasatzen gara. Azken horretan nazioarteko erakundeek, unibertsitateek, ikerketa zentroek eta espezializatutako kanpoko kontsultorek osatzen dute ezagutza sortzeko gune berria (Bolados, 2012).

Beste aldetik, programa honetan osasun praktika indigenak erregulatzeko eta osasun eremu tradizionala Estatuko osasun publikoko burokraziarekin kontrolatzeko estrategiak burutu ziren. Gutxiengo biztanleria indigena eguneko politika neoliberaleretan sartzeko eta hauen bizitza erregulatzeko mekanismo soziopolitikoak abian jarri zen. "Bioboterea" deitu zion Focaultek (2000) dispositibo horri, hau da, biztanleriari zuzendutako taktiken bitartez gizakien jarrera erregulatzeko modu zehatza (Focault, 2000; Bolados, 2012-n zitatua). Horren harira, "Orígenes" programaren inplementazioak gatazka maputxearen lasaitzea eta desmobilizazioa bilatzen jarraitzen zuen Boladosen (2012) aburuz.

"Orígenes" programak eta horren osasunaren atalak inplementatutako neoliberalismo multikulturala mekanismo soziopolitiko eta ideologiko konplexu bat dela ikusi da. Neoliberalismoa lanaren desregulazio, ingurumeneko baliabideen pribatizazio eta merkatuaren funtzionamendu autonomoan oinarritutako sistema ekonomikoa izateaz gain, honen dimentsio sozial eta kulturalak ikusi dira. Merkatuaren soberania berriak taktika positiboagoak erakutsi ditu, gehiegizko erregulazioa eta gehiegizko indarkeria saihestu nahian. Globalizazio eta transnacionalizazioaren testuinguruan Estatua berrantolatu egin da politika multikulturalaren bidez (Bolados, 2012).

5.2.4. "Osasuna eta Herri Indigenak Politika"

"Osasuna eta Herri Indigenak Politika" indarrean sartu zen 2006an Osasun Ministeritzaren aldetik. Ekitatea, interkulturaltasuna eta parte-hartzea ditu ardatz politikak, osasun publikoko eredu eraikitza bidean (Minsal, 2003).

Txileko Osasun Ministeritzak aipatutako politikan adierazitakoaren arabera, osasun politika interkulturala, osasun tradizional eta biomedikoaren arteko konfiantzazko harremanak sortzea bilatzen duen lan eremua da. Beharrezkoa da osasun interkulturalak ondorengo ezaugarriak izatea: borondatea, bien arteko aitortza eta ikasketa, elkarreragina, elkarrekikotasuna, horizontaltasuna eta kooperazioa (Minsal, 2003).

Menendezen (2006) arabera, Osasun Ministeritzak planteatutako interkulturaltasuna errespetua, tolerantzia eta lankidetzat gisa ulertzea interesgarria da desio bezala planteatzen bada, ez ordea maputxe eta Estatuaren arteko harreman erreala islatzeko. Walshen (2010) aburuz, tolerantzia interkulturaltasunaren definizioaren erdigunean jarrita ezberdintasun eta inekitate sozialak ezkututzen dira. Horrek, gizarteko talde batzuek beste batzuen aurrean pribilegioak izatea baimentzen duten instituzio eta estrukturetan aldaketarik ez egotea eragiten du. Ondorioz, dominazio-subordinazio harremanek jarraitzen dute.

5.2.5. Gaur egun

PROMAPetik hasita "Osasuna eta Herri Indigenak Politika"-ra arte Osasun Ministeritzatik abiatutako osasun interkultureko politiken bilakaera aztertu da. Osasun Ministeritzak 1992. urtetik dihardu osasun politika eta programetan interkulturaltasuna lantzen. Hala nola, PESPI programa dago Txilen 2000. urtetik, LNEren 169. hitzarmenak herri indigenen eskubide kolektiboak barnebiltzen ditu eta "Osasuna eta Herri Indigenak Politika" abian da 2006tik.

Hala ere, ekitatea, parte-hartzea eta horizontaltasuna lortzera bidean formulatutakoak, praktikan, burokratizazioa, osasuna eta lurralde gatazken desbinkulazioa, eta paternalismoa izan dute ezaugarri, besteak beste. Cuyulen (2013) arabera, Txilen osasunean ez da interkulturaltasuna existitzen. Osasun politika interkultureko osasun eredu ezberdinen arteko elkarrizketa eta armonizazioa bultzatu dute, ez ordea interkulturaltasuna, politika horiek interkultural abizena txertatuta daramaten arren. Hortaz, osasun interkultureko politika ezberdinak planteatu arren, dominazio-subordinazio harremanek jarraitu dute.

Azaldutako programa eta politikez gain, aipatzekoa da 2012an onartutako 20584. Legea. Lege horren 7. artikuluan Txileko herri indigenek kulturara egokitzen den osasun arreta jasotzeko eskubidea dutela eta osasun langile publikoek eskubide hau bermatu behar dutela esaten da. Horretarako, komunitatean balioztatutako osasun eredu interkulturala txertatu behar da (Ley nº20584, 2012). Lege hau oinarri izanda, Osasun Ministeritzak lehenengokoz herri indigenei zuzendutako parte-hartze eta kontsulta prozesua abiarazi du. 2015-2016 bitartean burutuko da prozesu hau Txileko 15 eskualdeetan. 19253. Legeak aitortzen dituen herri indigenetako biztanleak daude deituta parte hartzera (Minsal, 2015).

Ikustear dago Osasun Ministeritzaren azken planteamenduak osasun interkulturala praktikara eramaterako orduan asmatzen duen ala aurreko saiakerak bezala, interkulturaltasuna paperean soilik idatzita geratzen den.

4. taulan osasun interkultureko programa eta politiken bilakaeraren laburpena azaltzen da, 1992tik gaur egunera arte.

4. taula: Osasun interkultureko programa eta politiken bilakaeraren laburpena

Programa/Politika	Ezaugarriak	Kritika
PROMAP (1992)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Amuldungun</i> bulegoak eratu ziren (1993). • Eraldaketa diktadura garaitik. 	<ul style="list-style-type: none"> • Burokraziak pisu handia (Bolados, 2012).
PESPI (1996) eta maila asistentzialeko lehenengo esperientziak	<ul style="list-style-type: none"> • "Osasuna eta Herri Indigenen Lehen Topaketa Nazionala" (1996). • PESPI (1996). Nazioarteko eta gobernu kanpoko erakundeen finantziak. Osasun interkulturala bi ereduren txertatze gisa ulertzen zen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Osasun eredu ezberdinen konplexutasun eta dinamismoa murriztu (Bolados, 2012). • Osasun interkultureko burokratizazioa (Cuyul, 2008). • Klinikalizazio prozesua, <i>matxi</i>-a esterilizaturik (Cuyul, 2013). • Salutofagia (Díaz Polanco; Cuyul, 2013-n zitatua).

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Makewe Pelawe</i> (1999); <i>Boroa Filulawen</i> (2003); <i>Ñi Lawentuwun</i> (2005) zentroen eraketa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lorpen murrizak eskaera etnikoei dagokienez (Cuyul, 2013). • Politika interkulturala garrantzi gutxidun politika (Bolados, 2012). • Lurralde gatazkek ebatzi gabe jarraitzea (Cuyul, 2008). • Lurralde gatazken eta osasun politika interkulturalen desbinkulazioa; osasunaren despolitizazioa (Bolados, 2012).
"Orígenes" (2001-2006;2007-2009)	<ul style="list-style-type: none"> • 113 milioi dolarreko mailegua Garapenaren Banku Interamerikarraren eskutik. Bost atal, horietako bat, osasun interkulturala. Parte-hartze soziala eta garapen integrala helburu nagusi. Osasun atalaren helburuak: medikuntza indigena indartzea eta arreta interkultureleko ereduaren eraketa. • Erantzun gisara sendatzaile tradizionalen lehenengo elkarte sortu zen eta hortik <i>osasunaren mahaia</i>. • Agente berriak agertu ziren osasun interkulturalaren barnean. 	<ul style="list-style-type: none"> • Izugarritzko karga burokratiko (Bolados, 2012). • Egindako lanaren aurrean errespetu falta (Bolados, 2012). • Paternalismo indigena (Bolados, 2012). • Inprobisazio; autoritarismo; ez parte-hartzaile (Bolados, 2012). • Ezagutzaren arloan talde lokalak alde batera uztea (Laurie et al.,2005). • Paradigma elitista (Bolados, 2012). • Bioboterea aplikatu (Focault, 2000). • Neoliberalismo multikulturala agerian (Bolados, 2012).
"Osasuna eta Herri Indigenak Politika" (2006)	<ul style="list-style-type: none"> • Ekitatea, interkulturaltasuna eta parte-hartzea ardatz. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tolerantzia eta lankidetzaz ez da erreala (Menéndez, 2006). • Tolerantziak inekitate ezkututzen du eta dominazio-subordinazioak jarraitzea eragin (Walsh, 2000).
Herri indigenei zuzendutako parte-hartze eta kontsulta prozesua (2015-2016)	<ul style="list-style-type: none"> • Kulturara egokitzen den osasun arretaren inguruko araudiari buruzko parte-hartze eta kontsulta prozesua. 	<ul style="list-style-type: none"> • Osasun eredu ezberdinen arteko elkarrizketak eman dira, baina ez interkulturaltasuna (Cuyul, 2013).

Iturria: Autoreak egina

5.3. Herri maputxearen eskaera eta gakoak

Hainbat izan dira Txileko Osasun Ministeritzaren aldetik urteetan zehar planteatutako politika eta programak osasun eredu interkulturala lortzera bidean. Hala ere, badirudi saiakera hauek bideratzeko modua ez datorrela bat politiketan planteatzen diren baloreekin (esaterako ekitate eta horizontaltasunarekin). Aipatutako baloreak posible izateko nahitaezkoa da biztanleria maputxeak prozesu osoan zehar parte hartzea. Ondorioz, osasun interkulturala lortzeko aintzat hartu beharrekoak planteatzerako orduan, autore ezberdinen planteamenduak azaltzeaz gain, herri maputxearen aldetik zein eskaera egiten diren azaltzea garrantzitsua izango da.

Gaur egun, oso urriak dira biztanleria maputxeak osasun interkulturalaren inguruan duen pertzepzioa eta egiten dituen eskaerak aztertzen dituzten ikerketak. Alarcón et al.-ek (2004) erabiltzaile maputxeek eta osasun langileek osasun politika interkulturalen inguruan zuten iritzia aztertu zuten hainbat arlotan. 5. taulan ikus daitekeenez, erabiltzaile maputxe eta osasun langileen artean desadostasun handiak egon ziren osasun politika interkulturala eraikitzeke arrazoietan, erronketan eta politikaren elementu garrantzitsuenak zeintzuk izan beharko liritekeen adierazterako orduan. Politikaren kudeaketari dagokionez, erabiltzaile zein osasun langileek erakunde indigenen parte-hartzearen eta politikaren difusioaren garrantzia azpimarratzen dute.

5.taula: Osasun politika interkulturalen inguruan erabiltzaile maputxe eta osasun langileen iritzia

	Erabiltzaile maputxeak	Osasun langileak
Osasun politika interkulturala eraikitzeke arrazoiak	<ul style="list-style-type: none"> • Sarbide falta. • Egoera etnikoa. • Inekitatea osasunean. 	Biztanleria maputxe eta gainerakoaren artean desabantailarik ez, beraz, ez dago justifikatuta.
Erronkak	<ul style="list-style-type: none"> • Osasun arloko zuzendaritzaren borondate falta. • Gatazka maputxearen inguruko indiferentzia. • Osasun langileek biztanleria indigenarenganako diskriminazioa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kultura maputxearen inguruan trebakuntza falta.
Politikaren elementu garrantzitsuenak	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Matxiaren</i> parte-hartzea. • Gaixoen deribazioa. • Arretarako eremu maputxea egotea. 	<ul style="list-style-type: none"> • Maputxeen identitatea errespetatzea. • Ezagutza handitzea.
Kudeaketa	<ul style="list-style-type: none"> • Erakunde indigenen parte-hartzea. • Politikaren difusioa. 	

Iturria: Autoreak egin Alarcón et al.-en (2004) datuak erabiliz

"Osasuna eta Herri Indigenak Politika"-n ere, herri indigenek gobernuko organismo ezberdinei egindako eskaerak batu ziren. Ondorengoak izan ziren herri indigenen eskaerak, besteak beste: ingurugiroaren eta medikuntza eta *kosmobisio* indigenaren errekonozimendua, errespetua eta babestea; biztanleria indigenari zuzendutako osasun programen erabakietan parte-hartzea; osasun arreta publikoaren kalitatea hobetzea eta osasun langileen aldetik errespetua; osasun arretaren ebazpen gaitasunaren hobetzea; eta osasun sarbidearen hobetzea. Herri maputxearen kasuan, aipatutakoez gain, ondorengoak izan ziren eskaera espezifikoak: *matxiaren* lanerako laguntza espezifikoak; biztanleria maputxearekin burutzen diren ikerketetan parte-hartzea; osasun proiektuen garapenean *longko*¹⁶-en parte-hartzea; eta ospitale mailan tratamendu biomediko eta maputxeak bateratu ahal izatea (Minsal, 2003).

Ez dugu aurkitu maputxeen osasun eskaerak aztertzen dituen beste ikerketarik, eta ikustear daude aipatutako Osasun Ministeritzaren parte-hartze eta kontsulta prozesuaren emaitzak. Biztanleria maputxeak osasun arretaren inguruan duen pertzepzioari buruzko datuak urriak izan arren, aztertutako bi kasuek bat egiten dute zenbait eskaeratan: biztanleria indigenaren parte hartzea osasun politiken kudeaketan, ikerketan edota proiektuen garapenean;

¹⁶ *Longkoa* komunitate maputxeetako burua da, kargu administratibo zein erlijiosoak dituena.

biztanleria indigenarenganako diskriminaziorik ez egotea osasun langileen aldetik; eta *matxiaren* parte-hartzea osasun arretan. Azaldutako eskaerak izan beharko lirateke osasun politika interkulturalen eraikuntzarako oinarriak.

Osasun politika eta programa interkulturalen bilakaera eta herri maputxe zein osasun langileen pertzepzioa ikusi ondoren, zenbait autorek osasun interkulturala lortzeko planteatutako gakoak azalduko dira.

Parra eta Pachecoren (2006) aburuz, osasun zientziek haien objetibotasun, positibismo, erredukzionismo eta etnozentrismo oinarriak birplanteatu beharko lituzkete, osasun eta gaixotasun kontzeptuen adiera desberdinak ulertzerantz bidean. Hortaz, profesionalen heziketan osasun ezagutzen pluralitatea errazten duten osasun eredua sustatu beharko litzateke.

Profesionalen formakuntzaz gain, herri indigenen protagonismoa azpimarratzen dute hainbat autorek. Hasenen (2012) arabera, interkulturaltasunak inplikatzeko duen horizontaltasuna bermatzeko, herri indigenek espazioak irabazi behar dituzte eta instituzio ofizialek espazio hauek utzi behar dituzte. Diazen (2007) aburuz ere, erakunde indigena autonomoen garapenerako eremu propioak zabaltzea beharrezkoa izango da, horiek izan daitezkeen haien garapeneraren aktore sozial protagonistak. Izan ere, alde batetik, herri "asimetrikoetan" berdintasun baldintzak integratzen saiatzeak entitate etniko ezberdinak formalki integratzen dituzte soilik, hau da, ez du oinarritzko transformazioa bilatzen. Bestalde, autoreak esandakoarekin jarraituz, osotasunezko harreman interkulturala aniztasun kulturala termino kulturaletan, politikoetan eta sozialetan onartzen duen gizartean ematen dena da. Beraz, guzti hori posible izateko, komunitateko gizarte egitura tradizionalen bidezko antolakuntza prozesuek garrantzia izango dute. Beharrezkoa izango da, maila lokalean gizarte nazionalaren eta maputxearen arteko negoziazio tresnak dituen antolakuntza moduak garatzea eta indigenen parte-hartzea ardatz izatea (Citarella, 2000; Bengoa, 2007).

Cuyulek (2013) herri maputxearen osasun politika propioa eraikitzearen beharra azpimarratzen du, autonomia politiko maputxea lortzerantz bidean. Osasun politika propio hau sortzeko, beharrezkoa izango da aurretiko hausnarketa eta analisi kolektiboko prozesua erakunde maputxeen aldetik, Estatu eta osasun politika ofizialarekin elkarrizketan.

Laburbilduz, osasun interkulturala lortzerantz bidean aurkezten diren eskaera eta gakoek osasun langileen formakuntza eta herri indigenen protagonismoa dute ardatz.

6. ONDORIOAK

Sarreran azaldutako ikerketa galdera eta helburuak abiapuntu gisa hartuta egindako ikerketaren ondorioak azalduko dira jarraian.

Alde batetik, herri maputxeak urteetan jasandako lur murrizketak, herri indigenen parte-hartze eta eskubideen errekonozimendua, eta neoliberalismoaren sendotzea izan dira azken hamarkadetako ezaugarri nagusiak. Ikusi den bezala, testuinguru politikoarekin daude erlazionatuta maputxe eta ez maputxeen arteko inekitate egoerak. Azpimarratzekoa da landa-eremuan bizi diren emakume maputxeak direla hezkuntza eta diru sarrerei dagokienez egoera kaskarrenean bizi direnak. Hortaz, etnia, genero eta sakabanaketaren arabera botere-harremanak eraiki direla agerian dago.

Beste aldetik, Txileko osasun eredu desberdinak aztertzean, kultura bakoitzak bere sinesmenen arabera osasun eta gaixotasunaren fenomenoak modu desberdinean ulertzen dituela ikusi da. Beraz, osasun ereduak eraikuntza kulturalak dira. Besteak beste, Txilen, eredu biomediko, tradizional eta interkulturala daude elkarbizitzan, bakoitzak bere osasunaren adiera eta praktikak dituela.

Eredu biomedikoari dagokionez, organo eta gaixotasunetan zentratzen da eta ez du osasunean ez arlo espiritualak ezta pertsonen kultura eta komunitatea aintzat hartzen. *Kosmobisio* maputxeen, aldiz, espirituak, komunitateak, eta natura eta gizakiaren arteko harremanek garrantzia dute. Azkenik, osasun eredu interkulturalak osasun arretarako prozesuan kultura kontutan hartzen du eta pertsonen arteko harremanean horizontaltasuna du ardatz.

Eredu biomediko eta tradizionalaren arteko elkarreragina aztertzean, etniaren araberako botere harremanak komunitate maputxeetako osasun ereduan ere ematen direla ikusi da. Izan ere, komunitate maputxeetan, eredu biomedikoa ezarri da osasun eredu bakar gisa eta eredu tradizional maputxearen aurrean gailendu da hainbat arrazoi direla eta (esaterako, lekualdaketak, ingurugiroaren suntsipena, bizimodu osasuntsuaren galera, hezkuntza, erlijioa, osasun eredu biomedikoaren eta eredu maputxearen nolakotasuna). Guzti horren ondorio dira biztanleria indigenaren osasunerako sarbidea zailtzea, kulturagatiko diskriminazioa, eta arlo espiritualaz ahaztea. Hala ere, esan beharra dago eredu bat bestearen aurrean gailentzeak ondorio negatiboak izan arren, biztanleriaren osasunarentzako ekarpen positiboak egin dituztela eredu biomediko zein tradizionalak.

Azaldutako elkarreraginaren ondorio negatiboen aurrean, osasun interkulturala aurkezten da irtenbide bezala. Herri indigenen eskubidea da osasun eredu interkulturalako osasun arreta jasotzea. Kultura ezberdinen arteko harremanean ekitatea lortzea du helburu interkulturaltasunak. Osasun arloak herri maputxearen testuinguru politiko eta soziokulturalarekin duen erlazioa ikusita, bizitzako arlo guztietan harreman horizontalak garatu beharko dira interkulturaltasuna osasunean lortzeko.

Azken urteetako Txileko osasun politika eta programa interkulturalak aztertu dira, eta Estatu eta herri maputxearen arteko harremanak horizontalak izan ez direla ondorioztatu da. Izan ere, neoliberalismoa gailendu da herri maputxearen eskaerak eta interes neoliberalak bat ez zetozenetan. Beraz, herri maputxeen osasun interkulturala oraindik ez da existitzen

errealitatean, eraikitze dago. Ondorioz, herri indigenen osasun interkulturalako arretarako eskubidea urratzen da Txileko herri maputxearen kasuan.

Eraikitze prozesu honetan ezinbestekoa izango da herri maputxearen parte-hartzea eta protagonismoa. Horretarako abiapuntua maputxe eta ez maputxeen artean inekitatea dagoela onartzea da. Hau da, berdinen arteko harremana eman ezin denez, herri indigenen presentzia indartzea beharrezkoa da osasun politika eta programa interkulturalak sortu eta ezartzeko prozesu osoan zehar. Baliteke herri indigenen osasunaren autogestioa eta autonomia politikoa bide horretan lehenengo pausuak izatea.

Aipatutakoaz gain, genero ikuspegitik burutu da lana. Bizitzan perspektiba feminista izatean hasten da sistema patriarkalak sortutako genero-erolek baldintzatutako botere harremanen eraldaketa, ekitatea lortzera bidean. Zientzia politikoa den heinean, perspektiba hau aplikatu edo ez aplikatzearen arduradunak gara ikertzaileak. Ikerketa osoan zehar perspektiba feminista aplikatzen saiatu gara emakume maputxeen egoera azaleratzeko, eta etnia eta generoa uztartu ditugu.

Lana genero ikuspegitik egiteko zailtasun nagusia informazio falta izan da. Emakume eta gizon maputxeen egoera sozioekonomikoa islatzen duten datuak lortu dira, baita komunitate maputxeetako genero rolen ingurukoak ere. Zailagoa izan da osasun ereduetan, eredu biomediko eta *kosmobisio* maputxearen arteko elkarreraginean eta Txileko osasun interkulturalako programa eta politiketan genero harremanak aztertzea. Edonola, interesgarria izango litzateke aurrerantzean osasun eredu ezberdinetan ematen diren botere harremanak aztertzea eta osasun interkulturalako politiketan generoak duen presentzia ikertzea.

Gaiari buruz biztanleria maputxeak duen pertzepzioari buruzko datu gabezia nabarmengarria da. Baliteke herri maputxearen ezagutzaren ohiko transmisio moduak (ahozkoa) horretan eragina izatea. Garrantzitsua da herri maputxearen pertzepzioa ikertzea lanean azaltzen diren gai guztietan, besteak beste, herri maputxearen testuinguru politikoan eta osasun interkulturalaren inguruko pertzepzio eta eskaerei dagokienez. Izan ere, Adichiek (2009) esaten duen bezala, istorio bakar batean izan gara heziak hainbat arlotan. Hau da, askotan, gai baten inguruan istorio bakarra sortzen dugu geure buruan. Adibidez, herri baten alderdi bakarra azaleratzen dugu, behin eta berriro, guretzat buruan dugun herria gauza bakar hori bihurtzen den punturaino. Boterea nork duenaren arabera istorioak modu batean edo bestean kontatuko dira. Sistema patriarkalean gizonak kontatu dute istorioa, era berean, herri maputxearen istorioa mendebaldeko kulturatik kontatu da istorio bakarra balitz bezala. Istorio bakarrek dominazio-subordinazio harremanak bultzatzen dituzte. Beraz, oso garrantzitsua izango da herri maputxearen inguruko ikuspegi guztiak azaleratzea, istorio bakarra izateak dakarren arriskua saihesteko.

Osasun arloko informazio falta ere oso handia da maputxe eta ez maputxeen osasun zerbitzuen eskuragarritasun eta erabilerari dagokionez. Adibidez, biztanleria maputxe eta ez maputxearen arteko konparaketa egiten duen osasun zerbitzuetarako sarbidearen inguruko datuak oso urriak eta zaharrak dira. Gainera, ez da aurkitu osasun arreta tradizionala erabiltzen duen biztanleria kopuruaren inguruko daturik.

Gauzak horrela, zailtasunak egon dira etnia eta generoa aintzat hartzen duten datuak lortzerako orduan: zenbat eta errealitate konkretuagoa izan, orduan eta datu gutxiago aurkitu ditugu. Urriak dira maputxe eta ez maputxeak konparatzen dituzten ikerketak, are eskasagoak generoa kontuan hartzen dutenak. Gainera, datu asko ez daude eguneratuta eta 5 urte baino gehiagoko antzinatasuna dute.

Laburbilduz, etorkizunerako erronka dira alde batetik horizontaltasunean oinarritutako osasun interkulturala eraikitzea, eta bestetik, generoa eta etnia kontuan hartzen dituzten ikerketak burutzea. Horiek dira egun ematen diren inekitate egoerak azaleratu eta eraldatzeko eman beharreko lehen pausuak.

Era berean beharrezkoa da lan honetan ondorioztatutakoa nazioarteko lankidetzan ere txertatzea. Bereziki, osasun eredu bat beste baten aurrean ez gailentzeko, nahitaezkoa izango da herri indigenekin lan egitean eman daitezkeen osasun botere-harremanez jabetzea, biztanleriaren kultura aintzat hartzea eta horizontaltasunean oinarritutako harremanak eraikitzea.

7. ERREFERENTZIA BIBLIOGRAFIKOAK

- Adichie, Chimamanda (2009). *El peligro de la historia única (bideo)*. Eskuragarri: https://www.ted.com/talks/chimamanda_adichie_the_danger_of_a_single_story?language=es (2016ko martxoaren 10ean kontsultatua)
- Aguilar, Mariana del Rocio (2011). *La educación para los pueblos indios : el reto de una educación inclusiva en américa latina*. Tesis para lograr el grado de doctora en estudios latinoamericanos, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F, Mexico.
- Alarcón, Ana Maria; Astudillo, Paula; Barrios, Sara; eta Rivas, Edith (2004). Política de Salud Intercultural: Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile. *Revista médica de Chile*, 132(9), 1109-1114.
- Alarcón, Ana Maria; Vidal, Aldo; eta Neira, Jaime (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista médica de Chile*, 131(9), 1061-1065.
- Banco Interamericano de Desarrollo (2014). *Contando la población indígena de Chile*. Eskuragarri: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=39334376>
- Bengoa, Jose (2007). *La emergencia indígena en América Latina* (2.Ed). Santiago de Chile: Fondo de Cultura Económica.
- Biglia, Barbara; Ochy, Curiel; eta Esteban, Mari Luz (2015). Ikerkuntza feministarako eta epistemologiari eta metodologiari buruzko gogoetak. *Hegoako lan koadernoak*, 1(67). Bilbo: Hegoa.
- Blanco, Carmen (2011). *Las hijas de la Pachamama, Género y Mujeres Indígenas en los Andes*. Quito: Fundación de Culturas Indígenas Kawsay.
- Boccaro, Guillaume (2004). Del buen gobierno en territorio mapuche: Notas acerca de una experiencia en salud complementaria. *Cuadernos de Antropología Social*, (20), 113-129.
- Bolados, Paola (2010). *Neoliberalismo Multicultural en el Chile Democrático: Gubernamentalizando la Salud Atacameña a través de la Participación y el Etnodesarrollo*. Tesis para optar el grado de doctora en antropología, Universidad Católica del Norte-Universidad de Tarapacá, San Pedro de Atacama, Chile.
- Bolados, Paola (2012). Neoliberalismo multicultural en el Chile postdictadura: la política indígena en salud y sus efectos en comunidades mapuches y atacameñas. *Chungará (Arica)*, 44(1), 135-144.
- Breilh, Jaime (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Cáceres, Luís (2008). *La presencia de la mujer Mapuche en las luchas en el Puelmapu y Gullumapu*. Eskuragarri: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000304.pdf> (2016ko martxoaren 6an kontsultatua).
- Carreazo, Jimmy (2004). Salud intercultural: Atisbos de un enfoque multidisciplinario. *Paeatrica*, 6(2), 101-107.
- Centro de Estudios Públicos (2002). *Una radiografía de los mapuches: Estudio Nacional de Opinión Pública N° 43*. Santiago de Chile: CEP.
- Centro de Estudios Públicos (2006). *Los Mapuche Rurales y Urbanos Hoy: Datos de una encuesta*. Santiago de Chile: CEP.
- Cerda, Rodrigo (2009). Situación socioeconómica reciente de los mapuches en la región de La Araucanía. *Estudios públicos*, (113), 27-108.
- Citarella, Lucas (2000). *Medicinas y culturas en la Araucanía*. Santiago de Chile: Editorial Sudamericana.
- Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (2008). *Pueblos indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?: Informe del Seminario-Taller*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (2014). *Los pueblos indígenas en América Latina: Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos: Síntesis*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Comisión Económica Para América Latina y el Caribe; eta Centro Latinoamericano de Demografía (2012). *Desigualdades territoriales y exclusión social del pueblo mapuche en Chile: Situación de la comuna Ercilla desde un enfoque de derechos*. Santiago de Chile: CEPAL/CELADE
- Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (2014). *A 6 años de la ratificación del Convenio 169 de la OIT Conadi destaca actual proceso de Consulta Indígena*. Temuco: CONADI. Eskuragarri: <http://www.conadi.gob.cl/index.php/2-noticias/1360-a-6-anos-de-la-ratificacion-del-convenio-169-de-la-oit-conadi-destaca-actual-proceso-de-consulta-indigena> (2016ko otsailaren 2an kontsultatua)
- Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (2016). *Presidenta Michelle Bachelet firmó Proyectos de Ley que crean el Ministerio y el Consejo de Pueblos Indígenas*. Temuco: CONADI. Eskuragarri: <http://www.conadi.gob.cl/index.php/noticias-conadi/1697-presidenta-michelle-bachelet-firmo-proyectos-de-ley-que-crean-el-ministerio-y-el-consejo-de-pueblos-indigenas> (2016ko maiatzaren 4an kontsultatua)
- Cuyul, Andres (2008). *La burocratización de la salud intercultural: Del neo-asistencialismo al autogobierno mapuche en salud*. Eskuragarri: http://laced.etc.br/site/indigenismo/archivos/La_Burocratizaci%C3%B3n_de_la_Salud_intercultural_en_Chile._A._Kuyul_5-08.pdf (2015eko abenduaren 2an kontsultatua)

- Cuyul, Andres. (2013). La política de salud chilena y el pueblo Mapuche. Entre el multiculturalismo y la autonomía mapuche en salud. *Salud Problema*, (14), 21-33.
- Díaz, Andrea (2007). Práctica complementaria en salud y recuperación del conocimiento tradicional mapuche. *Anales de Antropología*, 41(1), 143-172.
- Díaz, Alejandro; Pérez, Maria Victoria; Gonzalez, Claudio; eta Simon, Jeanne (2004). Conceptos de enfermedad y sanación en la cosmovisión mapuche e impacto de la cultura occidental. *Ciencia y enfermería*, 10(1), 9-16.
- Donoso, Sebastian (2008). *Chile y el convenio 169 de la OIT: reflexiones sobre un desencuentro*. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Goicoechea, Evelyn (2012). Interculturalidad en Salud. *UCV-Scientia*, 4(1), 52-55.
- Gonzalez, Elsa (2003). *La discriminación en Chile: El caso de la mujer mapuche*. Eskuragarri: http://www.mapuche.info/wps_pdf/caniulef031200.pdf (2016ko martxoaren 6an kontsultatua)
- Hale, Charles (2002). Does multiculturalism menace? Governance, cultural rights and the politics of identity in Guatemala. *Journal of Latin American Studies*, 34, 485-524.
- Hasen, Felipe Nayip (2012). Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. *Ciencia y enfermería*, 18(3), 17-24.
- Ibacache, Jaime; McFall, Sara; eta Quidel, Jose (2001). *Rume kagenmew ta az mapu: Epidemiología de la trasgresion en Makewe-Pelale*. Eskuragarri: http://www.mapuche.info/wps_pdf/Ibacache020200.PDF (2016ko urtarrilaren 16an kontsultatua)
- Instituto Nacional de Estadísticas (2002). *Estadísticas sociales de los pueblos indígenas en Chile: Censo 2002*. Santiago de Chile: INE. Eskuragarri: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/etnias/pdf/estadisticas_indigenas_2002_11_09_09.pdf. (2015eko urriaren 29an kontsultatuta)
- Kraster, Alethea (2003). *El uso de sistema de salud tradicional en la población Mapuche: Comportamiento y Percepción*. Eskuragarri: http://www.mapuche.nl/doc/kraster0703_sp.pdf (2015eko urriaren 10ean kontsultatuta)
- Lanaren Nazioarteko Erakundea (1989ko ekainaren 7an). Convenio sobre pueblos indígenas y tribales (Convenio nº169).
- Laurie, Nina; Andolina, Robert; eta Radcliffe, Sarah (2005). Ethnodevelopment: Social movements, creating experts and professionalising indigenous knowledge in Ecuador. *Antipode*, (37), 470-496.
- Ley nº19253 (1993ko urriaren 5ean). *Ley indígena*. Diario Oficial de la República de Chile.

- Ley nº 20584 (2012ko apirilaren 24an). *Ley que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud*. Diario Oficial de la República de Chile.
- Lobo, Constanza (2014). *Aplicación del Enfoque de Género en Proyectos TFG y TFM*. Bilbo: Mugarik Gabeko Ingenieritza.
- Lozano, Ruth. (2005). *Interculturalidad: desafío y proceso en construcción*. Lima: SERVINDI.
- Nilsson, Noemi (2014). *La mujer mapuche en Chile: Un estudio de género y marginación en la región de la Araucanía*. Eskuragarri: <http://su.diva-portal.org/smash/get/diva2:700214/FULLTEXT01.pdf> (2016ko martxoaren 6an kontsultatua)
- Menéndez, Eduardo (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, 451- 464. Buenos Aires.
- Menéndez, Eduardo (2006). Interculturalidad, diferencias y antropología “at home”. Algunas cuestiones metodológicas. Fernández G-n. *Salud e interculturalidad en América Latina, antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: Abya Yala.
- Ministerio de Desarrollo Social (2013). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN): Pueblos Indígenas, síntesis de resultados*. Santiago de Chile: Gobierno de Chile. Eskuragarri: <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/resultados-encuesta-casen-2013/> (2016ko urtarrilaren 20an kontsultatua)
- Ministerio de Salud (2003). *Política de salud y pueblos indígenas*. Santiago de Chile, Chile: Gobierno de Chile. Eskuragarri: <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsapi/e/paises/chile/politica.pdf>. (2015eko urriaren 12an kontsultatuta)
- Ministerio de Salud (2008). *Perfil epidemiológico básico de la población mapuche: Comunas del area lafkenche del Servicio de Salud Araucanía Sur*. Santiago de Chile: Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud (2014). *Indicadores básicos de salud Chile 2014*. Santiago de Chile: Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud (2015). *Propuesta de medida administrativa del ministerio de salud que se somete a proceso de participación y consulta a los pueblos indígenas: “reglamento que establece el derecho de las personas pertenecientes a pueblos indígenas a recibir una atención de salud con pertinencia cultural”*. Eskuragarri: <http://web.minsal.cl/participacion-y-consulta-a-los-pueblos-indigenas/> (2016ko martxoaren 11an kontsultatua)
- Observatorio Regional de Equidad en Salud según Género y Pueblo Mapuche, Región de La Araucanía (2009). Brecha de Analfabetismo mujeres mapuche y no mapuche en relación a hombres mapuche y no maputxe. Temuco: Universidad de La Frontera. Eskuragarri: http://www.observatorionegenerosalud.cl/araucania/field_show.php?cmd=184

- Osasunaren Erakunde Panamerikanoa (2008). *Derechos Humanos y Salud: Pueblos Indígenas*. Eskuragarri:
http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/tool%20box%2010069_pueblos.pdf
- Osasunaren Erakunde Panamerikanoa (2009). *La salud de los pueblos indígenas de las américas: conceptos, estrategias y prácticas*. Quito: OEP.
- Osasunaren Munduko Erakundea (1946ko uztailaren 22an). Eskuragarri:
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Parra, Leonardo; eta Pacheco, Ana María (2006). ¿Monólogo o diálogo intercultural entre sistemas médicos? Un reto educativo para las ciencias de la salud. *Revista Ciencias de la Salud*, 4(Especial), 110-121.
- Padilla, Patricio; Garín, Alan; García, Mauricio; eta Bello, Alvaro (2015). Mediciones del desarrollo y cultura: el caso del Índice de Desarrollo Humano y la población mapuche en Chile. *Polis (on line)*, (40). DOI : 10.4000/polis.10685
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo; Universidad de la Frontera; eta Ministerio de Planificación (2003). *El índice de desarrollo humano en la población mapuche de la región de La Araucanía: una aproximación a la equidad interétnica e intraétnica*. Santiago de Chile: PNUD.
- Prahalad, Combaitore (2005). *La fortuna en la base de la pirámide: Cómo crear una vida digna y aumentar las opciones mediante el mercado*. Barcelona: Granica.
- Rapaport, Jonatan (2006). Diccionario Hegoa: Medicina tradicional. Eskuragarri:
<http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/137> (2015eko urriaren 26an kontsultatua)
- Radcliffe, Sarah; eta Webb, Andrew (2016) Mapuche youth between exclusion and the future: protest, civic society and participation in Chile. *Children's Geographies*, 14(1), 1-19.
- Romero, Miguel; eta Ramiro, Pedro (2012). *Pobreza 2.0: Empresas, Estados y ONGD ante la privatización de la Cooperación al Desarrollo*. Barcelona: Icaria.
- Sckmunck, Romina (2013). *Identidad de genero e identidad cultural en las mujeres mapuche*. Eskuragarri:
<http://cdmujeresindigenas.odhpi.org/wp-content/uploads/2014/05/Identidad-cultural-e-identidad-de-g%C3%A9nero-en-las-mujeres-mapuche.pdf> (2016ko martxoaren 6an kontsultatua)
- Seguel, Alfredo (2003). *Basurales en comunidades mapuches: un conflicto latente en la Región de la Araucanía*. Santiago de Chile: Observatorio Latinoamericano de Conflictos Ambientales.
- Tricot, Tito (2007). Democracia formal y derechos indígenas. Una aproximación a la relación actual entre el estado chileno y el pueblo mapuche. *Historia Actual Online*, (12), 43-61.

- Torri, Maria Constanza (2012). Intercultural health practices: Towards an equal recognition between indigenous medicine and biomedicine? A case study from Chile. *Health Care Analysis*, 20(1), 31-49.
- Uharte, Luis Miguel; eta Vázquez, Unai (2015). *Irabazitako hamarkada Latinoamerikan: Herri borrokei begirada analitikoa*. Bilbo: EHU.
- Valenzuela, Eduardo (2007). Tierra, Comunidad e Identidad Mapuche. *Estudios Públicos*, (105), 25-36.
- Volio, Roxana (2008). *Género y Cultura en la Planificación del Desarrollo*. Las Palmas de Gran Canaria: Fundación Canaria para el Desarrollo Social (FUNDESCAN).
- Walsh, Catherine (2010). *Construyendo interculturalidad crítica: Interculturalidad crítica y educación intercultural*. La Paz: Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello.
- Webb, Andrew; eta Radcliffe, Sarah (2015). Unfulfilled promises of equity: racism and interculturalism in Chilean education. *Race Ethnicity and Education*. Eskuragarri: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13613324.2015.1095173> (2016ko maiatzaren 26an kontsultatua)

ERANSKINAK

1go eranskina: LNEren 169.hitzarmena (1989)

2.artikulua. Gobernuak dira herri indigena eta ez indigenek eskubide berdinak dituztela ziurtatzeaz arduratu behar direnak.

3.artikulua. Herri indigenek oinarrizko giza eskubideak izan behar dituzte oztopo eta diskriminazio gabe.

5.artikulua. Herri hauen balore, praktika sozial, kultural, erlijioso eta espiritualak errekonozitu eta babesten dira.

7.artikulua. Estatuak dira bizi baldintzak, lan baldintzak, osasun maila eta hezkuntza maila hobetzeko beharra dutenak, plan nazionaletan lehentasun izanik.

14 eta 16. artikulua. Herri indigenen lur jabegorako eskubidea eta desplazatuak ez izateko eskubidea bermatzen dute.

25. artikulua. Estatuak dira osasunerako eta segurtasun sozialerako betebeharra dutenak, ondorengo barnebilduz: herri indigenentzako osasun zerbitzuen erabilgarritasuna, osasun praktika tradizionalak aintzat hartuko duten zerbitzuen ezarpena eta komunitate lokaleko osasun langileen trebakuntza.

Iturria: Autoreak egin LNEko (1989) datuak erabiliz.

2.eranskina: Herri Indigenen Eskubideen inguruko Deklarazioa (2007)

1go artikulua. Nazio Batuen Kartak, Giza Eskubideen Deklarazio Unibertsalak eta giza eskubideen nazioarteko konbentzioek errekonozitzen dituzten oinarrizko giza eskubideak modu kolektibo edo indibidualean eta osotasunean gozatzeko eskubidea dute.

2. artikulua. Edozein motatako diskriminaziotik aske egoteko eskubidea onartzen da.

7. artikulua. Bizitzarako eta osotasun fisiko eta mentalerako eskubidea onartzen da.

11. artikulua. Tradizio eta ohitura kulturalak praktikatzeko eskubidea onartzen da.

12. artikulua. Ohitura espiritual eta erlijiosoak adierazteko eskubidea onartzen da.

14. artikulua. Haien hezkuntza sistema ezarri eta kontrolatzeko eskubidea onartzen da.

20. artikulua. Haien instituzio edo sistema politiko, ekonomiko eta sozialak mantendu eta garatzeko eskubidea onartzen da.

21. artikulua. Baldintza ekonomiko eta sozialak hobetzeko eskubidea onartzen da.

24. artikulua. Ahalik eta osasun maila altuenaz gozatzeko eta osasun tradizionalako praktikak erabiltzeko eskubidea onartzen da.

Iturria: Autoreak egin OEPko (2008) datuak erabiliz.

3.eranskina: OEPren ebazpenak: CD37.R5; CD40.R6; CD47.R18

- **CD37.R5 (1993) ebazpena**

OEPren parte diren estatuek gaixotasunen prebentziorako eta osasunaren promoziorako programak bultzatu behar dituzte herri indigenentzat; osasun arretarako eredu alternoak barnebildu behar ditu osasun sistemak, herri indigenentzat egokiak direnak; eta herri indigenen osasunaren inguruko informazioa handitzeko ikerkuntza eta inizatibak bultzatu behar dituzte estatuek.

Iturria: Autoreak egina OEPko (2008) datuak erabiliz

- **CD40.R6 (1997) ebazpena**

OEPren parte diren estatuek herri indigenen osasun eta oinarrizko osasun zerbitzuen sarbidean dauden ezberdintasunak detektatu, monitoreatu eta itzuli behar dituzte. Gainera, osasun erronken aurrean irtenbideak bilatu behar dituzte.

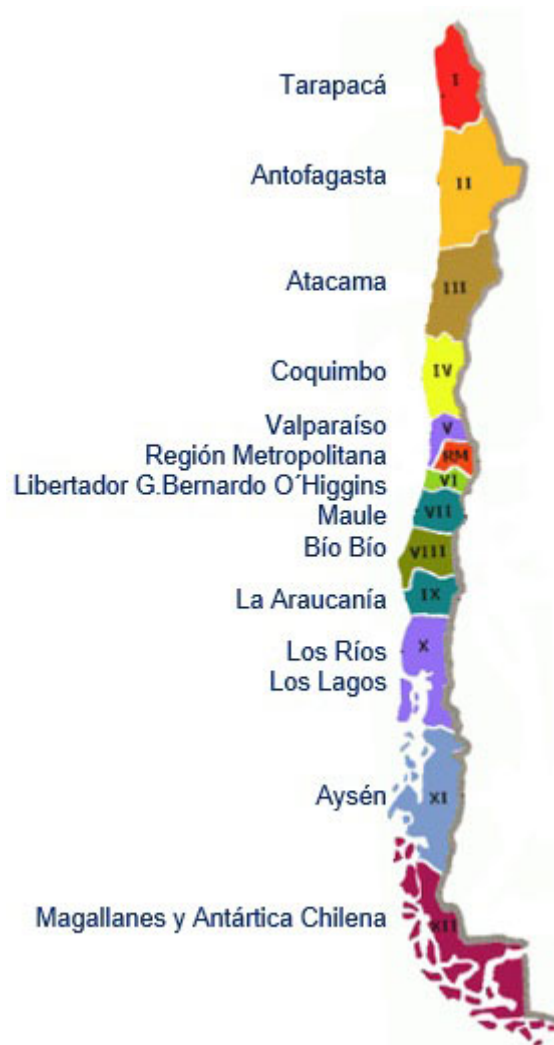
Iturria: Autoreak egina OEPko (2008) datuak erabiliz

- **CD47.R18 (2006) ebazpena**

Osasunean eta osasun arretarako zerbitzuen sarbidean dauden desberdintasunak errekonozitzen dira, Ameriketako Eskualdean dauden 45 milioi biztanle indigena baino gehiagori eragiten dietenak. OEPren parte diren estatuak herri indigenen perspektibak barnebiltzen direla ziurtatzera eta Milurteko Garapen Metak osasun politika nazionaletan lortzera konprometitzen dira, Eskualdeko osasun sistemetan ikuspegi interkulturala integratzera eta osasun sistemako giza baliabideak dinamizatzaile interkultural gisa jardun dezaten ahalbidetzera, besteak beste.

Iturria: Autoreak egina OEPko (2008) datuak erabiliz

4.eranskina: Txileko eskualdeen mapa



5.eranskina: 19253.Legea, Lege Indigena (1993): Orokortasunak eta lur eta lurraldearen inguruko berezitasunak

- **19253.Legearen orokortasunak**

- Txilen zortzi etnia existitzen direla errekonozitzen du (*maputxe, aymara, rapa nui, atacameña, quechua, colla, kawashqar* eta *yaghan*), Txileko pluralismo etnikoa lehenengokoz onartuz.
- "Indigenaren kalitatea" definitzen du lur indigenei desbinkulatuta eta kultura, autoerrekonozimendu eta oinordetza irizpideak integratuz.
- Lur indigenen errekonozimendu, babespen eta garapenerako neurriak ezartzen ditu eta Lur eta Ur Indigenen Fondoa sortzen du.
- Planifikazio Ministeritza indigenen garapenerako eremuak ezartzeko ahalbidetzen du, Estatuaren ekintza bertan fokalizatzeotan.
- Indigenen Garapenerako Funts bat sortzen du komunitate eta pertsona indigenen garapenera zuzentzen diren programa bereziak finantzatzeko.
- Hezkuntza eta kultura indigenaren inguruko arauak ezartzen ditu.
- Indigenen Garapenerako Korporazio Nazionala (Corporación Nacional de Desarrollo Indígena, CONADI) sortzen du.

Iturria: Autoreak egina Ley nº19253ko (1993) datuak erabiliz

- **19253.Legeko lur eta lurraldearen inguruko berezitasunak**

Lege honen II. Izenburuan lur indigenen errekonozimendu, babespen eta garapenerako xedapenak ezartzen dira. 12.artikuluaren xedapen horren objektua definitzeko oinarriko irizpideak azaltzen dira:

- a) Egun komunitate edo pertsona indigenek okupatzen (jabegodunak) dituzten lurak Estatuak errepublikan zehar edo beranduago inplementatutako esleipen, emate edo erregularizazioagatik.
- b) Historikoki legeak errekonozitutako etnietako pertsona edo komunitateek okupatzen dituzten lurak, Lur Indigenen Erregistroan ageri direnak.
- c) Aurretik aipatutako modalitateetako lurak, zuzenbide tribunalek lur indigena gisa deklaratzeko dituenak.
- d) Estatuak pertsona edo komunitate indigenei emandako lurak jabetzako dohako titulu gisa.

Iturria: Autoreak egina Ley nº19253ko (1993) datuak erabiliz

Master Amaierako Lan honek UPV/EHUko Berdintasunerako zuzendaritzaren diru laguntza izan du Genero ikuspegia barne hartzen duten master amaierako lanak egiteko laguntzen deialdian (2015/2016).

Hegoa. Trabajos Fin de Máster

Nº 1

Título: Distribución agroalimentaria: impactos de las grandes empresas de comercialización y construcción de circuitos cortos como redes alimentarias alternativas

Autor: Pepe Ruiz Osorio

Tutor: Roberto Bermejo Gómez de Segura

Nº 2

Título: Cartografía participativa: herramienta de empoderamiento y participación por el derecho al territorio

Autora: Iratxe Braceras

Tutor: Gregorio Etxebarria

Nº 3

Título: La desigualdad social por los organismos internacionales: un análisis del discurso

Autor: Conrado Arias

Tutor: Alfonso Dubois

Nº 4

Título: Metodologías participativas en proyectos de cooperación internacional al desarrollo de base tecnológica. Estudio de caso: identificación participativa en Elías Piña - República Dominicana.

Autora: Anastasia Domínguez Narváez

Tutor: Zesar Martínez García

Nº 5

Título: Pobreza y exclusión infantil: el caso de los menores que viven en las calles de Calabar (Nigeria).

Autor: José Fernando Sánchez Carrillo

Tutora: M^a Luz De La Cal Barredo

Nº 6

Título: Cuando formular una política de equidad de género no es suficiente

Autora: Arantzazu Urzelai

Tutora: Clara Murguialday

Nº 7

Título: El enfoque de género en una cooperación al desarrollo en continua adaptación

Autor: Fernando San Eustaquio Sánchez

Tutora: Clara Murguialday

Nº 8

Título: Investigación sobre el diagnóstico de la Educación Intercultural Bilingüe en la Provincia de Pastaza

Autora: Itziar Aldave Velasco

Tutor: Juan José Celorio Díez

Nº 9

Título: Encuentros y desencuentros entre el Desarrollo Humano y el Desarrollo Sostenible. ¿Qué tan sostenible es el Desarrollo Humano Sostenible?: Los ineludibles límites que se plantean desde la Economía Ecológica

Autor: André Fernando Herrera

Tutor: Koldo Unceta Satrústegui

Nº10

Título: El Buen Vivir: Del Sumak Kawsay y Suma Qamaña a las constituciones del Buen Vivir. Contradicciones y desafío entre la teoría y la práctica.

Autor: Juan Manuel Crespo Barrera

Tutor: Koldo Unceta Satrústegui

Nº11

Título: Los Bienes Comunes: Caracterización y aproximación empírica a las iniciativas existentes en Euskadi

Autor: Ekhi Atutxa Ordeñana

Tutor: Imanol Zubero Beaskoetxea

Nº12

Título: Empresas transnacionales, Estados nación y democracia: Transformaciones de las relaciones de poder en la globalización neoliberal

Autora: Júlia Martí Comas

Tutor: Juan Hernández Zubizarreta

Nº13

Título: Estrategias de solidaridad ante la precariedad: El caso de la comunidad senegalesa en el Estado Español

Autora: Jone Barandiaran

Tutor: Imanol Zubero Beaskoetxea

Nº14

Título: Las empresas transnacionales y el derecho a la tierra de los pueblos indígenas de Brasil. ¿Colisión de derechos?

Autora: Irene Ortiz de Urbina Freire

Tutor: Juan Hernández Zubizarreta

Nº15

Título: Hacia una agenda alternativa de educación para el desarrollo desde una perspectiva ecofeminista

Autora: Ainara Barrenechea González

Tutora: Yolanda Jubeto

Nº16

Título: La criminalización neoliberal de la pobreza: Un análisis de discurso en el ámbito vasco de las políticas sociales

Autora: Isabel Torres Millán

Tutora: Imanol Zubero Beascoetxea

Nº17

Título: Los Estados-nación en la globalización neoliberal: Las diferentes dimensiones de la crisis del Estado Español-

Autor: Peio Salazar Martínez de Iturrate

Tutor: Mikel de la Fuente

Nº18

Título: España y la Unión Monetaria Europea: Un análisis estructural en el marco de la crisis del euro.

Autor: Alejandro Quesada Solana

Tutor: Joaquín Arriola Palomares

Nº19

Título: Los desafíos del Estado en África Subsahariana: Una aproximación al caso de Mozambique desde la dimensión socio-política del Desarrollo Humano

Autor: Manuel Barroso Sevillano

Tutor: Jokin Alberdi Bidaguren

Nº20

Título: La lucha por la despenalización del aborto en El Salvador: El caso Beatriz

Autora: Jone García Lurgain

Tutora: Clara Murguialday

Nº21

Título: La desigualdad en la agenda de Desarrollo post-2015

Autora: Soraya Gómez

Tutor: Alfonso Dubois

Nº22

Título: La pobreza urbana en el nuevo marco de actuación post-2015

Autora: Cristina Herranz Urbasos

Tutor: Michel Sabalza

Nº23

Título: El arbitraje inversor-estado: El devenir de la nueva Lex Mercatoria

Autora: Omaira Castellanos Cortés

Tutor: Juan Hernandez Zubizarreta

Nº24

Título: La transformación neoliberal del Imperialismo: Hegemonía y sistema multipolar en el siglo XXI

Autor: Davide Angelilli

Tutor: Luis Guridi Aldanondo

Nº25

Título: El Suma Qamaña en Bolivia: ¿Un modelo económico alternativo de desarrollo?: Un análisis desde la dimensión rural campesina.

Autor: Javier Martín de la Guardia

Tutor: Unai Villalba Eguiluz

Nº26

Título: Políticas económicas neoliberales y distribución de la renta: Análisis de la experiencia colombiana.

Autora: Laura Heras Recuero

Tutor: Francisco Zabalo Arena

Nº27

Título: El plan Bienvenid@s a Casa y el retorno migratorio de ecuatorianas y ecuatorianos: entre el discurso y la práctica

Autora: María Fernanda Mejía Murillo

Tutor: Xabier Aierdi

Nº28

Título: Feminismo islamikoa eta emakume etorkin musulmanen elkartegintza Euskadin

Autora: Laura Alvarez

Tutora: Irantzu Mendia Azkue

Nº29

Título: Osasun eredu biomedikoa eta osasun politika interkulturalak: Txikeko maputxeen osasun eremuan eragina

Autora: María López Castillo

Tutor: Unai Villalba