



HE ORA RA´A. MEDICALIZACION, PROCESOS COLONIALES Y POLITICAS PUBLICAS EN RAPA NUI

Valentina Fajreldin Chuaqui

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



He Ora Ra'a

Medicalización, procesos coloniales y políticas públicas en Rapa Nui

Valentina Fajreldin Chuaqui



TESIS DOCTORAL
2021

He Ora Ra'a
Medicalización, procesos coloniales y políticas públicas en
Rapa Nui

Valentina Fajreldin Chuaqui

TESIS DOCTORAL

Dirigida por el Prof. Dr. Josep Maria Comelles



**UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI**

Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social

Santiago de Chile, Junio de 2021



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

HAGO CONSTAR que el presente trabajo, titulado "**He Ora Ra'a. Medicalización, procesos coloniales y políticas públicas en Rapa Nui**", que presenta Valentina Fajreldin Chuaqui para la obtención del título de Doctor, ha sido realizado bajo mi dirección en el Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social de esta universidad.

Tarragona, 28 de Junio de 2021

Josep M. Comelles, M.D.; Ph.D.
Professor emèrit

Presentación

En abril del año 1999 inicié un trabajo etnográfico en Rapa Nui –Isla de Pascua-, una isla situada a 3.600 kilómetros de las costas del territorio de Chile continental, en mitad del Océano Pacífico, a fin de desarrollar mi práctica profesional de la licenciatura en antropología por la Universidad de Chile. De ese primer encuentro con “la isla”, que duró 4 meses, surgió luego mi tesis de pregrado (2002) y una larga historia de relación con sus habitantes que perdura hasta el día de hoy y ha derivado en una serie de interesantes y siempre estimulantes lazos personales, académicos y profesionales.

Esta tesis de Doctorado es pues una reflexión que resume veintidós años de camino antropológico; camino testigo de los cambios ocurridos en el sitio y también de los internos ya que el paso por Rapa Nui significa una impronta en mi forma de ser antropóloga y persona; de hacer etnografía; de entablar lazos con la otredad y con la mismidad.

En este trayecto he recibido el apoyo y la compañía generosa de cientos de personas, muchas de las cuales ya no están en este plano. A todas ellas mil gracias y deseos de bienestar eternos.

Agradezco de todos modos expresamente y de nuevo a Tei (Jorge Calderón Tuki) quien fue maestro y compañero de mis primeros encuentros con la isla profunda. A Lucía Riroroko y Leando Haoa, a Gonzalo Nahoe y su esposa, a Inés Paoa Riroroko, a Gustavo Bórquez Paoa. A Lori Paoa, Felicita Tepano, Carmen Nahoe, Laura Pont. A las nua Analola Tuki, Ruth Ika, Ester Haoa, Inés Hotus, al koro Benedicto Tuki Tepano. A Pau Hito, a Chavo Paté, a Tiare Paoa, a Anette Rapu, a Edgard Hereveri, entre muchos otros queridos seres.

Desde la orilla de la antropología esta tesis agradece con perspectiva histórica a mi maestra Mónica Weisner de la Universidad de Chile por abrir este lazo en aquel ya remoto tiempo; y a Josep M. Comelles de la Universitat Rovira i Virgili por haber aceptado dirigir este trabajo, lo cual es para mi un privilegio enorme.

Agradezco cada ayuda o comentario de mis colegas Riet Delsing, Margarita Sáez, Andrea Seelenfreund, Diego Muñoz, Rolf Foerster, Tibor Gutiérrez. A Moira Fortín, Jimena Ramírez, José M. Ramírez, César Leyton, Betty Haoa, Consuelo Labra, Carlos de la Barrera, Patricia Stambuk, Tania Basterrica, Ovahe Tepano, Rolando Quinlan. A Jacalyn Duffin de la Universidad de Queens. A la señora Oriele Zenkovick.

A Nuria Martorell y Pedro Marta por su apoyo logístico desde la U. Rovira i Virgili.

Al ex decano Jorge Gamonal por apoyar económicamente el inicio de este proceso de tesis desde la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, mi sede laboral.

A Abbas y a mi papá.

... Mamá fue sencilla, profundamente austera. No apreciaba las pretensiones de ningún tipo, tampoco las académicas que conoció de sobra por sus lazos familiares con muchas personas destacadas. No habría recibido esta tesis como un regalo valioso por los laureles que pudiera yo recibir, le habría parecido vano. Habría sí valorado una vez más mi perseverancia, rallana en la tozudez... y el largo camino de amor hacia la Isla que no alcanzamos a disfrutar juntas.

Habría disfrutado y agradecido la taza de té que vendría a tomarme al día siguiente de finalizado el proceso y para celebrar (yo más que ella) a nuestra vieja casa de calle Villaseca –su casa, devenida nuevamente en la mía. No hablaríamos de la tesis. Hablaríamos de las plantas del jardín, de cómo los edificios y los autos y el ruido han crecido en nuestro barrio, de las últimas gracias de los niños de Clara y el mío, las viejas penas y recuerdos que traía, la semblanza dulce de su “nana” la Juanita, y de sus delicadas y bellas tías Numan, la nostalgia del zapallo secado al sol en el patio de su casa materna, la mantequilla en cajas en la bodega, los manjares que mi abuelo Elian traía de una mítica tienda santiaguina llamada “La Felcinea” para agasajo de los suyos, en la casona para ella inolvidable de calle Araneda, ahí, muy cerca.

Y sí, veinte años de etnografía y el dulce –y algo triste- sabor de tu recuerdo. Esa es un poco mi vida mientras termino esta tesis, al ritmo sin ritmo de una pandemia, un estallido social y un proceso constituyente, todo junto.

Por el hilo que conecta mi existencia con la tuya, eterno, unido a través de la pausa material de esta distancia, permíteme, de todos modos, regalarte estas palabras.

Para Patricia Chuaqui, mi mamá.

ÍNDICE GENERAL

<u>CAPÍTULO I COLONIALISMO Y PROCESO DE MEDICALIZACIÓN</u>	25
I.I DEFINICIONES GENERALES: LO COLONIAL Y LO INTERCULTURAL	26
I.II LA MEDICALIZACIÓN COMO FENÓMENO Y PROCESO	35
I.III LA SALUD DE LOS PUEBLOS ORIGINARIOS DESDE LOS INSTRUMENTOS INTERNACIONALES	45
I.IV EL SISTEMA DE SALUD EN CHILE Y LA SALUD INTERCULTURAL	49
I.V RAPA NUI COMO OBJETO DE ANÁLISIS	63
<u>CAPÍTULO II OBJETIVO Y FUENTES</u>	84
<u>CAPITULO III RAPA NUI Y SU PROCESO DE MEDICALIZACIÓN</u>	88
III.I DE ISLA DE PASCUA A RAPA NUI: ASPECTOS CONTEMPORÁNEOS	89
III.II ETAPAS DEL PROCESO DE MEDICALIZACIÓN DE RAPA NUI, UNA PROPUESTA	104
III.III PROCESOS HISTÓRICOS DE MEDICALIZACIÓN. ETAPAS PRIMERA, SEGUNDA Y TERCERA	112
III.IV LA MEDICALIZACIÓN CONTEMPORÁNEA. LAS ETAPAS CUARTA Y QUINTA	150
III.IV.I EL PROCESOS DE MEDICALIZACIÓN EN UN CONTEXTO CIVIL	150
II.IV.II DE PINOCHET A BACHELET. APROXIMACIÓN CRÍTICA AL DISPOSITIVO ASISTENCIAL CONTEMPORÁNEO	182
III.IV.III URGANDO EN CIERTAS ESTRATEGIAS SANITARIAS	249
III.IV.IV PAPA RA'AU, POLÍTICAS PÚBLICAS Y FOLKMEDICINA	268
<u>CAPÍTULO IV A MODO DE SALIDA</u>	310
IV.I APÉNDICE : LA ISLA Y EL COVID 19	311
IV.II CONSIDERACIONES FINALES	317
BIBLIOGRAFIA Y RECURSOS	329
DOCUMENTOS AUDIOVISUALES	329
BIBLIOGRAFÍA DOCUMENTAL	329
BIBLIOGRAFÍA SOBRE RAPA NUI	332
BIBLIOGRAFÍA GENERAL	339
ANEXOS	350

LISTA DE IMÁGENES

- Imagen 1. Estructura y funciones del sistema de salud chileno
- Imagen 2. Acta de cesión de soberanía en versión español
- Imagen 3. Caricatura moai y turismo, 2020
- Imagen 4. Titular de prensa continental 1949
- Imagen 5. Recreación de edificios nuevo leprosario, 1949-51
- Imagen 6. Operativo canadiense es noticia en su país
- Imagen 7. Grupo de diplomáticos y científicos de Canadá y Chile preparan operativo, 1964
- Imagen 8. Artículo de prensa Colonia Agrícola, 2017
- Imagen 9 Maquetas originales Nuevo Hospital Hanga Roa, Minsal, 2007
- Imagen 10 Croquis de justificación teórica para el diseño del Nuevo Hospital Hanga Roa, Minsal, 2007
- Imagen 11 Imagen corporativa del Nuevo Hospital Hanga Roa, 2012
- Imagen 12 Imágenes caricatura sobre nao-nao, Minsal, 2003
- Imagen 13. Cierre del mensaje ministerial enfrentamiento nao-nao
- Imagen 14. Folleto y afiche de prevención del Sida en Rapa Nui, 2004
- Imagen 15. Mensaje canción prevención del Sida, jóvenes rapanui continentales, 2005
- Imagen 16. Láminas que ejemplifican manuales Programa Chile Crece Contigo, población nacional
- Imagen 17. Láminas de Manual caso huilliche, sur de Chile, Servicio Salud Osorno
- Imagen 18. Láminas del Manual de Rapa Nui
- Imagen 19. Alcalde de Rapa Nui expone ante ONU manejo Pandemia Covid 19
- Imagen 20. Valores tradicionales revisitados por el discurso municipal ante Covid 19

- Cuadro 1 Esquema general relacionamiento estado-pueblos originarios en salud, Chile continental
- Cuadro 2 Principales hitos historia rapanui antes de anexión chilena
- Cuadro 3 Principales hitos historia rapanui en su relación con Chile
- Cuadro 4 Síntesis Periodización del proceso de medicalización de Rapa Nui
- Cuadro 5 Estadísticas comparadas de morbilidad década de los 50, Rapa Nui
- Cuadro 6 Datos de uso hospitalario años 60 previo METEI, Rapa Nui
- Cuadro 7 Síntesis medicalización etapas cuarta y quinta, Rapa Nui
- Cuadro 8 Exclusividad del tipo de dispositivo e inversión pública para Rapa Nui

- Gráfico 1 Distribución porcentual población perteneciente a un pueblo originario, Chile
- Gráfico 2 Evolución poblacional de Rapa Nui 1877-2017
- Gráfico 3 Distribución por edad y sexo, población residente en Rapa Nui
- Gráfico 4 Esquema organigrama Sistema de Salud y dependencia Rapa Nui hasta 2006
- Gráfico 5 Esquema organigrama Sistema de Salud y dependencia Rapa Nui desde 2007
- Gráfico 6 Evolución consultas urgencias y APS bajo cambio gradual modelo de gestión 2006-2014

- Mapa 1 Rapa Nui en el mundo
- Mapa 2 La Isla en relación geográfica con el continente
- Mapa 3 Distribución geográfica de pueblos originarios en Chile
- Mapa 4 Rapa Nui
- Mapa 5 Distancia de Rapa Nui respecto de Chile y Tahiti
- Mapa 6 Ubicación Triángulo Polinésico
- Mapa 7 Tenencia de la tierra en Rapa Nui, 2011
- Mapa 8 Dispositivos asistenciales en el tiempo
- Mapa 9. Ubicación del Leprosario respecto de Rano Kau y Hanga Roa
- Mapa 10 Posición de la METEI dentro del pueblo de Hanga Roa
- Mapa 11 Línea de tiempo Leprosario, 1916-2007
- Mapa 12 Distancia dispositivo hospital-administración sanitaria chilena (cuarta y quinta etapas)
- Mapa 13 Esquema diseño original elemento intercultural nuevo Hospital Hanga Roa, 2006, Minsal
- Mapa 14. Esquema uso actual elemento intercultural en Hospital Hanga Roa, 2018

- Fotografía 1 Valentina Fajreldin y primeros afectos en Rapa Nui, 1999
Fotografía 2 Facilitadora intercultural urbana Rosa Cayún, R. M. de Santiago, 2011
Fotografía 3 Lectura de orina por chamán mapuche *machi*, R. M. de Santiago, 2011
Fotografía 4 Alfonso Rapu, 1964
Fotografía 5 La Corbeta O'Higgins
Fotografía 6 Religiosas de la Congregación de las Hermanas Misioneras de Boroa en Rapa Nui
Fotografía 7 Rafael Haoa enfermero naval camino a su trabajo
Fotografía 8 Matrimonio Haoa Rapahango en prensa continental, 1953
Fotografía 9 Pabellón de mujeres Leprosario, años 40 y 50
Fotografía 10 Durante la construcción del nuevo edificio
Fotografía 11 Pabellón de mujeres en momento de distención
Fotografía 12 Hospital Naval en segunda etapa
Fotografía 13 Hospital Naval en segunda etapa; otra perspectiva
Fotografía 14 Equipo asistencial años 50
Fotografía 15 Patricia Tuki Make, años 60
Fotografía 16 La Revolución de Rapu
Fotografía 17 Vista del *Camp Hilton*, orilla de bahía de Hanga Roa
Fotografía 18 Otra vista del *Camp Hilton* en bahía de Hanga Roa
Fotografía 19 Niña rapanui bajo parámetros biomédicos
Fotografía 20 Bandera de METEI en *Camp Hilton*
Fotografía 21. Último paciente de METEI
Fotografía 22. Científico de METEI analiza *in situ*
Fotografía 23. Joven rapanui analizado en su capacidad respiratoria
Fotografía 24. Vista de frente Hospital Hanga Roa, años 80
Fotografía 25. Vista de costado, Hospital Hanga Roa, 2006
Fotografía 26. Vista desde casas del personal, Hospital Hanga Roa, años 2000
Fotografía 27. Vista de Ingreso Hospital Hanga Roa, años 2000
Fotografía 28. Construcción primera etapa nuevo Hospital Hanga Roa, 2010
Fotografía 29. Valentina Fajreldin en visita a obra, 2010
Fotografía 30. Hospital Hanga Roa inaugurado, vistas 2012
Fotografía 31. Ambulancia de traslado al continente de pacientes Hospital Hanga Roa
Fotografía 32. Cráter del volcán Rano Kau, principal fuente de *mana* de Rapa Nui
Fotografía 33. Hojas de *Matua Pua'a*
Fotografía 34. Valentina Fajreldin es invitada a probar preparación de *Matua Pua'a*, 2010
Fotografía 35. *Nua* Ruth Ika, sanadora tradicional de desempeño doméstico
Fotografía 36. *Nua* Analola Tuki, sanadora tradicional de desempeño doméstico
Fotografía 37. Folletería programa *Papa Ra'au*, Hospital Hanga Roa, 2017
Fotografía 38. Set de materiales para la conversión del *Matua Pua'a* en remedio, Lory Paoa
Fotografía 39. El *Matua Pua'a* en boca de todos
Fotografía 40. Noticiero central Megavisión reporta uso plantas medicinales rapanui
Fotografía 41. Sincretismo en preparación de *Matua Pua'a* ha se adecúa a los usuarios

Resumen

Rapa Nui, una pequeña isla situada en el horizonte cultural y geográfico del Pacífico Sur y que devino chilena a fines del siglo XIX, desde el inicio de sus contactos con el mundo occidental ha experimentado un conjunto de cambios asociados a su salud, enfermedad y atención que esta tesis entiende como proceso de medicalización. En el territorio han ingresado, así como interactuado, instituciones de la mano de diversos actores que mediante instrumentos formales y prácticas informales han permeado las posibilidades locales en torno a esta triada. En este movimiento y efecto, Rapa Nui es concebida en esta tesis como un campo vinculado principalmente con Chile continental –más que al mundo polinésico-, debido a su nexo colonial con el país latinoamericano.

Divido la medicalización para fines metodológicos en cinco grandes etapas y que llegan hasta la situación actual del fenómeno. En las mismas se observa el vínculo de lo sanitario con lo político a través de elementos transversales: la situación geográfica de isla actuando como campo de dominio de cierto poder colonial; la dependencia política y administrativa de Chile en diversos campos pero sobretodo en salud; el carácter étnico diferente de la comunidad rapanui respecto del Chile continental; el esfuerzo local por construir una forma de relación con el mundo –incluyendo al estado nación-, que configura una cierta estrategia de sobrevivencia y que consiste en superar de alguna manera las barreras que implican las anteriores. Particularmente relevantes han sido la configuración del complejo asistencial entre los isleños; los procesos de instalación y cambio en los dispositivos sanitarios estables, explicables conforme los contextos políticos y administrativos subyacentes; así como algunas políticas públicas en salud.

Para el campo de la antropología médica, Rapa Nui como territorio insular en extremo aislamiento en cierto sentido hasta avanzada la segunda mitad del siglo XX constituye un caso relevante pues rompe la cronología y ritmo habituales de los modelos conocidos de medicalización. La tesis reconstruye la historia y los contextos y analiza los procesos en clave antropológica, proponiendo observar la medicalización en y de la isla como fenómeno en construcción y que requiere articularse desde respuestas políticas decoloniales.

Introducción

Rapa Nui –hasta hace muy poco indiscutidamente “Isla de Pascua”-, pese a ser el lugar de planeta más distante geográficamente de cualquier otro punto habitado, se encuentra inmersa en los mismos procesos mundiales de globalización social, económica y política que afectan cualquier territorio. Eso incluye la problemática sanitaria local y la evolución de su folkmedicina, que deben leerse como un producto dinámico y complejo ocurrido por influencia de los procesos globales, así como los situados a escala nacional y local.

Mi investigación en torno de estos temas se inició poco antes de empezar los años 2000 mediante un acercamiento paulatino y exhaustivo centrado en una antropología de base fuertemente etnográfica. Ese primer acercamiento hizo posible observar el desarrollo de un discurso político e identitario que auguraba la evolución de una folkmedicina situada en el contexto mayor de las relaciones con el Estado. Esta tesis analiza este largo proceso, integrando antecedentes bibliográficos y documentales a la experiencia de esta investigadora en diversos momentos de su trabajo de campo. Recorro el proceso de medicalización desde el inicio de los contactos permanentes con el mundo exterior hasta nuestros días.

Siendo esta dimensión política tan relevante en un contexto de apertura al mundo global y de procesos de hibridación, se hace factible y necesario analizar situadamente el devenir de las formas y dispositivos de medicalización en territorio rapanui; adoptando una perspectiva crítica e histórica para comprender el entrelazamiento de diversos elementos – instituciones, actores y agencias- en la configuración de lo sanitario y de la folkmedicina local desde el inicio de los contactos interculturales permanentes hasta la actualidad. Para observarlo uso un marco conceptual en torno a los procesos coloniales de los estados nacionales sobre las naciones indígenas; focalizando sobre las políticas públicas como instrumentos que influyen y controlan la salud y el bienestar en el ámbito local.

En el Capítulo I abordo algunos elementos teóricos sobre la medicalización y su vínculo con procesos coloniales; revisamos la interculturalidad como concepto y las aristas de las políticas públicas en torno de ello. Desde una perspectiva general avanzo hacia una definición del caso.

El capítulo II refiere a los aspectos metodológicos de esta tesis.

El Capítulo III contiene el grueso del material de análisis, mediante una estrategia crítica donde integro elementos teóricos. El capítulo parte por situar el caso de estudio en sus aspectos contemporáneos, recogiendo problemáticas y caracterizando a Rapa Nui. Continúa con mi propuesta de proceso de medicalización a través de un esquema que

considera épocas, actores, agencias y procesos mayores en relación con los dispositivos biomédicos continentales y locales. Sigue a esta propuesta la revisión de cada una de las etapas, entendiendo que se trata de procesos que, si bien se pueden datar para fines metodológicos, constituyen un continuo mas que una periodización absoluta. Haciendo uso de mi larga historia de relación con el campo, la tesis ordena los hechos en los subcapítulos de este Capítulo III de acuerdo con las fuentes disponibles.

El subcapítulo III.III plantea la revisión -desde documentos y bibliografía,- de la situación de las tres primeras etapas que tienen en común sólo el hecho de tener como actor principal el dominio de la Armada de Chile sobre el territorio isleño, en una primera gran configuración colonial. El subcapítulo siguiente da cuenta –esta vez desde un enfoque tanto documental como etnográfico- de las dos últimas etapas de la cronología de proceso de medicalización; que tienen como elemento transversal estar situadas en una isla ya bajo estrategia de control civil. Siendo sin embargo momentos muy intensos en la configuración de su proceso de medicalización, estas dos grandes etapas finales son analizadas de manera más puntual desde un enfoque etnográfico a través de los subcapítulos que abordan críticamente tres grados tópicos de los cuales esta etnografía ha sido testigo y parte, en torno de procesos puntuales donde es posible observar contemporáneamente el fenómeno.

El capítulo IV presenta un apéndice que recoge la situación actualmente en curso dada la contingencia Covid 19 y lo relevante que resulta para la reflexión sobre los temas de tesis. Asimismo, efectuamos algunas consideraciones “de salida”, salida que planteo como momentánea ya que existen gran cantidad de temas aún por profundizar y abordar en torno de esta ya larga preocupación.

Mapa 1: Rapa Nui en el mundo



Fuente: <https://www.maravillas-del-mundo.com/Estatuas-de-la-isla-de-Pascua/Ubicacion-de-las-estatuas-de-la-isla-de-Pascua.php>

A modo de entrada...

Cuaderno IMAGENES DE VIAJE, 2 de septiembre de 1999, Santiago de Chile

Reflexiones sobre la vida rapanui

Hacen ya tres semanas desde que salí de la isla. Esto que escribo no pretende ser nada más que notas sobre mis cuatro meses en Rapanui. Una mañana de agosto, como se había previsto, llegué hasta Mataverí y me tomé el avión que me traía al continente, a mi mundo.

Quise que el momento, tantas veces imaginado, de mi partida fuera algo semisolemne y conmovedor. Y ahora que me acuerdo con pena de ello, le pongo un tono más solemne del que realmente tuvo. Conmovedor sí, porque recuerdo haber cruzado la losa del aeropuerto buscando imágenes y sueños que llevarme puestas, para siempre y pensando, al borde de las lágrimas, que allí quedaban mis días en esa tierra. Y que no sabía qué vendría después, qué marcaría mi ausencia de allí, qué iniciaría mi llegada a Santiago, qué otras vueltas eventuales podría o no haber para mí, en la tierra de la luna en el Poike, que nunca vi. Me acuerdo de haber cargado miles de paquetes, de haber contrabandeado con mahute y plantas, de haberme tomado el pelo con un miro, de haberme puesto colores. Y me acuerdo que me sentí algo triste de no encontrar alguna de las sensaciones y emociones que pensé, me ligarían para siempre a esa tierra, en ese momento final. Estaba lleno de cielo, de viento, de sol y de nubes, de espacios vacías, como es Mataverí. Y claro, dentro del avión, ya todo era otra historia y un viejo que no me dejaba pensar, lo que sentí como parte del paquete, y fue bueno, porque sino habría habido deshidratación. Pero lloré con pena cuando llegamos a Santiago, así, de repente, al poco rato. Yo esperaba que demoráramos más. De pronto ya estábamos aterrizando. Y yo sentí que la isla estaba tan lejos como siempre había estado, como suele estar, del continente.

Cuando llegué a Santiago entonces y bajé del avión, encontré a mis padres, felices los tres de vernos, nos abrazamos y estábamos tan contentos que se me olvidó todo el cansancio que en realidad no tenía y empecé a contarles ahí mismo, parte de mis rollos. La ciudad estaba gris, y cuando salí del aeropuerto, el aire tenía olor y textura completamente diferentes a los de allá. Claro, era otro mundo. Tomé aire santiaguino y me dispuse a lo que me pasara. En el camino vi la urbe de siempre, pero con agrado, claro que con algunas críticas claramente formulables. Dije que era gris; el papá dijo que quería que nos fuéramos a San Vicente y yo, en el momento mismo como impulsada por una nostalgia isleña, dije "no, no tiene mar". Los días que siguieron estuvieron llenos de relatos y me llamó la atención la soltura con la que yo hablaba, como de algo conocido en lo cotidiano, pero a la vez lejano. Dije tanto, y tenía tan claros algunos temas y algunas observaciones, que me sorprendí. Mónica me dijo que escribiera todo aquello que tuviera una existencia clara, para no olvidarme de mi viaje, de lo que encontré y aprendí, de lo que desentendí y desaprendí.

Claro, de la vida en la isla se puede escribir mucho. Porque fue mucho el tiempo que estuve allí. Y porque es una realidad diferente a la de acá. De más está decir que es otra cultura, aunque si quisiera que quedara un testimonio para la posteridad, lo declaro abierta y claramente: es una cultura específica, existe Rapanui y su gente, existe una forma de vida especial, relacionada al medioambiente, a los recursos, a la situación de isla, a la genética posiblemente. La Isla existe. Yo estuve ahí.

Breve reseña de mi relación con Rapa Nui o...por qué estoy escribiendo esta tesis

El material con que trabaja esta tesis proviene de una larga reflexión y observación desarrollada durante ya veintidós años de trabajo de campo en torno de la antropología médica y patrimonio en esta comunidad. Mis primeros trabajos se remontan el año 1999, en el contexto de mi práctica profesional, un requisito para la obtención de la licenciatura de pregrado en Antropología en la Universidad de Chile y gracias a la apertura e idea de quien fue mi maestra en antropología médica, la profesora Mónica Weisner.¹ Su generosa visión me abrió la posibilidad de hacer ese terreno y abordar, por primera vez, la relación entre la medicina tradicional de la isla –si es que la había- con la medicina “del hospital”. Ese primer trabajo de campo, que duró cuatro meses ininterrumpidos en los que enfrenté sola el terreno, dio inicio además al estudio de lo que denominamos en la ocasión “mi remedio pascuense”, es decir, el campo de la folkmedicina rapanui.

Fue además mi primer trabajo de campo real y profundo;² toda vez que en esos años la carrera en la Universidad de Chile lamentablemente no tenía un fuerte componente etnográfico. También fue una experiencia personal transformadora, por lo primeriza y por lo intensa, como se puede apreciar en algunos de los viejos archivos de campo de ese ya lejano año 1999, que como dato curioso deseo compartir con quien lee (Anexo 1).



Fotografía 1. Valentina Fajreldin y primeros afectos en Rapa Nui, 1999. Una de las pocas imágenes que conservo de ese terreno. Caleta de Hanga Roa.

1 La profesora Mónica Weisner Horowitz es la fundadora de la antropología médica en Chile; formadora de las primeras generaciones de antropólogos/os médicos del país a través de su Cátedra de Antropología Médica en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Además de su estudiante y luego su tesista de pregrado, tuve el honor de ser su ayudante de cátedra durante algunas versiones de su curso.

2 Me atrevo a pensar que este largo y “exótico” terreno lo fue también para la antropología chilena del momento pues no era habitual ni fácil materialmente ir de trabajo de campo cuatro meses ininterrumpidos al Pacífico.

El producto fundamental de esa estancia de campo fue mi tesis de pregrado llamada *La Medicina Herbolaria de Isla de Pascua: acercamiento antropológico a la cultura médico-política en Rapanui* -364 páginas- (Fajreldin, 2002) que contenía una extensa relación de historia de instituciones médicas, de salud y enfermedad en la comunidad, y sobretodo una copiosa relación de las nociones médicas prevalentes en ese entonces y de la materia médica utilizada; un detalle de la elaboración y recetas, dosis y expectativas respecto del uso de herbolaria medicinal, autóctona o no (con sus respectivos reconocimientos botánicos, y orígenes *emic*), la vinculación *emic* con los efectos terapéuticos esperados de tales usos, y una profunda perspectiva respecto del vínculo entre los aspectos políticos de la relación con Chile y sus instituciones, en la cual se pudo identificar con claridad un discursos contestatario a la presencia del entonces hospital de la isla, habiéndose identificado una crítica relación de uso y discurso entre comunidad, el funcionamiento de la institución y sus protocolos (Fajreldin , 2002).

Ese material proponía así, una visión integral del fenómeno médico, preocupada por situar la problemática en el contexto histórico y político-económico en que se encontraba; lo que era de suyo una perspectiva y aporte disciplinar en el campo tanto de los estudios de Rapa Nui como de la antropología médica chilena. La tesis constituyó entonces un material interesante no sólo por abrir el tema de la folkmedicina sino porque esa apertura se hizo desde la observación antropológica y sus metodologías y marcos; y por abrir en los estudios de Rapa Nui un abordaje desde la antropología social que iba en contra del énfasis arqueologizante y que inauguró una época de prolífico desarrollo de nuevas tesis sobre temas específicos de la comunidad contemporánea efectuados por otros tesisistas de la mano de otros tutores sobre otros temas como la educación, el patrimonio artístico, la lengua, la ecología, etc (Muñoz y cols, 2020).

Asimismo, dio paso a dos grandes fenómenos a mi juicio; el primero de ellos en mi carrera profesional, ya que a partir de allí –ya titulada de antropóloga social- y dado el volumen, la novedad y naturaleza del material que produjo, me convertí en una clara referente del tema entre mis pares y entre algunas de las instituciones sanitarias con interés real o potencial en torno de la isla: a nivel central del Ministerio de Salud (MINSAL) en Chile, en particular del *Programa de Salud y Pueblos Originarios*, liderado entonces por la antropóloga Margarita Sáez;³ y a nivel regional –V Región de Valparaíso- por parte de la Secretaría Regional Ministerial de Salud (SEREMI), institución que tenía entonces a cargo

³ Era un momento en que aún no pensaba siquiera en instalarse en Rapa Nui ningún esbozo de tal programa por las razones que aludiremos más adelante.

algún nivel de responsabilidad en torno de la salud de la isla como veremos en detalle después. Mi tesis se consideró en esos ambientes un aporte porque además nadie había estudiado el fenómeno médico en Rapa Nui.

Esa oficina, la SEREMI de Salud de la V Región a través de su jefe el Dr. Aníbal Vivaceta –oficina ubicada en la ciudad de Valparaíso a 3.600 kilómetros de la isla-, me ofreció trabajo el año 2003 para hacerme cargo de los asuntos indígenas para toda la jurisdicción de la Región que incluía por tanto una zona continental y la Isla.⁴ Aunque ello significó en la práctica trabajar mucho más vinculada a lo que parecía obvio y cercano, que eran en el continente las comunidades mapuche urbanas de las comunas de Valparaíso, Viña del Mar y San Felipe; organizaciones que tenían ya una larga trayectoria articulada en torno de los fondos y programas de salud intercultural y con dirigentes fuertes que reclamaban una posición de privilegio por encima de cualquier alusión siquiera a la que se veía como lejana –y arrogante- Isla de Pascua.

Mapa 2. La isla en relación con el continente, donde se ubicaba mi oficina en SEREMI de Salud V Región.



Fuente: www.imaginaisladepascua.com

4 Como nunca ha sido fácil conseguir una posición laboral en mi país por falta de plazas, el contrato que se me hizo fue a través del *Fondo Global para la Lucha contra el Sida, la Malaria y la TBC* de Naciones Unidas, que Chile había ganado para generar un sinnúmero de programas y acciones en torno del VIH. En efecto, en tanto el Fondo me pagaba el sueldo la otra gran función mía en la SEREMI fue como *Apoyo Descentralizado al Sector Salud para la lucha contra el Sida* en la jurisdicción.

De todos modos, de manera muy marginal del resto de mi trabajo en SEREMI y no sin dificultad, tuve un pequeñísimo espacio para articular a distancia un par de campañas sanitarias en la isla⁵ y observar de cerca desde mi escritorio en la oficina, los movimientos del poder en torno de la salud de la lejana Rapa Nui, que como veremos después, implicaba no sólo a la SEREMI sino al Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (SSVSA) que tenía entonces a su cargo directamente la administración del pequeño hospital Hanga Roa (HHR) en la isla, Servicio que quedaba a una cuadra de mi oficina en la ciudad de Valparaíso.

A partir de esa primera experiencia laboral que pese a lo intensa duró sólo nueve meses;⁶ y dadas las profundas enseñanzas del proceso, decidí estudiar mi Magister en Salud Pública en la Universidad de Chile el año 2005, lo que obviamente también condicionó profundamente y hasta el día de hoy el resto de mi vida laboral y profesional y se manifiesta en una forma de observar los fenómenos de salud desde una óptica interdisciplinaria en la que la antropología médica ocupa un espacio muy importante pero no exclusivo.

Retomando el relato en torno del impacto de mi tesis de pregrado; la otra consecuencia importante que tuvo fue que instaló -¿de forma performática quizás?- la idea de la existencia de la medicina rapanui o folkmedicina en la propia comunidad, en el sentido de configurar lenta pero seguramente un nuevo ámbito temático, que luego sería ocupado y trabajado por personas rapanui. No quiero decir que yo “inventase” la medicina rapanui. Seguía una tradición de estudios etnomédicos sobre los sistemas médicos de pueblos originarios (Mallart, 1995). Mi papel, como el suyo, fue visibilizar su importancia, dar nombres a los fenómenos, levantar su relevancia patrimonial, relevar a sus cultores, caracterizar esa medicina; y dejar un enorme cuerpo de información -muchas de ella testimonial ya que trabajé con ancianos que ya han partido y que formaban parte de una última generación de rapanui con una visión particular de mundo. Las jóvenes generaciones de sanadoras que hoy existen trabajan muchas veces sobre la base de esta extensa recopilación.

5 Aunque mi participación en la mencionada campaña del VIH en Rapa Nui se explicará con detalles en un subcapítulo muy posterior; sólo diré que pude generar un monitoreo a distancia del proceso de instalación de la campaña de prevención en que participó una profesional del hospital insular; y generar algunos nuevos vínculos con equipo de salud del HHR desde mi posición “institucional” privilegiada. Pese a lo humilde de la estrategia de la campaña local a partir de fondos nacionales de ONUSIDA, fue un gesto político desde el continente hacia la comunidad rapanui y sus profesionales.

6 Dada la relevancia política de la experiencia para mi formación profesional, esta experiencia corresponde a lo que en Chile llamamos “tirarse a los leones”.

Desde la aparición de la tesis hasta que volví a Rapa Nui pasaron cinco años, en los cuales la instalación de la folkmedicina como tema tuvo su propio curso, sin mi participación directa. Cuando volví a Rapa Nui, el año 2006, iba rumbo a Tahiti; al *IVth International Conference on Aromatic and Medicinal Plants from French Overseas Region (CIPAM)*;⁷ invitada a exponer sobre medicina rapanui, en calidad de representante de Chile.⁸ Mi conferencia se tituló "*Traditional Medicine in Easter Island. An Anthropological Perspective of Botanic Pharmacopeia in Rapanui*."⁹

En el viaje de ida, hice la escala técnica en la ruta hacia Tahiti bajando en Rapa Nui, donde para mi sorpresa, al avión subieron dos señoras, una mayor que la otra; con quienes nos miramos con extrañeza ya que iban a lo mismo que yo. En mi terreno extenso del año 1999 no las había conocido como especialistas. En el Congreso de Tahiti competiríamos un poco por la "representación del tema". Digo "un poco" porque de todos modos yo fui invitada en representación "de Chile", mientras ellas lo hicieron "por Rapa Nui"... detalle que da muy buena cuenta de los aspectos políticos detrás de la folkmedicina rapanui de entonces.

Me di cuenta de que el tema estaba "siendo tema" en la Isla. Y me convertí de ahí en más en una figura ambivalente para la nueva colectividad de especialistas –o *taote*¹⁰ *rapanui* como comenzaron a llamarse- y se me observaba con curiosidad, con temor, con resentimiento, con recelo, con simpatía, con gratitud, con admiración, con envidia, con cariño o una mezcla de todo aquello. En la biblioteca del Hospital, de la escuela pública, de la biblioteca municipal, del Museo y en algunas casas de mis informantes clave y ya muy

7 La Conferencia fue organizado por el *Institute of Research for Development (IRD)* de Francia, el *Center for International Cooperation in Agronomic Research (CIRAD)* y la *University of French Polinesia*; Tahiti. Yo fui invitada a través de Pierre Cabalion, un especialista en botánica de la Universidad de Nueva Caledonia.

8 Reproduzco en parte una comunicación vía mail del día 24 de abril del año 2006, donde Pierre me comenta el interés de que muestre mi trabajo sobre Rapa Nui en ese contexto: «Tahiti no tiene muchos recursos o industria, por eso es importante para el país desarrollar ideas y productos sacados de la naturaleza, con el apoyo en los medias de la imagen muy fuerte de Tahiti y de la Polinesia en el mundo. Así se desarrolló un sector de la cosmética y perfumería (*tiaré, tamanu*, vainilla de Tahiti) y de productos a la frontera entre la medicina y/o la alimentación (*noni*, jugos "exóticos"), con fines económicos y con un verdadero éxito. Por otro lado, existe también la voluntad de conservar la medicina polinesia y creo que exponer sus trabajos sería muy interesante, porque se hizo en comparación entre la "medicina oficial" y "la medicina tradicional". Sería un ejemplo para seguir en Tahiti, donde los únicos "medicamentos" son los de la farmacopea francesa y, por influencia extranjera algunos medicamentos chinos par la población china de Polinesia» (archivo personal).

9 Mi conferencia pudo ser expuesta en español –por mi poco manejo del inglés- y traducida simultáneamente al inglés y al francés. Fui la única hispanohablante del evento y la prensa local destacó mi presencia como alguien de un país muy remoto y exótico. Si bien yo hablé en español, mis "compatriotas rapanui", mucho más cosmopolitas, se comunicaban en perfecto francés...

10 *Taote* es una palabra usada en la Isla para referir a "médico" en general. Habitualmente aplicada a los practicantes de la biomedicina hospitalaria, por extensión se comenzó a usar para los/as especialistas en folkmedicina devenida tema; simplemente agregando el apellido "rapanui". La palabra misma es una derivación de la pronunciación en inglés de la palabra «*doctor*»; quizás uno más de los préstamos lingüísticos que derivan de la presencia norteamericana en los 60, a que aludiré después.

amigos yacía mi tesis que por el volumen y empaste la gente simplemente llamaba “su (mi) libro”. El “libro” comenzó a ser un referente de consulta para la entonces inicial curiosidad de algunos de los médicos que llegaban a trabajar temporalmente al Hospital y también para las *taote rapanui* que encontraron en la tesis información ya no disponible en la comunidad pues varios de mis informantes habían ya fallecido.

En estos veintidós años he viajado innumerables veces a la Isla -pese a la distancia y el costo que el monopolio de la aerolínea LATAM impone. En estos años he efectuado varios trabajos de la mano de distintas instituciones (Anexo 2); algunos de los cuales referiré brevemente.

El año 2004, después de concluir mi trabajo en la SEREMI, formé parte del equipo que desarrolló un estudio sobre pueblos indígenas y Vih-Sida en Chile.¹¹ El equipo conducido desde la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile fue encargado por la Comisión Nacional del Sida (CONASIDA) del Ministerio de Salud y financiado por el mismo Fondo Global ya aludido. Desarrollé como invitada el caso rapanui – aprovechando mi cercanía con la comunidad y la apertura que se suponía necesaria para abordar estos temas complejos-, donde levanté temas de sexualidad y percepciones de riesgo, nociones sobre la pandemia, promoción y prevención de contagio. De ello surgió un informe técnico para CONASIDA a fin de que los pueblos originarios pudieran tener su propio abordaje del tema,¹² además de un libro y un material específico para la prevención entre jóvenes isleños, que desarrollamos en Valparaíso y Viña del Mar con estudiantes rapanui que residían estacionalmente en el continente. No seguí la pista de este material (Sadler y cols, 2004; Obach y cols, 2006) pues nunca estuvo anclado con un programa sistemático de trabajo frente a VIH en la Isla y yo ya no tenía posiciones institucionales que me permitieran incidir en los procesos en salud pública.

Desde el mundo académico, la primera presentación sobre folkmedicina en Rapa Nui la hice junto a Mónica Weisner en Florencia en el Congreso Mundial de Antropología el año 2000 (IUAES), donde nadie jamás había presentado nada sobre Rapa Nui; en Chile en el Congreso Chileno de Antropología el año 2001 presentamos también por primera vez el tema, siendo la ponencia inicial sobre la isla contemporánea en cualquier tema. Luego comencé a desarrollar investigación ya más puntual sobre temas de salud en la isla -como

11 En una estrategia para esos años innovadora, CONASIDA estaba interesada en comenzar a abrir el tema de investigación a las que llamó “poblaciones vulnerables emergentes”, entre las cuales contaba a los jóvenes, las mujeres, los indígenas, entre otros grupos.

12 Esa inspiración no se logró nunca por las dinámicas y culturas institucionales chilenas que indican que todo lo avanzado durante un gobierno se pierde en el siguiente si es que cambia la configuración partidista. Vih-Sida siempre ha sido un tema de disputa ideológica en Chile.

por ejemplo un estudio sobre el caso específico de la planta *Matua Pua'a* y que llevé al 51º Congreso Internacional de Americanistas efectuado por primera vez en Chile el año 2003. Y en el I Congreso Asociación Latinoamericana de Antropología (ALA) del año 2004 celebrado en Argentina fuimos también las primeras en presentar sobre Rapa Nui. Asimismo estudié -junto a Mónica Weisner- sobre el patrimonio genético humano en la isla a la luz de un operativo biomédico de extracción de sangre a la comunidad, llegando a emitir una Declaración de denuncia ante los antropólogos médicos chilenos y extranjeros que asistían al Congreso Chileno de Antropología celebrado en la ciudad de San Felipe el año 2004 (Weisner y Fajreldin, 2001, 2003, 2004; Fajreldin, 2003).

Entre 2007 y 2009 hice una maestría en Bioética que ofrecía conjuntamente el Programa de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud y la Universidad Nacional de Cuyo, Argentina. Desde esa nueva óptica, retomé contacto con el mencionado caso del operativo biomédico en Rapa Nui, publicando un par de artículos sobre la situación en Chile de los pueblos indígenas ante la investigación biomédica, contribuyendo al escaso desarrollo disciplinar en esta área.¹³ Esta misma temática fue materia de un proyecto de investigación que gané para desarrollar una beca del Instituto Borja de Bioética (Barcelona) como un diagnóstico de los escenarios de posibilidad política e institucional en Chile para abordar con sentido intercultural el tema de la ética de investigación (Fajreldin, 2012).¹⁴

Preocupada por poder comunicar a la comunidad rapanui la importancia “patrimonial” del uso local del llamado *Matua Pua'a* como planta medicinal; y en la misma línea conceptual que ya venía desarrollando y que incluía una preocupación por su resguardo biológico en un contexto mundial de biopiratería; el año 2010 gané un fondo público concursable (FONDART, del ahora llamado Ministerio de las Culturas, las Artes y el Patrimonio) para desarrollar un documental bilingüe rapanui-español –terminó siendo subtítulo también al francés dado mi incipiente interés de posicionarlo también en Polinesia Francesa, cosa que no ocurrió nunca- sobre la profunda relación de la comunidad con la planta. Rescaté los saberes, los usos, las formas, las expectativas, los tabúes tras su utilización; y la vinculación de las expectativas sociales sobre la planta con los problemas sociopolíticos de la comunidad de entonces. El documental de 55 minutos fue lanzado

13 Aún hoy esta mezcla temática es escasa en mi medio académico, así como también lo es el interés que despierta en la propia comunidad rapanui, donde lo he presentado varias veces a distintos públicos y no ha terminado de germinar.

14 Los casos trabajados fueron el de Rapa Nui y un caso en la comuna de Panguipulli en el sur de Chile con población mapuche. El diagnóstico mostró que existían escenarios favorables tanto en el ámbito indígena como desde las políticas públicas en bioética, pero no tuve incidencia institucional, política o académica para posicionar el tema con miras a desarrollar algo concreto.

parcialmente en la isla en la fiesta costumbrista llamada *Tapati Rapanui* –que es el principal escenario de la isla contemporánea- en febrero de 2011 y luego quedó a disposición de varias de las instituciones isleñas para su difusión (Fajreldin, 2010a), las que según he podido observar, tampoco lo han usado para tales fines.

Asimismo, siguiendo la línea de mi conducta ética hacia la comunidad, repartí un sinnúmero de copias a quienes habían participado, entre ellos a varias *taote rapanui*, que con los años ellas fueron utilizando como parte de los recursos en exhibición en muestras culturales de salud intercultural en el continente, en el marco de actividades oficiales del programa de salud intercultural de Chile. Uno de mis objetivos secundarios, insisto, al desarrollo de este “posicionamiento” local del tema era lograr proteger la planta –entendiendo a la especie botánica en tanto soporte de un uso y valor medicinal con tal importancia cultural- para la propia comunidad, a través de sensibilizar a la misma con el tema. Debo decir que no recibí mayores comentarios –ni favorables ni desfavorables- en esa ocasión, ya en el tiempo en que mi presencia como antropóloga especialista en la comunidad había iniciado su ciclo que he llamado de ambivalencia.¹⁵

Finalmente, en mi posición de académica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile¹⁶ ofrecí al hospital de la isla desde el año 2013 varios aportes en mi calidad de antropóloga médica; el último de los cuales fue el año 2017 mediante un convenio institucional para tal fin: una consultoría para estudiar la situación del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud (PESPI) en el caso rapanui, identificando barreras y facilitadores para su implementación. El proyecto de investigación -que tenía además el objetivo secundario no declarado del todo, de servir de facilitador del desarrollo de parte de mi trabajo de campo para esta misma tesis que ahora escribo-, pasó incluso por el comité de ética del Servicio de Salud Metropolitana Oriente (SSMO) que es la institución de administración continental a quien pertenece administrativamente el Hospital local ahora. Todo según protocolo. Pese a que logré hacer varios terrenos en este marco, la consultoría no se terminó debido fundamentalmente a una marcada falta de interés en colaborar por parte de algunos tomadores de decisión dentro del hospital respecto de mi trabajo.¹⁷ Nuevamente ambivalencia. Este “desaire” hacia mi consultoría por cierto ha enriquecido mucho mi mirada del fenómeno de la salud intercultural en la isla,

15 Veremos en esta tesis un detalle sobre este tema puntual por su importancia como tema índice; tal como al parecer tuve la iniciativa de entrever y situar.

16 Posición estable que ocupo hace 10 años y que constituye mi fuente laboral principal.

17 Esta situación tiene que ver también con un cierto rasgo de la psicología colectiva de la comunidad; un marcado desinterés en ser “apoyados” por instituciones vinculadas al continente, cuando ellos mismos no han pedido apoyo....

como comentaré posteriormente pues tiene que ver con la emergencia de actores y sus intereses.

Esta reseña de algunas de las tareas y temas que como antropóloga médica me ha tocado –o he buscado las más de las veces- desarrollar en Rapa Nui desde esa primera-gran impresión-experiencia de campo del año 1999, muestra entre otras cosas, que el valor del trabajo antropológico efectuado no depende de la posición del investigador/a; de si el/ella va respaldada por apoyos institucionales; del amor genuino y compromiso demostrable con el tema; de si “cobro” o “me hago rica” -siempre sospecha la gente de la isla que los antropólogos/as se enriquecen a costa de su conocimiento-; depende de factores ubicados más allá de la misma relación entre antropólogo/a y comunidad; más cercano con la comunidad y sus dinámicas en si. No son siempre evidentes a simple vista; pero se pueden observar con la distancia y alguna perspectiva.

Dada la perseverancia en el interés de seguir buscando y observando viaje tras viaje el tema de la medicina en la Isla; este doctorado en la Universitat Rovira i Virgili me ha dado la posibilidad de reflexionar en la diacronía del fenómeno, intentando un ejercicio de análisis crítico y teórico a la extensa etnografía de estos más de veinte años; que me ha permitido cuestionar mis propios supuestos y observaciones hasta hacer serias rectificaciones y a la vez identificar nuevos campos de interés que la inercia no había logrado con-mover.

Estoy genuinamente agradecida de esta oportunidad y de contar para ello nada menos que con la guía del Profesor Josep M. Comelles, que ha sido en extremo desafiante y enriquecedor dado su larga trayectoria, su perspectiva comparativa, el hecho de ser un referente disciplinar indiscutido en torno de los procesos de medicalización y su generosidad en tomarme como estudiante.

Glosario de términos rapanui

Rapa Nui: nombre con que se conoce localmente a Isla de Pascua, conocida en inglés como *Easter Island*. Antiguamente la Isla recibió de parte de sus habitantes los nombres de *Te Pito o Te Henua* (el Ombligo de la Tierra), y *Mata Ki Te Rangī* (Los Ojos que miran al Cielo).

Mana: energía o fuerza ancestral presente en el territorio, las personas, objetos y formas de vida locales; es una noción polinésica muy presente en Rapa Nui.

Tapu: noción de prohibición, respeto y cuidado en relación con procesos, relaciones y acciones; noción polinésica muy presente en Rapa Nui.

Kainga: noción de territorio ancestral; alude a la tierra de dominio consuetudinario de cada clan y familia; y a la pertenencia del individuo a ese territorio y familia con sus implicancias antropológicas más amplias.

Ra'au: remedio en lengua vernácula. Se utiliza sobretodo para aludir a la farmacopea botánica que se usa como parte de la folkmedicina rapanui contemporánea.

Papa Ra'au: nombre del programa local encargado de desarrollar en el hospital Hanga Roa de Rapa Nui el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) del Ministerio de Salud; y del grupo que lo cultiva.

Rano Kau: volcán ubicado en el extremo sur oriental de la Isla. Fuente de *mana* y rica vegetación, se le considera un lugar especial.

Matua Pua'a: planta medicinal de connotación sagrada (*Microsorium parksii*); principal elemento de la folkmedicina rapanui.

Varua: nombre genérico de espíritu; habitualmente de tipo tutelares vinculados a la división tradicional del territorio.

Nua: nombre que se da a la mujer mayor; en rol de madre o abuela; o por extensión a cualquier mujer que se considera mayor y respetable.

Koro: nombre que se da al hombre mayor; en rol de padre o abuelo; o por extensión a cualquier hombre que se considera mayor y respetable.

Taote: médico, doctor. Es la pronunciación local de la palabra inglesa "doctor".

Glosario de siglas

MINSAL: Ministerio de Salud de Chile.

PESPI: Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas, del Ministerio de Salud.

SSMO: Servicio de Salud Metropolitano Oriente, ubicado en la ciudad de Santiago, Región Metropolitana y capital de Chile.

SSVSA: Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, ubicado en la ciudad de Valparaíso, V Región de Chile.

CONASIDA: Corporación Nacional del Sida, del Ministerio de Salud.

SEREMI (de Salud): Secretaría Regional Ministerial de Salud.

HHR: Hospital Hanga Roa, ubicado en Rapa Nui.

FONASA: Fondo Nacional de Salud; seguro público de salud en Chile.

CODEIPA: Comisión de Desarrollo de Isla de Pascua. Institución intersectorial nacida con la dictación de la Ley Indígena 19.253 de 1993; exclusivamente para territorio rapanui.

CONADI: Corporación de Desarrollo Indígena. Institución nacida en todo Chile con la dictación de la Ley Indígena 19.253 de 1993. Tiene sede local.

SADIP: Sociedad de Amigos de Isla de Pascua. Organización de sociedad civil continental dedicada a ayudar a la comunidad rapanui a través de lógicas de beneficencia durante las décadas del 40 y 50.

CEDIP: Compañía Explotadora de Isla de Pascua; empresa ganadera monopolizada por capitales ingleses en un vasto periodo, particularmente por la transnacional ovejera Williamson and Balfour.

FACH: Fuerza Aérea de Chile.

METEI: Medical Expedition to Easter Island. Expedición médica canadiense durante los años 60.

SNS: Servicio Nacional de Salud. Institución y orgánica del sistema sanitario chileno en su componente de atención sanitaria, desde el año 1952 hasta 1979; bajo modelo inglés de estado benefactor.

CONAF: Corporación Nacional Forestal. Institución continental con asiento local.

CODESA: Corporación de Desarrollo de Salud. Institución participativa y comunitaria surgida el año 2010 para la interlocución local con el HHR.

RM: Región Metropolitana de Santiago de Chile; es la capital nacional y debido al centralismo de la Nación es también el centro político y referente de todo proceso.

Capítulo I

COLONIALISMO Y PROCESO DE MEDICALIZACIÓN

Este primer capítulo contiene un abordaje general sobre tópicos de interés teórico que vincularé posteriormente –en el capítulo III- a la dimensión concreta de la medicalización en el caso rapanui.¹⁸

En un primer subcapítulo trabajo desde un marco epistemológico crítico en torno de los tópicos de colonialismo, colonialidad e interculturalidad. El segundo subcapítulo aborda desde la antropología médica elementos de juicio acerca de la medicalización y la cultura como constructo teórico, político e instrumental. El tercer subcapítulo plantea el contexto general del marco internacional del reconocimiento de la salud de los pueblos indígenas.

Recién en el cuarto subcapítulo entro en la escena nacional, ya acercándome al caso; y observo desde un enfoque crítico el sistema sanitario chileno, los modelos de atención y gestión vigentes; y el vínculo del sistema sanitario con la salud de los pueblos indígenas y la política de salud intercultural.

En el último subcapítulo –cinco- se desarrolla una descripción crítica sobre el objeto de estudio: aborda una introducción explicativa de Rapa Nui, sus orígenes, devenir histórico político y cultural generales.¹⁹

18 Esta tesis distingue en la escritura cuando referimos al sustantivo propio *Rapa Nui*, del adjetivo *rapanui*; siguiendo los usos más recurrentes de quienes escribimos hoy sobre el tema. Sin embargo, el nombre *Rapanui* aparecerá escrito junto para los textos originales producidos por la autora en la década de los años 2000, cuando esta distinción no era aún necesaria de hacer en mi medio.

19 Esta introducción a Rapa Nui será complementada en el Cap.III.I, donde tomo algunos de los aspectos fundamentales de la isla contemporánea que son necesarios de entender para el análisis posterior desde la antropología médica.

I.I Definiciones generales: lo Colonial y lo Intercultural

Sobre el poder y lo relacional

Desde una antropología social de corte simbólica el objeto de interés es recuperar la matriz de significados que crean y dan sentido a las prácticas culturales desde el punto de vista de la población (Geertz, 1973). No siendo la cultura una “esencia” externa a los sujetos; los mismos no son meros reproductores, sino más bien intérpretes activos y contingentes. A esta dimensión debemos incluirle una perspectiva relacional, sobretodo si es que tratamos con el fenómeno de la colonialidad. En la historia, la cultura no es una singularidad aislada sino más bien un mosaico dinámico de influencias, cambio y continuidades ya que lo intercultural es constitutivo de lo cultural (Todorov, 2010). Para varios pensadores en la línea de los estudios postcoloniales (Barth, 1976; Bhabha, 2017; Appadurai, 2015), se entiende que la identidad e imagen que los grupos étnicos tienen de si mismos es una construcción que tiene mucho que ver con la relación con los otros.

Las fronteras relacionales de todos modos no implican necesariamente la disolución -la liquidación como consecuencia del cambio y la aculturación-, sino más las diferencias culturales pueden persistir a pesar del contacto interétnico y de la interdependencia. Sahlins (1988) al analizar otra sociedad polinésica insular -Hawái-, señala que lo que los antropólogos han denominado como “estructura”, esto es las relaciones simbólicas del orden cultural, es un objeto histórico, pues «la historia es ordenada por la cultura, de diferentes maneras en diferentes sociedades, de acuerdo con esquemas significativos de las cosas» (Sahlins, 1988:9). A su vez, la cultura evoluciona gracias a la acción concreta, de modo que «los esquemas culturales son ordenados por la historia, puesto que en mayor o menor grado los significados se revalorizan a medida que van realizándose en la práctica» (Ibidem). Así, el autor define su concepción dinámica y estructural que nos parece central pues en ella considera a los sujetos como capaces de una apertura extraordinaria y sustentada en el cambio que la cultura hace en base al devenir de la sociedad en la historia concreta, en los hechos reales; siendo los mismos sujetos culturales quienes organizan la continuidad o el cambio en el tiempo en un diálogo entre los significados antiguos y las nuevas voces, entre las cuales el contacto intercultural es parte del fenómeno; y no su contrario. El sistema cultural es una síntesis, en el tiempo, de la reproducción y del cambio.

Sahlins se referirá al cambio en las sociedades marginales dado, no solo por una imposición absoluta desde fuera (expansión capitalista occidental), sino también como fruto de su funcionamiento con una lógica cultural autónoma. Un cambio inducido desde

el exterior, pero con un mestizaje autóctono (Bhabha, 2017) se ha venido produciendo durante siglos. En sus proyectos prácticos y en su organización social, estructurados por los significados admitidos de las personas y las cosas, los individuos someten estas categorías culturales a riesgos empíricos;

En consecuencia, la cultura es un juego desarrollado con la naturaleza en el transcurso del cual, voluntaria o involuntariamente -parafraseo a Marc Bloch- los viejos nombres que están todavía en los labios adquieren connotaciones que se encuentran lejos de su significado original. Este es uno de los procesos históricos que denominará “la revaloración funcional de las categorías” (Sahlins 1988:10-11).

De esta manera, Sahlins entrega una perspectiva situacional, de la contingencia, que sirve para explicar el cambio como una permanencia, como una característica cultural estructural, de modo que la transformación de una cultura es uno de sus modos de reproducción, adquiriendo las categorías nuevos valores funcionales.

Para Bourdieu (1988), las relaciones y las distancias culturales se manifiestan en las interrelaciones, se expresan en el lenguaje y son construidas por este, de modo que son objetivas y subjetivas a la vez. A partir del concepto de “modo de pensamiento relacional” el autor hace manifiesta la naturaleza hasta cierto punto determinada de la creación de visiones de mundo desde una posición social dada; la noción de *habitus* resulta explicativa de la ininteligibilidad de los sistemas culturales, entendiéndolos a estos como esquemas clasificatorios para comprender su sentido social. El mundo social puede ser dicho y construido de diferentes modos según diferentes principios de visión y de división: por ejemplo, las divisiones económicas y las divisiones étnicas. El hecho de que el *habitus* configure una visión de mundo, en un contexto colonial claramente se expresará al menos una pugna que el autor entiende como una lucha simbólica por el poder de producir y de imponer la visión del mundo legítima; la que muchas veces se articula en el lenguaje.

Para Foucault (1998) el poder no debe ser visto como una institución y una estructura a riesgo de reducir su impacto y no visibilizar sus dispositivos. No se encuentra concentrado en un foco a partir del cual se “irradia”, sino que describe un escenario complejo de estrategias que se dan en una sociedad y momento específico. El poder se ejerce a partir de innumerables puntos y en el juego de relaciones móviles y no igualitarias. Las relaciones de poder no son exteriores a otros tipos de relaciones (procesos económicos, relaciones de conocimiento, relaciones sexuales), «... las relaciones de poder no se hallan en posición de superestructura, con un simple papel de prohibición o reconducción; desempeñan allí, donde actúan un papel directamente productor» (Foucault 1998:114). Ya que no superestructura, no debemos buscar el órgano central, o “cerebro

maquiavélico” tras el poder, sino que se trata más bien de “grandes estrategias anónimas” en virtud de su efecto táctico, siendo esa la racionalidad del poder, el aglutinar solapadamente a varios niveles inscritos en su reproducción y producción de modo que vayan encadenándose y propagándose para constituir finalmente dispositivos de conjunto.

Como estrategia inmanente en las relaciones de fuerza, el poder se expresa actualmente de manera clara en el discurso entendido como herramienta relacional; «El discurso es una estrategia, porque uno de los rasgos fundamentales de las sociedades occidentales consiste, en efecto, en que las relaciones de fuerza -que durante mucho tiempo habían encontrado en la guerra, su expresión principal- se habilitaron poco a poco en el orden del poder político» (Foucault 1998:124-125). Vistos como “bloques tácticos” en el campo de las relaciones de fuerza lo que interesa desentrañar es el para qué sirven, o sea a qué objetivo apuntan: su productividad táctica (qué efectos recíprocos de poder y saber aseguran) y su integración estratégica (cuál coyuntura y cuál relación de fuerzas vuelve necesaria su utilización en tal o cual episodio de los diversos enfrentamientos que se producen). De esta manera, se privilegia un análisis dinámico, móvil de las relaciones de dominación, no un esquema vertical y unívoco. Como las relaciones objetivas de poder se reproducen en las relaciones de poder simbólico, en la lucha simbólica por producir el sentido común o “por el monopolio de la nominación legítima” (Bourdieu, *op.cit*) entra en juego el capital simbólico, sancionado previamente por algunos mecanismos sociales de producción de poder.

Así, lo relacional no debe opacar la existencia de diferencias de poder objetivas entre las partes; de modo que en una relación estado-otros pueblos, el estado tenderá, en su conformación moderna y en su relación con el otro cultural, a generar una forma de relacionamiento desde una lógica centrífuga (Clastres, (1987); donde «el etnocidio, como supresión más o menos autoritaria de las diferencias socio-culturales, se inscribe primariamente en la naturaleza y funcionamiento de la máquina del Estado, que procede por uniformización de la relación que la liga a los individuos: el Estado no reconoce más que ciudadanos iguales ante la Ley» (Clastres, 1987:62). Un lugar privilegiado tendrán estrategias como la educación, la imposición de una lengua, las ideas religiosas, etc. Sus mandatos, certificaciones y formularios constituyen una evidencia del poder desigual en las relaciones; «la verdad del mundo social está en juego en la lucha entre los agentes que están desigualmente equipados para alcanzar una visión global, es decir autoverificante» (Bourdieu, *op.cit*).

De la colonialidad a la Interculturalidad

Del mismo modo que el Estado monolítico tiende al control de las nominaciones legítimas y del saber oficial en diversos ámbitos; los colectivos subalternos intentan en sus procesos descolonizadores hacer ejercicio de recobrar una posición a través de controlar la nominación legítima, como ha referido A. Mbembe para el caso africano (Fernández Savater y cols., 2016).²⁰ Una manera sustantiva es la acción de refloatar viejos conocimientos –como la medicina-, transformando el contenido del saber y las formas de producción y control de ese saber, reactivando la memoria y resistiendo al olvido (Sigerist, 1940). Para poder reconstruir lo “perdido”, las sociedades generan mecanismos de autorepresentación ya que, según Mbembe,

no hay memoria propia. La memoria siempre es sucia, siempre es impura, siempre es un collage. En la memoria de los pueblos colonizados encontramos numerosos fragmentos de lo que en un determinado momento fue roto y que ya no puede ser reconstituido en su unidad originaria. Así pues, la clave de toda memoria al servicio de la emancipación está en saber cómo vivir lo perdido, con qué nivel de pérdida podemos vivir (Fernández Savater y cols, 2016).

En tal sentido, si bien las sociedades pueden transitar -en su búsqueda de reparación y memoria-, por una etapa con función estratégica de esencialismo -lo que podríamos entender como el pasaje de la indiferencia a la diferencia-; es menester que acepten y actúen en otras etapas del proceso de descolonización, en función de la fenomenología de la cultura tal cual se da y que pasa por este reconocimiento del rol político de sus saberes antiguos, como de la construcción del mismo saber, contingente, dinámica y multiforme. De este modo, se requiere que las sociedades puedan transitar desde una visión teórica sobre si mismas y lo que “son” -en oposición a la hegemonía que las observa desde fuera de si- hacia una perspectiva propia que incluya la contradicción y el conflicto, la mixtura y el devenir de las relaciones entre pueblos y sociedades, entre sujetos y comunidad(es).

Entendiendo que la “colonización” como proceso imperialista de ocupación y determinación externa de territorios, pueblos, economías y culturas por un poder conquistador, es una noción diferente a la de “colonialismo”, que refiere a la ideología que justifica y hasta legitima el orden asimétrico y hegemónico establecido por el poder colonial; nos interesa definir que es la “colonialidad” el concepto que refleja la forma en que los estados controlan lo que sucede en los territorios otrora colonizados. La descolonización por tanto no significa automáticamente que los territorios puedan librarse

20 Un bello ejemplo está en el reciente movimiento por el cambio oficial del nombre de Isla de Pascua hacia el nombre nativo de *Rapa Nui* (2016 a la fecha), el que no ha estado exento de polémica interna y con el estado. En el mismo se evidencian posiciones intermedias entre ambas nominaciones (<https://radio.uchile.cl/2019/05/28/diputados-rechazan-cambiar-nombre-a-la-isla-de-pascua-por-rapa-nui-isla-de-pascua/>). Volveremos sobre ello posteriormente.

de tal control a partir de declaraciones formales de independencia política, ya que existen procesos y funcionamientos institucionales e incluso ideacionales y simbólicos que siguen atando a las colonias a sus metrópolis (centro-periferia) (Walsh, 2007; Mignolo, 2007).

En la región del Pacífico y en torno de la lucha de las minorías étnicas en relación con los estados poscoloniales por su reconocimiento y estatus, mucho se ha discutido sobre los llamados *kastom*, las tradiciones “inventadas” de los pueblos (Babadzan, 1988; Linnekin, 1983; Hanson, 1989) en función de intereses políticos particulares. Desde una noción de cultura estática, algunos autores identifican como poco “auténtica” la construcción consciente de tradiciones por parte de grupos de las élites políticas de los pueblos; lo que le restaría “veracidad” si es que se le “compara” con los datos “reales” de la cultura material arqueológica. Otros autores han argumentado en sentido contrario indicando que, si bien algunas tradiciones son muy contemporáneas, esto resulta un elemento interesante y ventajoso pues denuncia el carácter dinámico de las mismas y la capacidad interpretativa de los sujetos culturales.

Así por ejemplo, en los procesos políticos de determinación de derechos en Nueva Zelanda mientras los dirigentes *maori* justificaban su posición basados en la autenticidad de su herencia –herederos de la “verdadera tradición” indicaban los dirigentes para validarse-, autores como Hanson hacían notar el sentido circunstancial e interesado políticamente de las mismas; dando continuidad a una polémica entre antropólogos y líderes originarios por esta disputa sobre la veracidad, la autenticidad y la tradición. Según López,

... ambos grupos de autores distinguen entre la “verdadera” cultura o historia y las distorsiones o manipulaciones de los grupos contemporáneos: para Keesing y Babadzan, la *kastom* es un conjunto de prácticas y discursos elaborados de manera consciente con fines políticos que simplifican y estereotipan la cultura tradicional; para Hanson y Linnekin estas divergencias son la materia prima de la cultura. Es posible afirmar entonces que ambas posiciones conciben estas tradiciones como discontinuas con el verdadero pasado o la verdadera cultura, hay un desfase entre la “realidad” y la visión proyectada en estas tradiciones (López, 2005: 126).

Sin embargo, ninguna de las posiciones en torno de la *kastom* resuelve el para qué. Para la autora en cambio es obvio que el uso político de las tradiciones entendidas como interpretación legítimamente, se da en un contexto y tiene un sentido en el conjunto de la realidad social y cultural en la cual opera; estando una de sus claves interpretativas en la necesidad de mirar el conjunto,

Desde nuestra perspectiva, sin embargo, ambas características –el nivel estructural y la agencia de los individuos– intervienen en el proceso de recrear las tradiciones; en otras palabras, las tradiciones son universos significantes para los individuos y las colectividades, motivadas por los sujetos que viven en un mundo social específico. Así como no es posible negar el aspecto pragmático y utilitario de la cultura, tampoco es sostenible la idea de que estas tradiciones carecen de una dimensión histórica o temporal que pueda establecer continuidades con situaciones previas (...) En consecuencia, consideraremos las tradiciones como modelos del pasado determinados tanto por las

necesidades contemporáneas de autodefinición (por lo cual no es gratuito que muchos de estos discursos salgan a la luz en contextos de lucha política) como por las lógicas culturales que contribuyen a determinar la elección de los elementos que constituirán dicha tradición. A ello hay que agregar un último aspecto de vital importancia: la tradición es también un proyecto, del futuro que el grupo en cuestión persigue y quiere definir, según sus propios criterios, acomodados y valores para guiar su desarrollo y su posibilidad de reproducción social (López, 2005: 129).

En América Latina en tanto, los movimientos y organizaciones indígenas desde 1990 haciendo un esfuerzo por desconstruir ideas esencialistas sobre ellos mismos, trabajaron en posicionar los temas indígenas en tres dimensiones que corresponden a los ámbitos en los cuales se tiene conflicto con los estados nacionales: la económica; la cultural; y la territorial-política (Fernández y Fuentes, 2018). La primera tiene que ver con la reivindicación de una cierta forma de estar en el mundo que comprende no sólo la dimensión ideológica de sus culturas sino también las formas concretas y materiales en que se desarrolla su existencia, como cuestionar el relacionamiento con la naturaleza de tipo sujeto-objeto propia del capitalismo y reconocer que en las dinámicas tradicionales la relación se da en un marco epistémico y político de mayor equilibrio. En la segunda dimensión se entiende que lo relevante es la manera colectiva de vivir y de enmarcar este derecho en una relación espiritual ya que incluye la intimidad y convivencia de los seres humanos con su medio. La tercera dimensión en tanto implica la necesidad de reivindicar políticamente una posición territorial frente a los estados nación monolíticos y hegemónicos.²¹ Muchos de estos pueblos han tenido la habilidad de incluir en las discusiones con los estados y en virtud de descolonizar, el contexto e instrumentos internacionales a su favor como el caso del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), o la vinculación del reconocimiento de los derechos colectivos de los pueblos indígenas con los llamados derechos de tercera generación en el sistema internacional de los Derechos Humanos.

Los estados, por su parte, han diferido en la manera de situar e incluir eventualmente a los indígenas dentro de sí. A veces se ha utilizado la fórmula de “estado multicultural”, categoría que para sus críticos esconde la aceptación -al estilo de la tolerancia-, de una diferencia de tipo “cultural”, manteniendo la imposibilidad de agencia política para estos colectivos. En cambio, la idea de “estado plurinacional” parece servir

21 «From the political standpoint, the formation of a 'nation-state' implies an attempt to impose order on and homogenise a group of individuals (the 'citizenry'), giving them a set of rights and duties. However, this citizenry also shares a history, experiences and symbols that bind the individuals together, endow them with a certain 'identity' and 'oneness' as members of a 'national' community. They form a group that also goes together with a territory. By contrast, some indigenous movements question their identification with this 'nation-state'. They identify themselves as collectivities that predated the 'nation-state' so that neither its territorial demarcations, symbols nor history form part of their identity (...) They claim the right to self-determination and autonomy because they see themselves as a whole different from the nation-state by which they were colonized» (Fernández y Fuentes, 2018: 4)

mejor al interés político de los pueblos indígenas.²² En estos contextos, la interculturalidad como concepto no resulta unívocamente comprensible; toda vez que se entiende de muy diversas formas, así como a los procesos concretos a los cuales alude. La interculturalidad puede ser en el discurso comunicada de manera acrítica, sin una reflexión sobre el proceso de descolonización, lo que la posiciona en un terreno meramente intencional e interpersonal; siendo esta una versión estratégica para incorporar las demandas y el discurso subalternos “dentro” del aparato estatal, entroncando con el proyecto neoliberal que contribuye a la colonialidad (Walsh, 2007; Estermann, 2014).

Pero en la era global el análisis de la colonialidad debe hacerse en sus dimensiones de lo étnico, lo económico y lo social. En efecto, existe un marcado riesgo etnicista y culturalista en los discursos en torno de la interculturalidad en la región;

El llamado «globalcentrismo capitalista» en que vivimos utiliza la idea de la diversidad para justificarlo todo y a sí mismo; es de buena crianza definir sujetos de interés diversos. Incluso la filosofía intercultural inspirada inicialmente en la defensa en contra de los monoculturalismos podría caer en la ingenuidad de “la “celebración posmoderna” de la diversidad (...) el discurso de la “inclusión” y del “diálogo” pueden invisibilizar estructuras de asimetría y hegemonía que son características de sociedades coloniales y no de pueblos en vía de emancipación y auto-determinación (Estermann, 2014: 6-7).

Desde una perspectiva política y cultural existen varias formas de relacionarse con los pueblos indígenas; la negación, la asimilación y la incorporación.²³ Mientras la incorporación implica un “canibalismo intelectual” debido a que elimina la alteridad y restituye la hegemonía del modelo de vida occidental; la inclusión de los pueblos indígenas al proyecto de la modernidad, la democracia formal y el mercado globalizado asume la premisa de que los pueblos deben ser asistidos –sujeto pasivo- de forma paternal al modelo hegemónico (Ibid).

En su versión opuesta y crítica, la interculturalidad puede ser entendida como una estrategia descolonizadora donde se la entienda como un producto derivado o una condición posterior a la descolonización para frenar la posibilidad de convertirla en una

22 «...‘plurinationalism’ call for a radical change in the dominant structures because recognition of the different national identities that coexist within the same territory would imply altering relations of political, social, economic and symbolic power in order to put the different nations on an equal footing» (Fernández y Fuentes, Ibid:7).

23 Podemos identificar corrientes “culturalistas” (“etnológicas”) y “liberacionistas” dentro de la discusión y casuística intercultural en el mundo; «Las primeras plantean el tema del diálogo intercultural en términos de un encuentro con la alteridad cultural, sin mayor análisis previo de las condiciones históricas, sociales y políticas de intereses y poderes existentes, de asimetrías y de cuestiones socioeconómicas de fondo. Las segundas se entienden como una evolución de la tradición liberacionista y crítica de la filosofía (...) las vertientes “culturalistas” se manifiestan más en los contextos europeo, norteamericano y africano, y las “liberacionistas” más en los contextos latinoamericano y asiático (con sus debidas excepciones)» (Estermann, 2014:14)

herramienta más de colonialidad (Ibid). Para Restrepo la interculturalidad debe permitir lo contrario de la lógica multicultural; «las potencialidades de la lucha por y desde la diferencia pasan por des-otrerizar, des-culturalizar y des-moralizar los discursos, tecnologías y estrategias que a menudo se han articulado como interculturalidad» (Restrepo, 2014:3).

El autor trabaja descomponiendo los dos términos implícitos en el concepto: el de inter y el de cultura. El término cultura suele producir un efecto homogeneizante que no considera diferencias subjetivas o las entiende como desviaciones; tampoco permite pensar cómo las diferencias dentro de un grupo se articulan con relaciones de poder. Asimismo tiene un efecto otreizante o exotizante ya que el énfasis se pone en resaltar las diferencias entre culturas; finalmente la cultura ha sido trabajada incluso desde los antropólogos/as muchas veces como un rasgo atemporal de lo que supuestamente “es” una cultura; llegando a considerársele «... como si fuese una entidad autocontenida, como una esfera del mundo, con voluntad y racionalidad propias, que toma decisiones como si fuese un ser humano» (Ibid:7).

Asimismo, el prefijo “inter” implica la interacción y existencia de al menos dos entidades lo que a su vez implica marcaciones y fronteras. Existen cinco modelos de entender esta relación; a saber: “el encuentro”, que se construye desde la lógica del “diálogo de saberes” o la teoría de la acción comunicativa y donde relaciones de poder y conflicto estructural no son centrales mientras que los supuestos de la voluntad, el individuo soberano, la diversidad, la comunicación racional y la armonización si lo son. “El diálogo”, en el que se entiende que el significado de la relación debe ser construido con todos los componentes de la relación; reconociendo la existencia de posiciones diferentes y relaciones de poder entre ellos; incluyendo conflicto eventual. Otro modelo es de “la hegemonía-articulación”: donde el producto es según Hall (2010), la *différence* que se desplaza en el tiempo y por cierto en los distintos contextos; donde es la hegemonía la que produce la articulación lo que supone cierta seducción y diálogo. Por su parte, otro modelo es la llamada “heterogeneidad histórico estructural” (Quijano, 2000) que supone un ejercicio de articular contrarios sobre la base de que existen elementos constitutivos y estructurales de la conflictividad; asumiendo entonces que la articulación puede hacerse sólo sobre la base de algunos de sus elementos susceptibles de ser negociados en situación de mayor simetría.²⁴ Finalmente encontramos las llamadas “teorías *queer*” que cuestionan en

24 «Desde este enfoque, las relaciones o interacciones sociales no se dan como el modelo contractual-voluntarista de la diversidad supuesto la metáfora del encuentro sino que se inscriben en la realidad del poder social que se articula desde la heterogeneidad histórico estructural y que responde de un ámbito primado en la

profundidad las identidades como construcción teórica y en su manifestación práctica, ya que estas son parte de las mismas categorizaciones inmóviles y homogeneizantes que se pretende desconstruir.

El culturalismo opera en tres registros diferentes; como comodín narrativo, donde acepta incluso versiones racializantes y naturalizantes; como recurso económico y simbólico -como cuando se utiliza comercialmente las industrias culturales, convirtiendo productos en étnicos-; convirtiendo la diferencia cultural en mercancía; y como objeto de lucha política-jurídica; en la que las organizaciones indígenas han tenido un rol central enfatizando la diferencia.²⁵

El culturalismo operando en la interculturalidad acentúa la otrerización y la condición de indígena resulta ser leída desde una otredad radical.²⁶ En su expresión máxima relacional (Ramos, 2004), C. Castañeda (2012) incluye el concepto de lo «étnicamente (in)correcto para dar cuenta de los ruidos y frustraciones que se producen en intervenciones gubernamentales y de los expertos (burócratas, académicos y activistas) frente a comportamientos de colectividades o individuos considerados como indígenas que no se ajustan a cierto 'deber ser' indígena» (Restrepo, 2014: 16). Vinculado con este, otro efecto es la tendencia moralizante en el discurso de quienes trabajan desde allí y no comprenden las disgresiones de los así convertidos en "beneficiarios".

configuración social que actúa como eje articulador de los otros ámbitos de existencia social» (Restrepo, 2014:10).

25 En sus palabras, «La creación de programas de gestión cultural (con todas las buenas intenciones que a veces se esgrimen para mantener tranquila la consciencia), así como el enmarcamiento de una serie de intervenciones estatalizadas o no en nombre de las 'políticas culturales' evidencian la centralidad de los expertos de la cultura en las tecnologías de gobierno de las poblaciones. Son ampliamente referenciados los conceptos de gubernamentalidad y de biopolítica de Foucault, para caracterizar unas racionalidades y tecnologías de gobierno de los otros y de sí que se inscriben en el hacer vivir y dejar morir de las poblaciones. La vida como terreno y arte de gobierno. Hoy, esta 'vida' de las poblaciones implica cada vez más una culturalización diferencializante. La diferencia cultural, junto con sus discursos de los expertos, han devenido cada vez más parte de la gubernamentalidad y de la biopolítica de nuestra época» (Ibid:14).

26 Muy en una línea de argumentación inspirada en Edward Said, la otrerización «supone el establecimiento de una serie de distinciones ontológicas esencializadas entre 'Occidente y El Resto', los 'modernos y los no modernos', 'no indígenas e indígenas', asociadas a unas geografías imaginadas» (Ibid:14).

I.II La Medicalización como fenómeno y proceso

Entrando al objeto de observación de la antropología médica

En este punto vincularé la reflexión teórica con el campo de la antropología médica para entender de qué manera estos contextos conceptuales y políticos situados en América Latina y sus dinámicas interculturales pueden verse desde lo concreto *para y en* salud.

Eduardo Menéndez, desde su perspectiva crítica de las lógicas del capitalismo tardío, indica que el objeto de observación de la antropología médica está más allá de lo evidente; de modo que debemos ver “donde los ocultamientos hablan” mucho más allá de lo meramente sanitario logrando entender la enfermedad y su atención como espías de conflictos, contradicciones y negaciones (Menéndez, 2020).²⁷

Para Comelles (1996), los discursos expertos, como el médico, deben ser analizados no solo por sus prácticas sino en sus contextos específicos de producción y sus luchas por la reproducción y la hegemonía frente a otros discursos que a su vez representan conflictos entre sectores subalternos y dominantes; todo ello en cada sociedad de manera particular. Las políticas públicas resultan un recurso de análisis de tales posiciones diferentes y de tales conflictos; la *realpolitik* cotidiana y concreta frente a la pretensión de universalidad propia de la modernidad y su continuidad histórica y lógica en el campo de la biomedicina.

Así también es relevante desde una antropología médica hacer una lectura crítica de los elementos subyacentes en los documentos etnográficos que catalogan o describen prácticas locales en salud; leyendo tanto la información misma en tanto contenido como el ojo que lee los fenómenos y su adscripción paradigmática, ya que eso alude al contexto político de su producción y de este modo nos permite ver la medicalización como proceso (Comelles y Perdiguero, 2014) en que el modelo de práctica de cada momento histórico no es una realidad autónoma y ahistórica sino un producto de determinantes a mayor escala y del modelo de estado imperante en un tiempo y lugar.²⁸

En el entramado de saberes y prácticas que coexisten, así como de instituciones sociales de cuidado, lo que se distingue es una posición social de ser asistido –lo asistible–,

27 En este sentido, resulta especialmente relevante comprender cómo las sociedades visualizan o no determinados fenómenos como la producción de estadísticas vitales, la aparición o no de las “variables étnicas” en los instrumentos de registro, y toda la gama de documentos con que se nutren las políticas públicas.

28 Comelles ha identificado una larga trayectoria de medicalización en la vieja Europa, de la que distingue por tanto diversas etapas que inician ya en la edad media. En tanto, advierte que, en el contexto norteamericano, así como el africano y oriental, estos procesos tendrán por lógica histórica sus propios devenires; los instrumentos –perspectivas y temas- teóricos con que se abordan en Europa los procesos no necesariamente deben coincidir con los que se requiere en estos otros contextos (2000b).

como construcción coyuntural de cada sociedad en su momento, sobre la cual se monta la asistencia como institución. La condición de asistible no es estática sino cambiante, dependiente de la relación del individuo con su sociedad. La asistibilidad es un proceso histórico que da lugar a itinerarios terapéuticos y a pluralismo médico antes que a pensar en una oposición entre medicina popular/medicina profesional, reflexión que se puede ampliar para hacer relación entre práctica médica, políticas de salud y sus efectos culturales (Comelles, 2004).

Poner el foco en la asistibilidad como condición universal permite efectuar una división metodológica y epistemológica del fenómeno en tres ideas para abordarlo: el complejo asistencial, el dispositivo y el proceso asistencial. Los tres son aspectos que se dan localmente. El *proceso* es la clasificación diagnóstica, terapéutica, los procesos de curación que se eligen en un contexto de recursos disponibles y dispuestos por razones contextuales e inscritos en la historia local, para tales efectos. Los *dispositivos* asistenciales son la cristalización en lo concreto de lo social y lo político -incluyendo lo religioso- y dan cuenta de los procesos, reflejando expectativas sociales, políticas y económicas del poder respecto de lo que se quiere lograr en la sociedad.²⁹ El *complejo asistencial* es diferente del dispositivo incluso porque el complejo es la representación que le da sentido a la oferta, y se lee desde una gramática local siempre cambiante (Comelles, 2000b).

De este modo, asumimos que como fenómeno global de alcance y producción local la medicalización de Rapa Nui debe ser leída desde una antropología médica crítica que logre evidenciar el contexto en que se dan determinados procesos desde el foco colonial que constituye Chile continental, en el tiempo largo e integrando la contradicción y también las capacidades de agencia locales.

El proceso de medicalización en las dependencias coloniales y postcoloniales

La medicalización como concepto es vasto. Ha sido además abordado desde diferentes perspectivas disciplinares y posee diferentes connotaciones vinculadas con la historicidad de los procesos y contextos sociales y culturales que describen.

Una de las acepciones más asentadas refiere al producto de un proceso dinámico histórico y situado que tiene como protagonista al “modelo biomédico”; el que «... un largo proceso histórico que se inicia en Europa a finales de la edad media y que culmina a

²⁹ Por ello los procesos asistenciales son o pueden ser independientes y anteriores a estos dispositivos y muchas veces sirven a modo de resolver donde las instituciones no alcanzan a hacerlo con su aparataje normativo pese a su carácter hegemónico. Rara vez estas experiencias tan móviles se institucionalizan ya que son intrínsecamente espontáneas y versátiles indica Comelles (Ibid).

finales del siglo XIX con la configuración del llamado modelo médico, estructurado en torno a la hegemonía de la práctica clínica y un modelo específico de profesionalización» (Comelles, 1996: 6); produciendo una forma específica de relacionamiento y práctica hegemónica, ahistórica, biologicista, mercantil, asocial, individualista y basada en la eficacia pragmática (Menéndez, 1978).

La noción da cuenta de la introducción paulatina, lenta, histórica del poder y el saber médicos dentro de las instituciones y las políticas de salud y beneficencia, las lógicas y las economías a mayor escala; todos elementos que interactúan de manera sistémica en la producción, explicación, identificación, tratamiento de los procesos de salud, enfermedad y atención en la dinámica del desarrollo de la gubernamentalidad moderna (Comelles, 2003a). El modelo clínico moderno es coetáneo del estado liberal en Europa, el cual se reproduce en sus dispositivos.³⁰ En tal contexto, los estados nacionales interpretaron casi siempre a lo “otro” y diferente como una amenaza irracional y primitiva, en el mejor de los casos como una “supervivencia”. Sin embargo, pese a la hegemonía y todos los mecanismos para hacerla valer, ello no significa que la sociedad abdique de sus mecanismos anteriores, coexistiendo un sinnúmero de “ideologías del cuidado” y de consecuentes prácticas que son capaces de rearticularse a partir de sus antecedentes estructuras de cuidado y sanadores (Comelles, op.cit).

Desde una óptica disciplinar, la noción de medicalización puede entenderse derivando de varias corrientes en el campo de la psiquiatría, la sociología y la filosofía, la antipsiquiatría y la medicina social en las década de los 60 y 70. En los años 70 comienza a ser usado de la mano de la sociología médica a partir del análisis de la influencia de la medicina dentro de la esfera social mayor, en que situaciones de la vida social pasan a entenderse como conductas extraviadas y por ende controlables (Busfield, 2017). El énfasis en el uso del concepto estuvo puesto originalmente en la denuncia y descripción del fenómeno; notándose las pretensiones universalistas e imperialistas de la medicina, el enfoque reduccionista, así como el lugar central del individuo y no de lo social en los procesos de salud y enfermedad (Ballard y Elston, 2005).

30 Para Foucault hay tres ámbitos de intervención del estado en la sociedad que denuncian la cooptación de la vida social mediante mecanismos biopolíticos: la medicalización de las vidas cotidianas; la definición de una política de saneamiento urbano debido a un nuevo modelo de gestión política; el monopolio de las instituciones de asistencia –y conocimiento- por parte del estado (Foucault, 1996).

El concepto original ha sufrido críticas conforme se ha ampliado el fenómeno.³¹ En los años 90 un grupo de autores cuestionan el carácter intrínsecamente negativo y de sinónimo de control médico y medicamentación; comenzando a tematizarse la pérdida de poder de los discursos médicos oficiales llegando a acuñarse la noción de desmedicalización. Asimismo, en los años 2000, es criticado por su lógica de unidireccionalidad -suponer que los usuarios no tienen agencia- ya que para esos años el fenómeno comprendía la noción de usuarios entendidos como consumidores que reaccionan a un repertorio siempre cambiante de recursos diversos y divergentes (Ballard y Elson, 2005).

Aún con las críticas mencionadas, la medicalización parece ser un concepto adecuado si es que la entendemos en su potencial de análisis del fenómeno tal cual se da hoy, lo que incluye otros campos emergentes. Para Murguía y cols (2016: 636),

La medicalización implica la elaboración de categorías y estándares que informan normas, discursos y prácticas de ámbitos cada vez más amplios de la vida (...) la medicina es hoy en día una gran industria transnacional; un ámbito de investigación científico-tecnológica intensiva; un sistema de la gran mayoría de los estados nacionales; un poderoso discurso sobre la vida, la muerte, el bienestar. En su conjunto estas dimensiones de la medicina han posibilitado la expansión de su jurisdicción a un grado en el que, a decir de algunos analistas, este fenómeno constituye “una de las más potentes transformaciones de la última mitad del siglo XX en Occidente” (Clarke, 2003, mencionado en Conrad, 2007, p.4).

Se asume la existencia de diversidad de actores e intereses tras el fenómeno de lo sanitario. Del mismo modo, se acepta hoy la agencia de los sujetos pues pese a lo hegemónico del modelo médico (MMH) las personas participan activamente, ya sea resistiendo o promoviendo la medicalización de sus condiciones (Menéndez, 2003).³²

No siendo teleológico y sí local, en la esfera de la medicalización existen hoy al menos dos campos: los comportamientos considerados desviados de la norma y los procesos naturales de ciclo vital. El fenómeno de la medicalización acepta incluso la dimensión de desmedicalización -del mismo modo que el poder médico permite instalar en la agenda un tema dentro de su jurisdicción, también en otros posibilita sacarlo es decir desmedicalizar- y todo ello por la acción no unívoca de diversos actores y fuerzas en la

31 En la década del 80 incluso se ensayan otros conceptos como el de biomedicalización (Clarke, 2003), a lo que Busfield responde que el proceso no es universal ni teleológico de modo que la biomedicina no puede ser unívocamente entendida como una última etapa (Busfield, 2017).

32 Efectivamente el mismo Foucault «abandonó esta postura a favor de una conceptualización más compleja del proceso de asimilación y subjetivación del discurso médico que incorpora tanto la autovigilancia como la agencia de los individuos» ((Murguía y cols, 2016: 647)

sociedad.³³ Según Conrad no sería un fenómeno binario sino un proceso continuo (Conrad, 2007).³⁴

Otros campos de interés donde el fenómeno de la medicalización se hace presente se relaciona con la vida cotidiana y experiencias problemáticas -como la timidez, la tristeza o la obesidad- que anteriormente eran considerados molestos e indeseables pero no problemas médicos. Otro campo es el llamado *enhancement* –perfeccionamiento, mejora o realce– alude a productos utilizados por personas saludables con el objetivo de mejorar ciertos aspectos de su cuerpo y/o de sus capacidades mentales (Davis, 2010). La medicalización se manifiesta además en las conductas individuales y colectivas, con un fenómeno que implica la inclusión o manejo de nociones biomédicas a nivel del vocabulario y prácticas cotidianas de la mayoría de las poblaciones; suficientemente validadas y convertidas en saber popular.³⁵

El proceso de medicalización nunca ha concluido en que haya un monopolio absoluto del sector salud sobre el control del complejo asistencial sino que es un permanente proceso bidireccional de transacción y apropiación mutuo (Comelles y cols, 1993). En efecto, en el tercer mundo se evidencia incluso el surgimiento de movimientos reivindicativos de saberes no hegemónicos como un movimiento de resistencia y de visibilización política –al estilo de lo comentado anteriormente por Mbembe. Por ello, cuando referimos a la necesidad de que los equipos de salud entiendan a los usuarios, la experiencia de las “competencias culturales”³⁶ con su carga culturalista no nos sirve; se necesitan competencias antropológicas y etnográficas que permitan entender el cómo se da

33 La definición de un fenómeno es un proceso de negociación entre distintos que disputan la nominación legítima, la jurisdicción sobre la descripción, la explicación y el derecho de intervenir en un fenómeno. Así por ejemplo, están en disputa ¿quién está autorizado a tratar?, ¿es un fenómeno o condición digno de ser tratado como patológico?, ¿con qué herramientas autoriza la sociedad tal tratamiento y enfoque?, ¿quién queda fuera de ese territorio o jurisdicción temática?, ¿con qué instrumentos y quién los diseña se trata en tal o cual campo?, ¿qué intereses corporativos están detrás? (Murguía y cols, 2016).

34 Junto con hablar de la agencia del medicalizado, los autores comenzaron a plantear que hay un conjunto no visto antes, de instituciones y poderes que presionan en el proceso e influyen en él; compañías, pacientes organizados, legos, prensa, etc. No todos poseen la misma capacidad de influir obviamente, «los medios masivos permiten una redistribución del poder epistémico que modifica de manera sustancial la relación entre expertos y legos, y en ningún ámbito es esto tan claro como en la medicina» (Murguía y cols, 2016: 648).

35 Como el conocimiento popular de los medios terapéuticos que da origen a la automedicación con fármacos.

36 En Europa por ejemplo no se ha asumido del todo la necesidad de interlocución en salud con las poblaciones migrantes –se utiliza una taxonomía étnica y cultural muy rígida; convierte la complejidad en una lista de chequeo, sin dialéctica de saberes- y sigue primando un enfoque estrecho y colonial que debiera dar paso a uno centrado en el *embodiment* o la antropología decolonial (Comelles, 2003). En la línea de las competencias culturales se encuentra también el desarrollo de las relaciones judicializadas entre consumidores-usuarios y prestadores como lo que ocurre paradigmáticamente en la medicina hiper liberal de Estados Unidos.

el fenómeno complejo en el ámbito local puntual,³⁷ incluyendo la agencia del actor social en un sistema flexible y abierto como los llamados *ethnoscapes* (Appadurai,1991).

Otro fenómeno que manifiesta la medicalización en lo que algunos han llamado un tercer momento, tiene que ver con los procesos de profunda mercantilización de la salud; complejizando la situación de amplios sectores de las poblaciones en contextos de sociedades modernas y plurales (Comelles y Perdiguero, 2020),³⁸ aunque el impacto de este fenómeno no se remite sólo a contextos de países centrales sino también a los periféricos. (Menéndez).³⁹ Explicable en la que llaman la era de la economía posfordiana, en que la medicina explota con una variante de producción de bienes de consumo individual en torno a esta noción de salud y de cuerpo,

El pluralismo asistencial se ha enriquecido merced al desarrollo de un amplio mercado de instancias asistenciales que incluyen sistemas médicos clásicos, como la medicina ayurvédica o la tradicional china, el naturismo en sus diversas versiones, la homeopatía, terapias manipulativas, como la osteopatía y la quiropráctica, y otras muchas opciones, como el reiki, las flores de Bach u otras instancias espirituales, en la órbita de la New Age (Comelles y Perdiguero, 2020: 27).

Esta reemergencia de la folkmedicina no se conceptualiza como sobrevivencias culturales sino como producciones derivadas de la dialéctica social y cultural en el nuevo milenio (Comelles, 2003b).⁴⁰ Asistimos a la emergencia de una “nueva folkmedicina” en el ámbito de lo local –los *ethnoscapes*, entendidos como dinámicos y flexibles-, influida profundamente por los procesos sociales, tecnológicos y culturales;

Se producen, por tanto, culturas folk locales, alternativas a la cultura experta, donde desempeñan un papel muy significativo tanto medios de comunicación clásicos (...) como los social media, que están cambiando el modo mediante el que se había construido (...) Actualmente, cientos de millones de personas buscan, a diario, información sobre salud en los millones de sitios web

37 La construcción de significados culturales debe hacerse considerando la diversidad de identidades contemporáneas, no como el modelo de la biomedicina asume al pensar que se humanizará la práctica con los mismos recursos formados en dicho modelo y sus dispositivos.

38 «Si algo expresa la mercantilización de casi todo por el capitalismo es el desarrollo actual de la biomedicina, sobre todo en países como Estados Unidos, que en forma directa e indirecta han convertido en mercancía todo producto y acción biomédicos, inventando padecimientos, o impulsando el uso de medicamentos casi sin control o con controles permisivos. Más aún, mercantilizando la vida desde el nacimiento mediante el notable incremento de los partos por cesárea en países como Brasil y México, hasta una muerte que trata de prolongarse hasta que el sujeto y/o su seguro médico aguanten» (Comelles y Perdiguero, 2020: 56).

39 A nivel internacional y de parte incluso del mundo de las agencias (FAO, WHO, etc) desde la segunda mitad del siglo XX se produce un vuelco hacia la noción del “bienestar” más allá de la noción ya tradicional en torno de la enfermedad, lo que cambia además el énfasis de los antropólogos médicos en sus estudios y enfoques (Comelles y DiGiacomo, 2018).

40 «*The very nature of contemporary ethnoscapes makes these medical concerns and demands fluid and changeable, sometimes with great rapidity. This new arena of health and illness takes us far from Kleinman's (1980) three-part model of “popular”, “folk” and “professional” sectors of health care, which was bound to an idea of clinical response to disease through the classificatory and diagnostic criteria of biomedicine, and dependent on the concept of syncretism present in Ackerknecht's (1985) definition of folk medicine, a notion that is no longer applicable. Today the face-to-face encounters that took place (historically speaking) between health professionals and their patients and served both to produce a diagnosis and to construct the diagnostic experience of patients and their social networks has now broadened beyond recognition.*» (DiGiacomo, 2018: 236).

dedicados específicamente a este tema, dejando atrás formas de popularización médica más tradicionales (Perdiguero-Gil, 2017: 26)

Medicalización y salud intercultural en contextos latinoamericanos y territorios insulares dependientes

En el contexto latinoamericano han ganado éxito las tesis foucaultianas sobre la medicina como estrategia biopolítica del estado moderno, en que el MMH coincide con el poder.⁴¹ A ello debemos agregar la hegemonía biomédica que se traspa a la autoridad epistémica de la ciencia relacionada con el progreso, lo cual llegó en un contexto de consolidación de estados nacionales; dando pie a la vinculación inequívoca entre progreso y orden; «la medicina pública aparece en clave progresista, como un feliz resultado de la asociación de la ciencia biomédica con una organización racional de la sociedad» (Armus, 2002:42; Murguía y cols., 2016: 641). Lo interesante de ello es que expresa la que se conoce como paradoja constitutiva de las instituciones modernas en que la salud se entiende como fuente «a un tiempo de beneficios y riesgos; instrumento de normalización y control, y simultáneamente derecho por el que los individuos y grupos luchan y por medio del que se constituyen como ciudadanos (Stolkiner, 2010) (Ibidem)⁴²

Más allá de la direccionalidad vertical de la biopolítica, la agencia de los sujetos sociales en los procesos de salud y relativos a la vida pone de manifiesto la dinamicidad del tema.⁴³ Tal como indica Esposito, las significaciones sociales producen efectos de subjetivación. Por tanto, en el territorio del cuerpo entran a jugar dos estrategias, una biopolítica y otra noopolítica. Rodríguez Zoya, 2010: 645 lo rescata así,

Considerando estos fenómenos en su conjunto, queda claro que si bien no se contradice el avance de la medicalización en América Latina, ésta (...) no puede evaluarse sin considerar las muchas dimensiones que involucra, y aunque una de éstas sin lugar a dudas la constituye el poder normalizador de la práctica y del saber médico, éstos constituyen hoy en día derechos por los que se lucha y conocimientos de los que los sujetos se apropian de una manera que actualiza su agencia.

Aparece así el carácter complejo y paradójico del proceso de medicalización que puede devenir a un mismo tiempo en posibilidades, recursos y formas de control y autocontrol. El

41 En estos contextos ganan terreno, a modo de ejemplo, los sistemas de acreditación y creciente formalización de profesiones médicas y de instituciones formadoras en salud.

42 Los estudios producidos en América Latina hacen eco de estas tensiones de forma clara, de manera que encontramos textos en los que, si bien se sostiene una visión muy crítica de la expansión del MMH, al mismo tiempo exige al Estado el cumplimiento de su obligación de proveer servicios de salud a la población, y constituyen tan sólo una muestra de como la medicina se ha convertido en objeto de luchas que pueden tener objetivos no sólo diversos, sino contradictorios (Menéndez, 1992).

43 Hay varios mecanismos que juegan en tal sentido: la apropiación del saber médico por parte de los sujetos medicalizados; la llamada medicalización inacabada (surgimiento y poder de las medicinas alternativas y la valoración de las tradicionales); la emergencia del paciente autodidacta; la movilización de individuos y grupos (Collins y Evans, 2007).

proceso histórico de construcción de explicaciones aceptadas dentro de las lógicas de hegemonía y subalteridad no ha anulado la existencia de prácticas y representaciones existentes, aunque de todos modos quedan estas sometidas a los cambios que implican su pertenencia a un contexto mayor de hegemonía/subalternidad (Menéndez, 1994). Entendiendo que los temas de salud constituyen universalmente un área privilegiada para el control social, Menéndez identifica tres procesos que lo hacen posible,

la existencia de padecimientos que refieren a significaciones negativas colectivas; el desarrollo de comportamientos que necesitan ser estigmatizados y/o controlados, y la producción de instituciones que se hacen cargo de dichas significaciones y controles colectivos, no sólo en términos técnicos, sino socioideológicos (Menéndez, 1994: 72).

El modelo de la hegemonía-subalternidad debe ser analizado con un esquema relacional. «En todos los conjuntos micros y/o macros, es a partir de las relaciones existentes entre las partes donde se debe analizar el proceso s/e/a, incluyendo, de ser posible, los diferentes niveles en que dicho proceso opera, así como la articulación entre niveles» (Ibid: 73). De esta manera, junto con referir al conjunto de las partes que entran en relación, se entiende que en su interacción genera otro producto más allá de sí, analizándose el sistema de transacciones entre las partes.⁴⁴

Menéndez analiza de manera crítica el caso latinoamericano. Destaca que los interculturalistas han caído en una serie de errores conceptuales y metodológicos que han marcado nuestra forma de hacer interculturalidad en salud. Una de ellas es la tendencia a asociar medicinas “tradicionales” con grupos “tradicionales”, lo que supone que algunos grupos y sus medicinas serían más “tradicionales” que otros. Otro elemento es entender lo “tradicional” opuesto a lo “científico”, lo que implica a su vez que se les lea desde la antropología como procesos de resistencia y antagonismo político.⁴⁵ Asimismo, suponer que la medicina tradicional no es ni desea ser modificable⁴⁶ por parte de sus portadores o que se trata de una esencia sujeta al “riesgo” de desaparecer por efecto de la modernidad.

Más allá de los rótulos que usualmente usamos para clasificar cómo un grupo supuestamente más o menos moderno/científico que otro articula su saber médico con respecto al saber de este otro; lo relevante es entender esos saberes no desde un

44 «La denominada medicina tradicional, en manos de un grupo determinado de gentes, no debiera ser analizada “en sí”, sino referida al sistema cultural dentro del cual el grupo utiliza un espectro de representaciones y prácticas producto no sólo de dicha “medicina”, sino de un conjunto de saberes que redefinen continuamente el sentido, significado y uso de la “medicina tradicional”» (Menéndez, 1994: 74).

45 Del mismo modo la sociedad mayor se predispone a considerar las medicinas indígenas como a-científicas, contribuyendo a oterizar a los pueblos y a descalificarlos, en la línea de la argumentación de Armus (2002).

46 Piénsese el efecto que esta perspectiva podría tener en lo local si es que la experiencia de salud intercultural desea trabajar con generaciones diferentes de un mismo pueblo.

esencialismo que refleja una supuesta cosmovisión -que suele ser la interpretación desde las perspectivas ahistórica para observar la medicina tradicional- sino la relación entre los saberes y los grupos. Será el sistema funcionando en lo local quien nos dará luces sobre cómo opera allí el fenómeno relacional y los saberes concretos (Cosminsky, 1986).

Para el contexto del tercer mundo, donde la precariedad socioeconómica se une a la política y genera estrategias de subsistencia, la transformación se entiende como uno de los procesos continuos y necesarios;

Esta propuesta no niega el desarrollo de mecanismos de oposición o inclusive de prácticas de no reproducción –estudiadas tempranamente por E. de Martino respecto de grupos australianos– como forma de asegurar determinadas identidades, sino que propone considerar como una característica potencial el proceso de cambio, y que éste no supone un proceso casi inevitable de “inautenticidad” (Menéndez, 1994: 77).

Reconocer tales procesos no significa tampoco desconocer el efecto de hegemonía/subalternidad que las prácticas y saberes biomédicos operan sobre las medicinas de los grupos subalternos socialmente.⁴⁷ Esto nos remite a su vez a la discusión sobre qué y cómo hacer una antropología ceñida a casuísticas locales, cuyo ejemplo más obvio son las casuísticas insulares que combinan identidades étnicas y que pueden o no quedar en posiciones marginales en su articulación con el capitalismo global. Por ejemplo, el caso de Wallis y Futuna ⁴⁸ (territorio de ultramar francés), Pitcairn o Tokelau dependientes de Nueva Zelandia o la República de Nauru pueden considerarse casos paradigmáticos que combinan el aislamiento con formas de vivir en función del turismo y de la ayuda metropolitana.

Para Menéndez, los objetivos iniciales de los procesos de interculturalidad en salud en América latina como ejercicio de simetría entre modelos y prácticas médicas no pudieron verse del todo desarrollados en gran medida por estas nociones erradas y porque

47 «La biomedicina tiende continuamente a expandirse directa e indirectamente sobre las prácticas y representaciones populares; no sólo se va constituyendo en parte de las mismas, sino que su proceso expansivo suele exigir que otras formas de atención de la enfermedad adquieran un carácter subalterno, que supone en determinados casos la apropiación de dichas formas de atención, a partir de incluirlas en su racionalidad técnica e ideológica» (Menéndez, 1996: 80).

48 Las islas de Wallis y Futuna son una dependencia colonial francesa que cuentan con un estatuto tribal muy particular y con una población de 9.000 habitantes, es especialmente interesante. Cuenta solo desde el año 2000 con una Agencia de Salud local que se dice autónoma pero que, sin embargo, está bajo tutela de los ministerios de Finanzas y de Salud francés; quienes entregan financiamiento –y cobertura de gratuidad absoluta dentro de las islas–, como lineamientos a la atención. La red interna de las islas se compone exclusivamente de salud pública –no existen prestadores privados- y posee un pequeño hospital de baja complejidad por cada territorio (dos reinos) más una serie de consultorios de atención primaria o enfermerías –dispensarios en el lenguaje local. Tiene un sistema de derivación de la mayor complejidad hacia Francia, Australia y N. Caledonia y un sistema de telemedicina con la metrópoli y N. Caledonia. El hospital de Wallis es muy similar al de Rapa Nui (16 camas, con consultorio de APS incluido, medicina, cirugía, urgencias, maternidad, farmacia, dental) y el primero en importancia cuenta con una unidad de tratamiento intensivo (<https://www.wallis-et-futuna.gouv.fr/Politiques-publiques/Sante>).

habría sido necesario comprender la interculturalidad como un proceso social permanente, más profundo que lo programático, incluyendo las historicidades de los actores en vinculación, las expectativas en ese contexto histórico, entre otros elementos estructurales de las relaciones. La historicidad en tanto de la relación implica aceptar que muchos de los procesos llevan algo de incontrolable y que siguen operando con o sin programa de salud intercultural formal e institucional y de manera paralela -y también al interior y por efecto- de los actores y las fuerzas a mayor escala que solamente el sector salud.

Asimismo, el énfasis culturalista⁴⁹ en salud de muchas de estas experiencias caminó paralelo a la profundización de las desigualdades y otros fenómenos globales por efecto de segregación; de modo que estas iniciativas quedaron de alguna manera al margen de la realidad. La “salud” quedó aislada de las demás cuestiones indígenas. Así observa Roberto Campos la focalización sectorial del tema,

El enfoque crítico de la interculturalidad en salud, entre otros aspectos, señala que el discurso intercultural, al resaltar el aspecto simbólico-cosmogónico de las terapéuticas indígenas, tiende a anular el contexto sociocultural en el que se expresan, tales como el proceso de empobrecimiento; el despojo del territorio, la discriminación con base en imaginarios racistas, así como el poco o nulo acceso a bienes y servicios (Campos, 2017: 452).

Del mismo modo el efecto culturalista ha hecho invisibles los conflictos dentro de las sociedades indígenas y sus contradicciones internas. Las experiencias interculturales en salud sólo propusieron en la cooperación sin ver las divisiones, asumiendo una “unidad” interna sin necesariamente existir esta.

Tampoco han sido observadas las incorporaciones de nociones y prácticas biomédicas que los indígenas tienen ya desde hace mucho incluidas; por considerarse como seres inmóviles, «Justamente en dicha penetración y apropiación están operando procesos de interculturalidad que, al ser ignorados como tal, conducen a que las instituciones y profesionales impulsores de la interculturalidad dejen de lado algunos de los principales aspectos de esa penetración, porque no tienen que ver con sus propios objetivos» (Menéndez, 2016c: 113). Ello incluye la creciente biomedicalización de los sanadores indígenas (introducción de terapéuticas o lenguajes biomédicos dentro de sus procedimientos) como parte de estrategias de sobrevivencia e incluso de reconocimiento de

49 Menéndez indica que conceptos como identidad o cosmovisión han influido negativamente entre quienes se dedican a diseñar o implementar programas de salud intercultural en la región. Por ser conceptos estancos y esencialistas, «pues impulsan la búsqueda de congruencias, coherencias y equilibrios que tienden a eliminar ciertos conflictos, ambigüedades y contradicciones que operan en todo grupo social, incluidos los étnicos, en vez de información que pueda evidenciarlos. Son conceptos que, reflexivamente o no, impulsan visiones a-históricas de los grupos y relaciones que estudian.» (Menéndez, 2016c: 118).

los actores indígenas frente a las instituciones sanitarias y sus usuarios.⁵⁰ No ha sido posible observar lo instaladas que están en el espacio doméstico y de la autoatención las nociones biomédicas que independiente de su origen epistémico son usadas con igual profusión que las terapias de diverso tipo.

50 La invisibilidad de este fenómeno implica por ejemplo un riesgo de subutilización de los sanadores tradicionales en tanto eventuales agentes promotores de salud; más allá del compartimento estanco que la noción teórica permite (Campos, 2017).

I.III La Salud de los Pueblos Originarios desde los Instrumentos Internacionales

Derechos en Salud e Interculturalidad en el Contexto Internacional

Desde el marco internacional de los Derechos Humanos y la salud pública, la definición de pueblos originarios que utiliza esta investigación es la que rescata el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (Gobierno de Chile, 2009), que apela a los criterios relacionados con la ascendencia indígena, la continuidad histórica, el lugar de asentamiento, el sentido de pertenencia, la consideración política referida a la condición subalterna de los pueblos y poblaciones indígenas y la conservación total o parcial de sus instituciones.

El mismo convenio –que Chile sólo ratificó en 2008–, establece un estándar mínimo de reconocimiento de tales derechos, que se desglosan en diversos temas y permiten posicionar la temática de salud en un esquema mayor. En su articulado más relevante señala que son los gobiernos quienes deben velar por proporcionar –directamente o poner a disposición– los medios para que los pueblos cuenten con el máximo nivel posible de salud física y mental; que tales servicios deben diseñarse participativamente y considerando sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales. Finalmente, que la prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país en torno de sus comunidades (Ibid).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) por su parte, definió mediante su *Programa de Salud de Pueblos Indígenas*, cinco principios fundamentales: «abordaje en un enfoque integral de la salud; derecho a la autodeterminación de los pueblos; respeto y revitalización de las culturas indígenas; reciprocidad en las relaciones y derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas» (OMS-OPS, 1998). En efecto, los marcos regionales sobre salud de las etnias⁵¹ ratificadas por todos los países, propician la incorporación de perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la atención sanitaria y establecen directrices para abordar desde un enfoque intercultural su salud.

En septiembre de 2007, Naciones Unidas aprobó la *Declaración sobre Derechos de los Pueblos Indígenas*, culminación de un largo proceso de trabajo entre estados, organismos no gubernamentales, expertos y organizaciones indígenas, que establece estándares de derecho internacional considerados mínimos, articulados en cinco categorías: derecho de no

51 Resoluciones de OPS CD37.R5 (1993), CD40.R6 (1997) y CD47.R13 (2006).

discriminación; derecho a la integridad cultural; derechos de propiedad, uso, control y acceso a las tierras, territorios y recursos; derecho al desarrollo y bienestar social, y derechos de participación política, consentimiento libre, previo e informado (ONU, 2007).

El trabajo desarrollado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (2007a), detalla los derechos emanados de esta Declaración y los contenidos específicos que pueden derivarse como “derechos en salud”:

1. Derecho de No Discriminación en el Acceso y la Atención en Salud
2. Derecho al Desarrollo y Bienestar Social, que reconoce el derecho de las personas y comunidades indígenas a gozar del nivel más alto de salud física y mental, mediante el acceso oportuno y eficiente a atención de salud de calidad y pertinente en términos culturales
3. Derecho a la Integridad Cultural, que involucra el reconocimiento que los pueblos indígenas tienen sus propios conceptos de proceso salud-enfermedad-curación y que, en virtud de ello, tienen derecho a usar, fortalecer, desarrollar y controlar sus propios sistemas médicos
4. Derecho de Propiedad, Uso, Control y Acceso a las tierras, territorios y recursos, que en el ámbito de la salud se relaciona con la conservación de las plantas, animales y minerales de uso terapéutico y la protección de los territorios en que estos recursos se localizan
5. Derecho de Participación Política, en el diseño, gestión y control social de las políticas y programas de salud.

Es importante comprender los fenómenos de salud-enfermedad y atención para pueblos originarios se entienden como una suma de inequidades, al modo en que hoy recoge el denominado enfoque interseccional. Pero más allá de visualizarlos desde el enfoque en la vulnerabilidad, los estados y las sociedades deben también reconocerles sus potencialidades culturales y lingüísticas, organizativas y de liderazgo, junto al cumplimiento de principios éticos comunitarios, basados en la reciprocidad, respeto y conocimientos ancestrales, les ha permitido a los pueblos indígenas conformar mecanismos de supervivencia ante condiciones adversas los que han posibilitado su supervivencia en el tiempo.

Hoy y en el contexto de asimetrías políticas históricas entre culturas desde los pueblos indígenas se cruza una doble demanda de igualdad, que plantea un desafío entre la Universalidad y la Particularidad: el reclamo de sus derechos civiles y la eliminación de todas las formas de discriminación; y la demanda por el reconocimiento de la diferencia, a través de la búsqueda del reconocimiento de su identidad. Los derechos en salud de los pueblos indígenas deben entenderse como un reconocimiento que aporta sustancialmente a la visibilidad de las minorías sociales y los grupos marginales, dentro de los marcos con que se trabaja en la definición de las políticas públicas en salud, tanto a nivel internacional como nacionales.

El Desafío de la Interculturalidad en Salud desde el Enfoque de Derechos

Para la definición de políticas interculturales hemos considerado el marco de principios generado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998), que

guían las acciones transversales y criterios que posibilitan la identificación de indicadores para evaluar su implementación (donde) el enfoque intercultural se asume como una tarea política generadora de consensos y capacidades, cuya meta es lograr la equidad mediante el desarrollo de la ciudadanía sobre la base del respeto recíproco.

Estos principios fueron consensuados asimismo por OPS en consulta con los propios pueblos indígenas. Estos son:

- a) El respeto por los derechos humanos básicos, especialmente a la vida.
- b) El reconocimiento de la existencia de los pueblos indígenas.
- c) La voluntad política de los Estados en promover la equidad entre todos los habitantes y pueblos que viven en sus territorios.

El enfoque de OPS, como hemos revisado, está cruzado por un objetivo mayor cual es contextualizar la temática en un ámbito de la relación intercultural, entendida en un contexto dinámico de relaciones entre diversos actores ubicados en posiciones distintas. La definición con que trabaja el concepto de Interculturalidad es «involucra las interrelaciones equitativas respetuosas de las diferencias políticas, económicas, sociales, culturales, etarias, lingüísticas, de género y generacionales, establecidas en un espacio determinado entre las diferentes culturas (pueblos, etnias) para construir una sociedad justa» (Ramírez, 2016: 15).

Pero referir a la interculturalidad en salud en la Región, requiere observar el estado del arte. Según CEPAL, los programas y políticas de salud de las Américas deben responder a tres problemas fundamentales: perfiles epidemiológicos complejos, con mayor vulnerabilidad y daño en los pueblos indígenas; inequidad en el acceso sanitario y ausencia de pertinencia cultural de los servicios de salud, y por último, falta de participación y representación política. Según define este documento,

en los países de la región latinoamericana, los mayores avances se observan en la leyes relativas al acceso y la gratuidad de la atención; menores progresos se aprecian en el reconocimiento de los sistemas médicos indígenas (aunque con diferentes énfasis respecto del reconocimiento, la promoción y la protección de los derechos de los pueblos indígenas); y menores aún en leyes relativas a la participación y la autonomía (CEPAL, 2008).

Las debilidades observables en torno de la salud intercultural en Latinoamérica, tienen que ver con el poco contenido de lo “intercultural” y escaso desarrollo de un proceso de construcción colectiva de éste; poca participación de las etnias, principalmente en términos consultivos; escasa formación de recursos humanos lo cual limita el éxito de las políticas y

programas; financiamiento inexistente o limitado que no cubre todas las acciones; falta de instrumentos de diagnóstico, seguimiento y evaluación de los programas.

Consecuentemente, existe la necesidad de cerrar las brechas de acceso y accesibilidad a la salud por parte de los indígenas para lo cual los objetivos sanitarios deben fijarse según el perfil epidemiológico real de las etnias y monitorear y evaluar de manera permanente el impacto de los programas de salud intercultural, generando información. Asimismo, se necesita el rescate y protección de la medicina indígena, como un conocimiento en salud propio y específico de cada pueblo (entre otros aspectos, la materia médica, expuesta a intereses comerciales de las corporaciones transnacionales e internos; la sabiduría de los expertos médicos de cada etnia y especialidad; los saberes tradicionales (etnoconocimiento) y, por supuesto, la propia genética de los pueblos en cuestión.

Un énfasis en la participación tiene que ver con un elemento central, cual es el cambio paradigmático necesario: desde considerar el desarrollo de políticas públicas “hacia” las etnias -como si fuera sólo un tema de poblaciones vulneradas, pobres y marginales-, a considerar a los pueblos indígenas como “sujetos de derechos”. Este enfoque de derechos plantea un desafío mayor a los estados cual es el desarrollo de un régimen especial de derechos de los pueblos indígenas, por el que se les reconoce su derecho al igual disfrute de los derechos humanos y, al mismo tiempo, a ser colectivos diferentes (Cepal, 2008). En tal sentido el desafío es para la comunidad internacional, los estados y los pueblos es la implementación y el cumplimiento de tales estándares en las normas, jurisprudencia y políticas internas de cada un de los países.

I.IV El Sistema de Salud en Chile y la Salud Intercultural

Sistema de Salud en Chile, breve caracterización

Chile es un país latinoamericano con 19 millones de habitantes, más del 85% de ellos urbanos. Aunque recientemente ingresado a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) no posee estándar de país desarrollado. Un fuerte estallido social acaba de asolar a nuestra comunidad nacional, siendo la manifestación más dramática y clara del descontento legítimo de un pueblo sometido por las inequidades del modelo neoliberal en que se desarrolla Chile.⁵²

El país se encuentra en un avanzado estadio de transición demográfica y epidemiológica. La esperanza de vida es de 82 años para mujeres y de 77 años para hombres al año 2019 (INE, 2020). Su tasa de fecundidad es de 1,6 hijos por mujer y su mortalidad es de 5,4 por cada 1000; lo cual evidencia un fenómeno de envejecimiento poblacional.

El país gasta el 7% de su PIB en salud del cual el 46% es gasto público y 33% gasto privado. Se estima que para el 14% de los hogares el gasto en salud representa más del 10% de sus ingresos mensuales (OCDE ilibrary, 2020). El sistema de salud público se financia con un presupuesto anualmente asignado por el Ministerio de Hacienda; más el fondo público de aseguramiento –Fondo Nacional de Salud, FONASA- que recoge las cotizaciones de la población adscrita.

Chile tiene un modelo de tipo mixto; con un sistema de salud pública cuyo seguro, FONASA, cubre alrededor del 77% de la población; y un sistema de salud privado que presta cobertura alrededor del 18% a través de las llamadas ISAPRE (Instituciones de Salud Previsional)⁵³, en un modelo que concibe salud como bien de mercado y se rige por sus reglas.

La inequidad y el poco equilibrio del modelo en salud, se debe a que el seguro público de tipo solidario cubre a la población más desfavorecida en cuanto a ingresos, a la más anciana (más carga de enfermedad) y a la población en situación de “riesgo” especial como las mujeres en etapa fértil. Gran parte de las aseguradoras privadas tienen a su cargo la población más sana (con menos historia de enfermedad y mejores condiciones

52 El sistema es estructuralmente inequitativo puesto que es producto de la imposición de un modelo neoliberal de sociedad, la cual se dio en el contexto de la dictadura de Pinochet, y que se instauró bajo los marcos de la constitución política de 1980 aún vigente.

53 Las Fuerzas Armadas y de Orden cuentan además con su propio seguro y sistema de prestación, constituyendo un tercer pie cubriendo al 3% de la población.

estructurales de vida dadas las determinantes sociales) y más joven, descremando a la población que no representa una ganancia para el negocio de salud cuando esta se vuelve anciana, enferma o –y por tanto- se empobrece, debido a la misma estructura carente de lógica de sistema social de seguridad.

A nivel de la prestación, el modelo de atención público constituye un desarrollo muy bien logrado en cuanto a diseño; organizado en diferentes niveles de complejidad, partiendo de la atención primaria de salud (APS) y llegando a hospitales de especialidad y de alta complejidad, que son de referencia nacional. El modelo se articula en Red. A pesar del diseño, la implementación se topa muchas veces con lo frágil del financiamiento lo que provoca una demanda y sobrecarga que no garantiza la oportunidad a sus usuarios.⁵⁴

En cuanto a la organización de la administración sanitaria el Ministerio de Salud, MINSAL, tiene una función rectora de la política pública; y dentro de su orgánica se divide en dos subsecretarías; una Subsecretaría de Redes Asistenciales, encargada de la gestión y el diseño de la atención, y una Subsecretaria de Salud Pública, a cargo del diseño de políticas y programas sanitarios. De la Subsecretaria de Redes se desprenden 29 Servicios de Salud que son instancias de administración regionales (16 regiones del país) en quienes se deposita la gestión de su propia red de atención de nivel secundario y terciario. En tanto el nivel de APS depende de la gestión del municipio.^{55 56}

54 <https://cl.boell.org/es/2013/09/07/segregacion-lucro-y-desigualdad-el-sistema-de-salud-chileno-40-anos-del-golpe>

55 La llamada municipalización de la salud fue uno de los cambios de la gestión de la dictadura pinochetista para fisurar el sistema público. Esta duplicidad de poderes dentro de la administración sanitaria en Chile ha sido ya beneficiosa ya perjudicial y no termina de ser materia de debate entre especialistas y gestores (Goldstein, 2018).

56 El modelo de atención del nivel primario está centrado en lo comunitario y familiar; originándose toda una tipología de centros que pretenden un acercamiento cada vez más cercano al usuario y su contexto, lo cual explicaré con más detalle posteriormente.

El siguiente esquema da cuenta del organigrama del sistema –institucionalidad- público actualmente vigente:

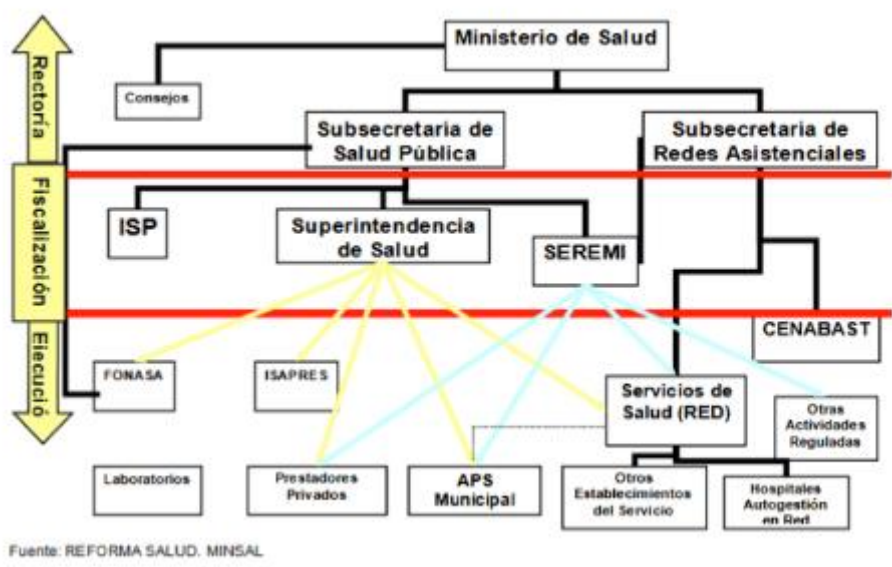


Imagen 1: Estructura y funciones del sistema de salud chileno.

Fuente: Ministerio de Salud⁵⁷

En el contexto latinoamericano, la salud pública chilena fue famosa por varios logros sociosanitarios desde la década de los años 50, con la conformación del entonces Servicio Nacional de Salud (SNS) (Illanes, 2010) organizado imitando al modelo británico del momento bajo un énfasis lógico y ético de medicina social.⁵⁸ Sin embargo, los vaivenes históricos y político-económicos de las décadas siguiente determinaron un giro paradigmático radical, el que se consolidó tras del inicio de la dictadura cívico militar iniciada el año 1973 y finalizada en 1990.⁵⁹

El sistema chileno tiene un marcado sello nacionalista. Los éxitos y fama mencionadas para las décadas pasadas se deben en gran medida a la tradición de rigor y sistematicidad en la cobertura y el seguimiento de sus propios objetivos en el conjunto de la nación y en cada rincón del territorio; de modo que la visibilidad de las diversidades internas de la nación no ha resultado del todo fácil. Por este *ethos* de lo público entendido

57 <https://saludresponde.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/11/Presentacion-estructura-minsal.pdf>

58 La reducción de la morbimortalidad materna e infantil fue uno de los logros más llamativos y emblemáticos de ese periodo (Szot, 2002).

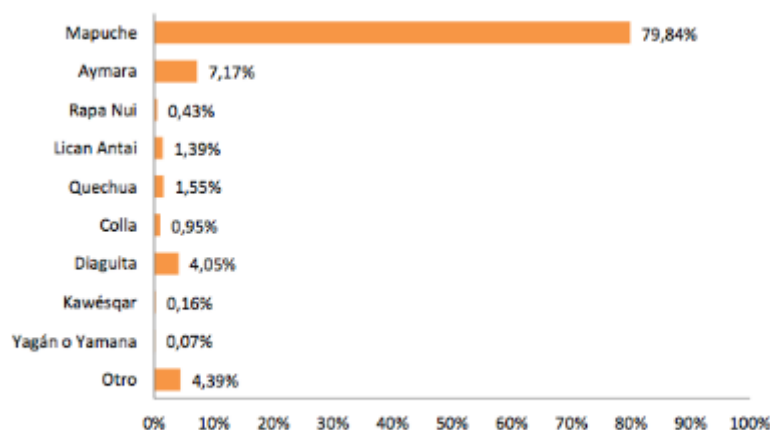
59 La última gran reforma al sector salud se hizo en democracia el año 2005, lográndose notorios avances respecto de la reversión de lo des-andado en dictadura, pero el sistema está permeado aún por elementos estructurales de inequidad que reflejan obviamente a la sociedad que lo produce.

como general; el sistema tiende a homogeneizar e igualar que a su contrario, por lo que su relación con los pueblos originarios no siempre ha sido la mejor.

Pueblos Originarios y situación sanitaria

En Chile viven nueve pueblos indígenas⁶⁰ -total 2.158.792 personas- lo que representa un 12% de la población nacional (INE, 2017). El más numeroso es el mapuche que representa cerca del 80% de esta población. Del total de los indígenas, el 87% habita áreas urbanas, contra un 12% que lo hace en zona rural (IWGIA, 2011). Los siguientes gráficos reflejan a la población según etnia y su distribución actual preferente en el mapa de Chile.

Gráfico 1. Distribución porcentual de la población que se considera perteneciente a un pueblo originario según pueblo.

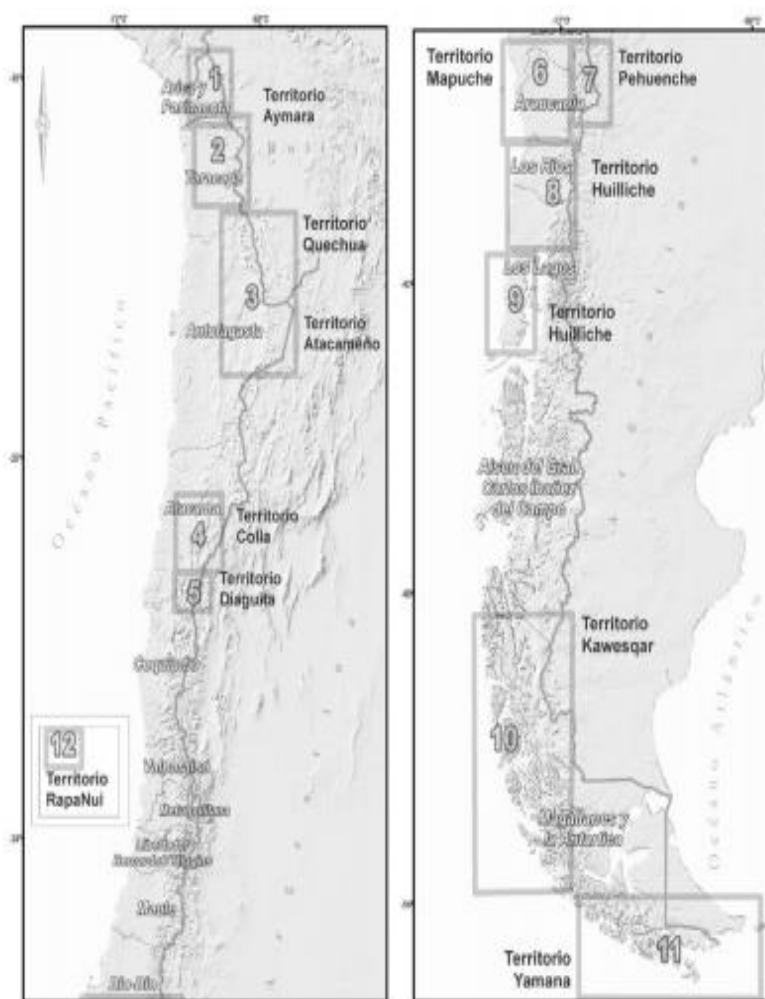


Fuente: Censo 2017, INE Chile.

Fuente: INE, 2017

60 Recientemente se ha sumado un décimo pueblo originario; el *chango*, debido a un proceso de reconocimiento y re-etnificación que recién este año vio frutos. También se ha hecho costumbre reconocer otra identidad cultural cual es la *afrodescendiente*; ambas situadas geográficamente en el norte del país. Por su novedad aún no se las considera en la estadística demográfica oficial.

Mapa 3. Distribución geográfica de pueblos originarios en Chile.



Fuentes de Información y datos cartográficos de los mapas de esta guía:

- Datos geodésicos y Cartográficos: Elipsoide y Datum WGS 84. Proyección Universal Transversal de Mercator (UTM), Huso 19 sur.
- Base Cartográfica: Cartografía regular (IGM). Datos MIDEPLAN, MOP y CONADI.
- Base Topográfica: Shuttle Radar Topography Mission (SRTM). USGS

Fuente:: Ministerio de Obras Publicas, 2020.

Se estima que el 30% de la población indígena vive en una situación de pobreza multidimensional comparada con el 19% en el caso de la población no indígena.⁶¹ La región de la Araucanía, que concentra la población mapuche, sigue siendo la región más pobre del

61 El concepto utilizado por CEPAL agrupa variables de calidad de vida, acceso a vivienda y habitabilidad, salud, educación, así como de discriminación, trato social, violencias, seguridad, participación social, entre otros. A modo de ejemplo, el municipio de Ñuñoa -donde vivo-, en el sector oriente de la R.M. de Santiago tiene para el año 2020 un índice de pobreza multidimensional de 5,7%; mientras la comuna de General Lagos en la I Región, que corresponde a la zona aymara en el norte de Chile, tiene un índice de 67,2% (<https://www.24horas.cl/data/pobreza-multidimensional-en-chile-que-factor-jugaron-las-vulnerabilidades-en-salud-educacion-o-vivienda-en-el-estallido-social-4386831>).

país.⁶² La pobreza tiene que ver en su mayoría con los problemas estructurales en torno de la propiedad de la tierra que se ha disputado con el estado nacional que a veces ha gestionado su propio interés o el de las corporaciones económicas de explotación a gran escala de recursos forestales, pesqueros, ganaderos, agrícolas. Tales intereses han sido encauzados a través de la defensa jurídica y policial —e incluso militar— de las corporaciones en desmedro del territorio indígena, criminalizándose la protesta originaria. La ley 19.253 de los años 90 (Biblioteca del Congreso Nacional, 1993), llamada Ley Indígena, no cumple con los estándares internacionales de derechos de pueblos ya que no reconoce un acceso garantizado a las tierras indígenas que están en situación de confusión histórica (www.igwia.org, ver Chile).

El 86.4% de las personas indígenas se encuentra cubierta por FONASA (www.saludprimaria.cl), toda vez que el grueso de esta población pertenece a los estratos socioeconómicos más deprivados.⁶³ La composición de la cobertura del tramo denominado A -de indigentes dentro incluso del seguro FONASA y en comparación con la población no indígena cubierta en ese tramo-, también denuncia la posición de indigencia de la población indígena ya que el porcentaje de cubiertos dobla al nacional (MIDESO, 2020).

El perfil de salud de la población indígena de Chile presenta un patrón epidemiológico de transición prolongada y polarizada, en que persisten simultáneamente altos niveles de infecciones comunes, enfermedades degenerativas-crónicas y lesiones, en un contexto de agudización de las desigualdades sociales en materia de salud (Oyarce, 2003). Otros estudios evidenciaron desigualdades respecto de la población no indígena; altas tasas de mortalidad infantil superiores en 40 puntos a la media nacional (pueblo atacameño); menor esperanza de vida al nacer, inferior en 10 años (población aymará); bajo índice de *Swaroop*, equivalente al que poseía el país a inicios de los años ochenta; patrón de causas de muerte pre-transición epidemiológica (caso aymará), y condiciones de salud de los pueblos indígenas que viven en centros urbanos más deterioradas que en las zonas rurales. Asimismo, la incidencia de muerte por bronconeumonía en niños mapuche menores de 5 años es mayor que en niños no mapuche; la TBC es más alta en las zonas de alta concentración indígena, llegando a ser la tasa de mortalidad el doble de la tasa nacional en el caso aymará. Estudios han revelado que la población mapuche presenta menor talla tanto en adultos como en niños, y parte de esta diferencia se explica por su asociación a la pobreza y vulnerabilidad social. La IX Región de la Araucanía, con alta concentración de

62 <https://historico-amu.ine.cl/genero/files/estadisticas/pdf/documentos/radiografia-de-genero-pueblos-originarios-chile2017.pdf>

63 Encuesta de Caracterización Socioeconómica, CASEN.

población mapuche, presenta mayor mortalidad por cáncer de vesícula coexistiendo una alta prevalencia de coleditiasis con un pobre acceso a colecistectomía (OPS, 2020).

Estas estimaciones se hacen en función de un instrumento fuera del ámbito sanitario (como la CASEN) ya que el sistema sanitario no incluye de forma obligatoria el registro de pertenencia étnica. Si bien existe, desde 2018 Orientaciones Técnicas para incluir y manejar la variable indígena en los registros del sector salud (MINSAL, 2018), muchas de las políticas públicas y otras acciones del estado no han estado debidamente informadas aún, contribuyendo al fenómeno de invisibilidad estadística denunciado desde la antropología médica (Menéndez, 2020; Oyarce, 2003).⁶⁴

Hacia una comprensión de la salud intercultural en el marco del estado nación

La relación del sistema sanitario chileno con los pueblos originarios se da en un contexto mayor donde existen problemas estructurales y una relación asimétrica con variados elementos coloniales y neocoloniales que reproducen una doble vulneración: la falta de reconocimiento territorial y político, y la hegemonía del sistema sanitario por sobre los sistemas médicos indígenas.

La independencia del poder colonizador español en el siglo XIX y una vez instaurados los estados nacionales abrieron escenarios en que perviven y regeneran fenómenos de colonialidad en distintos ámbitos y formas, y tiene diferencias obviamente de acuerdo con la etnia.⁶⁵ Y es que efectivamente, al igual que en el resto del continente, los derechos de los pueblos originarios están inmersos en su relación con el estado bajo las dimensiones territorial, socioeconómica y política (Fernández y Fuentes, 2018).

Chile es uno de los pocos países en el mundo que no reconocen a sus pueblos indígenas ningún derecho,⁶⁶ ni político, ni económico ni cultural en su constitución (Ibid),⁶⁷

64 Desde 2003 en adelante una alianza entre Comisión Económica para A.Latina y Caribe (CEPAL) y MINSAL ha permitido a la antropóloga A.M.Oyarce y su equipo desarrollar varios diagnósticos epidemiológicos socioculturales participativos de pueblos indígenas en Chile a fin de contribuir a revertir la invisibilidad, aportar empoderamiento a las comunidades originarias y elementos de juicio a las políticas públicas en salud. Para el caso rapanui, estos estudios no se han desarrollado.

65 El caso más emblemático en el país es la relación con el pueblo mapuche. Si en un primer momento lo fue el estado chileno y su estrategia -segunda mitad del siglo XIX- de Pacificación de la Araucanía, que culminan en el gran reparto oligárquico del territorio mapuche y que profundiza el proceso de empobrecimiento y migración rural-urbana de los mapuche; luego lo serán los procesos neocoloniales del siglo XX que de la mano del modelo extractivista y de capitalismo extremo convirtió la propiedad y el territorio mapuche en un gran terreno forestal en manos de las familias más ricas del país (Cuyul, 2012). El caso de Rapa Nui se revisará con detalles posteriormente, pero podríamos decir que siempre se ha mantenido con las etnias un trato de tipo colonial o neocolonial que bien se puede seguir a través de las políticas públicas en salud (Fajreldin, 2017, 2019).

66 En efecto los pueblos originarios en Chile no tienen reconocimiento de su existencia en la Constitución actualmente vigente. En el actual contexto constituyente esta parece ser una ocasión especialmente relevante

aunque ese reconocimiento ha estado en la palestra política nacional desde los 90, una vez recobrada la democracia, y más intensamente en la última década.⁶⁸ Las posiciones de derecha, centro e izquierda no varían demasiado, aunque la izquierda esboza una idea de estado plurinacional, mientras la derecha insiste en reconocer sólo los aspectos culturales (Ibid).

El fenómeno puntual de “salud intercultural” como ámbito político y programático institucional nace desde la inquietud de los indígenas durante el final de los años 80 y se da en contexto de la recuperación de la democracia y la visibilización de los pueblos como tema en la sociedad chilena. Con la Ley Indígena 19.253 (1993) comienzan a articularse diálogos mucho más sistemáticos entre los organismos públicos y las organizaciones ya existentes; particularmente en el mundo mapuche y aymara. De tales diálogos y reconocimientos recíprocos surge el *Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas* en Puerto Saavedra, Región de la Araucanía (sur de Chile) el año 1996. Es este el año entonces en que debemos entender que se inicia de hecho el trabajo de salud intercultural entre estas organizaciones y el MINSAL; el que se justifica bajo una lógica discursiva de equidad hacia estas poblaciones dados los índices epidemiológicos y socio sanitarios que los sitúan en desigualdad en el acceso y cobertura en salud pública.

Con la llegada a Chile del fondo especial del Banco Interamericano del Desarrollo (BID) se dio inicio al llamado Programa Orígenes que empezó su trabajo en ciertas zonas y etnias el año 2000, con particular énfasis en la etnia mapuche ubicada en zonas rurales. El fondo origina el *Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas* (PESPI); y que articula tres ejes de trabajo que pretenden, según señala el propio estado,

resolver las inequidades en salud para personas pertenecientes a pueblos indígenas provocadas por barreras culturales (lingüística, identitaria, diferencias en percepción de problemas de salud, entre otras). Para esto, el programa se implementa a través de tres componentes: 1) facilitador intercultural, que permite mejorar la adherencia a los tratamientos, al identificarse con la enfermedad y lograr la recuperación o rehabilitación; 2) prestaciones de salud con pertenencia cultural, que permiten reducir la brechas de acceso de la población que no asiste a los centros tradicionales, y; 3) sensibilización de los equipos de salud sobre la realidad cultural de los pueblos, lo que permite tener personal capacitado y sensibilizado a la realidad cultural de los pueblos indígenas (Senado, 2016).

para fijar nuevas bases de esta relación y se discutirá sobre ambos conceptos – multiculturalismo/plurinacionalismo.

67 Algunos de los otros países son Camerún, Australia, Uruguay, Estados Unidos y Costa Rica (Fernandez y Fuentes, 2018).

68 Un poco antes del estallido social de 2019 sin embargo, una encuesta parlamentaria mostraba las posiciones al respecto: de un 92.4% congresistas, el 48.1% está a favor de reconocer a Chile como estado multicultural (un estado y diferentes culturas) mientras en 34% como estado plurinacional (un estado que incluye diferentes naciones) y un 16.9% está a favor de no hacer distinciones y entender al estado como una sola nación (Fernández y Fuentes, 2018).

Este trabajo se desarrolla desde entonces por la vía de la instalación en cada uno de los Servicios de Salud del país de un encargado del Programa, quien debe rendir anualmente al MINSAL el dinero asignado a cada organización para cumplir con una serie de acciones vinculada territorialmente a su jurisdicción, a quienes se extienden para su desarrollo una serie de formularios tipo con los acuerdos específicos de cada organización respecto del programa de trabajo a realizar durante el periodo.⁶⁹

Chile cuenta con una Política de Salud y Pueblos Indígenas vigente desde el año 2006 como una norma administrativa de rango ministerial y cuyos objetivos declarados son (Minsal, 2006c):

- Avanzar en la construcción participativa de un modelo de salud con enfoque intercultural.
- Garantizar la participación de los pueblos originarios en la planificación, implementación, seguimiento y evaluación de estrategias destinadas a mejorar el estado de salud, accesibilidad, calidad y pertinencia de las acciones sanitarias orientadas a la población indígena.
- Desarrollar en materia de promoción de la salud y enfoque familiar, estrategias que garanticen el fortalecimiento y respeto a la cosmovisión y cultura específica de los pueblos.
- Incorporar en los establecimientos de la red de servicios de salud, un enfoque intercultural que oriente su quehacer hacia los pueblos originarios y hacia el medio ambiente en que viven.
- Incorporar los criterios de pertinencia cultural a las inversiones y desarrollo de los modelos médicos y arquitectónicos para establecimientos de salud.
- Contribuir al reconocimiento, protección y desarrollo de los conocimientos y prácticas ancestrales en salud
- Mejorar la calidad y pertinencia cultural de las acciones de salud, a través de estrategias de formación, perfeccionamiento y desarrollo de recursos humanos.
- Favorecer la participación de los pueblos originarios en las estrategias desarrolladas por FONASA para mejorar el Sistema Público de Salud.
- Generar programas de recuperación y protección del medio ambiente con pertinencia cultural y participación de los pueblos originarios, que involucre recursos económicos y humanos.
- Acrecentar la coordinación de acciones intra e intersectoriales orientadas al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de los pueblos originarios.

Del mismo año, la *Norma técnica administrativa N° 16* sobre la inclusión de la interculturalidad en los Servicios de Salud plantea implementar pertinencia cultural, interculturalidad y complementariedad en salud en el nivel clínico de la atención de salud (Minsal, 2006b).⁷⁰

El año 2012 se aprobó la ley 20.584 de *Derechos y Deberes de las Personas en su Atención de Salud*⁷¹ (Biblioteca del Congreso Nacional, 2012). Un artículo especial, el N°7, versa

69 Estos documentos recogen entonces una serie de acciones, ya que no procesos, efectuadas en el marco del Programa en cada territorio (rural y urbano pues con el tiempo se integró la realidad de las ciudades y las comunidades indígenas urbanas) y reasignan o no, dependiendo del cumplimiento de tales acciones, el presupuesto para el año siguiente.

70 Las mencionadas Orientaciones Técnicas para el registro estadístico intentan aunque 12 años después de su aparición, operacionalizar esta Norma.

expresamente sobre la interculturalidad en los servicios de salud. El reglamento del artículo fue elaborado colaborativamente con las propias organizaciones indígenas, dando origen a un documento (Servicio de Salud Metropolitano Norte, 2014) que aún no ve la luz dado que, a través de esta discusión puntual, los actores aprovecharon de tocar temas habitualmente muy invisibles y políticamente complejos, como son las relaciones entre el estado y los pueblos, o la investigación con etnias en Chile, el reconocimiento de sus sanadores, entre muchos otros (www.ssmn.cl).⁷²

Por su parte la *Estrategia Nacional de Salud 2011-2020* rescata el tema indígena en el objetivo específico 5 sobre inequidades en pueblos originarios, estableciendo indicadores de avance, lo que sitúa el tema claramente entre los objetivos de salud de la década (www.bibliotecaminsal.cl).

Paradójicamente a todo lo señalado en este apartado, en Chile no existe reconocimiento legal de la medicina indígena –ya que tampoco existe el reconocimiento constitucional de los pueblos dentro del estado nación- aunque como vemos el ejercicio de la salud intercultural ha sido objeto de política pública desde los años 90, sin soporte legal. Esto significa que la experiencia chilena es una experiencia “de hecho”, que ha sido sin embargo reconocida internacionalmente como una experiencia bien encaminada, comparada con los avances presentados en la región latinoamericana.

En este marco, la ratificación de instrumentos internacionales –como la entrada en vigor del Convenio 169 junto con la *Declaración de Derechos de los Pueblos Indígenas* de Naciones Unidas- pone a Chile en un compromiso de reconocimiento de derechos en salud colectivos; pero que choca con el no reconocimiento de los pueblos dentro del estado nación, y en consecuencia de sus medicinas. Por ello una red de actores de organizaciones sociales con el apoyo del MINSAL trabajó en la última década el tema del reconocimiento de la medicina indígena, con mayor representación rural que urbana; discusión a la cual Rapa Nui se integró tardíamente. La comisión elaboró de manera consensuada con todos y cada uno de los pueblos participantes un documento que no logró llegar a puerto por desacuerdos dentro del conglomerado de los pueblos.

71 La que fuera la última de las leyes de la reforma del sector salud del año 2005 referida originalmente al derecho a la salud; y que terminó siendo una ley vinculada con el ámbito clínico, N° 20.528.

72 El Reglamento del artículo fue entregado a la Secretaría General de la Presidencia de Chile (SEGPRES) y allí sufrió varias modificaciones en las áreas respectivas a la autonomía y capacidad de participación de los pueblos en sus procesos de salud e interculturalidad; finalmente fue presentado ante la Contraloría General de la República, donde descansa ya hace unos dos años (información personal de Paula Sivori, MINSAL, 2018). http://www.ssmn.cl/descargas/propuesta_art7_ley20584.pdf.

El siguiente cuadro resume –según mi propia interpretación del tema- los avances en política de relacionamiento con el mundo de salud indígena por parte del estado. No pretende ser exhaustivo sino meramente panorámico y resumen respecto de algunos marcos y procesos relacionales que han configurado la instalación e implementación de la salud intercultural como campo político.

Asimismo, como este subcapítulo trata sobre salud intercultural en Chile, no incluye –expresamente lo excluye- el análisis de los procesos de Rapa Nui en torno del tema, pues el mismo será materia detallada de esta tesis más adelante.

Finalmente, como está centrado en torno de los procesos relativos a salud intercultural como campo, este esquema sólo se vincula con la contemporaneidad del fenómeno.

Cuadro 1: Esquema general de relacionamiento entre estado y pueblos originarios en salud, Chile continental.

Procesos	Campo Normativo / Cultural	Año de implementación	Institución/es vinculadas	Efectos
Surgimiento de organizaciones indígenas de interés general (no temático) vinculadas a temas “de fondo” como la recuperación de la tierra. Articulaciones incipientes entre organizaciones indígenas de diversos pueblos.	No tiene especificidad reconocible. Políticas de Estado dte. Gob. Militar redujeron “lo indígena” a lo rural y campesino bajo lógica de prop. individual.	Fines de los años 80; marco de proceso para la recuperación de la democracia. Primeros años de los gobiernos democráticos.	Organizaciones indígenas y algunos organismos públicos.	Perfilamiento de primeros acuerdos de reconocimiento –no formal- de indígenas como sujetos de derecho colectivo; aceptación de situación de desmedro respecto de sociedad mayor. Interlocutores válidos para lo que vendrá en políticas públicas.
Surgimiento de la Ley principal sobre este tema. Creación de organismos ocupados de temas indígenas, relevamiento país del tema.	Ley Indígena N° 19.254	Año 1993	Ministerios y Presidencia de la República. Organizaciones indígenas. Nuevos organismos creados por ley (como CONADI).	Reconocimiento de derechos en ciertos ámbitos. No reconocimiento constitucional se evidencia. No estándar de instrumentos internacionales en derechos colectivos de los pp.ii. Creación de la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI). Fenómenos de re-etnificación de los pueblos indígenas. Distinciones rural/urbana. Primeros posicionamientos temáticos particulares (surgen ámbitos como salud/educación/tierras).
“Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una política nacional intercultural en salud”. Puerto Saavedra (zona mapuche), sur de Chile. ⁷³	Inicio Programa de Salud y Pueblos Originarios, MINSAL.	Año 1996	MINSAL (su Programa de Salud y Pueblos Originarios), organizaciones indígenas ya específicas de salud (mapuche y aymara fundamentalmente). Sólo un Servicio de Salud a lo largo del país (S.S. Araucanía). Apoyo proceso por parte de OPS-OMS; Universidad de La Frontera y otros centros de estudio.	Organizaciones temáticas se fortalecen. Experiencias en salud intercultural del país de identifican y reconocen. Articulación de actores indígenas y con el sector público en salud; asimismo se afianzan lazos con centros de estudio. Comienzan a utilizarse los marcos internacionales para validar el proceso en Chile –aún sin contar con su ratificación en el país.
Inicio Programa Orígenes; uno de sus componentes es salud.	Marco de contención de la pobreza rural indígena y del malestar de los pueblos.	Años 2000	Banco Interamericano del Desarrollo (BID) y Ministerio de Salud (MINSAL). Red de Servicios de Salud. En casa uno un encargado del tema.	Inicio posterior del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) en algunas etnias del país, situadas en territorio rural. Gran aporte económico genera la

⁷³ El año 1992 había surgido un pequeño programa de salud intercultural en el área mapuche, llamado Promap, hacia la complementariedad en salud con los servicios asistenciales locales. Algunos autores contemplan esta experiencia como piloto del desarrollo posterior que dio origen a este contexto (Manríquez-Hizaut y cols, 2018)

	Lógica (neo) desarrollista. Perspectiva multicultural de Chile.		Organizaciones de algunos pueblos.	interculturalidad como campo bio-político: una nueva etnogubernamentalidad.
Política de Salud y Pueblos Indígenas. Norma técnica de inclusión de la interculturalidad en la atención de salud.	Política de nivel intermedio. Norma técnica de salud N°16	Año 2006	MINSAL. Servicios de Salud. Organizaciones temáticas.	Formalización de una política de rango administrativo. Identificación de operatoria concreta para el ámbito clínico. Implementación gradual comienza a ser abordada por interesados en los hechos clínicos dentro del ámbito público.
Marco internacional de reconocimiento de los derechos colectivos es ratificado en Chile	Declaración de Derechos de los Pueblos Indígenas de ONU. Ratificación Convenio N°169 OIT en País	2007 2008	MINSAL. Servicios de Salud. Organizaciones Indígenas del país.	Efectos potencian noción de que salud como sector debe avanzar hacia reconocer derechos colectivos de los pueblos; más que meras experiencias aisladas en salud intercultural. Enfoque de derechos toma el centro para las organizaciones indígenas en salud. Proceso hacia la discusión del estatus de la medicina indígena en Chile por parte de las organizaciones del país.
Artículo 7 de la ley 20.584 versa sobre interculturalidad en la atención de salud. Proceso para desarrollar participativamente Reglamento del artículo.	Ley de Derechos y Deberes de las Personas en su Atención de salud, N° 20.584.	2012	MINSAL, Secretarías regionales ministeriales de salud, Servicios de salud, organizaciones indígenas de todos los pueblos.	Desarrollo participativo del Reglamento del artículo 7 entre los actores mencionados. Generación de discusión amplia sobre temas de salud y pueblos indígenas; incluye abordaje sobre reconocimiento medicinas indígenas pendiente; y sobre el lugar de "lo indígena" en el país. Actualmente paralizado trámite en Contraloría General de la República.
Orientaciones Técnicas para el registro de información sobre pueblos indígenas en salud	Norma técnica de salud N°16	2018	MINSAL, Servicios de Salud del país, otros organismos públicos con trabajo en salud.	No se ha implementado aún de manera extendida; por ser "orientaciones" de rango medio. Poca aceptabilidad en organismos encargados de registrar, por resistencias y falta de sensibilización frente a tema indígena en el país.
Objetivo dentro de la Estrategia Nacional de Salud de la década.		2011-2020	MINSAL. Red de Servicios de Salud.	Estrategia Nacional de Salud sitúa como avance a lograr en el periodo la superación de la inequidad en salud para las etnias. Se desconocen efectos puntuales pues el Objetivo no ha tenido evaluaciones.

Fuente: Elaboración propia.

En suma, en el país existen dos niveles de relacionamiento entre pueblos originarios y estado, diferentes y contradictorios. Mientras en el nivel macro político de la relación no existe reconocimiento, en el nivel micro político –o sectorial, como es el caso de salud- paradójicamente se cruza con políticas de reconocimiento en la práctica. En el caso de salud intercultural, este reconocimiento sectorial implica sin embargo que los pueblos pueden moverse sobre ciertos ejes que son estandarizados –y por ende comparados- mediante instrumentos cuantificables de “los avances” que no son sino acciones, que a su vez cuentan con dineros para su ejecución controlada por el estado. Lo paradójico es que el PESPI se sustenta en la idea de diversidad reconocida -en este caso por MINSAL y sus instituciones anexas-; pero no hay marco político mayor en el cual soportarlo, y es por eso que algunos autores denuncian la estrategia como poscolonial (Cuyul, 2012, 2013; Boccara, 2007, Salaverry, 2010).

Elementos de colonialidad en la relación con los pueblos originarios en salud en Chile

Retomando la idea de que la interculturalidad latinoamericana se encarna en un fenómeno histórico de colonialidad y descolonialismo (Walsh, 2017; Mignolo, 2017), para el caso chileno la interculturalidad ha sido impulsada desde los organismos públicos⁷⁴ quienes han llevado adelante este proyecto; con el consabido apoyo de los organismos internacionales (BID incluido), en el contexto modernizador de los años 80 y 90; lo que le confiere a ojos de sus críticos, una existencia en tanto constructo hegemónico con lógica neocolonial en su inspiración y efecto.⁷⁵

Las instituciones han insistido en un modelo que si bien discursivamente se dirige a achicar la brecha en el acceso e incluso calidad de los servicios de salud para las comunidades indígenas; en la práctica tales programas casi siempre se utilizan mayormente por parte no de los sujetos indígenas sino de los no indígenas (Fajreldin, 2011b), quienes

74 Es interesante que, coherente con lo que algunos autores como Comelles y Perdiguero (2014) vinculan con la capacidad de agencia local en torno de la construcción o producción de los complejos asistenciales, para el caso chileno la interculturalidad en salud ha sido leída desde las organizaciones indígenas como un producto de su propia gestión política al finalizar la dictadura y configurarse como organizaciones políticas temáticas; presionando al Estado, mientras desde el discurso benéfico estatal se asegura que fue desde sí que se articuló la misma para beneficio inclusivo de los indígenas.

75 Para Boccara «la llamada Salud Intercultural representa una nueva ingeniería social que toma sentido dentro de un nuevo diagrama de saber/poder que llamo etnogubernamentalidad. Constituye una nueva gestión de la alteridad y un recorte del cuerpo social en clave étnica (...) Se trata por lo tanto de dar cuenta de la dimensión política de la salud, vale decir, de la constitución de los cuerpos indígenas como sujetos y objetos de gobierno» (Boccara, 2007: 185).

reciben estas acciones en un horizonte de interpretación más relacionado el nuevo contexto de la nuevos saberes y prácticas folk (Comelles, 2003b; Perdiguero-Gil, 2017).



Fotografía 2. La Facilitadora intercultural urbana Rosa Cayún de la comuna de Lo Prado, R.M. de Santiago, explica la cosmovisión mapuche a usuarios –en su mayoría no mapuche- de la “casa de salud mapuche” del programa PESPI de la comuna. El traje tradicional mapuche que lleva Rosa se encuentra simbólicamente sobrepuesto a la ropa de uso cotidiano en el contexto urbano de la capital de Chile (Fajreldin, 2011b).



Fotografía 3. Una *machi* mapuche originaria y traída desde el sur del país lee la orina a una paciente no mapuche –chilena- en el contexto del programa PESPI urbano en la comuna de Lo Prado, Región Metropolitana de Santiago (Fajreldin, 2011b).

El culturalismo y el multiculturalismo también son parte del fenómeno aquí en Chile, con sus efectos de otrerización de la experiencia de la salud intercultural y de folklorización de las formas de vida indígena. Cuyul indica que la política chilena de salud intercultural,

tiende a burocratizar organizaciones mapuches que gestionan centros de salud en sus comunidades por medio de la incorporación de terapéutica indígena al interior de centros de salud y la notificación de acciones de terapéutica indígena; patrimonializando conocimientos y prácticas de salud indígenas y refuncionalizando sanadores tradicionales. Este fenómeno propio del multiculturalismo contemporáneo es promovido mediante el discurso de la salud intercultural en tanto dispositivo neocolonial basado en una noción cosificante de cultura y escindida del territorio indígena, por tanto, funcional a la mercantilización de las relaciones sociales y al despojo material de las poblaciones indígenas, con graves consecuencias en la autonomía mapuche en salud y la terapéutica indígena (Cuyul, 2013: 21).⁷⁶

Una parte importante de estos elementos culturales han sido introyectados en las propias comunidades y personas indígenas, mecanismo bien conocido desde el fenómeno colonial (Fanon, 1961; Said, 1979).

Para el caso mapuche -como etnia predominante ha sido la más estudiada (Cuyul, 2012, 2013; Alvarez, 2007; Salaverry, 2010; Ramis, 2016; Boccara, 2007)-, los procesos relacionales entre MMH y folkmedicina tienen nudos de conflicto que pueden resumirse así:

i) los agentes de salud mapuche al interior de los servicios son condicionados en su accionar por el sistema de salud chileno; ii) las prácticas de salud mapuche se estandarizan, codifican, valorizan y notifican, al igual que las prestaciones de salud wingka; iii) la lógica de retribución por el bien (mañuntu) cambia a una racionalidad neoliberal; iv) el contexto/escenario de sanación en el territorio cambia al box de atención, aislado de la realidad y variables que hacen a la salud y a la enfermedad, al igual que en la clínica médica; v) las acciones en salud mapuche pasan a formar parte del patrimonio y capital del sistema de salud chileno; y, en definitiva, vi) se determina la reproducción de agentes de salud mapuche a la contratación y pago de parte del Estado chileno y su funcionamiento en box de atención, ya no en el territorio (Cuyul, 2013: 7) (Ramis, 2016: 106).

Uno de los focos en que el proceso chileno se encuentra estancado es la dimensión de la complementariedad ya que su origen no estuvo en las necesidades expresadas por el modelo hegemónico sino en una política pública (Salaverry, 2010). Posturas excluyentes se dan tanto en el ámbito biomédico como de las medicinas indígenas;

la falta de complementariedad no sólo se explique por carencias en la formación del personal médico y hospitalario en áreas atingentes al reconocimiento intercultural, o por fallas en los procedimientos funcionales y en los marcos jurídicos, sino también por insuficiencias a nivel de la fundamentación conceptual y procedimental, debido a un desfase epistemológico. Tras la aceptación de algunas limitadas características y tecnologías de la medicina tradicional, persiste un rechazo más o menos global a las bases ontológicas de la medicina indígena (Álvarez, 2007: 3) (Ramis, 2016).

76 Manríquez y cols (2018: 760) caracterizan el cómo se lleva a la práctica un esquema de atención intercultural en Chile, «En los centros en los que se implementa interculturalidad, la misma noción queda muy abierta; pudiendo interpretarse de diversos modos, a saber: "(a) el sólo hecho de atender a indígenas, (b) el uso de terapias indígenas en reemplazo de las del modelo biomédico, (c) realizar la atención de salud en un espacio físico que replique el indígena (para el caso mapuche, en una ruka), (d) celebrar rituales y ceremonias indígenas, (e) disponer señalética en lengua indígena, y sólo tangencialmente (f) fomentar una comunicación intercultural entre sistema de salud y usuario (derribando las barreras del lenguaje biomédico)».

Boccara indica que lo que está en juego es mucho más allá del “respeto a la alteridad” o “el reconocimiento a la diversidad cultural del país” según el decir de los “etnoburócratas del neoindigenismo de Estado” (Boccara, 2007). El multiculturalismo debe ser entendido entonces como el enfoque político tras las políticas públicas de salud intercultural en Chile, como dispositivo biopolítico que trata con la salud en el contexto de PESPI desde una aproximación las más de las veces despolitizada.

I.V Rapa Nui como objeto de análisis

Rapa Nui y la antropología

Rapa Nui en tanto objeto de interés antropológico circula entre diversas perspectivas paradigmáticas que se pueden situar históricamente y en relación tanto con el interés etnográfico internacional como con las posibilidades y problemáticas de la antropología chilena en su conjunto.

Recientemente identificadas (Muñoz y cols, 2020), las miradas sobre la isla han circulado básicamente por cuatro momentos no del todo excluyentes: el *naturalismo* de corte evolucionista de la primera observación, en que lo etnográfico no aparecía sino vinculado con lo natural y la arqueología; el *rescatismo* siguiente, que derivó de la impronta que etnógrafos de la talla de Metraux imprimen y donde se observó una urgencia por rescatar lo que se entiende como supervivencias de una cultura en un contexto de pérdida inminente; la *aculturación*, que data de la década de los 70 y 80,⁷⁷ que observó el fenómeno enfatizando en la noción de pérdida debida al contacto; y la *resiliencia*, largo momento iniciado en la mitad de los 80 e inspirado en el trabajo del antropólogo australiano Grant Mc Call, pionero en esta mirada y en gran medida en la propia antropología social de la isla; paradigma que ha continuado hasta ahora y de alguna manera hemos seguido muchos de los antropólogos que trabajamos en temáticas específicas allí (Ibid).⁷⁸

Hace poco más de una década comenzó una nueva corriente de investigación y pensamiento que agrupa a varios estudiosos sobretodo de la antropología y la historia,⁷⁹ que haciendo uso de la búsqueda de nuevas fuentes de información, han logrado establecer una suerte de revisionismo de lo hasta ahora escrito y sabido e inspirado a varios otros/as a reactualizar sus fuentes, complejizarlas e interpretarlas; ya que pone el acento en (re) descubrir y enfatizar la agencia de los propios rapanui en su historia contemporánea (Foerster, 2015, 2020; Foerster y Montecino 2018, 2021).

Si la antropología social chilena no concibió como objeto de estudio la Isla de manera sistemática hasta la década del 2000; sí hubo antecedentes de trabajo etnográfico en

77 Los iniciadores de este enfoque son sin duda los arqueólogos Claudio Cristino y Patricia Vargas de la Universidad de Chile. Durante años esta mirada fue la única existente sobre la isla contemporánea dado que la antropología social no se concebía teniendo un espacio allí más que desde esta “nostalgia”.

78 En general desde el año 2000 la producción académica sobre la isla ha estado en manos de jóvenes estudiantes de pre y posgrado chilenos que desde universidades nacionales o extranjeras han abordado diferentes problemáticas de interés antropológico contemporáneo, particularmente sobre territorio, educación, salud, patrimonio inmaterial, medioambiente (Muñoz y cols, 2020).

79 Se destaca en esta tarea el antropólogo Rolf Foerster de la Universidad de Chile y el historiador rapanui Cristian Moreno Pakarati.

manos de antropólogos/as extranjeros, quienes exprofeso practicaron una sistemática observación, convirtiéndose en los autores obligados de todo estudio de la Isla. Los más significativos fueron Katherine Routledge y el francés Alfred Metraux. Asimismo, existieron diversos otros observadores que, viviendo o no en la Isla, generaron rico material etnográfico que hoy constituye un apoyo fundamental en la tarea de reconstrucción de las fuentes e información de la historia y el devenir cultural como el caso del sacerdote Sebastián Englert, quien permaneció allí a cargo de los servicios religiosos desde los años 30, o el médico Dr. Ramón Campbell que trabajó en las décadas de 60 y 70 como médico y etnomusicólogo.

El interés antropológico en Rapa Nui se ha expresado además desde la década de 1990 una vez iniciado el proceso democrático en Chile continental y sobretodo con la Ley Indígena, en el ingreso de varios aportes para las políticas públicas a través de informes, asesorías institucionales y consultorías de antropólogos/as chilenos/as. Asimismo, varios/as antropólogos/as han participado como consultores en estudios para la propia comunidad y o universidades y centros académicos nacionales, favoreciendo el levantamiento de temas de valor patrimonial (Muñoz y cols, *op.cit.*).⁸⁰

Muy escasamente algunos trabajos antropológicos han comenzado a explorar la relación de la isla con el universo cultural de la Polinesia, generando producción académica desde ese marco⁸¹, pero ello no ha tenido todavía un efecto multiplicador para lograr situar de manera paradigmática a Rapa Nui en torno de esta vinculación.

Algo de contexto geográfico y cultural

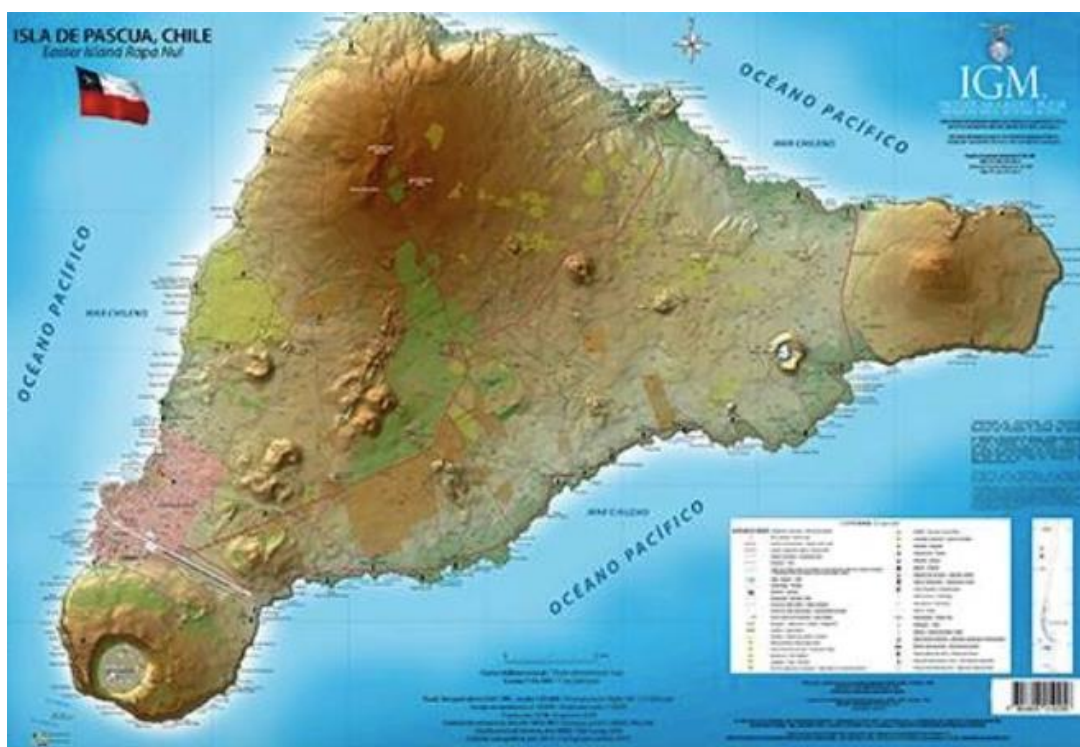
Rapa Nui –literalmente Isla Grande en lengua vernácula- es una isla de origen volcánico situada en el vértice sureste del triángulo polinésico a los 27° latitud sur y 109° longitud Oeste; siendo los otros vértices del triángulo Hawái y Nueva Zelanda. Su superficie es de 164 kilómetros cuadrados, distribuidos en un triángulo formado por tres volcanes inactivos.

80 Quien escribe ha sido parte de esa historia de trabajo tanto académico como aplicado hacia las políticas públicas en ese territorio.

81 Notables investigaciones ha realizado sobretodo el antropólogo chileno -hoy post doctorante del *European Research Council* en su Programa *Indigenities in the 21st Century* en Alemania, Diego Muñoz (www.indigen.eu). Asimismo la arqueóloga y etnógrafa Andrea Seelenfreund desde una lógica interdisciplinar también ha abordado este vínculo, particularmente trabajando en torno de las migraciones humanas y sus productos vegetales logrando descubrir rutas biológicas y culturales (Chang y cols., 2015; Seelenfreund, 2013).

Pertenece políticamente a Chile y administrativamente a la V Región de Valparaíso.⁸² La isla queda situada a 3.600 kilómetros de las costas de Chile y es accesible por avión tras un vuelo monopolizado por la empresa LATAM, de 5 horas de duración. El Comité de Descolonización de las Naciones Unidas consideraba en 2007 que existían 16 territorios con características coloniales en el mundo, entre las cuales se encontraba Rapa Nui.

Mapa 4. Rapa Nui. En el mapa se notan los tres volcanes que le dan forma; la pista del aeropuerto Mataverí en el sector sur oeste del mapa; aldeaño al único centro urbano, el pueblo de Hanga Roa (en rosado).



Fuente: Instituto Geográfico Militar. Chile.

82 No en todos los ámbitos depende administrativamente de la V Región de Valparaíso. No sucede eso con parte de la administración sanitaria, lo que será parte del análisis de esta misma tesis.

Mapa 5. Distancia de Rapa Nui respecto de Chile –al este- y de Tahiti –al oeste; y en relación con el resto del planeta.



Fuente: www.kavakavatours.com

Lo que suele conocerse como Polinesia es una realidad muy compleja. Dejando de lado un continente, Australia, y dos conjuntos insulares grandes -Nueva Guinea y Nueva Zelanda-, Polinesia se compone de infinidad de islas con estatutos políticos muy distintos. El este de la Región tiene como referentes algunos archipiélagos, el mayor de los cuales es la Polinesia Francesa pero asimismo una casuística exclusivamente isleña basada en territorios singulares de los cuales los dos más característicos son la Isla Pitcairn y Rapa Nui. Si el sistema insular polinesio fue un objetivo de la colonización europea y norteamericana - Pitcairn es aun hoy una dependencia británica-; los archipiélagos chilenos del Pacífico -Las Desventuradas y Juan Fernández- y mucho más allá la isla Rapa Nui, son casos singulares no vinculados a potencias europeas sino que quedaron bajo control de la República de Chile.⁸³

Nueva Zelanda es un Estado independiente bicultural que, solo recientemente, reconoce la existencia legal del pueblo *maorí*; mientras que el estatus legal de la Polinesia Francesa no reconoce la diversidad étnica de los pueblos indígenas dado que Francia se concibe como un solo pueblo. Hawái es un Estado de USA. Estados independientes son también la mitad de Samoa, Fidji; y territorios bajo tutela son las Islas Cook y Rapa Nui;

83 Es lo mismo que Galápagos dependiente de Ecuador o la Isla Clipperton dependencia francesa y despoblada.

mientras territorios en proceso de descolonización son Nueva Caledonia y Bouganville, entre otros.⁸⁴

Pese a esta diversidad de estatus políticos, dependencias y administraciones; los procesos políticos y sociales del Pacífico son bastante similares para algunas de las pequeñas islas quienes han experimentado al mismo tiempo la visita de diversos actores intentando imponer allí algunos esfuerzos. Rapa Nui comparte elementos muy evidentes con islas como el caso de Wallis y Futuna, sobretodo si consideramos que la Región fue visitada por europeos desde el siglo XVII y luego cristianizada por la iglesia católica en la mitad del siglo XIX. Mientras Rapa Nui firmaba el Acuerdo de Voluntades de 1888 con el estado de Chile, en Wallis y Futuna se firmaba ese mismo año un Protectorado francés; y nunca se estableció allí una colonia. En los años 40 el ejército de USA construyó allí obras civiles (como el aeropuerto y carreteras). Y a fines de los años 60 los mismos habitantes decidieron por referéndum convertirse en Territorio de Ultramar francés; es decir, acceder a un cierto estatus de ciudadanía.

De todos modos, el conjunto de Polinesia es un mosaico procesos políticos y culturales con soluciones o salidas muy diversas y en las que la temática de la nacionalidad y el ejercicio y control del poder político y cultural han derivado en varias formas políticas, lo cual sólo demuestra que se trata de un mosaico cuya noción misma de unidad constituyen un prisma tan culturalista como colonial.⁸⁵

84 La síntesis se la debo a la generosidad del antropólogo Diego Muñoz.

85 Diversas Declaraciones en el Pacífico (*Acta constitutiva de los Pueblos Indígenas y tribales de los bosques tropicales* firmada en Penang en 1993; la *Declaración de Mataatua sobre protección de derechos de propiedad intelectual y cultural* firmada en Whakatane en 1993, entre otras), han avanzado hacia reconocer en el marco de la autodeterminación, que los saberes y prácticas culturales e intelectuales de los pueblos son de carácter colectivo a la par de dinámico; entendiéndose como un derecho propio de los sujetos de dichos pueblos el utilizar e incluso cambiar los saberes en función de las dinámicas sociales (Tuhiwai, 2016). Esto implica de suyo un reconocimiento de que los mundos indígenas no están aislados, no aceptan ser arcaizados ni administrados desde un paternalismo político o epistemológico en el sentido de que son los propios guardianes y protectores de saberes y procesos.

Mapa 6. Ubicación y conformación del llamado triángulo polinésico en el contexto Pacífico cuyo vértice sur oriental es Rapa Nui.



Fuente: Rull, 2016.

Sobre el origen de la población rapanui se ha trabajado arduamente desde la arqueología polinésica apoyada por data y metodología paleobotánica, arqueo-faunística, de cultura material comparada, así como desde la lingüística histórica y etnológica comparada (Kirch, 1988; Green, 1984; Sutton, 1996, Finney, 1996). Si bien el origen común de varias culturas polinésicas está asentado, el cómo se dio en la práctica la colonización y el misterio en torno de la navegación intencionada hacia una u otra isla dentro del Moana Nui –el Gran Océano- es aún materia de divergencia.

Hoy se acepta que es la salida inicial del sudeste asiático y la colonización paulatina de las islas polinésicas lo que origina el “horizonte cultural lapita” (1500ac), el cual tiene un período estacionario en la zona de Fiji, Tonga y Samoa, que comienza cerca del 500aC. Allí se produce la llamada “pausa polinésica” donde se desarrollan particularidades en estos nuevos medioambientes isleños, la que se conoce como cultura “lapita oriental” que tiene distintas etapas y que se extiende hasta aproximadamente el 300 dC. Esta sería la Sociedad Polinésica Ancestral.

A partir del 300aC y hasta el 1200 se produjo la salida desde estas islas (Fiji-Tonga-Samoa), hacia Marquesas, Sociedad, Tuamotu, Mangareva y de allí posteriormente hacia

Pascua. Lo cierto es que el asentamiento primitivo en Pascua se calcula entre el 300 al 800, y la amplitud en las fechas se debe a las dificultades de obtener buenas dataciones y asociaciones. Algunas dataciones más actualizadas aceptan sin embargo una fechación del primer arribo a Rapa Nui cercano al año 800 (Seelenfreund y cols, 2016).

Los movimientos en la Región implicaron el desarrollo de la navegación bastante amplio, ya que, si bien, desde la Polinesia occidental hacia la oriental la navegación pudo ser a la deriva, se estima que desde allí hacia Pascua y las otras tuvo que ser intencionada. Estas sociedades aparentemente tuvieron contactos posteriores entre sí, pero cesaron en torno al 1200. Según estos elementos, la información sobre navegación, unida a lo lingüístico y arqueológico daría pautas para pensar que la llamada polinesia centro-oriental fue en tiempos prehistóricos una importante zona de intercambio económico y cultural.

La hipótesis de Green (1984), uno de los principales autores de la teoría, sostiene que existió una unidad proto-polinésica, llamada como hemos dicho Sociedad Polinésica Ancestral, de donde descienden y derivan las culturas desarrolladas en las islas tan diferentes como Rapa Nui y las del grupo Marquesas y Tahiti.⁸⁶

Probablemente entre las causas que motivan la migración a través del Pacífico – como recogen varias leyendas- están la búsqueda de medioambientes menos agotados que los de origen, ligado por cierto a un aumento demográfico y por ende productivo, en el entendido que se trata de pequeños ecosistemas insulares; así como puede deberse (como lo señalan las leyendas) a causas de origen social y de poder dadas las rivalidades entre los hijos de los jefes locales.

Así, los primeros colonos fueron navegantes provenientes de alguna de las numerosas islas situadas al oeste, dentro de la gran familia polinesia. La tradición oral habla de la llegada del fundador mítico, el Rey *Hotu Matu'a*, como el hito fundacional de la comunidad rapanui; a partir de la cual se habrían generado los patrones de asentamiento y ocupación territoriales ocupando todo el ecosistema isleño.⁸⁷

86 De acuerdo a la data arqueológica podríamos hablar de similitudes en los patrones de construcción de habitaciones diferenciados por el estatus de sus ocupantes, también por las construcciones con características religiosas, que en Rapa Nui corresponden a los *ahu* pero que en otras partes tienen otra evolución que parte de estas bases comunes. Pero mayormente está sobre la base de data lingüística, en que se puede observar tanto en el cambio, la variación como la permanencia, la existencia de elementos comunes en el léxico, morfología, sintaxis y fonología.

87 La división tribal de las tierras ha sido tomada de fuentes de la memoria oral (Hotus 1988 b; Rochna, 1996) y la etnografía y se presume que ha sufrido varias modificaciones en la historia antigua y contemporánea. Desde los años 80 también varios antropólogos (McCall, 1981, 1996; Muñoz, 2007, 2014, 2017) y el historiador rapanui Cristián Moreno Pakarati (Foerster y cols., 2014) han comenzado a revisar las genealogías con sentido crítico, vinculándolas a los procesos de reivindicación y reclamación territoriales modernos.

Organización social, territorio, mitología y saberes antiguos

Rapa Nui fue, en su época “clásica”, una sociedad fundada sobre el *mana* –la energía ancestral polinésica- de los ancestros. Este *mana* llegó a la Isla por la vía de su legendario fundador, *Hotu Matu'a*, quien lo derramó sobre su descendencia⁸⁸ por gran parte de la historia de esta isla y se quedó allí para siempre, dentro de la figura de los *moai*.

El rey entregó también como parte de su herencia, los territorios de la isla a sus hijos, repartiendo la misma desde la costa –las zonas máspreciadas- hacia el interior. A cada hijo le correspondió un territorio distinto⁸⁹, a partir del cual dio origen a una tribu propia, epónima, máxima unidad de identidad. Cada tribu se subdividió en varias subtribus que correspondían a la descendencia de los fundadores que repartían su territorio también entre sus hijos; sin embargo, pese a que en un principio la exclusividad de los territorios era estricta, con el tiempo las tribus se hicieron más exogámicas. La estructura social según Metraux correspondía a “la gran familia indivisa”,

Podía componerse tal familia de varios hermanos que habitaban juntos con sus mujeres y sus hijos o de diversas familias pertenecientes a diferentes generaciones pero que se hallaban agrupadas alrededor de un abuelo o bisabuelo común. Sin duda alguna, este anciano era el jefe y el representante de la unidad social, a quien se aplicaba el título de *tangata-honui*: ‘hombre respetable’, ‘hombre importante’ (Metraux, 1971: 103).

La pertenencia común a una tribu, por parte de las subtribus se manifestaba en los *abu* que se colocaban frente a la playa y dentro de los cuales se depositaba a los muertos comunes; poniendo sobre ellos a los *moai* guardianes del *mana* para la tribu respectiva.⁹⁰

Además de esto, existían dos “confederaciones” que aparentemente obedecían a rivalidades, y que correspondían a diferentes sectores de la isla: la gente del oeste o *mata-nui* (la gente de los *Tuu*) y la del este, los *mata-iti* (los *Hotu-iti*). En casi todos los relatos aparece este enfrentamiento materializado en luchas y en divisiones de territorios, así como también en ciertos conocimientos exclusivos de unos y otros; por ejemplo rituales, canciones, etc. Podían celebrar fiestas juntos, pero considerando las diferencias.

La sociedad del pasado tuvo también grandes divinidades como el dios del Mar, *Tangaroa* –presente en gran parte de la cultura del Pacífico- el dios de la Lluvia, *Hiro* -

88 Cuando *Hotu Matu'a* sintió que moría, según la leyenda nos cuenta, llamó a sus hijos, todos hombres, y les entregó especialmente al primogénito su fabulosa herencia; esta, el *mana*, no significaría para ellos (a diferencia de como sucedió con el propio *Hotu Matu'a*), el control de casi todos los aspectos sociales y el dominio sobre todo el quehacer de los isleños, sino una categoría distinta y especial que les permitiría ser considerados por la gente, por su pueblo como depositarios del conocimiento y la fuerza ancestrales y por tanto respetados y servidos (Metraux, 1950).

89 La tradición oral no se pone de acuerdo en el número de hijos y por ende de territorios originales; tema que se abordará con mayor detención posteriormente.

90 Se cree que ello debió derivar en una fuerte estructura de solidaridad entre parientes que se manifestaría en labores comunes e identificación sólida.

también polinesio-; entre otros. Cuando llegaron los misioneros cristianos, encontraron que la divinidad creadora se llamaba *make make*, a quien se relacionaban con los aires, con los pájaros, así también se asociaba a el poder fecundante de la naturaleza.

Habrían existido antiguamente varias jerarquías en la estructura social: el *Ariki-mau* o Gran Rey, perteneciente a la familia *Miru* y que era según la primogenitura de esta familia (descendientes del primogénito de *Hotu Matu'a*). Señala Metraux «el rey era un ser sagrado cuyo poder mágico influía en la naturaleza y aseguraba a su pueblo los recursos necesarios» (Ibid: 106).^{91 92} Después estaban los sacerdotes o *Ivi-atua*, los que poseían el conocimiento de las tradiciones y estaban capacitados para manejar ciertos rituales ligados con las curaciones médicas, por ejemplo, y en general con capacidades espirituales que le permitían comunicarse con lo sobrenatural; los artesanos, que eran especialistas fabricantes de determinados objetos prestigiosos, y que obtenían su prestigio por su calidad de trabajo no perteneciendo a la tribu real (Ibid: 115). Dentro de las categorías altas estaban también los *Ariki-paka* o nobles pertenecientes a la familia real; después los guerreros o *Matatoa* que, a pesar de no ser nobles ni de las clases altas, eran en los hechos quienes tenían el poder político; y en el último lugar los “vencidos” o *Kio*.

Ya en tiempo etnográfico, cuando Metraux lo observó en los años 30, afirmó que los rapanui de entonces no recordaban apenas algunos de estos elementos del pasado remoto,

Tal olvido de las antiguas divinidades no se debe totalmente a la cristianización de la isla. Los primeros misioneros se han encargado de subrayar la decadencia del culto pagano (...) pero no es menos cierto que el cristianismo no halló apenas resistencia entre los indígenas. No puede evitarse la impresión de que, desde el comienzo de la evangelización de la isla, los ritos, los cantos sagrados y las leyendas divinas habían ido a reunirse en el olvido con los demás temas de la vieja cosmogonía polinésica (Ibid: 147).

Pero Metraux menciona luego una gran cantidad de elementos con contenido religioso que parecen contradecir su afirmación. Según explica, lo que más ha sobrevivido son sólo «las pequeñas divinidades, los espíritus malignos y familiares» (Ibidem). Se trata de los *akuaku*, o, como prefieren llamarlos en esa época “*tatanes*” (“*satanes*”, explica Metraux). Son

91 Por ello la escasez o pérdida completa de ciertos elementos (tortugas, sándalo, etc) que fueron traídos a la isla por el primer rey, *Hotu Matua*, se atribuyeron al fin de los reyes. Y es que los *ariki* descendían de los grandes dioses, que, como sus antepasados, depositaban y heredaban en ellos su *mana* (Metraux, 1971).

92 La persona del *ariki* era tan sagrada que no debía ser tocado por nadie y estaba sometido a muchos tabú. No debía cortar su pelo porque nadie era tan puro como para tocar su cabeza, zona de mayor concentración de su carácter sagrado. El rey debía, por su parte, tratar de que su *mana* fuera bien conducido en provecho y no en desmedro de su pueblo. Los objetos que tocaba se impregnaban de su *mana* a tal punto que tocarlos podía provocar enfermedad o muerte. Los objetos o partes del cuerpo de los antiguos *ariki* podían ser usadas como fétiche propiciatorio de cosechas entre otros fenómenos (Ibid).

akuaku o *tatanes* los espíritus de los muertos y los espíritus tutelares^{93 94}, tanto de la tribu y todos sus miembros, como de la comarca en la que esta vive, «Cada distrito de la isla, cada bahía, cada colina estaba habitada por un demonio que protegía la comarca y que era su genio tutelar» (Ibid: 150-151). Otro antecedente importante es el tipo de comunicación que podían lograr con ciertos individuos que lograban “ganar su confianza”, señala el autor,

Les anunciaban los acontecimientos futuros, los ponían en guardia contra los peligros externos y les revelaban toda clase de secretos. Juan Tepano⁹⁵ refiere que su anciana madre tenía la costumbre de charlar durante largas horas con dos demonios. Se acordaba muy bien de la voz aguda y chillona de estos visitantes que lo llenaban de espanto. No había tenido nunca, confesaba, el valor suficiente para mirarlos y se felicitaba de su prudencia. Los espíritus no gustan de ser vistos y cuando están en una cabaña, hay que entrar de espaldas (Ibid:150).

En la mitología encontramos a estos espíritus como maestros que enseñan a los seres humanos, ellos mismos con la apariencia y vidas de hombres y mujeres y otras veces “disfrazados” por medio de animales,⁹⁶ fenómenos naturales y varios objetos. También podían ser perjudiciales.

Porque un aspecto central fue la existencia y quebrantamiento de los tabú *-tapu-*, que a grandes rasgos contemplaba ciertos sectores, alimentos, acciones, que podían llevar, si se pasaba por sobre la prohibición, hasta la muerte. La violación de los tabú, (que eran marcados en algunos casos como lugares y objetos, por algún hito especial) significaba consecuencias tanto sobrenaturales como “humanas” en el sentido que contemplaba la venganza directa del agraviado. Para Englert, los *tapu* que observó directamente tenían como función «alguna finalidad moral como la de imponer respeto y orden y prevenir el egoísmo»⁹⁷ (Englert, 1988: 135). Según el mismo autor, los *akuaku* «hoy día llamados diablos, eran espíritus favorables a sus respectivas tribus o familias y hostiles a personas extrañas e intrusas» (Ibid: 136). Eran en ciertas ocasiones los agentes directos de castigo a quienes no respetaban los tabú del territorio, causando palizas y enfermedades. Según se

93 La palabra *akuaku* muy vigente en las primeras décadas del siglo XX se ha ido perdiendo y en cambio de ella se usa la palabra *varua*; para sindicar el mismo fenómeno hoy plenamente vigente, como referiremos posteriormente.

94 Explica Metraux que mientras los espíritus de los muertos se asociaban tanto con el mal como con el bien, habían los que se dedicaban a molestar al hombre y si bien deambulan con entera libertad por donde quisieran, su momento más propicio era el anochecer; podían asimismo presentarse en sueños para entregar mensajes que se creen premonitorios; solían tener un aspecto similar al representado en las estatuillas de madera. También podían ser *tatanes* buenos, en ayuda de sus descendientes desde el más allá.

95 Juan Tepano fue el principal informante de Alfred Metraux y de varios/os otros viajeros.

96 Animales-humanos, como la mujer-golondrina que junto a la mujer-lagarto, enseñaron el tatuaje, o, como *Ure*, que aparece como un héroe que talló los primeros anzuelos, etc (Metraux, op cit).

97 Ejemplos son no pisar los pies de una mujer embarazada, no comer el pescado que la misma persona pescó, el que la familia de un muerto no pruebe el curanto –comida hecha en hoyo en tierra- fúnebre, costumbre que se conservaba hasta los años 30 al menos según su relato (Ibid).

relata aquí, algunos *akuaku* se atemorizaron ante la llegada de los misioneros y pedían a la gente que los escondieran.

Era la época de los sacerdotes con conocimientos especiales para celebrar ciertos cultos. Existían fuertes creencias que requerían procedimientos mágicos (magia imitativa), como aquellos aspectos económicos en los que era preciso el conjuro de un sacerdote de ciertas fuerzas asociadas.⁹⁸ Cuando en la segunda mitad del siglo XIX los barcos que se dirigían al Callao esclavizaron a los isleños, muchos de estos sabios se fueron y quedó en la isla un vacío, en el que lo que más se conservó eran aquellas prácticas “modestas” como presidir las fiestas domésticas, los actos relativos al nacimiento, y sanar a los enfermos. Se cree sin embargo, que estos últimos eran sacerdotes más simples, que no estaban revestidos de toda la sacralidad que rodeaba a los otros, sino que su éxito o su fracaso dependía de sus propios desempeños como sanadores (Metraux, 1871; Englert, 1988).

Breve reseña del desarrollo ancestral e histórico de Rapa Nui

A partir de la llegada de los primeros pobladores –según la mitología del Rey *Hotu Matu'a*– que algunos arqueólogos datan en el año 400 y estudios más contemporáneos establecen alrededor del 800-1000, comienza un desarrollo cultural independiente (Seelenfreund y cols, 2016). «De esta manera, se definieron tres períodos: un período Temprano o de Asentamiento y Desarrollo Inicial (800 - 1100 d.C.), un período Medio o de Eflorescencia Cultural, llamado fase Ahu Moai (1100 -1680 d.C.), y un período Tardío llamado fase Huri Moai (1680 - 1868 d.C.), que hace referencia al período del derribamiento (*huri*) de los moai emplazados sobre los *ahu*» (Seelenfreund y cols, 2016: 505). La presencia de los *moai*⁹⁹ estuvo basada en el honrar a los antepasados ilustres de cada tribu, en una lógica de distribución territorial específica; elemento cultural que asocia Rapa Nui con la estrategia común polinésica de emplazamiento de plataformas con estatuaria para fines similares.¹⁰⁰

98 Para acrecentar el número de aves de corral acudía a una fiesta el sacerdote que conjuraba para ello sobre los pollos, o como unas piedras cuya perforación en el centro obedecía a la forma de un huevo, y que se colocaba en el gallinero para propiciar la producción abundante de los mismos.

99 La palabra *moai* se descompone en dos términos *mo-ai* (para copular); que algunos lingüistas identifican con la noción de falo. Estas cerca de 900 estatuas de piedra esparcidas por toda la isla con criterio antaño territorial, son la principal o quizás única imagen con que el mundo entero relaciona con esta pequeña isla. Son tan famosos que actúan como el imán indiscutido al turismo mundial y nacional. La comunidad contemporánea les llama también, recogiendo este efecto, los *aringa ora* (“visionarios”), quienes permiten aún hoy la subsistencia de su pueblo. Los *moai* son hoy en día un elemento identitario importante además por ser considerados una fuente de *mana* y hasta político, pues varias de las piezas exhibidas en los museos del mundo están en proceso de ser reclamadas por parte de la comunidad, como se verá después.

100 Los *marae* en las Islas de la Sociedad, los *heiau* de Hawái, los *me'ae* de Islas Marquesas, los *tu'ahu* de Nueva Zelanda (Seelenfreund y cols, 2016).

Cerca del año 1600, este orden del mundo rapanui comienza a decaer por una insostenible saturación ecológica relacionada a un aumento demográfico y a factores políticos. Los estratos sociales inferiores se rebelan contra el viejo orden y la era de los *moai* es clausurada con furia.¹⁰¹ Luego de la revolución y las guerras intestinas, surge una forma de organización política ya no hereditaria, sino a través de la competencia anual entre las tribus, que tiene su hito en la competición del *Tangata Manu* (Hombre Pájaro) (Routledge, 1978). Según la nomenclatura más contemporánea, es el periodo de derribamiento de las estatuas, aunque las causas no quedan del todo claras para la investigación revisionista; se postula que la crisis ecológica y económica evidente en este periodo pre contacto con Occidente, lo que hizo fue detonar una serie de recursos de tipo político y social que impidieron el colapso colectivo (Ibid).

Nótese que estas cronologías –siempre revisadas por la corriente investigación arqueológica– sitúa un aislamiento efectivo en Rapa Nui respecto de contactos con visitantes extranjeros, al menos desde el año 1100 al 1700¹⁰² esto es, una larga ventana de 600 años.¹⁰³

En el año 1722 tres barcos holandeses capitaneados por Jacobo Rogeeven llegan a la isla produciéndose el primer contacto de los rapanui con europeos.¹⁰⁴ Si bien a partir de entonces los contactos con navegantes fueron espaciados en el tiempo y no generaron mayores repercusiones para la comunidad ni el ecosistema isleño,¹⁰⁵ será a partir de la segunda mitad del XIX que los contactos interculturales cambiarán para siempre el destino del pueblo rapanui y de la propia isla.

Si desde incios de 1800 los rapanui fueron abordados por expediciones esclavistas esporádicas, a principios de la década de 1860 en el contexto de los *raids* esclavistas del Pacífico cientos de rapanui fueron secuestrados para el trabajo forzado en las guaneras y el campo peruanos. Se calcula que de unos mil isleños que habrían sido llevados a Perú, según

101 El “caso” de Isla de Pascua ha sido profusamente estudiado desde diversas misiones científicas en el mundo como paradigmático de la relación destructiva del ser humano con su ambiente –ecocidio–; habiendo hoy día un revisionismo en torno de ello (Flenley-Bahn, 2007; Mulrooney, 2013; Seelenfreund y cols, op-cit) hacia una hermenéutica que se centra no en el colapso sino en la capacidad creativa de esa comunidad.

102 Los arqueólogos estiman hoy que el periodo inicial de asentamiento supuso la estrategia de varios viajes de ida y vuelta en busca de asentarse y colonizar más adecuadamente este nuevo territorio (Seelenfreund y cols, op.cit).

103 Ello es especialmente relevante para el tema de esta tesis. Mientras en Europa el proceso de medicalización llevaba una amplia ventaja; en Rapa Nui se continuaba viviendo en aislamiento de modo que ninguna medicalización fue posible sino hasta finales del siglo XIX o iniciado el siglo XX.

104 Muchos de estos sistemas isleños no fueron objeto de exploraciones o hallazgos más o menos casuales hasta el siglo XVIII pues las rutas transpacíficas en tiempos del Galéon de Manila navegaban mucho mas al Norte. Tampoco las rutas de los *clipper* y la navegación a vela tenían como rumbo estas islas para alcanzar el Cabo de Hornos.

105 Varios navegantes famosos del Pacífico visitaron y describieron la isla; en 1770 llegó el capitán español González de Aedo, en 1774 el británico Cook y en 1786 el francés La Pérouse.

Englert «900 ya habían sucumbido, víctimas de tuberculosis y viruela, de cambio de clima y trabajo forzado, y –nos imaginamos- de nostalgia y desesperación. De 100 sobrevivientes, 85 murieron en el viaje, y solamente 15 llegaron repatriados a la isla, trayendo por desgracia el contagio de las viruelas» (Englert, 1980: 123).

El vacío dejado por los que se fueron es tanto demográfico como cultural, pues se estima que entre ellos se encontraba el *Ariki Henua* –rey- y su hijo, además de numerosos hombres sabios, guardadores de la tradición ancestral. Este capítulo de la historia isleña constituye sin duda una herida abierta, y está en la memoria colectiva incluso en las nuevas generaciones. Según el antropólogo australiano Grant Mc Call, es a partir de esta experiencia que los isleños «aprendieron que los extranjeros podían aplastar su pequeña isla y dominar a las pocas personas que allí vivían» (Mc Call, 1998: 40).

Tras tales sucesos aparecen en el año 1864 los primeros misioneros de Sagrados Corazones -que inaugura el Hermano Eugenio Eyraud- y el establecimiento del “aventurero” francés Dutroux Bornier en 1868. Son el punto de partida de los asentamientos occidentales: una misión y una incipiente crianza de ganado. Ambos definieron el destino del territorio y el asentamiento de la población en Hanga Roa, ubicada en el vértice sur occidental de la isla. Produjeron además conflictos internos entre los isleños, que incidirán en un éxodo de gran parte de la población así dividida entre estos intereses, hacia Tahiti¹⁰⁶ y otras islas cercanas.

Mc Call considera que «así como los legendarios hijos de Hotu Matu'a crearon el orden social anterior a 1862, también esos hijos (e hijas) de los desastrosos tiempos del último siglo crearon las líneas de descendencia posteriores. De hecho, fue una segunda fundación del orden social de Rapanui. Y éste es el que la gente considera actualmente como el tradicional» (Mc Call, 1996: 30). Este nuevo orden es genético, demográfico, y obviamente también cultural.

106 Producto de esta migración de mano de los misioneros católicos es que en Tahiti se conformó un barrio de residencia de los rapanui -*Pamata'i*- en Papeete, con quienes se tienen aún varios contactos e incluso juicios por la propiedad de tales terrenos. De todos modos, gran parte de la población que migró a Tahiti luego retornó a inicios del siglo XX con un férrea educación religiosa y nuevas ideas críticas respecto de la situación colonial que imponía Williamson and Balfour. Entre quienes vinieron a la isla estaba *María Angata Veri Tabi 'a Pengo Hare Kobo*, la “sacerdotisa” más tarde protagonista de un movimiento milenarista en contra de la Compañía (Castro, 2006).

Cuadro 2 Principales hitos de la historia en Rapa Nui antes de la anexión chilena.

<p>800-1000 Colonización por inmigrantes polinésicos.</p> <p>1100- 1680 Desarrollo cultural independiente; periodo <i>abu moai</i>: sociedad jerárquica, clanes detentan el poder político a través de monarquía, economía especializada y división territorial clánica; gran apogeo cultural.</p> <p>1680-1860 Derribamiento de los <i>moai</i>; Saturación ecológica y social, hambruna, guerras intestinas. Inicio de nuevas formas sociales y de culto. Poder se distribuye por competencia (culto nuevo del “Hombre Pájaro”)</p> <p>1722 Descubrimiento por navegantes holandeses; inicio de contactos esporádicos con viajeros.</p> <p>1862 Barcos esclavistas trasladan hacia Perú a la mayor parte de la población incluyendo a los sabios. Dramática baja demográfica; pérdida cultural; retorno con enfermedades infecciosas. Crisis demográfica, cultural, política y económica da origen en la siguientes décadas a una sociedad reformulada.</p> <p>1864 Se inician asentamientos occidentales permanentes: misión católica y primera empresa ganadera. Confinamiento de la población en Hanga Roa. Luchas entre facciones en alianza con nuevos asentamientos. Migración de parte de la población a Tahiti por influencia eclesial. Posterior retorno a Rapa Nui.</p>

Fuente: Elaboración propia.

La Isla fue anexada por Chile en septiembre del año 1888 mediante un *Tratado de Voluntades* entre los jefes tribales –representados por Atamu Tekena- y el capitán chileno Policarpo Toro. El tratado no ha sido aún ratificado por Chile y sobre él existen dos versiones contradictorias según cada parte como se detallará posteriormente. La isla quedó al margen de la administración civil chilena por más de setenta años. La Marina chilena asumió una tutoría desde 1917 con la Ley 3.220 (Biblioteca del Congreso Nacional, 1917), que otorgaba al Subdelegado Marítimo el poder para administrar mediante un instrumento conocido como el *Temperamento Provisorio*, contrapesado por el poder real que ejercían los administradores de la entonces *Compañía Explotadora de Isla de Pascua* (CEDIP) de capitales ingleses (Vergara, 2009).

Rapa Nui, en efecto fue, desde finales de siglo XIX hasta la década de los cincuenta del siglo que vendrá, sucesivamente arrendada por parte del Estado de Chile a particulares que practicarán la ganadería principalmente de ovinos ocupando los animales cada vez más territorio isleño y generando una turbia situación en torno a la tenencia de la tierra, disputada entre el Estado y estos particulares (Rochna, 1996).

Estos primeros asentamientos occidentales y el uso posterior extendido de la tierra para la explotación ganadera generarán una ruptura de los patrones de asentamiento, habitación y trabajo respecto a la distribución del territorio y la organización social anterior o tradicional. El confinamiento en Hanga Roa implicará el uso del resto del territorio

ancestral para el ganado. En un trabajo comparativo de la situación de la Tierra del Fuego – y la población *selknam*- y Rapa Nui en relación con las transnacionales ganaderas, precisa

La CEDIP (...) controlaba, de las 16 mil 300 hectáreas de la isla, una total de 13.7477 hectáreas y los rapanui las dos mil restantes localizadas en Hangaraoa. Sus ganados ascendían, en 1912, a quince mil lanares y siete mil vacunos, 8 en 1925 a 45.000 cabezas de ganado lanar y 3.000 vacunos, siendo su principal negocio la lana y los cueros y preparación de charqui en pequeña cantidad (Foerster, 2012: 47).

La tensión evidente entre el fisco representado por la Armada y la CEDIP, que duró todo el largo periodo de la influencia de la Compañía; hizo aparecer asimismo voces en el continente que se articularon en un diálogo crítico y una denuncia pública y a alto nivel respecto de la situación en que vivía la población. El tono del discurso era claramente nacionalista configurando un fenómeno de “colonialismo republicano” (Foerster, 2011).

La década del 1930 se inicia con la inscripción de la Isla a nombre del Fisco; acción que marcará un hito difícil de revertir en el resto de la historia contemporánea ya que constituye la marcación cartográfica del poder colonial chileno sobre la isla. Lo cierto es que entre estos actores se sitúa también otro no menos importante –hasta ahora muy invisible como hemos dicho respecto de la antropología de la isla- que es justamente la agencia de los propios rapanui; quienes intentarán no sólo evadir la fuerza de la gestión autoritaria de la CEDIP y de los reglamentos estrictos de la Armada,¹⁰⁷ sino también lograrán articular movimientos de resistencia que irán lentamente tomando cuerpo para las siguientes etapas de su historia contemporánea.

Una de las fórmulas de empoderamiento rapanui fue la toma de contacto con la educación formal en el continente y la alianza amistosa con figuras de la aristocracia de Santiago y Valparaíso (Foerster y Montecino, 2021). Entre los años 1946 y 1947 se crean en Santiago y Valparaíso la Sociedad de Amigos de Isla de Pascua (SADIP) que, integrando estos sectores de la aristocracia nacionalista chilena, lograrán generar un ambiente de ayuda social a la isla y de oposición formal al cuasi “reinado” de la CEDIP.

En 1953 la isla quedó bajo el control absoluto de la Marina, una vez que se pone fin al último contrato de arrendamiento a la Compañía, producto de las presiones recibidas desde el mundo civil y político en Chile. Este nuevo escenario implicó quedar bajo la jurisprudencia militar, en una situación caracterizada igualmente como “paternalista y neocolonial” (Cristino y cols, 1984) en que las condiciones de vida de los rapanui no cambiaron demasiado.

107 Motivados por escapar del encierro forzoso en su propia isla, muchos jóvenes abandonaron la isla mediante estrategias de evasión y en varios viajes “de pavo” en los buques de la Armada, llegando a Valparaíso principalmente (Foerster y Montecino, 2021; Muñoz, 2007).

A mediados de los años 60 la comunidad protagoniza una revolución en contra de la administración naval,¹⁰⁸ poniendo fin a la misma. El año 1966 y producto de este último proceso se dicta la Ley 16.441 (Biblioteca del Congreso Nacional, 1966) que integrará administrativamente la Isla a Chile, y ello implicará la entrada de una serie de servicios públicos y administrativos con sus funcionarios, provocando un importante cambio demográfico y cultural, hasta entonces sin precedentes allí.



Fotografía 4. Un joven Alfonso Rapu ofrece una entrevista en un medio de comunicación continental luego de protagonizar los hechos revolucionarios en 1964 en Rapa Nui (Foerster y Montecino, 2021).

Se inicia una etapa de profundas y trascendentales repercusiones económicas, políticas, sociales y medioambientales; provocará una sociedad muy mestizada y expuesta a las influencias culturales externas. Rapa Nui se abrió al tráfico aéreo y con ello entre otras cosas se incrementaron las relaciones entre las islas polinésicas, sobretudo con Tahiti y las islas Tuamotu –con quienes los rapanui ya había entrado en profundos lazos y relaciones desde finales del siglo XIX como he comentado-, y a ello se debe en gran parte la

108 Encabezada por un joven rapanui recientemente regresado a su isla después de estudiar para profesor en el continente, Alfonso Rapu, este proceso es también conocido como “la revolución de Rapu”.

consecuente valoración de estas culturas y por ende de la propia, emanado de un sentimiento de identidad común.

La “chilenización” de la isla que marca este hito se ha manifestado de muchas formas y procesos hasta el día de hoy, con claros tintes coloniales (ver Anexo 3) y gran parte del desarrollo de esta tesis abordará justamente una de sus mayores implicancias, cual es la del ámbito médico.

Coincidiendo con la instalación de los servicios públicos chilenos en la isla; los rapanui recibieron el año 1966 la visita inesperada de un misterioso operativo norteamericano o base de la Fuerza Aérea (USAF por sus siglas en inglés) que afectará la cultura rapanui y las dinámicas dentro de la isla, hecho en el marco de una cooperación secreta en plena Guerra Fria (Stambuk, 2016; Muñoz, 2017) o de un intento por hacerse de la Isla que las autoridades chilenas del momento habrían evitado a través de la instalación del ejercicio civil efectivo.¹⁰⁹ La misión duró hasta la elección del gobierno de la Unidad Popular de Salvador Allende, cuando “los gringos” tomaron sus cosas y se fueron rápidamente.

La Isla permaneció durante los 70 y 80 en una dinámica de chilenización bastante asimilacionista y algunos de estos procesos explican otros más contemporáneos como la influencia que la dictación en Chile de la ley Indígena 19.253 del año 1993 tuvo en la consolidación de instituciones bajo lógica continental pero dirección rapanui, como la CONADI y en particular la Comisión de Desarrollo de Isla de Pascua (CODEIPA) integrada por un conjunto de instituciones rapanui. Asimismo influyó en la articulación de organizaciones políticas directamente vinculadas a la recuperación de tierras y la gestión de la autonomía deseada, donde comienzan a operar facciones rivales como el *Consejo de Ancianos* –que había sido creado en los años 80 y fue el referente indiscutido en la interlocución con las autoridades civiles del continente-, más proclive a la chilenidad, y el *Parlamento Rapanui*, con un claro discurso separatista y proclive a la vinculación con el Pacífico.

El año 2007 el estado genera tras larga demanda un estatuto especial para la administración de la Isla (Ley 20.193) que tendrá algunas repercusiones en el área de salud como veremos posteriormente; y que de todos modos significa un paso en la escala de reconocimiento de las condiciones especiales en que se vive en la Isla.¹¹⁰

109 Información personal de Oriele Zenkovich, 2021.

110 <https://www.bcn.cl/historiadelaley/historia-de-la-ley/vista-expandida/5301/>

Los años 90 y 2000 fueron en efecto de mucho debate interno en torno a los temas políticos de la relación con Chile y de agudización de los procesos modernizadores. En las dos últimas décadas se observa una maduración orgánica por la cual los rapanui decidieron fundar bajo una lógica tan tradicional como moderna una nueva organización representativa llamado *Honui*,¹¹¹ que se encuentra hoy día tomando la mayor parte de las decisiones políticas sobre la isla, contrapesadas en los hechos por el poder institucional chileno¹¹² (fundamentalmente Gobernación de Rapa Nui) y el institucional local (Municipio fundamentalmente) pero constituyendo un interlocutor válido.

El siguiente cuadro entrega una sintética cronología de lo referido a la Rapa Nui contemporánea; algunos de cuyos hitos son necesarios de considerar para el desarrollo de esta tesis y serán profundizado junto a nuevos aspectos para el análisis en el Capítulo III.

111 El *Honui* es la figura que reúne a discutir y decidir sobre asuntos colectivos, a un/a representante de cada uno de las 36 familias hoy vivas del pueblo rapanui. El representante se elige dentro de la familia con criterio democrático; participando gran cantidad de mujeres; y no queriendo formalizarse bajo ningún canon oficial del estado de Chile.

112 Esta lógica administrativa es la que rige actualmente en territorio rapanui; y es la misma que en territorio continental. La Provincia es gobernada por un Gobernador/a y la comuna (Municipalidad) es gobernada por un alcalde/esa. Los/as gobernadores/as son nombrados por la presidencia de la República; y los alcaldes electos por votación popular local. En la historia concreta de la isla la mayor parte de las veces ambos cargos han sido ejercidos por personas rapanui.

Cuadro 3 Principales hitos de la historia contemporánea de Rapa Nui en su relación con Chile.

<p>1888 Anexión chilena sin ejercicio de soberanía directa; posterior y sucesivo arrendamiento de la tierra por parte del estado a privados y trasnacional ganadera (Williamson and Balfour). Población reducida a una pequeña porción de su territorio con prohibición de salir de ella. Reorientación de la forma de vida hacia la ganadería.</p> <p>1917 Ley 3.220 que entrega el control de los asuntos en la isla a la autoridad naval con el fin de contrapesar el poder de hecho de la ganadería industrial. Temperamento Provisorio regula los asuntos públicos en la isla bajo lógica militar. Cargo de Subdelegado Marítimo.</p> <p>1933 Fisco inscribe tierras rapanui –unilateralmente- a su nombre dejando casi la totalidad de la isla convertida en Parque Nacional.</p> <p>1953 Fin de la administración ganadera en la isla como producto de movimientos nacionalistas en el continente. Inicio Administración absoluta de la Armada. Prohibición de salir de la isla y de transitar fuera del pueblo.</p> <p>1964 Revolución de Rapu. Fin de administración de la Armada.</p> <p>1966 Década de profundos cambios. Misión secreta norteamericana activa la intención civil de colonizar efectivamente. Se dicta la Ley Pascua 16.441 que inicia administración civil: isleños son ciudadanos; llegan servicios públicos; se crea la Municipalidad con alcalde rapanui. La Isla es abierta al tráfico aéreo. Chilenización. Giro demográfico por continentales funcionarios.</p> <p>Década 70 Etapa de profundas transformaciones sociales: Chile como cultura se incorpora a Rapa Nui; inicio turismo masivo. Dictadura Militar en Chile genera vínculo estratégico con Rapa Nui: parcelación individual de tierras; programa de inversión pública, entre otros fenómenos.</p> <p>Década 80 Primeras articulaciones políticas de organizaciones isleñas (se crea el Consejo de Ancianos) comienzan diálogo en el continente por situación de la tierra; contexto cuasi fin dictadura.</p> <p>Década 90 Dictación Ley Indígena 19.253. Nuevas instituciones en la isla a cargo de funcionarios rapanui. Conflictividad entre organizaciones políticas aumenta. UNESCO inscribe a la isla dentro del Patrimonio Mundial.</p> <p>Década del 2000 Inicio fuerte proceso de cambio demográfico por migración interna de continentales. Ley 20.193 crea Estatuto Administrativo especial para Rapa Nui.</p> <p>Década 2010. Fuerte crecimiento demográfico por inmigración chilena continental. Acuerdos con estado para administración del Parque Nacional y del Mar a través de mecanismo de concesión a la comunidad. Se crea entidad para su administración <i>Mau Henua</i>. Se crea organización tradicional política <i>Honui</i>. Cambio de nombre oficial desde Isla de Pascua a Rapa Nui es iniciado por el parlamento chileno.</p> <p>Década 2020 Inicia con pandemia de coronavirus... isla nuevamente cerrada desde y hacia el exterior.</p>

Fuente: elaboración propia.

Conectividad y suministros

Como se ha dicho ya, Rapa Nui está a cinco horas de vuelo del continente americano (Chile) y a un tiempo equivalente respecto de su pariente cultural Tahiti, en el Pacífico.

El aeropuerto de Mataverí –ubicado al Este de la isla- es considerado el más remoto del mundo y sirve además pista para transbordadores espaciales pues fue ampliada por la NASA durante la época del gobierno militar en Chile.¹¹³ La pista tiene 3318 m de longitud y 44 m de ancho.¹¹⁴

La única aerolínea que opera en el aeropuerto de Rapa Nui es LATAM, que monopoliza el trayecto Santiago-Rapa Nui-Papeete. En periodos normales tiene al menos un vuelo que conecta Santiago con Rapa Nui todos los días de la semana, frecuencia que puede incrementarse a dos vuelos en temporada alta, pudiendo llegar hasta tres.¹¹⁵ A través del mar, el buque *Aquiles* de la Armada de Chile realiza viajes con fines militares, científicos y logísticos zarpano de Valparaíso dos veces al año; el viaje dura una semana y tiene escala en el archipiélago de Juan Fernández. Existen también al menos 5 cruceros de lujo que pasan por la Isla uniéndola con Europa, Oceanía y América¹¹⁶ y cuatro navieras mercantes -Naviera GV, Marítima Deltamar, Naviera Kuhane, Naviera Iorana Cargo-, al menos dos de ellas de capitales rapanui.

La provisión de servicio de agua potable, electricidad y trabajos de carga y descarga se hace a través de la empresa estatal Sociedad de Servicio y Agrícola Isla de Pascua (SASIPA). No existiendo en la isla red de alcantarillado público, más del 90% de las viviendas tienen pozos de filtración. SASIPA se ocupa de la producción y distribución del agua potable desde seis pozos ubicados en distintos puntos de Hanga Roa, la cual se lleva a 6 estanques de acumulación ubicados en diferentes puntos de la isla, tanto en el radio urbano como fuera de él; donde pasa por un proceso de desinfección, conforme a las normas sanitarias y es distribuido por gravedad a los hogares de la Isla a través de 73 km de tuberías.

La electricidad, la suministra una central eléctrica con siete grupos electrógenos, que entregan una potencia instalada de 8.050 kW para régimen continuo. Cuenta con una planta

113 https://elpais.com/diario/1987/08/17/internacional/556149618_850215.html.

114 Mataverí sólo tiene dos conexiones directas; una de ellas con el Aeropuerto Internacional Comodoro Arturo Merino Benítez de Santiago de Chile, que se encuentra a una distancia de 3759 km y la segunda con el Aeropuerto Internacional Faa'a de Papeete en Tahiti (Polinesia Francesa) situado a 4254 km, siendo este el único destino internacional con el que conecta. El año 2018, 267.773 pasajeros pasaron por Mataverí; 256.351 desde Santiago y 11.422 desde Papeete (<https://imaginaisladepascua.com/mataveri-aeropuerto-isla-de-pascua-rapa-nui/>).

115 Ocasionalmente lleguen vuelos chárter desde Tahiti (*Air Tahiti*) o desde el continente.

116 <https://laisladepascua.com/guia-viaje/transporte-como-ir-isla-pascua/por-mar/>

fotovoltaica con diez paneles solares con capacidad máxima de generación de 128 kWh, dependiendo de las condiciones climatológicas. Genera diariamente alrededor de 750 kW como promedio, lo que da una producción mensual de 22.000 kW aproximadamente. Por su parte el cabotaje se realiza desde el atracadero ubicado en la caleta Hanga Piko bajo concesión a SASIPA; mediante dos barcasas y una grúa que maniobran con los buques fondeados en mar abierto (www.sasipa.cl).

Rapa nui dispone de un canal local de TV en abierto operado por la Municipalidad de Rapa Nui -*Mata O Te Rapa Nui* (Los Ojos de Rapa Nui), y de una emisora de radio con varios años de antigüedad -Radio *Manukena*- también municipal. Se cuenta con señal de televisión que actualmente llega a 3 canales de TV abierta continentales, que reciben programación en horario diferido dado el desfase de dos horas existente con el continente.

La única empresa de telefonía móvil presente en la isla es Entel, cuya cobertura se limita al área de Hanga Roa. La compañía mantiene convenios de itinerancia con las otras tres operadoras chilenas, e internacional con la mayoría de las operadoras.¹¹⁷ El año 2015 la Subsecretaría de Telecomunicaciones instaló una extensión satelital para mejorar las comunicaciones. Existen serios problemas de conectividad a internet, que dificultan mucho el ejercicio de la comunicación con el continente tanto para los miembros de la comunidad como para las gestiones públicas. Además de ello, existe una diferencia horaria de dos horas de desfase con el continente, debido a la ubicación y distancia geográfica de la metrópoli.

117 Pese a que existe actualmente un anuncio de proyecto de cable transoceánico que unirá Chile con Asia, mediante conexión con Australia y pasando por Rapa Nui, el mismo no se ha concretado.

Capítulo II

OBJETIVO Y FUENTES

Objetivo

El objetivo de la tesis es analizar el proceso de medicalización de Rapa Nui identificando las agencias del sistema sanitario, de las políticas públicas chilenas y de las dinámicas comunitarias, sobre los procesos sociosanitarios y la folkmedicina, situados en el marco de una relación neocolonial, en un horizonte temporal desde finales del siglo XIX hasta 2020.

Sobre las fuentes utilizadas

La tesis se nutre básicamente de dos tipos de fuentes: las documentales históricas; y las etnográficas.

Las documentales constan de documentos de viaje –disponibles desde el momento anterior a la anexión chilena-, de documentos institucionales, legislativos e informes técnicos de diverso origen y tipo producidos en la relación de la Isla con Chile; y de numerosos análisis históricos y antropológicos de autores que han ido pensando en los procesos sociopolíticos mayores en torno a Rapa Nui.

Muchos de estos documentos institucionales se produjeron de la mano de las instancias con jurisdicción sobre la Isla, de modo que se trata de Informes de Marina, publicaciones en la Revista de Marina, Informes técnicos del nivel central de Salud en el continente y otros archivos conforme se van instalando los procesos institucionales político sanitarios; todo lo cual es coherente con la advertencia de quienes han indicado la relevancia de rescatar no sólo lo que se dice sobre el tema médico en cuestión sino también entender quién lo dice, su contexto y los intereses que anuncia (Comelles, 1996).

Las fuentes etnográficas en tanto, derivan principalmente de mi propio trabajo de campo desde el año 1999; de modo que cuento con dos décadas de material testimonial. Entendiendo que tanto los sistemas sanitarios como los procesos de medicalización son particulares de cada contexto sociocultural e histórico, y coincidiendo en que no es posible comprender la medicalización como una estrategia de arriba hacia abajo sino como una dinámica multiforme en la cual todos participan de una relación (Menendez, 2003; Foucault, 1998) incluyendo al/la etnógrafo/a; analizaré el material que poseo de diversos terrenos y que viene fundamentalmente de la aplicación de técnicas etnográficas cualitativas, de estudio crítico de documentos, normativa, leyes y políticas públicas; y de mis propias publicaciones escritas o materiales audiovisuales -dos documentales- a lo largo de estas dos décadas de camino antropológico por Rapa Nui.

Sin embargo, no sólo en tanto etnógrafa y escritora de estos procesos me incluyo en esta tesis. Poseo entre otros materiales, documentos que yo misma elaboré como parte de

mi trabajo en SEREMI de Salud a nombre del jefe de esa oficina, o bien en mi larga relación con personas del MINSAL central; es decir, en mi dimensión laboral como trabajadora o consultora del sector salud en Chile. Se trata de fuentes muy ricas y de algún modo “privilegiadas” de información que aprovecharé para estas reflexiones.

Finalmente y siguiendo a Menéndez (2003) en torno de que la noción ingenua con que a veces la antropología médica observa los fenómenos con foco culturalista - entendiéndolo médico escindido de los demás procesos sociales, políticos y epidemiológicos-, no aporta a la identificación de la particularidad de los casos concretos y su riqueza; se incluye información de tipo cuantitativa cuando es necesario a modo de ilustrar el caso concreto es decir, entendiéndolos estos recursos como herramientas que nos permiten mejor comprender la complejidad del caso y la economía política de la salud subyacente.

Los aspectos éticos de tan extenso terreno han ido transformándose en el largo tiempo como ha sucedido con la dinámica de la investigación antropológica en el resto del mundo y debido tanto al surgimiento de una ética de investigación disciplinar global como de una sensibilidad local mucho mayor respecto de la investigación y los investigadores en ciencias sociales. Si bien inicialmente mi trabajo de campo no incluyó una dimensión ética al menos para obtener consentimiento formal de parte de los sujetos de estudio y los primeros terrenos fluyeron en cuanto a su desarrollo conforme a la confianza como valor relacional fundamental; lo mismo ocurrió con el acceso inicial a materiales hoy considerados ultra confidenciales como las fichas clínicas del hospital local que me tocó conocer en los 90 (ver Anexo 1) .

Las últimas investigaciones y sobretodo aquellas que van al alero de instituciones de salud o universidades, ha significado un acomodamiento de parte de esta investigadora para poder acceder a los permisos correspondientes para aplicar las técnicas a los informantes institucionales o situados en contextos institucionales; sin que la mediación oficial de los procedimientos bioéticos interrumpieran la fluidez del contacto¹¹⁸ humano que requiere una antropología de campo.

Esta tesis ha implicado una decisión ética que quiero expresamente reconocer. No sólo con los informantes rapanui, sino y sobretodo con una serie de funcionarios públicos

118 Puntualmente la última consultoría necesitó el desarrollo de un protocolo de Consentimiento Informado para pasar por revisión del Comité de Ética del SSMO. Este protocolo sin embargo fue elaborado por mí siguiendo una lógica discriminatoria –en el sentido positivo del término; logrando instalar la idea de que la investigación social y particularmente la antropológica, requiere de resguardar la confianza con los sujetos indígenas y en este caso pude elaborar un “Documento de información” entregable al final de la entrevista al entrevistado, y no al inicio mediante firma previa a la conversación, dado su carácter inhibitorio.

–la mayoría ya no en ejercicio de esos cargos- he definido relevante indicar sus nombres y apellidos tal cual coinciden en la realidad. Se trata de un reconocimiento a su rol que aunque es producto de la libre interpretación de quien escribe, implica identificarlos como actores clave de determinados procesos; cosa que considero éticamente relevante de hacer. No habría sido posible reconstruir la historia de la medicalización de Rapa Nui sin reconocer su influencia, empuje, atrevimiento, aporte. Sólo omito nombres en esta tesis para el caso de informantes clave –y no de actores institucionales-, cuando me parece que el contenido de sus decires puede comprometerlo/a con la comunidad.

Lo mismo sucede con los documentos oficiales –y sus pies de firma- que utilizo como antecedentes para el análisis antropológico de los mismos; aún en su versión borrador que poseo por mi calidad de funcionaria público en los momentos que indico.

Finalmente, los anexos contemplan una serie de alusiones personales a mi trayectoria y experiencia de campo que son meramente ilustrativos de mi “crecimiento” profesional y de mi extenso vínculo con la Isla, de modo que los agrego en la tesis para fines de ilustrar este camino, reconociéndolo como muy personal. Allí aludo también a otras personas pero no comprometo más que mi reflexión de entonces con respecto a la labor de campo y sus vicisitudes.

La estructura de la tesis

El objetivo se desarrolla a través del extenso Capítulo III que viene a continuación. Partiendo de una caracterización más fina respecto de la Isla y sus problemáticas contemporáneas a través de describir sus procesos sociales y demográficos más relevantes; el capítulo continúa con una propuesta de periodización en cinco etapas de la medicalización en la Isla -que si bien propuse precariamente el año 2002 en mi tesis de pregrado he enriquecido hasta modificar casi por completo para esta tesis. Luego revisaré la trayectoria histórica de la morbilidad y las instituciones sanitarias en dos grandes periodos que agrupan a su vez las cinco etapas, y que tienen que ver directamente con la naturaleza de mis fuentes.

Por una parte, las tres primeras etapas son de naturaleza documental y bibliográfica (y se rescatan en el subcapítulo III.III sobre proceso histórico de la medicalización); mientras las dos últimas son de naturaleza marcadamente etnográfica pues en ellas he participado parcial o completamente de los procesos, desde diversas posiciones y agencias (y se aborda en el subcapítulo III.IV y sus parcialidades).

En efecto las dos últimas etapas, que corresponden al fenómeno contemporáneo, luego de la entrada de la administración civil en Rapa Nui; las trabajaré identificando una casuística que contempla a) un recorrido por el antes y el después del nuevo hospital de Hanga Roa, las expectativas sociales e institucionales y las lógicas sanitarias tras los cambios, b) algunas estrategias comunicacionales en salud pública desde una lógica biomédica con intención de adecuación cultural, c) un detalle de la influencia que ha tenido la introducción del programa de salud y pueblos indígenas del MINSAL sobre la folkmedicina en Rapa Nui.

El Capítulo IV cerrará con conclusiones, considerando una breve revisión contingente de la situación pandémica actual, para concluir los principales hallazgos y preguntas que se desprenden de este ejercicio de tesis doctoral.

Capitulo III

RAPA NUI Y SU PROCESO DE MEDICALIZACIÓN

III.I De Isla de Pascua a Rapa Nui: aspectos contemporáneos

En mayo de 2016 se presentó en el Congreso Nacional una moción para el cambio de nombre oficial de la Isla, desde Isla de Pascua a Rapa Nui, la que estuvo motivada por una demanda de reconocimiento de parte de autoridades e instituciones isleñas como la Municipalidad, el Consejo de Ancianos y la CODEIPA. La moción fue discutida por una Comisión Mixta y aunque no ha habido acuerdo para continuar con el trámite,¹¹⁹ la sólo instalación de esta materia en el contexto de la discusión parlamentaria continental constituye un hito en la relación simbólica de la Isla y el continente, y de alguna manera, en la colonialidad de la misma. En efecto, la moción no puede seguir su curso sin pasar primero por proceso de consulta indígena de acuerdo al estándar del Convenio 169 de la OIT; y la Isla se plantea llegar a ese momento a lograr la declaración de “Territorio insular Rapa Nui con estatuto propio de Autonomía Política, llamado *Rapa Nui y Motu Motiro Hiva*”.¹²⁰

Y es que gran parte de la historia contemporánea de la Isla refiere a procesos, actores, intereses y acciones coloniales y neocoloniales (Foerster, 2012, 2015, 2020; Delsing, 2017; Muñoz, 2017).¹²¹ Así, al colonialismo de hecho implementado por la empresa ganadera le siguió un colonialismo republicano inicialmente autojustificado en la necesidad de inclusión al estado de Chile, es decir, de carácter nacionalista. Después del término de las administraciones empresariales y marina en la isla, con la entrada del Chile civil, la relación va adquiriendo un tono neocolonial, donde coexisten esfuerzos locales por emanciparse administrativa y políticamente, con políticas sectoriales e incluso instituciones propias proclives a la generación de capacidades y respuestas locales —e incluso a la descolonización algunas de estas instancias—, con un evidente énfasis en seguir determinando el destino de la isla por parte de la metrópoli.¹²² La relación con Chile ha estado siempre mediatizada por el uso táctico, estratégico, económico y cultural de esta isla

119 <https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=11116&prmBOLETIN=10685-07>.

120 Comunicación personal de la abogada Consuelo Labra, Comisión de Desarrollo de Isla de Pascua (CODEIPA), junio 2021. El nombre de *Motu Motiro Hiva* refiere a la denominación rapanui para la Isla Sala y Gómez, sitio de pesca tradicional para los rapanui, hoy Parque Marino concesionado por el estado a la comunidad rapanui de manera temporal.

121 Siendo que el estado chileno mantiene una relación neocolonial con los otros pueblos originarios del territorio nacional, el mismo no ha podido “hacer gestos” de descolonización de su relación con los pueblos —como el reconocer políticamente autonomías para el caso rapanui— por temor a ser leídos por otras etnias como estímulo a sus propios procesos políticos, particularmente con la etnia mapuche, con quien el estado mantiene el peor de los conflictos.

122 Como veremos en el ámbito sanitario es uno de los más emblemáticos para sostener esta reflexión.

que siempre se ha mirado desde el continente como una remota y exótica pertenencia¹²³ con potencialmente útil (Anexos 3, 4, 5) y donde el elemento de la diversidad sigue teniendo hoy un rol en el marco del “posmodernismo celebratorio” (De Sousa, 2009).

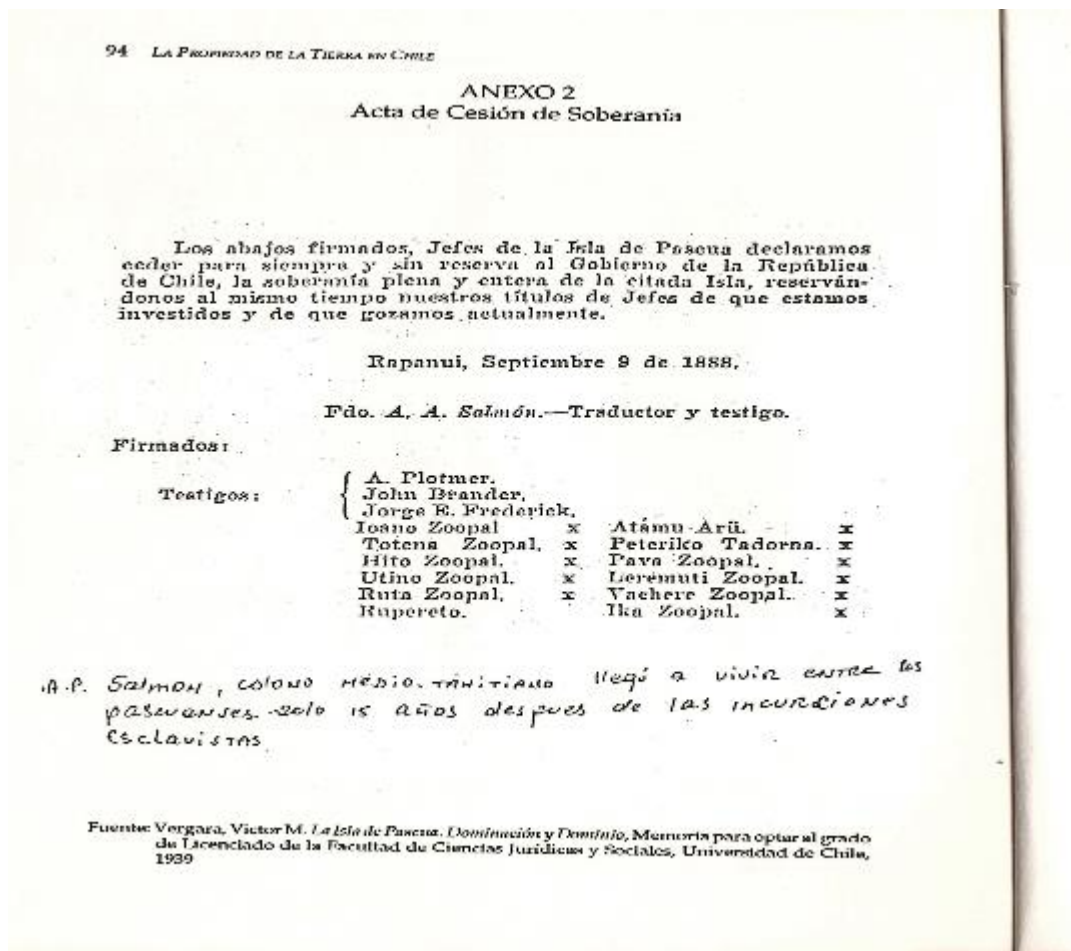


Imagen 2: Acta de cesión de soberanía en versión español, manejada por los estudiosos hasta la primera década de los 2000, en actual cuestionamiento por su versión en lengua vernácula.

Fuente: Rochna, 1996, tomada de Vergara, 1939 (Vergara, 2009).

123 La importancia de la Isla en el contexto científico internacional tuvo un elemento de continuidad declarativa en las instituciones patrimoniales chilenas que la entendieron muy tempranamente como “Patrimonio Natural” y “Monumento Histórico”, el año 1935 (Muñoz y cols, 2020); declaratoria que no necesariamente se acompañó de grandes recursos ni políticas o programas de protección patrimonial material (Idem), y porque esa declaración fue hecha en el contexto de la vigencia del contrato de arrendamiento de la isla por parte del mismo estado a la transnacional Williamson & Balfour; que había convertido su territorio en una hacienda ovejera, sujetando férreamente a su población en una sola zona de su otrora territorio y convirtiendo a los rapanui en mano de obra cuasi esclava (Cristino y cols, 1984).

La denuncia de Rapa Nui como territorio colonial se remonta a los primeros asentamientos permanentes -iniciado recién el siglo XX; y tiene varios ingredientes que la convierten en un caso interesante y dramático a la vez,¹²⁴ que parte por el hecho de haber sido incorporada al territorio chileno por vía de un Tratado no ratificado posteriormente por el Estado hasta el día de hoy y que constituye en eje de los reclamos de reconocimiento político del pueblo rapanui. El Tratado del año 1888 establecía según la interpretación rapanui una clara distinción entre la propiedad –que quedaba reservada a los rapanui- y la soberanía –que se reconocía se traspasaba al estado de Chile entendiéndolo como estado “amigo”.¹²⁵ ¿Cuánto de esa estructura relacional se mantiene y cómo ha ido variando en el tiempo con el Chile institucional y consigo mismos?.

Entre los antropólogos si bien existe consenso en el carácter colonial, difieren levemente las posturas en torno del impacto de la agencia rapanui en el hecho colonial y su entroncamiento con las políticas de estado. Para Delsing por ejemplo (2017) es clave la capacidad articuladora de los rapanui para enfrentar lo que ella entiende como un indiscutible deseo de autonomía, en que el estado aparece desde el otro lado como un opuesto.

La mirada colonial sobre Rapa Nui ha permeado al mundo científico nacional e internacional en torno de los énfasis elegidos. Como ya he señalado, hasta hace muy poco el acento de los estudios estuvo puesto en su cultura material y un sinnúmero de investigación arqueológica ha seguido siendo producida por científicos del mundo entero opacando por efecto de oposición a las temáticas antropológicas sociales. El énfasis ha generado imaginarios y estereotipos que nublan¹²⁶ en quienes piensan en Rapa Nui, su capacidad de entrever una sociedad compleja actualmente plena en conflictividad y vitalidad. Varios antropólogos/as sociales y profesionales de otros campos hermanos como la historia o la sociología, han intentado destrabar en las últimas dos décadas, a través de su producción crítica sobre la historia –generando un revisionismo muy interesante- como de una mirada igualmente crítica de los procesos y problemáticas actualmente vigentes en su

124 Véase Foerster, 2020; Foerster y Montecino, 2012a; Delsing, 2017; Griffiero, 2000, 1997; Griffiero y cols, 2004; Muñoz, 2017; Castro, 2006.

125 Como ya se comentó, pese a esta “anexión”, la Isla fue luego abandonada a su suerte a través de una concesión económica que tuvo como contrapeso una férrea administración naval, quedando sus habitantes entre estos dos “fuegos”; matizados a su vez por el componente evangelizador de la Iglesia Católica.

126 Los *moai* como hemos dicho son su figura más emblemática y los tradicionales –“sensuales”- bailes polinésicos parecen ser los dos polos hermanos de los imaginarios que subyacen a una concepción construida desde una mirada colonial y colonialista.

comunidad.¹²⁷ Algunos de estos autores/as han ido impactando en la forma de construir incluso el sujeto rapanui de interés antropológico, ya sea histórico o etnográfico.

No han logrado sin embargo permear aún los imaginarios populares o turísticos sobre Rapa Nui, ya que esto forma parte de una suerte de estructura de la forma en que la isla y sus habitantes se han relacionado con el mundo exterior, exacerbado con la apertura hacia el turismo desde los años 60 cuando comenzaron los vuelos comerciales.¹²⁸ El mismo estado ha utilizado los estereotipos que se generan sobre la isla como insumo de su “imagen país” (Anexo 6).

Un elemento de vital importancia para la comprensión del fenómeno colonial es entender que aquí, al contrario de otros territorios originarios en manos del estado, nunca fue posible el sueño de algunos de colonizar con continentales, no siendo colonialismo de asentamiento. Pese a ello, parte del conflicto existente con el estado chileno, tiene que ver con la tenencia de las tierras.

Las mismas fueron inscritas como tierras fiscales por el estado el año 1933 en el Conservador de Bienes Raíces de Valparaíso, en un juego de poderes entre los empresarios ganaderos extranjeros y el estado. Este hecho se sumó a la ya enredada situación que habían causado los primeros poderes coloniales –ganadería e iglesia- al iniciar el siglo XX. En la década del 70 el gobierno militar comenzó a repartir tierras con criterio de tenencia individual y no comunitaria. Desde los años 80 el tema ha sido siempre puesto en el centro de la relación. El estado ha generado políticas de devolución mediante la instalación de la oficina de Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI) que deriva de la dictación de la ley indígena el año 1993. Las reparticiones se han hecho sobre la base de diferentes figuras que no han satisfecho las expectativas de sus depositarios.

127 En noviembre de 2018 co-organizamos *in situ* el Seminario “Rapa Nui: patrimonio, sociedad y cultura desde una perspectiva contemporánea”; como parte de una estrategia de posicionar los temas actuales de problemáticas y necesidades de la comunidad rapanui. El seminario se originó por iniciativa de Andrea Seelenfreund, de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Valentina Fajreldin, de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, y Riet Delsing, investigadora independiente. Luego se unió Diego Muñoz, del Centro de Investigación y Documentación de Oceanía (CREDO) de Francia. Contó con el patrocinio de varias instituciones y organismos locales.

128 Todo el turismo se encuentra en manos de familias rapanui; y si bien existen hoy algunas experiencias del llamado etnoturismo, el grueso de las prestaciones y servicios sigue amarrado al patrimonio arqueológico.

Mapa 7. Muestra de manera actualizada la tenencia de la tierra en Rapa Nui: a) Parque Nacional Rapa Nui; b) Fundo Vaitea (del Estado, en manos de Corporación local, de corte productivo); c) Hanga Roa, propiedad fiscal y particular; d) terrenos rurales (propiedad fiscal y particular); e) Tierras transferidas por Fisco a familias rapanui; f) Tierras disponibles para transferir del parque Nacional Rapa Nui.



Fuente: Sánchez, 2011.

En este esquema, el territorio es hoy un “botín” sobre el que pesan reclamaciones familiares y que muchas veces también posee una connotación de tierras comunes. Mas bien existe una expectativa social de retomar una lógica de agrupamiento clánico y que tiene obviamente injerencia sobre las recuperaciones de tierras a la par de que la realidad societal rapanui hoy día es cada día más moderna e individualista.

En efecto, el tejido social actual es más sensible hacia una lógica no comunitaria estricta sino más bien orientada hacia el interés del grupo familiar extenso, donde cada cual articula su desarrollo en función de intereses propios; lógica derivada de los procesos sociales modernizadores y el influjo de la cultura nacional en la familia (Santa Coloma, 1998, 2002). Los bruscos cambios demográficos, sociales, económicos que se han producido en la isla desde la década del 60, se hicieron más bruscos en los años 90 y a la par Rapa Nui no ha quedado fuera de la profundización del modelo neoliberal de la sociedad nacional y su forma de organizarse y valorarse.

Una de las más claras repercusiones modernas es evidente en el uso de la lengua vernácula. La *vananga rapanui* toma elementos originarios del Pacífico pero al igual que su

pueblo ha sufrido los embates de la historia contemporánea. La misma¹²⁹ fue objeto de censura por parte de instituciones como la escuela desde muy temprano -en manos de religiosas a cargo de la educación y posteriormente de profesores de estado- que tendieron a hacer obligatorio el uso del español chileno como lengua oficial. En la actualidad, las generaciones adultas y los ancianos manejan una *vananga* que los más jóvenes ya no conocen o no entienden en profundidad pues pese a ser objeto de políticas culturales de fomento de la lengua –como el programa de Educación Intercultural Bilingüe desde hace dos décadas- estas no traducen la profundidad y riqueza conceptuales de la lengua original hablada en contexto, dificultando la reproducción de la misma y la comunicación intergeneracional de calidad (Haoa, 2017; Fajreldin, 2011a; Rapu, 2017).^{130 131}

Los énfasis mundiales sobre “lo étnico”, la atracción hacia lo “diverso” y la mercantilización de la cultura han ido permeando en Rapa Nui (Torres, 2017), favoreciendo procesos internos de construcción de identidad que hacen parte de una especularidad entre turismo y producción artística –industrias culturales y artesanales. Los cambios en la forma de actualizar los lazos comunitarios bajo la presión de un turismo consumista de objetos de arte y artesanía de repetición e imitación en serie, agudizan una competencia a veces desmedida entre personas que terminan privilegiando cantidad por sobre calidad;¹³² lo que a la vez actúa en contra de quienes poseen el carácter de artistas y cuyas piezas de mayor valor no logran competir con la “artesanía de aeropuerto” (Ibid).

Las dos últimas décadas hemos asistido a un fenómeno de patrimonialización de prácticas y saberes generalizado en la comunidad, el que ha recibido el impulso adicional de las políticas públicas chilenas.¹³³ De esta manera, han devenido patrimonio –aparecido como nuevos elementos respecto de los ya tradicionales como la música y la danza- prácticas sociales de la culinaria, las festividades, la lengua y últimamente también la

129 Según el *Estudio Diagnóstico del Desarrollo Cultural del Pueblo Rapanui* (Fajreldin 2011) es justamente la lengua la manifestación cultural más relevante según los sujetos sociales (tanto instituciones, organizaciones como cultores) y a la vez es percibida como la manifestación que corre el mayor riesgo.

130 Hoy existe toda una generación de hablantes de una lengua pobre semánticamente y desvinculada de los contextos pues la mayor parte de estos jóvenes ha sido criado en las escuelas formales y bajo estilos de vida donde predomina no sólo el español sino que las racionalidades culturales y relacionales chilenas.

131 Sin embargo, como parte de las políticas de recuperación cultural y con una justificación basada en instrumentos internacionales de derechos humanos y de patrimonio, la Isla logró el año 2017 el reconocimiento a su lengua como oficial junto con el español dentro del territorio rapanui a través del Decreto 1882 (Biblioteca del Congreso Nacional, 2017).

132 Notemos de todos modos que la competencia es también un rasgo estructural según las descripciones etnográficas y de la cultura antiguas (Englert, Metraux, entre otros). Lo que aparentemente está en cambio es el nivel donde esta se realiza: cada vez más a nivel de individuos versus de confederaciones o clanes.

133 Particularmente aquellas que tienen que ver con el rescate del llamado Patrimonio Inmaterial, según las directrices de UNESCO.

medicina.¹³⁴ Es decir, se está produciendo una yuxtaposición de un interés de rescate en la lógica de salvaguarda, con el de revaloración –o mantención- de uso cotidiano de algunas de estas manifestaciones (Fajreldin, 2020).

Ello se ha hecho posible también porque existe un rasgo cultural interesante que es la noción de que cada sujeto/a es un cultor/a por el sólo hecho de vivir en la comunidad entendida –como reza algún slogan apropiado también por el turismo¹³⁵ - como “patrimonio vivo” (Fajreldin, 2013; Fajreldin, 2020). De este fenómeno de patrimonialización –esté o no sintonizado, inducido o facilitado por las políticas públicas- se desprende una pregunta acerca de la distribución del conocimiento tradicional en la comunidad, y sus posibilidades de reproducción generacional e interfamiliar.¹³⁶ Preguntas como de quién es entonces tal o cual práctica, tal o cual saber, tal o cual –ahora convertido en- “tema”, resultan muy relevantes a la hora de enfrentar el posicionamiento del o los actores sociales frente a fondos públicos o al simple desarrollo y trabajo entendido por los pares como genuino en torno de un tema, como se explorará después en relación con los saberes de la folkmedicina.

En medio de estos procesos internos de la comunidad actual, encontramos que ya desde los años 90 se ha producido un fenómeno migratorio de continentales hacia Rapa Nui; atraídos fundamentalmente por las posibilidades de trabajo en rubros como la construcción de infraestructura vial principalmente, u hotelera.¹³⁷ El fenómeno migratorio se acentuó en las siguientes décadas de manera tal que al día de hoy es más la población continental residente que la propiamente rapanui. El siguiente gráfico muestra –con criterio de largo plazo- la evolución de la población residente desde el año 1877, con su auge desde el año 1992.

134 Quien escribe ha sido inductora indirecta de este proceso respecto a lo médico; ya que fui yo misma quien ganó un fondo cultural público (FONDART Regional 2010) para convertir el fenómeno del uso de la planta *Matua Pua'a* (*Microsorium parksii*) en un documental antropológico y tema de rescate patrimonial inmaterial, como veremos profusamente después.

135 Considerando sin embargo, que el turismo es una industria que quedó desde muy temprano la década de los 70 y 80 ya en manos rapanui, tanto su control económico como conceptual y por cierto su gestión.

136 Según proponían ya Englert (*op.cit*) y Metraux (*op.cit*) para la década del 30, tanto observando la realidad etnográfica como aludiendo a un pasado remoto, existió en la comunidad una división de conocimientos de tipo clánica, que podía entenderse como parte sustancial de su forma de organización social. No solamente el territorio, ni los roles económicos eran susceptibles de división clánica sino también el saber y la práctica de alguna tradición o conocimiento cultural.

137 Desde los años 2010 aproximadamente y siguiendo la facilidad que la propia ley Indígena instaló indirectamente como posibilidad de “negocio”, la tierra indígena no se puede vender, permutar, arrendar ni enajenar a quienes no sean de la misma etnia; algunas grandes cadenas hoteleras han instalado su sucursal en la isla: el Hotel Altiplánico, el Hotel Explora, el Hotel Hanga Roa –famoso por su disputa territorial con el clan *Hito-Rangë*, donde los precios pueden fácilmente llegar a 1.500 dólares la noche. La figura que la ley permitió generar es una sociedad con personas rapanui dueñas del terreno; de modo que siempre aparece el conglomerado siendo representado por el socio/a rapanui. De más está indicar que esta fórmula ha generado nuevas fortunas dentro de la comunidad y también nuevos conflictos internos.

Gráfico 2 Evolución poblacional desde el impacto de los contactos interculturales hasta el presente. Se nota sobremanera el crecimiento de la población desde la década de 1990 en adelante.



Fuente: Alba, 2008.

Y es que la dinámica poblacional ha sido sensible a las condiciones económicas que rigen los movimientos internos y la presencia de extranjeros dentro de su territorio. La composición de la Rapa Nui contemporánea es el resultado de una larga historia de aislamiento geográfico que desde la segunda mitad del siglo XIX se abre lentamente a contactos con el mundo exterior. La población isleña disminuyó ostensiblemente a partir de la segunda mitad del siglo XIX dados los embates epidémicos y humanos; la presencia de personas foráneas aumentó considerablemente desde mediados del siglo XIX para descender luego y volver a aumentar a principios del XX y desde allí sostenidamente, sobretudo a partir de la década de 1960 acelerado por la entrada civil de Chile. En las primeras décadas del siglo XXI sufrió nuevamente una aceleración.

No todos los rapanui viven en la isla de manera permanente. Hay migraciones estacionales hacia el continente de los niños y jóvenes que van a estudiar o de personas rapanui que trabajan allí. Mientras, muchos otros habitan distintos lugares del mundo de manera más permanente. En los años 80 ya Grant McCall contabilizaba que del universo de 2.564 rapanui existentes el 65% residía en la isla, mientras un 26% residía en el

continente y un 9% en el extranjero; siendo después de la isla, los lugares de mayor concentración Chile continental y Tahiti (McCall, 1996).¹³⁸

Para el inicio de la década del 1990, la Municipalidad¹³⁹ estimaba que el 40% de los residentes había nacido fuera de la isla, no siendo rapanui; mientras el 60% habían nacido en la isla, siendo rapanui.¹⁴⁰ De los residentes continentales o extranjeros la mayoría correspondía a personas con vínculos de pareja rapanui; además de los funcionarios públicos chilenos y sus familias –escuela, hospital, fuerzas armadas y otros servicios- que se establecían con asignación económica de “zona” por 3 o 4 años. Entonces comenzó a ser notoria también la presencia de obreros de la construcción continentales, trabajando en un momento de fuerte inversión en obras civiles como pavimentación de calles; o bien como taxistas a raíz de la entonces reciente introducción masiva de vehículos.

El fenómeno de la inmigración, de todas formas, ha sido tema de preocupación local desde los años 90,¹⁴¹ y llegó recién a articularse desde la política pública el año 2018 a través de la ley N°21.070 que regula el ingreso, salida y residencia. La misma se sostiene con un modelo de medición de carga demográfica;¹⁴² tecnología vinculada con la evaluación de impacto en los recursos naturales y sociales.^{143 144}

138 Los trabajos de Diego Muñoz han descrito las dinámicas de movimiento de los rapanui en distintos lugares del mundo, identificando la existencia de un fenómeno antropológico que constituye una forma de ser rapanui: lo translocal (Muñoz, 2007; 2014; 2017; 2019 a y b).

139 Población estimada respecto al Censo Nacional de Población 1992.

140 La distinción rapanui/no rapanui de acuerdo con el nacimiento en la isla es meramente *emic*; lo que deriva de la falta de reconocimiento constitucional del carácter de pueblo, de modo que no se convierte más que un *status*. De todos modos, es una distinción fundamental para los propios rapanui –residentes o no- ya que apela al tema identitario, político y de control sobre el territorio. Para el estado y el orden de las cosas en el mundo fenoménico: todos somos nada más que “chilenos”.

141 Importante recordar de todos modos, que la preocupación local por esta masiva llegada e instalación de continentales tuvo una primera versión en los años 60, después de la entrada del Chile civil en la isla. Según refieren nuevos documentos (Foerster y Montecino, 2021; Muñoz, 2017) ya los discursos entonces apuntaron a la sensación de “invasión” dado además el hecho de que Rapa Nui no fue un caso de colonialismo de asentamiento, como hemos ya señalado.

142 <http://www.gobernacionisladepascua.gov.cl/noticias/comenzo-a-regir-el-plan-de-gestion-de-carga-demografica-que-busca-detener-el-deterioro-medioambiental-de-rapa-nui/>

143 Entre los temas que históricamente han tenido preocupada a la comunidad –no aparece en la tecnología mencionada de control demográfico- está la relación del mundo espiritual de los *varua* con las personas rapanui, en el contexto de la que consideran una isla muy ruidosa y con mucha gente foránea; ya desde los años 30, como bien comentan Englert y Metraux. Asimismo, fue recogido por mi primer trabajo de campo el año 1999 (Fajreldin, 2002) y considero se requiere una actualización de este importante efecto desde la perspectiva del manejo territorial local, ya que nos parece un tema índice de varios procesos de modernización e indirectamente de medicalización como veremos en el subcapítulo que refiere a la lepra.

144 La Gobernadora de la isla –antropóloga física rapanui Tarita Alarcón Rapu-, indicó en el momento de la promulgación en el Diario oficial del *Plan de Gestión de Capacidad de Carga para Isla de Pascua*. “Este plan es fruto del trabajo conjunto de la comunidad de Rapa Nui, de las autoridades locales y las autoridades de Gobierno, quienes lograron escuchar y reunir el sentir de la comunidad de Rapa Nui respecto a las problemáticas que aquejan a nuestro territorio, con especial enfoque en aquellas necesidades de una comunidad que busca preservar y mejorar su calidad de vida y proteger nuestra cultura” (www.gobernacionisladepascua.gov.cl) <https://www.emol.com/noticias/Nacional/2018/08/01/915370/cifras-turisticas-de-isla-de-pascua.html>

El crecimiento demográfico anual de la década del 90 -calculado sobre la base de los dos últimos censos 1992-2002- era de un 3.6 %. Se trataba de una población joven de alrededor de 3.600 personas, mayormente ubicadas entre los 0-9 y los 35-39 años, con un ligero mayor número de mujeres respecto de hombres. La población era considerada urbana en un 97%, entendiéndose por ello que reside en el área de Hanga Roa, en tanto un 3% vivía fuera del pueblo.¹⁴⁵ La densidad de población era de aproximadamente 16 hab/km. (Municipalidad de Isla de Pascua) la Encuesta CASS, consideraba a la población en extrema pobreza en un 27% de los encuestados.¹⁴⁶

La economía de esa década estaba articulada en función del turismo que iba claramente creciendo. Si en los 90 mostraba un notorio aumento siendo el año 1995 unas 9.000 personas –en un 80% extranjeros- quienes visitaban Rapa Nui anualmente; en 1998 ya se calculaban en 20.000 personas. Se practicaba una agricultura y pesca de autoconsumo; cuya productividad silvoagropecuaria baja se relacionaba con la existencia de plagas, la propiedad estatal de las tierras, la falta de buena organización cooperativa, la demanda interna reducida, y, sobretodo con la importación de la mayor parte de los insumos desde el continente.¹⁴⁷ Si bien la nueva estructura ocupacional se desarrolló después de 1965 con la entrada de los servicios públicos chilenos,¹⁴⁸ ya para el 2002 el 60% de la población mayor de 15 años se encontraba económicamente activa (INE, 2002).

La década del 90 fue un tiempo de grandes cambios sociales, como podemos observar. El año 1994 se hizo allí una superproducción de Hollywood dirigida por Kevin Reynolds¹⁴⁹ y producida por Kevin Costner entre otros; conocida en la isla simplemente como... “la película”.¹⁵⁰ Si bien la misma no tuvo en las salas de cine del mundo mucho éxito económico, en la isla provocó un antes y un después en la comunidad (Fajreldin

145 Coherente con la concentración de la población en Hanga Roa, para el año 1994 la cobertura de agua potable urbana era de alrededor de un 96%, no contando el campo con este servicio, mientras la cobertura de energía eléctrica urbana era de un 96%, inexistiendo en la zona rural. El número total de teléfonos –obviamente fijos- era de 400 (37,6%). Las primeras pavimentaciones urbanas se producen en el período 1990-1992, cubriendo el año 1994 un 13,4%. Fuente: MIDEPLAN, 1996.

146 Obviamente según los estándares que miden los instrumentos nacionales de manera estandarizada; lo que no permite discriminar de forma cultural el fenómeno (Cristino y cols, 1998).

147 Documento Resumen de Proyectos de Desarrollo para la Isla de Pascua 1968, 1972, 1986, 1991. Archivo personal de V. Fajreldin.

148 Para el año 1973 dos tercios de la población masculina percibían un salario asociado a estos servicios y también en trabajos de la construcción que aumentaron a causa del turismo y la necesidad de incrementar la capacidad de la infraestructura hotelera.

149 Llamada simplemente “Rapa Nui” (<https://www.youtube.com/watch?v=mQ3kbX5jzX0>). La película recreaba un ambiente “antiguo” por lo que dejó instalado un imaginario de “lo rapanui ancestral” en la propia comunidad: plumas de ave, estéticas faciales y varios otros elementos que desde entonces se siguen reproduciendo año a año en las fiestas locales y pasaron a formar parte de la manera especular-espectacular de “ser rapanui”.

150 Aludir emicamente a “la película” en Rapa Nui, es apelar al recuerdo de la época con sus derivadas sociales y culturales de grandes cambios.

2011a ver Francisco Haoa).¹⁵¹ La infraestructura pública, como la pavimentación, comenzó a considerarse una necesidad, desaparecieron gradualmente los caballos del pueblo y otros indicadores de una vida hasta entonces semi bucólica en el poblado de Hanga Roa. Con estos procesos llegó además una tensión a la comunidad entre quienes apoyaban estas formas que comenzaba a adoptar la modernización y quienes eran partidarios de conservar ciertos cánones anteriores respecto de la convivencia social, del pueblo y sus espacios.

Para comprender los profundos cambios desde los años 90 al presente, hay que entender el rol que han ido teniendo tanto las organizaciones sociales y políticas rapanui como los instrumentos legales y normativos que la vinculan con el Chile institucional. Con la promulgación de la *Ley Indígena* de 1993 comenzó la instalación de instituciones nuevas para la isla como la aludida CONADI, que partió de un proceso de reparto de tierras a parejas jóvenes sin solucionar por ello el tema hasta la actualidad; pero este es el origen de las primeras formas de desconcentración del pueblo de Hanga Roa y de la habilitación progresiva de otras zonas de la isla, en territorio considerado rural.¹⁵² El año 2002 (Censo 2002) el porcentaje de población urbana¹⁵³ era de 86% y el rural había crecido ya a 14%.

En el mismo censo, la pirámide demográfica mostraba un porcentaje importante de población infantil, aunque comenzaba a disminuir en el grupo de 0 a 4 años; asimismo se observaba una reducción importante del peso que tiene la población joven, específicamente entre los 15 y 24 años, posiblemente asociado a la necesidad de trasladarse al continente para continuar los estudios superiores.¹⁵⁴ El 36% aproximadamente de los rapanui residían en el continente ya sea de manera estacional o permanente.

En 2010 según la *Encuesta de Empleo a cargo de la Gobernación Provincial*, la composición de las familias residentes mostraba la tendencia de la migración de continentales hacia la isla ya en estadio de consolidación; de las 1.363 familias encuestadas, 36.8% declaró estar compuesta sólo por personas rapanui, seguido de un 31.3% que estarían compuestas sólo

151 Cientos de actores extranjeros, estrellas de cine y extras llegaron a la isla, y la comunidad toda desde los niños hasta los ancianos participaron como extras o como personal de servicio para el proceso de filmación. Por ello, con “la película” llegó el dinero y la posibilidad de compra de implementos utilitarios domésticos antes casi desconocidos –refrigeradores, lavadoras, televisores- con su consecuencia de competencia entre las familias. Se podría pensar que fue una suerte de re-introducción del valor del dinero como medio de compra; habiendo sido el primero el inicio de la época de chilenización en los años 60.

152 Aún siendo resultado evidente del confinamiento histórico de la población en el poblado producto de las políticas coloniales de la compañía Explotadora de Isla de Pascua a inicios del siglo XX; esta tendencia ha seguido su curso dada la progresiva desafectación de zonas del Parque Nacional Rapa Nui por parte del Estado.

153 La categoría tiene sentido para el caso de la isla si es que consideramos como urbanos a aquellos habitantes que tienen acceso a electricidad y agua para el consumo humano según propone Muñoz (comunicación personal).

154 Efectivamente, el 26% de población rapanui residía en la Región Metropolitana; el 7,4% en la V Región continental (Valparaíso, Quilpué, Viña del Mar), el 4% en otras regiones de Chile continental.

por personas no rapanui; mientras el porcentaje más alto, 38.2%, serían “familias mixtas”, que en el caso local, se refiere a aquellas familias compuestas tanto por personas de origen rapanui como por personas de origen no rapanui (Mc Ginty, 2016).

El año 2010 la tasa de natalidad era de 15,41% y la de mortalidad de 14,71% (www.sinim.cl). Los mayores niveles de maternidad adolescente indígena se presentan en la Isla –comparada con las otras etnias chilenas- siendo que 17 jóvenes indígenas de cada 100 es madre, lo que a diferencia del continente y de la lógica salubrista internacional no es leído en la comunidad rapanui como un problema.

Calculado una proyección para el año 2012, el analfabetismo alcanzó al 5,1% en total y fue mayormente femenino; siendo la segunda más elevada en el país en una población indígena. Asimismo, la brecha de alfabetización entre población indígena y no indígena fue casi 9 veces más elevada en Rapa Nui. Con todo, si comparamos a la población indígena en relación con el nivel de educación, la educación formal de los isleños es en promedio de 11.4 años de estudio entre quienes tienen entre 16 y 29 años; siendo 1,5 más que el promedio indígena (Muñoz, 2007).

Ya para el año 2017 (INE, 2017), los habitantes de Rapa Nui alcanzaban las 7.750 personas, distribuidas así:

Grafico 3. Distribución por edad y sexo, población residente en Rapa Nui.



Fuente: INE, 2017

Para el 2017, de los residentes solo el 45% pertenecía al pueblo rapanui, invirtiéndose la relación rapanui-continental,¹⁵⁵ siendo una minoría en su territorio. De todos modos el “pueblo rapanui” sigue disperso ya que el año 2018 de 9.399 personas rapanui vivían en territorio isleño sólo 3.512, mientras 5.887 residían fuera de la isla, en el continente principalmente¹⁵⁶ (Muñoz, 2019). Además, existirían actualmente alrededor de 120 personas rapanui residiendo en Tahiti.¹⁵⁷ Los datos arrojan cerca de un 62% de rapanui que viven fuera de la isla, confirmando el fenómeno de translocalidad (Muñoz, 2014, 2007).

La distribución de la población en el territorio muestra además del aumento de población, el fenómeno de ocupación progresiva de más territorios antes “rurales”, en las afueras del pueblo y obviamente un aumento notorio de la densidad poblacional -31,7 hab/km².

Existe una población flotante de turistas nacionales e internacionales que llega a los 100.000 al año.¹⁵⁸ Adicionalmente, la Corporación Nacional Forestal (CONAF) informó de 58.459 visitantes al Parque Nacional Rapa Nui¹⁵⁹ durante el año 2013, compuesta por 30.365 chilenos y 28.094 extranjeros provenientes principalmente de Estados Unidos, Francia y Brasil (Mc Ginty, 2016).

155 En los años 60, cuando la isla se abre la administración civil, se produjo una situación similar aunque momentánea; ya que a los nuevos funcionarios e instituciones continentales se le sumó un conglomerado humano representado por el operativo USAF de los Estados Unidos (Stambuk, 2016), la que se revirtió después de desmantelado el campamento.

156 Cantidad y distribución porcentual de personas que se consideran pertenecientes a un pueblo indígena u originario según región de empadronamiento y pueblo: Rapa Nui y Likanantai.

157 Información personal de Diego Muñoz.

158 Subsecretaría de Turismo. La Junta de Aeronáutica Civil informó de 152.593 llegadas y salidas entre Santiago e Isla de Pascua durante el año 2013, lo que comparado con el año 2012, representa un aumento del 12,7%.

159 El Parque Nacional Rapa Nui, correspondiente hasta el año 2017 a las tierras en manos de la administración central a través de CONAF; es la zona arqueológica protegida por Chile y cuyos ingresos económicos por concepto de turismo iban al nivel central. La concesión que el gobierno de Bachelet le dio a la comunidad indígena *Ma'u Henua* –creada para tales fines- permite que estas cifras contribuyan hoy al dinero de gestión local.



Imagen 3. La caricatura muestra un moai- foco del atractivo principal del turismo- molesto, rodeado de turistas en actitud de disfrute.

Fuente: www.bibliotecadelcongresonacional.cl, 2020.

La fuerza laboral es de 81% el año 2017, desempeñándose la población económicamente activa un 5% en el sector primario, un 6% en el sector secundario y un 89% en el sector terciario (INE, 2017). Asimismo, se registra en los últimos años un fenómeno de migración laboral extranjera, coherente con la transformación de Chile en un país receptor; que para el censo de 2017 alcanzaba el 5% de la población residente.¹⁶⁰

Los problemas ambientales no son ocasionados exclusivamente por la presión demográfica sino que esta interactúa con otros factores endógenos de larga data – contaminación en las aguas y escasés del recurso; generación de basuras domiciliarias a lo que se suma la acumulación de desechos de los barcos (Huke Atan, 2021; Fajreldin, 2011a) o aquella que deriva del desuso de electrodomésticos, automóviles y otros objetos.^{161 162} La pesca y recursos del mar están también considerados hoy en riesgo dadas las presiones del

160 El año 2018 se tramitaron 117 visas de residencia, siendo mayormente colombianos, peruanos, franceses, venezolanos, haitianos, argentinos, entre otros, contando con residencia temporal y sujeta a contrato para trabajos profesionales y de servicios (Gobernación Provincial de Rapa Nui, 2019). <http://www.gobernacionisladepascua.gov.cl/media/2020/11/G.-ISLA-DE-PASCUA-CUENTA-PUBLICA-2019.pdf>

161 Estimaciones indican que el parque automotor local creció un 44% entre 2009 y 2017. La cantidad de vehículos que actualmente transitan por las calles de la comuna asciende a 3.033, equivalente a decir que existe un vehículo por cada 2,5 habitantes <http://www.economiaynegocios.cl/noticias/noticias.asp?id=356619>

162 <https://blogs.iadb.org/ciudades-sostenibles/es/tari-mahingo-movilidad-urbana-sostenible-en-rapa-nui-islade-pascua/>

consumo orientado a satisfacer el turismo o por la presencia de grades barcos internacionales.

Otro elemento en disputa entre las presiones del mundo real, el turismo y el estado –por ausente o por sobre presente- es la diferencia entre las expectativas de uso locales y la necesidad de protección patrimonial o medioambiental. El territorio cotidiano es también el de la riqueza arqueológica. Los organismos públicos propician resguardo patrimonial – vinculado a su vez con la principal actividad económica- y dificulta el uso para la ganadería y agricultura locales, ocasionando a la vez que estas actividades portadoras de cultura inmaterial –como el uso de la *vananga rapanui* o conocimientos y tecnologías campesinas ancestrales- se vean desincentivadas en la práctica.¹⁶³

Otro factor de vulnerabilidad desde la perspectiva de la comunidad rapanui, que pesa de manera rotunda sobre la isla es la pérdida del *mana* (Fajreldin, 2010d; Arthur, 2015).¹⁶⁴ Desde el primer contacto con occidentales se generó este proceso que la comunidad experimenta como flagelo y traduce en una demanda de recuperación.¹⁶⁵ Esta pérdida de *mana* implica un sentimiento de desprotección. Es una vulnerabilidad adquirida y derivada también de la posición de colonia. También el *mana* en las formas de relacionamiento ente las generaciones ha ido resintiendo el paso de los cambios; como por ejemplo la pérdida creciente del *moa* –respeto interpersonal- de los jóvenes a los mayores.

La población actual en la isla tiene un perfil de morbilidad más bien de tipo crónico. Las causas de defunción son en orden decreciente: cardiovasculares, cánceres y violencias/accidentes. Las tasas de mortalidad son equivalentes a Valparaíso y a Santiago, las tasas de natalidad han bajado a 4 por mil nacidos vivos, prácticamente iguales que en el continente. La mortalidad infantil es también muy baja. La edad de muerte es alrededor de 65 años, siendo levemente mayor en las mujeres. Se observan patologías similares al continente, y muchas vinculadas con el estrés, como la alta tasa de suicidios.¹⁶⁶ (Duffin, 2019; SSMO-Hospital Hanga Roa, 2021).

163 En el contexto de una sociedad que en general tiende a seguir patrones de urbanización y modernización crecientes, los jóvenes dejan de ser herederos de este patrimonio inmaterial para ir a estudiar al continente o ejercer en las oficinas públicas del pueblo.

164 *Mana*, como ya se ha indicado, refiere a energía ancestral polinésica presente en personas, objetos, roles y tareas. En este caso refiere a objetos. Veremos el tema con profundidad más adelante por sus implicaciones en los temas médicos.

165 Sobre este punto se ha estado trabajando los últimos años desde la Secretaría Técnica de Patrimonio – institución dependiente del Consejo de Monumentos Nacionales local; y por el movimiento social comunitario generado por la recientemente fallecida activista cultural Piru Huke Atán, en acciones de repatriación de objetos arqueológicos desde países europeos y otras metópolis. Emblemático es el caso del *moai Hoa Haka Nanaia* que es una pieza importante del Museo Británico y hoy objeto de gestiones diplomáticas para su restitución (Arthur, 2017; Hucke, 2021; Pakarati, 2015 (film)).

166 ver detalles de los perfiles actuales de los últimos cinco años en Anexo 12.

III.II Etapas del proceso de medicalización de Rapa Nui, una propuesta

Entrando a las fuentes

Hablar del proceso de medicalización de Rapa Nui implica hacer un recorrido de doble corte, entendiendo que es tan relevante comprender la historia de las instituciones y enfermedades en territorio isleño, como su historiografía, es decir, observar las fuentes de las cuales se nutre la información y sus posiciones en un contexto neocolonial.¹⁶⁷ Haciendo una lectura crítica de las mismas es posible observar cuáles son las fuerzas que han estado presentes en la aparición de los temas de salud y enfermedad en la isla, quiénes han estado tras las instituciones y haciendo “evidente” el fenómeno.

Los antecedentes bibliográficos disponibles sobre la historia de las instituciones médicas provinieron hasta hace unos pocos años de fuentes diversas a partir de las cuales era posible reconstruir el devenir de los dispositivos institucionales en el territorio y de la presencia de la enfermedad. Descripciones de viajeros y exploradores, estudios médicos realizados durante el siglo XX (la mayor parte bajo el alero de la Universidad de Chile y la Universidad de Concepción), estudios de carácter antropológico físico y descripciones y comentarios generales de médicos y otros observadores que aludieron a la temática de manera más menos general.

Sin embargo desde que han surgido nuevas fuentes de información, hace aproximadamente diez años,¹⁶⁸ se ha favorecido la lectura y la revisión de algunas de las formas con que los estudiosos/as de Rapa Nui hemos de aproximarnos a los temas concretos estudiados. Para el caso de temas sanitarios ello también nos abre nuevas perspectivas y puntos desde donde mirar y posicionar el fenómeno de interés de esta tesis, ahora leyendo estas nuevas fuentes por y desde una antropología médica.

167 Se trata de una precaución que mantendremos durante todo el recorrido por las etapas. Ello es tan válido para las fuentes documentales como para las fuentes etnográficas de las cuales yo misma formo parte pues a ratos soy tan relatora como actora de algunos procesos.

168 Como ya he señalado, fundamentalmente a partir del trabajo del antropólogo Rolf Foerster de la U. de Chile, que ha recopilado material documental general –no de salud específicamente– de muy diverso origen (misiones religiosas, fuentes de la Armada, informes técnicos de diverso tipo, archivos de prensa nacionales, documentos gubernamentales, fotografías, cartas, una serie de otros archivos en bibliotecas europeas y particulares, entre otros). Por otra parte se ha producido un enriquecimiento de fuentes también a propósito del trabajo del también antropólogo Diego Muñoz que ha contribuido a un posicionamiento de la historia y cultura rapanui en el marco de su situación respecto del Pacífico y de lo translocal. Finalmente otra inspiración para el enriquecimiento de las fuentes en torno de la historia de Rapa Nui la constituye el trabajo del licenciado en Historia de origen rapanui y residente en la isla Cristian Moreno Pakarati, quien desde su disciplina y desde la historia oral facilitada por su origen, ha recabado valiosa información sobre lo contemporáneo.

El carácter diverso y poliforme del material de archivo hoy disponible es también coherente con la misma noción de medicalización que autores como Menéndez (2020) y Comelles (2020) han puesto sobre la mesa: un proceso que tiene varias aristas que se intersectan de modo diverso y localmente situado con el conjunto de lo social, político y económico. Tomando en cuenta los procesos con una mirada histórica, se hace posible ver los aspectos políticos y administrativos que ligan la vida social, legislativa y económica con el ámbito de la salud también para esta isla situada en la mitad del Pacífico, y tanto desde lo que encontramos como desde lo que Menéndez llama “los ocultamientos” (2020). A partir de estas fuentes dispersas y variopintas es posible observar una clara lógica colonial donde el fenómeno de la morbilidad y la institucionalidad médica va dando luces respecto de la relación entre la isla y el Chile institucional; y al revés. La relación de lo médico y lo político asume en la isla ciertas características específicas dado que se junta con la problemática intercultural y el carácter de isla distante casi cuatro mil kilómetros de la metrópoli.

De hecho, en este ejercicio personal de escritura de tesis, pretendo superar mi misma mirada anterior sobre estos materiales –los que hasta entonces estaban disponibles en la década de 2000- y articular la perspectiva desde los nuevos hallazgos, la madurez de campo etnográfica y la personal. Además, seguir la indicación de antropólogos médicos que recomiendan siempre aludir a lo relacional del fenómeno de la medicalización; reconociendo tanto la existencia de hegemonía-subalternidad y la expansión de la biomedicina sobre los saberes y prácticas locales, como también de la bidireccionalidad de los procesos (Menéndez, 1994, 1996; Rodríguez Zoya, 2010). Asimismo pretendo no eludir la identificación de las formas en que se manifiestan los descatos colectivos, las luchas por la definición de la folkmedicina, los “usos” que se dan a las “tradiciones” y los saberes en este pedazo de tierra llamado Rapa Nui (López, 2005).

Así, el interés médico en Rapa Nui tiene, a lo largo de la historia de los contactos entre culturas, dos áreas principales a través de las cuales se hace manifiesto.

Una de ellas dice relación con el conocimiento de los aspectos biomédicos, tales como el estudio de las características genéticas y físicas (origen de la población rapanui de inicios de contacto intercultural y de bien entrado el siglo XX; medidas antropométricas), el estado de salud-enfermedad de la etnia desde marcadores biomédicos, los tipos de enfermedades presentes a lo largo del tiempo, las condiciones sanitarias e higiénicas existentes en la sociedad para explicar la relación biológica con la enfermedad. La mirada desde la antropología médica no fue parte de esta perspectiva sino hasta mi trabajo de tesis de pregrado (1999) (Fajreldin, 2002).

Por otra parte y de manera independiente del mundo de los estudios e investigaciones de este tipo; encontramos un interés práctico –aplicado- en introducir soluciones a los problemas pesquisados, desde el Chile continental, principalmente a través del establecimiento en la propia isla de las instituciones de salud que fueron consideradas pertinentes y necesarias desde la óptica las más de las veces, de las instituciones metropolitanas y sus actores de hecho o de derecho; como iremos mostrando poco a poco en este trabajo.

Etapas de la medicalización

Esta tesis propone una periodización a grandes rasgos respecto de estos fenómenos que está constituida en 5 grandes etapas. De más está decir que esta periodización no es estricta –particularmente respecto de las fechas que utilizo- ya que considera que la medicalización debe siempre entenderse como proceso que implica tanto concatenaciones de procesos y eventos previos, como del surgimiento de eventos contextuales que van configurando los mismos procesos; todo lo cual no puede remitirse a una simple fechación.

Las etapas son las siguientes:

Primera etapa: un primer periodo de instalación incipiente de instituciones médicas surge en el contexto de la empresa ganadera trasnacional y en relación con las autoridades navales chilenas; desde poco antes del inicio del siglo XX hasta la mitad de la década de 1940;

Segunda etapa: se inicia con la aparición de la Sociedad de Amigos de Isla de Pascua en ciudades del continente, la que influye en el contexto del colonialismo republicano. El periodo se extiende hasta los albores de la asunción de la Armada como administradora exclusiva de la isla, en la mitad de 1950;

Tercera etapa: esta etapa es a partir del establecimiento de la Armada como administradora exclusiva de la isla desde el año 1954 y hasta el final de esta administración en la mitad de 1960;

Cuarta etapa: la etapa tiene que ver con la entrada de Chile civil en la mitad de la década de 1960 y que implica una serie de cambios administrativos e institucionales; y que se prolonga hasta 2006 cuando se producen nuevos cambios administrativos;

Quinta etapa: se inicia el año 2007 a partir del nuevo Estatuto Especial de administración de la isla que implica una nueva dependencia en salud y su respectivo modelo de gestión y atención hasta nuestros días.

Estas etapas deben ser observadas en función de lo que Comelles ha llamado el complejo asistencial abordando tanto los dispositivos como los procesos (2000b). Veremos la descripción de escenarios de morbilidad; la introducción de dispositivos biomédicos-biopolíticos institucionales; los actores presentes en tales procesos ya sean externos o internos; y los productos que de todo ello van deviniendo.

A modo de introducción sintética con objeto de ordenar al/la lector/a de esta tesis en torno de estas etapas, se ofrece el siguiente cuadro sobre algunos componentes del fenómeno de medicalización, que contempla un correlato con los procesos continentales en institucionalidad de salud y con los procesos sociales y políticos isleños más relevantes para nuestra etapificación del proceso de medicalización.

Asimismo mostramos la disposición de algunos dispositivos biomédicos en el territorio, que son parte de la historicidad del proceso; a fin de que el lector pueda transitar por ambos documentos tantas veces como sea necesario durante la lectura de los subcapítulos siguientes.

Cuadro 4. Síntesis Periodización del proceso de medicalización de Rapa Nui.

PROCESOS CONTINENTALES EN SALUD	Sanidad y caridad privada y eclesial. 1924 Primeras instituciones de estado benefactor. Acciones de Prevención. Estado secular crea políticas públicas.	1952-1972: Servicio Nacional de Salud (SNS). Grandes hitos de salud pública.	1973-1990: Gobierno militar neoliberal: privatización; regionalización y municipalización.	1990-presente. Democracia administra modelo anterior. 2005 Reforma de salud (autoridad sanitaria (SEREMI)); crea dos subsecretarías; se mantiene modelo mixto en salud). Modelo de atención centrada en usuario; gestión en red. Permanece municipalización de APS. Fondos y organismos internacionales influyen procesos.
--	--	--	--	--

PROCESOS RAPA NUI	ETAPAS				
	Primera Etapa Inicios siglo XX a década de 1940	Segunda Etapa Desde el año 1947 al año 1953	Tercera Etapa Desde 1954 al 1964	Cuarta Etapa Desde 1964 a 2006	Quinta Etapa Desde 2007 en adelante

Actores	CEDIP; iglesia; Armada; Comunidad.	CEDIP, SADIP; comunidad; Armada	Armada de Chile, comunidad	METEI; USAF, Municipalidad, Gobernación, otros servicios públicos; autoridades y organizaciones rapanui	Instituciones públicas anteriores; organizaciones rapanui.
Contexto sociopolítico en la Isla	Colonialismo ganadería; Confinamiento en Hanga Roa. Cambio patrones de vida y territoriales. 1917: Temp. Prov; ley 3.220 1933: Estado inscribe tierras rapanui a su nombre. 1936: Régimen Interno de Vida y Trabajo. Armada y CEDIP contrapesan poderes político y económico.	Colonialismo republicano exacerbado; influencia de la SADIP; sigue contrapeso de CEDIP y la Armada. Prohibición transitar y abandonar la isla. Fugas de jóvenes rapanui a polinesia y continente. Primeros jóvenes educados en continente.	Administración de la Marina de Chile sin contrapeso; prohibición de entrar y salir de la isla	Revolución rapanui, Inicio de periodo civil. Ley Pascua (16.441) y creación de Comuna y Provincia de Isla de Pascua. Inicio de profundos cambios demográficos, apertura al mundo, nuevas instituciones y chilenización. Ingreso lógico de políticas y fondos públicos. Influencia de METEI; Influencia de base norteamericana; Turismo se convierte en principal fuente económica; patrimonialización de la cultura. Ley Indígena 19.253 de 1993. Tensiones y reclamos sobre el tema de la tierra; surgimiento organizaciones políticas emblemáticas. Pendiente reconocimiento chileno del Tratado fundacional estado-rapanui.	Estatuto Especial administrativo. Nuevas organizaciones rapanui; organizaciones temáticas (las agencias rapanui se manifiestan en organizaciones formales). Concesión de mar y tierras rapanui por parte del Estado. Tema de tierras y reconocimiento del Tratado de 1888 sigue pendiente.

PROCESOS CONTINENTALES EN SALUD	Sanidad y caridad privada y eclesial. 1924 Primeras instituciones de estado benefactor. Acciones de Prevención. Estado secular crea políticas públicas.	1952-1972: Servicio Nacional de Salud (SNS). Grandes hitos de salud pública.	1973-1990: Gobierno militar neoliberal: privatización; regionalización y municipalización.	1990-presente. Democracia administra modelo anterior. 2005 Reforma de salud (autoridad sanitaria (SEREMI); crea dos subsecretarías; se mantiene modelo mixto en salud). Modelo de atención centrada en usuario y gestión en red asistencial. Permanece municipalización de APS.
--	---	--	--	---

PROCESOS RAPA NUI	ETAPAS				
	Primera Etapa Inicios siglo XX a década de 1940	Segunda Etapa Desde el año 1947 al año 1953	Tercera Etapa Desde 1954 al 1964	Cuarta Etapa Desde 1964 a 2006	Quinta Etapa Desde 2007 en adelante

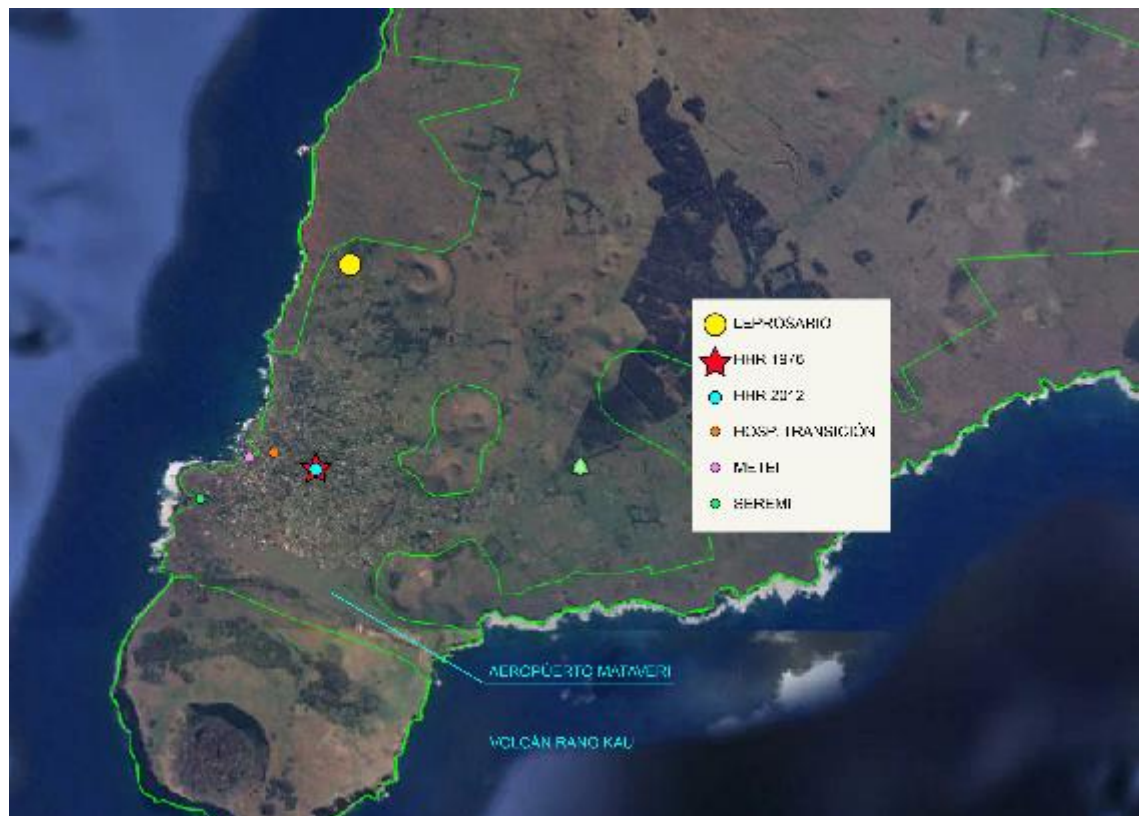
Medicalización	<p>Incipiente leproario eclesial.</p> <p>Nuevo leproario año 1917.</p> <p>Incipiente hospital (enfermería); Año 39 nueva posta médica naval; con coincidencia de subdelegado marítimo y médico a cargo.</p> <p>Ambas instituciones se financian por Temperamento con dineros del arriendo fiscal a la CEDIP.</p>	<p>Intentos de SADIP por articular la salud de la isla con las instituciones sanitarias del país.</p> <p>Hospital naval mejor estructurado</p> <p>Inicio racionalidad del control de la lepra.</p> <p>1947-51 construcción de nuevo leproario con dineros de sociedad civil (SADIP gestiona).</p> <p>Primeros rapanui</p>	<p>Leprosario y Hospital actúan concertados en pro de lepra.</p> <p>Fin del arriendo de la isla deja a la Armada como único actor en el cuidado sanitario. Representante del Fisco.</p> <p>Armada inicia gestiones y convenios con Ministerio de Salud en continente; intento de posicionamiento dentro de política pública.</p> <p>Ambivalencia del poder y la agencia rapanui: control en leproario y hospital en manos isleñas.</p> <p>Creación de cargo de médico sanitario (1952) genera rondas más</p>	<p>Hospital civil de transición, muy precarizado. Inicio administración de transición del Ministerio de salud en Santiago.</p> <p>Primeros funcionarios estables contratados por Ministerio.</p> <p>Gran experiencia de investigación biomédica con expedición canadiense (METEI, 1964); algunos insumos quedan en isla; algunos rapanui capacitados por ellos también.</p> <p>Nuevo hospital el año 1976 por iniciativa de Pinochet; modelo modular importado. Baja complejidad.</p> <p>Administración y control sanitario de la isla queda adscrita a la V Región de Chile continental, asumiendo el control del hospital el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (SSVSA)</p> <p>Disminución casuística lepra; desaparece el leproario y solo queda el HHR como dispositivo.</p>	<p>Cambio de dependencia administrativa y política del HHR, desde SSVSA a SSMO en la Región Metropolitana en el continente.</p> <p>Reforma sanitaria continental (200%) refuerza figura de Seremi de Salud; que sigue dependiendo de la V región.</p> <p>2006 La Presidenta Bachelet, de viaje por la isla, ofrece nuevo hospital.</p> <p>2012 se inaugura nuevo hospital. Criterios y estándares nacionales. Baja complejidad, mayor resolutivez. Declarado intercultural, familiar y comunitario, eficiente energéticamente. Aumento planta profesional, técnica. Mayor influencia de programas y políticas públicas continentales. Énfasis en componente de APS incluido. Reforzamiento a rondas de especialidades desde SSMO. Telemedicina creciente.</p> <p>Continúa apoyo en traslado de pacientes graves al continente (red de Región Metropolitana en Santiago).</p> <p>Aparecen primeras organizaciones temáticas en salud rapanuis; con diálogo con hospital y políticas públicas (Concejo de salud, otros).</p> <p>Aparece programa PESPI y organización en folkmedicina</p>
-----------------------	--	---	--	--	---

	<p>Prestaciones de cuidado a cargo de marina por médicos visitantes esporádicos.</p>	<p>formados en salud en el continente se incorporan a planta de ambos dispositivos.</p> <p>Inicio de derivaciones de casos graves al continente.</p> <p>Mayor frecuencia de personal médico de visita en Hospital y Leprosario. Personal sigue viniendo de Armada. CEDIP sigue financiando.</p>	<p>largas de médicos residentes, pero no médico estable.</p> <p>Control de la lepra entendida como control transversal de la población.</p> <p>Al relativo éxito en disminución de lepra se contraponen una escasa comunicación entre administradores continentales (los jefes de la Armada, en Valparaíso) y las necesidades y logísticas isleñas del Hospital naval. Patio trasero.</p>	<p>Progresiva incorporación de nuevos técnicos y auxiliares rapanui y algunos profesionales en el HHR.</p> <p>Autoridad sanitaria continental (Secretaría Regional Ministerial de Salud, SEREMI de la V Región) tiene su oficina para Rapa Nui.</p> <p>1995 en adelante; Operativo anual de colaboración quirúrgica Fuerza Aérea de Chile.</p> <p>La baja resolutivez y complejidad de casos de atención del HHR se apoya en traslados médicos al continente (V Región) en la red pública.</p> <p>Surgimiento de tensiones permanentes entre municipio rapanui (alcalde) y HHR-SSVSA; por no poder participar de la gestión sanitaria del territorio propio.</p> <p>Folkmedicina rapanui –conocida emicamente como “mi remedio pascuense”- fuera del HHR; contestataria e independiente.</p>	<p><i>Papa Ra'au</i>, al alero del HHR –conocida emicamente como medicina ancestral.</p> <p>Coordinación progresiva e integrada del Operativo FACH con HHR y SSMO.</p> <p>Gran cantidad de profesionales rapanui, incluyendo médicos, trabajan en el HHR; su director es rapanui.</p>
--	--	---	---	--	---

Fuente: Elaboración propia

A modo de síntesis espacial, el mapa que hemos construido da cuenta de la historicidad de los dispositivos e instancias más relevantes de las cinco etapas propuestas; en el territorio.

Mapa 8. Dispositivos Asistenciales en el tiempo. El mapa detalla el sector habitado de la isla desde inicios del siglo XX; el pueblo de Hanga Roa y sus alrededores. Se distinguen en la fotografía el sector del aeropuerto de Mataverí; que coincide en el espacio con el gran cráter del volcán Rano Kau, de importancia cultural y territorial indiscutida. El mapa distingue –yendo de más antiguo a más nuevo en el proceso de medicalización- ubicación de Leprosario; Operativo METEI; Hospital de transición (y posiblemente el anterior Naval); Hospital Hanga Roa (dos últimos dispositivos en el mismo lugar) y oficina actual de Seremi de salud desde 2007.



Fuente: Elaboración propia.

En los siguientes subcapítulos, se abordarán las tres primeras etapas en una sola descripción analítica en base a fuentes bibliográficas y documentales; y las dos últimas es decir la cuarta y la quinta -mi propio trabajo de estos veintidós años se inscribe entre ellas- en otro subcapítulo con base a fuentes etnográficas.

III.III Procesos históricos de medicalización. Etapas primera, segunda y tercera

El proceso de medicalización se da en América de manera muy diversa a como se da en Europa.¹⁶⁹ En las colonias ya emancipadas de España, los procesos de consolidación de las repúblicas dieron origen a instituciones que si bien pudieron tener sus antecedentes en dispositivos españoles,¹⁷⁰ obviamente comenzaron a responder a la intención política de la instalación de las bases nacionales y la consolidación de las repúblicas. En Chile, el discurso y el poder médico estuvo presente intentando un ordenamiento de las conductas públicas y de la ciudad. La creación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (1842) había asumido con visión de futuro la misión país de formar los primeros cuadros médicos bajo una lógica de enfrentamiento de los problemas de salubridad pública. Sin embargo, el énfasis en términos de la atención estuvo puesto en el inicio del siglo XX en la figura de la caridad y la beneficencia privadas que seguía siendo base de dispositivos hacia los más necesitados, en una transferencia de las clases altas hacia las populares.

La salud pública chilena caminó de la mano de la historia política que en la década de los años 30 emerge con fuerza para comenzar a dictar las primeras políticas públicas en torno de la salud de la población (Araya y cols, 2016); ya alrededor de los años 40 estuvo tras el control de fenómenos sociales como la migración campo-ciudad y los conflictos económicos derivados del proyecto oligárquico y político de la Nación (Ibid). Entre las décadas del 20 y 30 aparece con mayor fuerza el posicionamiento del estado entendido como benefactor y que fue desplazando el lugar de la caridad cristiana. La década de 1950 ve nacer el flamante Servicio Nacional de Salud (SNS, 1952, Ley N° 10.383) bajo el modelo inglés, que efectivamente generó numerosos aportes a la salud pública (Illanes, 2010) cuyo principal impulsor fue el entonces legislador Salvador Allende.

Así como diferente es América respecto de España; lo es el caso de Rapa Nui respecto de Chile; donde el proceso se desarrolló de manera muy distinta en un contexto

169 En la Edad Media Europea se han descrito tres fases en el proceso de medicalización. En la América Virreinal -desde el s.XVI- si bien se observa una presencia destacada de médicos galénicos (Foster, 1962) y la fundación de hospitales sigue las pautas de la metrópoli, a nivel de la gestión esta no siguió los mismos patrones institucionales que en España, ya que quedaron bajo la lógica de fundaciones reales o de las órdenes mendicantes. Fuera de la América virreinal central -Nueva España, Nueva Granada, Perú y Brasil-, el caso de las colonias británicas de América del Norte es asimismo distinto pues pese a que hay presencia de médicos con la colonización, el dispositivo asistencial no se desarrollaría hasta principios del XIX (Rothman); en algunos casos el proceso de medicalización del sistema colonial europeo se produjo desde mediados del XIX a menudo desde un punto de partida cero y a veces vinculado incluso con la necesidad de asistencia para la empresa de colonización militar.

170 Para el caso de Chile fue básicamente el Protomedicato español, habiendo existido antecedentes desde el año 1552 respecto de dispositivos médicos en su territorio colonial.

continental determinado por intereses de clase que van progresivamente haciendo cabida a las cuestiones sociales de las grandes masas de trabajadores a partir de lo cual se van generando instituciones y dispositivos asistenciales (Illanes, 2010; Araya y cols, 2016). Ciertamente existen lazos explicativos en algunos momentos más que en otros respecto de los dispositivos asistenciales desarrollados en la isla en comparación con los procesos chilenos nacionales (como se puede observar en el Cuadro 4); pero el carácter de isla, el dominio de la Armada y otros actores no permiten en Rapa Nui un desarrollo paralelo homogéneo respecto de Chile.

En Rapa Nui el proceso de medicalización se anunciaba aunque tímidamente ya a fines del siglo XIX en el contexto de la relación colonial que Chile recién comenzaba; y se desarrolló desde inicios del siglo XX en el contexto de los primeros asentamientos occidentales con enorme precariedad en la medida en que el proyecto colonial chileno se fue consolidando y que tuvo en las primeras tres etapas algunos actores en común, marcando la pauta del extenso periodo hasta entrada la década del 1960.

La *primera etapa* de la que da cuenta nuestra periodización -si bien se inicia a principios del siglo XX- tiene antecedentes en el proceso de anexión chilena de 1888, que se hace a su vez en un contexto específico que vale la pena recordar.

Hasta mediados del siglo XIX los contactos con el mundo exterior fueron esporádicos y se dieron por medio de la visita de barcos de diverso origen y naturaleza; pero en la década de 1860 la isla sufrió el raptó de cientos de personas por empresarios esclavistas que las llevan hasta las costas peruanas para trabajo forzado como sucedió con la gente del Pacífico en general. Del regreso de unos pocos contagiados de varias enfermedades se deriva una baja demográfica de proporciones (Fajreldin, 2002). La iglesia católica, que ya estaba instalada con una pequeña misión, articuló con su homóloga de Tahití¹⁷¹ el traslado de varias familias a vivir a Papeete. Algunas de ellas regresaron trayendo consigo nuevas enfermedades al delicado ecosistema social y político isleño. Tras la anexión por Chile sucedida el año 1888, la colonización activa de la isla no se concretó sino mediante el arriendo a empresas ganaderas¹⁷² que culminarán en la Compañía Explotadora de Isla de Pascua (CEDIP) y que sólo caducó una vez asumida la administración de la Armada el año 1954.

171 De esta época y fase histórica se desprende una relación profunda con la iglesia católica, así como la relación con Tahití (donde varias familias rapanui aún conservan terrenos y familiares desde aquella época) y otras islas del Pacífico. La misma volverá a sufrir de un distanciamiento relativo hasta el inicio de la chilenización en la década de 1960 al abrirse el tráfico aéreo.

172 El más importante de los arriendos sería un contrato con la transnacional Williamson & Balfour que por la misma época se hacía del extremo sur de Chile habitado por el pueblo selknam, al que la triada estado-empresarios-iglesia contribuiría rápidamente a hacer desaparecer por completo en pocas décadas.

La *primera etapa* de la medicalización encuentra entonces un escenario caracterizado por la instalación de una extensa hacienda ganadera en territorio rapanui; reducción de su población en un par de poblados; cambios de formas de vida en la comunidad; sometimiento de su población a diversos actores bajo lógicas no autónomas.

En este largo periodo se van sucediendo el poder y la agencia de distintas fuerzas de hecho, en una estrategia colonial en que participa la empresa ganadera, la Armada de Chile, la Iglesia católica; entrando desde el año 1947 un nuevo actor en la escena que podemos entender como un poder desde la sociedad civil, la llamada Sociedad de Amigos de Isla de Pascua (SADIP) que aunque instalada en el continente ejerció su influencia en diversos procesos locales bajo un prisma ideológico y político de lo que Foerster llama “el colonialismo republicano” (Foerster y Montecino, 2018; 2021). Es tal la influencia e importancia que adquiere la SADIP sobre el proceso de medicalización, que la sitúo como hito para la *la segunda etapa* de esta cronología.

La *tercera etapa* en tanto, surgió una vez caducado el contrato de arrendamiento a la empresa ganadera y con la Armada como administradora absoluta de la isla y se extiende hasta el inicio de la administración civil, en la mitad de los años 60.

Dividiré sólo con fines metodológicos la historia de la morbilidad –que detallo a continuación- y del desarrollo de los dispositivos biomédicos en Rapa Nui; a fin de facilitar la lectura e ir posicionando de manera más clara los aspectos que me parecen relevantes de ambos elementos.

Historia de la morbilidad

En Rapa Nui resulta muy evidente desde temprano y sobretodo por su carácter de isla, la vinculación entre la presencia de enfermedades y los cambios en las condiciones de vida de su población –económicas, ecológicas, políticas (Fajreldin, 2002; Weisner y Fajreldin, 2001). Para reconstruir esta relación debemos remontarnos a la historia de los contactos interculturales y la dinámica medioambiental, epidemiológica y demográfica, también para poder observar cómo en la memoria colectiva del pueblo rapanui –perspectiva *emic*- la etiología de las enfermedades aparece vinculada a estos procesos históricos concretos (Fajreldin, 2002, 2004) (ver Anexo 7).

Incluso a las puertas del siglo XXI, cuando efectué mi primer trabajo de campo, la memoria colectiva -adolorida aún- distinguía entre “enfermedad de afuera” y “enfermedad rapanui”, siendo genéricamente las primeras aquellas derivadas del contacto con el mundo exterior (infecciosas) o las derivadas de las condiciones creadas desde el mismo exterior para producir afectaciones locales; principalmente en el cambio de la dieta –excesivo consumo de carne ovina, en una población que dejó de pescar- y la sanidad que pudieron a su vez atribuirse a los procesos económicos en la entonces confinada y dependiente población de Hanga Roa (Ramírez y Escobar, 2013; Fajreldin, 2002).¹⁷³

La presencia de la enfermedad puede reconstruirse en base a diversos estudios de carácter médico que incluyen informes (Fajreldin, 2002; Fajreldin 2013a). El primer momento en que podemos indagar es cuando su población se encuentra víctima de los efectos de la esclavitud en las costas del Perú y también de la inmigración de retorno desde Tahití, lo que se manifiesta claramente en su estado de salud y demográfico. Una de estas fuentes son los viajes de exploración que la marina chilena realizó incluso antes de anexar la isla y donde la descripción de las condiciones ecológicas y también sanitarias quedaba a cargo de algún médico o de algún marino letrado (Muñoz y cols, 2020). En el *Viaje de Instrucción de los Cadetes de la Escuela Naval a la Isla de Pascua* en enero de 1870, la indagación del estado de la salud de la población quedó a cargo del Cirujano 1º de la corbeta,¹⁷⁴ Tomás Guillermo Bate.

173 Como hemos ya notado, tanto la iglesia, como la Compañía y la Armada desarrollaron estrategias de confinamiento de la población con enormes efectos sobre la territorialidad, la libertad y los patrones económicos.

174 La corbeta *O'Higgins* fue el primer navío que visitó Pascua con la intención explícita de hacer un reconocimiento detallado de la misma, incluyendo un examen de su flora, su fauna y su geología, además de datos acerca de su gente (físico y cultural).



Fotografía 5. La Corbeta O'Higgins, a cargo de la exploración de Rapa Nui antes de la anexión chilena de 1888.

Fuente: https://es.wikipedia.org/wiki/Corbeta_O%27Higgins

Antes de la anexión encontramos documentada la presencia de viruela y tuberculosis. El cirujano encontraba a la “raza” escrofulosa, débil y decadente debido a la alimentación deficiente, lo que a su juicio significaba casi exclusivamente vegetales¹⁷⁵, la desnudez, exposición al clima húmedo y el desequilibrio demográfico entre los sexos -muy pocas mujeres en edad fértil- lo que estimulaba los matrimonios prematuros, afectando la calidad de la descendencia y produciendo enfermedades pulmonares (Vásquez de Acuña, 1987). El sarampión y la sífilis fueron introducidos también en ese período lo que, unido a las excursiones esclavistas, generó la reducción dramática de la población: de 1800 rapanui en 1864, desciende abruptamente en 1877 a sólo 111 nativos. En el marco de las concepciones raciales del momento y las nociones etiológicas de la medicina occidental, en boga, el cirujano señalaba,

Del examen personal hecho en crecido número, de los aborígenes de la Isla de Pascua, resulta que: En los últimos tres años el número de fallecimientos ha sido excesivo entre ellos, reduciendo su número de 1200 a 600.

Esta espantosa mortalidad proviene en gran parte del desarrollo de afecciones escrofulosas en los niños; de tisis tuberculosa en los adultos. Trataremos de indicar a la lijera las causas que pueden haber contribuido al desarrollo de esas enfermedades en la raza que ahora nos ocupa, a fin de poder señalar las razones que median para su prematura degeneración.

175 Interesante comentario, pues el cambio de la dieta en las siguientes décadas a propósito de la empresa ganadera se volcará en sentido contrario hacia el exceso de consumo de carne.

Advertiremos ántes que existe en el presente una mui notable diferencia entre los hombres jóvenes i los más viejos, por lo que respecta a su actividad física i fuerza muscular. Esta superioridad puede atribuirse a que habiendo sido hasta algunos años hace antropófagos, su alimento contenía sustancias más nutritivas robustecientes, necesitando además mayor proporción de actividad corporal para defenderse contra sus enemigos.

La complexion escrofulosa se propaga jeneralmente en el estado de feto, por trasmisión de esa organización particular de padres a hijos. Nada hai que pueda establecerse como mas verdad, como resultado de una observación jeneral que la naturaleza hereditaria de las escrófulas. Su peculiar constitución puede también comunicarse por la deficiencia de vigor en uno de los padres o en ambos a la vez: deficiencia que proviene de la extremada juventud o abanzada edad; ya de un estado de salud dejenarado sea o nó constitucional io especialmente si proviene de una dijestion i asimilacion defectuosas. La alimentacion exclusivamente vejetal ejerce una marcada influencia en el desarrollo de las tisis o escrófulas; pues tiende a debilitar el sistema jeneral.

Un clima variable i humedo como el de Rapa-Nui es sin duda una de las causas de esas enfermedades i con tanta mas razon cuanto que sus habitantes andan casi completamente desnudos.

Ya hemos hecho notar que los matrimonios prematuros ejercen gran influencia en la produccion de afecciones pulmonares. La escases de mujeres en la isla es notable; ellas estan respecto a los hombres en la proporcion 1 a 3. Por esta razon se les obliga a casarse cuando apenas han alcanzado la edad de diez años i por consiguiente mucho antes de que su sistema esté completamente desarrollado para entrar en ese estado. Su projénie no puede ser sino débil i malsana i rara vez pasa de dos el número de sus hijos.

Las mujeres poseen en menor o mayor grado todos los principios característicos de los hombres. distinguiéndose en ellas aquel amor i delicadas atenciones para su prole, que son propias del sexo a que pertenecen.

Las nociones de medicina parecen ser casi nulas entre los naturales de Rapa-Nui, no poseyendo, aun, ni un tratamiento para las enfermedades que ahora les son tan fatales. Usan el baño de mar aun durante la existencia de la viruela, lo que naturalmente ocasiona gran numero de fallecimientos entre ellos.

Al concluir no podemos menos que manifestar nuestra íntima conviccion de que si no se toman activas i prontas medidas para poner una valla a las funestas enfermedades que ahora esterminan esta interesante raza, la prolongacion de su existencia deja de ser problemática” (Ibid: 152-153).¹⁷⁶

Por su parte, varios viajeros en tránsito hacen sus comentarios en torno de la situación de la isla, incluyendo elementos médicos. W. Thompson (1889) escribió en 1886 que debido a las brisas que corren de esta isla, las “enfermedades de los pantanos” son desconocidas. Mencionaba por primera vez un término isleño para referir a una patología; la enfermedad del *koro*,¹⁷⁷ que se producía al caminar sobre las rocas a lo largo de la costa del sector de *Tabai*. También se producía un tipo de fiebre remitente y suave, común en la época de lluvia (abril hasta octubre), pero ello no conllevaba asistencia. El reumatismo y las enfermedades pulmonares serán leídas como el resultado ocasional de una larga exposición al tiempo inclemente, no existiendo tratamiento médico nativo para las mismas, según señalaba.

176 Es interesante el último párrafo de la crónica del cirujano, pues de alguna manera invita al país a hacerse cargo, en un guiño a la eventual vinculación colonial que se podría establecer.

177 En mi primer terreno en Rapa Nui, 1999, esta “enfermedad rapanui” seguía siendo reconocida por la comunidad, aunque para entonces se le llamaba *Kino* y una etiología más cercana a lo personalístico pues se asociaba con pisar lugares considerados tabú (Ver Anexo 7).

Cooke (1897), casi contemporáneo del anterior, mencionaba que los rapanui no consumían licor y además señalaba la ausencia de enfermedades “venéreas”, lo cual llamaba su atención debido al intenso contacto con el exterior a través de los barcos. En el contexto de observar –tal como los anteriores- a la población rapanui “al borde de la extinción”, el autor señalaba que la misma debía asociarse con las deportaciones (voluntarias e involuntarias), con la presencia de *smallpox* y con “las costumbres”. Cooke mencionaba, asimismo, la escasez de mujeres en relación con los hombres y establecía una serie de comparaciones de la situación isleña con otras islas del Pacífico Sur, donde los *raids* esclavistas habían generado condiciones similares.

Un poco después de esta visita y habiéndose producido la anexión a Chile, el capitán chileno Pedro Toro –hermano de Policarpo Toro quien había asumido la anexión-, menciona que en el año 1890 hubo una gran epidemia cuyos síntomas eran fiebre violenta, dolores y sordera y que no existían a la fecha enfermedades contagiosas entre la población, habiendo desaparecido la viruela (Toro, 1893).

Valentín Ossandón, a principios de siglo XX, da cuenta de una gran cantidad de enfermedades de la piel atribuibles a la falta de higiene, o bien como testimonio de las venéreas, la sarna y la tuberculosis (Ossandón, 1903). Describía el estado de salud de la siguiente manera,

Y no hay duda de que esa falta de limpieza merece ser colocada entre las causas que influyen para que sean tan comunes las dermatosis de toda clase (enfermedades de la piel) entre estos individuos.

En efecto, en horas de observación he podido constatar las más variadas formas. Muchas de estas manifestaciones mórbidas, son de origen sífilítico, algunas dependen de la tuberculosis y las demás son infecciones locales. Sólo he visto un caso de sarna, pero es de suponer que existen muchos más. También he encontrado aquí tuberculosis pulmonar, reumatismo crónico y diversas enfermedades comunes (Ibid: 493-494).

Y, finalmente, agrega una mención interesante que sitúa el tema de la lepra entre las referencias de morbilidad de allí en adelante:

Pero dos individuos llamaron mui particularmente mi atención entre varios que me indicaron como leprosos. Hice de ellos un reconocimiento tan completo como me fue posible, cuya información agregué al parte que debo pasar al cirujano en jefe a mi regreso a Valparaíso (Ibid: 493-494).

Muchos años después, el gobierno de Chile se interesaría por conocer el estado de salud de la población de la isla y tal como indica Cruz Coke (1988) las primeras expediciones chilenas las realizaron investigadores de la Universidad de Concepción entre 1932 y 1954 -Wilhelm, Henckel, Rahn y Sandoval. Estudiaron detalladamente las genealogías antiguas y serología. La Universidad de Chile, por su parte, también tuvo alguna presencia; «desde

1932 hasta 1967 una decena de médicos investigadores graduados en la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, efectuaron numerosas visitas a la isla para estudiar en su población nativa problemas de Antropología,¹⁷⁸ Genealogía, Genética, Ecología, Demografía, Salud Pública y Enfermedades Infecciosas y Cardiovasculares» (Cruz Coke, 1988) a cargo de Cruz Coke, Nagel, Etcheverry, entre muchos otros. Además, el Ministerio de Salubridad Pública, entre 1934 y 1954, envió a los médicos San Martín, Drapkin, Camus y Gajardo, entre otros, para el estudio específico de la lepra (Foerster y Montecino, 2018).

Todas estas investigaciones se efectuaron en buques de la Marina chilena –toda vez que era la única vía de comunicación con el continente y que la misma detentaba el control de la población. Los estudios, apoyados desde las universidades chilenas, se situaban en un paradigma biologicista donde se privilegiaba la descripción de parámetros biomédicos por sobre cualquier descripción de tipo antropológico cultural por estar inserta en la etapa de “rescatismo” (Muñoz y cols, 2020) desde donde se entendía a los rapanui en proceso de remisión como “raza”. Los médicos del periodo evidencian asimismo la influencia de las corrientes higienistas; elementos que unidos –degeneración, rescate, higiene- parecen de toda coherencia y justifican con creces el proyecto colonial ya avanzado.

En efecto, en el largo periodo en que la isla quedó en manos de la CEDIP; y gracias a que el estado dicta la ley 3.220 (que rigió entre 1917 y 1936) que activa la lógica del *Temperamento Provisorio* como mecanismo estatal para controlar y contrapesar de algún modo el dominio de la Compañía con la que se había entrado en conflicto por considerarla sus detractores chilenos continentales como un enclave colonial inglés (Foerster y Montecino, 2018), varios estudios desde la Armada se realizaron con espíritu de fiscalización nacional de las condiciones en que vivía la población en manos de la Compañía donde el tema de la lepra será central, por la gravedad de los contagios y porque comenzará a ser usado como diagnóstico de la situación de “abandono” en que CEDIP tendría a la comunidad rapanui. En efecto, durante mucho tiempo la comunidad rapanui fue estigmatizada como “leprosa” y el criterio médico-político procedió con el aislamiento hacia el exterior de la isla como dentro de su propio territorio.¹⁷⁹

178 Entiéndase Antropología física. La Nota es mía.

179 Estas décadas vieron escapar a numerosos jóvenes hacia el continente principalmente de polisonas en los mismos barcos de la Armada; en una estrategia de liberación de los dictámenes de la compañía y la marina que se justificaban principalmente por la seguridad de la población continental en torno de la lepra (Foerster y Montecino, 2021; Muñoz, 2019).

Una vez constituida la SADIP en el continente a mitad de los años 40, la lepra seguirá siendo bandera de lucha contra la Compañía y será transmitida como imagen de denuncia hacia la sociedad chilena continental y sus autoridades. Las acciones de influencia de la SADIP se apoyaban en un posicionamiento nacionalista que a su vez tenía entre sus fundadores a importantes personalidades de la Armada y reclutaba a la elite médica del momento (Foerster y Montecino, 2018). Además del detalle en torno de la lepra, estas visitas inspeccionaron las condiciones generales y caracterizaron socio demográficamente a la población.

En 1947 los doctores de la Armada, Camus, Etchebarne y Reiser (Camus, 1949) efectuaron un estudio médico de fiscalización con carácter de “nacional” de las condiciones en que vivía la población isleña bajo esta administración, encargado por el Servicio Nacional de Salubridad.^{180 181} La misión indicó a la lepra como la mayor enfermedad de la isla, afectando a alrededor del 7% de la población nativa. Según los autores la misma había sido importada desde Tahiti por aquellos que volvieron en 1889 y había ido aumentando rápidamente en las dos últimas décadas (en 1936 24 casos; en 1946 40 casos y en 1947: 51 casos).

También, sobre una población de 316 nativos mayores de 5 años, se efectuó un examen dental que arrojó a la mitad de la población con dentadura completa y sana. Se efectuó, además, un examen sobre presencia de tuberculosis (donde no se pudo complementar con rayos X de tórax por mal estado de la máquina) y se concluyó que existía en cierto grado, pero que «en términos generales, la población nativa de la Isla de Pascua es aún semi-virgen de la tuberculosis» (Camus, 1949: 26). El crecimiento vegetativo de la población era el año 1946 de 40 por mil, mientras en el continente era de 20 por mil. La población era casi en un 50% de menores de 14 años y la natalidad era casi el doble de la chilena (Informe del Dr. San Martín, ver Anexo 9) (Foerster y Montecino, op.cit.).

El informe oficial que emite el encargado de la misión sanitaria, Dr. San Martín, evidencia un marcado prejuicio racial aún presente, «A pesar del contacto con la civilización occidental y de ser bastante civilizados, no han perdido su idiosincrasia primitiva» (Foerster y Montecino, 2018) que sigue suponiendo que el énfasis del estado

180 Equivalente a lo que hoy es el MINSAL, es decir, el organismo público chileno central en torno de la salud.

181 Notemos que la población a que refiere el informe del doctor Camus es una población de 655 nativos (y 30 chilenos residentes) catalogada de rural (90%) (Foerster y Montecino, 2018).

debe estar puesto en mejorar la calidad de la colonización, a la que vincula imaginariamente con la “civilización”.

Sebastián Englert, uno de los autores más relevantes para el estudio de Isla de Pascua y que fuera el sacerdote a cargo de la comunidad por largos años durante el siglo XX, en su texto escrito el año 1948, dedica sólo una pequeña parte de su libro a lo que llama “estado sanitario” de la población rapanui. La perspectiva del autor resalta que los nativos fueron vistos por los viajeros como dueños de una «extraordinaria agilidad, blancura de dientes, excelente vista» (Englert, 1988: 165).¹⁸² Englert proporciona de todos modos un detalle de terminología utilizada en su época por la comunidad rapanui y que permiten comprender su relación con la enfermedad ya bien instalada;

‘Enfermedad’ en general se llama *mamae*. La raíz de esta palabra es *mae*. La duplicación completa *mamae* se usa en el sentido de ‘marchitarse’ una planta, como también de ‘estar pálida, lívida’ la cara de una persona enferma (...) *mare* = asma (enfermedad frecuente, antiguamente y hoy día); *ngita* = epilepsia; *kokongo* = catarro nasal, bronquitis; *pepeke* = resfrío; *tungu* = tos; *maniri* = entumirse de frío; *ngaruru* = vahído, vértigo, dolor de cabeza; *pako’o* = dislocación de huesos; *níninini* = diarrea; *rerehu* = quedar sin conocimiento un enfermo; *harekea* = divieso, furúnculo; *piro* = ulceración, pus; *pahure* = contusión, producida por golpes; *maramara* = ronchas, cardenales; *okaoka* = dolores punzantes; *oki-oki* = zumbido de oídos (Englert 1988, 166).

Por su parte, Renato Gaona en los años 50 señala la presencia de ciertas enfermedades foráneas, la mayoría de las cuales provienen del contacto con los barcos que llegan en el año, como la tos convulsa, viruela, sífilis y gripe,

Después de la visita de cualquier barco a la Isla, estalla una epidemia en la población nativa, llamada ‘fiebre del buque’ o ‘*ko-kono*’ como lo denominan los isleños. Consiste en estados catarrales de las vías respiratorias superiores, amigdalitis agudas, bronquitis, neumonías. Esta enfermedad dura de uno a dos meses repitiéndose en algunos casos por las condiciones de hacinamiento de las viviendas (Gaona 1951: 20).

Constata presencia de la fiebre tifoidea, reumatismo articular y tuberculosis. Bastante frecuentes eran los problemas cutáneos como foliculitis, impetigos (sic en el original), piodermatitis, furunculosis y ántrax; también sarna, urticaria y eccema, así como parasitosis cutánea durante de la esquila de las ovejas de la Compañía, la cual se curaba con “agua de alibour” (Ibid). Se registraban algunos casos de asma bronquial, colesistitis crónica en mujeres, casos poco frecuentes de parotiditis en niños y frecuentes trastornos gastrointestinales por «transgresiones frecuentes del régimen alimenticio». En ese año se

182 Esta mirada, obviamente obedece al afán proteccionista de Englert; que en efecto en su texto tiene muy pocas alusiones a la situación real de los isleños, y se remonta a un pasado “ideal” de la sociedad rapanui, estrategia de atemporalidad que algunos antropólogos han denunciado para los estudios coloniales en el Pacífico (N. Thomas). Por otra parte, el hecho de que Englert mencione sólo términos rapanui para las enfermedades o síntomas que los isleños reconocen entonces, podría no significar demasiado en relación con que estos no hayan incorporado aún nociones en español o biomédicas; ya que el objetivo del sacerdote es recalcar la existencia de estos términos en lengua rapanui.

registraron también: tuberculosis pulmonar doble, hipertensión arterial con arterioesclerosis generalizada, hipertensión arterial con antecedentes de angina de pecho, enfermedad reumática valvulopatía, amigdalitis crónica, artritis reumatoide, mioma uterino, anoxia crónica, gonorrea. Este autor señalaba, además, la presencia de la lepra como una enfermedad infecciosa que catalogaba como endémica.

En síntesis, en las dos primeras etapas de la medicalización en la isla –el largo período colonial del dominio de la CEDIP con el contrapeso de la Armada y el ingreso de la SADIP como nuevo actor crítico y nacionalista en la escena-, la enfermedad se derivaba tanto del contacto con ropas, objetos y personas traídas por los barcos, del impacto de la hacienda ovejera en la economía y el trabajo, de la zoonosis debida al ingreso de animales nuevos en el ecosistema, como de los cambios en las formas de alimentación, vivienda, hacinamiento e higiene del ambiente;¹⁸³ así como es de notoria la presencia de la lepra como principal problema sanitario de la comunidad.

Estas primeras etapas se distinguen de la siguiente -administración absoluta de la marina desde el año 54 al 64, que corresponde a nuestra *tercera etapa*- como veremos más adelante, más bien por sus dispositivos médicos; pero en términos epidemiológicos la situación no es demasiado diferente que en las previas. La descripción que hacen los informes anuales de la Armada, indica que la población seguía siendo susceptible al contagio de enfermedades traídas por los barcos siendo comunes los estados gripales. Según el Dr. Gajardo,

La enfermedad del "Buque" o "Cocongo" que consiste en que a la llegada de cualquier y todos los barcos aparecen en toda la población los síntomas de "un estado gripal con cefaleas y fuerte catarro de las vías respiratorias, rinitis, faringitis y traqueobronquitis (...) La rapidez y la virulencia crece a medida que pasa la infección de uno a otro isleño (Gajardo, 1954: 307).

Asimismo, los trastornos intestinales tendrán que ver con los cambios de la dieta y los desórdenes. Los cambios económico-ecológicos ligados a la actividad ganadera habían provocado enfermedades parasitarias y de la piel. El mal estado de las viviendas dentro del pueblo y la inexistencia de agua potable y alcantarillado eran también causa de enfermedades. Más que cambiar respecto de las dos etapas anteriores, estas condiciones medioambientales se conservaron en este periodo; aunque algunas políticas o estrategias institucionales van generando un piso para cierto control, particularmente respecto del tema de la lepra. El doctor Gajardo coincidía en que este era el principal mal de la isla –él

183 Desde una epidemiología sociocultural crítica (Oyarce, 2003 en adelante), entendemos que en estas dos etapas se asientan las bases epidemiológicas para el surgimiento posterior de enfermedades crónicas que caracterizarán a la población en los periodos siguientes.

la considera endémica; existiendo el año 34 enfermos en el leprosario, la mayoría estaba entre 20 y 30 años.

Este autor se refería a ciertas epidemias traídas ese mismo año por algunas embarcaciones, como el sarampión, que se llevó la vida de siete personas. Otra epidemia fue la hepatitis, «El resto de la patología isleña es la común al Continente, registrándose un buen número de accidentes (caídas de árboles, golpes de caballo), heridas traumáticas, lesiones en los pies en el juego de foot ball, asma, alergias, intoxicaciones alimenticias y abortos provocados» (Gajardo, 1954: 308). El doctor advierte de la necesidad de vacunar a los isleños¹⁸⁴ contra enfermedades infecciosas ausentes en su medio ambiente, pero presentes en el continente como tuberculosis, coqueluche y viruela, antes de que algunos adquiriesen las enfermedades y pudieran expandir el mal como ocurrió con el sarampión. Según Gajardo no se había sabido de sífilis, sólo de tres casos de blenorragia que fueron heredados de la visita de un barco y controlados a tiempo. Tampoco se habían registrado males como amebiasis, salmonelosis y tifoidea a pesar de las condiciones higiénicas deficientes en cuanto al desecho de basuras y excretas. En general, existía una alimentación desbalanceada que privilegiaba la carne de oveja, ya que la pesca esta en desuso –debido a que la Armada determinó un cerco sobre el pueblo de Hanga Roa que impide a las familias acercarse a sus zonas de pesca¹⁸⁵ y se consumían pocas verduras dada la reorientación del trabajo hacia la mano de obra para la Compañía. También se registraba hacinamiento en las viviendas (Ibid).

Historia de las instituciones

En este panorama epidemiológico, el estado de Chile fue influyendo en el desarrollo de los primeros dispositivos asistenciales lentamente y en la medida de lo que le permitía la lógica colonial –de otros y la propia-, la distancia de la isla respecto del continente y sobretodo el interés efectivo que puso en su proceso de colonización de Rapa Nui.

Las primeras tres etapas de la medicalización estuvieron atravesadas por la presencia de la lepra en el territorio; y las dos primeras por el discurso cristiano de la caridad que justifica la instalación efectiva de un leprosario (Fajreldin, 2002). En paralelo se fue instalando otro dispositivo sanitario a modo de enfermería o incipiente hospital

184 La primera mención que encontramos sobre inmunizaciones es del año 1934 en que se vacunó a la población contra la viruela (Foerster y Montecino, 2018: 242).

185 Algunas de las disposiciones coloniales del periodo de administración de la Armada tienen que ver con esta política de encierro de los rapanui esta vez dentro del propio pueblo de Hanga Roa; resguardado por guardias rapanui en alianza con el poder colonial del momento, medida que se mantuvo hasta bien avanzada la década del 60 (Anexo 8).

para la asistencia de la población residente, entiéndase los rapanui como los miembros de los poderes coloniales en juego. Revisaré a continuación el detalle de lo avanzado en torno de los dispositivos en cada una de las etapas propuestas.

Los dispositivos en la primera etapa: “esta pobre gente...”

El interés de Chile por los temas de salud de la isla –iniciado tal como se dijo antes de la anexión y en el contexto del interés de colonizarla- hizo carne en una primera vinculación con los miembros de la misión católica ya instalada previamente, que viene descrita en el documento “*Viaje de Instrucción de los Cadetes de la Escuela Naval a la Isla de Pascua*”¹⁸⁶ en enero de 1870. La tripulación de la *O’Higgins* zarpará de Valparaíso y

Llevará a la isla para entregar a los padres misioneros, un cajón de medicinas que he remitido a US. por conducto de la Comandancia Jeneral de Armas de esta capital. Además conducirá los otros objetos que esa Comandancia Jeneral prepara, los cuales serán dirigidos también a los padres referidos para que ellos hagan entre los indígenas la distribución conveniente. US. hará firmar una factura que será remitida a los misioneros junto con la de las medicinas que acompaño a US, todo bajo el correspondiente oficio. Le adjunto también una carta para los padres misioneros (Vásquez de Acuña 1987: 140).

Así, la marina actúa inicialmente como mediadora del traslado de medicinas y no directamente con la población sino a través de lo que se entiende como “su representante”, el poder de la pequeña misión católica tratada como par.

A fines del siglo ya se encuentra documentada la presencia de una pequeña leprosería, lugar organizado por los padres misioneros bajo el paradigma de la caridad. Como entidad ya con responsabilidad adquirida sobre la isla –posterior a 1888- al estado le compitió sumarse a lo presente e intentar mejorar su condición.

El sacerdote chileno Rafael Edwards, capellán de la Armada, obispo y vicario castrense, se convirtió en una figura central en el manejo de la lepra gracias a su linaje e influencias y tanto desde el continente como en la isla durante sus viajes de visita. Su influencia se prolongará por varias décadas, siendo una de las primeras voces críticas y que transita inicialmente desde un prisma religioso –observa paternal y cristianamente¹⁸⁷ a sus subordinados de clase– hacia una lógica de corte más nacionalista (Foerster, 2011) que comenzó a hacer juego con otras voces. En su doble rol de religioso y miembro de la

186 Del Presidente Francisco Echaurren al Comandante Jeneral de Marina. Memoria que el Ministro de Estado y el Departamento de Marina presenta al Congreso Nacional de 1870.

187 El mismo entiende sus visitas a la isla dentro de la caridad y bajo el objetivo como él mismo señala de llevar a los enfermos *obsequios del continente, resignación y sacramentos*. En un llamado a la solidaridad de los continentales, señala: «Los pobres leprosos son dignos de nuestra compasión y acreedores de vuestras limosnas, porque son los más infelices de los hombres» (Edwards Salas, 1918: 278).

Armada, Edwards fue una suerte de puente entre el continente –la opinión pública, las autoridades- y los enfermos.

Visitó la isla la primera vez el año 1916 haciendo notar la mala calidad de vida de los isleños en relación a su dependencia de la Compañía; indicando la necesidad de que existiera una autoridad independiente de los intereses económicos para garantizar el bienestar de los indígenas.

La leprosería contaba con 13 enfermos en malas condiciones, siendo «lo más inmundo y asqueroso que se puede imaginar» (Edwards Salas, 1918: 276). Lo acompañó a visitar a los enfermos el médico en tránsito, también de la Armada, Rafael Feliú, quien se limitó a curar las heridas ya que no disponía de otros materiales ni recursos. Algunos sacerdotes capuchinos asistían a los enfermos habitualmente y también lo hacía el catequista rapanui Nicolás Pakarati quien acompañaba a ver a los leprosos y «prepara a bien morir a los enfermos» (Ibid: 279). Así, no existían camas, ropas, útiles de aseo, comida -los mismos enfermos debían sacar comida de la escasa que se puede obtener de la tierra que rodea el lugar donde estaban, arrancar camotes, etc.-, ni remedios. Además, señalaba el sacerdote, existía un hacinamiento en que convivían hombres y mujeres, jóvenes y ancianos, enfermos terminales con aquellos que recién llegaban a vivir a la leprosería.

De regreso en el continente, advirtió la necesidad de mantener un aislamiento total en un sector de la isla. Y es gracias a su visita entonces que comienza un proceso político y social en el continente en torno de la construcción de un nuevo leprosario. En enero de 1917 el Congreso Nacional dictó la ley 3.220 que sometió la isla a la Dirección del Territorio Marítimo de Valparaíso a la vez que subsistía la concesión privada de CEDIP. En su artículo primero indica, «Autorízase al presidente de la República para invertir hasta la suma de veinticuatro mil pesos (\$ 24,000) en construir un lazareto de leprosos i una escuela en la isla de Pascua i para atender las demás necesidades de beneficencia i conservación de la hacienda fiscal de dicha isla» (Vásquez de Acuña 1987: 164). Señala Edwards:

El Presidente de la República se ha dignado nombrarme Administrador del Lazareto de Leprosos que he comenzado a construir y que debo organizar para la asistencia de estos desgraciados enfermos, y para evitar, con el aislamiento, los peligros del contagio (...) Para eso se comienzan a construir cuatro casitas y estanques para el agua; es necesario dotar a los leprosos de camas y demás menaje más indispensable; y hay que proveer a los enfermos de remedios, alimentos y ropas” (Edwards Salas, 1918: 278).

El dispositivo asistencial en el primera tercio del siglo XX también incluye una pequeña enfermería; asistida por practicantes de la Armada, inexpertos y con mala formación,¹⁸⁸ que intentaban una relación de cuidado con la comunidad. Un solo practicante,

... desempeñaba las funciones de médico, matrona, dentista, etc. Y siendo el único, el desempeño de sus funciones era permanente y sin descanso. Las medicinas escaseaban. Los partos se atendían en forma primitiva [...] Por muchos años la isla no tuvo más en materia médica que lo dicho ya. De cuando en cuando una vez al año, al arribo del buque que iba en busca de lana y el ganado de la Compañía Explotadora, podía disponer de un médico, el del buque, o a veces de alguno en calidad de turista. Ellos atendían de buena voluntad las consultas que le hacían (Gajardo, 1954 32).

La caridad de la iglesia local seguía presionando a la sociedad civil continental en busca de ayudas y donaciones -ropas, medicamentos, otros insumos. El subdelegado Recabarren, el año 1926, indicaba respecto de la farmacia: «Se puede decir que no tenemos nada de remedios ni para los asuntos más urgentes y delicados. Mui necesario es mandar un poco de cada cosa, esto si lo pido con mucha urgencia y de mucha necesidad» (Santana y cols, 2011).

En la articulación de los actores, la misma Compañía oficiaba de colaboradora en esta incipiente instalación del complejo asistencial y sus dispositivos; la CEDIP actuaba como donante caritativa de ciertos insumos que la autoridad naval agradecía desde la carencia. El subdelegado Recabarren indica el año 1928

Cuándo llegué del Continente, no había ningún remedio, muchos enfermos y muchos muertos. Me puse en campaña con la Policía, traje bastantes remedios y principié a entregar a las jentes y aplicar los remedios necesarios y combatir la fiebre que había; dando purgantes, [...], aspirina, yodo, algodón y muchos otros remedios. Se completó la botica con otro regalo más que dio la Cia Explotadora Isla de Pascua, unas pastillas que vienen de Norte America y que el año pasado también regalaron y que dieron mui buenos resultados tanto para los leprosos como también para todos los habitantes de la Isla. Estas pastillas que fueron 10 frascos costaron más de mil cien pesos á los Señores Williamson Balfour y Cia. Este regalo se recibió ahora nuevamente en bien de la Isla. Se le mandará una nota especial a dicha casa, agradeciéndolo el obsequio, como también al Señor Administrador de la Cia Explotadora Isla de Pascua, Señor Don Enrique Edmunds, quién entregó á ésta Subdelegación Marítima los remedios del años 1927 y 1928. También escribí una carta dando las gracias y a nombre de la población agradeciéndole (Archivo de la Intendencia de Valparaíso, 1928).

Desde la óptica del “colonialismo republicano” (Foerster, 2020) la Armada asumía a los isleños como súbditos chilenos a los que incluso se veía desde el continente como

188 «...a su llegada a esta no contaba con local para la atención de los muchos enfermos que requerían sus servicios, por lo que tuve que colocarlo provisoriamente por 6 días, en el antiguo local de la Escuela, hasta que el nativo Esteban Hito cedió gratuitamente una casita de dos piezas, en donde el practicante pudo instalar su Policlínico [...] Desde el 10 de Diciembre hasta ésta fecha, se han atendido mas de 200 enfermos. Entre ellos ha habido enfermedades de poca importancia, como también casos graves y 5 muertos» (Archivos del Ministerio de Marina, 1936).

privilegiados,¹⁸⁹ pero conscientes también de que las condiciones de vida en la isla no eran de las mejores; lo que el discurso atribuía a su dependencia de la CEDIP. El estado en un afán nacionalista inscribió el año 1933 las tierras rapanui a nombre del Fisco; y generó sendas leyes en torno de la protección de lo que entendió como “nacional”; insistiendo en la tesis de la chilenidad de la isla y sus habitantes, en medio de las controversias y límites con la Compañía.¹⁹⁰

El año 1936 luego de un periodo de gran tensión entre estos actores -que se libraba en terreno con la comunidad y en el continente a través de la prensa y la legislatura- el estado decidió reformular algunos elementos de su relación con la Compañía y al renovar el contrato con la misma puso nuevas reglas al juego: el *Contrato de Arrendamiento y Cesión del Fisco a la CEDIP* del año 1936, del Ministerio de Defensa Nacional por la Subsecretaría de Marina.

En Noviembre de ese mismo año, mediante decreto se aprueba un Reglamento de *Régimen Interno de Vida y Trabajo en la Isla de Pascua de la República de Chile*, por parte de la Subsecretaría de Marina con una completa normativa en torno a los tópicos de interés (Vásquez de Acuña, 1987). Entre sus principales artículos podemos destacar:

V. Condiciones Sanitarias

Artículo 46_ La Autoridad¹⁹¹ tendrá a su cargo el control superior del Estado Sanitario de la población, pudiendo adoptarse e impartir las medidas que estime convenientes para la conservación de la salubridad pública.

Artículo 47_ La Autoridad estará obligada a informar anualmente a la Dirección del Litoral y de Marina Mercante sobre el Estado Sanitario de la población de la Isla, acompañando un cuadro del movimiento demográfico durante el año anterior y exponiendo las medidas adoptadas durante el mismo, como igualmente las que estime necesarias y los recursos que sean indispensables.

También deberá acompañar un informe especial complementario y nominativo sobre el estado sanitario de los leprosos consignando el nombre y apellidos, edad, sexo y estado civil de los ingresados, o egresados o fallecidos en la leprosería, indicando la fecha de ingreso, egreso o defunción (Vásquez de Acuña, 1987: 179).

189 En un ejercicio demagógico aún frecuente, en que se comparaba a los rapanui con otras poblaciones rurales del territorio nacional continental; no advirtiendo sus características particulares diferenciadoras ni la variable geográfica de su posición en mitad del océano. En esta referencia, el privilegio radicaba además en no pagar impuestos al fisco, como el resto de los así entendidos “nacionales”; a cambio, el sistema político imperante bajo la lógica armada determinó la existencia del llamado “Lunes fiscal”, estrategia de trabajo colectivo en pro del desarrollo local (Foerster, 2020) y que se leyó como forma de tributo a la nacionalidad.

190 «La “nacionalización de los monumentos”, en tanto, se producirá en dos momentos: el primero, el 16 de enero de 1935 con el decreto N°103, que declaró a la Isla “Parque Nacional” (“por la conveniencia de proteger ciertas especies vegetales y animales que se encuentran en peligro de extinguirse”) y como segundo, al transformar a la Isla en un “Monumento Histórico”, por medio del decreto N° 4536, del 23 de julio de 1935» (Foerster, 2011: 11)

191 Nótese que, cuando se refiere a “la Autoridad”, se trata del Subdelegado Marítimo, figura que coexiste con el administrador de la CEDIP en terreno. La figura ya existía pero con este Régimen gana mayor control sobre estos procesos y establece una relación de gestión sobre los recursos de la CEDIP en pro del bien común.

El documento también indicaba la prohibición de desembarcar cualquier persona con afecciones contagiosas o enfermedades venéreas desde el continente, cuya vigilancia también quedaba a cargo de la autoridad. Se prohibía la entrega por parte de la Compañía o de los navíos que llegasen, de ropa u otros utensilios usados desde el continente sin la certificación de la Dirección General de Sanidad (DGS) o de la Armada, en que conste su desinfección previa.

Mientras, el ingreso de los leprosos al Leprosario debía ser autorizado por decreto por la autoridad contando con certificación de un médico de la Armada o de la DGS que estuviesen en misión especial. Los leprosos que quisieran salir de la leprosería debían solicitar permiso especial del médico de la Armada que se encontrara en visita, pues no vale la autorización del practicante, pasando por un decreto de la Autoridad; cuyo rol es relevado en este sistema; tal como refiere el siguiente artículo:

Artículo 55_ La Autoridad ejercerá especial control sobre la alimentación, vestuario, estado médico y sanitario de los leprosos atendiendo sus justos reclamos y procurando corregirlos en la mejor forma¹⁹²

En este documento encontramos la mención expresa de que ambas instituciones – leprosario y enfermería- quedaban dirigidas bajo una misma lógica política, dando inicio a un proceso de relacionamiento institucional que pese a lo precario de sus dispositivos tendrá repercusiones interesantes más adelante.

Artículo 59_ El Practicante de la Armada tendrá a su cargo la atención sanitaria de todos los habitantes de la Isla; es el encargado inmediato de la Enfermería y Leprosería

En el practicante recaían todos los cuidados que los leprosos requirieran en la medida en que las condiciones de la época y los paradigmas dominantes acerca de la enfermedad lo hacían posible. El practicante debía llevar un libro con los medicamentos, los enfermos, el movimiento del policlínico y la enfermería, confeccionando estadísticas que serían enviadas al año por la Autoridad a la Dirección de Litoral y Marina Mercante.

A fin de colaborar coordinadamente ambos dispositivos, se establece un policlínico dentro de la enfermería, el que atendió dos horas diarias en la mañana las “consultas” generales de la población; y dos horas diarias en la tarde las “curaciones” de los leprosos. También se contemplaba la posibilidad de visitas a domicilio si fuera pertinente.

192 Se hace referencia explícita a una buena nutrición, equilibrada y variada -hasta condimentada-, para evitar que “se cansen”. Además, habla de alimentos como carne de cordero proporcionado por la Compañía y leche de vacas “fiscales”. Efectivamente la marina también dispuso de sus propios animales, situados en la parte del territorio que consideraba propio.

En relación con el costo de estas nuevas disposiciones según el nuevo contrato a la Compañía debió asumirlo la CEDIP; y eran deducibles del arrendamiento. Los gastos ocasionados por estas atenciones debían ser contabilizados por la Dirección del Litoral y Marina Mercante, y se derivaron los gastos de la cuota que la Compañía anualmente asignaba a tal efecto. La lógica era que los funcionarios públicos –y los rapanui considerados de este modo como nacionales- gozaran del subsidio de la compañía;

Artículo 62_ Las consultas, curaciones, medicamentos, etc., serán gratuitos para el personal de la Armada y los isleños.

En cambio, para los empleados de la Compañía, las reglas serán otras.

La gestión de los insumos, sin embargo, quedaba a cargo de la Armada y sus organismos competentes en salud.

Artículo 68_ El Departamento de Sanidad Naval dispondrá y enviará a la Isla los recursos médicos y sanitarios que sean necesarios.

Este contrato impone a la Compañía otras varias condiciones;

4- La Compañía se obliga a efectuar por su cuenta y costo en la isla de Pascua las construcciones, instalaciones y mejoras que se expresarán, dentro de las fechas que se indican, las que quedarán de inmediato a beneficio fiscal, sin cargo o costo alguno para el Fisco.

En la letra d)

Antes del primero de enero de mil novecientos treinta y nueve, construirá en la isla, un edificio para pabellón de enfermería y botica, de acuerdo con los planos, especificaciones y ubicación que apruebe la Comandancia en Jefe de la Armada, debiendo invertir en esta construcción una suma no inferior a veintemil pesos.

En la letra i)

Antes del primero de enero de mil novecientos treinta y nueve, deberá efectuar reparaciones en el edificio de la actual leprosería de la Isla, debiendo construir cuatro piezas nuevas anexas en el mismo, de acuerdo con los planos y especificaciones que apruebe la Comandancia en Jefe de la Armada, debiendo invertir en estas reparaciones y obras una suma no inferior a ocho mil pesos.

En el numero 11

La Compañía queda obligada a entregar anualmente durante toda la vigencia del contrato de arrendamiento, la suma de dos mil pesos a la Comandancia en Jefe de la Armada, a fin de que sean invertidos en medicamentos para la población de la Isla. Igualmente entregará anualmente a la Autoridad Marítima de la Isla, medicamentos, desinfectantes, por un valor de un mil pesos, los que se emplearán principalmente en la desinfección de la leprosería (Vásquez de Acuña, 1987: 172-173).

Para el año 1939, la Armada había construido una pequeña posta médica de 12 camas que contaba con una sala de cirugía menor y curaciones, un servicio dental y una farmacia, todo lo cual era atendido por un enfermero naval. Sin duda, ello obedeció a las disposiciones que impuso la Armada y el plazo para la construcción y/o reparación de las aún más precarias instalaciones anteriores, lo que estaba funcionando de acuerdo con el *Reglamento Interno de Vida y Trabajo* ya mencionado.

El año 1939 llega a Rapa Nui el Subdelegado Marítimo Álvaro Tejeda que, en su calidad doble de médico, puede considerarse el primer médico que permaneció más tiempo residiendo (Cristino y cols, 1984)¹⁹³ siendo una estrategia del sistema –no siempre replicable de todos modos- para llenar el vacío de profesionales médicos que a esa altura ya era crónico. En torno del leproario, Tejeda formuló el primer criterio para cuantificar a los enfermos (Basterrica y cols, 2016).

Queda claro en toda esta documentación y disposiciones que los edificios y todo lo que contienen quedarían para el fisco una vez vencido o caducado el contrato; ya que a través de este Reglamento el estado en su brazo Armada justificaba y legitimaba su posición “a cargo” de la Isla, sin jamás cuestionarla; y con una visión sobre el mundo rapanui como mero depositario. Se trataba por lo demás de una población prácticamente “cautiva” y sin contactos con el mundo exterior más que esporádicos y “de orilla”, que se limitaban al intercambio de regalos y pequeñas artesanías; o con los barcos de la armada y la CEDIP, donde el mundo hacía su entrada a través de insumos, ropas, medicamentos, etc..

Los dispositivos en la segunda etapa: la lepra y el guiño al estado

Es necesario recordar que en el continente las décadas del 30 al 50 fueron claves en el desarrollo de una nueva profesionalización del tema sanitario; en efecto si bien siguen primando figuras emblemáticas de la salud pública y que pertenecían a la aristocracia, también se suman de manera ejecutiva una serie de profesionales y una lógica interdisciplinar en salud, que se focalizan en superar los profundos problemas sanitarios aún presentes sobretodo en las clases populares (Illanes, 2010).¹⁹⁴ El proceso se va a

193 Antes del año 39 el Estado no destinó personal médico de planta pero sí enviaba de visita a algunos observadores como el Dr. Drapkin, comisionado especialmente por el gobierno de Chile para hacer un estudio sobre salud en el contexto de la llamada misión Franco-belga a cargo del etnólogo Alfred Metraux (Drapkin, 1935).

194 «Nuestra intención es indagar la retrospectiva de este proceso histórico fundacional en Chile, entre 1900 y 1940. Desde una perspectiva general, el tema central a exponer trata de analizar el giro histórico que realizan las clases dirigentes, desde políticas excluyentes a políticas inclusivas del pueblo y de las clases trabajadoras, durante las primeras cuatro décadas del siglo XX. Nos preguntamos cómo se construyó y agenció lo que podríamos llamar una "política social de re-vitalización popular" para los fines tanto del desarrollo económico como del orden y reforma sociopolítica del sistema establecido. Al respecto, tendemos aquí a argumentar que, en torno a la biopolítica que se empieza a aplicar a nivel ampliado y progresivo sobre los sectores populares, se va a producir un recambio de clases dirigentes en Chile, asumiendo el estamento profesional -especialmente ligado a dicha biopolítica- la vanguardia y hegemonía respecto de los sectores tradicionales, vinculados a la aristocracia y a la iglesia, los que serán cooptados por dicha intelligentsia profesional para la tarea de una nueva gobernabilidad social en el campo de la aplicación de las políticas sociales. Estas políticas sociales se constituyen en la nueva vía y estrategia para el doble combate de la muerte corporal y del conflicto social; si bien dichas políticas pavimentaron el camino en este sentido, favorecieron, al mismo tiempo, la crítica al sistema e incluso el cambio en la composición de clase

consolidar hacia el final del periodo en la emergencia del Servicio Nacional de Salud (SNS) el año 1952.

En la década de los 40 y hasta inicios de los 50, es decir en los albores de la *segunda etapa* de nuestra cronología de proceso, en términos políticos estaban sucediendo varias cosas. Efectivamente, la Sociedad de Amigos de Isla de Pascua (SADIP) –creada entre el 46 y 47 en el continente- entendido como un ente de apoyo logístico y también político para evidenciar los abusos que cometía la Compañía en contra de la población rapanui, estableció una campaña mediática y de convencimiento a altas autoridades del país (presidente, ministros, poder legislativo) para revertir el dominio de la CEDIP y la vigencia de la ley 3.220 que ponía a la isla bajo régimen de administración de la Marina desde el año 1917. La tesis era que la isla estaba “abandonada” por la autoridad civil al antojo del poder colonizador extranjero y el ritmo militar de la armada (Foerster y Montecino, 2018).

La propuesta era aportar más servicios de la cultura nacional en la isla y para ello organizaron campañas de beneficencia que permitían mejorar la escuela, promover el español como lengua hablada por los niños, promover el padrinazgo de los jóvenes que debían emigrar a estudiar al continente (en una clara campaña “civilizatoria”), exaltar las “costumbres” y el *folklore* de la isla para ser conocido en el continente (producir un puente cultural entendiendo a la riqueza cultural de la isla como parte del patrimonio nacional) y sobretodo mejorar las condiciones para la erradicación de la lepra, que según su lectura era el paradigma del abandono en que Chile había dejado que el colonialismo –en el fondo británico de la CEDIP- mantuviera a la isla (Foerster y Montecino, op.cit.).

Para los médicos que visitaron la isla en ese periodo, muchos de ellos de la Armada y bajo esta misma lógica ya que varios eran también de la SADIP, se requería de la incorporación de un actor relevante en el continente: el nivel central de la administración de salud, lo cual fue expresado así¹⁹⁵

El problema de la lepra en Pascua debería ser considerado como uno nacional y ser abordado para su solución por los organismos técnicos competentes, como el Servicio Nacional de Salubridad. Hay por lo menos tres razones poderosas que justifican emprender una campaña antileprosa en a isla: 1) La isla y su población son chilenos; 2) la posibilidad de la explotación intensiva de la isla exige el control previo de la enfermedad y; 3) el peligro permanente de introducir la lepra en el país (cita del Dr. San Martín, en Foerster y Montecino, 2018: 286)

del régimen político chileno hacia la década de 1940» (Illanes, 2010). Uno de los ministros de salud más conocidos (años 30 y 40) fue quien sería años más tarde el presidente de Chile, el Dr. Salvador Allende.

195 Esto es, no basta con las instituciones armadas de salubridad; la mirada país que reclama la nota lo evidencia.

El año 1946 y por influencia de la SADIP se dictó el oficio 4.620 del Servicio Nacional de Salubridad del país (lo civil) para invertir un presupuesto en mejorar las condiciones de salud de la población rapanui (Foerster y Montecino, 2018). Con ello se financió una expedición de inspección de las condiciones de salud en la isla (a la que aludí en el apartado sobre morbilidad) y entre quienes fueron estaban el director médico de la visita Dr. H San Martín a cargo del Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social de Chile y el Dr. Camus como médico de la Armada. La expedición consultó con organismos internacionales de la época expertos en lepra¹⁹⁶ e hizo un análisis de las condiciones sanitarias en el leproario y demográficas en toda la isla. La misión interdisciplinaria duró seis días revisando la implementación y funcionamiento en torno de la salud poblacional después de la dictación del Reglamento Interno de Vida y Trabajo de la Armada (ver Anexo 9).

El Dr. Camus hizo notar la misma idea: la falta de buenas instalaciones y medidas de protección, tratamiento y control para la lepra eran debidas a que no se le consideraba como un problema nacional y pidió en consecuencia al Estado participar asumiéndolo como tal mediante el entonces Servicio Nacional de Salubridad.¹⁹⁷ El presupuesto con que contaba la Armada para atender estas necesidades no era específico para la lepra, sino que se derivaba de su presupuesto general, lo que contribuye a reforzar la idea de que debe ser “el país” quien debe asumir.¹⁹⁸ Indicaba la necesidad de contar con un médico especializado, un tratamiento específico, el aislamiento adecuado de los leproso, nuevos edificios con mejores condiciones de ventilación e higiene, y sugirió la posibilidad de una orden religiosa para cuidar a los enfermos.

Las descripciones de Camus son centrales para identificar el estado del arte. La Leprosaría se encontraba instalada en un campo perteneciente al Fisco, al norte de Hanga Roa, cerca de la costa. Llamaba la atención la falta de aislamiento ya que había sólo una pequeña pirca de piedra que separaba el lugar. El campo, que rodeaba a las instalaciones mismas, tenía varios árboles frutales. En cuanto a las instalaciones propiamente, encontramos que al entrar había un desinfectorio, «para lavarse las manos y limpiarse la planta de los zapatos con creolina, y que lo usan: el practicante, el enfermero y las visitas autorizadas» (Camus, 1949: 29).

196 Departamento de Sanidad del Canal de Panamá; a cargo de leprosería de Palo Seco, con mayor conocimiento del tema (Foerster y Montecino, 2018).

197 Recordemos que aún no se creaba en el país el Servicio Nacional de Salud, que vio la luz el año 1952.

198 De hecho, desde el año 31 que el autor venía constatando los reclamos por parte de médicos que visitan el leproario respecto de su estado, comparándolo con otros leproarios a nivel internacional.

Existía un pabellón de enfermos incipientes y otro de crónicos. El de incipientes constaba de dos casas (piedra, madera y techo de zinc) donde vivían varias personas. Cerca de estas casitas había un pozo negro y un estanque para almacenar agua. Apenas tenían utensilios domésticos y muebles, y sólo en una de las casas; mientras la otra no contaba con nada, correspondiendo al lugar donde se encontraban las personas en peor estado de salud. Las dos casas tenían una cocina común donde las enfermas debían cocinarse. El pabellón de crónicos estaba en peor estado aún siendo una sola y vieja casa de madera con techo de zinc y en estado “ruinoso”. Se trata, justamente de la casa que mandó construir Rafael Edwards en el año 1917.¹⁹⁹ También hay una “cueva” de piedra donde vive un hombre sólo y en pésimas condiciones de salud; «Para todos ellos hay una pequeña cocina de madera muy desmantelada. Como servicios hay un estanque de cemento para la recolección de las aguas lluvias y un pozo negro; no hay baño ni agua corriente. A veces, cuando no llueve, tienen escases de agua y esto constituye un grave problema; en estos casos les llevan agua en barriles para la bebida, desde Hanga Roa, en carreta» (Camus, 1949: 30).

Tenían también árboles frutales y una huerta que ellos cultivaban para alimentarse. A todo ello, según cuenta este médico, hay que agregar otro elemento:

No hay personal permanente que vigile, cuide y controle a estos enfermos, excepto el enfermero que va una vez al día para inyectar a los incipientes. Las heridas y ulceraciones deben cuidárselas ellos mismos, pero en ocasiones faltan los elementos de curaciones. Estos enfermos viven entre ellos en completa promiscuidad; esto ha traído en ocasiones graves relajaciones morales y, más de una ocasión, mujeres leprosas se han embarazado y han nacido criaturas en el leproso, niños que han sido separados luego de nacer, pero han caído después, víctimas del mal (Ibidem).

El año 1947 con todas las presiones ejercidas, se comienza a construir un nuevo leproso en base no sólo de la influencia de la SADIP sino que de la ayuda económica de particulares que la misma Sociedad gestionó en el continente entre la ciudadanía. La Armada contribuye desde la logística con esta construcción. (Basterrica y cols, 2016).

A falta de médico y otro personal permanente, la lógica caritativa fluyó para que fueran las Hermanas Misioneras de Boroa –ubicadas en el sur de Chile continental– quienes se hicieran cargo de los cuidados cotidianos de los leproso; llegando para ese fin cuatro religiosas el año 1949 (Ibid).

199 En En el subcapítulo III.IV.I. retomaré el tema del leproso para cerrarlo y se podrá observar el Mapa 11 con la línea de tiempo del dispositivo en el lugar físico de emplazamiento (Basterrica y cols, 2016).



Fotografía 6. Religiosas de la Congregación de las Hermanas Misioneras de Boroa en Rapa Nui; años 40 y 50. El dispositivo reformulado del Leprosario incorporó el cuidado de las religiosas. Fuente: Basterrica y cols, 2016

Mapa 9. Ubicación del Leprosario; respecto del volcán Rano Kau (zona del aeropuerto Mataverí) (mapa izquierdo) y respecto del pueblo de Hanga Roa (mapa derecho).



Fuente: Basterrica y cols, 2016

En el equipo se incorporarían posteriormente los primeros profesionales rapanui. Las fugas de los jóvenes hacia el continente o hacia Tahiti eran frecuentes en la década del 40 y el 50 como ya se dijo (Muñoz, 2019) y muy referidas en la prensa nacional continental; estos jóvenes fueron ensalzados por su coraje —a la isla se la conocía como la “Isla cárcel” por su doble colonialidad entre la CEDIP y la ley 3.220- y varios de ellos fueron acogidos en instituciones de educación técnica para formarse en distintos oficios; en una alianza que comenzó a articularse con las clases altas; mismas que estaban tras el proyecto de la SADIP (Foerster y Montecino, 2021).

Los primeros jóvenes formados como enfermero y matrona respectivamente fueron Rafael Haoa y Ana (oficialmente Antonia) Rapahango²⁰⁰. Los mismos regresaron al tiempo a trabajar en los dispositivos biomédicos de la isla, siendo los primeros cuadros profesionales en salud rapanui; «En enero de 1950 Anita Rapahango regresó a Rapa Nui y lo hizo a igual que Rafael Haoa, como profesional e integrada al aparato del Estado (al Hospital y al Leprosario). Anita y Rafael -que se casaron el 29 de junio, día de San Pedro- fueron el paradigma, el modelo a seguir, un orgullo para la SADIP y sin duda para todos los rapanui» (Foerster y Montecino, 2021: 41)



Imagen 4. Titular de Prensa. El Mercurio de Valparaíso, 2 de febrero de 1949. Fuente. Foerster y Montecino, 2021

200 Ana (Antonia) Rapahango es la hija menor de la señora rapanui Victoria Rapahango y el inglés Henry Percival Edmunds; administrador de la Williamson & Balfour por largos años. Edmunds había ya emigrado a administrar las instalaciones de la Compañía en otra isla del Pacífico cuando nació Ana, de modo que no se criaron juntos.



Fotografía 7. Rafael Haoa, enfermero naval, camino a su trabajo, décadas del 40 y 50. Fuente: Basterrica y Haoa, 2018



Fotografía 8. El matrimonio Haoa-Rapahango es entrevistado por un periódico de Valparaíso. Se destaca con admiración el esfuerzo de los jóvenes en formarse en salud para volver a trabajar a su isla. Fuente. Foerster y Montecino, 2021

El nuevo edificio del leprosario estará completamente terminado el año 1951, constando de cinco edificios y donde se comenzaron a hacer también nuevos tratamientos.²⁰¹

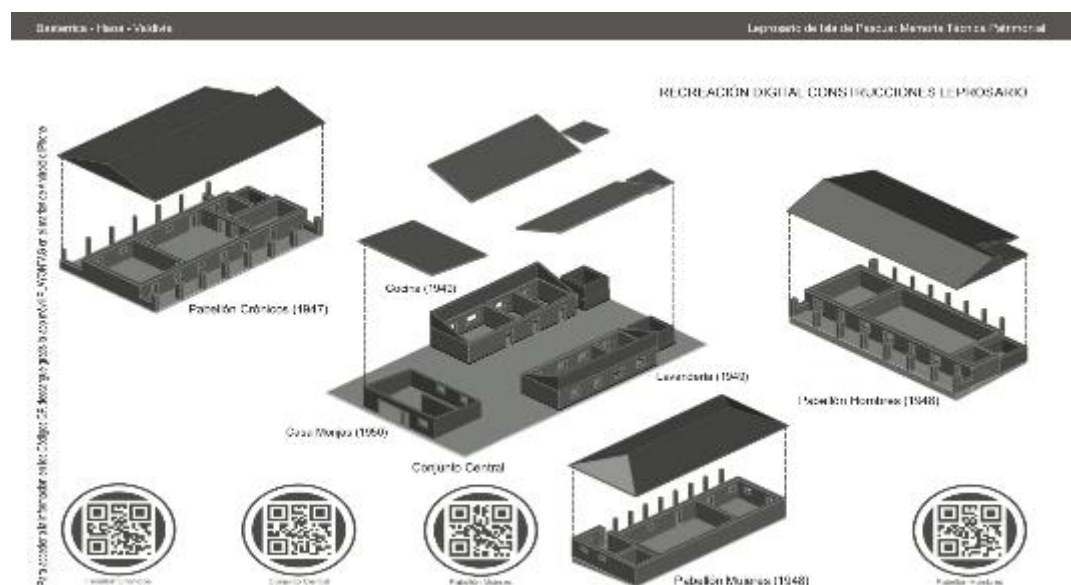


Imagen 5. Recreación de los edificios del nuevo leprosario (Basterrica y cols, 2016).



Fotografía 9. Pabellón de mujeres en Leprosario, años 40 a 50. Fuente Foto Basterrica y cols, 2016

201 El mismo Dr. Camus traía en sus viajes permanentes a la isla el Avlosulfón (Basterrica y cols, 2016)



Fotografía 10. Durante la construcción de los pabellones centrales. Foto Basterrica y cols, 2016



Fotografía 11. Pabellón de mujeres en el Leprosario en un momento de extensión y relajación. Década de los años 40 y 50. El leproario fue un dispositivo ambivalente donde se juntaron el dolor, la vida y la sabiduría de los *ma'ori* (sabios). Fuente: Basterrica y cols, 2016

Respecto del dispositivo hospital, Camus relata el estado en que se encontraba. Estaba ubicado en el centro de Hanga Roa y su edificio principal era de madera y techo de zinc. En general bien mantenido pero faltaban ciertos elementos como material quirúrgico (especialmente ginecológico), ropas, estanques para WC, etc. Esta institución estaba entonces a cargo del practicante,

Fuera de su función específica (curaciones, inyecciones y la atención de los leprosos), debe desempeñarse como médico (hace visitas domiciliarias), como cirujano (operó solo una apendicitis), como obstetra (debe atender los partos), y como dentista (curaciones y extracciones) trabajos estos que desempeña con entusiasmo, abnegación y lo mejor que puede, por lo cual se ha granjeado la estimación y la confianza de toda la población (Camus, 1949: 34).

Camus lamenta que no puedan efectuarse sino atenciones médicas generales, dependiendo de las visitas esporádicas de los buques de la Armada para poder realizar “acciones sanitarias” como vacunaciones, exámenes, etc.

De aquí la gran necesidad de que haya un médico residente en la Isla, que tenga a su cargo la sanidad de la Isla y el control de los leprosos. Gran falta hace también una matrona o una enfermera sanitaria, que pueda efectuar a la vez la labor de matrona. En esto el Ministerio de Salubridad, por intermedio de sus servicios debe actuar (Camus, 1949: 36).

Resulta interesante nuevamente la alusión al nivel central de la administración sanitaria continental, esta vez para referir a la necesidad de que la población rapanui quede bajo “controles” y “acciones sanitarias” de nivel ya no sólo curativo sino poblacional, que es en lo que esta pensando el médico y que denuncia el énfasis de la discusión sanitarista también en Chile continental: el posicionamiento de una lógica de estado benefactor que actúa sobre las condiciones sanitarias y se antepone con “inteligencia sanitaria” y nivel agregado.²⁰²

202 Muchas “acciones sanitarias” ya se hacían, como se vio con la vacunación de los años 30, pero lo interesante es relevar la retórica salubrista que acompaña a la misión de Camus y San Martín.



Fotografía 12. Hospital Naval durante la segunda etapa; ubicado en el centro del pueblo de Hanga Roa; aparentemente mismo lugar donde antiguamente se ubicara la posta médica. Fuente: Basterrica y cols, 2016



Fotografía 13. Otra vista del hospital Naval. Fuente: archivo personal de Betty Haoa Rapahango.

Pese a los avances, Renato Gaona Acuña (Gaona, 1951), quien viajó en el año 51, señalaba el deplorable estado de la salud. En torno del hospital refiere la existencia de dos practicantes, o más bien uno con su ayudante (el jefe es un suboficial de la Armada, Ángel de la Rivera), y el otro un rapanui con experiencia en el continente (Rafael Haoa), a quienes les ha tocado desempeñar múltiples funciones como “matrones”. Agrega,

No hay suficientes medicamentos ni aquellos fundamentales como algodón, alcohol, yodo, aspirina, etc. Las mujeres dan a luz en forma primitiva; en el año 1949 solamente dos de ellos acudieron al Hospital Naval para su atención. La mortalidad en los adultos es alrededor de diez casos anuales, de los recién nacidos es escasa, siendo la edad crítica para los niños es entre los diez a quince “época en que la alimentación deficiente produce frecuentes enfermedades intestinales y causan en algunos casos desenlaces fatales (Gaona, 1951: 19).

El año 1952 se creó el cargo de médico sanitario

... y en el buque de la Armada "Transporte Pinto" se trasladó a la isla el doctor Manuel Valenzuela Sepúlveda, facultativo que había sido designado para ejercer el cargo en Rapa Nui y que permanecerá como tal por el plazo de dos años. Acompañando al Dr. Valenzuela iba la lepróloga doctora Hilke von Bering, comisionada por la SAIP²⁰³ para realizar un estudio, control y informe de los enfermos de lepra (Basterrica y cols, 2016: 5).

En tanto, otros profesionales siguieron incorporándose al *staff* hospitalario y del leproso durante las décadas del 50 y 60. Se destacan las figuras de Alberto Hotus como enfermero de la Armada, de Patricia Tuki Make como asistente de enfermería y de Analola Tuki quien también colaboró con las instalaciones en este periodo.

Confirma Betty Haoa Rapahango, hija del matrimonio que inició la era de los profesionales rapanui en los dispositivos del momento, la precariedad de las instalaciones hospitalarias; esta vez desde el relato de sus padres

... ellos eran la conexión entre el rapanui y el hospital y el leproso. Pasaron muchas pellejerías, a mi papá hasta le tocó operar cosas sencillas como una apendicitis, bueno sencillas entre comillas pero... a veces mi papá me contaba pero en esa época deben haber tenido un motor con bencina para la electricidad del hospital entonces estaban operando y se cortaba la luz porque se acababa la bencina entonces ponían velas!; yo le decía pero cómo mamá... y no había nada que hacer porque la persona ya estaba abierta y había que seguir no más (...) era muy precario".²⁰⁴

Es destacable que a los entonces jóvenes y entusiastas rapanui incluidos como actores sanitarios en los dispositivos de esta etapa, llegaron a generar profundo respeto entre su comunidad. Según indica Betty Haoa Rapahango «...Pero el hecho de que ellos hubieran venido para acá al continente a estudiar, ella vino para acá, estuvo uno o dos años y estudió para enfermera matrona y mi papá ya había venido antes y los dos hicieron sus prácticas en el hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar, incluso tengo una fotografía con el Dr. Fricke (...) la gente los respetaba muchísimo».²⁰⁵

Betty destaca que el aprendizaje del oficio en el continente se hizo directamente en terreno en los hospitales, de modo que llegaron a la isla con mucho conocimiento empírico, el que sirvió para instalar un gran prestigio entre sus coterráneos.

203 Entiéndase SADIP. La nota es mía.

204 Entrevista virtual a Betty Haoa Rapahango, mayo 2021.

205 Ibid. El Dr. Gustavo Fricke fue un conocido médico en la V Región y el hospital de referencia más importante de la ciudad de Viña del Mar lleva su nombre. En la época que relata Betty, obviamente la eminencia estaba viva y dictando formación en tal recinto hospitalario continental de modo que constituye "un honor" tener una fotografía con uno de los referentes de la medicina chilena.



Fotografía 14. Equipo asistencial en Rapa Nui en los años 50. Ana Rapahango (primera matrona rapanui); Rafael Haoa (primer enfermero naval rapanui); Alberto Hotus (enfermero naval rapanui) y el Dr. Valenzuela, médico de la Armada. Pabellón de mujeres en el leprosario. Foto gentileza de Betty Haoa.

A estos primeros rapanui les tocó la misión de ir introduciendo prácticas y saberes biomédicos en su propia comunidad;

imagínate lo que les costó, cómo le cambias tú si es algo cultural, ellos han nacido y vivido toda su vida así (...) bueno, todo lo que tenga que ver con salud les tocó bastante lidiar; lo que pasa es que la occidentalización empezó a cambiar la mentalidad, los de la Williamson Balfour, ellos ya habían metido ideas y la gente ya estaba bastante acostumbrada a lo que es la cultura occidental, entonces cuando mi papá y mi mamá llegaron me da la impresión de que tuvieron que cambiar varios temas justamente en salud, eso faltaba. Mi papá era una persona con una mente muy abierta.²⁰⁶

206 Entrevista virtual a Betty Haoa Rapahango, 2021.



Fotografía 15. Patricia Tuki Make, asistente de enfermería educada como tal en el continente, integra las filas del Hospital Naval al inicio de los 60. La foto es parte de un reportaje que se le hiciera en un conocido medio nacional antes de su regreso a la isla. Fuente: Foerster y Montecino, 2021

Los dispositivos en la tercera etapa: el “orden” y la representación del Fisco

Desde el año 1953 en adelante, bajo la administración de la Armada de Chile, las instituciones sanitarias iniciaron un nuevo periodo, entrando en la *tercera etapa* de nuestra cronología. Según Cristino (Cristino y cols, 1984), fueron mejorados algunos servicios de la posta y se podría hablar entonces de un hospital con rayos X y con médico de planta más dos o tres enfermeros, además de personal auxiliar rapanui. En efecto, el nuevo impulso que dio al tratamiento de la lepra la construcción del nuevo recinto acarreó un giro en la presencia de médicos a cargo por la misma creación del cargo de médico sanitario el mismo año 51 o 52, «Posteriormente, cada dos años fue sucediéndose un recambio de médicos, varios de ellos pertenecientes a la Armada Nacional y contratados por el Servicio de Salud de la época» (Basterrica y cols, 2016: 5).

Para Gajardo, a pesar de haberse creado el cargo de Médico Sanitario el año 54 no existe una política específica para Pascua, además de la pobreza de recursos con que cuenta el hospital de la Armada: «El Hospital está pobremente equipado y, lo que es peor, la absoluta inexperiencia de los médicos chilenos en materia de lepra» (Gajardo, 1954: 304). Y, sigue describiéndolo, «Cuenta con 2 salas. Una para hombres y otra para mujeres con 6 camas cada una. Tiene un pequeño laboratorio, un pabellón de operaciones, una farmacia, una policlínica con sala de curaciones, dentística y cocina. Se la ha dotado de

rayos X pero no ha podido funcionar el equipo por el grupo electrógeno, que llegó malo o se estropeó al instalarlo» (Ibid: 307).

El año 1954, el Dr. Verdugo –uno de los médicos que comenzaron a residir cada dos años en la isla- fue entrevistado por el emblemático profesor Lorenzo Baeza Vega,²⁰⁷ respecto de su diagnóstico sobre la provisión del hospital naval y de la relación con el continente.²⁰⁸ El Dr. Verdugo describió como similar la provisión de medicamentos y otros insumos clínicos o diagnósticos tanto por parte de la Armada como de la SADIP – que como se ha señalado articulaba ayuda continental de la sociedad civil- pues no consideraban necesariamente los requerimientos y condiciones locales de modo que esta provisión no seguía una racionalidad sanitaria. Así, mientras se repetían en el stock del pequeño hospital algunos instrumentales y tecnologías médicas de segunda mano de modo que era evidente que en el continente alguien había juntado materiales de deshecho de otros hospitales; los medicamentos eran enviados ya vencidos o prontos a vencer. Asimismo, los medicamentos e insumos no coincidían con la morbilidad local. Esta crítica sugiere una profunda desconexión entre dirección –dependencia- continental y quienes se dedican a gestionar logística y clínicamente el hospital. Gajardo lo describe así el año 1954,

1° Falta un consultorio médico en el Leprosario. Ahora se usa la portería; 2° Falta un servicio de Lavatorios, para el aseo de las manos después del trabajo y el cambio de ropas; 3° Es indispensable el pronto envío de un grupo electrógeno de 5 Kw para que el hospital pueda hacer funcionar el Servicio de Rayos y demás aparatos eléctricos; 4° Conviene que se abastezca la Farmacia del Hospital con drogas y antibióticos, sin vencer, en abundancia, en atención a que buques va una o dos veces al año a la Isla. Lo mismo que no falte el instrumental; 5° Es fundamental que exista un dentista residente; 6° Es indispensable crear una pequeña biblioteca Médica en el Hospital. El médico que sirve el cargo queda aislado por un año. En esa biblioteca deben figurar textos de cirugía, medicina, piel, obstetricia, otorrino y oftalmología, laboratorio, leprología y algunas subscripciones a revistas: La Revista Médica de Valparaíso, la de Chile, el Boletín del Hospital de Viña del Mar y algunas revistas de leprología (Gajardo, 1954: 309).

La principal crítica de la época a la dotación médica era su falta de preparación en el tema central que sigue siendo la lepra. Es interesante también este último llamado a dotar al hospital de entonces de información validada y actualizada producida en el continente para que el personal en la isla tuviera información a la que recurrir, considerando el aislamiento.²⁰⁹

207 Fue “profesor de estado” de la entonces Escuela básica N° 72 de Isla de Pascua entre los años 1953 y 1955 y murió trágicamente ahogado en la playa de Anakena durante un paseo de curso. La escuela posteriormente fue bautizada con su nombre y lo conserva hasta hoy.

208 Información personal de Tania Basterrica. Proyecto Fondo del Libro 2021: “Un profesor para Rapa Nui: Lorenzo Baeza Vega”. El libro se encuentra en preparación.

209 Me permito un salto temporal hasta el presente para indicar que uno de los reclamos más frecuentes hoy día del ahora cuantioso equipo médico del Hospital Hanga Roa es justamente su necesidad de contar

El doctor D. Verdugo estableció un criterio para clasificar, diagnosticar, tratar, controlar y dar el alta a los enfermos de lepra. Para ello, organizó por primera vez un fichero con todos los casos para anotar la evolución bacteriológica y clínica. Así, se ve que existen no sólo los que están hospitalizados, sino cierta población que se atiende ambulatoriamente y también aquellos que se tiene como sospechosos a quienes se controla como tales (Gajardo). Según señala el médico de la Armada doctor Wilhelm en un viaje de observación, gracias al doctor Verdugo se había analizado a toda la población rapanui para pesquisar la lepra (Sandoval y Wilhelm, 1956).

El Dr. Gajardo reconoce sin embargo que respecto del leprosario y gracias «a la generosidad de los chilenos» –se refiere a las colectas que hiciera la SADIP- el nuevo edificio es notoriamente mejor que el anterior;

Un leprosario con tres pabellones con acomodación para 20 personas en cada uno. El leprosario tiene un pequeño laboratorio y un excelente microscopio Leitz. Cuenta con buena cocina, baño, comedor, bodega y una casa para las religiosas que atienden a los enfermos. La vigilancia está a cargo de 4 guardias que hacen turnos. Circunda el establecimiento una huerta y jardín para que trabajen los enfermos que pueden hacerlo (Gajardo, 1954: 305).

Señala que los enfermos reciben visitas una vez al mes, que reciben regalos, pero que nada ni nadie puede salir del leprosario. Pueden tomar baños en la playa. A veces, se escapan por las ventanas de la institución para llegar al poblado (que queda a una hora de camino), a pesar de que se les encierra con llave en la noche; «El leprosario es bueno, tiene sobrada capacidad. La alimentación, el aseo y el trato a los pacientes es lo mejor que se puede dar en Pascua» (Gajardo, 1954: 306).

El mayor de la Armada, Héctor Baeza el año 56, en su monografía, da breve cuenta del estado de la salud en la isla. Señala que el Hospital Naval estaba siendo atendido por un teniente 1º de Sanidad y asistido por tres practicantes navales y algunas religiosas. El leprosario, en tanto, era atendido por tres religiosas. Existía además una matrona que atendía los partos. Es decir, pese a haberse creado el cargo para médico del hospital naval y para atender también profesionalmente de manera estable al leprosario, no se conseguía contar con médico residente de larga duración y la administración de la Armada continuaba aportando médicos propios (Baeza, 1956).

El año 1956 y el 1958 se formularon dos convenios de apoyo entre el sistema nacional y la armada -Convenio de Prestaciones Médicas (Anexo 10) por parte de la

con información médica validada y de calidad producida obviamente en el continente y mundo científico internacional. Para ello la Universidad de Chile se encuentra haciendo un convenio que facilite el acceso libre a las bases de datos de revistas indexadas en la Facultad de Medicina; misión en la que me encuentro trabajando.

Armada Nacional que representaba al Fisco y el Servicio Nacional de Salud-, para que la primera fuera quien se encargara de atender las necesidades de salud de los habitantes de Pascua (Fajreldin, 2002). Es decir, es el Fisco quien delega en la Armada la administración y gestión de salud –lo cual ya venía haciendo de hecho, de modo que formalizarlo en un convenio implica de suyo aceptar una forma de proceder que hasta el momento la costumbre ha situado como natural; en vez de generar sus propios mecanismos; lo que es bastante obvio pues la isla seguirá estando bajo el dominio de la Armada hasta entrada la década de los 60.

Síntesis de las tres primeras etapas del proceso de medicalización

El Estado chileno inició su preocupación por la temática médica en la isla incluso antes de la anexión y en el contexto de las visitas y viajes estratégicas desde 1870 con médicos especialmente encargados de estudiar las características poblacionales y el estado sanitario.²¹⁰ No existía entonces institución médica alguna y el Estado se limitó a cooperar con los misioneros allí presentes. Después de la anexión territorial de Chile, ocurrida el año 1888 la isla quedó librada a la suerte del arrendamiento a empresas ganaderas y el fisco fue representado por la Armada de Chile quedando bajo un régimen colonial (ver Anexo 4); existiendo además un tercer poder representado por la autoridad de la iglesia, quien ofició como un brazo caritativo y mediador entre los actores existentes. La población rapanui recluida en un rincón de su territorio comenzó a sufrir epidemiológicamente los cambios en los estilos de vida y los embates de las infecciosas.

Existió un improvisado leproario con enfermos que convivían sin distinción de gravedad en pésimas condiciones de higiene, debiendo proveerse ellos su alimento y ropas. El estado no se ocupó formalmente del tema de salud de la población hasta enero de 1917 en que por medio de la ley 3.220 que somete a la isla a la Dirección del Territorio Marítimo de Valparaíso, se deducían fondos del arrendamiento a la Compañía Explotadora para la construcción de un Lazareto de Leprosos, cuya administración fue encargada por el Presidente de la República al Obispo y Vicario Castrense Rafael Edwards. El sacerdote y miembro de la elite chilena fue una voz crítica del control de la CEDIP e instaló la idea en el gobierno central de la necesidad de la propiedad fiscal e indígena como contrapeso al poder de la Compañía, sosteniendo la necesidad de una

210 Este interés está vinculado con la exploración estratégica que estos viajes tuvieron respecto de la isla, en el marco de lo cual se hicieron muchos estudios de tipo económico ecológicos para determinar las características de la isla que pudieran justificar un siguiente movimiento de anexión por parte del Estado (Muñoz y cols, 2020).

autoridad independiente de los intereses económicos para garantizar el bienestar de los isleños.

A partir de los años 30, a través del Ministerio de Defensa Nacional y la Subsecretaría de Marina, la Autoridad Naval asumirá un fuerte rol fiscalizador y definidor de política en general y de política médica en el territorio isleño, iniciándose un control biopolítico al menos sobre las cifras de una población que ya se va considerando en el ámbito de cierta responsabilidad. Al Subdelegado Marítimo -la Autoridad por sobre y a veces por debajo la autoridad del administrador de la compañía ganadera- le correspondió entre otras muchas tareas, velar por la salubridad pública, informar anualmente a la Dirección del Litoral y Marina Mercante sobre el estado sanitario de la población, dar cuenta de las medidas adoptadas y las necesidades de la misma, informar sobre cada leproso o su fallecimiento. También debió establecer ciertos criterios de aduana sanitaria desde y hacia el continente con criterio de protección de la población local. Sin embargo toda acción posible de desplegar en el territorio quedó bajo el dominio de las autoridades navales centrales radicadas en el continente (DGA), lo que dificultó mucho las gestiones concretas. El *ethos* de las dos primeras etapas está atravesado por el sello de la “caridad y la beneficencia” entendida como valores cristianos que deben inspirar la instalación de los dispositivos médicos.

En un claro reconocimiento –de hecho, no de derecho obviamente- del carácter colonial en que opera la isla y sus actores, en el marco del “Contrato de Arrendamiento y Cesión del Fisco a la Compañía Explotadora de Isla de Pascua” -que aparece el año 1936- la Marina señaló las condiciones que la Compañía ganadera debía respetar, tales como el mejoramiento del Leprosario y la inversión en medicamentos. Pero además ordenó las bases de la primera posta médica que la Compañía tuvo que construir: una Enfermería con policlínico, atención dental y farmacia, funcionando para 1939. El primer Hospital Naval, ubicado en el centro del pueblo quedó a cargo de un Practicante de la Armada para efectuar sino atenciones médicas generales, dependiendo de las visitas esporádicas de los buques de la Armada para poder realizar “acciones sanitarias” como vacunaciones, exámenes, etc. No existió equipo profesional residente. Ni la beneficencia pública ni privada de parte de la SADIP que llevó a los enfermos medicamentos y ropas desde el continente, ni los recursos que el Fisco arrebató a la Compañía alcanzaron para prodigar cuidado y atención de calidad.

En los años 40 comenzaron las primeras voces indicando que el nivel central civil de salud del continente debiera asumir algunas funciones en cuanto a la salud de la isla.

Según su propio Comandante en Jefe -el año 1947 -y el mismo Camus- la falta de buenas instalaciones y medidas de protección, tratamiento y control, se relacionaba con que no se había tomado el tema como un problema nacional, por parte del entonces Servicio Nacional de Salubridad. El año 1946 el estado envía una comisión de inspección civil a observar la situación sanitaria manifestando ya un claro interés de comenzar a articular algunas acciones. Un hito del periodo es que gracias a todos estos movimientos se logró construir un nuevo leprosario con la influencia de la SADIP.

Un nuevo período de las instituciones médicas en Rapa Nui comenzó a partir de la asunción de la Armada Nacional como administradora de la isla una vez finalizada la concesión a particulares de tierras para la explotación ganadera. La Armada asumió control casi absoluto de los asuntos en la isla y de su población.²¹¹ El año 1952 se había creado el cargo de Médico Sanitario y de Médico para el hospital de la Armada. El Leprosario en tanto, si bien algo mejor equipado no cuenta con consultorio médico y los doctores que ocupan el cargo siguen sin tener conocimientos específicos sobre la lepra. Recién en 1953 se efectuó un estudio a toda la población rapanui para la pesquisa del mal y estableció un criterio para clasificar, diagnosticar, tratar, controlar y dar el alta a los enfermos. Para ello se organizó por primera vez un fichero con todos los casos y hojas clínicas, controlando no sólo a los hospitalizados, sino a todos aquellos que se tiene como sospechosos: cada uno de los isleños independiente de su edad, sexo u otra consideración.²¹²

Pero también se trata del inicio de un período de férreo control médico anual de la población en el Hospital Naval; ya la articulación entre ambos dispositivos biomédicos era evidente desde los años 30; pero la lógica de control y necesidad de erradicación de la lepra hizo que esta vez la articulación funcionara desde el control absoluto y represivo de la población.²¹³ Los rapanui hasta hoy día recuerdan la violencia con que la autoridad procedía (operaciones de “captura”) para el control dentro del hospital, y asocian al

211 La Armada continuo aunque en menor escala, la explotación de las ovejas, de donde obtuvo presupuesto para costear en parte los gastos internos de la isla.

212 Como antropóloga médica puedo dar fe de que el año 1999 en muchas de las fichas clínicas que existían en el hospital del momento se podía apreciar con claridad el control anual de la población por el mal de Hansen de todos aquellos nacidos antes de la mitad del 60. Gracias al comentario del Dr. Carlos de la Barrera, quien trabajó después durante la administración civil del dispositivo, tales fichas aún existentes el año 99 eran producto de un trabajo sistemático que algunos de los médicos de la Armada se dieron al respecto; y fueron reconstruidas por su gestión años después.

213 Los internos mantienen contacto con el exterior una vez al mes, reciben visitas y regalos, son permanentemente vigilados por guardias pues nada ni nadie puede salir del Leprosario (Foerster y Montecino, 2012 a; Fajreldin, 2002, 2013). Pueden tomar baños en la playa, se les encierra bajo llave en la noche y a veces se escapan por las ventanas de la institución para llegar al pueblo (a una hora de camino) (Fajreldin, 2002).

Leprosario con los abusos que la Marina cometía al utilizarlo también como centro de reclusión para quienes no se sometían a su autoridad y sus caprichos (Fajreldin, 2002). Asimismo, algunas figuras rapanui trabajaron en esta época en ambos dispositivos generando una muy incómoda posición en relación con la labor que les tocaba realizar de control de su propia gente, herida que aún duele y sobre la que siguen habiendo posiciones e interpretaciones encontradas.

Tímidamente comenzó a intervenir el Fisco-Armada desde 1956 algo retrasado respecto del continente donde ya se había creado el SNS el año 52;²¹⁴ y porque finalmente la lógica de involucramiento de la salud civil y continental nacional operó en la isla simplemente delegando su poder y administración nuevamente en las autoridades navales. Se trata de sucesivos Contratos o Convenios que a partir de entonces la comprometen para atender las necesidades de salud de la población. Los logros del SNS en el continente no pudieron verse reflejados en la isla por la misma razón.

El estigma de la comunidad rapanui como “leprosa” y el criterio médico-político de aislamiento tanto dentro de la institución como de la misma isla comenzaron a desvanecerse en la década de 1960 dada una notoria disminución de los casos, estimándose que para el año 1963 no existía más de un 0.7% de la población con el mal (Cruz Coke, 1988). El fantasma perduró por cierto un buen tiempo más (Anexo 11).

Un elemento importante a considerar en todo el extenso periodo es que los dispositivos asistenciales no lograron atraer médicos que permanecieran en la isla por mucho tiempo; que el proceso asistencial se fundamentó en estos dos dispositivos en los que el nivel de coordinación para operar se fue estrechando en el tiempo, debido también a la naturaleza de la enfermedad de Hansen y la necesidad estimulada por la labor de sensibilización y lobby de la SADIP hacia mundo civil y autoridades nacionales en relación con tratar a Rapa Nui como parte efectiva del territorio chileno.

Los dispositivos se vieron progresivamente reforzados por la presencia de personas rapanui que desde la década del 40 lograron posicionarse como agentes activos de la salud de la comunidad a través de su formación en profesiones de la salud y su trabajo.²¹⁵ A partir de allí el vínculo con el sistema de salud y sus dispositivos será creciente, como será evidenciado en los subcapítulos que siguen.

214 Insisto en que el SNS constituyó la institución de mayor relevancia en la salud pública nacional durante la segunda mitad del siglo XX y marcó un hito en América Latina por el cual Chile fue considerado un país con un modelo avanzado copia del modelo inglés del *National Health Service*.

215 Este reconocimiento a la agencia rapanui en sus propios asuntos tendrá para el caso de salud un gran impacto.

III.IV La medicalización contemporánea. Las etapas cuarta y quinta

Aunque las etapas que he denominado cuarta y quinta del proceso de medicalización serán descritas y analizadas teniendo como fundamento mi largo trabajo etnográfico desde fines de los años 90, usaré también documentos y bibliografía de terceros y recurriré a la memoria de ciertos actores vinculados con estos procesos, aún vivos.

La *cuarta etapa* comienza en la mitad de los años 60, cuando la isla inicia un nuevo momento de su configuración institucional en general pues se trata del comienzo de su vida civil luego de más de 50 años de administración armada. En términos sanitarios, es una época de grandes cambios y vuelcos institucionales que modelarán el relacionamiento rapanui con la cultura sanitaria chilena propiamente tal por 40 años; la etapa se extiende hasta el año 2006. La *quinta etapa* –final de esta cronología crítica- se inicia con nuevos cambios administrativo-políticos y sanitarios el año 2007, que detonarán una serie de procesos y continuidades dándole un sentido al periodo hasta la actualidad, bajo una lógica donde coexisten la racionalidad específica del sistema sanitario chileno, con los procesos de posicionamiento comunitario e identitario rapanui, en el contexto global.

III.IV.I El procesos de medicalización en un contexto civil

El momento inicial y el monopolio de la nominación legítima

La *cuarta etapa*, entre 1964 y 2006, se produjo de muy diversas maneras, con actores conocidos y otros nuevos en el medioambiente rapanui y significó una transición del dispositivo asistencial militar bajo dominio de reglamentos y lógicas de la Armada hacia la administración civil en salud y la consolidación de esta nueva lógica institucional y sus procesos asociados.

La década de los 60 fue una década de profundas transformaciones en Rapa Nui. Al mediar la misma se produjo un proceso revolucionario isleño –la “revolución de Rapu”- mediante el cual se logró que la Armada dejara la administración del territorio y comenzaran sus habitantes a depender del Chile civil, dictándose la “ley Pascua” N° 16.641 del año 1966 (ver Anexo 3), con que se crea la Provincia y la Comuna de Isla de Pascua y que deja sin efecto la ley 3.220 del año 1917.



Fotografía 16. La revolución de Rapu. Escena del Documental *Island Observed*, de la National Film Board de Canadá; donde se muestra a Alfonso Rapu con un grupo de otras personas rapanui en los movimientos relativos a la revolución rapanui. Fuente: Lamieux, 1965 (link documental disponible).

El carácter de este hito fundamental de la nueva relación entre el estado y la comunidad rapanui si bien fue y sigue siendo celebrado por muchas voces como un acto trascendente, permitió establecer el estatus de personas con derecho a sufragio de donde

se deriva el carácter de “ciudadano” de cada uno de los rapanui. La Ley no estableció de manera implícita un nuevo trato político respecto de la dependencia de Chile continental evadiendo la alusión al carácter de pueblo de la comunidad rapanui y a la propiedad de sus tierras.²¹⁶ Al no estar en la agenda ni en las sensibilidades otro horizonte que la chilenidad en su máxima potencia civil —el derecho a voto igualitario— todas las políticas públicas y las instituciones se volcaron a “reparar” una cierta deuda de civilidad que Chile entendió tenía con la isla y los rapanui con Chile.

Como fuera, una vez terminada la jurisdicción de la Armada el desafío fue ir instalando instituciones civiles según el modelo continental, en un esfuerzo estatal de producción del monopolio de la nominación legítima (Bourdieu) a través de sus instituciones. Así aparecieron las primeras instituciones²¹⁷ como la Municipalidad, que contó desde un inicio con alcalde rapanui,²¹⁸ mientras en las otras instituciones varios isleños comienzan desde un inicio a desempeñarse allí.²¹⁹ Se reforzó el aparato de educación ya dispuesto en el territorio con anterioridad como la escuela Lorenzo Baeza Vega²²⁰ y otros servicios públicos importaron gente desde el continente para asumir las tareas diarias de la administración civil.

Corresponde esta etapa a un vuelco en la demografía local, ya que los nuevos funcionarios chilenos llegaban en su mayoría con familias a pasar periodos de dos o tres años de trabajo²²¹ antes de volver al continente; mientras algunos otros nuevos funcionarios formaron familias con gente rapanui. Claramente se trata de un momento de

216 Fenómenos que acentúan su posicionamiento más claro al finalizar los años 80 cuando surgen algunas organizaciones reivindicativas rapanui; y en los años 90 con la dictación de la ley Indígena N° 19.252, de 1993 y la evocación rapanui sobre el Tratado de Voluntades del año 1888 y que implica el reclamo para que el Estado reconozca la propiedad exclusiva de todas las tierras de la isla para los rapanui, desafectando entre otras cosas el Parque Nacional Rapa Nui, lo que sigue sin suceder del todo.

217 El Banco del Estado, La Corporación Nacional Forestal (CONAF), El Servicio Nacional de Turismo (SERNATUR), Bienes Nacionales, Corporación de Fomento de la Producción (CORFO), Carabineros —la policía—, Ministerio de Justicia, Obras Públicas, entre otras.

218 Sin embargo, antes de este periodo ya existía de hecho —no de derecho— la figura de alcalde en la isla, que no correspondía al administrador del municipio toda vez que la institución no se había creado, sino que era una figura de liderazgo comunitario reconocida por los diferentes interlocutores ya sea en la comunidad como ante la Armada.

219 Según identifica Diego Muñoz, el año 66 volvieron desde el continente 11 rapanui a ocupar puestos administrativos recién creados (Muñoz, 2017).

220 Como ya comenté, el nombre de Lorenzo Baeza Vega remite al profesor básico encargado de la educación en la escuela pública en la mitad de los años 50; época en que la vinculación cultural con los “valores” y saberes chilenos —incluida la lengua— se hizo de la mano de la administración marina. En septiembre del año 56 se dicta la ley 12.145 por la cual el estado decreta la escuela 72 de Isla de Pascua, que habrá de llevar el nombre Lorenzo Baeza Vega (información personal de Tania Basterrica). Ya en el periodo que analizo aquí el dispositivo educativo se enriqueció en personal a través de la importación de profesores.

221 La política de “asignación de zona” en sus sueldos y el ofrecer casas agrupadas en determinadas zonas del pueblo, hicieron de atractivo a la oferta estatal de ir a trabajar en la lejana isla.

chilenización y de cambios culturales profundos (Porteous, 1981; McCall, 1998; 1996) asociados a la apertura en los años sesenta de vuelos internacionales y nacionales.

A las dinámicas y cambios casi “naturales” que el inicio de la administración civil y la chilenización impuso, se sumaron dos grandes hitos de la historia contemporánea que agregarían cambios relevantes en todos los sentidos posibles.

Uno de ellos fue la llegada, un poco antes de la revolución de Rapu, de un operativo biomédico dirigido por Canadá (METEI, Medical Expedition to Easter Island); a quien nos referiremos con detalle pronto pues tiene directa relación con el tema de esta tesis. Además de este, un nuevo actor exógeno entró en la escena durante el gobierno demócratacristiano de Eduardo Frei en el momento en que la METEI concluyó su misión. Se trató de la instalación de un campamento norteamericano con una misión que duró hasta la asunción en Chile del gobierno socialista de Salvador Allende el año 1970.²²²

De este modo, junto con el arribo de los primeros funcionarios chilenos y sus familias; se encontraban en la isla trabajando los obreros de la empresa continental Longhi, constructora de la pista. A este contingente se sumó todo el personal de fuerza aérea norteamericana y quienes los acompañaban desde la marina norteamericana.

Varias influencias trajo el momento, el dinero como medio de cambio, el inicio de un nuevo giro en la dieta por la llegada de productos procesados importados que se comenzaron a vender en el flamante almacén local en manos del estado,²²³ una paulatina pérdida de la agricultura local de autoabastecimiento, el inicio de un drástico cambio en el uso de la lengua rapanui, entre otros varios fenómenos.

Salud se sitúa en el margen

En estos primeros años de la etapa en análisis, y en este contexto de cambios radicales la mayoría, en los dispositivos asistenciales se fueron produciendo algunos cambios aunque de manera mucho más paulatina que en otras áreas ya mencionadas. No se dieron inmediatamente en salud los procesos esperables en este nuevo ciclo de la relación entre el Chile continental y la isla; no aparecieron mágicamente nuevas instituciones ni pomposos jefes de servicio.

222 La *United States Air Force* (USAF) instaló el año 1966 una base que amplió el aeropuerto de la isla, capaz de recibir aviones comerciales y militares. La operación fue articulada entre el Ministerio de Defensa y de Relaciones Internacionales de Chile y la USAF e ignorada por autoridades locales, comunidad rapanui y autoridades políticas del continente (Muñoz, 2017; Stambuk, 2016). La base norteamericana sigue siendo un enigma para muchos hasta el día de hoy; dejando algunos hijos e influencias importantes en la música local y otros aspectos culturales (Stambuk, 2016).

223 La Empresa de Comercio Agrícola (ECA) que abastecía a zonas aisladas del territorio nacional; y que funcionó para la Isla hasta el año 2013.

Ello tiene que ver, visto desde la diacronía, con un aspecto estructural y que sin embargo desde este momento comienza a notarse con claridad y a interactuar con otros aspectos de la vida social y de salud en la isla; cual es que la administración de salud de Rapa Nui nunca ha tenido residencia en Rapa Nui, y el dispositivo asistencial es articulado desde fuera del territorio, obediente a los cambios y recursos que suceden en instituciones a 3.600 kilómetros de distancia.²²⁴

En términos de morbilidad, esta etapa ya mostraba con sobrada claridad una sociedad permeada por el cambio de estilos de vida derivados de los procesos descritos en el subcapítulo anterior -la hacienda ovejera, el asentamiento, los cambios alimentarios, y el arribo de infecciosas en los barcos.

Sin embargo, en la segunda mitad de los 50 los datos de uso hospitalario aún mostraban un perfil epidemiológico con mayor carga de enfermedad infecciosa.²²⁵

224 La gestión institucional en Chile ha sido siempre centralizada en todas las áreas; pero para el caso de salud, nunca ha existido oficina administrativa del poder central instalada en la isla, al menos en el ámbito de la atención clínica que realiza el Hospital; el cual se puede considerar sólo un brazo operativo.

225 Recabados por Dr. Andrade –quién participó por Chile en la METEI- para informar a la misión canadiense de la situación previa a su arribo. Reunida por Helen Evans Reid de la misma misión, a modo de diagnóstico de la situación.

Cuadro 5. Estadísticas comparadas de morbilidad y vitales segunda mitad década de los 50.

Table C.1 1950s health statistics gathered by Helen Reid, 1964-65

Year	Population	Births	Rate per 1,000	Deaths	Rate per 1,000
1955	862	37	42.9	13	15.1
1956	884	59	66.7	4	4.5
1957	906	53	58.5	10	11.0
1958	1053	59	56	9	8.5
1959	1088	57	52.4	13	11.9

Common diseases found	1955	1956	1957	1958	1959
Grippe	980	423	172	268	854
Meningitis	5	1	0	1	3
Tetanus	1	0	0	0	0
Parotitis (mumps)	2	0	0	0	0
Varicella (chicken pox)	0	0	2	0	0
Coqueluche (whooping cough)	0	0	0	108	0
Infectious hepatitis	0	0	0	3	0
Gonorrhoea	24	4	1	0	2

Note: A 1958-1959

Fuente: Duffin, 2019.

En efecto, los parámetros normales de la población local denunciaban la existencia de una sociedad sin males crónicos. Previo al arribo de la METEI la población presentaba un panorama de mayor mortalidad y natalidad que la población californiana; tanto la presión sistólica como diastólica eran menores respecto de la misma población; el colesterol era marcadamente más bajo, mientras la altura y el peso eran similares. Los reportes del hospital naval indicaban en detalle la situación epidemiológica de antes del arribo de la METEI (Ibid).

Cuadro 6. Datos de uso hospitalario años 1963-64²²⁶

Table 4.1 Dr Andrade's report of health on Rapa Nui, 1963-64

A. Deaths in hospital: 7 (6 children, 1 adult)	
Bronchopneumonia with asthma: baby four months old	
2 intoxications (accidental poisonings): 3 years old, Dieldrin (an insecticide); and age illegible, "Gamma tox" [hydroxybutyric acid?]	
Congenital heart disease: newborn	
Dehydration: child	
Asphyxia neonatorum: newborn	
Biliary peritonitis with subphrenic abscess (following gall bladder operation)	
B. Important diseases	
Tuberculosis	23 new cases: 3 genital, 1 peritoneal; BCG program for newborns
Leprosy (based on a 1962 WHO visit by Brazilian leprologist)	18 ambulatory cases, 6 in sanatorium, 4,763 smears, only 7 suspected active cases
Asthma	42 cases of severe bronchial asthma
Tetanus	1 case
Eosinophilia (sign of parasites)	61 of 183 adults tested, 50 children
Anemia	15 adults, 16 children
Smallpox	No evidence of smallpox
Typhoid	No typhoid vaccine
Polio	No polio vaccine
C. Medical consultations, 1963-64: Diagnoses and numbers of consultations (total 992)	
Abscess	19
Amenorrhea, primary	1
Bronchitis (smoking related, aggravated by northwest wind)	190
Colds	326
Congenital malformation (amaurosis)	3
Cough	339

226 Aportados a la METEI por el médico chileno Dr. Andrade, como antecedentes de las características epidemiológicas de la población de entonces (Duffin, 2019).

Raising Camp Hilton

121

Dermatological problems	18
Endocrine disturbances	2
Enteritis	160
Erysipelas	5
Furunculosis	41
Headaches	592
Idiocy	2
Influenza	620
Moniliasis	80
Muscular pain	79
Mycosis (no athlete's foot)	32
Nasal/sinusitis	75
Neuroses/hysteria	35
Oligophrenia (mental retardation)	3
Otitis	3
Parasitosis	109
Parotiditis (mumps)	3
Pelvic inflammatory disease (no gonorrhoea)	27
Pharyngitis	89
Pneumonitis viral	7
Pyelonephritis	9
Stomach pain	45
Tonsillitis	161
Varicose ulcers	2

Source: Based on Murphy Diary, nd; Reid Diary, 17 December 1964,
and nd, 101v-102.

Fuente: Duffin, 2019.

Con la incorporación a Chile, los cambios demográficos y la apertura de la isla a los vuelos, aparecen nuevos patrones de morbilidad; abandonándose progresivamente la preeminencia del patrón de infecciosas de antes de los 60; la mortalidad disminuyó²²⁷ y la sociedad comenzó lentamente a envejecer (Duffin, 2019). Según Duffin, si bien las causas de muerte fueron cambiando hacia estos patrones más crónicos, debido a la apertura del aeropuerto y los viajes internacionales se mantenían durante el año una serie de procesos infecciosos principalmente respiratorios como el llamado *cocongo*; y la novedosa influenza (Duffin, 2019).

El Dr. Carlos de la Barrera recuerda para los años 70, algunos de los perfiles que le tocó observar en la población «... los niños tenían problemas de diarrea en el invierno; en el verano era el *mare* -el asma bronquial-, el 35% de los niños de la época tenían asma bronquial; el otro gran problema era la tuberculosis, había mucha; y la lepra que era la

227 Antes de los 60, cinco de seis muertes eran de niños menores de 3 años (Duffin, Op.cit)

incógnita porque en Chile... ¡nadie sabía de lepra en Chile!..., no habían expertos, nosotros no sabíamos de lepra».²²⁸

Un estudio comparativo de los años 1963-1979 determina un aumento de casos de hipertensión arterial ya que «el proceso de migración de los nativos, de culturas primitivas a la civilización aumenta la presión arterial, que por el contrario, al mantenerse viviendo en sus ecosistemas nativos conservan sus presiones arteriales en niveles bajos sin aumentar con la edad» (Cruz Coke y De la Barrera, 1981:102). Algo muy similar ocurrió con los casos de diabetes mellitus como consecuencia de los cambios alimentarios. Veinte años después, alcoholismo, hipertensión y diabetes eran ya un panorama absolutamente común en la década de los 90, para mi primer trabajo de campo (SSVSA, en Fajreldin, 2002) (ver Anexo 12).

El dispositivo asistencial es visitado

Un gran hito del inicio de esta etapa –diciembre de 1964- y que coincidió con el momento revolucionario isleño fue la llegada de un gran operativo de investigación biomédico, único en su importancia hasta el momento: la Expedición Médica Canadiense (METEI, *Medical Expedition to Easter Island*) (Duffin, 2019; Evans Reid, 1965). Si bien la llegada de la METEI fue justo antes del término de la administración de la Armada,²²⁹ con una población aún “domesticada” por tal dependencia; la misión fue testigo de los primeros momentos que darían origen a la revolución de Rapu.^{230 231}

La METEI fue una alianza internacional de varios centros científicos liderados por dos doctores -originarios de Europa del Este vecindados en Canadá- Stanley Skoryna y Gorges Nógrády. Nacida de lo que Duffin llama “el sueño de Stanley”,²³² el

228 Entrevista personal, marzo 2021.

229 De modo que los profesionales a cargo de la expedición buscaron y contaron con el apoyo logístico y político de las autoridades correspondientes, apoyándose en las familias que detentaban el control sobre la población (como se ve en el documental de Lamieux, 1965).

230 De hecho, para el estudio de esta significativa etapa de la contemporaneidad de la isla; varias de las fuentes visuales -imágenes y videos- que circulan entre los especialistas sobre la revolución, vienen de los registros tomados por la misión, como la antes aludida escena de Rapu y las mujeres en protesta.

231 https://www.nfb.ca/film/island_observed/

232 La Dra. canadiense Jacalyn Duffin, historiadora de la medicina de Queens University, publicó recientemente un extenso libro llamado *Stanley's Dream. The Medical Expedition to Easter Island*. Duffin viajó a la isla en 2017 para devolver material fílmico y fotografías recopiladas en su investigación, haciendo contacto con los pocos –ahora ancianos- que fueron testigos del hito en la historia contemporánea. Luego de exhibirlo en varios lugares con el concierto de las instituciones locales, dejó el material en el Museo P. S. Englert, en un gesto de reparación de la memoria colectiva.

https://www.museorapanui.gob.cl/679/w3-article-74206.html?_noredirect=1 /

https://www.patrimoniocultural.gob.cl/614/w3-article-83800.html?_noredirect=1

objetivo fue estudiar un caso sociedad pequeña y aislada en el mundo donde observar cómo actuaban la biología humana y su interacción con el ambiente.²³³

El diseño original contemplaba dos viajes: una comparación del “antes” observado por la METEI el primer viaje; y un “después” que estaba vinculado con la entonces incipiente apertura del aeropuerto Mataverí a los vuelos internacionales lo cual para los científicos representaba el hito fundacional de un gran cambio a iniciarse para la isla y su población y ecosistema, interesante para sus objetivos. Por diversos motivos ese estudio de después nunca se pudo realizar.²³⁴

Para su ejecución, Skoryna «appealed to Canada’s growing nationalism and sense of pride in its global profile» (Duffin, 2019: 31), de modo que “el sueño” estuvo circulando por la prensa y los imaginarios canadienses.



Figure 2.6 Montreal Star coverage of the announcement of the expedition, its director, and its ship, HMCS Cape Scott, following approvals from Chilean authorities, 23 July 1964. Wilkinson Papers.

Imagen 6. Operativo canadiense es noticia en su país en la fase de preparativos. Artículo de prensa de periódico apela a la conciencia nacional y anuncia la Expedición como un asunto de interés público. Fuente: Duffin, 2019

233 El “sueño” estaba vinculado con el interés enmarcado en un gran proyecto de investigación científica mundial; el *International Biological Program* (IBP) que pretendía asociar la idea de adaptabilidad biológica humana a las condiciones ecológicas (Duffin, 2019) Según sus ideólogos, «a complete study of an isolated population has never before been carried out on so large a scale”. He hoped that in addition “accumulation of significant medical data”; the expedition would “provide valuable information for similar undertakings in Canada and elsewhere”» (Duffin, 2019)

234 La METEI nunca regresó por una serie de sucesos nacionales y extranjeros que lo impidieron; entre los cuales el contexto de la guerra fría habría jugado un importante papel (Duffin, Op.cit.). Los múltiples estudios que salieron de la investigación fueron publicados en el mundo científico internacional –nunca alimentaron ningún proceso interno en salud- y nunca regresaron a la isla hasta que fueron llevados por Jacalyn Duffin en 2017.

Partiendo por el financiamiento inicial del llamado proyecto “*Inmuno-epidemiological and genetic studio of Easter Island*” conseguido con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la consolidación del mismo fue un asunto donde jugaron diversos actores de la esfera global, en un operativo tan diplomático como científico: el financiamiento del gobierno canadiense, la participación de la Armada de Canadá, el concierto del embajador chileno en Canadá y del Ministro de Salud en Chile y la serie de investigadores y sus respectivas prestigiosas instituciones de muy diversos países tanto del entonces mundo capitalista como del socialista: Europa, USA, Canadá y Chile; profesionales de la virología, bacteriología, antropología física, epidemiología e incluso sociología entre otros (Duffin, 2019) (ver Anexo 13).

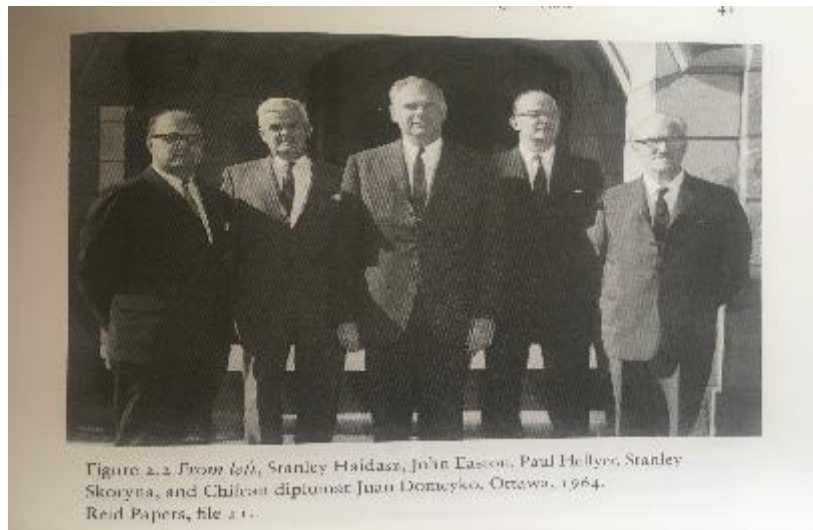
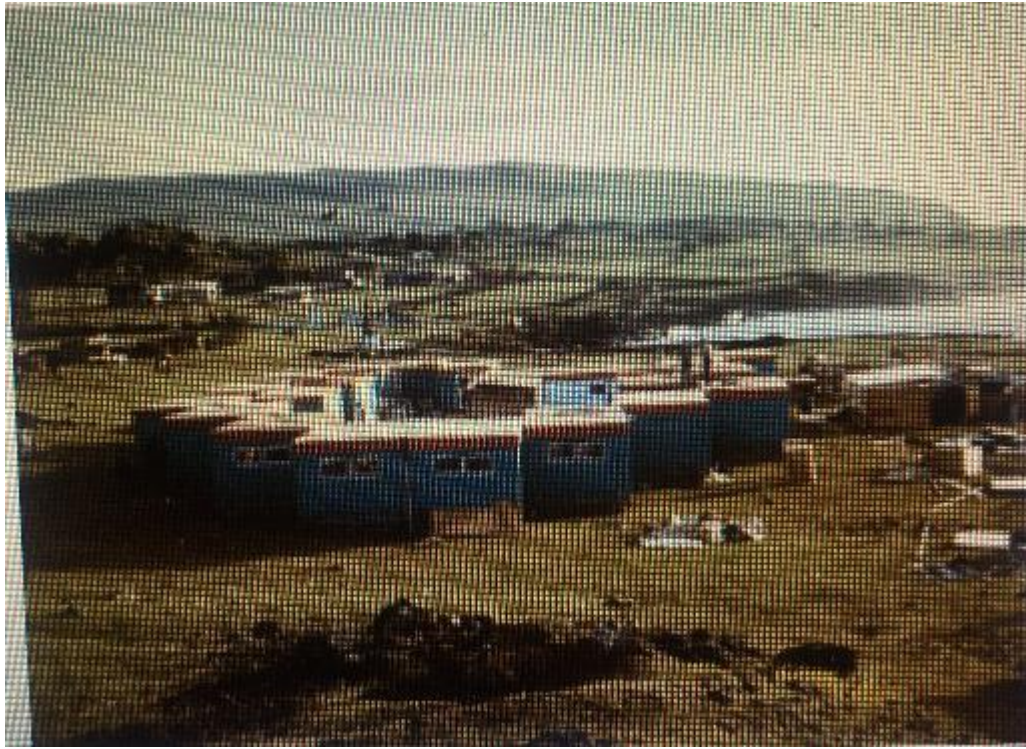
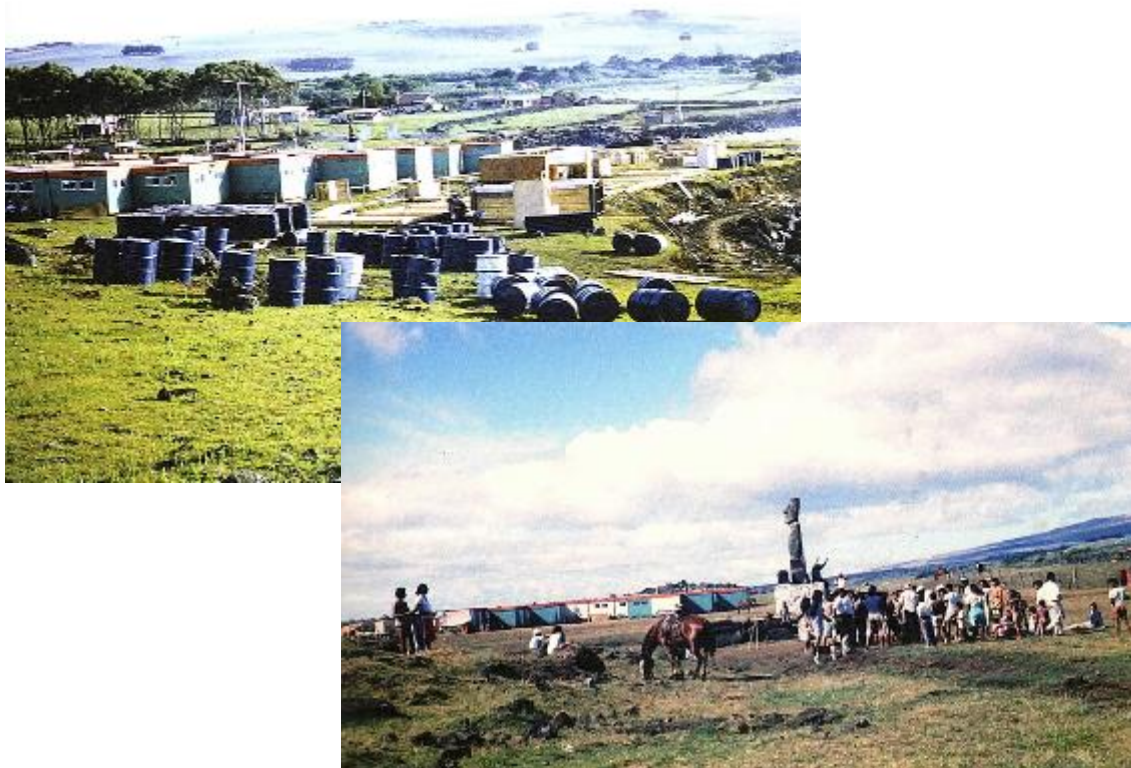


Imagen 7. Grupo de diplomáticos y científicos de Canadá y Chile preparan el escenario en Ottawa, 1964. Fuente, Duffin 2019

Provistos de una serie de insumos para estudios biomédicos jamás vistos por la población local y de materiales de construcción modulares, se instalará el campamento *Camp Hilton* en el centro de Hanga Roa, a la orilla del mar.



Fotografía 17. Vista del *Camp Hilton*, a la orilla de la Bahía de Hanga Roa. Fuente: Lamieux, 1965.



Fotografía 18. Otras vistas del *Camp Hilton* y su relación con la Plaza Hotu Matu'a en la Bahía de Hanga Roa. Fuente: Duffin, 2019.

La experiencia que la comunidad tuvo gracias a la METEI respecto del mundo médico, su tecnología y procedimientos era inédita. El análisis de la población se hacía en el campamento citando a cada familia y tomando exámenes de sangre, antropométricos, de capacidad respiratoria, fuerza física, dentales, entre otros, luego de lo cual se tomaban fotos del grupo familiar. La socióloga del equipo –Cleopatra Montandon- visitaba a las familias en sus hogares para conocer mejor sus formas de vida. Como las condiciones ecológicas eran parte de la gran pregunta de investigación, paralelamente el estudio debía conllevar un análisis de suelo y de animales.



Fotografía 19. Niña rapanui bajo parámetros biomédicos. Fuente: Lamieux, 1965



Fotografía 20. La bandera del Operativo flamea en el *Camp Hilton*. Fuente: Lamieux, 1965.



Figure 20.1 "The last patient," Nelson Teao Eley, with the doctors, 5 February 1965. Also from left, Maurice Roberts, David Murphy, Helen Reid, Richard Roberts, Stanley Skewyns, and Peter Beighton. Photo: David Murphy.

Fotografía 21. El último paciente estudiado, en compañía del equipo de investigadores. Fuente: Duffin, 2019



Fotografía 22. Un científico de la METEI analiza muestras biológicas en el laboratorio *in situ*. Fuente: Lamieux, 1965.



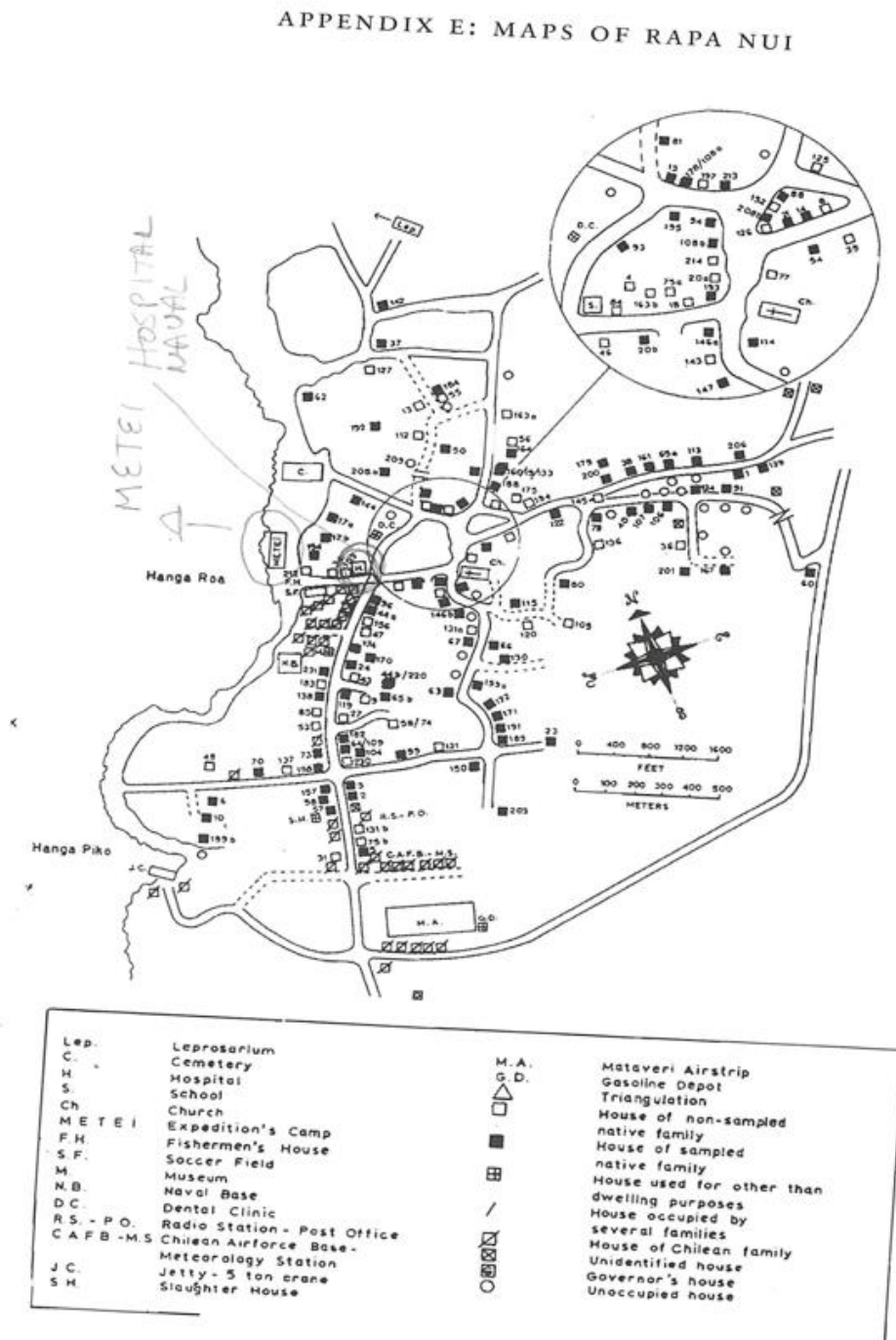
Fotografía 23. Joven rapanui es analizado en su capacidad respiratoria. Fuente: Lamieux, 1965.

Según la memoria colectiva, el operativo biomédico nunca fue forzoso ni dejó una huella de dolor. Al parecer se trató de una experiencia de relacionamiento con el mundo exterior —muy ansiada entonces ya que aun la isla no era abierta a vuelos comerciales—, un encuentro positivo pese a ser sujetos de investigación y de apertura isleña hacia mundos más grandes, constituyendo una suerte de puente simbólico entre el viejo régimen de administración militar y el ingreso del Chile civil con todas sus complejidades; una bisagra de la apertura de la isla al mundo exterior que comienza a hacerse posible a partir de la segunda mitad de la década.

Luego de cumplir sus objetivos, la misión decide dejar el instrumental médico y de laboratorio en manos de los dispositivos asistenciales existentes. El *Camp Hilton* fue desmantelado y algunos insumos pasaron a formar parte de las estructuras del leproscario; mientras otros enriquecieron la infraestructura del hospital naval de entonces como el equipamiento de laboratorio; la máquina de Rx fue llevada a Chile continental e incluso algunos insumos pasaron a formar parte de los hogares rapanui que habían colaborado desinteresadamente con la misión (Duffin, 2019).²³⁵

235 «... y cuando un nuevo hospital reemplazó a la pequeña enfermería, un remolque se convirtió en su propia casa» (Duffin, 2019: 408) como una manera de auto compensar los servicios que por meses prestó la asistente Norma Huke como secretaria a la METEI sin haber sido remunerada por ellos. La alusión que hace Duffin al hospital que reemplazó la “pequeña enfermería” en efecto refiere a lo sucedido con los paneles y la instalación de un “nuevo” dispositivo, como mostraré un poco más adelante.

Mapa 10. Posición de la METEI dentro del pueblo de Hanga Roa de entonces. Puede observarse su relativa cercanía con el dispositivo Hospital Naval.



Fuente: Duffin, 2019.

Así como el *Camp Hilton* se dispersó por la isla, reconvirtiéndose cada uno de sus objetos múltiples veces en los más diversos usos útiles a la lógica de la isleñidad, lo mismo sucedió con el recuerdo del operativo, que fluctuó -y lo hace aún, según pesquisó el trabajo de Jacalyn Duffin el 2017 en terreno- entre el resentimiento por no haber nunca regresado -la información y la amistad- y la gratitud enorme por los apoyos políticos que implicó la presencia de la METEI en semejante momento isleño.

Pues, según y más bien coincidiendo con la expectativa local, fue la METEI la que dictaminó por primera vez que la lepra estaba comenzando su proceso de retirada de la isla.²³⁶

El Dr. Nógródy pidió al presidente Frei en Chile enviar un experto en lepra para confirmar la noticia que su colega Skoryna ya había entregado a las autoridades chilenas continentales.²³⁷ Para Duffin, «El hecho de que Skoryna haya declarado a la isla libre de lepra fue más valioso que cualquier dinero; fue un precioso regalo» (Duffin, 2019: 408; traducción nuestra), pues con ese impulso apoyado en el discurso experto de la “evidencia”, el país se abrió a la posibilidad de que los rapanui pudieran por fin salir de la isla. La METEI contribuyó simbólicamente y políticamente a generar una apertura, un “nuevo comienzo”, una nueva era de relación más libre entre el continente y la isla, en aquel momento fundamental de la historia rapanui contemporánea.

El proceso político mayor se soportó en gran medida en un acto de habla, unas cuantas estadísticas y otros datos de tipo médico producidos por un equipo científico del primer mundo; marcando para siempre el curso de la historia contemporánea.²³⁸

236 Sin haberse efectivamente retirado aún la lepra, ya que sabemos que sólo fue en los 80 cuando se declaró oficialmente superada la epidemia, este impulso coyuntural sirvió a los objetivos políticos de librar a la isla del dominio de la Armada.

237 Lo que fue reforzado por el experto brasilero Dr. Mota, quien al poco tiempo visitó la isla con ese fin (Duffin, 2019).

238 Un producto no esperado -de hallazgo casual- se produjo según Duffin mientras y por la expedición canadiense. Se extrajo del suelo de la isla, para su análisis, un hongo que terminó siendo un conocido insumo para la industria farmacéutica y bioquímica: el *rapamune*. Varias patentes de la *rapamicina* existen en los países desarrollados. Ninguna en Chile y obviamente los rapanui no tienen acceso a este insumo y sus derivados de manera preferencial por las leyes existentes en el país respecto de la propiedad intelectual y los recursos de los pueblos originarios; y por las lógicas de la industria farmacéutica mundial. Otras versiones orales han señalado que fueron los trabajos de ampliación de la pista durante la base militar norteamericana donde se produjo el hallazgo. Recientemente ha aparecido en prensa esta nota.

<https://www.bbc.com/mundo/noticias-57389229>

La lepra se retira; los varua son de todos

Esta etapa trae en sus inicios varios cambios en torno de la lepra hasta terminar por desaparecer.²³⁹ Haciendo un recuento de lo revisado en subcapítulo correspondiente, ya desde los años 40 -*segunda etapa* de esta cronología- el tema había ido adquiriendo el carácter de central en la preocupación por Rapa Nui, particularmente desde la emergencia de la SADIP y la presión que esta ejerció al entrever que tras las malas condiciones de vida de los leprosos existía una isla bajo régimen de cárcel (Foerster y Montecino, 2012a). El camino natural que siguió esta preocupación fue la instalación del nuevo edificio para el dispositivo asistencial y, luego bajo el dominio de la Armada -*tercera etapa*- el inicio de una sistemática estrategia de control y seguimiento de casos que contó incluso con asesorías extranjeras y la presencia de médicos visitantes.

Pese al afán de controlar la epidemia, los dos dispositivos asistenciales del momento²⁴⁰ profundizaron el carácter de cárcel tanto respecto de abandonar la isla como de abandonar el leprosario los allí reclusos. En el Convenio entre Fisco -Armada- y SNS del año 58 la Armada quedaba a cargo de mejorar las condiciones de manejo de la lepra y control de sus pacientes, inyectando recursos y en representación “del país”.

Pero ya para esta *cuarta etapa* ahora en revisión, el hito fundamental lo constituye justamente esta gestión de la METEI ya que articula el proceso de emancipación civil con la posibilidad de “abrir” la isla sin tener que fugarse para ello; así como permite los procesos internos de circulación de las personas dentro de su propio territorio, sin tener que estar “burlando” el control represivo de los dispositivos sanitarios.

Derivado del fuerte estigma experimentado colectivamente por la presencia de la lepra, existió -y hasta hace muy poco- una tendencia a la evasión-negación en los discursos comunes y de autoridades respecto del tema, al punto que recién iniciado el periodo de administración civil, el flamante primer alcalde rapanui Alfonso Rapu efectuó un acto simbólico de rito de pasaje y limpieza de memoria hacia lo que entendía como el inicio de una nueva etapa de la historia rapanui; «...relata “Apenas asumí como alcalde hice desarmar la casa donde vivía Gabriel Hereveri en el sanatorio (leprosario) y también ordené destruir la mayoría de los pabellones. Fue un impulso, un error, pero tenía mucha rabia por todo el sufrimiento que nos había significado la lepra (Stambuk, 2016: 308)» (Basterrica y cols, 2016: 22).

239 Efectivamente se produjo una disminución de casos muy importante desde los años 60; de 30 por 1000 casos entre el 64 y el 79, las cifras bajaron al año 84 a menos de 10 activos (Duffin 2019). Anexo 11.

240 La misma Armada había controlado anualmente a la población a través de coordinar para tal fin los dispositivos institucionales leprosario y hospital; de modo que ya se había iniciado una cierta racionalidad para el manejo de la misma, tal como se abordó en el subcapítulo anterior.

Durante los años 70 la dependencia del manejo de la lepra pasó directamente hacia el Servicio Nacional de Salud (SNS) –nivel central. El Decreto Ley 2.251 del año 78 otorgó protección financiera a los enfermos que continuaban su tratamiento mediante un subsidio mensual de cargo fiscal equivalente a un ingreso mínimo y teniendo derecho a ser atendidos por el hospital local.²⁴¹

Desde una perspectiva crítica en la época, la disminución no era tan radical como sostenían algunos con una mirada -ya optimista o ya temerosa- de las consecuencias sociales de reconocer que en efecto se estaba demorando más de lo previsto el retiro de la enfermedad (ver Anexo 11). En efecto, aún en los 70 y 80 el desde entonces llamado Hospital Hanga Roa (HHR)²⁴² siguió siendo el dispositivo más cercano respecto del control de los pocos enfermos y el Dr. De la Barrera recuerda que durante su dirección el año 76 se llevó a la isla un médico brasileño especialista quien «en tres o cuatro meses logró aislar y controlar a los alrededor de 400 leproso con estigmas aun visibles».²⁴³

Con la disminución de casos de lepra en los años 80 y 90 el leproso como dispositivo biomédico y biopolítico dejó de tener sentido y terminó de desmantelarse sólo en la década del 2010 cuando murió el último residente, el koro Papiano Ika, a quien tuve el privilegio de conocer.

Fue la misma dirección del Dr. De la Barrera en 1976 la que influyó en varios actores de la isla para cambiar el nombre del leproso hacia el de “La Colonia Agrícola” o *Ora api* -renacimiento. Recuerda,

... logramos cambiar el nombre a Colonia Agrícola Ora Api, vida nueva, y logramos transformar la colonia de leproso en un centro de producción con ayuda de CORFO local (...) y los chicos leproso con ayuda de sus familiares lograron producir tantos vegetales, tanta alimentación que alimentaba a toda la isla. Yo los días viernes mandaba un viejo *jeep* del hospital a la Colonia y la Colonia llenaba el *jeep* de verduras y bajaba al centro del pueblo a venderlas. Esa plata se recuperaba y se llevaba de vuelta a los muchachos. Así funcionó durante mucho tiempo. ¡Lo que son las cosas de la vida!... mi casa ahora está a 50 metros de la Colonia, este camino lo visité mil veces pues, pasé por aquí.²⁴⁴

Como vemos, un nuevo “acto de habla” médico instaura un nuevo monopolio de la nominación legítima, dando un giro relevante en un proceso de resignificación del espacio y de la memoria vinculada al complejo asistencial. Podríamos decir que el leproso

²⁴¹ Información disponible en set de archivos en Dirección Jurídica de MINSAL, 1998.

²⁴² El HHR es la continuidad y a la vez quiebre respecto del dispositivo hospital del primer momento de esta cuarta etapa; que analizaré con detalle posteriormente. El HHR inicia su existencia el año 1976.

²⁴³ Carlos de la Barrera, entrevista 2017.

²⁴⁴ Entrevista virtual, marzo de 2021.

desapareció bajo el peso del eufemismo que finalmente logró reemplazar en parte el estigma del lugar y la memoria muda dentro de la comunidad (ver Anexo 11).²⁴⁵

Cuando visité por primera vez el lugar en 1999, el cementerio estaba en el olvido, cubierto por la hierba. El estigma pesaba fuertemente sobre la comunidad. Los aún muchos sobrevivientes con secuelas de la lepra que vivían desde hace años nuevamente en sus casas en el pueblo, fantaseaban historias para explicar sus extremidades amputadas o recogidas; y a pesar de mi insinuación sobre rescatar algo de esta memoria, fue impensable hasta hace muy poco.

En lo que quedaba del viejo leprosario surgió ya en los 2000 el proyecto estrella del alcalde rapanui Petero Edmunds Paoa,²⁴⁶ una escuela secundaria especializada en agroecología, turismo y arqueología, que lograría frenar la migración estudiantil de jóvenes isleños, la llamada “Aldea Educativa” (www.aerp.cl).

245 Los terrenos de “la Colonia” pasaron en 1986 a la dependencia de la Municipalidad de modo que se inició una nueva etapa en que se consolida su desperfilamiento en tanto leprosario y emergen otros usos y actores en el sector.

246 Petero Edmunds Paoa, si bien lleva el apellido materno vinculado con la etnia, es descendiente del que fuera administrador de la Compañía Williamson & Balfour a principios del siglo XX, Henri Percival Edmunds -durante unos años el único hombre europeo residente en la isla. Como muchos rapanui, su apellido es europeo pero considerado desde una perspectiva *emic* completamente integrado a la lógica de la identidad rapanui. Petero Edmunds Paoa asume la alcaldía de la Municipalidad de Rapa Nui por varios períodos: 1994-1996, 1996-2000, 2000-2004, 2004-2008, 2012-2016, 2016-2020. En 2010 fue además Gobernador (Muñoz y cols, 2020). Es actualmente el alcalde en ejercicio. El alcalde es sobrino de Ana Rapahango, la primera mujer matrona de la isla ya referida; pues es hijo del hijo mayor de Percival, el *koro* Juan.



Imagen 8. Artículo de prensa de circulación nacional; año 2017, registra el cambio de uso del lugar. Fuente: www.emol.com

Este proyecto fue considerado inicialmente por algunos críticos de la gestión del alcalde como una “locura” dada la memoria del lugar. Sin embargo, según la extensa etnografía que he efectuado en Rapa Nui puedo señalar que esta “carga” está también matizada hasta el equilibrio con un recuerdo comunitario de cercanía y colaboración entre los leprosos y sus familiares, quienes mantuvieron una estrecha relación de visitas cuando la autoridad lo permitía y a pesar de ella cuando no.

El leproario fue considerado también –cuando existió como tal- como el lugar donde vivieron los *ma'ori*, los sabios de la comunidad, y existió pese a las épocas más represivas un intercambio generacional importante.²⁴⁷ Muchos niños nacieron y crecieron allí, muchos jóvenes de la época prestaron ayuda en los trabajos agrícolas de los internos, y muchos fueron a escuchar simplemente las historias antiguas y oficios que los *koro* y *nua* del leproario recordaban (Fajreldin 2011a; Basterrica y cols, 2016; Foerster y Montecino, 2012a). Podría pensarse que la comunidad rapanui experimentó una ambivalencia enorme

247 Ver fotografía 11.

con las medidas de “control” respecto de la lepra y de reclusión de “sus” *ma'ori* (ver fotografía 11); una suerte de secuestro en tierra propia de los cuerpos, los saberes y las voces de su gente; una distancia forzada con esa intimidad que fue también cultural e identitaria.

Así que este acto de instalación de la Aldea Educativa²⁴⁸ fue y es muy significativo y logró adaptarse rápidamente a las expectativas de la comunidad. Desde el año 2001 se han registrado acciones de reivindicación de la memoria; un proyecto comunitario de restauración del cementerio y varias actividades intergeneracionales.²⁴⁹ Una acción de arte a cargo de los estudiantes de la Aldea fue recién posible de hacer el año 2019, donde los jóvenes rindieron homenaje en el cementerio de la “Colonia” a aquellos de sus antepasados que no conocieron.²⁵⁰

Hoy funciona en el sector cercano además la escuela de artes y música clásica *Toki Rapa Nui*, fundada por la pianista rapanui de fama internacional Mahani Teave. El barrio ha ido siendo habitado progresivamente por familias en su mayoría jóvenes que han querido y podido instalar en el sector sus casas.

No se habla hoy insistentemente del pasado del lugar sino al contrario; pero quienes habitan, visitan o usan el espacio para otros fines, aceptan la presencia de los *varua* –espíritus- del lugar y de quienes yacen en su cementerio y conviven en paz con ese recuerdo.

248 Podríamos entenderla además como un nuevo acto de habla, esta vez desde el alcalde, que permite renombrar y performáticamente el lugar.

249 Una de sus principales cultoras fue la entonces concejal –no rapanui- Ximena Trengove quien vive hace años en la isla casada con rapanui y con hijos nacidos allí. Enfermera de profesión, sigue siendo parte de acciones vinculadas con salud y con el cuidado de los ancianos de la comunidad; hoy forma parte de un equipo municipal con trabajo en calidad de vida.

250 <https://www.arcgis.com/apps/Cascade/index.html?appid=d5473191f4184e6683d95b6c1ac80667>

Mapa 11. Línea de tiempo del cambio en el uso del lugar donde se instaló el leprovisorio y sus distintas dependencias incluyendo la actualidad.



Fuente Basterrica y cols, 2016.

Los *varua* que pueblan el cementerio y todo el sector están jugando un nuevo rol en el imaginario social comunitario de los vecinos. Ellos corresponden a los espíritus de los antiguos leprosos, que fueron personas de diferentes familias ocupantes del dispositivo leprovisorio entendido como espacio sin distinciones territoriales²⁵¹ y por tanto no son en rigor espíritus tutelares de territorios que protegen a los miembros de una familia específica (Seward, 2013; Arthur, 2015; Fajreldin, 2011a). Estos *varua* están operando como figuras que protegen a los nuevos vecinos –que tampoco son los habitantes ancestrales de ese sector sino provenientes de muchas familias²⁵²– desde una lógica de buena vecindad. Pareciera ser que existe una relación ente vecinos vivos y *varuas* del ex

251 La lógica tradicional de ocupación del espacio relacionada con territorio familiar se perdió en la isla ya antes de los primeros asentamientos occidentales permanentes; y obviamente las instituciones chilenas no han organizado el espacio sino bajo una lógica de “lo público”; que no coincide con lo territorial; como hemos ya indicado.

252 Las reparticiones de terreno hechas por el estado luego de instalada la CONADI después de la ley Indígena no siguieron parámetros territoriales en su distribución en la comunidad; sino que criterios prácticos como asignación a familias jóvenes; que son quienes están hoy urbanizando el sector.

leproso de tipo comunitaria: quizás uno de los pocos espacios que la cultura rapanui se da a si misma para tener un patrimonio inmaterial que considera “común” en este caso estos seres espirituales y la memoria del largo episodio de la lepra.

El hospital en transición o el silencio de la memoria

En torno al hospital de la isla en este extenso período que llamamos *cuarta etapa*, se suscitan varios cambios tanto administrativos como operativos, algunos sustanciales. El Hospital Naval funcionó como tal hasta el fin de la administración de la Armada en 1964 y hubo una transición hacia una dependencia de los organismos sanitarios civiles del continente.

Según la memoria oral de uno de sus testigos, costó mucho instalar una lógica desvinculada de la Armada en el hospital de antes del 1976. No quedaron documentos ni registros a disposición del mundo civil para poder continuar con las gestiones en salud. Se produjo un quiebro; «hubo un silencio documental, nadie registró nada, nadie dijo nada, la Armada se retiró y la administración se demoró una barbaridad en retomar».²⁵³ Incluso las fichas clínicas usadas por la Armada se habrían perdido en su mayor parte. Debemos considerar, de todos modos, que el quiebro democrático del año 1973, algo debe haber influido para que la administración sanitaria de la isla haya tardado en en Chile articularse de una manera más asertiva.

Si bien el ingreso a las instituciones civiles de salud en la isla había comenzado tímidamente durante administración de la Armada mediante convenios con el SNS en los años 1956 y 1958, con la administración civil de las instalaciones del precario hospital pasaron a ir dependiendo directamente del SNS. Sin embargo, al SNS le quedaban pocos años de existencia ya que, la dictadura militar desmanteló el sistema público y regionalizó su administración.²⁵⁴

Pero, desde el inicio de la administración civil en 1965 y hasta el año 1976, el hospital fue un conjunto de elementos a los que se fueron sumando, a saber: las ya viejas instalaciones del antiguo hospital naval de los años 50,²⁵⁵ y otros insumos: los dejados por

253 Carlos de la Barrera, entrevista virtual, marzo 2021

254 El Gobierno militar regionalizó en general la administración del país, creando 13 regiones. En salud ello significó que en 1979 -resolución 983- el SNS deja de existir como organismo público coordinador de salud a nivel nacional y se crean los servicios regionales de salud a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS).

255 Que a su vez era producto de una historia de infraestructuras más menos organizadas por la Armada incluso antes de su administración exclusiva de la isla; cuando en los años 30 actuaba “resguardando” a los rapanui de las medidas de la Compañía.

la METEI como hemos dicho,²⁵⁶ algunos abandonados por la base norteamericana que estuvo activa de 1966 a 1970 y dejó la mayoría de sus implementos de diverso tipo en la isla siendo algunos de ellos insumos médicos.²⁵⁷

A este hospital “refundido” y muy precario lo llamaremos “de transición” entre el inicio de la administración civil hasta el nuevo hospital Hanga Roa (1964-1976).²⁵⁸

Mientras para el recuerdo del Dr. Carlos de la Barrera, a quien le tocó comenzar a trabajar en la víspera del cambio de ese hospital por el que le seguirá (el HHR), este hospital de transición nunca ocupó el mismo espacio que el hospital naval; para el recuerdo de Oriele Zenkovick –matrona chilena que llegó a trabajar el año 64 justo al inicio del periodo- el hospital asumido por lo civil ocupó el mismo espacio físico que el ex naval; habiendo cierta continuidad de sus instalaciones.^{259 260}

Como fuere, este recinto de transición es descrito a finales de los años 60 por una de las primeras funcionarias chilenas llegadas para ocupar cargos técnicos, la matrona²⁶¹ Oriele Zenkovick (Stambuk, 2016). Es gracias a su recuerdo que esta primera fase del hospital de transición puede ser reconstruida de manera parcial. Oriele indica que fue en el contexto del interés norteamericano por establecer un vínculo colonial con Isla de Pascua y que el gobierno demócratacristiano chileno habría “descubierto” en la presencia de la USAF en los tempranos 60; la instalación de una lógica administrativa y política civil era impostergable para Rapa Nui. En este contexto, dice, se habría producido la dictación de la ley 16.441 y la instalación de los servicios públicos chilenos.

256 Tres cabinas de la METEI se instalaron para el hospital; dado que el espacio disponible para instalarlo era muy pequeño (recuerdo de Carlos de la Barrera).

257 Como ya mencioné, la base fue levantada rápidamente al llegar al poder Salvador Allende y los “gringos” se fueron de un día para otro dejando sus enseres allí. Luego mediante medidas diplomáticas intentaron volver a buscar algunas cosas, o bien donarlas formalmente a la isla. En un documento del Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile figura un catastro de objetos que la USAF ofrecía donar en vez de llevarlas de regreso a USA. Los objetos eran: desfibrilador, lámpara para mesa quirúrgica, arrimo quirúrgico, lector de microquímica, registrador de microquímica, balanza de precisión, electrocardiógrafo, vaciador-fundidor-moldeador, laringoscopio, resucitador. Información personal de Patricia Stambuk.

258 Lamentablemente existe en esta parte de la historia un “silencio documental” importante; atribuible además a la llegada de la dictadura militar el año 73, de modo que articular una nueva institucionalidad en salud en Rapa Nui no fue tarea fácil ni obvia para nadie. Es decir, se sumaron dos contextos: el cese de la administración de la Armada e inicio de la administración civil en la isla; con la pérdida de la democracia en el continente y la instalación de lógicas institucionales civico-militares. De qué manera esto sucedió para el proceso de medicalización de la isla en los primeros 70 no queda del todo claro con las fuentes disponibles.

259 Información personal de Oriele Zenkovick, junio 2021.

260 Si esta hipótesis es correcta, significa que la Armada efectivamente “abandonó” su rol drásticamente; quedando bajo resorte completamente civil continental la instalación de un nuevo aparato o dispositivo asistencial *ex nihilo*; lo que podría configurar un interesante ámbito de investigación futura.

261 En Chile existe desde inicios de XX la carrera sanitaria universitaria de “matrona” (partera). Es una carrera auxiliar de la profesión de obstetra médico/a pero tiene rango elevado dentro de los recursos humanos universitarios, misma categoría de enfermería universitaria.

Para el ámbito sanitario y debido a varias situaciones circunstanciales, fue ella quien fue elegida para apoyar o más bien liderar la instalación de un saber y una presencia (bio)médica y civil en la isla. Con carácter de urgente y casi mandatorio, las autoridades del nivel central de salud (Servicio Nacional de Salud como recordará el lector) la instalaron en este hospital “de transición” a ejercer de matrona y de varias otras habilidades sanitarias. Su servicio se extendió por dos o tres años y contempló asimismo el servicio a los leprosos aún vigentes.²⁶²

En relación con el hospital de transición, lo describe como un recinto en pésimas condiciones, oxidado y apolillado. La funcionaria le pide a su esposo –ingeniero a cargo de una empresa chilena que trabajaba en la ampliación de la pista del aeropuerto, a quien también el estado instó a irse a vivir y “prestar servicio” a la isla en tan especial momento– que por su influencia insista en instalar los paneles que la METEI había donado a la isla antes de irse, para abrir un nuevo recinto que permitiese atender en condiciones más dignas para los usuarios. Oriele recuerda

el Hospital de la isla estaba frente a la municipalidad y casi al lado de la nueva escuela que estaban construyendo. En el primer parto que atendí caía desde el techo sobre la camilla los huevos del comejón, de los insectos que se comen la madera. Llegué llorando a la casa y le dije a mi marido: “Hernan tienes que ayudarme”. Le pedí que gestionara el traslado de las cabinas que había dejado la misión canadiense. El podía hacerlo (Stambuk, 2016: 58).

Relata Oriele que una de las cosas que más le sorprendió fue que las mujeres no quisieran atender sus partos en el hospital local, sino en casa. Y es que descubrió que Sebastián Englert, párroco histórico de la comunidad rapanui y figura emblemática de la evangelización de la isla por décadas; adoraba tener a la comunidad según lo que él consideraba “sus costumbres” más puras y desconfiaba de las instituciones nacionales por su eventual efecto demoralizante sobre esta población.²⁶³ Englert era el encargado de otorgar los certificados de nacimiento de los niños en sus casas, en una estrategia biopolítica de control sobre la vida de parte de la iglesia local, que generó un campo de disputas que la matrona describe, en toda su complejidad, en unas simples líneas: «Mire padre, no puede seguir dando certificados. Usted es la iglesia y yo el hospital. Primero, no me va a decir que usted va a mirar los partos; y en segundo lugar tiene que ayudarme para que las madres vengan a controlarse (...) No dijo nada pero las mujeres entendieron que tenían que ir al hospital» (Stambuk, 2016: 59).

262 Información oral de Oriele Zenkovick, 2021.

263 Recuérdese que en el subcapítulo que refiere a la morbilidad de la comunidad antigua ya refería a S. Englert y algunos rasgos de su perfil ideológico conservador y “contra” chileno.

En este ambiente de instalación de las instituciones y funcionarios chilenos se va haciendo mas frecuente la presencia de personal médico y de salud en general y llegan influencias y expectativas continentales que van presionando hacia la incorporación de una cierta mejoría del estándar de atención que se ofrecía en la isla; mejoría que obviamente estaba vinculada con la necesidad de medicalizarla.

Por ello la matrona también descarta el uso en el hospital de “unas botellas con agua” que las mujeres y sus familiares llevaban para paliar los dolores de parto. Era, después lo supo la profesional, el agua de *Ra'akau* -Higuerilla (*Ricinus communis*)-, una de los recursos terapéuticos de la medicina rapanui más importantes de su farmacopea aun hoy en uso (Stambuk, op.cit.).

Por su parte, Carlos de la Barrera llegó a trabajar a la isla el año 1976 (es decir al final del periodo que describo como de transición); junto con el Dr. Ramón Campbell²⁶⁴ y recuerda haber trabajado en el viejo hospital disponible, con condiciones de mucha precariedad ya que el edificio no era sólido,

cuando yo llegué a la isla no había hospital, había solo unas casetas sanitarias, 5 casetas ordinarias, no podías trabajar dentro porque hacía un calor enorme, húmedas podridas, horribles. Yo llegué en abril del 76. Yo fui el primer médico del SNS, el primer médico institucional,²⁶⁵ antes eran solo médicos de la Armada que iban y venían. Para hacer policlínico atendía a los pacientes al aire libre en una camilla fiscal, de fierro, ordinaria, al aire libre porque no había otra cosa.²⁶⁶

Respecto del detalle sobre el recinto existente;

... estaba hecho en base a unas cabinas (...) ubicado en la calle Policarpo Toro, actual Atamu Tekena al final porque hasta ahí llegaba el pueblo, en esa esquina estaba el hospital; el hospital estaba en una zona de muchos plátanos, era una zona llena de plátanos. Habían unas cabinas del tamaño de menos de una cancha de *basquetbol*, 50 x 25 debe haber sido, y estaba formado por cabinas y contenedores; tu entrabas y había una a mano izquierda de la dirección con una oficina, adentro habían libros, revistas viejas etc. Después poco mas allá había un consultorio que estaba en muy malas condiciones, incluso el piso podrido, nosotros lo rellenábamos incluso con tierras para poder entrar cuando llovía; al frente estaba lo que era el pabellón, era un *container* de fierro el cual tenía una luz en el techo que era una luz de automovil que se conectaba con la batería de la

264 El Dr. Campbell es un autor obligado para el estudio de la isla porque fue además y sobretodo un destacado etnomusicólogo, una de las fuentes más relevantes del siglo XX en torno de la música rapanui. Murió en el continente alrededor del año 2000. Hizo también algunas recopilaciones en torno a temas de salud y de folkmedicina, pero no dejó publicados más que pocos datos al respecto. Al Dr. Campbell le tocó estar tanto al inicio de este hospital de transición –lo dirigió y fue su único médico entre el año 1964 y el 66- y asimismo estuvo tras la inauguración del hospital cuando se inició el nuevo recinto del año 1976.

265 De la Barrera fue contratado por concurso público como Médico General de Zona (MGZ) siendo el primer médico civil contratado por esta figura e inaugurando la misma. Los Médico General de Zona son en Chile un mecanismo de formación médica universitaria; de egresados de medicina que desean pasar por una experiencia de trabajo local intensa. Los MGZ se designan a través de mecanismos públicos a nivel nacional y pese a haber variado en parte su lógica; hoy se conciben como en una primera etapa de destinación (ED) en el servicio público en alguna zona considerada vulnerable por distancia geográfica o condición de ruralidad; y una segunda etapa posterior de formación como especialista (EF). Si bien la figura ha ido variando en parte en el tiempo; fue criticada por la comunidad rapanui sobretodo en los años 80 debido a la confusión entre “poca experiencia”, con la idea de un “médico en práctica”.

266 Carlos de la Barrera, entrevista personal, 2017.

ambulancia; no había máquina de anestesia, había una mesa que se usaba como mesa de parto; tenía una ventana hacia el exterior, era el único que tenía vista a los plátanos y una puerta grande. Ahí me toco hacer varias cesáreas (...). El resto de las cabinas... una al lado del *container* era la maternidad con tres camas super incómodas; después otra pieza más con dos camas para hospitalizados; en un rincón una especie de enfermería y en la cabina del dentista que era la mejor. Y eso era básicamente el hospital. Teníamos rayos pero era muy poco utilizado porque era muy antiguo e irradiaba muy poco (...) había un pequeño laboratorio donde hacíamos hemogramas, velocidad de sedimentación, todo lo de baciloscopia.²⁶⁷

En relación con la dotación humana del hospital de transición, este dispositivo siguió con la tendencia de incluir a funcionarios rapanui, aunque en este caso de menor preparación técnica que en tiempos de la Armada. Al inicio del periodo de todos modos y por el relato de Oriele, sabemos que la matrona contó con el apoyo de tres funcionarias rapanui, una de las cuales era Patricia Tuki Make, ya mencionada (fotografía 15) con estudios en el continente. Hay que considerar de manera complementaria a esta descripción, que hasta el idioma español era entonces de uso no tan frecuente de modo que Oriele se apoyó en su personal femenino y rapanui para poder vincularse lingüística y culturalmente con sus pacientes.

Asimismo acompañaron a Oriele en su liderazgo en la instalación del dispositivo de transición tres asistentes de enfermería varones y chilenos pertenecientes a Carabineros –la policía chilena- que fueron traspasados a la institución para servir en salud.²⁶⁸ Este “gesto” de la autoridad civil resulta muy decidor de la forma en que los aparatos públicos civiles operaron en ese primer momento –instalando funcionarios donde se consideraba necesario hacerlo y con una suerte de “pasaporte” de chilenidad que garantizaba estar “sirviendo” a un objetivo nacional... Resulta particularmente interesante también la alianza con el cuerpo policial ya que simbólicamente representa una estrategia biopolítica con cierto grado de “memoria” de parte del estado.²⁶⁹

Ya al final del periodo, cuando el Dr. De la Barrera observa y trabaja, la presencia “policial” ya había pasado. Según el recuerdo del doctor trabajaban en ese hospital no más de 12 personas, un tercio continentales –los profesionales- y el resto rapanui –los asistentes.²⁷⁰

267 Carlos de la Barrera, entrevista virtual marzo de 2021.

268 Oriele Zenkovick, 2021.

269 En efecto, esta presencia de Carabineros –ya no de marinos- en el momento fundacional de la presencia civil en salud rememora otras épocas de alianza militar-sanitaria; pero implementada en un momento en que aparentemente y discursivamente el estado ya había superado su presencia militar en Rapa Nui. ¿Sería acaso que las autoridades requerían algo de “fuerza” en el control biopolítico iniciándose?:

270 Un médico continental, dos dentistas continentales que eran esposos, una enfermera continental, seis auxiliares de enfermería –algunos rapanui- y tres choferes rapanui.

El dispositivo asistencial se reformula

La etapa que describimos dio un fuerte giro en la mitad de los 70 al abrirse, en 1976, un nuevo hospital que dejará atrás la infraestructura sanitaria existente.²⁷¹

Este hospital, llamado con toda propiedad “Hospital Hanga Roa” (HHR), terminó por ser el único dispositivo asistencial que sobrevivió ya para los años 90, una vez desaparecido el leprosario. Fue el propio general Pinochet²⁷² que en visita a la isla el mismo año 76 es invitado por el Dr. de la Barrera a visitar los recintos hospitalarios de entonces;

Tuve la suerte entre comillas de recibir a Pinochet el año 76, yo llevaba tres o cuatro meses aquí; y yo me había hecho amigo de un comandante de Carabineros que estaba a cargo de la comisaría. Entonces me conseguí con él que Pinochet pasara por el hospital, porque no lo querían llevar porque era muy feo, era una cuestión infecta, pero yo lo convencí (...) Pinochet tuvo esa gracia, que dijo: es inconcebible, no es lógico que este territorio tenga este hospital y ustedes trabajando en estas condiciones. Le dice a Brady, su edecán jefe: en seis meses mas vengo a inaugurar un nuevo hospital en Isla de Pascua, ¿está claro? (...) Me dice Brady: doctor ¿qué necesita?, le di una lista de cocina, con tantas camas, con tantos pabellones, etc etc.. ¿Qué hicieron?, sin mucho trámite porque esa era la gracia que tenían estos tipos: compraron un hospital modular norteamericano que se había desarrollado para plataformas petroleras. Vienen completos adentro, lo llevas, dejás y armas. Se compró un hospital que tenía junto con las casas para funcionarios 3.600 metros. Ese hospital me lo entregaron a mi.²⁷³

El hospital Hanga Roa fue ubicado, tras meses de armado, en otro sector de la isla, en terrenos inicialmente donados por la Iglesia local.²⁷⁴ Como se trató de un hospital modular, llegó con todos los equipos que el modelo traía de fábrica, pero muchos de ellos no pudieron nunca utilizarse en la isla debido sobretodo al desconocimiento técnico, a la falta de capacidad eléctrica local y la falta de personal especializado que lo operara. Es el caso de un *scanner* que finalmente debió devolverse al continente,²⁷⁵ un hecho que fue muy mal interpretado por la sensibilidad local, contribuyendo a reforzar las ideas de saqueo que suelen estar presentes en las relaciones interculturales.

271 El gobierno militar instaló en Chile en 1975 una comisión llamada Plan Operativo para el Desarrollo de Isla de Pascua en la que se estudiaba la posibilidad de avanzar en la construcción y gestión por parte de CORFO (Corporación de Fomento) una serie de instituciones chilenas en territorio rapanui; en el marco de una política de reconducción de la gestión administrativa en la isla que podemos suponer de inspiración colonial y estratégica. Desde esta comisión se estudió la posibilidad de construir nuevo hospital (archivo personal de Valentina Fajreldin, documentos consultados en Intendencia V Región, 1999). Este proyecto no fructificó como estaba pensado.

272 Para la dictadura de Pinochet la isla representó un lugar desde donde proyectar la soberanía chilena desde luego; siendo el General el primer presidente en visitarla en calidad de tal; ya hemos referido a los vínculos con USA para fines estratégicos (ver Anexo 5).

273 Carlos de la Barrera, entrevista personal, 2017.

274 Los terrenos donde quedó el HHR fueron donados por la iglesia y sólo regularizaron su traspaso recientemente hacia el SSMO cuando se inauguró el edificio de hospital hoy vigente.

275 Información personal de Betty Haoa, 2021.

Un documento del año 76 con firma del Dr. Campbell en tanto director, a meses de haber sido inaugurado, da cuenta de los problemas en la implementación del flamante hospital (ver Anexo 14).

El año 78, por Oficio Ordinario 1513, el Hospital ya había pasado a depender de lo que se conocía entonces como la Unidad Operatoria de Salud de Valparaíso; que posteriormente se llamaría Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (SSVSA) ya que como se ha indicado, el Regimen diluyó la lógica sanitaria del antiguo SNS. La Isla volvió a quedar bajo la jurisdicción de la V Región²⁷⁶ -después de haber pasado unos diez años bajo gestión central- por una lógica de inercia histórica y asociación “natural” en tanto isla. Es como si la isla en su “isleñidad” hubiera quedado zozobrando en el océano y fuera “naturalmente” del mar. Es interesante que la lógica institucional aún mucho después del fin de la administración marina de la isla, siguiera vinculándola entonces a la V región de Valparaíso como si fueran un pariente natural por su cercanía al mar y por su dependencia histórica de la institución armada, como un dato curioso dentro de la *cartografía colonial* (Karmy, 2020).

El enfermero rapanui Rafael Haoa, que recordemos fue el primer rapanui preparado en el continente en los años 50,²⁷⁷ fue requerido para ser el nuevo director administrativo del hospital en esta época. Estuvo en ese cargo unos dos años; según recuerda Betty Haoa, su hija.

El hospital “gringo” –que así se le llamó localmente al inicio por su origen norteamericano- fue construido para tener una vida útil de 10 años, coherente con ser originalmente hospital de campaña, pero duró algo más de 30 años, de modo que en su trayecto tuvo varias “mejoras” que debió asumir el SSVSA con una lógica de “proyectos de normalización” que se hicieron habituales en forma de «la lógica de parche» (Fajreldin, 2002). En ellos el énfasis estuvo puesto en adecuar las condiciones físicas del recinto a las condiciones de deterioro material que el clima salino de la isla imponía a los módulos; tratar de afirmar su estructura no concreta y agregar nuevas células que pudieran servir de contención de aparatos tecnológicos muy básicos.²⁷⁸

276 V Región llamada “de Valparaíso”, en alusión a la ciudad más importante de su jurisdicción. La región cuenta hoy con 1,8 millones de habitantes. La ciudad de Valparaíso es la tercera en importancia en el país (después de Santiago que es Región Metropolitana; y Concepción, que es Región del Bío Bío). La distancia geográfica que la separa de Rapa Nui son 3.668 kms. En su calidad de puerto, Valparaíso es además la I Zona Naval de la Armada (razón por la cual estuvo la jurisdicción sobre la isla también allí en el periodo anterior). Valparaíso como región cuenta con tres Servicios de Salud: Valparaíso-San Antonio; Viña del Mar-Quillota; Aconcagua.

277 Rafael había ya jubilado de la Armada habiendo sido reconocido en su momento como enfermero naval, cuando le pidieron apoyar a la dirección administrativa del hospital.

278 Archivo Valentina Fajreldin, documentos originalmente en Dirección Jurídica del SSVSA, 1999.



Fotografía 24. Una vista de frente del Hospital Hanga Roa en la década de los 80. Fuente: gentileza de Betty Haoa Rapahango; marzo de 2021.



Fotografía 25. Una vista de costado del Hospital Hanga Roa antiguo; año 2006. Fuente: gentileza de Rolando Quinlan.

Esas tres décadas se sostuvieron bajo un modelo de dependencia administrativa del SSVSA y alojaron además, en su propio interior, un componente no clínico de gestión ambiental: la Secretaría Regional Ministerial de Salud (SEREMI) también de la V Región, que se convertirá de este modo, en un nuevo actor dentro de los dispositivos en el proceso de medicalización de la isla, esta vez no asistencial.²⁷⁹

En estos años también en el continente hubieron importantes cambios, como el retorno de la democracia el año 1990; y que para el campo de la salud, pese a la relativa continuidad de los modelos de gestión y atención instaurados por el modelo neoliberal, significaron intentar retomar una perspectiva de salud pública más sólida, aunque la inercia de la distancia lo hizo difícil, lento y sobretodo altamente dependiente de las voluntades políticas y hasta personales de quienes estuvieron tras las instituciones administrativas continentales y los dispositivos locales. El HHR funcionó bajo un modelo de gestión muy centralizado y de atención adaptado en los hechos a las posibilidades infraestructurales del recinto.

La población de la isla creció ostensiblemente entre las décadas del 60 y 2000. Y el HHR devino campo de disputa político.

En efecto, el HHR fue disputado por la comunidad desde una crítica permanente que contraponía los hechos y la capacidad resolutive, la dotación de su personal y varios otros aspectos a las expectativas propias respecto de “lo que debía ser” y “cómo debía ser” un hospital para la isla.

Asimismo, emergió una relación de disputa de poder entre estos -ahora dos- actores (SEREMI y SSVSA, coexistiendo en un mismo espacio (HHR)) y que a pesar de estar conviviendo en un mismo espacio tenían puntos de desacuerdo ya que dependían de instituciones distintas en el continente.²⁸⁰

Un último ámbito de disputa emergido fue respecto de la autoridad política local - la Municipalidad de Rapa Nui y su alcalde- quien nunca tuvo control sobre ningún proceso de la medicalización y que fue importante campo donde se plasmaron las dificultades de la gestión política y administrativamente centralizada en el continente (ver Anexos 15 y 17).

279 Las SEREMI en Chile como figura dentro de la lógica sanitaria adquirieron relevancia en el país el año 2005 con la última gran reforma del sector salud; que las consideró como “la autoridad sanitaria” (nivel poblacional); pero antes de ello fueron oficinas ministeriales regionales con funciones difusas y asumidas por cargos políticos designados por la presidencia de la República mediante lógica de “cuoteos” político partidistas.

280 Esto quedará más claro un poco más adelante en el Gráfico 4, “Esquema organigrama Sistema de Salud y dependencia Rapa Nui hasta 2006”.

Un último actor transversal a las dos últimas etapas de la cronología -la cuarta y la quinta- que vuelve siempre a recordar el carácter de isla y su concordante posición de vulnerabilidad en la asistencialidad, es la existencia del llamado operativo FACH –de la Fuerza Aérea de Chile-, que inició sus viajes de especialidad el año 1995; sobre el que volveremos más adelante. Es interesante –no es el único como veremos luego- pues significa una presencia externa al “sector salud”, que va en la línea de los apoyos del mundo continental y, de manera similar a lo ocurrido en los años 40 y 50 con la SADIP, implica un *ethos* de colaboración, una alianza civil y militar y un efecto que pretende suplir o subsidiar a veces el deber del aparato público instalado.

Antes de salir del subcapítulo y entrar de lleno en la dimensión etnográfica; el siguiente cuadro resume la situación de la medicalización para efectos de aclarar la lectura, en las etapas cuarta y quinta que ha estado revisando el subcapítulo III.IV; de modo que sintetiza lo ya visto y adelanta lo que veremos a continuación, en forma de mapa de actores y procesos.

Cuadro 7. Síntesis medicalización etapas cuarta y quinta.

PROCESOS RAPA NUI	ETAPAS	
	Cuarta Etapa Desde 1964 a 2006	Quinta Etapa Desde 2007 en adelante
Medicalización	<p>1964: Operativo METEI.</p> <p>64 al 76: Hospital civil de transición a cargo de SNS.</p> <p>1976: Nuevo hospital modular (Pinochet) .</p> <p>Década 80 desaparece dispositivo leproso y solo queda el HHR como dispositivo.</p> <p>Fines de los 70 e inicios de 80 se instauran las SEREMI en continente; pequeña oficina local dentro del HHR.</p> <p>76 al 2006: Hospital Hanga Roa depende de V Región (SSVSA). Y aparece dispositivo interno a hospital SEREMI V Región (poblacional).</p> <p>1995 en adelante: Operativo Fach</p> <p>Técnicos, auxiliares y profesionales rapanui en el HHR.</p> <p>Hospital deviene arena de disputa política con comunidad- municipio-SEREMI.</p> <p>Folkmedicina rapanui con rol nacionalista y contestatario –“mi remedio pascuense” se practica fuera del HHR en ámbito doméstico.</p>	<p>2005 Reforma sanitaria continental refuerza SEREMI como Autoridad Sanitaria.</p> <p>Hospital a cargo de asistencia/SEREMI a cargo de poblacional.</p> <p>2006 Presidenta Bachelet ofrece nuevo hospital.</p> <p>2007 Estatuto administrativo especial. HHR cambia dependencia administrativa y política (desde SSVSA a SSMO en Santiago.).</p> <p>2012 se inaugura nuevo hospital con estándares y lógicas programáticas nacionales; Baja complejidad, mayor resolutiveidad. Intercultural, familiar y comunitario, eficiente energéticamente. Integrado en red.. Énfasis componente de APS. Reforzamiento a rondas de especialidades desde SSMO.</p> <p>Aumento planta funcionaria. Profesionales rapanui incluyen médicos. Primer director rapanui.</p> <p>Organizaciones temáticas en salud rapanui; con diálogo con hospital y políticas públicas (Concejo de salud, Papa Ra’au).</p> <p>Programa PESPI con Papa Ra’au, al alero del HHR – conocida emicamente como “medicina ancestral”. Folkmedicina se funcionariza, ejercicio dentro del HHR.</p> <p>Coordinación progresiva e integrada del Operativo FACH con HHR y SSMO.</p>

Fuente: elaboración propia.

RECORDATORIO:

El inicio de mi trabajo de campo fue en la mitad de esta dependencia administrativa del SSVSA, en el año 1999; que corresponde además con la mitad de la cuarta etapa de medicalización de acuerdo con mi propuesta cronológica.

Lo que relataré en los subcapítulos siguientes tiene que ver con lo observado en terreno en estos años; y con mi posición funcionaria momentánea en una de las instituciones emergentes en este periodo: la Seremi de Salud de la V Región, en Valparaíso.

II.IV.II De Pinochet a Bachelet. Aproximación crítica al Dispositivo Asistencial contemporáneo

Los modelos de diseño y gestión de la administración de salud y de la red asistencial en Chile han verificado el entramado que los vincula con las lógicas políticas, modelos sociales y económicos imperantes en el país.²⁸¹ En este subcapítulo veremos cómo se manifiestan estos fenómenos en la “arena” local en su dimensión contemporánea, a través del Hospital Hanga Roa y su posición y funcionamiento en relación con el resto de los actores del dispositivo asistencial ya esbozado.

Partimos de la base que si bien el leprosario perdió relevancia y definitivamente desapareció en los 80, el hospital como dispositivo y pese a haberse transformado desde lo naval a lo civil, es la institución que ha seguido vigente en el tiempo. Sigue generando – y lo hizo particularmente durante el HHR inaugurado el 76- anticuerpos en la memoria colectiva, que ha demorado más que la desaparición de la lepra y el leprosario en olvidar la vinculación que ambas instituciones tuvieron durante la administración marina en torno del control represivo de la misma. De alguna manera “el hospital” –cualquiera sea, el naval o el transición o el del año 76 o incluso aunque en menor medida el actual- “actúa” –en sentido filosófico- la memoria colectiva de los rapanui (ver Anexo 15).

Estaremos entendiendo de ahora en más que el HHR del que hablo como concepto aquí, comienza a ser desde el inaugurado en el Gobierno Militar el año 76 con la instalación del edificio modular comprado a Estados Unidos por Pinochet y enviado en paquete cerrado a Rapa Nui (al que se llama emicamente “el viejo hospital”) y su continuación en el hospital actualmente vigente, instaurado durante la presidencia Bachelet²⁸² a partir del año 2007 e inaugurado el año 2012 y que se conoce como “el nuevo hospital”. La historia contemporánea del dispositivo entonces contempla “un solo hospital”, siendo el mismo hospital desde mi perspectiva.

El HHR es y ha sido siempre considerado emicamente una institución chilena “en” territorio rapanui, de modo que las relaciones que se establecen dentro de esta arena

281 Incluyendo la influencia de los organismos internacionales de financiación y de salud pública; que configuran por ejemplo desde los años 90 un modelo *neodesarrollista de corte neoliberal* apoyado por organismos como el BID o el FMI, la OMS, dentro de lo que ha sido descrito por autores críticos de la multiculturalidad en la región y en el país (Cuyul, 2012, 2013; entre otros).

282 El actual HHR inaugurado el año 2012 si bien fue concebido y ofertado por gobierno de centro izquierda de Bachelet, fue inaugurado por el primer Gobierno de S. Piñera, de derecha política; debido a lo que demora el ciclo natural desde el diseño hasta la construcción de un hospital en Chile. Piñera por supuesto asistió a la inauguración por el efecto ganancia política (Balandier, 1994).

<https://www.elmostrador.cl/ahora/2012/10/31/pinera-inaugura-hospital-de-hanga-roa-en-rapa-nui/>

siempre se han dado en la esfera intercultural y política. Desde un enfoque relacional como el que plantea Menéndez (1994, 1996, 2003) esta arena no puede verse en un solo sentido sino mirando las perspectivas de diversos actores; incluyendo la de las instituciones sanitarias continentales, la comunidad médica que observa con su propia lupa a la comunidad rapanui; y la propia comunidad rapanui.

De todos modos, desde el inicio de la “era” del HHR así entendido, el complejo asistencial para Rapa Nui ha sido profundamente hospitalcéntrico, ya que como se verá en el detalle, la gran concentración de recursos de diverso tipo en torno a salud para la Isla se define en torno del dispositivo, la asistencia parece ser el foco del interés de los distintos actores, incluyendo la comunidad, e incluso las instituciones de apoyo externas giran en torno del hospital como “satélite”. Es por ello que el análisis de esta tesis en adelante se concentra en ambas versiones del dispositivo.²⁸³ Porque siendo una institución “chilena en Rapa Nui” porta la llamada paradoja constitutiva de las instituciones modernas (Murgia y cols, 2016 citando a Stolkner, 210) que consiste en ser dispositivos y articuladores de fenómenos tan diversos como el control de la población, la normatización, la inclusión, la lucha política de las minorías, el deseo de independencia de estas y la causa de la dependencia a la vez; entre otros varios fenómenos.

Para este análisis es necesario describir más en detalle los términos de la estructura del sistema de salud chileno y su manifestación local actualmente, ya que como se puede comprender sólo conociendo los antecedentes del HHR aquí expuestos, no puede entenderse la dinámica del mismo sin comprender los procesos nacionales en salud²⁸⁴ tanto en las acciones como en la omisiones (Menéndez, 2020). Luego retomaremos la descripción crítica de la institución HHR “antiguo” y “nuevo”.

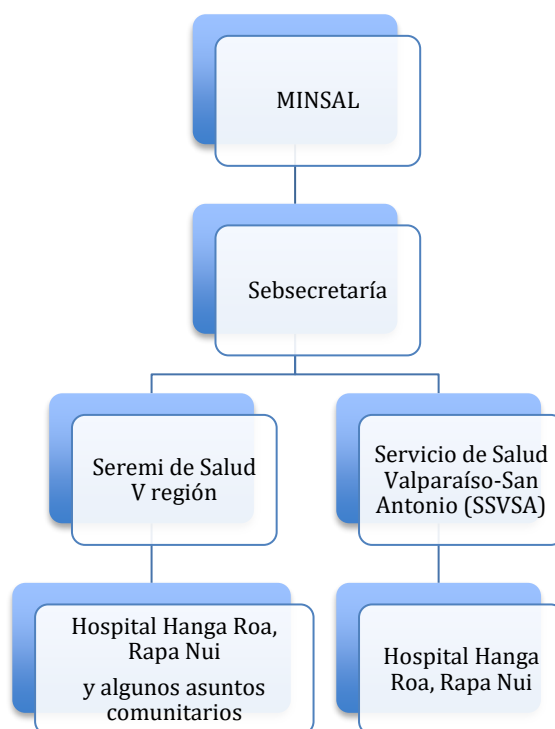
283 Incluso pensando en términos personales, he llegado a concebir el HHR como un elemento índice de las relaciones interculturales y los conflictos políticos estado-Rapa Nui; una suerte de barómetro de los procesos sociales sucediendo *in situ* o lejos en el continente en torno de la Isla. Este índice ya fue identificado con claridad en primer terreno en 1999 y por ello he ido siguiendo de cerca su evolución, constituyendo un campo fascinante de observación y reflexión etnográfica (ver Anexos 15, 16, 17, 25).

284 Una parte importante del crecimiento que esta tesis doctoral representa en mi larga reflexión es justamente en torno del comprender de qué manera se articularon los niveles global-nacional-local en la configuración, implementación y funcionamiento del HHR en el tiempo moderno. El entrelazamiento de los procesos continente-isla me parece hoy evidente y no lo fue para mis primeros terrenos ya que estaba orientada por un paradigma de comprensión de la isla muy centrado en el “abandono” y la pasividad de los sujetos locales. De alguna manera los nuevos antecedentes y documentos disponibles, y sobretudo el ejercicio de tesis, que implica mirar el tiempo largo y desde la crítica, ha permitido ampliar mi sentido del tema, des-centrando mi análisis y eso es lo que ofrezco para esta tesis.

Recapitulando: el sistema de salud chileno y la salud de la isla

En relación con Rapa Nui, el sistema de salud chileno ha variado su dependencia en las dos últimas etapas que estamos revisando en este subcapítulo; organizándose de la siguiente manera:

Gráfico 4. Esquema organigrama Sistema de Salud y dependencia Rapa Nui hasta 2006.



Fuente: elaboración propia.

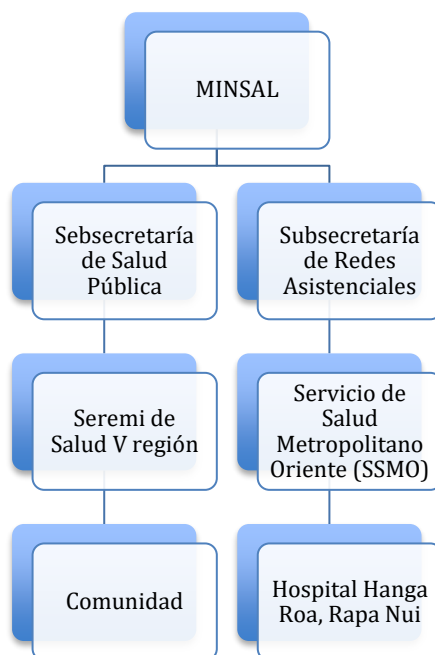
Periodo desde el año 1976 –viejo hospital- al 2006. El Ministerio de Salud se organizaba en una sola subsecretaría; y contemplaba oficinas regionales (SEREMI) con tareas más bien vinculadas con la salud pública,²⁸⁵ y Rapa Nui quedó asignada a la jurisdicción de la SEREMI de la V Región. Como estructura paralela a SEREMI existían los Servicios de Salud –para la isla en ese entonces el SSVSA- a cargo de los dispositivos asistenciales de los territorios jurisdiccionales propios. De este modo, el HHR de entonces dependía directamente del SSVSA; y tenía vinculada en su interior a la oficina de SEREMI de Salud local, muy pequeña y con labores a veces superpuestas. Sin embargo, la oficina regional

285 Las así entendidas oficinas ministeriales en regiones fueron creadas en dictadura –aunque permanecieron como tales post dictadura también- y sus jefes fueron designados por el presidente de la república y o ministro de salud central; no quedando del todo claras las atribuciones asignadas.

(V Región) de SEREMI sí tenía jurisdicción sobre la isla y sobre el hospital en tanto único dispositivo sanitario existente.

A continuación, compararemos con la situación actual; post reforma del sector sanitario chileno, el año 2005.

Gráfico 5. Esquema organigrama Sistema de Salud y dependencia Rapa Nui desde 2007



Fuente: elaboración propia.

Periodo desde 2007 en adelante. El Ministerio de Salud sufre el año 2005 su gran y última reforma. Se crean dos subsecretarías que reparten claramente la función en salud pública y administración de los dispositivos asistenciales. La SEREMI gana importancia y se convierte en autoridad sanitaria quedando para el caso de la Isla vinculada más claramente con salud del ambiente y fuera del HHR; y continúa su dependencia de la V Región. Mientras, en relación con el HHR, este queda bajo la lógica de la Subsecretaría de Redes Asistenciales a través de la administración de un Servicio de Salud²⁸⁶ diferente; ubicado en la Región Metropolitana de Santiago, en el centro del país; el Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO).²⁸⁷

286 Los Servicios de Salud son, después de la reforma, autónomos en su dirección, pero obedientes a las directrices del Ministerio central.

287 El SSMO es uno de los varios Servicios de Salud de la Región Metropolitana de Santiago, ya que al ser la región más importante del país tiene la mayor población y densidad poblacional de modo que su jurisdicción no puede ser resuelta en un solo Servicio de Salud. La decisión de cambiar la dependencia del

Mapa 12. Distancia física de las instituciones sanitarias continentales respecto del dispositivo HHR en la isla. En amarillo, la dependencia del SSVSA en la ciudad de Valparaíso (1976 a 2006); en celeste, la dependencia actual, del SSMO en la ciudad de Santiago –capital nacional (2007 hasta el presente). En ambos periodos y dependencias el lugar donde se ubica el HHR en la isla es el mismo.



Fuente: gentileza de Rolando Quinlan, mayo 2021.

HHR desde el SSVSA hacia el SSMO se tomó considerando sobretodo la existencia de hospitales de referencia nacional de alta complejidad y que están ubicados en este sector de la ciudad de Santiago. Hasta entonces, la dependencia del SSVSA significaba el traslado de pacientes graves desde el HHR en avión hasta Santiago –donde está el aeropuerto internacional al cual llegan los vuelos de Rapa Nui- y desde allí en ambulancia hacia la V Región de Valparaíso; se perdía gran energía y tiempo en aquel traslado.

Como se puede observar en ambos esquemas y en el mapa de dependencias y distancias respecto de temporalidades y racionalidades sanitarias; el gran ausente es el nivel local en tanto administrador y diseñador en salud; quedando el dispositivo asistencial HHR en calidad de mero ejecutor de la asistencia.

Y, por su baja complejidad, este dispositivo se encuentra definido en un término intermedio entre centro de APS y hospital, como intentaré profundizar después. Los hospitales en Chile continental dependen de los Servicios de Salud –directamente comunicados con la Subsecretaría de Redes-, mientras los centros de APS en Chile continental tienen dependencia en general de los municipios,²⁸⁸ y no de los Servicios de Salud.²⁸⁹ Para la isla en cambio nunca ha existido una administración sanitaria vinculada a lo municipal; y por ende su efecto en el dispositivo asistencial es que tampoco existe una APS claramente distinguible del hospital como sí sucede siempre en el continente.²⁹⁰

El HHR entonces es el único dispositivo asistencial estable en territorio isleño y de alguna manera constituye un cordón umbilical con el Chile continental, un territorio fronterizo, en disputa, con múltiples actores, tanto con historia como con memoria, donde se plasma la dependencia política de la isla en todo momento.

El HHR se encuentra dentro de la llamada red asistencial del SSMO²⁹¹, donde forma parte teórica²⁹² de una integración que más bien le beneficia en un solo sentido; con

288 Municipios son equivalentes a los ayuntamientos de España en el sentido de que son administración de unidades territoriales menores, que en el caso de Chile son las “comunas”. La autoridad del Municipio es el alcalde, de elección popular. Para el caso de Chile continental, los centros de APS municipales tienen un presupuesto propio para salud, tan relevante como sea el interés del alcalde en ejercicio. Son ejecutores además de los programas de salud pública que el Ministerio de Salud a nivel central diseña para todo el país. Pueden tener además sus propios programas de forma adicional (no pueden intervenir en los programas diseñados desde más arriba). Recibe como financiamiento adicional un llamado “per cápita” de parte del Estado, de acuerdo con su población asignada.

289 Los municipios tienen a su cargo una red de Consultorios de Atención Primaria de Salud –consultorios o centros de APS-, que a su vez se descomponen en diversos tipos a fin de ser cada vez más cercanos territorialmente a sus jurisdicciones y controlar de manera más eficiente a sus poblaciones; así por ejemplo encontramos en el continente Centros de Salud Comunitaria y Familiar (Cescosf) de jurisdicción barrial; Centros de salud Mental (COSAM); entre otros.

290 Debido a cómo se fueron constituyendo las instituciones sanitarias en la isla, no se instaló en el territorio la misma lógica que funciona en el resto del país; donde el sistema se organiza a través de una red de hospitales de diversa complejidad y se apoya en –o más bien según el diseño teórico parte desde- una red de centros de atención primaria que debido a los cambios derivados de la dictadura militar, quedaron a cargo de la gestión de los municipios locales y no del nivel central del Ministerio de Salud. Así, nunca la municipalidad de Rapa Nui ha tenido a cargo los asuntos de atención primaria, que es manejada por el Servicio de Salud a cargo situado a 4000 km de distancia en el continente.

291 La red asistencial del SSMO en el continente está constituida por distintos establecimientos públicos: cuatro Institutos de Referencia Nacional, tres Hospitales de Alta y Mediana Complejidad, un Centro de Referencia (CRS), un Hospital Comunitario, cinco Urgencias Hospitalarias (www.saludorientel.cl). Todos estos establecimientos además de ser de referencia nacional la mayoría, brindan atención de salud a los beneficiarios del FONASA como seguro público de salud de las comunas que conforman el territorio del SSMO (Peñalolén, Macul, La Reina, Ñuñoa, Providencia, Vitacura, Las Condes y Lo Barnechea) y Rapa Nui.

el envío de pacientes propios hacia los hospitales de mayor complejidad en el continente y con poder contar con operativos de especialidad desde los centros de referencia hacia la isla.

Sólo encontramos estos dos dispositivos hoy vigentes: uno para la salud pública - SEREMI local, oficina que representa la labor de SEREMI de la V región, a cargo de temas de medioambiente, control de vectores y vigilancia epidemiológica-, otro para la atención -un hospital de baja complejidad, intercultural, amigo, comunitario y familiar.²⁹³

Para poder complementar la labor del HHR instalada, el SSMO realiza rondas de especialidad periódicas, por medio del personal médico de los hospitales de referencia en el continente; y para suplir la baja resolutivez, el HHR realiza envíos de pacientes hacia el continente los que se resuelven dentro de la mencionada red integrada.

Además de los dispositivos mencionados, que son parte del dispositivo sanitario chileno en el territorio, la isla cuenta con otras instancias colaborativas, algunas más estables que otras, que tradicionalmente se han articulado como actores en salud en el ámbito netamente clínico.²⁹⁴ Se trata de una constante en la historia contemporánea: siempre han existido otros organismos no públicos dispuestos a “colaborar”, como ya señalé. Destaca el Operativo Médico y Dental de la Fuerza Aérea de Chile –conocido como “el operativo FACH”, que se realiza desde el año 1995,²⁹⁵ por lo que ha estado presente en estas últimas dos etapas. El operativo se organiza en la actualidad los primeros meses de cada año en coordinación con el HHR y el SSMO (o en su momento el SSVSA).

Planteado como un operativo de colaboración, el mismo ha tenido desde su primera versión una profunda aceptación entre la comunidad rapanui; incluyendo a los excluidos habituales de la gestión en salud esto es el poder municipal. Ha sido capaz de

292 Obviamente aunque aparece vinculado en red integrada –el modelo que gestiona en Chile el sistema de Servicios de Salud es “integrado en red”-; por razones geográficas no puede funcionar para el caso rapanui sino en un solo sentido, con el envío de pacientes al continente y no al revés. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/b64310d5aaf0070ce04001016401488f.pdf>

293 Debido a su baja complejidad y dadas las necesidades sanitarias locales, el HHR hace parte de prestaciones correspondientes a APS así como otras más complejas; constituyendo una forma posible pero muy inusual en Chile de vincular la APS con el nivel siguiente de complejidad hospitalaria.

294 En efecto, una de las suspicacias más interesantes en torno de la presencia de estos actores “colaboradores” está dada por la crítica al énfasis asistencial o clínico de tales operativos. No suelen circular por la oferta de colaboración hacia la isla, operativos u otras instancias y actores en torno de los temas de salud a nivel poblacional; o de las dimensiones promocionales o preventivas. De alguna manera la “necesidad” rapanui aparece siempre vinculada con la resolutivez clínica inmediata; y tanto desde el que ofrece como desde el que recibe.

295 Aunque la relación de la isla con la FACH se remonta al primer vuelo efectuado desde el continente el año 51. Según declaran los organizadores, se enmarca en una estrategia de compromiso permanente con las comunidades aisladas donde además podrían existir eventuales operaciones de ejercicios militares estratégicos (MacGinty, 2016).

convocar y reunir excepcionalmente a todos los actores interesados en atención de salud en la isla²⁹⁶ incluso a Gobernación y Municipalidad.²⁹⁷ En esta coordinación previa se afinan las especialidades requeridas y su priorización y metas donde se considera la resolución de patologías evitando el traslado de pacientes al continente, la cantidad de personal necesario,²⁹⁸ los criterios de selección de pacientes, el uso de pabellones quirúrgicos del HHR. La mayoría de los profesionales provienen del Hospital de la FACH ubicado en Santiago, pero también participan especialistas civiles de otros hospitales públicos ya que hace años está siendo leído como una buena oportunidad para desplegar algunas tareas clínicas y quirúrgicas.

Si bien en su inicio todos los insumos los proveía la FACH, actualmente y en un esfuerzo de control de los propios recursos adicional del SSMO, estos son suministrados ahora por el mismo SSMO y sólo se llevan insumos específicos con los que no cuenta el HHR y lo que no es utilizado queda para el funcionamiento del Hospital el resto del año.²⁹⁹ El operativo en una semana realiza alrededor del 90% de las consultas de especialidad que se hacen en un año en la isla.³⁰⁰

El exitoso desempeño –los “números”, la tecnología, la especialidad, el evento- que desprende el operativo genera varios efectos, uno de ellos es la coordinación intersectorial que pocas otras veces se ve en términos sanitarios en la isla. El hospitalcentrismo se ve reforzado por esta concentración de asistencialidad en que todos los actores –particularmente la comunidad- resultan gratificados.

El otro es la satisfacción comunitaria con los resultados de aquellos usuarios a los cuales se les da el alta médica.

Un tercer efecto es negativo, ya que todo aquello que el operativo logra diagnosticar en la semana, el HHR no tiene capacidad de resolverlo el resto del año. Ello actúa reforzando el estigma del hospital como un recinto precario y poco resolutivo; genera una ilusión de complejidad –técnicamente hablando- que el resto del año no está disponible *in situ*.

296 Durante el “viejo hospital” el operativo funcionó en dependencias municipales (centro cultural) ya que las condiciones del recinto y su tamaño no alcanzaban para semejante volumen de operativo.

297 Incluso la Municipalidad colabora exhaustivamente con espacios de recreación y programas culturales para las “ilustres visitas” que conforman el equipo médico y paramédico en esta semana.

298 El operativo dura una semana con la movilización de alrededor de 130 personas (70 profesionales médicos y alrededor de 20 odontólogos) más un área administrativa, logística y las jefaturas.

299 Durante el operativo llegan a la isla equipos de especialidad -ecógrafos, mamógrafo, equipos para pabellón, desfibriladores, audiómetros, máquinas de anestesia, equipos oftalmológicos, radiológicos y de endoscopia entre otros-, además de medicinas, fármacos e insumos.

300 Para el año 2015 en el área médica se realizaron 1887 consultas de especialidad; así como 2086 exámenes y procedimientos (oftalmología, mamografías y ecografías entre otros exámenes) y 75 intervenciones quirúrgicas (MacGinty, Op.cit.).

Reflexionando sobre los efectos colaterales de estas instancias casi estructurales de “ayuda” hacia el sistema, una de las subdirectoras del HHR comenta,

...te lo digo porque hemos tenido alguna experiencia de intervenciones que pronto se van y se empiezan a diluir, pero más que diluir a transformar, de hecho, lo voy a mencionar tal cual: nos hemos enterado que el operativo de la FACH nació siendo un aporte absoluto completo y total y a esta altura estamos pagando cada una de las prestaciones desde el SSMO, pagando los insumos, pagando los fármacos, entonces al final de cuentas... no debería ser así!, a mí me da miedo eso, porque al final a la larga nosotros nos quedamos con la responsabilidad porque la expectativa de la gente queda muy alta. Tenemos que ver el otro lado, muchas cosas que vienen como operativos que vienen a hacer un aporte pero en un pedacito muy chico, y el resto siempre se queda el hospital con todo, incluso por la presión, porque no es solamente la presión de la cosa asistencial, sino que efectivamente las personas al tener mayor conocimiento después dicen “no, pero mejor vengan ustedes a dar una chara ahora” porque vinieron “ahora sí que es importante” y en general a la gente la parece más importante cuando se lo dicen otras personas, no nosotros como hospital, porque no estamos bien validados.³⁰¹

La historia del operativo en la isla ha ido variando también en la medida en que ha ido cambiando el dispositivo mismo del HHR y sus dependencias administrativas continentales. Si bien en la situación del hospital viejo el operativo era prácticamente la única alternativa de contar con especialistas, el nivel de resolutivez del HHR era mucho mas bajo de modo que gran parte del quehacer clínico de los especialistas del operativo era diagnóstico y su resolución era derivación al continente. Hoy en cambio, con el nuevo hospital y la tecnología existente allí, así como la ampliación de la planta profesional, el rol del operativo se ha ido ajustando hacia uno más resolutivo y complementario con la capacidad instalada. Por último, con la conformación de una permanente visita de especialistas dirigidos desde el SSMO hacia el HHR y con la correcta articulación del operativo FACH desde el mismo SSMO, entonces se produce un círculo virtuoso en tal sentido: serán los mismos especialistas desde SSMO -durante el resto del año de manera programada- quienes satisfecerán la resolución de la gran parte de la demanda (diagnóstico).³⁰²

Desde Santiago llegan otros operativos de manera más o menos frecuente, de menor complejidad que el anterior; como es el caso del operativo de la Municipalidad de Las Condes³⁰³, donde los insumos son puestos por la misma municipalidad. Dura cinco días, atiende dentro del HHR por convenio con el SSMO. También el Club de Leones

301 Entrevista subdirectora médica, HHR, 2015.

302 Por cierto como en salud la demanda es la variable más insatisfecha, no “ toda la demanda” se verá resuelta; y será mucho más visible a los ojos críticos de la comunidad lo no resuelto por el HHR...

303 Las Condes es uno de los municipios más ricos de la Región Metropolitana, comuna donde habitan personas de clase acomodada, algunas de ellas con contactos personales estrechos con la gente de la isla. Otra forma quizás de apoyos con los que los rapanui han buscado históricamente vincularse en el continente, como lo demuestra la tradición iniciada fuertemente en los años 40 y 50 con la movilidad de rapanui hacia el continente (Foerster y Montecino, 2021).

ofrece anualmente atención oftalmológica por medio de operativos específicos que incluye entrega de lentes y el contacto entre el paciente y servicios médicos continentales para facilitar la realización de las cirugías necesaria en el continente.

Existen, finalmente, otros actores esporádicos que ofrecen atención en un tiempo y población determinada pero si generar continuidad,³⁰⁴ lo cual es leído por la comunidad con gran frustración y la sensación de que “están experimentando con nosotros”.

Me detendré un momento para explicar mejor las suspicacias locales en torno de este último punto. Son muy comunes entre los rapanui, se expresan en los más críticos evidenciando una ambivalencia en la relación con el mundo biomédico entendido en su complejidad contemporánea (Murgia, 2016) como de la siguiente manera,

la biogenética... o sea, yo creo que no es la única isla de la Polinesia donde se estudia la sangre. No es la única isla de la Polinesia donde se ha probado³⁰⁵, nosotros hemos sido conejillos de indias de distintas vacunas que se han venido a probar acá. Años 80, años 90, distintos años que se han venido a probar, instituciones que han venido a hacer pruebas de vacunas con los rapanui.³⁰⁶

En este horizonte crítico, incluso el “sacrosanto” operativo Fach es mencionado como un procedimiento ambivalente, que incluye una potencia oculta en su interior;

En un tiempo en los operativos FACH la gente de la isla descubrió que venía mucho médico extranjero. Que sacaban muestras a todos los enfermos y a todas las personas que atendían en los operativos FACH. Pero eso después supimos que eran muestras que se llevaban todas al continente. La gente no preguntaba (...)cuando tú ibas por un problema de una fractura por ejemplo decían: no, te vamos a sacar la muestra para hacer un análisis. La gente no sabe. No tiene la mala intención y no tiene por qué saberlo. ¿Cuál es la intención de que me está sacando la sangre y todo el cuento? Pero fue tanta la cantidad de muestras que se sacaron, y en esa época vinieron muchos médicos extranjeros, más o menos del 2002, 2003, por ahí. Fue muy hablado a nivel local. Las gentes empezaron a reclamar a la alcaldesa, a la gobernación, por qué en ese operativo y otros más empezaron a sacar muestras de sangre, y ahí entró dentro de la comunidad el tema y empezó a haber conciencia y la gente dijo: no, yo no quiero sacar más mi sangre. Y ahí como que paró el tema.³⁰⁷

De todos modos, los dirigentes están concientes de que no existen formas articuladas para que las decisiones se tomen desde el propio territorio en términos de regular la investigación; debido a la dependencia administrativa del Comité de Ética del SSMO.³⁰⁸

304 Así por ejemplo la misma Facultad de Odontología de la U. de Chile –donde trabajo- propuso y ejecutó coordinadamente desde la Dirección de Extensión con el SSMO y el HHR y las escuelas municipales de la isla, durante tres años, un operativo de educación en salud oral y atención a niños en las escuelas; hasta que el cambio de decano en la Facultad cerró por completo esta oferta; reforzando el sentir local en torno de la “experimentación” y falta de compromiso.

305 Este comentario es especialmente relevante porque nuestra dirigente vincula simbólicamente la experimentación de vacunas con la conocida experimentación nuclear en el Pacífico; aún sin decirlo.

306 Entrevista dirigente social rapanui, mujer, 2015.

307 Ibid.

308 De todas formas, en la legislación chilena actual en bioética se trabaja solicitando a los hospitales que alojarán eventualmente una investigación, un consentimiento sin el cual no es posible de efectuar. Aún así,

En términos promocionales, como la única institución de salud no tiene vínculo formal con la municipalidad que si tiene a cargo la gestión de las escuelas primarias en la isla, no existe un trabajo sistemático de vinculación inter-institucional para la promoción de la salud ni para acciones recuperativas. Cuando se produce una coordinación entre ambos sectores es derivada de un interés contingente. Ello se explica también porque el HHR, pese a haber ampliado su dotación notablemente en este nuevo hospital, no tiene recursos humano suficiente que se haga cargo de su relación con la comunidad extramuro; llevados por la inercia, como ya he descrito, de la lógica asistencial hospitalcéntrica.

No existe aún dispositivos de atención privada de salud en la isla; aunque la residencia de algunos médicos, dentistas, kinesiólogos, sicólogos u otros profesionales, a veces deriva en que, por tiempos determinados. hagan atención privada.³⁰⁹ Hemos conocido del interés de comenzar a “abrir” el mercado de la isla por parte de prestadores privados del continente.³¹⁰

Sólo desde 2007 aproximadamente se instaló una farmacia de cadena continental en pleno centro del pueblo de Hanga Roa, siendo la alternativa a la farmacia del hospital, la cual obviamente siempre ha operado con lógica sanitaria y no de consumo. La Farmacia Cruz Verde³¹¹ indujo la aparición de la asociación entre belleza, autocuidado y medicamento –en la lógica del *enhancement* (Davis, 2010); hasta el momento no presente en la forma rapanui de acercarse al medicamento.

En los años 2000 había críticas muy fuertes hacia la farmacia hospitalaria por la carencia de medicamentos o por la prescripción de los profesionales que usaban remedios considerados emicamente de menor rango –“pura aspirina”- y este tema era uno

no hay mecanismos diseñados para que la decisión sobre ello sea colectiva y transparente y pese a mi misma gestión y sensibilización ya de años en tal sentido, la comunidad y el HHR no han intentado mecanismos.

309 El año 2011 una ortodoncista comenzó a visitar periódicamente Rapa Nui con el fin de abrir un nuevo mercado de necesidad; hasta el momento esta se resolvía lentamente a través de la derivación de casos más funcionales de parte del HHR hacia el correspondiente nivel en el continente. La apertura de la consulta privada en la isla generó una demanda mayor por tratamientos estéticos de ortodoncia que finalmente no pudieron ser derivados por el HHR satisfaciendo toda la demanda, porque en el continente existe una interminable lista de espera en el servicio público para esta especialidad odontológica en toda la jurisdicción del SSMO. Esta situación constituyó una nueva fuente de frustración comunitaria hacia el HHR, en virtud de la novedosa nueva necesidad instalada.

310 En efecto, el año 2017 conocimos un proyecto que pretendía la instalación de un megaprestador privado en la isla (Mega Salud, que cuenta con una enorme cadena de centros en todo el continente), empresas que pertenecen a la Cámara Chilena de la Construcción y están agrupadas por la Caja de Compensación Los Andes que también es filial de la Cámara y que tiene más de 3.000 trabajadores afiliados en la isla.

311 La aparición de la farmacia-negocio a través de las farmacias de cadena; se enmarca en una forma de entender el medicamento en extremo liberalizada en Chile continental, de modo que el expendio es de consumo libre y está asociado a un modelo de negocio donde priman los insumos de belleza y “autocuidado”, con mucha publicidad e inducción del consumo, con una estética y modelo estandar para todos sus locales en Chile, incluso el de la isla.

de los que definían zona de conflicto importante con el hospital antiguo (ver Anexo 15). El acceso controlado a medicamentos fue un tema para muchos rapanui que conocían del expendio continental liberalizado en farmacias comerciales.

A todo este panorama de actores “de hecho” en salud, se suman las gestiones que los propios miembros de la comunidad rapanui no pocas veces hacen en relación con conseguir directamente a través de contactos personales en el vasto mundo con el que suelen interactuar³¹² o canalizar donaciones³¹³ que generosas personas, instituciones o empresas internacionales, de manera entusiasta, ofrecen para “ayudar” en esta que se ve como una exótica isla en mitad del mar y que se presume necesitada.

Me detendré nuevamente aquí pues me interesa graficar el fenómeno en el siguiente caso que relata el dirigente rapanui Edgard Hereveri, quien fuera el primer director de la primera instancia rapanui de diálogo formal con el HHR como veremos luego.³¹⁴ Edgard grafica uno de estos vínculos que produjo luego de instalado el nuevo hospital con toda su tecnología; pidió a “un amigo médico” continental que visitara la isla a fin de –a su juicio- mejorar el manejo de la hipertensión;

Yo he estado haciendo cosas, traje hace poco por ejemplo el presidente de la Asociación de Hipertensos en Chile y él es especialista en el tema. Fuimos a ver el hospital, la forma, los procedimientos... por ejemplo, lo que nosotros hicimos, el convenio con ellos, llegamos a un acuerdo con el hospital, porque ellos tenían máquinas. Por ejemplo, según el que está a cargo del Programa de presión arterial, en la isla hay como 400 personas que están catalogados como “presión arterial”. Pero nunca se les hizo el test holter con las máquinas que detectan esto... Solamente ibas tú pa allá y te sacaban... y según el doctor Zárate, que era el que traje yo, que la forma de tomar el examen que tiene que ser a través de esta máquina, porque te entrega un promedio, y ahí se ve si la persona es presión arterial o no, y no a través de los pulsos, porque a lo mejor en el momento en que tú vas a tomar tu pulso, puedes ir agitado, y te pueden decir que eres presión alta, y no eres presión alta. O puedes ser presión baja porque hacía frío y tienes presión baja. Entonces la idea de él, bueno... en la isla en este hospital hay 10 máquinas holter para tomar examen, pero no hay nadie pa leer los exámenes, entonces nunca se ha usado. Entonces él ofreció, para que el hospital tomara los exámenes, se mandan a través del e-mail, y ellos lo leen y hacen el informe. Entonces la idea es aplicar un plan: primero un levantamiento de cuántas personas hay en la isla que son realmente detectable con presión arterial. Y después de eso, se comprometieron a mandar microprogramas para la radio y la televisión, para ir pasando, de cambios de conducta alimenticia.³¹⁵

El discurso de Edgard sigue a continuación avanzando hacia la noción que recogió del mismo especialista continental respecto de la importancia de los “hábitos”; de donde deriva una de sus principales críticas respecto al modelo de gestión del HHR nuevo;

312 Nuevamente recordamos... y las influencias que tienen en los sectores acomodados de la sociedad continental.

313 Donación de equipos de diversa sofisticación, donación de ambulancias, donación de atenciones, etc.

314 Edgard pertenece a una familia muy reconocida en la isla y además de haber tenido el rol en la instancia comunitaria que aquí detallamos, es hace años el presidente de la Cámara de Turismo de Rapa Nui. Volverá a tomar relevancia en esta tesis, en este último rol, más adelante frente a situación Covid19 actual.

315 Entrevista Edgard Hereveri, noviembre 2015.

Que cambie la persona, porque el tema de la presión arterial no solamente se puede sanar no solamente con los fármacos, sino que también tiene que ver con la alimentación, tiene que ver con el ejercicio, y la isla se presta pa eso, o sea tiene condiciones naturales pa ser un paraíso. Entonces ahí uno se da cuenta que el tema de la salud en la isla sobre todo, no tiene que abordar de un punto de vista primario, sino también con trabajo, con la comunidad y con la familia. Y con los pacientes. A lo mejor el nexo con la familia a través de los pacientes. Entonces hay que abordar integralmente, pero para eso hay que crear un equipo de trabajo donde te permite ir a la familia, trabajar con el enfermo, pero puedes trabajar con la familia y abordar, para que realmente se sana a toda la familia, y en el fondo a la comunidad, porque al ser un lugar tan chico somos todos familia y lo que le pasa a uno le pasa a todos.³¹⁶

Lo paradójico de este tipo de vínculos, contactos y donaciones, es que el estado a través de su única institución habilitada para operar con estas eventuales aportes –en este caso acciones de colaboración interinstitucional-, no puede legalmente recibirlas; o, cuando puede, hace esfuerzos por no recibirlas ya que ello rompe la logística interna –continental- con que opera el abastecimiento de equipos e insumos hospitalarios en Chile.³¹⁷ Aquí visualizamos la existencia de una forma de agencia rapanui –ya que los “regalos” han sido gestionados por la propia comunidad que se ha mostrado abierta a “ser ayudada” y que muestra de paso al sector salud sus capacidades de articular recursos y actores por ella misma- mostrando al sector salud que se le considera prescindible; lo cual contrasta con la propia visión del sector salud a cargo de la isla, que se considera por el contrario imprescindible.³¹⁸

Tras revisar cuáles son los actores en salud en el panorama de la isla actualmente, aquellos que están dados por la institucionalidad chilena y aquellos que se van configurando en una cierta cultura de las posibilidades fácticas; regresaré a la perspectiva cronológica de los hechos, a revisar distintos momentos del HHR en particular en su relación con la comunidad en la época contemporánea que estamos visitando en este subcapítulo de tesis. Vamos a reconstruir lo observado desde el año 1999 con el viejo hospital –en un corte transversal- y su transición hacia el nuevo hospital ocurrida desde el año 2007 y en adelante.

316 Ibid.

317 Para la comunidad es incomprensible esta defensa del HHR de lo propio como suficiente: pareciera decir la comunidad «recuerden que esta es nuestra isla, son nuestros amigos los que nos envían regalos, ustedes trabajan para nosotros y paradójicamente ustedes mandan y no podemos recibirlo».

318 Recientemente mediante la gestión de una institución rapanui de carácter político estratégica no vinculada antes con ninguna temática ni cercana a salud, como es la CODEIPA, se hizo posible instalar en la Isla una máquina de hemodiálisis. La institucionalidad chilena acostumbrada por su complejidad y por la fuerza de su inercia a ser “solo salud” se topa a veces con los mecanismos que Rapa Nui posee para “seducir” al mundo de los donantes. CODEIPA en particular movió recursos –económicos, políticos, contactos personales, etc- del propio estado pero fuera de la lógica jurisdiccional del SSMO y todo el aparataje propiamente sanitario: de manera “directa”, como suelen tantas veces entender desde la isla la gestión del poder con Chile.

El hospital de Pinochet: entre la precariedad y la ambivalencia

El Hospital Hanga Roa que me tocó conocer y etnografiar en los albores del año 2000, era el antecesor directo del nuevo hospital del año 2012 actualmente en uso. Esta infraestructura, como ya se ha dicho, era modular y fue adquirido y montado el año 1976. Tenía una superficie de edificación de 2.056 m².



Fotografía 26. Hospital Hanga Roa en la década del 2000. Vista desde las casas de los funcionarios continentales. Fuente: Cuenta Pública HHR, 2011



Fotografía 27. Vista Ingreso HHR, década del 2000. Fuente: Cuenta Pública Hospital Hanga Roa 2011.

Fue un hospital catalogado como de baja complejidad. Ofrecía medicina general, pediatría, obstetricia y cirugía, y tenía un consultorio adosado con prestaciones de nivel primario y atención de urgencia. Tenía dentro de sus instalaciones incluida a la SEREMI que se conocía como un programa más del hospital -Departamento Programa del Ambiente. Según el diagnóstico que años más tarde hizo MINSAL para justificar la instalación de un nuevo hospital, este dispositivo se caracterizaba así,

Su infraestructura era precaria, todos los sistemas de muro estaban fisurados, los pavimentos se hundían, no se podía tener equipos calibrados porque la vibración de los pasos al caminar descalibraba los equipos. La imagenología no tenían blindaje para radiaciones ionizantes, el equipo de generación de oxígeno no estaba operando, no tenía sistema de respaldo eléctrico suficiente para su consumo de modo que se caía la electricidad –la isla tampoco contaba con sistema de generación eléctrica seguro ya que dependía del petróleo. Los sistemas de alcantarillado se obstruían permanentemente. El equipamiento médico adosado era paupérrimo, las redes de gases clínicos eran deficitarias y así.³¹⁹

Atendía el año 2000 a una población estable estimada de alrededor de 3.500 personas que considerando la “población flotante” -turistas y movilidad estacional- llegaba a unas 7000 al año.³²⁰ De los 36 funcionarios del HHR ninguno de los profesionales era rapanui, de los 7 administrativos sólo uno rapanui; de los 11 técnicos paramédicos 5 eran rapanui; de los 3 choferes 2 eran rapanui y de los 6 auxiliares de servicio 4 eran rapanui.

Dirigido casi siempre por un MGZ, el resto de los médicos eran habitualmente médicos generales y ejercían durante estadías de dos a cuatro años retornando luego al continente. Para quienes estaban en su etapa de ciclo de destinación el hospital les servía como primera experiencia laboral. A ello se sumaban cada cierto tiempo, jóvenes médicos estudiantes en práctica en sus procesos de pasantía.³²¹ Hacia el final de su historia incorporó algunos médicos con especialidad (urgenciólogo; pediatra; ginecólogo) para elevar el nivel de las prestaciones.³²² Contaba con una estrategia no muy bien instalada de rondas de especialistas de los hospitales de la V Región que lo visitaban de forma asistemática. Y se apoyaba obviamente en la derivación de los casos graves hacia el continente; en ese entonces hacia la ciudad de Valparaíso (red del SSVSA).

El uso del hospital se hacía de manera bastante extendida en cuanto a edades y servicios, tal como muestran las estadísticas oficiales de consultas (ver Anexo 12).³²³ Las

319 Entrevista Rolando Quinlan, arquitecto MINSAL encargado posteriormente de diseñar nuevo hospital, 2008.

320 Estimaciones para 1999; Depto. de Recursos Físicos del SSVSA.

321 En este caso, estas pasantías tenían que ver con su formación universitaria como médico general, en una fase de internado por alguna región del país considerada extrema.

322 Debido a una coyuntura especial como se indicará más adelante.

323 La comunidad consultante de los años 2000 reflejaba una importancia decreciente de patologías del aparato respiratorio; de la piel y tejido subcutáneo; traumatismos y envenenamientos; del sistema

consultas per cápita eran mayores que el promedio regional, estimándose para el quinquenio 1986-1990 que el número de consultas por habitante era de 2,5, casi un 90% más que en la V región. Un 60% se efectuaba en el servicio de Urgencia – correspondiendo o no a una urgencia real- y un 40% a través de la atención brindada en Policlínico.

Incluyo en los Anexos, dos que resultan importantes de leer para contextualizar lo que refiero aquí en torno del uso del HHR. Doy cuenta además de un caso paradigmático de la relación médico paciente ambivalente que el HHR de alguna manera instaló en torno de la sobreconsulta y el enfoque poco resolutivo y con poca visión situada (ver Anexos 15, 16). Me limitaré en este texto a describir algunos de los elementos relevantes para este análisis.

La rotación profesional fue siempre un motivo de resentimiento local ya que la población lo leía como una evidente “falta de compromiso”. Una profunda desconfianza hacia los médicos en particular reinaba entre la comunidad en esos años. Los doctores, por su parte, aún haciendo un esfuerzo por adecuarse a las especificidades culturales en relación con los sistemas etiológicos y terapéuticos de sus pacientes, notaban un mayor impacto en sus trayectorias laborales en un elemento relacional que causaba estupor: su “sorpresa” por cuanto al llegar a Hanga Roa la comunidad no los trataba “como semidioses” -como ocurre en el continente por razones culturales-, sino mediante un trato plenamente horizontal, rayano en una arrogante demanda. Los isleños entienden la atención oficial de salud como un derecho, como una función del Estado chileno, y al médico –el *taote*³²⁴ como un funcionario que les debe atención. Sin una hermenéutica que incluya la historicidad institucional aquello no podía leerse.³²⁵

No existió nunca una estrategia de formación y sensibilización intercultural previa al desempeño laboral de los médicos; de modo que reinaba solo “la fuerza de la costumbre” en relación con la aceptación y adaptación de algunas prácticas de la folkmedicina rapanui dentro del recinto (Fajreldin 2002) (Ver Anexo 15). Era la “tolerancia” de algunos médicos, sumado a la complicidad del personal paramédico rapanui la que hacía posibles ciertas prácticas inclusivas tales como la administración de

osteomuscular y tejido conjuntivo; del sistema nervioso y órganos de los sentidos; del aparato digestivo; del aparato genitourinario; trastornos mentales (Fajreldin, 2002). Las patologías respiratorias se manifiestan también altas en el caso de los niños.

324 Como he referido anteriormente, del inglés “doctor”: *taote*.

325 Cuando observé estos fenómenos era claro que se trataba de un rasgo muy diferenciado respecto de la relación médico-paciente del continente; y es que existían otros ingredientes en ese proceso relacional sobretodo el recuerdo nefasto de la época del estrecho vínculo entre el viejo hospital local y el leproso.

algunos alimentos considerados “fuertes” y apropiados para las puérperas por parte de las mujeres de la familia; la posibilidad de familiares de niños o adultos de pernoctar al lado de la cama de hospitalizado haciéndose cargo de los cuidados del enfermo, la administración muy ocasional y secreta de “agüitas”³²⁶, o compresas de plantas medicinales (Fajreldin, 2002). El hospital disponía de algunas prácticas propias que, sin embargo, eran leídas por la comunidad desde una ingenua óptica local, como la existencia en los patios de una fosa digestiva donde se depositaban las placentas, lo cual era interpretado por los rapanui como un guiño a su costumbre ancestral de entierro de la placenta.

Ninguna de estas prácticas era, entonces, producto de una deliberación previa y conciente entre actores. No había tales actores ni tampoco conocimiento de la existencia del programa del Ministerio de Salud sobre pueblos indígenas que ya operaba desde los años 90 en el continente beneficiando a las etnias mapuche y aymara. No existía la fórmula de la “interculturalidad” en la isla como tema. Los médicos observaban estas prácticas haciendo las más de las veces como si no lo hicieran, de acuerdo a la ética cultural de los doctores de la época que suponían debían estar distantes de este tipo de saberes para mantenerse fieles al modelo biomédico que ellos representaban y que para el caso puntual de Rapa Nui, era entendido como un deber moral pues estos funcionarios se entendían en aquella lógica como funcionarios del Estado frente a este territorio hostil y lejano.³²⁷

Pese al extenso uso comunitario del HHR, en el plano del discurso de la comunidad la relación era muy tensa. Del hospital se esperaba siempre “lo peor”; los discursos estaban muy centrados en una crítica lapidaria respecto del recinto y lo que se llamaba despectivamente “ese sistema” y “ese lugar”. De la farmacia del hospital se decía que era muy insuficiente la oferta; de los médicos que llegaban a experimentar con los pacientes rapanui, que se trataba de “practicantes” inexpertos, que venían “a pasear a la isla” y luego se iban a seguir haciendo sus carreras médicas al continente (Fajreldin, 2002).

326 E incluso preparaciones más complejas según la folkmedicina rapanui como el *Matua Pua'a* en formato administrable fácilmente allí. Se destacaba en este periodo la internación del agua de higuera (*Ricinus communis*) a que hemos aludido en el recuerdo del hospital de transición, en el contexto de las prácticas y saberes biomédicos imponiéndose por sobre las locales.

327 Hubo notables excepciones ya más hacia el final del periodo del hospital con médicos que por su interés personal en el tema se involucraron activamente en el conocimiento y estímulo a estas prácticas y saberes de la folkmedicina; y que incluso podemos considerar ejercieron una influencia en la construcción de los procesos posteriores de inclusión de la práctica dentro del hospital; lo que se producirá mucho después, en la etapa final de esta cronología. Es el caso del Dr. urgenciólogo Felix Calleja, exitoso médico de hospital de referencia en la V Región, que estuvo más años que lo acostumbrado en su época trabajando en el HHR y fue despedido con honores por la comunidad toda y sus autoridades políticas en la Gobernación.

Lo cierto y claro es que en ese discurso en parte los rapanui reconocían su realidad médica como complicada. Las mermas históricas de su población, las historias contadas una y otra vez por distintas personas sobre la falta de resguardo que Chile había dispuesto en relación con la salud de los rapanui hablaban en efecto de una situación históricamente grave y aún no resuelta del todo.³²⁸

El año 2004 denunciarnos con Mónica Weisner³²⁹ un operativo oftalmológico de aparente beneficencia que encubría una investigación biomédica con extracción de sangre a la comunidad anciana (Weisner y Fajreldin, 2004; Fajreldin 2010). El operativo tuvo como protagonistas a la Universidad de Iowa, la Sociedad Chilena de Oftalmología y el concierto del Ministerio de Salud de Chile e incluso de las autoridades locales rapanui toda vez que se presentaba como una de las usuales estrategias de ayuda hacia la comunidad aislada. A cambio de lentes ópticos –recursos difíciles de conseguir en la isla de la época–, los investigadores sacaron sangre a los ancianos de la comunidad a fin de analizar la presencia de marcadores de degeneración macular asociadas con la edad en una población aislada y que suponían “genéticamente pura”.

Nuevamente se juntaban el hospital local -donde se hizo el operativo y la investigación- con los agentes de instituciones internacionales y el concierto local³³⁰ para una actividad que trajo a la memoria colectiva el horror de ser sujetos de experimentación. Aunque se produjo un escándalo entre ciertos miembros de la comunidad con mayor experiencia y visión que otros en tal sentido y se intentó sin éxito evitar que la sangre saliera de Rapa Nui, una de las ancianas venerables de la comunidad rapanui, me dijo años después recordando el incidente, que le parecía mal que hubiera voces críticas en la comunidad. Para ella era la **única forma** de obtener beneficios porque confiaba en el hospital y el trabajo de salud ya que ella había sido parte, en su juventud, del personal del Hospital Naval.³³¹

Esta experiencia es muy sintomática de elementos tales como la huella en la memoria colectiva, el sentimiento de vulnerabilidad política ante la investigación biomédica y hacia la institución del HHR, entendida como un territorio donde se libran

328 Estaban aún muy presentes los recuerdos de las repercusiones demográficas y sociales que el mundo exterior había ocasionado en su ingreso a la isla en diversos momentos de la historia. Con asidero en la experiencia y la memoria colectiva, se sumaba la profunda desconfianza hacia la institución hospitalaria, creándose un verdadero encajonamiento en el que la comunidad se sentía sofocada.

329 En el V Congreso Chileno de Antropología efectuado en el continente.

330 Porque recordemos que actores con poder local siempre ha habido vinculados con la asistencia sanitaria en la Isla.

331 Notorio es que el escándalo partió de una mujer rapanui que habiendo residido en Hawaii y Estados Unidos varios años y con estudios médicos, comprendió el contexto en el que se daba esta investigación encubierta. La denunciante es hija de la misma *nua* que me comentó su apoyo a este tipo de operativo.

batallas no del todo simétricas. Pero, por otra parte, también es sintomática de la vinculación estrecha que algunos/as rapanui han desarrollado con las varias décadas de involucramiento con la institución –en cualquiera de sus versiones- en tanto funcionarios de salud; de cualquier rango.

El estigma también era observable en la comunidad de entonces mediante otros mecanismos: la negación de la vulnerabilidad propia; es decir, el caso contrario al recién descrito. El año 2005 estuve a cargo para la isla de una investigación que pretendía conocer cómo estaba siendo leído el Vih-Sida en pueblos indígenas de Chile³³² y proponer estrategias de promoción y prevención culturalmente apropiadas (Salder y cols, 2004). En esa investigación dimos cuenta de la profundidad de la percepción rapanui de “no vulnerabilidad” frente al Vih; a través de nociones como la existencia de una “sangre más fuerte” e incluso la ilusión de que la actividad sexual sólo entre personas de la misma etnia podría usarse como estrategia preventiva del ingreso a la isla del virus.³³³

Llamaba la atención que esta estrategia no coincidiera más que con el plano del discurso, ya que la isla estaba expuesta todo el año al ingreso de miles de turistas y que la práctica sexual es muy abierta y desprejuiciada, incluso por razones culturales. Es decir, parecía que la estrategia rapanui reactiva a la sola idea de que el Vih pudiera entrar a su comunidad, pasaba por un mecanismo mágico: con un acto de habla negacionista se ponía freno siquiera a la discusión. No habiendo discusión, no había problema.

En el imaginario social en este caso, el HHR operaba como una institución que pretendía imponer el peligro del ingreso del Vih-Sida entre la comunidad –por el hecho de enunciarlo-; lo que aportaba a la estrategia negacionista y opositora hacia el hospital de entonces. Este caso es muy interesante porque también refleja una forma de agencia rapanui frente a la prevención; un deseo de agencia más bien; ya que el sistema como veremos más adelante, de todos modos asumió esta tarea por ellos.

332 Financiada por el Fondo Global para la Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis de Naciones Unidas y ejecutada por el Centro de Estudios de Género de la Universidad de Chile.

333 La idea subyacente era la ilusión a nivel de imaginario de que la isla estaba “aislada” -lo cual no sucedía desde los tempranos 60- y de alguna manera vinculaba discursivamente ese momento al tiempo en que la condición de isla se usó por parte de la Armada para crear sensación de aislamiento y oficiar de cárcel. Descansaba además en la otra ilusión de que el contacto sexual entre rapanui no era riesgoso porque implicaba que la gente tenía un vínculo afectivo y por ende protector.

Una bisagra hacia la medicalización racional de Rapa Nui

En el ámbito institucional; nos encontramos en la mitad de los años 2000 con un momento que he llamado “bisagra” entre esta y la etapa siguiente del proceso de medicalización; donde se producen concentración de fenómenos que gatillan en conjunto una respuesta diferente y posibilitan el inicio de la siguiente etapa. No es que exista una teleología en esto, ni menos una suerte de evolución necesaria; estoy consciente de que se trata de un caso único y exclusivo el de Rapa Nui y de que en él concurren muchos y diferentes actores y fuerzas centrífugas y centrípetas, incluyendo al azar.

Antes de iniciarse este momento bisagra se produjo en el continente la reforma del sector salud del año 2005 que ya hemos comentado y que creó las dos subsecretarías y separó funciones de salud pública y de asistencia, dotando a las SEREMI de funciones ampliadas pero a la vez acotadas al ámbito de la salud pública; y separando su foco del ámbito de la atención que quedaría exclusivamente en los Servicios de Salud.

Para el impacto de esta reforma en Rapa Nui debemos entender que se dio gradualmente y sobretodo movida por el jefe de SEREMI de Salud de la V Región,³³⁴ con quien me tocó trabajar entre el año 2003-2004 es decir, en el momento previo a la implementación de la reforma nacional que la dotaba de mayores poderes sobre los territorios, en desmedro del poder que hasta entonces había acumulado el SSVSA en su gestión exclusiva de la isla.³³⁵ El periodo en que trabajé con el Seremi³³⁶ fue justamente el periodo inmediatamente anterior al cambio de peso de esta.

El Seremi, junto con su interés personal por Rapa Nui, tenía un criterio amplio que situaba el ámbito de salud mucho más allá de la esfera que estrechamente los otros actores institucionales reconocían para salud –lo meramente atencional o clínico. Y es que el Seremi formaba parte de la elite médica que diseñaba conceptual y operativamente la reforma nacional, en directa coordinación con el entonces Subsecretario de Salud, el Dr. Antonio Infante y otros conocidos médicos salubristas en Chile.

Existía entonces una disputa entre el Seremi y el director del SSVSA³³⁷ por el control de los temas sanitarios en la isla. No resultaba fácil hacer la distinción: ¿a quién le

334 El Dr. Aníbal Vivaceta, médico con estudios de antropología en España; con una vasta trayectoria en instituciones como Médicos sin Fronteras (MSF) en África; activista de Vih-Sida y otros temas; años después Magister en Salud Pública en la U. de Chile y actual académico de la Universidad de Valparaíso.

335 Recordemos que incluso la oficina antecesora de SEREMI estaba dentro del mismo HHR.

336 Desde una oficina ubicada en el centro de la ciudad de Valparaíso, dentro del edificio de la Intendencia Regional, donde compartía con el abanico más amplio de las reparticiones públicas que dirigían la V Región. Utilizo la escritura con mayúscula –SEREMI- para referir a la institución, y con minúscula –el Seremi- cuando refiero a quien ocupaba el cargo de secretario regional ministerial.

337 El edificio que ocupaba el SSVSA –mucho mas grande entonces que la oficina de SEREMI- estaba ubicado a una cuadra de nuestra oficina de SEREMI, en el centro de Valparaíso.

correspondía qué?; el director del SSVSA se preguntaba ¿qué responsabilidad podría reclamar SEREMI respecto a los temas clínicos del HHR cuando lo suyo en la formalidad era más bien el ambiente y la salud poblacional? Por otro lado, si el SSVSA estaba “descuidando” sus funciones respecto al HHR –según se pensaba en SEREMI- ¿quién más iba a cuidar de la isla, siendo que de Valparaíso dependía exclusivamente la salud de la comunidad?

De este modo, desde la SEREMI se articulaban “en los hechos” acciones y relaciones con la isla, pero en contraste con otros tres actores relevantes en este momento de transición institucional: por una parte, la dirección del SSVSA que cumplía con muy poca energía con los deberes de cubrir la atención en la isla, a quien consideraban un territorio no sólo lejano sino invisible para cualquier brillo y rentabilidad política.³³⁸ Por la otra, una serie de organismos y actores internos desde el nivel central del Ministerio de Salud situado en la capital Santiago³³⁹ y que en esos años tuvieron algo que decir frente a temas puntuales de la isla.³⁴⁰ Y finalmente con el gran ausente de la gestión sanitaria, que estuvo especialmente presente como sombra en esos años: el alcalde rapanui, Petero Edmunds Paoa.

Sobre todos esos actores la SEREMI reclamaba supremacía del control, basándose en la premisa de que la ley le otorgaría -tras la inminente reforma- un estatus de “autoridad sanitaria” y en base a que el único proveedor de salud de la isla era este agente público llamado HHR y por tanto la relación con la institución y el abordaje de todos los temas sanitarios era una tarea que había que manejar con actitud estratégica desde el continente ya que de no hacerlo, nadie más se ocuparía de “salud”.

Efectivamente, el único dispositivo asistencial era entonces el HHR dedicado por inercia a la atención exclusivamente y no existía un brazo fuerte dedicado a “diseñar salud” de la isla. La posición que reclamaba el Seremi era hacer valer la importancia que tenía para la isla la gestión de salud y que se articulara, desde el continente, por parte de las dos instituciones a cargo. Esta en sus ámbitos de atención debía ser prioridad para la

338 El Sistema Nacional de Servicios de Salud está basado, como ya he dicho, formalmente como una dirección autónoma respecto del MINSAL; pero en los hechos siempre han sido cargos políticos de turno. Incluso hoy en día están sometidos a concurso de Alta Dirección Pública; pero sigue habiendo espacio para la designación política del cargo.

339 La “Regionalización” político-administrativa del país durante la dictadura de Pinochet; si bien supuestamente dotó a las regiones de cierta independencia respecto del “nivel central”-que para salud representa al MINSAL en Santiago- en la práctica el país es altamente centralista en todo su aparato público y en gran medida una de las tareas de cualquier jefatura regional es posicionarse respecto del nivel central; intentando mayor autonomía donde lo logre. Se trata de un ejercicio permanente y agotador para las regiones.

340 Las oficinas del Depto. de Epidemiología (por la presencia de un brote de dengue); la oficina de Salud de Pueblos Originarios (por darle pertinencia a esta campaña) del MINSAL, entre otras.

dirección del SSVSA, mientras el diseño mayor debía ser formulado por la SEREMI; tareas que requerían por lo demás íntima coordinación y estrecha colaboración entre ambos actores.

Pero para el SSVSA Rapa Nui era solo gasto³⁴¹ y un eterno problema desde distintos aspectos, no existiendo una gestión que hubiera podido disfrutar de la dependencia y jurisdicción sobre la isla. Temas como la calidad del personal del HHR eran abordados en los hechos por la misma gestión del Seremi³⁴², sin ser “oficialmente su campo” pero a falta del interés en hacerlo del SSVSA. Además el Seremi pretendía incorporar actores locales de Rapa Nui, partiendo del HHR y el municipio y de otros organismos político administrativos regionales que eran nuestros “vecinos” de edificio en la Intendencia en Valparaíso; así como otros organismos sanitarios o políticos a nivel nacional.³⁴³

Para el nivel municipal de la isla en tanto y como ya he dicho, la relación con el HHR, con la SEREMI y con el SSVSA fue siempre un ámbito de disputa política o una arena donde el alcalde podía enfrentarse con el Chile institucional, sabiendo que ello rentaría al prestigio con su comunidad, por la histórica mala relación entre comunidad y hospital, así como por la inherente siempre insatisfecha expectativa de la comunidad en temas de salud.³⁴⁴ Por ello, parte de las gestiones de ese extenso periodo –que estuvo casi siempre bajo la alcaldía de Edmunds Paoa- consistieron en intentar “arrebatar” discursivamente la gestión de salud desde el SSVSA hacia el Municipio.

Pongo a disposición dos documentos en borrador; que dan resumida cuenta del fenómeno de disputa en el control de lo que en esa época se entendía como “el problema de la isla”.³⁴⁵ En uno de ellos, el Director del SSVSA –tras un intenso debate y presión del Seremi para que asumiera ese rol-, propuso crear una instancia inter-institucional que incluyese actores continentales y locales e incluso esbozó la necesidad de contar con

341 Una de las aristas de tal “gasto” fue el tradicional traslado de pacientes de la isla a los hospitales de la V región, ya que la dependencia administrativa implicaba que no podían llegar a ser tratados a Santiago, donde está ubicado el aeropuerto.

342 El Seremi dispuso en los años 2000 de mejores profesionales para destinarlos al hospital de la isla; haciendo uso de estrategias para contratar médicos especialistas de urgencia que lograran diagnosticar con claridad –y ojalá tratar- a los consultantes, de modo de mejorar la capacidad resolutive en los hechos.

343 Por ejemplo, su gestión incluyó un trabajo con el llamado Comité Interministerial para el Desarrollo de las Zonas Extremas, CIDEZE.

344 Tanto es así que, en los años 2000, la única participación del alcalde en el hospital era como eventual paciente.

345 Luego se formalizaron ya que eran oficiales –*memorándum u ordinarios*-, pero sólo dispongo de los borradores que ayudé en su momento a redactar por encargo del Seremi. Si bien la firma es del Director del SSVSA, la redacción fue nuestra como SEREMI.

referentes comunitarios³⁴⁶ inexistentes entonces en las lógicas isleñas de relación con el HHR.

La justificación del documento es el deber del Estado como garante de los derechos de los pueblos indígenas basados en lo señalado por los organismos internacionales³⁴⁷ y, sobretodo, en referencia al marco de la Ley Indígena 19.253, del año 1993. Era coherente con la línea argumentativa del Seremi en torno al rol de las instituciones sanitarias continentales sobre la salud de la isla.^{348 349}

Se observa que la mayor parte del tono y la temática versa sobre asuntos operativos generales como la resolutivez, la calidad de la atención, ente otros. La idea que inspira este documento y el consejo que pretende crear, es establecer un “Plan de salud” de carácter estratégico tanto del ambiente como de la atención individual, monitoreable, bajo diseño y control local y con el apoyo de las instituciones centrales y regionales y del dispositivo HHR.³⁵⁰

El documento instalaba por primera vez una lógica “intercultural” expresa para justificar el rol de los organismos del Estado respecto de la salud de la isla, más allá de la entonces meramente programática que estaba funcionando desde el MINSAL para las etnias continentales.³⁵¹ Es decir, la interculturalidad lejos de tener un sesgo culturalista en este caso fue leída como justificación mayor para mejorar la calidad de la atención local y la capacidad de coordinación de actores a nivel central, regional y local.

En torno de este último actor local, el documento posicionaba de manera clara a las autoridades correspondientes que debieran participar de los temas sanitarios con justa

346 Dentro de los preparativos de la reforma de salud de la cual como he dicho el mismo Seremi era parte de la elite pensante para el país, se contemplaba una mayor agencia del mundo social dentro de las instituciones sanitarias; de modo que estaban en boga en el continente todo este tipo de figuras como los comités consultivos, consejos hospitalarios, etc; y una lógica de derechos en salud.

347 En rigor, el Convenio 169 de la OIT fue ratificado por Chile varios años después, recién en 2008; de modo que este marco sólo constituye una alusión moral porque lo realmente en vigencia entonces era exclusivamente la ley indígena chilena. De todos modos dicho sea de paso la ley indígena nada dijo sobre salud puntualmente; habiendo debido firmarse luego varios convenios entre la institución creada por ley en Chile para administrar el tema indígena –la CONADI- y las instituciones sanitarias.

348 Un elemento relevante en este análisis es que si bien la Ley Pascua del año 66 (Nº 16.641) instaló a los rapanui como ciudadanos –plano de igualdad respecto del resto de los chilenos-, fue la Ley Indígena del año 93 la que comenzó a abrir la posibilidad de visualizar y legitimar las diferencias como deseables; es decir el carácter de pueblo. La ley y su lógica entonces comenzó a ser esgrimida por personeros públicos como el caso que describimos de Seremi, para relevar el rol de garante del Estado de los derechos de los pueblos, al menos de su protección.

349 Interesante además por cuanto ya se instalaba en esta gestión la aplicación de la aludida paradoja constitutiva de las instituciones modernas (Stolkiner, 2010) en torno de la doble vinculación: los pueblos reclaman autonomía pero a la vez reclaman ser protegidos.

350 Circulaba entre los pensantes de la reforma nacional la idea de “inteligencia sanitaria” de modo que estas acciones impulsadas desde SEREMI tienen este trasfondo ideológico en salud.

351 Programática que de hecho se instalaría en Rapa Nui bastantes años después, ya cruzando la bisagra.

razón y en coherencia con su rol y funciones de representantes políticos de Rapa Nui y que incluye al llamado como educación, CONADI, etc.

El documento es el siguiente:



BASE PARA RESOLUCIÓN DE CREACIÓN DE CONSEJO DE SALUD DE RAPA NUI.

I. Antecedentes.

Como es de todos conocido, la Ley N°19.253, que establece normas sobre protección, fomento y desarrollo de los indígenas y crea Corporación Nacional de Desarrollo Indígena, expresa que el Estado reconoce como principales etnias indígenas de Chile, entre otras, a la etnia Rapa Nui o Pascuense y valora su existencia por ser parte esencial de las raíces de la Nación chilena, así como su integridad y desarrollo, de acuerdo a sus costumbres y valores.

Este cuerpo legal señala que es deber de la sociedad en general y del Estado en particular, a través de sus instituciones respetar, proteger y promover el desarrollo de los indígenas, sus culturas, familias y comunidades, adoptando las medidas adecuadas para tales fines y proteger las tierras indígenas, velar por su adecuada explotación, por su equilibrio ecológico y propender a su ampliación.

Como consecuencia de lo anterior, el Gobierno de Chile, a través del Ministerio de Salud ha formulado una Política de Salud y Pueblos Indígenas, inspirada en un enfoque de equidad e interculturalidad cuya finalidad es satisfacer los objetivos sanitarios que ella misma se fija, entre los cuales se encuentra el de proveer servicios acordes a las necesidades y expectativas de la población. Sobre la interculturalidad cabe señalar que uno de sus elementos es precisamente la colaboración entre diversos sistemas de salud, lo que supone la necesidad de reconocimiento y aprendizaje mutuos, interacción, reciprocidad y cooperación.

Esta Política de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud explicita en sus Principios y Marco Conceptual, la necesidad de un enfoque de equidad en salud y pueblos indígenas que debe sustentarse en el reconocimiento de la existencia de mundos socioculturales diversos, donde se encuentran distintas formas de entender y enfrentar el proceso de salud-enfermedad. El desafío es traducir la equidad en acciones específicas: considerar el enfoque intercultural en la organización y provisión de atención mediante procesos de sensibilización que faciliten la comunicación entre el personal de salud y la comunidad indígena; procesos de capacitación y desarrollo de recursos humanos para la pertinencia cultural de los servicios de salud; coordinación intersectorial e interdisciplinaria que genere estrategias y metodologías que en definitiva favorezcan la integralidad y coherencia de las políticas y estrategias en salud.

II. Consideraciones

Lo anterior concuerda con los principios de participación y de equidad consagrados en la Constitución Política según los cuales es deber del Estado dar protección a la población y asegurar el derecho de las personas a participar con igualdad de oportunidades en la vida nacional.

El SSVSA formula su compromiso para contribuir al mejoramiento de la salud en la Isla de Pascua, mediante el ejercicio de sus propias facultades en orden a fortalecer las relaciones de coordinación entre las organizaciones sociales y las instituciones públicas.

El Servicio estima que el compromiso que hoy día adoptamos requiere del establecimiento de un órgano técnico, representativo y de carácter colegiado que, mediante el ejercicio de las facultades de que disponga, contribuya a su desarrollo, enfrentando los problemas que existan en la planificación de la salud y del desarrollo del Hospital de Hanga Roa, en la fijación de prioridades presupuestarias y en materia de recursos humanos.



III. Resuelvo constituir:

Un Consejo de Salud para la Isla de Pascua, que será presidido por el Subsecretario de Salud o por el funcionario que designe, y cuyos integrantes serán los siguientes

1. El Alcalde de la comuna de Isla de Pascua;
2. Un representante del Consejo de Ancianos;
3. Cuatro personas elegidas por la comunidad, quienes sean miembros de ésta;
4. Un representante de la Cámara de Turismo de la Isla de Pascua;
5. El Secretario Regional Ministerial de Salud;
6. El Director Provincial de Educación;
7. El Director Provincial de CONADI;
8. El Director del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio;
9. El Director del Hospital Hanga Roa;
10. Un representante de los funcionarios del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, que trabajen en la Isla de Pascua.

Los miembros que se mencionan en los números 5 , 6 , 7 Y 8 podrán designar representantes para cada una de las sesiones del Consejo.

IV. Funcionamiento.

El Consejo de Salud sesionará en la Isla de Pascua, cada cuatro meses, en las fechas que el propio organismo determine y en modo extraordinario por citación de al menos la mitad de sus miembros.

Las reuniones ordinarias deberán contar con quórum de al menos dos tercios de los integrantes del Consejo. Las decisiones se tomarán por mayoría simple de los miembros presentes, excepto en los casos en que específicamente se defina en su reglamento.

V. Atribuciones.

1. Planificación.

El Consejo de Salud tendrá la responsabilidad de participar en la elaboración, aprobación, implementación y monitoreo del Plan de Salud para la Isla de Pascua; específicamente en lo que diga relación con la salud de las personas y la salud del ambiente.

Las instituciones integrantes desarrollarán las tareas propias que específicamente correspondan a cada una de ellas.

Asimismo, el Consejo de Salud tendrá la responsabilidad de elaborar, aprobar y monitorear el Plan de Desarrollo del Hospital Hanga Roa.

Esta definición de prioridades deberá ser acordada en la primera sesión del año que el Consejo celebre.

La aprobación del Plan de Salud para la Isla de Pascua y la aprobación del Plan de Desarrollo del Hospital Hanga Roa deberán contar con la mayoría absoluta de sus miembros.

El Consejo recibirá la cuenta que anualmente deberán entregar el Director del Servicio de Salud de la Quinta Región y el Director del Hospital Hanga Roa.



2. Presupuesto.

En el marco del presupuesto que asigne el Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, mediante la creación de un centro de costos, el Consejo de Salud deberá definir las prioridades presupuestarias del Hospital Hanga Roa para el año respectivo. Esta definición de prioridades deberá ser acordada en la primera sesión del año que el Consejo celebre luego de conocido el presupuesto anual y deberá contar con la aprobación de la mayoría absoluta del Consejo.

3. Recursos humanos.

El Consejo de Salud participará en la selección de recursos humanos formulando propuestas al Director del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, sea de criterios como de personas para la consideración de sus antecedentes en el respectivo proceso de selección.

Solicitar a la autoridad que corresponda y a petición de cualquiera de sus miembros, en el ejercicio de sus derechos ciudadanos, la apertura de la investigación sumaria o sumario administrativo según corresponda.

4. Participación social y comunitaria.

Colaborar en el diagnóstico de salud de la población, mediante la ejecución de las medidas de coordinación y comunicación que la situación exija.

Impulsar acciones de trabajo conjunto entre los equipos de salud y la comunidad de la Isla de Pascua. En general, todas aquellas definidas para los Consejos de Desarrollo Hospitalario que existen en el país

DR. DANIEL VERDESSI BELLEMMI
DIRECTOR SERVICIO DE SALUD
VALPARAÍSO – SAN ANTONIO
2003

En un segundo documento³⁵² posterior a la creación del Consejo, es el Seremi esta vez quien asume una posición de monitoreo de los temas que considera pendientes y que fueron puestas en discusión por el propio consejo una vez efectuada su primera sesión.

En el mismo, el Seremi alude a una lógica de coordinación para la mejor dotación tanto de planta física del hospital³⁵³ como de la planta profesional particularmente médica; donde utiliza los recursos disponibles en su jurisdicción regional (Universidad de Valparaíso; Gobernación Regional de Valparaíso, entre otras).

La tendencia era reemplazar la lógica de médicos generales en etapa de destinación por una de especialistas instalados con recursos de conocimiento y capacidad resolutive que garantizaran un mejor desempeño clínico.

Asimismo, valora la formación de quienes trabajen en el HHR desde una perspectiva intercultural, apostando a la mejor relación con la comunidad y sus autoridades.

El documento aludido es el siguiente:

352 También fue parcialmente redactado por mí desde SEREMI el mismo año 2003.

353 Como hemos comentado el HHR fue armado para contar con 10 años de vida útil pero duró más de 30; de modo que sobre él se hicieron varios proyectos de normalización que intentaban parchar lo existente, sin haberse considerado la posibilidad de construir uno nuevo.



GOBIERNO DE CHILE
SECRETARIA REGIONAL MINISTERIAL DE GOBIERNO
Región de Valparaíso

Minuta Reunión Con Concejo Isla De Pascua

Tema fundamental: Calidad del sistema sanitario de la Isla, con énfasis en el Hospital

Infraestructura y equipamiento: en el Convenio de Programación se asignaron M\$ 250.000 (M\$ 70.000 en equipos, ya entregados, incluyendo Sistema de Telemedicina y M\$ 180.000 en reparación de planta física), cuya ejecución se adelantó para 2002 – 2003. Los fondos de planta física equivalen apenas a 1/3 de lo que cuesta un consultorio mediano. No hay otros fondos considerados, pero se incluyó en el trabajo de la comisión de desarrollo económico dependiente del comité de personalidades la necesidad de una buena infraestructura hospitalaria como parte del desarrollo turístico (espacio para obtención de nuevos fondos)

Personal: Se critica el sistema de Médicos Generales de Zona (MGZ), por no ser especialistas. Se ha definido que gradualmente se pase a tener equipo médico multidisciplinario. Este año se envió la que debiera ser la última MGZ. Personalmente he gestionado el reclutamiento del primer especialista, cirujano de urgencias, cuya contratación depende de acuerdo con el Servicio sobre condiciones laborales. Este año se amplió la planta a 4 médicos. El cuarto cargo debiera ser llenado con un/a especialista, se ha evaluado la solicitud de un pediatra en disposición de hacerlo. Hay cierta carencia general de especialistas dispuestos a vivir prolongadamente en la Isla; por ello se ha instruido al Servicio para montar sistema regular de envío de especialistas. Por ello es tan importante la firma del convenio GORE – U. De Valparaíso. También se ha instruido al Servicio para favorecer la formación de personal local, tanto de nivel técnico como profesional. Existirá un apoyo de especialistas mediante operativo FACH a fines de junio. Está coordinándolo un médico de hospital FACH, con el director (s) del Hospital Hanga Roa y el suscrito, con participación ocasional del Servicio.

Sistema de evacuación: En términos muy simples podemos decir que la población de Rapa Nui anhela tener el máximo de capacidad resolutive localmente. Del punto de vista del sistema sanitario, el desarrollo de capacidades locales indudablemente debe considerar el aislamiento, y con ello, la real necesidad de resolutive mayor a la que tendría un hospital similar en el continente, pero siempre habrá limitaciones (i.e. No es posible tener staff permanente de neurocirujanos para eventuales accidentes con ese requerimiento). Ello conlleva tener sistema fluido de evacuación. Desde hace dos meses, el suscrito ha ido montando sistema de coordinación del SAMU regional (en ciernes) con el SAMU metropolitano. Hasta ahora, las cosas se hacían "por favor" a partir de solicitudes del equipo local a instituciones como el Hospital de Carabineros u otros.

Programa del dengue: (este tema no lo ponen en primer plano, pero es apremiante). Actualmente estamos con niveles altos de infestación, suficientes para la aparición de un segundo brote de dengue (con al menos 2 a 5 casos mortales casi de seguro). La solución requiere un esfuerzo general multiinstitucional. Se requiere coordinar de una vez uso de toda la maquinaria disponible para sanear los vertederos (es responsabilidad legal del municipio, pero el problema es de todos) e intensificar el programa de limpieza de patios que lleva adelante el municipio.



GOBIERNO DE CHILE
SECRETARIA REGIONAL MINISTERIAL DE GOBIERNO
Región de Valparaíso

Voluntad política: Es muy criticada la poca atención que brinda el Servicio de Salud, que llevó de hecho a que se tuviera que definir una coordinación a través de una mesa en el Minsal, coordinada por el suscrito. En realidad, cuesta cumplir los acuerdos, debido a la dependencia administrativa. (Alcalde planteó directamente ayer al Subsecretario (s) que mientras esté ese equipo directivo en el Servicio, es difícil que haya solución, pues no le responden ni el teléfono).

Consejo de Salud de la Isla. Se propone esta iniciativa como herramienta para favorecer la transición a una institucionalidad nueva en función de la definición general del status de la Isla. Alcalde no es muy entusiasta, pero su propuesta de municipalización del Hospital no aparece como viable.

Aníbal Vivaceta de la Fuente
SEREMI de Salud

Valparaíso, 30 de Abril de 2003

A este panorama desde las instituciones de salud y los actores institucionales continentales; hay que agregar la evidente tensión entre la municipalidad, la dirección del hospital y la dirección del SSVSA, muy clara y álgida durante el periodo en que estuve en SEREMI. Lo indica el Seremi con claridad también, incluso desliza la amenaza del alcalde respecto de tomar el poder y el control del hospital dejando de depender de las instituciones continentales.³⁵⁴

Como se puede observar en este documento, los problemas tienen que ver con la poca resolutivez clínica y con la existencia de aspiraciones locales desfasadas respecto del nivel de complejidad del hospital de entonces;³⁵⁵ con la falta absoluta de interlocución válida con el SSVSA y sus autoridades indolentes; con la poca coordinación de actores y la falta de sentido de conjunto de la problemática rapanui.

354 El Anexo 24 recoge una minuta sobre la situación de salud de la isla y la panorámica institucional y relacional con el continente que es muy clarificadora respecto del ambiente del momento. Aunque está escrita en otro contexto por otra funcionaria de salud, la antropóloga Margarita Sáez, refiere aspectos relevantes y coincidentes con este documento que grafican la situación de esos años.

355 Se demanda presencia de un neurocirujano permanente por ejemplo; evidenciando total desconocimiento respecto de cómo se gestiona y diligencia el recurso humano en salud pública altamente especializado con criterios de país entero (epidemiológicos y cantidad de población) y que en Chile es sensible al mercado profesional médico en extremo liberal.

Asimismo, el documento da cuenta de que son las emergencias o potenciales emergencias –como un segundo brote de dengue- las que debieran activar una red *ad hoc* interinstitucional que involucrase al ministerio central y regional y lo local; que visibiliza sobre la marcha la poca capacidad de coordinación existente en la práctica y la situación de abandono político del continente sobre la isla en el campo sanitario (ver Anexos 16 y 24).

Siguiendo con la etapa bisagra hacia el escenario que nos plantea el último momento de la medicalización, se articula una lógica de preparación social y sectorial para la recepción de un cambio importante. Nuevos compromisos políticos, nuevos actores sectoriales, nuevas disposiciones. La institucionalidad lo entiende así, la comunidad lo huele así.

En mayo del año 2006, la presidenta concertacionista³⁵⁶ Michelle Bachelet visitó la isla para entregar los restos simbólicos del rey Riro Kainga,³⁵⁷ un acto reparatorio sin precedentes por parte del Estado chileno. La presidenta se comprometió a avanzar en una nueva fórmula política administrativa para hacer de la Isla -y del archipiélago de Juan Fernández- “territorios especiales” en virtud de la distancia y el aislamiento geográficos.³⁵⁸ Es en ese contexto, donde la presidenta promete el inicio de un proceso para construir “un nuevo hospital para Rapa Nui”.³⁵⁹

356 Concertacionista: perteneciente a la coalición de gobierno que post dictadura llegó al poder y en varios periodos administró -esta vez desde el centro izquierda político- el modelo neoliberal hoy en crisis en Chile. Bachelet tuvo dos gobiernos en este ciclo, siendo el primero donde le tocó hacer este ofrecimiento.

357 El Rey Riro Kainga fue asesinado en Chile en la década de 1890 al ir en visita para entrevistarse con el presidente de la República Federico Errázuriz para reclamar por la situación del pueblo rapanui en los primeros años de la colonización ovejera (ver Valentín Riroroko en Fajreldin, 2011a). Sus restos nunca fueron devueltos a Rapa Nui y se erigió en la primera mitad de los años 2000 una estatua en su recuerdo frente a la oficina de la Gobernación dando inicio además a actos conmemorativos anuales en su nombre.

358 Es interesante el hecho de que la justificación “políticamente correcta” para el Estatuto Especial fue el aislamiento geográfico, no es carácter de pueblo originario, ya que ello podría haber significado reclamaciones y un nuevo estándar de derechos para las otras etnias del país, situadas en el corazón del territorio económico continental.

359 <https://www.emol.com/noticias/nacional/2006/05/05/218223/bachelet-dispuso-medidas-especiales-para-isla-de-pascua.html>

El Hospital de Bachelet: procesos y aperturas

No puedo avanzar en describir y analizar este momento coyuntural sin volver a mirar los niveles global y nacional que modelan el momento país en que esto se inserta. Una vez recuperada la democracia el año 1990 Chile se hace receptor de los créditos internacionales del Banco Mundial (BM), Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y otro originario del gobierno alemán, para financiar infraestructura sanitaria. Después de la casi nula inversión en dictadura, los gobiernos de la concertación de centro izquierda se abocaron a instalar un ambicioso proyecto en este sentido en todo el país, a cargo por cierto del MINSAL y con el apoyo logístico de la red de Servicios de Salud. El proceso fue creciendo en los años siguientes y en el año 1997 se publicaron las primeras metodologías para estudios preinversionales en salud.³⁶⁰ El programa más intensivo en este tema fue el del primer gobierno de M. Bachelet (marzo de 2006 a marzo de 2010).

El Estatuto Especial Administrativo para Rapa Nui y Juan Fernández se aprueba el año 2007,³⁶¹ y se inicia un nuevo momento también para salud en la isla, activándose nuevos procesos. El SSMO asume la conducción de la isla ese año; quedando la vinculación con el SSVSA definitivamente atrás y es la Región Metropolitana –RM-³⁶² de Santiago quien queda a cargo. Si bien el HHR dependerá desde entonces del SSMO se sigue manteniendo la dependencia de los asuntos del ambiente de la Secretaría Regional Ministerial de la V Región (ver Mapa 12 y Gráfico 4 y 5) como ya se ha señalado.

El año 2010 fue creada a imagen y semejanza de sus pares continentales -y en el contexto de la generación de una cierta plataforma de recibimiento de lo que sería el nuevo hospital- la “Corporación de Desarrollo de Salud” (CODESA) o “Consejo

360 Hasta ese entonces no existían metodologías, ni indicadores para entender dónde y cómo invertir.

361 Como he referido anteriormente, este estatuto especial consiste en una ley que modifica la Constitución Política de la República (Ley 20.193, de 2007) para permitir que existan dos excepciones territoriales en la Nación: «“Ambos territorios insulares constituyen zonas visiblemente delimitadas, con un aislamiento geográfico difícil de superar, que trae efectos en las comunicaciones y en la asistencia para el desarrollo e integración. Ambos territorios insulares son centro de interés científico internacional por sus especiales cualidades arqueológicas en un caso, y botánicas y biológicas en el otro. Asimismo se debe considerar su ubicación estratégica en el Océano Pacífico. Tienen un potencial turístico único y diferenciador de sus pares de la Región y del resto del país. Aportan enormes extensiones a la Zona Económica Exclusiva de mar chileno. Ambas han sido objeto de declaraciones especiales de la UNESCO: Isla de Pascua declarada Patrimonio de la Humanidad y el Archipiélago Juan Fernández declarado Reserva Mundial de la Biosfera” (HDL 20.193)» (Vargas, 2018). La excepcionalidad ha seguido siendo discutida en el parlamento chileno y con los actores políticos rapanui, para poder avanzar hacia una autonomía mayor en términos políticos y administrativos. De todos modos esta aprobación del año 2007 constituye un puntapié inicial a varios de estos procesos; en particular para nuestro tema sanitario porque justifica algunas excepciones en el trato hacia la Isla por parte del estado.

https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/26022/1/Regimen_de_beneficios_territorios_especiales_VALPO.pdf

362 Recordemos que la RM es el centro del poder político en Chile, coincide con lo central de los ministerios y el palacio de gobierno; las decisiones se toman en la RM.

Consultivo de salud”, homóloga de otras instancias de este tipo que se articulaban en el país al alero de los documentos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL, para propiciar la participación ciudadana dentro de los centros de salud (MINSAL, 2009), entendida como un derecho en el marco de las medidas que la gran reforma sanitaria del 2005 tenía aun pendientes de desarrollar.³⁶³

La CODESA fue una instancia formalmente constituida por un grupo de personas e instituciones consuetudinarias o formales de la comunidad rapanui de diversa composición etarea, de género y familiar, interesadas en trabajar en conjunto con el HHR por los temas de salud de la isla. La Corporación logró vincular a un conjunto de nuevos dirigentes sociales –en su mayoría jóvenes- que intentaron articular lo meramente asistencial del HHR con varias de las problemáticas sociales locales a nivel general. Ello tiene que ver además con un estilo de liderazgo novedoso y que emergió con fuerza en esa época en la isla: líderes jóvenes, muchas mujeres, los temas que tratan se articulan todos entre si pues se posee una visión de la isla en su conjunto.³⁶⁴

A la par se va articulando un grupo de mujeres e inicialmente algunos hombres también, en torno del rescate de prácticas que consideran “ancestrales”; propiciando una agrupación que finalmente excluirá a las ancianas conocedoras de la folkmedicina y potenciará nuevos liderazgos y agentes médicas jóvenes, con quienes se conforma una mesa de trabajo llamada Mesa Pueblo que integraba también a CODESA.

Esta agrupación comienza a hablar con el hospital desde la perspectiva de la “participación social” y también a interlocutar con organizaciones indígenas mapuche urbanas que trabajaban, desde hacía tiempo, bajo el alero del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) en la jurisdicción del SSMO en el continente. La Mesa Pueblo es la base de lo que después se consolidará como el Programa *Papa Ra'au*, que

363 La quinta de las leyes de la reforma de salud del 2005 refería a derechos de las personas en salud. Sin embargo, fue la última que salió promulgada pues la discusión país sobre este derecho dificultó su avance. La Ley 20.584 se promulgó el año 2012 y redujo el derecho de las personas –no de los colectivos- en su “atención de salud”, sin respetar el sentido original de la discusión país sobre “el derecho a la salud”. Todo ello es coherente con la ausencia del reconocimiento constitucional de tal derecho en Chile. De la ley 20.584 se desprende el “artículo 7” respecto a la interculturalidad, que ya cité en el subcapítulo I.IV. Pese a esta tardanza y reducción de la importancia de la ley, varios documentos normativos y orientaciones técnicas surgieron entre tanto en el sector público y particularmente en salud, para poder canalizar las expectativas de participación ciudadana locales dentro de la administración pública y la atención sanitaria. En 2011 también se creó otra ley –la N° 20.500- para definir la forma en que la ciudadanía podía vincularse con la gestión pública en general.

364 Contrasta marcadamente con mi experiencia de campo entre los mapuche del continente, donde el liderazgo joven de quienes trabajan en salud consiste justamente en NO articular con otros temas: cada cual con “su campo”, lo que tiene que ver con la dependencia de las organizaciones sociales de los dineros públicos y con las dificultades políticas de reconocimiento e interlocución entre organismos públicos y mundo mapuche.

paulatinamente comenzará a funcionar vinculada al nuevo hospital pero que comenzó a articularse en este, el momento fundacional preparatorio del nuevo hospital.

La CODESA constituyó una instancia meramente consultiva del Hospital y sus acciones fueron clave para ir construyendo una nueva forma de relacionamiento con el dispositivo que se veía venir. Sus dirigentes recuerdan que la Corporación organizó una encuesta sobre la percepción comunitaria de los principales problemas de salud;

... y la comunidad dijo que el tema de salud más importante que existe en la isla es el tema de la salud mental. Y la enfermedad más importante que existía en la isla era que había problemas de alcoholismo y drogadicción. Y con esto, yo vi que los informes que entregaba el hospital no coincidían con la realidad. Y que yo presentía eso, porque en el fondo acá hay un problema, hay un choque cultural que viene de mucho tiempo. O sea, una fractura..., es parte del desarrollo. Pero hay una cosa mucho más de fondo que hay que abordar, que los ministerios no querían abordar, que no lo querían asumir, por miedo, por falta de plata, de inversión, no sé, por muchas cosas.³⁶⁵

Con esta información discordante,³⁶⁶ posteriormente organizaron una conferencia abierta donde llegaron cerca de 800 personas a conversar. El objetivo era sensibilizar a la comunidad y al hospital respecto de los hallazgos, en un intento por posicionar ciertos temas. Esta, que fue la primera consulta ciudadana en temas de salud entonces, se dió en este “momento bisagra” y de la mano de dirigentes no especializados aún en temas de salud, que observan su propia comunidad desde un paradigma muy crítico; donde se alude a la colonialidad de los procesos,

hay que provocar algo fuerte, por ejemplo encuentro que éste es un pueblo que está enfermo, pero también que reconoce cuáles son los problemas de salud más importantes y las enfermedades, creo que es un paso importante. Porque el que quiere salir del problema... un enfermo cuando no reconoce su enfermedad, nunca va a salir de eso. Pero ya es un primer paso, y el segundo paso: entrar ya a un trabajo de sanación. Y pa poder sanarse, uno tiene que reconocer lo que pasó y por qué lo hice. Porque pensando que nosotros veníamos de una sola familia. Somos todos de una sola familia. Venimos de 111 personas. La experiencia de todas las familias en la isla es una sola. Hemos vivido el aislamiento, hemos vivido el abuso, hemos vivido la intervención, la llegada del sistema, la educación. Todos hemos pasado por el mismo proceso.³⁶⁷

El diagnóstico de Edgard proponía articular una respuesta colaborativa desde la propia identidad; partiendo por reconocer las heridas... para luego establecer un modelo de salud situado, que le permitiera al hospital prometido por la Presidenta, satisfacer la necesidad de salud comunitarian así descrita,

365 Edgard Hereveri, presidente de CODESA el año 2010 y Presidente a la vez de la Cámara de Turismo rapanui. Entrevista 2017.

366 En efecto, una de las formas de crítica hacia el HHR pasa por denunciar la “discordancia” entre los instrumentos de medición formal de la realidad –estadísticas y programas hospitalarios- y cómo los experimenta la comunidad en sí misma.

367 Edgard Hereveri. Entrevista 2015.

visualizar y ver que aquí hay un trabajo desde el punto de vista psicosocial, que es súper potente, y que, por parte del Servicio, del Ministerio, no lo está abordando. Yo empecé a proponer al hospital que es necesario crear programas que ayuden a las familias, por ejemplo, traer más psicólogos, más psiquiatras, hacer seminarios, antropólogos, hacer encuentros colectivos de sanación, de reconocimiento. Hay que partir, para que este pueblo por lo menos se pueda mantener en el tiempo, hay que sanarse primero. Porque una persona que está enferma no puede mantener su vida, no puede mantener su cultura y no puede seguir con... creo que es una deuda, y un proceso que todos los pueblos originarios hemos pasado. Pero no esperemos que nos sanen. Tenemos que tomar la iniciativa nosotros como pueblo, y ahí decía yo, el trabajo lo deben hacer los mismos pueblos. Tienen que interconectarse los pueblos originarios, aunque seamos rapanui, aymaras, porque hemos vivido bajo un mismo trato de un Estado. Y esa experiencia tenemos que aprender cómo podemos mejorar la relación con ese Estado. Pero también cada pueblo tiene que fortalecer su relación con sus orígenes, porque eso te permite llegar a un lugar, es la fuerza de las bases la que te permite sustentar en el tiempo todo lo que tú puedes proponer a un Estado.³⁶⁸

La descripción de su propia sociedad y el lugar que el dirigente le asigna al rol de un hospital superaba las expectativas del propio sistema articulándose,

aquí hay mucho enfermo de presión alta, porque la gente come como animal. La carne... ¡pueden comer 20 personas un vacuno entero!. Comen mucha grasa. Fuman mucho. Toman mucho. Pero toman mucho porque hay un stress. Una enfermedad mental. Pero yo no entiendo. Yo y otra gente más que es una minoría hemos podido adaptarnos al sistema. Hemos evolucionado, hemos aprendido cómo subsistir y mantener en el sistema. Pero no todos tienen esa capacidad. El grueso de la población rapanui está enfermo. Por estos choques, por estas cosas que han sido impuestas, que es como... es desgarrador cuando a ti te sacan tu identidad... Hay mucha gente que no entiende, que dice: ¿pero ustedes se sienten chilenos? Oye, tú mismo lo estás diciendo, sentir, tiene que ver con los sentimientos, tiene que ver con tu cultura, con tu identidad. Que yo reconozco, políticamente somos parte del Estado de Chile, sí, pero tenemos una cultura que es propia. Hablamos nuestra lengua, comemos nuestra comida, tenemos nuestro espacio, que es completamente diferente, entonces ahí es un tema que es educación.³⁶⁹

En junio del 2010 CODESA organizó en efecto la *Primera Jornada de Reflexión de Salud Rapa Nui*³⁷⁰ a que alude Edgard Hereverí. El proceso de conversación significó un momento de catarsis donde por primera vez se efectuó una reflexión colectiva sobre conflictos y dolores, logrando comprender la problemática de salud con impactante madurez como pueblo, mucho más allá de la mera atención clínica.

En efecto, uno de los aspectos más relevantes de este documento de síntesis que muestro a continuación, es que verifica la existencia de un movimiento comunitario y ciudadano de preocupación por el bienestar, el que se entiende más allá de la lógica sectorial oficial de salud, como un producto de la coordinación necesaria de intereses y actores en el territorio.

Los principales puntos del informe se detallan a continuación (MacGinty, 2016)

368 Ibid.

369 Ibid.

370 El encuentro constó de 10 mesas de discusión, con lo cual se elaboró un documento de trabajo consistente en un diagnóstico de problemas y propuestas de solución por ejes temáticos.

Jornada de Salud: Mai te Rima, ki haka topa te tātou mana'u o te tāto'u ora¹

1. Problemas de Salud Identificados

Los problemas de Salud se fundarían en un problema sociocultural derivado muchas veces de patrones de comportamiento de origen familiar, propios del entorno. Se visualizan algunas situaciones de la vida cotidiana, como el resentimiento acumulado con la historia y el Estado Chileno, todo lo cual provoca la llamada "Enfermedad del Alma", que se contempla como la enfermedad del presente.

Se observa que los cambios que ha sufrido la familia rapanui en los últimos 50 años, hoy redundan en una falta de apoyo a padres y madres en la crianza de sus hijos/as, especialmente cuando éstos/as presentan dificultades. Los niños y niñas requieren de afecto, comprensión y respeto, lo cual también se relaciona con la necesidad de imponerles límites.

Se percibe un escaso apoyo a los diversos grupos sociales, lo que es más notorio con los adultos mayores, los niños y los jóvenes. La ausencia de redes que permitan reforzar el apoyo a estos grupos se hace patente en la no existencia de espacios destinados para jóvenes y en el progresivo abandono de los adultos mayores.

Los principales problemas de salud identificados, que derivarían de estas situaciones son:

El Abuso Físico, Psíquico y Sexual (violación de derechos a menores y mujeres).

La Depresión, que encapsula a las personas y baja sus defensas inmunológicas, lo que lleva a la pérdida del control y la autoestima, llegando incluso al suicidio.

Las Adicciones, principalmente de Alcohol y Drogas: el porcentaje de consumo en Rapa Nui es Alto, tanto en jóvenes como adultos. Los Accidentes de Tránsito son la primera causa de muerte en la isla, lo cual muchas veces se relaciona al consumo excesivo de alcohol y la poca prudencia.

Enfermedades físicas, de las cuales se destacan aquellas relacionadas con malos hábitos alimenticios. La introducción de nuevos alimentos a la vida cotidiana, ha conllevado un desorden del patrón alimenticio tradicional, y un consecuente desequilibrio en la dieta. Esto ha provocado la alta incidencia actual de problemas como la Obesidad, la Diabetes y la hipertensión, entre otras.

Finalmente, se hace hincapié en la falta de pertinencia cultural que caracteriza el sistema médico occidental, y que por tanto analiza a la población local con un "ojo foráneo" que no siempre es capaz de detectar eficazmente las necesidades de sus pacientes. Por lo que sería necesario contar con un sistema de salud intercultural más comprensivo de las particularidades locales, y la adecuación de los instrumentos de diagnóstico, especialmente en lo que se refiere al área de la psicología.

¹ La traducción del sentido del hermoso nombre de la convocatoria tiene que ver con "dame tu mano, juntos nos ayudaremos para renacer" (o para vivir bien).

II. Propuestas

Salud Mental:

Fomentar el trabajo integral con la familia, sobre todo con las de aquellos niños y niñas vulnerables. Asimismo, apuntar como eje central la crianza de los hijos, porque a través de ellos es posible cambiar los malos hábitos ya heredados.

Crear grupos de apoyo para víctimas, maltratados y victimarios que sean eficientes y oportunos, y que estén integrados por profesionales rapanui, representantes del hospital, juzgado, Carabineros y PDI, entre otros.

Crear un Centro de Rehabilitación y/o tratamiento, que apunte a la atención familiar, con apoyo de un equipo profesional, interdisciplinario e intercultural. Activar, difundir y ampliar el Programa Prevenir en Familia, con pertinencia local.

Hacer un llamado a las instituciones o redes sociales involucradas, a velar por la confidencialidad de las víctimas, y a generar instancias de sanción social para los/as victimarios/as, siempre respetando la dignidad humana ante cualquier situación.

Integrar a la evaluación y al diagnóstico de enfermedades mentales en la isla, la realidad local.

Implementar y desarrollar nuevos programas que incorporen a la comunidad, especialmente a los jóvenes; y crear medios de apoyo que refuercen aquellas iniciativas ya existentes (ya sean deportivas, sociales, culturales, etc.).

Fomentar el desarrollo de actividades que tienen pertinencia con nuestra cultura y espacios de sana recreación (surf, canotaje, buceo, pesca, caminatas, etc.), y estimular la realización de más actividades al aire libre, en forma cotidiana (bicicleta, fútbol, skate, patinaje, etc.).

Dentro de la temática de Salud Mental, se trataron algunos problemas más específicos, tales como:

Déficit Atencional:

Se propone adecuar los instrumentos de diagnóstico del déficit atencional a la realidad local, y apoyar el desarrollo local de profesionales en esta línea.

Crear un Centro multidisciplinario, de atención para niños y niñas capaces de diagnosticar y tratar el D.A de manera eficaz, e integrar a padres y docentes en la búsqueda de soluciones y en el seguimiento de los casos. Se busca así evitar el estigma, tanto en el hogar como en la escuela.

Difundir la información de este problema al interior de los Centros de Padres y Apoderados existentes en cada colegio.

Considerar nuevas estrategias de enseñanza más acorde a las características de los niños/as y a la realidad de la isla, evitando así diagnósticos 'culturalmente prejuiciados' de déficit atencional.

Alcoholismo y Drogadicción:

Se propone reforzar la comunicación al interior de la familia, como medida preventiva.

Crear redes comunitarias que trabajen directamente con la familia, para capacitar y enseñar sobre temas de prevención. Se sugiere realizar visitas familiares y propiciar conversaciones con padres y madres en la búsqueda de posibles soluciones, contando con el apoyo y la orientación de profesionales (como agente externo a la familia).

Crear centros de rehabilitación

Crear, en el seno del hospital, un grupo de personas o monitores que hayan superado su alcoholismo y que realicen charlas en colegios, grupos juveniles, etc.

Convocar a todas las instituciones, organizaciones y/o empresas particulares para sensibilizar sobre el tema a la comunidad.

Regularizar el horario de venta de alcohol y horario de discotecas. También las patentes municipales

Crear un fono ayuda para otorgar orientación a personas que padezcan de esta adicción, así como a aquellos que se vean afectados por la adicción de personas cercanas.

Accidentes de Tránsito

Se propone estimular a la comunidad a dar consejos de prevención de accidentes en su entorno inmediato (utilización del casco, cinturón de seguridad, entre otros)

Sancionar con trabajo público (limpiezas costeras, barrer la calle, etc.) a personas que causen estos accidentes, propiciando así una "sanción social" de actitudes imprudentes.

Sin perjuicio de lo anterior, se propone enfatizar más en la educación más que en la sanción.

Establecer una "pista de motocross" o similar, en un espacio especialmente habilitado para dicho efecto, en el intento de evitar actitudes imprudentes en las calles.

Obesidad - Diabetes - Alimentación

La consideración de la Familia como eje central para cualquier campaña de educación, prevención, etc.

Se propone sensibilizar y promover en la comunidad la alimentación saludable, y el cuidado de uno mismo; convocando a los padres para que estimulen en sus hijos la conducción de una vida sana.

Promover la actividad física, generando campañas que apunten a estimular tanto a jóvenes como a niños/as, adultos, y adultos mayores.

Propiciar la existencia de un nutricionista en la isla para educar al pueblo a través de distintos medios (Ej.: hospital, colegio y medios de comunicación) respecto de cómo llevar una alimentación equilibrada.

Priorizar la prevención de malos hábitos alimenticios en niños y niñas.

Enfermedades Del Adulto Mayor

Se propone estimular un mayor apoyo y compañía a los adultos mayores de la comunidad.

Crear una "casa hogar" con atención integral para adultos mayores (salud, recreación, alimentación, actividad física, etc.).

Solicitar la existencia de un geriatra en el hospital capaz de entregar atención especializada permanente a la población mayor; o bien, gestionar –para el próximo operativo médico que visite la isla– la inclusión de un profesional del área de la geriatría para atención especializada a adultos mayores, y que ello se replique durante el año, idealmente tres veces en el mismo.

Enfermedades Dermatológicas

Se propone solicitar la existencia de especialistas en el área del cuidado de la piel y de las enfermedades asociadas a ésta, o bien, generar la visita de especialistas a la provincia para que atiendan los casos más graves.

Generar campañas de difusión respecto a los cuidados de la piel en el territorio, tales como el uso de un buen factor protector ante los rayos ultravioleta. Educación y difusión ante la comunidad local y turística de los daños que la exposición prolongada al sol.

Salud Dental

Se comenta la necesidad de que haya odontólogos capacitados y especialistas en ortodoncia para la comunidad, de modo permanente.

Enfermedades de Transmisión Sexual y Abuso

Se propone dar educación sexual a niños y niñas desde pequeños, y para ello, comenzar por educar a profesores y a padres para que interioricen estos temas y los conversen en la familia. La mejor forma de prevenir ETS es sensibilizando a los padres ante la necesidad de orientar a sus propios hijos e hijas en éste ámbito.

Aprovechar los recursos de PDI, que puede educar a padres con su programa de prevención de delitos sexuales.

Capacitar al personal del hospital en el buen trato de pacientes que han sufrido algún abuso o violación.

Educación Comunitaria en Salud

Se propone educar a la población a través de escuelas y medios de comunicación (televisión, radio), con programas enfocados a generar conciencia sobre los daños que producen las adicciones.

Crear campañas de vida sana, que estimulen la conciencia y la responsabilidad individual y familiar, así como campañas de prevención de enfermedades crónicas (como aquellas vinculadas con tabaquismo, drogadicción y alcoholismo) aprovechando los recursos audiovisuales y gráficos de la isla, los cuales deben ser difundidos en lengua rapanui y español. Se sugiere la participación en estas campañas de jóvenes deportistas que no tengan adicciones, para que sean un ejemplo a seguir.

Asimismo, incentivar la capacitación de la comunidad educativa (docentes en especial) y de los servicios públicos en torno a materias de salud preventiva, y generar acuerdos que permitan potenciar la actividad física y una forma de vida saludable (Ej. certificaciones a nivel institucional, a

colegios y jardines infantiles, etc.). Se considera que este trabajo debe articular redes institucionales para la generación de contenidos y su difusión, con el aporte de psiquiatras y psicólogos. A modo de ejemplo, se consideran campañas educativas sobre los riesgos de la automedicación o un 'Programa de Higiene' enfocado a diferentes segmentos sociales (instituciones, hoteles y restaurantes, familias, etc.).

Regulación y Ley

En el ámbito de la regulación y el cumplimiento de leyes, se demanda mayor efectividad en el quehacer de los entes reguladores, de modo de ejercer un mejor control de situaciones de riesgo. Así, conducir en estado de ebriedad, o siendo menor de edad, deben ser actitudes sancionadas por la ley.

Se recalca la necesidad urgente de revisar la Ley Pascua (N° 16.441) en su respecto a las condenas de ciertos delitos tales como Violencia Intrafamiliar (VIF), delitos sexuales y otros. Se sugiere la denuncia pública de violadores o pedófilos, con el objetivo de ejercer sobre éstos una sanción social. Asimismo, se enfatiza en la importancia de que las denuncias por delitos sexuales, VIF, y otras formas de abuso, sean anónimas para evitar represalias personales. (NOTA sobre la actualidad en plena pandemia)

Luego, en el tema jurídico, se comenta que los tribunales exigen muchos peritajes a los profesionales con que cuentan, dejando poco tiempo para realizar atención necesaria a problemáticas sociales y comunitarias que deben ser consideradas.

Fortalecimiento Medicina Tradicional

Darles espacio a las prácticas médicas locales para el mantenimiento de las mismas, en cuanto parte importante de la cultura rapanui, y es además una manera de difundir herramientas de auto-cuidado accesibles a la comunidad. En este sentido, se recomienda dar una mayor difusión de ciertas prácticas médicas (en particular aquellas preventivas) ya sea a través de folletos o libros, o bien por los medios de comunicación locales.

Asignar recursos económicos para sustentar el trabajo de los *taotes* rapanui que trabajan en el ámbito de la medicina tradicional, en cuanto son ellos (y ellas) quienes han heredado los conocimientos en salud.

Se propone la realización de pasantías de estudio en otras islas de la polinesia, destinadas a personas de la etnia con amplio interés en la medicina natural. Finalmente, se recomienda abrir espacio para nuevas alternativas médicas, ya sea en el ámbito espiritual, natural, o científico.

Creación De Una Nueva Institucionalidad

En este ámbito, se propone la creación de una Instancia de Acogida, coordinada por CODESA, de modo que pueda atender a personas que necesiten ayuda, y luego derivarlos a la instancia adecuada, considerando opciones tales como grupos de autoayuda, comunidades terapéuticas o un equipo multidisciplinario capaz de elaborar un diagnóstico certero.

Observamos que las expectativas de la población estaban claramente orientadas a vincular un conjunto de temas sociales con el ámbito sanitario, a la par de dotar a las instituciones en general de herramientas para trabajar con estos temas.

Se observa que el HHR era en este esquema de expectativas, sólo un actor más. Las expectativas señaladas en el documento reflejaban además un reconocimiento comunitario del rol institucional de cada sector; el rol de las instituciones estaba ya aceptado por la comunidad y sólo se pedía mayor eficiencia, coordinación y tener la comunidad más injerencia en sus propios asuntos. La crítica lapidaria de las décadas anteriores a las instituciones chilenas parecía entonces estar siendo transformada en otra cosa. En palabras de Anette Rapu, dirigente también en esos años presente en la CODESA, la actitud “eficiente” de los rapanui respecto del Estado pasaba por aprovechar sus recursos en pro del beneficio local teniendo como modelo – discursivamente- otro horizonte cultural incluso que el del mismo Estado,

¿Cómo podemos nosotros alcanzar los recursos, que estos recursos te permitan organizar estos grupos en la Isla, y hacer las conexiones hacia la Polinesia?. Las islas más *power*, cuáles son las islas más *power*..., las islas que estaban bajo la dominación inglesa, bajo los americanos, bajo los franceses. Ellos han tenido una revolución, ellos evolucionaron también. Y hoy, con dineros que vienen de esos distintos estados, están invirtiendo primeramente para ellos en recuperación de su identidad, recuperación de su lengua, recuperación de todas sus cosas. Acá ni siquiera hay que recuperar porque tenemos cultura viva, hay que reactivar estas cosas que están durmiendo.³⁷¹

Por otra parte, llama la atención en estas expectativas anunciadas en el documento, el lenguaje y los conceptos marcadamente ligados a la cultura sanitaria del “autocuidado” y la “promoción de la salud” en su versión más crítica; asociando los problemas individuales –a nivel de conductas “no saludables”- con problemáticas sociales e incluso políticas. Este documento grafica claramente que esta nueva etapa que describimos es una donde la agencia rapanui toma otro rumbo. Este primer gran ejercicio de debate comunitario permitió entrever la inclusión en el lenguaje local de nociones biomédicas ya instaladas, en un fenómeno que el sistema sanitario no parecía estar habilitado para validar del todo pues podríamos pensar, como Castañeda (2012) que era “étnicamente incorrecto”; en el esquema de relacionamiento con una otredad muchas veces estereotipada que siguen manejando las instituciones sanitarias chilenas.³⁷² El esquema – casi paradigma- hospitalcéntrico se sentía desconcertado de la independencia de estos

371 Anette Rapu, dirigente social y educadora rapanui. Entrevista 2015.

372 En efecto el consejo era sólo consultivo y no resolutivo, razón por la cual su sustentabilidad en el tiempo no fue posible.

mecanismos comunitarios, de la transversalidad que proponían, y de la perspectiva del “bienestar” que evidenciaba el discurso colectivo y dirigencial.³⁷³

Analizaré sin embargo estos elementos y otros más en función del proceso en torno del “nuevo Hospital Hanga Roa”.

El hospital de Bachelet: el nuevo dispositivo se hace carne

El diseño del nuevo hospital no quedaría esta vez al arbitrio de nadie, sino que fue el resultado de un compromiso y proceso participativo a nivel político directamente avalado por la Presidenta de la República y su Ministerio de Salud quien asumió técnicamente el desafío mediante una serie de etapas propias del desarrollo de proyectos hospitalarios de la última generación de la administración sanitaria chilena, con sus diferentes mecanismos y organismos internos de diseño de infraestructura hospitalaria. Hubo un estudio preinversional que contemplaba un programa médico arquitectónico diseñado conforme a un modelo de gestión específico, adscrito a un modelo de atención particular y un diseño de arquitectura coherente con ingenierías de especialidad.³⁷⁴

Sin embargo, si el Ministerio desarrolló, en gran medida este esfuerzo desde su división dedicada a la infraestructura hospitalaria, otras unidades como el Programa de Salud y Pueblos Indígenas no tuvieron un rol tan relevante por no estar aún articuladas en torno de Rapa Nui de manera sólida.³⁷⁵ Marisol Ruiz -antropóloga trabajando entonces en el Depto. de Hospitales, DIGERA, MINSAL- viajó a la isla en abril de 2007 con una de las funcionarias del programa de Pueblos Originarios del mismo MINSAL y no logró tener una visión clara respecto de los planteamientos de la llamada Mesa Pueblo con quienes se reunieron en el HHR; ya que las prácticas a que aludían parecían más bien de interés personal y no “representativas” de una medicina propia, de modo que ese componente no pudo ser bien resuelto a satisfacción de la comisión ministerial.³⁷⁶ La

373 Las nociones de “bienestar” que organismos internacionales habían situado desde la segunda mitad del siglo XX, también presentes ya en el horizonte de las dirigencias y agentes médicos indígenas por el mundo (Comelles y DiGiacomo, 2018).

374 Diagnóstico de infraestructura (terreno, equipamiento, edificio) a cargo de División de Inversiones; Diagnóstico de cartera de servicios (epidemiología, análisis poblacional, cartera de prestaciones en oferta y proyectada, análisis de red asistencial) a cargo de Dirección Gestión de la Red Asistencial (DIGERA); Diagnóstico de sustentabilidad económica a cargo de Finanzas; Diagnóstico de Recursos Humanos a cargo de División de Recursos Humanos. Fue la DIGERA quien definió en ese diagnóstico si el hospital en términos técnicos tenía o no carácter de intercultural (Información personal de Rolando Quinlan, MINSAL, 2008).

375 Por no ser interlocutores directos aún, algunos elementos del diseño quedaron al arbitrio de los técnicos del MINSAL y otros fueron cambiando en el camino de la implementación del hospital, como veremos con más detalle en el subcapítulo dedicado a la folkmedicina.

376 Esta reunión sólo arrojó un documento de parte de uno de los miembros de la Mesa, quien envió después al MINSAL información sobre la experiencia de la muerte en la comunidad; lo cual pudo ser

nominación legítima no había generado un producto transable en las lógicas institucionales que el continente exigía –o esperaba más bien- para interlocutar “válidamente” y productivamente en esta coyuntura.

En tanto, al SSMO, recién asumiendo su jurisdicción con la isla, le correspondió un rol más bien en la segunda etapa del diseño hospitalario.^{377 378}

Pero la interlocución no fue sólo técnica, sino también política desde un inicio y eso lo hace particularmente relevante. Por los azares de la historia, la profesional a cargo desde MINSAL de coordinar el largo proceso de este cambio de gestión y de atención fue la médica de familia Francisca Toro –descendiente de Policarpo Toro, el marino que integró mediante Acuerdo de Voluntades el territorio rapanui a Chile en 1888-, que entonces trabajaba desde dos frentes fundamentales para tal implementación: la División de Atención Primaria (DIVAP) y la División de Presupuesto e Inversiones. El hospital fue considerado por MINSAL como prioritario –“fuerza de tarea” en el lenguaje técnico político-, con plazos definidos por la presidencia, lo que requirió de construir equipos y gestionar acciones para un diseño paralelo en los distintos ámbitos necesarios de cubrir. Según me indicó la Dra. Toro,

los estudios de inversión se desarrollan en Chile en los Servicios de Salud. Nosotros como Ministerio somos certificadores de esos desarrollos. Pero el año pasado la Presidenta con su Ministra de Salud tomaron la decisión de que en el caso de Hanga Roa, por ser un hospital emblemático y de acceso muy especial y en trámite el estatuto de autonomía, se tomó la decisión de que lo desarrolle directamente el Ministerio.³⁷⁹

La promesa presidencial de Bachelet fue ejecutada de manera expedita y el equipo técnico y político se adecuaron al desafío; integrando a muchos actores tanto centrales como locales en la toma de decisiones y en los avances.

Las negociaciones políticas estuvieron a cargo nada menos que de la entonces Ministra de Salud, Dra. Soledad Barría; quien en un viaje especial logró sentarse a

incluido en la propuesta arquitectónica y de gestión; indica Marisol Ruiz. Ningún otro miembro de la Mesa quiso seguir trabajando con estas interlocutoras del Programa de Pueblos Originarios del MINSAL ya que no contaban con un cuerpo claro de prácticas médicas “propias” que ofrecer –y por tanto pedir en términos de recintos o especificaciones de otros tipo. No fue desde esa orilla que se construyeron los conceptos arquitectónicos y de modelo interculturales presentes, como ya veremos.

377 Sin embargo el SSMO entusiasmado por su nuevo rol respecto de la isla de todos modos participó como una voz en las definiciones que MINSAL se encontraba haciendo desde lo técnico respecto de modelo de atención y gestión. Incluso su director, el Dr. Olguín, pidió al conocido Dr. Carlos de la Barrera en su calidad de conocedor profundo de la isla y de su hospital –y a pesar de que no estaba en ese momento residiendo en la isla- ayuda para consolidar algunas ideas interesantes en lo referente al modelo de atención. (Información personal de Carlos de la Barrera, 2021)

378 Recibir los anteproyectos elaborados en MINSAL, mandar su desarrollo de detalles a una empresa licitante e implementar la gestión de la edificación final, la logística y la instalación del hospital nuevo (información personal de Rolando Quinlan, 2021).

379 Entrevista a Dra. Francisca Toro, Ministerio de Salud, 2007.

conversar sobre el hospital con las autoridades rapanui: la Gobernadora Carolina Hotus y el mismísimo alcalde Petero Edmunds Paoa; devenido en una voz autorizada (un gesto político sin precedente).

El siguiente documento es el Acta que emergió de la reunión y que lleva el nombre de “Compromisos comunitarios” y que fue firmado al finalizar un Seminario con carácter de asamblea en que participó la misma Presidenta Bachelet que, al volver de una visita oficial a Nueva Zelanda hizo escala técnica en la isla.³⁸⁰

380 Bachelet fue acompañada en varias ocasiones a sus giras por el Pacífico por una delegación de artistas rapanui, quienes en el año 2007 dieron la imagen país vinculando al estado con esta isla (ver Anexo 6)

COMPROMISO COMUNITARIO

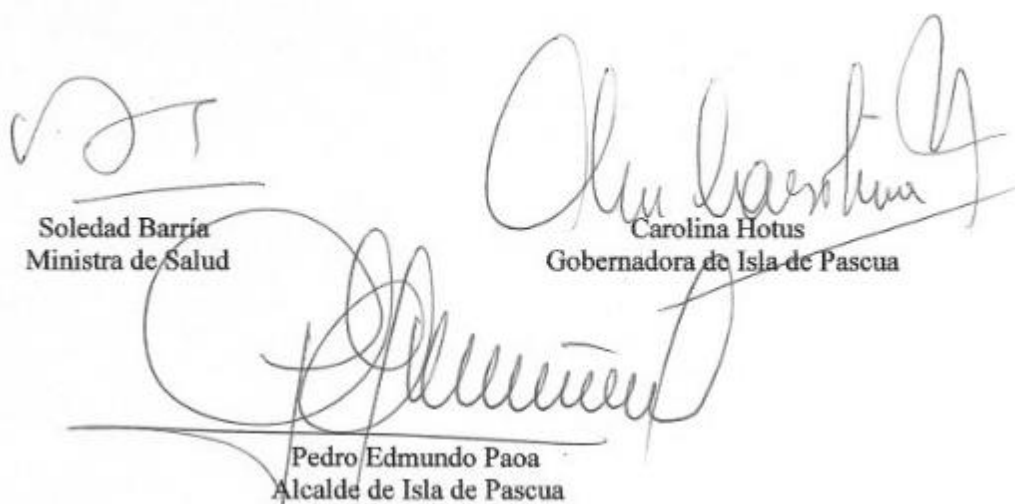
SEMINARIO "LA SALUD QUE QUEREMOS"

Frente a la construcción del nuevo hospital para la Isla de Pascua, y luego de la realización de estudios, levantamientos y aportes de la comunidad, entendemos que hoy iniciamos un proceso de implementación de un nuevo modelo de gestión y atención en salud.

En este proceso, que se verá coronado con nuestro nuevo hospital, nos comprometemos con las siguientes iniciativas, que por su urgente necesidad se implementarán a más tardar el mes de marzo del año 2007:

1. Respecto a las derivaciones médicas al continente:
 - a) Contar con centro de referencia metropolitano para los habitantes de Rapa Nui.
 - b) Contar con una casa de acogida para la población de la isla en la región metropolitana con la presencia de facilitadores interculturales.
2. Respecto a la atención de especialistas, contar con asistencia periódica de especialistas a la isla según las necesidades detectadas.
3. Respecto a las comunicaciones, contar con mejor conectividad con centros asistenciales del continente para aumentar la capacidad diagnóstica y resolutive.
4. Respecto a los serios problemas de salud mental detectados en la isla, hacer un diagnóstico sobre el estado de salud mental para todos los menores de 21 años residentes en la isla.
5. Respecto al recurso humano en salud, hacer un estudio sobre su actual situación en términos de carga de trabajo y políticas de compensaciones.

6. Revisar mecanismos de financiamiento diferenciados, asociados a las prestaciones que se realizan en la isla para dar cuenta de los verdaderos aranceles asociados a ellas.
7. Coordinar estas iniciativas desde el nivel central para asegurar su mejor implementación.
8. Respecto del proyecto de construcción del nuevo Hospital Hanga Roa, Isla de Pascua, se comprometen a aunar esfuerzos para que en el 1° semestre de 2007 se concluyan los estudios técnicos necesarios para la ejecución de las obras civiles, cuyo inicio debería materializarse durante el 2° semestre del mismo año.



Soledad Barria
Ministra de Salud

Carolina Hotus
Gobernadora de Isla de Pascua

Pedro Edmundo Paoa
Alcalde de Isla de Pascua

Documento Compromisos Comunitarios, 21 de noviembre de 2006; el documento constituye un acuerdo entre autoridades de gobierno nacional y autoridades locales del más alto nivel. El inicio del proceso de diseño de un nuevo recinto es acompañado por una serie de acciones que se orientan a un cambio radical en el modelo de atención y de gestión de la salud en la isla. Fuente: archivo personal de Rolando Quinlan, 2021.

Y es que, en efecto, la Dra. Toro gestionó durante todo el tiempo que estuvo a cargo del tema, una serie de eventos participativos con la comunidad -varias etapas de propuestas y contrapropuestas- donde además de las autoridades de salud locales –trabajadores y directivos del HHR- fueron convocados los líderes de otras instituciones –como el Consejo de Ancianos, CODEIPA, la Mesa Pueblo, la escuela, entre varios otros- y las mencionadas instancias formales como Gobernación y Municipalidad donde se

discutieron recintos y necesidades.³⁸¹ En las reuniones intersectoriales se trabajó comunitariamente el modelo de atención e incluso la dependencia del nuevo Hospital donde cada parte dio sus respectivos argumentos. Se explicó asimismo la relación entre tecnología instalada y recursos humanos especializados para operarlos, así como otros temás técnicos que sólo la interlocución de esos actores podía situar lógicamente sobre la mesa para posicionar con sentido de realidad.

Desde la memoria de la Isla, circulan aún diversas versiones sobre cómo se gestó el nuevo hospital y estos procesos. En todas se reconoce la presencia de Bachelet en el momento fundacional de la idea pero se estima que el hospital fue un producto de la propia agencia de los rapanui y varios actores se adjudican haber estado participando de la idea. Este aspecto es muy relevante para este análisis, ya que refleja una actitud colectiva y un deseo de apropiación notable de la institución nueva.

La misma dirigencia de CODESA reclama su lugar en este proceso histórico; habiendo definido algunos elementos;

logramos cosas sí, posicionar por ejemplo al grupo que practica la medicina, que está dentro del hospital, nosotros luchamos para que les dieran los box para que ellos pudieran atender y que el SOME³⁸² reconociera las fichas de los pacientes, eso se logró. La señalética dentro del hospital, cuando estaban las propuestas para hacer el hospital nuevo, se logró también que fuera todo también en rapanui, eso lo hicimos nosotros. Y después cuando... en el diseño del hospital logramos por ejemplo tener un espacio, una sala para partos con sistemas tradicionales. Se lograron cosas, pero no nos quedamos solamente con eso, porque también hay problemas de salud y graves dentro del hospital, y de inversión, porque el Estado hizo prácticamente para nosotros un tremendo hospital, qué bueno que se vaya mejorando la infraestructura, pero tiene que ir en relación también a los profesionales que hay.³⁸³

Y las conversaciones entre Ministerio y comunidad, incluida autoridades, no estuvieron exentas de dificultades justamente porque la expectativa comunitaria suele estar siempre muy vinculada a la noción de “complejidad” entendida no desde una perspectiva técnica sino popular, donde “baja complejidad” parece entenderse como “poca importancia”.

Desde la perspectiva del Dr. de la Barrera –quién sumó a su asesoría hacia el director del SSMO la asesoría a las autoridades tradicionales y formales de la isla en torno al modelo de atención requerido- se inspiró en una visión desde un modelo exclusivo para el caso rapanui, en que la lógica debía estar puesta en una fuerte promoción de salud y

381 Además de seminarios abiertos a la comunidad a los que asistieron múltiples actores esgrimiendo o no la representación de colectivo, se desarrollaron grupos focales con Consejo de Ancianos, con sector de educación, con Mesa Pueblo, con CODEIPA. Se hicieron entrevistas en profundidad a personas concretas que la misma comunidad indicó. Los avances eran reportados directamente a la oficina de la Presidencia en Santiago. Todo el proceso estuvo interlocutado por un comité de salud instalado en la isla compuesto por las instituciones políticas isleñas y la gente de salud además de la Mesa Pueblo y CODESA (Francisca Toro, 2007).

382 SOME: Servicio de Orientación Medico Estadístico, encargado de fichas clínicas y otros procesos registrales dentro del hospital. La nota es mía.

383 Edgard Hereveri, dirigente social CODESA, entrevista 2015.

prevención colectiva, interinstitucional;³⁸⁴ versus la tendencia del sector e incluso la demanda o presión comunitarias y de autoridades locales en torno del aumento de la complejidad del hospital, dentro de la lógica hospitalcéntrica ya tan reconocible.

Al Ministerio de Salud le compitió en el diseño del edificio un rol de actor principal. Para la infraestructura física, el arquitecto Rolando Quinlan, del Depto. de Arquitectura de la División de Inversiones del MINSAL viajó a Rapa Nui en enero de 2007, meses después de la propuesta de construir un hospital y semanas después de firmado el Compromiso, a fin de reunir materiales conceptuales con los cuales generar una idea de edificio pertinente al entorno y la cultura. Asesorado por algunas personas rapanui conocedoras de estos aspectos³⁸⁵ e inspirado en la lectura de los materiales antropológicos que yo había producido sobre folkmedicina y salud en Rapa Nui –y que bajó desde internet-, el diseño arquitectónico del anteproyecto hecho en MINSAL resultó así.³⁸⁶

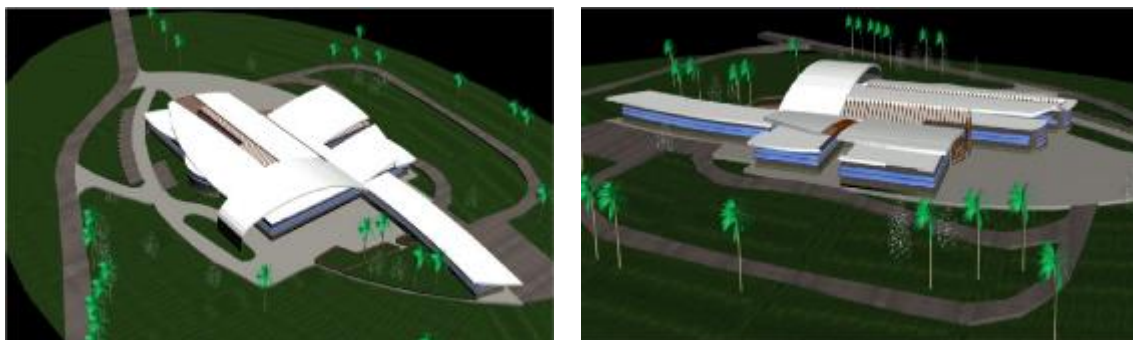


Imagen 9. Maquetas originales (MINSAL) año 2007; el proyecto finalmente desarrollado tuvo un cambio en la techumbre, pero en términos generales se mantiene el diseño propuesto. Fuente: Archivo de Rolando Quinlan, 2008.

Este diseño, «trató de rescatar lo que me pareció el elemento más distintivo u originario de la arquitectura rapanui que es construir el habitar en el deslinde entre lo abierto –la extensión- y lo cerrado –el interior- que es la orilla; y en la arquitectura tradicional en la

384 Carlos de la Barrera, entrevista 2017.

385 Se destaca Pau Hito, del clan Hito Rangí y la directora de Obras de la Municipalidad Luz Sazo Paoa.

386 El edificio como tal se convirtió con el tiempo en un símbolo de la “arquitectura rapanui” y ha sido mostrado en varios congresos de arquitectura hospitalaria en Chile y Argentina; elogiado y hasta premiado por su originalidad y belleza en varios espacios continentales. El hospital una vez inaugurado varios años después pasará además a formar parte de un circuito nuevo de etnoturismo, donde se exhibe como una muestra de arquitectura propia...

isla está representado por el *taupea*³⁸⁷. La vocación arquitectónica de Rapa Nui es la orilla».³⁸⁸ La fuente de inspiración estuvo entre otros elementos en estas observaciones;

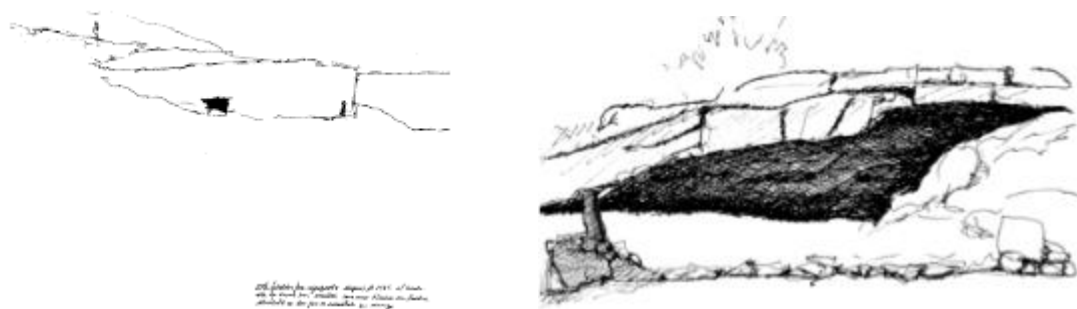


Imagen 10. Croquis muestran la abertura de una cueva y puerta de entrada a las casas del complejo arqueológico de Orongo; donde se observa la sombra –el límite con la luz- y la extensión que la precede. Fuente: archivo de Rolando Quinlan, 2008.

Asimismo, se comenzó inmediatamente a trabajar en el diseño teórico de recintos y especialidades, que se puede observar en versión borrador en Anexo 18 y que también se sometió a discusión comunitaria.

A juicio de quien escribe, ambas propuestas –del modelo de atención de De la Barrera y del modelo arquitectónico del MINSAL con apoyos locales- poseían una coherencia interna inicialmente.

Sin embargo, el proceso de transformación de estas ideas e inspiraciones originales a un programa de diseño formal ministerial, derivó en varios otros aspectos que no pudieron ser aplicados, o elementos que terminarían en algo diferente de tales ideas como se comentará más adelante para el caso puntual de la salud intercultural.

La expectativa comunitaria del modelo de gestión se puede resumir en las palabras del dirigente Hereveri;

... ¡no me haga un elefante blanco!, donde este hospital sigue siendo un hospital de baja complejidad para atención primaria. Y resulta que el desarrollo de la isla... ha aumentado la población, ha llegado más gente del conti³⁸⁹... hay mucha más demanda, la gente ha cambiado su hábito de vida, están consumiendo más comida con químicos, se han perdido muchas tradiciones,

387 El *taupea* es un espacio existente principalmente en las casas del pueblo, que corresponde a una terraza abierta que mira hacia el exterior de la casa. Es notoria la diferencia de luz que existe entre este afuera y el interior del hogar, habitualmente muy oscuro (Quinlan, 2017). Este rasgo de oscuridad interior puede remontarse al tiempo antiguo de la cultura, cuando los lugares de habitación eran las casa bote (*hare paenga*), o las representadas en las llamadas Casas de Orongo; o las que los rapanui utilizaron como habitación en las muchas cuevas naturales dispersas en el territorio. La nota es mía.

388 Entevista con Rolando Quinlan, Ministerio de Salud, 2008.

389 El “conti” es la forma coloquial rapanui de aludir al continente; por extensión a Chile. La nota es mía.

hay más cáncer. Necesariamente el hospital tienen que cambiar la clasificación. Yo le mandé una carta a la directora del Servicio de Salud... me tramitó pero un mundo, me manipuló y nunca me dio una respuesta como corresponde. Después vino el Subsecretario, yo le entregué el trabajo que nosotros hicimos,³⁹⁰ le entregamos como consejo una carta solicitando al Subsecretario que necesariamente para que realmente el hospital cumpla un 100% de los objetivos, tiene que cambiar la clasificación de un hospital de baja complejidad, a una mediana complejidad (...) le mandé la carta al Subsecretario, sigo insistiendo con el tema, y yo siempre digo las cosas.³⁹¹

Pese a la disputa presente en la memoria colectiva de los distintos actores por la iniciativa y la autoría en la etapa fundacional de la “idea del nuevo HHR”; lo cierto es que se concretó después de un proceso que duró aproximadamente siete años hasta su inauguración.

El Hospital fue inaugurado en octubre de 2012, con una bella imagen corporativa asociada a la lógica de “señalética intercultural” aunque fue encargada a una consultora de diseño de Santiago. Esta, tras un proceso de consulta terminó asociando la idea de la divinidad rapanui ancestral –ya no en uso- llamada *Make Make*³⁹² con la idea de salud y vida, la que quedó asociada entonces como imagen corporativa del nuevo edificio. Con el tiempo ha sido muy criticado por la comunidad por no tener sentido hoy en día.



Imagen 11. Imagen corporativa del nuevo Hospital Hanga Roa, 2012

El nuevo HHR fue construido en dos etapas, ya que ocupó el mismo terreno que el antiguo hospital que debía seguir prestando atención hasta terminada la primera etapa del nuevo recinto. Esta foto del año 2010 da cuenta del fin de la primera etapa y la coexistencia de ambos recintos en ese momento,

390 Se refiere al diagnóstico del Cabildo de Salud organizado por CODESA al que aludimos con anterioridad.

391 Edgard Hereveri, 2015.

392 Ver *Organización social, territorio, mitología, saberes sociales*; en Capítulo 1 de esta tesis.



Fotografía 28. Construcción primera etapa Hospital Hanga Roa, 2010. Se distingue el antiguo HHR - humilde- hacia el fondo. Fuente: Cuenta pública HHR 2011.



Fotografía 29. Valentina Fajreldin y el ingeniero residente en obra Felipe Cereijo, en una visita de inspección técnica con el arquitecto Rolando Quinlan a la construcción de la primera etapa del Hospital Hanga Roa el 2010. Fuente: archivo personal.



Fotografía 30. El Nuevo Hospital Hanga Roa de Rapa Nui en vistas panorámicas. (www.axxial.cl) ya inaugurado, 2012.

Técnicamente su clasificación fue “Hospital comunitario de complejidad especial”. Es a la vez hospital intercultural, hospital amigo (ver Anexo 19) y energéticamente eficiente.

Tiene atención ambulatoria, cirugía y urgencia; 16 camas de hospitalización³⁹³ y una superficie de aprox. 5.000 m², dos pabellones de cirugía, un pabellón de parto acondicionado para la práctica de medicina “ancestral”, una unidad de emergencia con cinco box de atención, sala de reanimación y un área de atención ambulatoria con doce box. Sala IRA y ERA³⁹⁴ y sala de rehabilitación, entre otros servicios como *scanner*, unidad de imagenología y sistema de gases clínicos. Todas las áreas están normalizadas de acuerdo con los estándares de la infraestructura pública de salud en tamaño, calidad, habitabilidad; mejorando cualitativamente de manera radical frente a la versión precaria del año 76. Ofrece atención a toda la comunidad y a los turistas que visitan la Isla dado que es el único centro clínico como ya se ha dicho.

Las clasificaciones señaladas no fueron fáciles de lograr. No sólo por un tema de “nominación legítima” sino porque para el mismo sistema sanitario chileno, un hospital tan “especial” no se había diseñado hasta entonces en la red. Y tampoco se había financiado. No es posible entonces no comparar de alguna manera la dimensión del salto cualitativo que representó para el mismo sistema sanitario –y por cierto para la isla- la inversión pública aquí contemplada.

El siguiente cuadro resume comparativamente el costo económico del nuevo HHR respecto de un centro de salud similar en el continente. En el mismo se observa además la exclusividad de esta inversión pública en relación también a la población asignada y cuán especial y oneroso resultó la inversión del HHR en comparación con los cánones y estándares de gasto y costo-población continentales.

393 Entendiendo por camas hospitalarias en este caso las destinadas a estancias de pacientes, no considerando como en la versión antecesora, las camillas o camas sociales; de modo que lo que se hizo fue racionalizar el recurso cama (Información de Rolando Quinlan).

394 Esta nomenclatura corresponde a salas de atención de Infección Respiratoria Aguda; y Enfermedad Respiratoria Aguda, respectivamente.

Cuadro 8 Exclusividad del tipo de dispositivo e inversión pública para Rapa Nui.

	RIO CLARO	CORRAL	RAPA NUI
Tipología de dispositivo	Centro de APS	Hospital comunitario	Hospital comunitario
M² Construidos	1.600 metros ²	4.800 metros ²	5.000 metros ²
Poblacion asignada	13.000 Habitantes	5.500 Habitantes	7.000 Habitantes (más flotante)
Costo/m²	57 UF.	57 UF.	129 UF.

Fuente: estimaciones de arquitecto hospitalario a cargo del diseño, Rolando Quinlan, en base a Metodología de Estudios Preinversionales en Salud, Chile (MINSAL, 2006).³⁹⁵

La infraestructura pública de nueva generación contempla en el Chile continental dos posibilidades para resolver la provisión de salud en territorios con alguna complejidad.

Una de ellas es un dispositivo de APS de tipo local, los llamados Centro de Salud Familiar (CESFAM), que se construyen para módulos poblacionales de distinta envergadura (mínimo 10.000 habitantes). En tal caso el dispositivo tiene una superficie de aproximadamente 1600 m². y su costo de construcción –ajustando al año 2010 para efectos de comparar- se sitúa en torno de las 57 UF por m². Hay que considerar que esta solución se articulan en red de manera más fácil que el HHR aunque solo sea por razones de distancia geográfica.

Otra fórmula es desarrollar un dispositivo de tipo Hospital Comunitario, donde el sistema no insiste en la necesidad de un mínimo poblacional sino que se construye donde la necesidad sanitaria y geográfica lo amerita; en tal caso los m² construidos varían pero se sitúan alrededor de los 4.800 y el costo en el continente es de alrededor de 57 UF. por m².

En la comparativa, podemos ver ambas opciones en relación con el caso de la Isla. No habría sido posible instalar un CESFAM por la cantidad de población asignada (y las prestaciones requeridas, mucho mayores que las de APS); y sí parecía bien orientado en cambio la tipología de Hospital Comunitario, que según los expertos (Quinlan) se habría perfeccionado en Chile justamente a través del ejercicio que significó el diseño y construcción del HHR. De todos modos, notemos lo alto del costo económico del dispositivo instalado a casi 4.000 Km de distancia del continente.³⁹⁶

395 Rio Claro es una comuna rural de la VII Región continente en el sur de Chile. Corral es una comuna rural y pequeña isla de fácil acceso, ubicada en la XVI Región de Los Ríos, sur de Chile. La UF. es un indicador de precios que se reajusta según el IPC. y se usa en Chile desde los años 60. El valor de la UF por m² en este caso ajustado a la fecha es de 1 UF: 33,4 EURO. El cuadro refleja la inversión en esos tres recintos relativamente contemporáneos.

396 A la distancia hay que agregar factores que complicaron aún más el costo de la inversión como la logística en torno a áridos (pétreos, que tuvieron que fabricarse y acumularse con un año de

En relación con el modelo de gestión y atención que finalmente se desarrolló para el hospital, consistió en un enfoque de salud familiar y comunitaria coherente con su calificación de baja complejidad. Con una urgencia de mediana complejidad -pero mejor enfocada que antiguamente- y la atención de especialidad periódica desde continente, programada e integrada a la agenda médica que privilegia especialidades como oftalmología, neurología, psiquiatría, odontología (MINSAL, 2007), el modelo también organizó la atención de operativos de diversas instituciones bajo lógica sanitaria y no a “libre demanda” de los intereses particulares de quienes quieran “colabrar” como históricamente se hizo.

Las prestaciones que se entregan hoy, la alta y sofisticada tecnología instalada, el aumento en la dotación de personal médico y paramédico, la incorporación creciente de profesionales isleños y la existencia de un programa permanente de rondas médicas de especialidad desde el SSMO, han generado un cambio sustancial en cómo se oferta la salud pública en la Isla, favorable por cierto respecto de lo que tradicionalmente se entendió como el deber del estado.

La “Misión” del hospital se define como, «un equipo de salud capacitado que otorga una atención integral y oportuna orientada a la familia y la comunidad de Rapa Nui, apoyado en la red asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Oriente». Mientras que su “Visión” se centra en ser «un hospital humanitario, fraterno, cálido y participativo, que otorgue una atención oportuna y de calidad, reconocido por la comunidad de Rapa Nui como un punto de encuentro, integración, promoción y educación en estrecha vinculación con la red asistencial» (Hospital Hanga Roa, 2015).

En su Visión y Misión el HHR entiende a su población asignada como “la comunidad de Rapa Nui” en un ejercicio inclusivo de los habitantes continentales residentes. La institución parece resolver lo que acepta su *ethos*, su “responsabilidad” y a la vez su “jurisdicción”: la isla como territorio nacional. Se trata –y en estos aspectos se vuelve a notar- de una institución “continental con sede local”; el dispositivo asistencial es controlado desde el continente y el mismo se enmarca en un compromiso de asistencialidad sin distinciones ni discriminaciones. Desde la perspectiva y larga espera de los rapanui en tanto, resulta difícil verificar que el aumento de profesionales en el nuevo

aprovisionamiento previo), mano de obra calificada, la falta de muelle de desembarco de materiales, la precariedad del sistema eléctrico y otros varios aspectos que tuvieron que resolverse o salvarse de la mejor manera.

hospital y los demás recursos instalados no son exclusivos para “los rapanui”.³⁹⁷ La presencia de chilenos continentales es siempre un tema difícil para todas las instituciones (ver Anexo 20); pero para el caso de salud, como vemos en esta declaración abierta, el tema parece resuelto.³⁹⁸

Desde la institución, el modelo plasma la nueva relación con la comunidad a través de la llamada Oficina de Participación a cargo de asistente social rapanui, Yolanda Nahoe. En coordinación con ella se encuentra el llamado Concejo Consultivo de Usuarios del Hospital, cuyo perfil ha cambiado sustantivamente desde el CODESA original, y continúa siendo solo consultivo y encargado más bien de validar las disposiciones de la institución. Esta oficina es además la encargada de coordinar el programa intercultural.

Pese a la incorporación de tecnología y sistemas de información dentro del hospital, el mismo no cuenta con sus propias formas de registro y conteo sino que utiliza los instrumentos estándares de Chile continental, sin identificar variable indígena en casi ninguno de ellos.³⁹⁹ De este modo, no siempre es posible para la toma de decisiones local, contar con información sistematizada visible respecto de las prevalencias y características sanitarias de su población.⁴⁰⁰

Otro aspecto interesante que refleja isleñidad de los procesos, refiere a la forma de conteo de los pacientes del HHR. A diferencia del instrumento que se utiliza en el sistema público en salud en el continente para entender cuál es la “población asignada”, que se hace por adscripción a FONASA; al ser el único prestador de salud el HHR debe resolver los problemas de toda la población y no solo los adscritos al sistema.⁴⁰¹ Esta situación

397 El aumento poblacional y la existencia de población flotante del turismo creciente, fue en efecto uno de los argumentos del MINSAL para mejor dotar al HHR, pensando en el lugar que ocupa el turismo en la economía de la isla (asumiendo la tercerización) y en la presencia de chilenos continentales residentes a los que se debe atención de salud.

398 Sólo el 48% de la población residente estaba inscrita en FONASA el año 2017, un fenómeno que refleja un cambio drástico respecto de la comunidad rapanui conocida por mí a fines de los 90, que era casi un 100% de adscripción al seguro público. Pudiera ser que algunos residentes de origen continental tengan un seguro privado de salud en el continente. Sin embargo por ser el HHR el único prestador de salud existente en la isla tiene la responsabilidad de atenderlos.

399 Pese a existir en el mismo Chile una orientación técnica respecto a registrar la variable en los instrumentos públicos en salud desde el año 2018 (MINSAL, 2018).

400 La estadística epidemiológica de la población rapanui y en general residente de la isla que se atiende en el hospital, no se produce en el centro de salud, sino que a nivel central en el Departamento de Estadística e Información Sanitaria (DEIS) del Ministerio de Salud, en la Región Metropolitana de Santiago, en un alucinante hecho de control biopolítico. El hospital tiene por misión recoger los datos en los instrumentos que están diseñados de manera estandar por el sistema a nivel nacional. Cuando alguna cifra se desglosa por grupo étnico en los registros, no resulta confiable del todo (como sucede con algunos de los cuadros que muestran estadísticas de atención de los últimos cinco años, en Anexo 12).

401 El sistema considera a un paciente “activo” cuando acude por primera vez y se abre su ficha clínica. El sistema también permite eliminar pacientes cuando estos fallecen o se sabe que ya no viven en la isla, lo cual

provoca una incoherencia entre lo que realmente se atiende y el cálculo “oficial” que el continente hace para entregar recursos anuales al HHR para su gestión. Por ejemplo, el número de horas profesionales justificado por la población teórica, que se calcula por lo bajo respecto de este número de fichas.

Cohérente con su nivel de complejidad y con la lógica de red, lo que no se puede resolver *in situ* es derivado al continente para ser distribuido en la compleja red SSMO, coordinación gestionada directamente por el HHR para el traslado de pacientes⁴⁰² y su acompañante, el que se hace mediante la línea aérea comercial (LATAM) a quien se compran los espacios correspondientes o en aviones de la Fuerza Aérea de Chile.⁴⁰³



Fotografía 31. Una ambulancia del HHR espera en la loza del aeropuerto el traslado del avión de FACH de pacientes a la red del SSMO en el continente. Foto: Cuenta pública HHR 2015

El nuevo HHR trajo un cambio radical en los recursos humanos disponibles que incluían a 121 funcionarios ya el año 2015 (Hospital Hanga Roa, 2015). Interesa destacar el aumento de la planta de horas clínicas –médicas y no médicas- disponibles; así como la

es difícil de saber obviamente. En sistema también permite identificar a los turistas como tal. De esta forma, para conocer los pacientes bajo control se considera solamente los pacientes “activos”, dejando afuera los turistas y los otros. Así, se producen desbalances entre la población inscrita en el HHR y las personas efectivamente usuarias del mismo.

402 Los traslados de pacientes desde el Hospital Hanga Roa al continente se pueden clasificar en tres tipos. “Programados”, cuando no existe una urgencia médica o dental la derivación se programa a través del hospital hasta el establecimiento de destino de la red asistencial; “Urgencias no vitales”, donde el HHR a través de una gestora de camas coordina el traslado a la urgencia con la cama de la complejidad que se requiera siendo acompañados por técnicos paramédicos; “Urgencias vitales”, en cuyo caso se activa una avión de emergencia o ambulancia (Aero cardal) que demora aproximadamente 14 horas en llegar desde el continente hasta la isla, tiempo en que el equipo médico del HHR es apoyado vía telemedicina desde el hospital de referencia en el continente.

403 Las consultas de especialidad se producen en el continente cuando la demanda local no ha podido ser satisfecha en las constantes rondas que se hacen hacia la isla desde los hospitales de la jurisdicción mayor. De todos modos ya sea mediante derivaciones o bien mediante las atenciones que hace el Operativo FACH, vemos un marcado énfasis en oftalmología, dermatología y otorrino, que son en Chile las especialidades más caras y con menor recurso humano trabajando en el sistema público.

composición profesional del equipo y la inclusión de un muy amplio número de profesionales, técnicos y auxiliares rapanui (ver Anexo 21). En mayo del 2015, asume como director del Hospital Hanga Roa, el matrón rapanui Juan Pakomio.⁴⁰⁴

Pese al aumento de la dotación de personal que el modelo aportó, y a que entre sus funciones declarativas lógicas se encuentran las labores de atención, visitas y trabajo domiciliario y comunitario, no cuenta con suficientes horas profesionales para realizarlo de manera profunda. Ello se debe en parte a la demanda asistencial, que parece seguir siendo el foco con que la comunidad observa al hospital, no reconociendo el valor de la promoción y prevención comunitaria como una tarea válida del equipo de salud.

La dificultad de contar con horas profesionales para realizar labores de promoción aun existiendo conciencia de su pertinencia y de la declaratoria del Hospital en tal sentido, es asumida por el equipo profesional con frustración pero a la vez asignada de manera especular a una forma “de ser” de los rapanui usuarios del recinto,

acá es super difícil la promoción y prevención en salud, aquí no hay una idea de prevención sino que el hospital está para que me curen, incluso la enfermera de APS que siempre está hinchando con que salgamos del hospital, pongamos un toldo, tomemos los EMPA⁴⁰⁵... y claro, la gente se acerca porque le llama la atención que le van a pichar el dedito pero no hay una real idea de que estamos previniendo o esto me va a ayudar para que yo no me enferme o voy a tener una conducta preventiva.⁴⁰⁶

En este sentido, según esta perspectiva profesional, procesos asistenciales como los llamados “control del niño sano” no son bienvenidos y seguidos por las mujeres rapanui; ya que implican una mirada de mediano o largo plazo, que es contradictoria con la forma de vida que se articula en la isla, más relacionada con el día a día; «cuesta que entiendan que les vamos a tomar un examen de sangre para prevenir y para que esté todo bien».⁴⁰⁷

Pero además de la carga asistencial y la expectativa que alimenta el hospitalcentrismo del fenómeno, existe un factor más estructural que es que funcionan en el HHR los mismos programas de nivel de APS que en el continente; los cuales están vinculados con incentivos de producción asociados con las altas y la ejecución de

404 Este cargo fue asumido tras un concurso de Alta Dirección Pública llevado a cabo en Chile por un organismo supraministerial. La adjudicación es doblemente interesante; una por tratarse de un profesional rapanui –el primero en su cargo-; otra porque este profesional no es médico sino matrón; lo que en la cultura sanitaria chilena es casi un imposible. En efecto, pese a que Juan se ha mantenido durante dos gestiones, las mismas no han estado exentas de conflictividad por parte del equipo médico local. Juan es matrón y Magister © en Salud Pública por la Universidad de Chile.

405 EMPA: Examen de Medicina Preventiva del Adulto.

406 Entrevista enfermera continental HHR, 2017.

407 Profesional rapanui, HHR, 2017.

acciones, lejos del paradigma de mantención de población sana.⁴⁰⁸ Los programas son definidos por edad y/o riesgo, quedando grupo de personas sin cobertura y ninguna adaptabilidad a las lógicas locales. Al ser único prestador de salud, la población queda con una demanda insatisfecha, porque -a diferencia de lo que ocurre en la mayor parte del país donde la APS es independiente de la atención terciaria- en la isla el equipo de salud es el mismo para APS, urgencias y hospitalizaciones.

De esta inconsistencia en parte se deriva la crítica comunitaria actual al hospital, que transita entre una posición que desea mayor involucramiento promocional comunitario, hacia una que desea transformar el recinto en un lugar de hiper especialización clínica. Sin embargo, con la lógica continental de “metas sanitarias” quedan ambas expectativas sociales por completo insatisfechas.

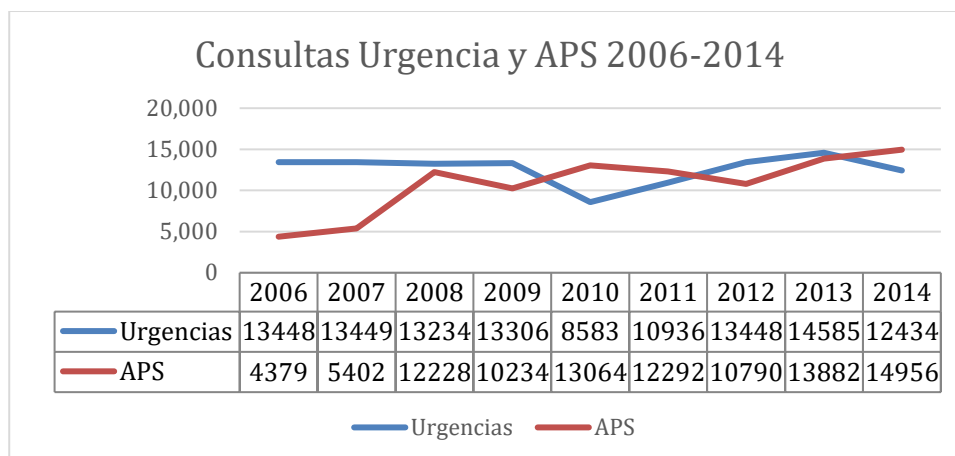
A pesar de las notorias mejoras en la dotación profesional del HHR, existe aún el problema vinculado con la alta rotación principalmente de médicos,⁴⁰⁹ lo que repercute en la percepción comunitaria sobre su compromiso con la comunidad. La rotación influye en la imposibilidad de planificar la atención a más largo plazo.

Asimismo, la puerta de entrada hasta hace poco era casi exclusivamente Urgencias, lo que sin duda tiene que ver con una costumbre de la comunidad porque ya en el antiguo hospital sucedía lo mismo. Sin embargo, en el gráfico se observa un importante aumento de las prestaciones en atención primaria entre los años 2006 y 2014, mientras que las atenciones de urgencia se han mantenido relativamente constantes.

408 Curiosamente es en el área odontológica donde se están produciendo programas continentales que pretenden mantención de población sana; los cuales han sido también incorporados recientemente a la isla; pero en las otras áreas médicas el enfoque es netamente curativo y el incentivo es por acciones.

409 Este particular problema en el HHR puede ser leído desde muchos frentes pero también tiene que ver con la cultura organizacional de salud en el país y la posición jerárquica que ocupan dentro del sistema los médicos. No parece posible concebir en el Chile hiper neoliberal una lógica de gestión de recursos profesionales médicos con criterio sanitario (donde hubiera mayor control sobre los permisos de viaje, vacaciones u otros movimientos de libre resorte de los médicos); como podría ser el caso, tratándose de una isla con población cautiva situada a casi 4000 kilómetros de cualquier otro proveedor de salud.

Gráfico 6. Evolución consultas urgencia y APS bajo cambio gradual modelo de gestión.



Fuente: MacGinty, 2016.

Entre otros problemas, ello ha mantenido gran parte del equipo profesional cubriendo turnos para poder atender desde allí a usuarios que no necesariamente estaban atravesando por una urgencia real. El (mal)uso de la urgencia como “puerta de entrada” refleja una cultura de desesperanza de la atención, de desconocimiento de la existencia de programas y lógica de policlínico. También refleja una cultura de paso rápido por la institución. Y refleja la forma de resolución de problemas de salud propios a través del tratamiento de choque; en vez de un tratamiento con lógica de medicina interna. Es decir refleja a la oferta y a la demanda y grafica el modelo hospitalcéntrico del que hablamos.

Dicho por una profesional continental,

pero llegan cuando ya están complicados porque... hay un tema en realidad con el hospital (...) “ah, ahí donde nos matan”... al final entendí que el hospital era así como: ¡¡solúcioname esto ahora!! y sería. Entonces ya vienen cuando hay que estar tratándola, cuando no está en nuestras manos. Entonces es como un circulo vicioso porque se quejan de que el hospital no hace na... pero... es que tenemos herramientas para cosas que se pueden atender antes, no para cuando ya hay poco que hacer.⁴¹⁰

Pareciera ser sin embargo, que algo está cambiando en este nuevo esquema ya que con el reforzamiento del componente de APS, se ha ido moviendo la forma de acceder y las posibilidades para los consultantes locales. En 2014 el 69% de las prestaciones fueron de atención primaria, mientras que un 31% se efectuaron como urgencias. Si bien la cultura de puerta de entrada en la isla es la Urgencia y lo sigue siendo, el aumento de consultas de APS pudiera tener que ver con la oferta del hospital y el acomodo o aceptación de la misma por parte de la comunidad.

410 Matrona continental, HHR, 2017.

Básicamente, a muchos miembros de la comunidad rapanui les parece que –como hemos descrito- el hospital es “un elefante blanco”, un edificio enorme y bello que reporta prestigio ante los turistas que lo visitan por su carácter “intercultural”, su diseño arquitectónico y su eficiencia energética; pero que tiene una contradicción interna como es el modelo hospitalocéntrico en el que se inscribe y otra respecto a las expectativas históricas de la comunidad.

La contradicción interna tiene que ver con que efectivamente se declara familiar y comunitario pero la lógica sanitaria de “pago por prestaciones” y “metas sanitarias” lo aleja de su función comunitaria. Sin embargo, la misma comunidad, usando de manera equívoca el concepto “atención primaria”,⁴¹¹ entiende que si bien se requiere un abordaje más inteligente de los problemas de fondo de la comunidad “en” la comunidad misma (domiciliaria) por parte del Hospital y otros actores, también reclama el cambio de complejidad del mismo, asumiendo una lógica hiper asistencialista y curativa, contradictoria con los modelos de gestión del MINSAL para un hospital comunitario.

Edgard lo resume así,

cambiarle la complejidad al hospital!!, eso significa que el Servicio tiene que implementar especialistas permanentemente en la isla y no estar gastando una cantidad de plata pa mandar gente al continente. Tú sacas a un enfermo de Isla de Pascua, de un hábitat completamente diferente, y tú lo mandas y lo llevas a una sala, todo helado, todo frío, lejos de la familia, y más se enferma y al final se muere. Y a veces se gastan 30 millones de pesos pa traer un avión, pa llevar un enfermo, ¿por qué no pescan esa plata e invierten en tener permanentemente en la Isla especialistas?^{412 413}

411 Es evidente que este concepto ha sido leído por la comunidad como sinónimo de “básica”... de modo que mientras más insiste el sistema en que debe contener en sí mismo Atención Primaria –con su componente preventivo y promocional fuerte que incluso debiera incluir participación ciudadana de nivel resolutivo- más la comunidad reacciona en contra del modelo.

412 Edgard Hereveri, noviembre de 2015.

413 Una escena dantesca aconteció en el evento de inauguración del HHR, según nos cuenta un miembro de la comunidad allí presente ese día: «Se hizo toda la ceremonia con bastante respeto y súper interesante. Después vinieron los discursos, que aquí, que allá..., el egocentrismo institucional, entre la FACH, el hospital y el Servicio, estuvo la Directora acá, el Presidente de la República. Después que terminó todo eso, aparece una persona de la isla que dice que por favor, que él hace cinco años que está pidiendo una ayuda. Nosotros nos quedamos mirando. Entonces nos pidió a todos los que estábamos ahí, las autoridades y la gente, nos pidió que lo escucháramos (...) Se empieza a sacar la ropa, se saca la ropa y llega a la parte de adentro y vemos que tenía un pañal. Y saca el pañal y tenía amarrados con un elástico de cámara de vehículo, y saca eso, y veo que tiene dos hoyos. Toma una bebida y empieza... oye ¡fue fuerte la escena!, toma la bebida y empieza a salir por ahí. Y todos nos quedamos mirando. Y decimos: esto es la realidad, esto es lo que el pueblo está viviendo. Y aquí hay mucha gente que está enferma. Porque justamente... qué sacamos con gastar cantidades de plata, que en definitiva los resultados... usted cree que puede sanar cuando usted viene una vez al mes, el médico, o una vez al año, me ve y después se va. Y tengo que esperar hasta el otro año para que lo vuelva a ver de nuevo. Y fue muy fuerte, ¡imagínate la escena! ¡La escena que pasó! (dirigente rapanui, 2015).

Actores también relevantes en el proceso de medicalización de la última etapa son sin duda los profesionales del dispositivo en cuestión. Varias expectativas tampoco satisfechas emergen en su discurso.

La percepción que estos profesionales continentales han ido adquiriendo respecto de los rapanui y su particular forma de enfrentar la vida es crítica pero comprensiva a la vez,

estaban acostumbrados a vivir el día a día, “comámonos todos los pescados ahora”, “disfrutemos todo ahora, y porque mañana quizás llegue un barco y no nos veamos nunca más” y eso se ha transmitido, los chiquillos rapanui también son así. Es hoy, no hay un mañana. Les andas diciendo no andes a pata pelada, no andes sin casco, y no te dan bola, hay cabros que se volaron la cara... (...) estos cabros que llegan así uno los atiende, quedan con amputaciones dicen si, si *taote*, nunca mas y aun así a las dos semanas están haciendo lo mismo, llegan de nuevo,... entonces es muy difícil.⁴¹⁴

Asimismo, los profesionales son consientes también de su falta de preparación o competencia cultural, un concepto en crisis (Comelles, 2003) pero aun utilizado en esos colectivos para abordarla en virtud de obtener beneficios sanitarios de mediano o largo plazo;

... por ejemplo nosotros respetando después del parto, llegan con una olla de caldo de pecado a ver a la señora que recién ha parido; no están ni saliendo del pabellón y llega la abuelita con el agüita... que todos los estudios demuestran que no hay que hacerlo así y tenís que congeniar con que... mire el agüita no porque el estómago... pero te dicen “bueno las que hemos parido sabemos”. El otro día me tocó atender a una rodeada de sus cuatro tías, las dos abuelas, y yo no podía intervenir porque cómo, y estaban haciendo todo lo que técnicamente no hay que hacer, que ponlo al pecho acá, que dalo vuelta acá..., la cosa es que esperé que se fueran a las doce de la noche y recién pude y mas encima me reclamaban “pero mira no le estai diciendo cómo agarrarse a la guagua”. Al final se fueron y la niña me dijo “ya que bueno, mi familia me tenía muy estresada pero no les puedo decir”, porque existen códigos que claro, no les puedes decir porque son mayores. Entonces tienes que trabajar con todo eso, adaptarte a todo eso, y es cansador para nosotros que venimos de otra cultura (...) es lata cuando te lo echan encima de mala forma pero objetivamente es su isla y tu tienes que tatar de ayudarlos pero con sus conceptos.⁴¹⁵

Es evidente que la memoria de las generaciones mayores influye en la “docilidad” esperable en un paciente por parte del equipo médico. El sentido del propio cuerpo es disonante entre el discurso del equipo de salud y la experiencia de los usuarios del hospital;

a mi me pasa que creo que el rapanui está socialmente obligado a ser bacan;⁴¹⁶ y a veces la chiquilla está con dolor y la familia: “yo no me puse, mi mama tampoco, eso no existía”... bueno ahí tenís que intervenir oye sabes que es su cuerpo, ella verá... Acá el parto están acompañadas todo el rato con quien quieran; entonces ese mismo apoyo hace que tengan mas tolerancia al

414 Médico continental, noviembre 2018.

415 Matrona continental, noviembre 2017.

416 Arrojado, fuerte.

dolor, pero por otro lado a veces hay 20 familiares afuera, presionando porque no le pongan anestesia.⁴¹⁷

La resistencia al dolor ha sido y sigue siendo un ámbito en que los rapanui han querido mantener su autonomía frente al personal del HHR, «el rapanui aguanta, no puede ser menos, no puede ser menos macho o menos hembra. Una vez me tocó una niña que se había pelado toda la cara bailando, me dijo no me pongan anestesia y yo le dije bueno como quieras ... (...) ya cuando no aguantan mas vienen».⁴¹⁸

Sigue existiendo pese a todos los cambios en el dispositivo ya descritos, un cierto desprecio por los profesionales en una relación vertical que ya hemos descrito para el antiguo HHR también; «o sea qué me viene a decir un *tire*⁴¹⁹, lo que yo tengo que hacer en mi isla; entonces eso se lo dicen no solo al turista chileno que viene acá sino también al personal de salud; que *tire* es una forma muy despectiva de decirle al chileno continental; no te van a considerar porque eres continental; no todas las familias son así; hay unos clanes familiares que son muy amorosos, los Haoa, los Teao...».⁴²⁰

Dentro del *pool* de profesionales rapanui que actualmente forman un mosaico de disciplinas en manos de los propios jóvenes isleños; se ve con ojos favorables la posibilidad de una mayor cercanía con su comunidad, aunque un peso también dado por el rasgo local de que todos pertenecen a familias emparentadas, de modo que la gestión cotidiana se confunde con los lazos.

Asimismo, los profesionales rapanui traen consigo muchos de los recuerdos colectivos y decires respecto al vínculo no siempre sano entre dispositivos biomédicos y comunidad; al decir de «la gente es muy desconfiada, una época vinieron a tomar muestras de sangre supuestamente para ayudar a la comunidad y era para ver si tenían lepra. Entonces la gente dijo somos ratones de laboratorio, y eso fue que jugaron sobre su confianza, y eso después de transmitió a las otras generaciones».⁴²¹

Y aunque claramente este nuevo hospital ya no carga con la memoria de haber sido usado en coordinación con el dispositivo del leprosario; las memorias no abandonan del todo esos cuerpos doloridos y humillados por el biopoder en clave colonial. El

417 Ibid.

418 Médico continental, noviembre 2018.

419 *Tire* es una expresión rapanizada de la palabra *Chile*; se usa despectivamente para referir a personas que vienen desde el Chile continental; si bien no siempre pudiera usarse con esta connotación despectiva; es la que se privilegia porque crea un espacio de distanciamiento y diferenciación con el ser rapanui.

420 Médico continental, noviembre 2018.

421 Joselyn Bórquez Paoa, kinesióloga rapanui, 2018.

estigma sigue pesando en la comunidad y de ello los profesionales rapanui están más sensibilizados;

nosotros tenemos todavía pacientes con tuberculosis, como que en la etnia el vacilo se está reactivando por algunos pacientes secuelados que hay y la inmunidad está bajando, entonces waaa, ellos piensan que es lo mismo que la lepra, pero cuando tu lo educas y le explicas bien de qué se trata cada una de estas enfermedades ya ok, pero claramente los papas le decían nunca digas tuberculosis porque eso es la misma que la lepra (...) muchos ya han fallecido, y los hijos de estas familias no quieren hacerse el control, mucho estigma (...) les vas a sacar sangre y se ponen... se oponen, a ver y pa qué, cuanto me vas a sacar... es su sangre....⁴²²

Estrategias preventivas no son bienvenidas incluso si las abordan estos,

...cuesta mucho prevenir y promocionar una buena salud... si bien acá teneos todas las herramientas como por ejemplo para partir con una alimentación saludable, cosas de la tierra que tu puedes plantar y cosechar fácilmente, comer mucho pescado, y creo que con tanta influencia exterior nuestra salud ha ido empeorando en el sentido de que la vida se ha hecho mas corta, los koro mueren mucho mas jóvenes y yo creo que es por la mala alimentación; antes sí se caminaba harto..., pero también los koros tienen las secuelas de su época, de no haber tenido acceso a mejor salud. A la gente cuesta mucho promocionar hábitos saludables, como de prevenir por ejemplo un atraso en el lenguaje hasta enfermedades crónicas; yo atiendo mas continentales que rapanui, la gente que viene a talleres preventivos, talleres... son mas continentales.⁴²³

Su memoria también incluye, pese a su juventud, la noción de “enfermedad de afuera” a la que antes hemos referido y su consecuente sentimiento de vulnerabilidad (ver Anexo 7); junto con ello la claridad respecto de la falta de agencia local para guiar los procesos sanitarios,

nos tenemos que regir por todo lo que dicta el continente, todo viene desde allá, los programas, las horas, las dicta el Servicio, todo se diseña allá, con los números de allá, con la gente de allá. Por ejemplo en el tema respiratorio, las “campañas de invierno”... acá todo cambia, o se atrasa o se adelanta el bicho y tenemos que estar constantemente llorando pal continente para que se den cuenta que somos especiales y que hay que tener ciertas consideraciones (...) que llegue mas migración todos los días, que estemos tan lejos, que llegue gente de lugares que no se sabe...qué bichos van a traer.⁴²⁴

Como se puede observar en esta tesis, el ámbito sanitario es un ámbito de control biopolítico estricto por parte de Chile; pero que en esta última etapa de medicalización ha hecho grandes esfuerzos por desplegar otras habilidades hacia la comunidad rapanui y sus instituciones y autoridades. Parece ser que la falta de participación local o lo limitada de la misma resulta insostenible por mucho tiempo más.

Y eso mismo ha reforzado históricamente la idea municipal, bastante ilusa, de que localmente pudiera sostenerse el peso de llevar de manera autónoma el dispositivo hospitalario. Y en el movimiento que la última etapa de la medicalización ha generado a

422 Ibid.

423 Fonoaudióloga rapanui, 2018.

424 Joselyn Borquez Paoa, kinesióloga rapanui, 2018.

propósito –¿o a pesar?– del nuevo HHR; la Municipalidad ha comenzado a tener una postura que dejó de ser meramente retórica como históricamente fue, hacia una actitud propositiva que incluye independencia y deseos de autonomía.

El municipio organizó por su cuenta y riesgo el año 2013 -un año después de entrar en funcionamiento el nuevo hospital- un Cabildo de Salud⁴²⁵ donde se plasmaron las expectativas y las evaluaciones a su vez respecto de los procesos en salud; gestión y modelo del hospital. En esta instancia expresamente independiente el hospital por primera vez, fue “invitado”. Una autoridad del HHR describía el momento desde su temor a la participación,

aquí vinieron dos personas de la Municipalidad a conversar con nosotros... es que el 30 de octubre va a haber un cabildo de salud acá, entonces ese cabildo está convocado por el alcalde y es motivado por la presión comunitaria respecto a los temas de salud. De hecho ayer me señalaron una lista, son como 10 temas que son en realidad títulos de la canción digamos. Se hizo uno (cabildo) el 2010, nosotros no estábamos en esa época y se hizo una a finales del año pasado, pero nunca con el hospital presente. Entonces esto se transforma en una reunión donde hay mucho desahogo, catarsis, y esta podría decir que es la primera vez que viene gente invitando en representación del alcalde, una invitación bastante abierta, invitando a que nosotros mostráramos nuestras opiniones, sugerencias y más aún: a nosotros nos pidiéramos que pusiéramos moderadores porque ellos pretender invitar más o menos 600 personas y la expectativa de ellos es que lleguen 300 o 200 y hacer mesas de 20 o 60 personas (...) la idea es que el alcalde se lleve la sensación de diagnóstico de la comunidad de los grandes temas y poder hacer distintas cosas y estrategias, ya sea en el ámbito privado, así como con otras entidades como ustedes...⁴²⁶

Es interesante observar los resultados a la luz de lo que a nuestro juicio es un proceso largo de relacionamiento entre ambas instituciones. El siguiente documento resume los resultados,

425 Se convocó a la comunidad en general a opinar y participaron personas de entre 25 y 74 años. Se realizaron 4 preguntas de tipo encuesta y se trabajó en 10 Mesas cada una con un tema de salud en específico. Los detalles metodológicos no se encuentran disponibles (MacGinty, 2016).

426 Subdirectora médica del HHR, 2014.

Cabildo de Salud Isla de Pascua

Preguntas

- 1. Según su experiencia como usuario del sistema de salud de Isla de Pascua ¿cuál es la frase que mejor describe su nivel de satisfacción con la gestión del sistema de salud?**

El 49% de los encuestados respondió "Estoy satisfecho con la gestión, pero hay mucho que mejorar" seguido por un 26% que respondió "No estoy satisfecho".

- 2. ¿Qué importancia le asigna usted al cuidado de la salud o a la prevención de las enfermedades?**

La respuesta mayoritaria con un 64% fue "Muy importante, así se descongestiona el sistema mediante la prevención", con un 15% cada una empatan la respuesta "Importante, pero no se debe desatender la atención de los enfermos" y "Es igual de importante que la atención de los enfermos".

- 3. En Isla de Pascua existen distintos médicos especialistas, pero cuando uno de ellos debe ausentarse por vacaciones, capacitación, enfermedad, motivos personales, etc., dicha plaza no queda cubierta, por lo que en la práctica nos quedamos sin esa especialidad. Frente a esto, usted opina que:**

Con un 79% de respuesta la opción fue "Esto no puedo continuar así, necesitamos medidas que aseguren la cobertura permanente de especialistas", seguido con un 12% de la respuesta "Se deben tomar alguna medida, pero en general esto funciona bien".

- 4. Actualmente la salud en Isla de Pascua se administra a 3.800 Km de distancia, en Santiago. Si de usted dependiera ¿qué institución de Isla de Pascua debiera hacerse cargo de la administración de la salud?**

Un 47% de las respuestas indican "Otro. Indique cual" de las alternativas señaladas, dentro de esta opción, el 55% contestó "Municipalidad" y un 21% "Autonomía". Un 23% eligió la alternativa "Gobernación Provincial Isla de Pascua", solo el 10% eligió la opción "Servicio de Salud Metropolitano Oriente" y un 5% "Servicio de Salud San Antonio- Valparaíso"

Mesas

Los temas elegidos para las mesas fueron los siguientes: Salud Mental, Salud Holística, Salud Preventiva, Salud de Especialidades No Existentes en la Isla, Operativos Médicos y Rondas, Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS), Salud Adulto Mayor, Consumo Abusivo de Drogas y Alcohol, Enfermedades Crónicas No Trasmisibles y Administración en Salud (Sistema Ideal).

Se identifica como problema la falta de especialistas como geriatra, otorrino y dentista. Se propone a su vez la creación de programas específicos para el adulto mayor, como un Programa Dental y un Programa de prevención de vida saludable.

Respecto a Salud Preventiva se identifica el problema de la falta de difusión e información general. También se plantea un problema con los comerciantes que privilegian alcohol y cigarrillos y hay poco acceso a alimentación saludable. En las soluciones propuestas se hace hincapié en reforzar la comunicación efectiva vías radial, televisiva y "puerta a puerta" en vez de prevención individual entendida como impresiones y letreros. El reforzamiento de las campañas de promoción también se propone en la Mesa de Enfermedades Crónicas en relación a correcta alimentación y en la Mesa de Infecciones de Trasmisión Sexual, donde se plantea que no existe información disponible si es que no se consulta individualmente a la matrona o algunas charlas enfocadas en los colegios.

Respecto a la administración del Hospital la opinión es que la administración debiese ser comunal, “ya que los locales conocen mejor los problemas tanto de administración, como de salud. Se critica la coordinación de los traslados al continente y la falta de especialistas de forma permanente que puedan desarrollar la rehabilitación, los profesionales mencionados son: terapeuta ocupacional, fisiólogo, geriatra, fonoaudiólogo, urólogo, nefrólogo, y neurólogo. Por último, en el campo de la medicina holística, se percibe una sensación de poco reconocimiento y respaldo por parte de las autoridades respecto al “trabajo voluntario” en la medicina “ancestral” rapanui, además se identifica como problema la libertad de uso, difusión y comercialización de la medicina natural, la falta de suelos para la plantación y el conocimiento de las dosis para la elaboración de medicamentos naturales. Se propone el mayor financiamiento a esta área, para lograr salarios dignos e infraestructura adecuada y la realización de investigaciones en cuanto a las dosificaciones.

En la formulación del instrumento que recoge las opiniones de los participantes, se observa la intención de posicionar dos elementos: en primer lugar, definir el tipo de hospital que la comunidad imagina en relación con la vieja polémica -“centrado en la atención” o la “prevención-promoción”-, lo que, a su vez, alude al componente de APS que es el candidato por definición a ser eventualmente gestionado por la Municipalidad si se las condiciones. Por otro lado, hace evidente el interés del municipio y el alcalde en instalar y justificar en lo público este afán de control y gestión de los temas sanitarios.⁴²⁷

En términos de contenidos, las respuestas ilustran sobre la presencia de una comunidad que insiste aún en el modelo curativo a ser aplicado por el hospital.

A pesar de estar poco conectado con la lógica de la promoción de salud, el discurso instala nociones como “medicina holística” junto con “medicina ancestral” donde pueden verse los *ethnoscapes* actuando en una sociedad permeada por la globalidad (Appadurai) y el fenómeno del pluralismo asistencial enriquecido. Los grandes temas del “bienestar” aludidos por el Cabildo se espera sean tratados en la comunidad; asignándose al hospital además de la tarea central de tipo curativa, un rol menor y de “uno mas” frente a la labor de promoción comunitaria. El proceso de medicalización se encuentra muy avanzado, incorporando las nociones de “bienestar” (Comelles y DiGiacomo, 2018) y la complejidad y multiplicidad de brazos con los cuales se encuentra instalada en Rapa Nui (Conrad, 2007).

427 En el apéndice de esta tesis, donde hablaré del Covid19 como momento actual, apuntaré algunas hipótesis sobre este interés y el cómo aparentemente podría estar dando pie a un sexto momento de la medicalización.

III.IV.III Urgando en ciertas estrategias sanitarias

Me interesa revisar tres casos de políticas públicas importadas a territorio rapanui por parte del sistema sanitario chileno, a modo de ejemplo de los procesos que he observado en estas dos últimas etapas de la cronología de la medicalización. Intentaré reflejar los actores involucrados y sus respectivas perspectivas y agencias, respecto a algunas de las estrategias comunicacionales y objetivos sanitarios que se usaron.⁴²⁸ Todas ellas involucran, con diferente nivel de agencia, al HHR como institución ya receptora y/o diseñadora de estrategias sanitarias y comunicación con la comunidad.

Para el caso del Programa Chile Crece Contigo y las estrategias de prevención del VIH-Sida se trata de intentos de adecuaciones de programa y campaña, respectivamente, en tiempo real respecto del continente. No surgen motivadas por interés de la Isla sino que son parte de la política pública común en el país en el momento que se dieron.

Para el caso del dengue se trata de una campaña sólo circunscrita a Rapa Nui -ya que Chile continental está libre de este mal- donde efectivamente el país y sus actores debió preparar una respuesta particular para el caso que nunca antes había ensayado.

Para los casos del Vih-Sida y el Dengue, he utilizado una perspectiva directamente etnográfica ya que lo hago a partir del análisis de la propia experiencia como encargada o asesora de organismos sanitarios vinculados con las mismas y los documentos que emergieron en aquellos años.

428 No pretendo agotar el análisis del enfrentamiento total y completo de estas cuestiones, ni describir a cabalidad todos los componentes de las estrategias o políticas, sino sólo referir a algunos puntos que resultan interesantes de criticar desde una óptica antropológica médica.

El Dengue: un intento prematuro de manejo intersectorial

Se estima que durante los años 1995-1997 –es decir dentro de la *cuarta etapa* del proceso de medicalización- se observó en Rapa Nui la llegada desde zonas tropicales del mosquito vector del dengue y de la fiebre amarilla, *Aedes aegypti*, que comenzó a conocerse localmente como *nao-nao*.

El MINSAL inició el año 2000 un programa de erradicación con el concierto de distintas instituciones públicas de salud tanto del nivel central, como regionales y locales así como comunitarias –algo muy poco común hasta entonces- y que contó con asesoría especializada de expertos internacionales. La estrategia se denominó “Plan de Prevención, Estudio, Control y Análisis Serológico del *Nao - Nao (Aedes aegypti)* en Isla de Pascua”⁴²⁹ y permitió un abordaje bastante comprehensivo del tema, ya que implicaba dimensionar tanto los factores epidemiológicos de un eventual brote de dengue, como factores medioambientales y de control del vector. Se contaba con la participación activa de la comunidad a través de campañas de comunicación social instaladas en la Isla y con cierto nivel de pertinencia cultural.

Lo cierto es que la aparición del *nao-nao* detonó varios procesos e involucramientos y abrió algunos escenarios. El plan se organizó desde el MINSAL hacia abajo para construir un equipo integrado que manejara el tema, incluyendo la participación de instituciones y comunidad rapanui. El núcleo directivo de la estrategia eran expertos en epidemiología del MINSAL central y profesionales de salud medio ambiental. Asimismo se involucró el HHR ya que dentro de sus dependencia sún estaba la oficina local de la SEREMI de Salud, entonces dotada de muy poco personal.

También se integró al trabajo, en una segunda etapa, la oficina de pueblos indígenas del MINSAL central (Programa de Pueblos Originarios); siendo la primera vez que se le consideraba oficialmente en una estrategia para la isla. También intervino el Servicio Agrícola y Ganadero (SAG), organismo encargado de ser la aduana sanitaria habitualmente, que asumió en este caso funciones adicionales.

429 El Plan de Erradicación del *Aedes aegypti* contempló en una primera instancia: vigilancia entomológica para identificación del vector y su ubicación; implementación de laboratorio entomológico básico en el Departamento del Ambiente del Hospital Hanga Roa; control biológico con una bacteria específica instalada en pozos y piscinas; control químico o uso de plaguicidas al interior y exterior de las viviendas y fumigación de aeronaves y naves provenientes de zonas endémicas y de todos los aviones que vinieran de Polinesia al continente; establecimiento de sistema de vigilancia de febriles (toma de muestra sanguínea a casos sospechosos, y envío al Instituto de Salud Pública (ISP) en Chile continental; capacitación de clínicos del Hospital en Venezuela para el reconocimiento del dengue; campaña educativa para la población a través de publicidad en medios locales, y la modalidad casa a casa hecha por monitores isleños capacitados sobre las medidas de prevención. Los materiales gráficos y demás publicitarios estaban en idioma rapanui y español (MINSAL, 2001).

Al aparecer en Rapa Nui el vector, el país se preocupó de que los viajes desde la isla hacia el continente no fueran a traerlo a nuestra “sana” economía y sociedad continental luego de tantos años de esfuerzo sostenido en las fronteras con países limítrofes.⁴³⁰ Ese objetivo no declarado de la estrategia fue clara y rápidamente comprendido por la comunidad pues se comenzó una política de fumigación unilateral de aviones y pasajeros que iban de la isla hacia el continente. Se interpretó comunitariamente como una muestra más de abandono por parte del Estado y de utilización de la isla para beneficio del continente; en este caso, como muestra de que la isla estaba siendo contenida para “salvar a Chile”. La pregunta que una vez más se hizo la comunidad es: ¿por qué no nos protegen a nosotros?, ¿por qué las instituciones chilenas se empeñan en gastar recursos en proteger al continente, cuando debieran gastarlos dentro de la isla para beneficiar a la comunidad?⁴³¹

Según la nomenclatura antropológica, el dengue se entendió en Rapa Nui desde una perspectiva *emic* como un caso paradigmático de la presencia de la enfermedad “de afuera” (Fajreldin, 2002) (Ver Anexo 7) es decir, una manifestación de un proceso donde Chile como país simbólicamente tiene un rol activo –mal intencionado o no- de no evitar el ingreso de vectores perjudiciales a la isla. Una “enfermedad de afuera” es una agresión, una amenaza que opera confrontando a la comunidad a verse vulnerable dentro de su propio territorio; la presencia de un vector de varias enfermedades retrotrae a un sentimiento de vulnerabilidad generalizado para el que no se tiene respuesta⁴³² y sólo existen dos opciones de reacción: o una disposición a colaborar con el diseño para erradicar el vector; o una negación y permanente acusación de las autoridades por permitir el ingreso y exponer a la población “una vez más”.

La comunidad reaccionó inicialmente como en aquellos años era esperable que lo hiciera -según hemos venido relatando sobre la relación posible entre el sector salud continental o su representante local, el HHR-, con un discurso de negación colectiva a

430 En Chile ha existido por décadas una campaña sanitaria fronteriza contra la llamada “mosca de la fruta” (Familia Trehpitidae); muy exitosa y en la cual ha participado tanto los organismos públicos como el SAG y Aduanas; como las instituciones privadas favorecidas por esta política, básicamente las transnacionales frutícolas que exportan al mundo entero sobretodo a partir del *boom* neoliberal desde Pinochet.

431 Efectivamente, la medida de fumigación de los viajeros al subir al avión se mantiene hasta el día de hoy; como una acción más bien de eficacia simbólica en medio de una explicación *en off* que indica la intención de proteger a Chile, mientras en las pantallas de cada asiento se ven hermosas imágenes de lugares turísticos y cadenas de producción hortofrutícolas continentales principalmente del valle central de Chile. Entre las imágenes de promoción de Chile por cierto también y paradójicamente se encuentra la playa de Anakena en Rapa Nui.

432 Al contrario de la negación respecto del Vih-Sida, como veremos en el caso siguiente, donde la comunidad comprende que su adquisición es un tema de resorte individual en el sentido de evitable si es que se quisiera por resorte individual.

colaborar al programa de erradicación, que se potenciaba en algunos momentos ante la notoria disminución del vector.

Parte de la estrategia de control del vector, se basó en fumigar los patios de cada uno de los hogares de Hanga Roa y quitar el agua limpia de lluvia depostada en cualquiera de los *poko-poko* o fuentes de contención que los rapanui suelen utilizar en sus patios. Los encargados de ello fueron varios rapanui contratados especialmente para esta labor; de modo que logró integrar a miembros de la comunidad jóvenes en labores de responsabilidad con implicancias en salud. Pero, obviamente, para poder entrar a las casas de los rapanui era necesario un periodo previo de sensibilización e involucramiento de la comunidad con el tema y con la importancia de considerarlo un problema propio en primer término.

Pese al relativo éxito de la campaña, en marzo de 2002 se conoce la alerta sanitaria ante el primer caso de dengue que salía a la luz. El brote, que se prolongó por varios meses arrojó una importante tasa de incidencia acumulada (16.6%) para el volumen de la población isleña (MINSAL; 2002) en el momento más álgido de los contagios.

El año 2003 por iniciativa del Minsal se le pide a su Programa de Pueblos Originarios que se involucrase en la campaña; se contrató un muy conocido caricaturista chileno que años antes había dibujado un personaje isleño para uno de los capítulos de su serie, “Ogú y Mampato en Rapa Nui” (Anexo 22).⁴³³

433 https://es.wikipedia.org/wiki/Og%C3%BA_y_Mampato_en_Rapa_Nui/https://es.wikipedia.org/wiki/Mampato:_Mata-ki-te-rangui



Imagen 12. Imágenes del material diseñado para el caso rapanui, Themo Lobos, Minsal, 2003

Esta vez los personajes se centraban en describir el peligro del *nao-nao*, identificar como amigos a los doctores del HHR aludiendo a la “confianza”, implicar a la comunidad en un sentimiento de “todos estamos unidos frente al problema” utilizando el término “conciudadanos pascuenses”; invitar a los rapanui a hacerse cargo de eliminar el vector.

Lamentablemente la estrategia bien intencionada no tuvo una buena acogida pues el personaje, así como el caricaturista y la tira cómica, no eran para nada conocidos en la isla, donde no fue referente. La armonía intersectorial que proponía el mensaje tampoco hacía sentido entonces.



Imagen 13. Cierre del mensaje ministerial. Al final de la caricatura todas las instituciones en una alianza inverosímil para esa época invitan a empoderarse a la comunidad rapanui (HHR, MINSAL, Municipalidad de Isla de Pascua).

Sin embargo, este material producido con tanto esfuerzo por el Programa de Pueblos Originarios del MINSAL fue diseñado para servir dentro de una estrategia mucho más compleja de involucramiento de la comunidad para combatir el *nao-nao* (ver Anexo 23); estrategia que no tuvo buena acogida en un ambiente donde primó la fuerza de la lógica epidemiológica clásica. La isla fue en tal sentido, un escenario donde se libró una disputa interna dentro del Ministerio entre departamentos con desigual capacidad política. En efecto, a raíz del *nao-nao* y esta estrategia de inclusión de la comunidad, la encargada del Programa mencionado –antropóloga y fundadora del Programa en Chile, Margarita Sáez- viajó oficialmente a la isla a fin de favorecer una mejor comprensión de todo el contexto institucional y comunitario en que se desarrollada la “lucha” contra el vector. Era una excelente oportunidad para dejar instalado el Programa dentro de la lógica de los varios actores con que la encargada se entrevistó; pudiendo observar el fenómeno con óptica antropológica (Anexo 24). Sin embargo, la disputa de los pesos políticos ministeriales no permitió que fuera el momento.

El fin del primer brote dio paso a una engañosa calma sanitaria que encubrió los efectos del inevitable y más perjudicial segundo brote que correspondió a un serotipo ya no clásico, sino hemorrágico (DEN 2). Desde el 2002 en adelante se ha presentado casi anualmente tanto el serotipo DEN 1 como el DEN 2; habiendo un pico el año 2008 y cuyo último brote se registró el 2019.⁴³⁴

El Ministerio de Salud siguió intentando erradicar el vector y controlar el problema mediante un conglomerado de diversos organismos públicos hiper

434 <https://www.who.int/csr/don/22-february-2020-dengue-chile/es/>

especializados ya que siempre fueron concientes de que el problema trascendía al sector salud. Saneamiento básico, ordenamiento ambiental, manejo de agua, control químico del vector, entre otros fueron las aristas que el *nao-nao* puso sobre la mesa y en una coordinación nunca antes vista. En efecto, la erradicación definitiva del mosquito pasaba por el manejo de basuras y su disposición de, donde ha existido desde años un serio problema medioambiental en relación con los vertederos dispersos en el territorio sin ningún control sanitario. La responsabilidad sobre este tema era por definición del Municipio que, como hemos dicho, no tenía competencias ni poder alguno para tratar con temas de salud que se consideraban –y aun en parte- temas en manos de las instituciones continentales y sus agencias locales.

Uno de los aspectos más relevantes de esta experiencia fue el uso político de la problemática del *nao-nao* por parte del Municipio; que evidenció el trasfondo de la relación entre el alcalde y el Ministerio. Este último ante la urgencia de intervenir esta situación muchas veces actuó como si tuviera la responsabilidad efectiva sobre este tema, pero sin contar a la par con recursos ni voluntades políticas locales ni comunitarias para sanear el problema, transformándose la basura en una moneda de cambio político entre Ministerio y Municipio.

De este modo, la problemática asociada a la presencia del *Aedes aegypti* y al primer brote fue utilizada discursivamente por la comunidad isleña y sus autoridades para ejercer oposición política al Chile institucional. La concentración del poder de las instituciones sanitarias y sus organismos institucionales aliados para esta estrategia no fue suficiente para controlar y erradicar el problema pues el municipio no tuvo resorte reconocido políticamente frente a este tema “ajeno” de salud en su propio territorio.

Si bien en un principio la estrategia se construyó sobre la base de la necesaria participación de la comunidad isleña, esta se dio en el plano de la recolección de “opiniones” sobre cómo abordar el tema, y también involucrando personal isleño para fumigar los patios. Sin duda faltó una dimensión sociocultural más profunda del problema, una visión y planificación estratégica que además de integral fuera pertinente al contexto cultural; y en este caso, habría sido necesario un análisis político en la comprensión del fenómeno en su conjunto, que hubiera considerado la dimensión *emic* de “enfermedad de afuera” para modelar la participación y el abordaje culturalmente pertinentes. Se aplicó un modelo epidemiológico clásico para enfrentarlo; ya que se asumió –por la naturaleza de las instituciones y profesiones que monopolizaron el abordaje- que era un fenómeno en primer término epidemiológico. Desde un marco

explicativo clásico entonces, se dejaron fuera las dimensiones políticas y socioculturales que un modelo epidemiológico Intercultural –o sociocultural (Oyarce, 2003) podría haber integrado.

De este modo, ni todo el despliegue de recursos económicos, ni todas estas voluntades ni experticias resultaron suficientes para terminar con los niveles de infestación vectorial y aún circula el nao-nao generando brotes de vez en cuando. En algunos discursos se escucha incluso hoy la duda respecto de la existencia del mosquito y se desconoce que el dengue en efecto los haya afectado alguna vez, especulándose si fue una estrategia del continente para perjudicar a los isleños.

Los siguientes años sin embargo y con la transición hacia una autoridad sanitaria más fuerte, la oficina de SEREMI de la isla fue fortalecida y cuenta con una capacidad mayor de recursos humanos y económicos instalados y un nivel mayor de autogestión local. Hoy se encuentra el vector en un nivel relativamente contenido y las estrategias permanentes de control parecen ser más eficientes ya que han considerado desde una óptica participativa la concurrencia de actores locales.⁴³⁵ Diríamos que el tema del dengue logró introducir una lógica más clara a la función de la oficina local de la SEREMI de Salud; inyectando recursos para contratar profesionales y personal de apoyo en el manejo del vector; y de ahí sobre otros temas ambientales, aunque la duplicidad de poder entre este dispositivo y municipio se mantiene intacta.

El dengue fue, también, la puerta de entrada del Programa de Salud y Pueblos Originarios en la isla; al menos se dio la posibilidad de interlocución y se reconoció como interlocutor válido a esta oficina; interlocución que sin embargo no se mantuvo para otros procesos –como el diseño del nuevo HHR ocurrido después de esta experiencia pero aquello era parte de los vaivenes políticos continentales en salud.

El abordaje inicial de la prevención del Vih-SIDA, agencias en disputa

La pandemia de VIH tuvo durante los primeros años de los 2000 un giro en Chile debido a la adjudicación del Fondo Global de Naciones Unidas –OMS- para la lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis. Esta adjudicación se dio en el marco de las acciones que los organismos internacionales programaron para países como Chile, que se conducían, supuestamente, por los carriles adecuados de la macro economía y la liberalización de sus democracias (Cuyul, 2012, 2013 y otros). En el país el Fondo fue

435 <https://www.rapanui.net/inauguran-mural-para-dar-inicio-a-campana-mundial-contra-el-nao-nao.html>

administrado por el “Consejo de las Américas” quien articuló una alianza estratégica para su gestión entre el Ministerio de Salud⁴³⁶ y el mundo vasto de las organizaciones sociales que trabajaban o a partir de allí trabajarían sobre Vih-SIDA.⁴³⁷ Como parte de las alianzas que se formaron para enfrentar el tema estuvieron las universidades que actuaron como centros de estudio y vinculación con el mundo de las organizaciones sociales.

Y parte de la masa crítica que existió en la década del 2000 sobre VIH tuvo que ver con la sensibilización de una nueva estrategia, que podríamos entender como un segundo momento mundial de enfrentamiento de esa pandemia, cual fue la idea del “autocuidado” y la misma no sólo noción sino que práctica política concreta, de entregar la prevención y el cuidado a los mismos actores sociales, concibiéndose el propio sistema sanitario del Estado como un actor más dentro de una necesaria cadena: esa fue la “Respuesta intersectorial y descentralizada al Vih-Sida”. Esta delegación concreta del poder arrojó varios resultados tanto intermedios como de más largo plazo, algunos de los cuales decayeron cuando Chile, años después, perdió la adjudicación del mencionado fondo, por su mala gestión.

Sea como fuera, me correspondió durante un breve aunque intenso periodo liderar la conducción de la estrategia Vih-SIDA para Rapa Nui desde la SEREMI de Salud de la V Región, el año 2003 (Anexo 25). Esta estrategia resultó de un escamoteo de fondos que me vi obligada a efectuar respecto de las organizaciones de la V región que trabajaban ya desde algunos años en el tema y que no veían sentido de que algunos de los fondos fueran para Rapa Nui puesto que aún no existían organizaciones sociales vinculadas con temas de salud ni de minorías. Como parte natural de la estrategia descentralizada, yo debía establecer un vínculo institucional con quien correspondiera para realizar –entiéndase gastar los fondos disponibles que debían luego rendirse- la campaña anual de prevención del contagio.

Escamoteados entonces algunos de estos fondos; la estrategia misma tocó diseñarla participativamente en conjunto con los actores de la V Región continente⁴³⁸ - *Consejo Regional del Sida de la V Región*, las organizaciones civiles continentales que trabajaban con SEREMI, la SEREMI en mi persona- y a la misma integramos al dispositivo local de Rapa Nui, el HHR en la persona de la matrona continental residente Claudia Campos a cargo habitualmente de educación sexual y controles de embarazo en la isla.

436 Puntualmente su Oficina llamada Comisión Nacional del Sida, CONASIDA.

437 Mundo homosexual, mujeres trabajadoras sexuales, mundo trans y otras organizaciones sociales.

438 Lo *intersectorial y participativo* era indispensable en todo manejo con dineros vinculados al Fondo Global.

Los objetivos planteados fueron tres: “Promover la reflexión sobre conducta sexual y sobre prevención del Vih-SIDA en la población de Isla de Pascua; Entregar información sobre medidas de prevención de la pandemia; Obtener insumos básicos para siguientes etapas de intervención sobre la temática” (archivo personal V. Fajredin). Este último objetivo –que describe una estrategia de investigación-acción- se entiende en el contexto de que se pensaba que el Fondo Global se quedaría en Chile por varios años más; y bajo el prisma de mi interés personal como antropóloga médica por ir “juntando datos” que permitieran dar continuidad de manera crecientemente más pertinente cada vez, a este tipo de acciones.

Las acciones proyectadas fueron las siguientes:

- Se iniciará el fortalecimiento de las acciones de prevención del VIH/SIDA en la Isla, con una campaña de comunicación social durante los meses de febrero y marzo del 2004, correspondiente a la Primera Etapa de la VI Campaña Nacional de Prevención de Vih-SIDA.
- Se centrará esta etapa, en la fiesta de la Tapati Rapanui, durante la primera quincena de febre en ella se instalará un stand con información sobre VIH-SIDA a través de un panel y la atención de tres monitoras especialmente capacitadas sobre esta temática.
- Las monitoras promoverán la reflexión a través de las consultas de los visitantes y proporcionarán material educativo con sus respectiva explicación. Paralelamente, llenarán una tabla con información necesaria de recopilar cual es: edad, sexo, origen, tipo de preguntas que realiza y su respuesta a la pregunta de la campaña;
- La acción de la Campaña durante la Tapati, se reforzará por la instalación desde el inicio y hasta finalizar el periodo de Primera Etapa, de afiches en lugares públicos de Hanga Roa; asimismo, se realizarán durante toda la etapa microprogramas radiales y/o televisivos (TV y radios locales) y difusión de cuñas radiales y televisivas.
- Se convocará a visitar el stand a organizaciones de jóvenes y mujeres, entre otras.

En un ambiente en que los espacios públicos y visibles no estaban aún del todo disponibles para la “propaganda” sanitaria chilena en general sobre el Vih-Sida, por las aún vigentes presiones de sectores conservadores de la sociedad que intentaban frenar los mensajes o censurarlos, “nuestra campaña” debió limitarse a los espacios hospitalarios de la isla; en lo que ahora comprendo como una acción de autocensura mas que como una acción adecuada, ya que obviamente no había que suponer que en la isla existieran iguales restricciones.

Diseñamos en conjunto con mi entusiasta matrona un mensaje igual al continental pero traducido en lengua rapanui, inglés y español cuya pregunta introspectiva era “Si sé del Sida, por qué no me cuido?”; y entregaba las tres alternativas que el estado promovía en aquel entonces: uso de preservativo; pareja única; abstinencia sexual.

La intención de un mensaje culturalmente más pertinente no podría haber sido satisfecha entonces porque no se había hecho antes ninguna investigación sobre cómo estaba viviendo la gente de la isla el tema del Vih-Sida. Simplemente optamos por lo que fue más viable y respetaba la lógica comunicacional del país ese año frente al tema.



Imagen 14. Folleto y afiche desarrollado *participativamente* para prevenir el Vih-Sida en Rapa Nui. Nótese el conjunto de instituciones que apoyan el desarrollo de la estrategia en Rapa Nui; MINSAL; Asosida (organización social civil continental); y la única con referente local, el HHR.

Parte de la “adaptación” de la campaña entonces generaba esta imagen que consistió en instalar un gran preservativo sobre el mapa de la isla: parecía el máximo gesto de “situación”. Sin embargo, los datos para información continuaron siendo los regionales de Valparaíso,⁴³⁹ a pesar de que el HHR participó con su logo según se puede observar en la imagen. En rigor era la primera vez que había una campaña pública de prevención del Sida en la isla y los materiales fueron muy bien recibidos y celebrados por los funcionarios de salud; nunca tuvimos el feedback de la comunidad al respecto.

La imagen del preservativo sobre la isla generaba casi una atmósfera mágica que probablemente un/a comunicador en salud habría discutido si se hubiera cuestionado desde ahí; pero detrás de la imagen elegida por nosotros como conjunto de actores, había un trasfondo de “triumfo” de una cierta tendencia ideológica en el mundo de la prevención del Vih en Chile. Finalmente lo que se estaba “situando” era una de las tres opciones: el uso del preservativo; que en el ambiente de la salud pública nacional era la

439 Notemos el FONOSIDA, con número continental.

opción política y ética más efectiva y menos popular entre el mundo conservador chileno, que sigue teniendo mucho peso a la hora de dar mensajes sobre sexualidad a la población.

Ese verano la matrona con otros miembros de su equipo instalaron un *stand* de difusión con estos panfletos en la fiesta “tradicional” de *Tapati Rapanui*,⁴⁴⁰ inaugurando esa instancia como un escenario posible para que salud interviniera con sus mensajes promocionales y preventivos.

Como gran parte de las campañas sanitarias, esta no tuvo continuidad al año siguiente ni los que vinieron debido a que no había referente interesado en las instituciones continentales –yo ya no trabajaba allí- ni había fondos para replicarla. Nunca se midió además un eventual impacto de esta campaña casual.

Casi un año después de esta aventurada “estrategia” de prevención; ya habiendo dejado mi cargo en la SEREMI, fui contactada por la Universidad de Chile –Centro Interdisciplinario de Estudios de Género- para formar parte de una investigación para la CONASIDA con el mismo Fondo Global; sobre Vih-Sida y pueblos originarios en Chile. Me hice cargo del componente rapanui del estudio; investigación que duró alrededor de un año y medio (Obach y cols, 2006). El estudio diagnosticó que la comunidad no tenía ningún interés en vincularse –ni ser vinculados- con la idea de la posibilidad de infectarse del virus; tratándose de una comunidad estigmatizada por la lepra que, obviamente, tiene muy vivas las repercusiones de la discriminación y el encierro y negaba en la isla la existencia de ese problema real o potencial. Analizando las conductas sexuales de amplios sectores de la población no había forma de establecer una coherencia entre discurso y práctica; ya que la comunidad esgrimía como práctica de autocuidado el que las relaciones sexuales se estaban dando justamente entre miembros en la misma comunidad y no con extranjeros por considerarlos “peligrosos”. La estrategia comunitaria era claramente la negación.

En vista de eso, lo que nos quedó al equipo universitario fue trabajar la prevención con un material diseñado en conjunto con jóvenes rapanui residentes en el continente, estudiantes del nivel secundario de la educación escolar. Claramente fue una población más abierta a pensar en este tema y gustosos se dispusieron a “colaborar” con nuestro trabajo.

440 La *Tapati Rapanui*, literalmente la “semana rapanui”; es una fiesta costumbrista vigente en la isla desde la década de 1960, como un intento por reivindicar la identidad polinésica y las viejas prácticas culturales. La *Tapati* es parte de un abanico de festivales polinésicos que se dan en el Pacífico y despierta cada año una profunda participación de la comunidad que se prepara durante los meses previos para una competencia en dos parcialidades. <https://www.parquenacionalrapanui.cl/cultura-isla-de-pascua/tapati-rapa-nui/>

El mensaje de nuevo estuvo puesto en el “autocuidado”, no por nada, ya que seguía siendo el *slogan* nacional respecto de cómo enfrentar el Sida, era el paradigma oficial de la década. Diseñamos con ellos un *cd* que mostraba a los jóvenes en una performance en la playa de Viña del Mar, cantando una canción especialmente compuesta por ellos de manera colectiva para la ocasión. La letra era la siguiente:

Ana oho koe a te ara he oho mai te
Papa'a he ki atu
E'i matu ki u'i i te mahina ao popohaga
(Cuando vayas por el camino y viene un turista y te dice que vallamos a ver la luna del
amanecer)

He ki au ta'e kia au mo tata
Mai tooku roro e ko ra va'a koe ia au
E ana haga koe mo moe tau'a ka uru koe tuú uaua
o pe'e ro mai te ino te mai
(Yo le digo que no me venga a lavar mi cerebro porque no me conseguirás o tendrás, si
tu quieres que nos acostemos ponte tu condón (la palabra uaua quiere decir elástico pero
en este contexto se utiliza para referirse al preservativo), o sino me contagiarás el mal y
la enfermedad.)

Coro
Ka ara te ta'u rea-rea e....
Me'e nei hoi ta'e he kori
Haka topa koe i te mana'u
Ka mana'u mai ta'a me'e anga
(que despierten los jóvenes, esto no es un juego, reflexiona tu pensamiento y piensa en
lo que hiciste)

I oti era tau'a piri he ngaro koe
Tano era te mahana he ati te mana'u
He ati te hakari
(Cuando terminamos tu te fuiste y llego un día y mi pensamiento tuvo un problema, y
mi cuerpo tiene un problema)

Te me'e hakare mai e koe he tagi he mate
I te ta'e mana'u e ite ta'e hapao tau'a
(Lo único que me dejaste fue solamente llanto y muerte, por no pensar y por no
cuidarse)

Usu usu te vi'e
Usu usu te yorgo
E mana'u ki tatou ngapoki
He haka ara o te kainga
(Las mujeres tienes relaciones sexuales, los hombres tienen relaciones sexuales,
tenemos que pensar en los niños que son la descendencia y el futuro de nuestra tierra)

Imagen 15. Mensaje de la canción que acompaña performance de jóvenes rapanui, prevención del Sida, 2005.

El mensaje de los jóvenes situaba el contagio como un problema colectivo, de modo que cada enfermo potencial sería un riesgo “para la isla”. Entendiéndolo también desde lo emic como una “enfermedad de afuera”, el Sida parecía un actor cuyo control podría haber estado en manos de la decisión individual de usar preservativo; ya que para estos

jóvenes viviendo en el continente, era más posible que para quienes estaban situados desde la isla, observar el riesgo de las propias conductas sin necesidad de adjudicarle la responsabilidad a entidades como “Chile”. Los jóvenes estudiantes entendían en efecto que parte del “encanto” de la isla era la sexualidad en el marco de las relaciones con los visitantes –turismo- y por ende no era realista la negación del riesgo ni la adjudicación a otro que no fueran las personas rapanui porque además entendían que lo que se ponía en riesgo era: su isla.

Es decir, mientras la estrategia situada de la isla –que incluía mensajes desde el HHR- potenciaba un enfrentamiento francamente negacionista pues “no autorizaba-empoderaba” la posición de los jóvenes resultaba mucho más crítica en el sentido de que prescindía de los mensajes hospitalarios e institucionales.

Vistos desde la distancia temporal, ambas experiencias de intencionar campañas de prevención con algún componente sensible a la diversidad cultural y la distancia geográfica al menos, tuvieron algunos elementos en común, considerando que en ellas funcioné como antropóloga médica, como especialista ya en temas de salud en la isla, y como funcionaria de una institución de salud poblacional continental con jurisdicción en la isla. Ambas experiencias intentaron instalar la sensibilidad –entendiéndolos como mediadores de la comunicación preventiva- en los funcionarios de salud a nivel de la atención (en el caso de la campaña en el HHR y su extensión hacia la comunidad) y en los jóvenes rapanui en su calidad de nuevas generaciones y en futuros transmisores de conductas más trabajadas hacia su comunidad. Considero que ese fue el más importante y acertado objetivo. Ello no quiere decir que hayan tenido efecto en los hechos en los años posteriores.

Programa Chile Crece Contigo, un guiño al control cultural

La política pública nacional llamada Programa “Chile Crece Contigo” (ChCC)⁴⁴¹ es una política de última generación con enfoque de derechos y perspectiva de género, enmarcado en una lógica de protección social integral (MIDEPLAN, 2009).⁴⁴² Iniciada el año 2007, fue un diseño surgido desde el corazón del sector salud por parte del Ministerio de Salud, del Ministerio de Desarrollo Social y del Ministerio de Educación; vinculado

441 <http://www.crececontigo.gob.cl/acerca-de-chcc/>

442 Como protección integral transversal tiene varios otros componentes diferentes del sector salud en los cuales se destaca educación y acceso a las prestaciones estatales en diferentes etapas del ciclo vital.

con el espíritu de la APS y el mundo de la pediatría chilenas.⁴⁴³ ChCC tiene ya varios años de implementación y ha sido evaluado como una buena estrategia país para hacernos cargo de las inequidades que los y las chilenos/as tenemos a lo largo del ciclo vital, comenzando con esta política, por enfrentar las que están en su base.

El Programa posee una clara definición respecto del rol de las mujeres en tanto madres de los niños a los que el estado desea proteger. Así, el Programa genera acompañamiento a lo largo de toda la etapa de embarazo, parto y puerperio a través de diversas acciones y materiales que entrega en el sistema público de salud en su nivel de APS, donde se realizan estas tareas. Es así como entre sus materiales se encuentra el desarrollo de manuales para que la embarazada pudiera conocer las etapas de la gestación y las variables asociadas con este momento a nivel familiar y social; así como los derechos e insumos que puede obtener en cada etapa de parte del estado en tanto sistema.

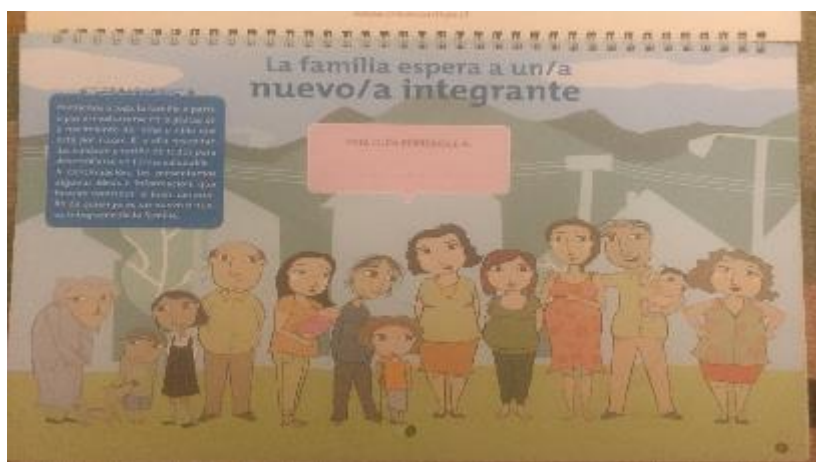


Imagen 16. Lámina de Manual de la embarazada para población general, entregado en los centros de APS de la red del SSMO. Archivo personal como usuaria del sistema 2012

Los manuales comenzaron a ser dirigidos también a las mujeres embarazadas de los pueblos originarios, entendiéndolas en la lógica de usuarias del sistema público en su mayoría, coincidente con el estrato socioeconómico general al que pertenece esta población.

En efecto, se formularon manuales para varias etnias; algunas de ellas fueron meras traducciones parciales a la lengua originaria del mismo contenido oficial de los manuales para mujeres no originarias. En otros casos fueron adaptaciones de las formas más que del contenido, utilizando por ejemplo visualmente contenidos indígenas, pero respetando la información oficial general para el país, en español.

443 En efecto, la figura del ya fallecido Dr. Fernando Muñoz, subsecretario de salud y eminente figura de la salud pública chilena e internacional, estuvo entre sus principales creadores.

El diseño de la estrategia de uso de los manuales también fue variada. En algunos centros de APS los manuales se entregaron a la usuaria cuando inició su etapa de controles de embarazo, sin mayor explicación, entendiendo que su uso se daría en el domicilio junto a sus queridos. En otros se acompañó el proceso de controles gestacionales por parte de matrona en el centro de salud, con el apoyo del material de al guía.

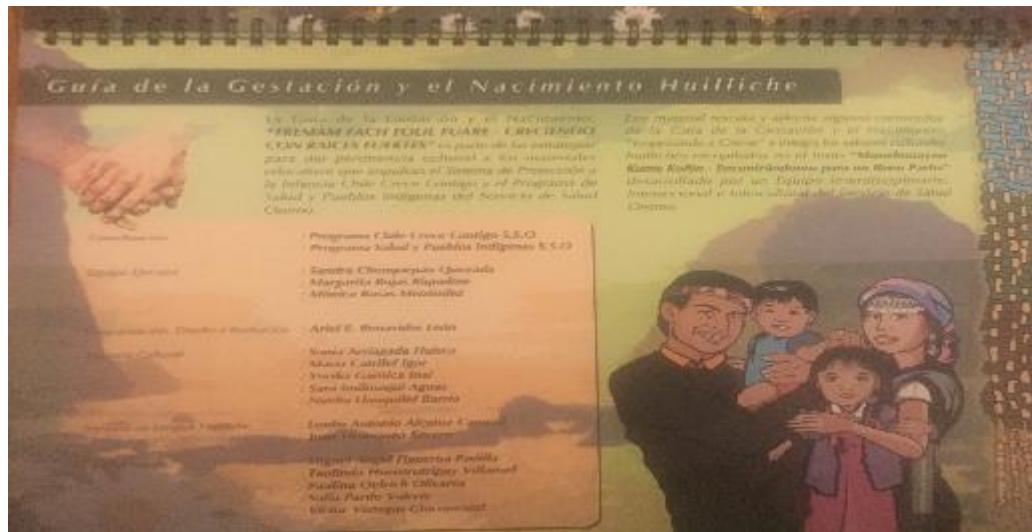


Imagen 17. Manual desarrollado por el Servicio de Salud Osorno (SSO) para usuarias mapuche huilliche; en el sur de Chile. En este caso se usan ambos idiomas pero el contenido del manual es similar al manual para población no indígena; aunque avanza en instalar algunas prácticas y creencias ancestrales huilliche.

Para el caso que nos interesa; ocurrieron varias adaptaciones interesantes que fueron surgiendo en el proceso de diseño y de implementación. Hubo control cultural sobre la estrategia y el material, cosa que escasamente ocurrió con los otros pueblos originarios, algunos de los cuales sólo fueron receptores del material.⁴⁴⁴

En primer término, el diseño se hizo en el territorio de Rapa Nui; mediante una estrategia colaborativa y de investigación acción donde el HHR participó como un actor facilitador. El material fue encargado a un grupo de mujeres jóvenes, de importantes familias rapanui⁴⁴⁵ quienes organizaron por su cuenta una serie de conversatorios con las mujeres mayores de la comunidad, y convirtieron el proceso en un momento íntimo de relevamiento de saberes ancestrales ya casi en desuso y de comunicación entre las mujeres rapanui frente a estos temas.

El material recogió información sobre creencias y prácticas relativas a salud sexual y reproductiva; mitología y leyendas respecto de estos temas; la importancia de los sueños y los ancestros y *varua* en tales áreas y el territorio; saberes sociales y medicinales sobre cuidados del cuerpo en cada etapa del proceso; roles sociales de cada miembro de la comunidad frente a la mujer embarazada y puérpera; los cuidados corporales simbólicos y materiales del recién nacido.

El año 2009 el material fue presentado con gran éxito en la comunidad. Para su confección participaron además otras instituciones como CONADI y desde la comunidad varios actores relevantes y de distintas generaciones rapanui.⁴⁴⁶

444 De todos modos, en algunos casos como el referido huilliche del sur de Chile, fueron interlocutores válidos en la fase de diseño, los referentes del programa de salud intercultural del Servicio de Salud Osorno, jurisdicción territorial a quien le correspondía.

445 Entre quienes destacamos el papel jugado por Anette Rapu Zamora, profesora rapanui y activista comunitaria; miembro del clan Rapu de Moeroa.

446 Como el conocido pintor Te Pou Huke.

Un proceso evaluativo contratado por Unicef sobre las guías del ChCC indicó lo siguiente para el caso rapanui,

La guía “Pe Nei te Poreko hanjao te na poki ‘i Rapa Nui”, es sin duda una de las mejores logradas en complementación de contenidos, ya que la visión biomédica y la Rapa Nui se hallan en un nivel discursivo similar logrando integrar los contenidos de manera más o menos horizontal. Así mismo también es la guía más completa y mejor evaluada por las usuarias entrevistadas (Pérez y Tocornal, 2016).

Según los objetivos de este material, interesaba que las mujeres indígenas –en este caso rapanui- y sus grupos familiares pudieran relevar sus saberes y acceder a los conocimientos que les permitieran tener estos procesos de manera adecuada en compañía del centro de salud.

Pero tanto fue el entusiasmo que generó en la isla y la convocatoria que tuvo la iniciativa de puesta en común y relevamiento de este patrimonio inmaterial que todo el contenido del manual decidió escribirse en lengua rapanui.⁴⁴⁷

Ello era coherente con el rescate cultural que estaban haciendo: no era el momento de traducir al español la riqueza cultural que estaban renaciendo a través el ejercicio de memoria colectiva ya que los contenidos íntimos se suelen transmitir y entender en lengua rapanui... (Rapu, 2017). Se estaría relevando tanto los contenidos como el rescate de la lengua.

Esta elección o relevamiento de rescate cultural generó sin embargo un problema operativo. No pueden acceder a comprender el manual las muchas mujeres chilenas residentes en la isla que no son étnicamente rapanui. Muchas de ellas son pareja de hombre rapanui y madres de niños y niñas rapanui, de modo que genuinamente desean vincularse con contenidos culturales de la cultura rapanui.⁴⁴⁸ Ello tanto en el plano de la maternidad como de la sexualidad con sus parejas, ya que la Guía rescató varios temas en esa misma línea.

La falta de acceso al material de estas mujeres chilenas se entiende desde el equipo de matronas del HHR como un obstáculo al ejercicio del derecho a disfrutar en igualdad de condiciones de esta política pública chilena, en un recinto de salud “chileno” como es el HHR. Nuevamente se plantea la pregunta del rol del HHR frente a la comunidad “de”

447 <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/nm-rapanui.pdf>.

Esta versión disponible en internet (2021) se encuentra escrita en español, proceso posterior de traducción de la guía original aquí analizada y justamente en base a las recomendaciones efectuadas por Pérez y Tocornal, 2016.

448 Lo mismo sucede a los hombres –padres- parejas de mujeres rapanui si quisieran integrarse a estos saberes. El uso exclusivo –excluyente- de la *vananga rapanui* también dejó fuera a quienes siendo rapanui no están en contacto directo y cotidiano con la lengua es decir no son hablantes activas.

Rapa Nui, más que a la comunidad –a estas alturas “ideal”- rapanui étnicamente como si fuera en efecto la única habitante.

El rol declarado por la guía en torno de favorecer la interculturalidad en este caso no se cumple a cabalidad por esta situación. Según el informe Perez y Tocornal, según la información recopilada entre los agentes de salud biomédicos entrevistados, ellos no cuentan con las guías de descripción de contenidos y por lo tanto no tienen acceso a los contenidos de la guía ya que no hablan el idioma. En este sentido, la guía de gestación intercultural, que supone busca ser un apoyo para el trabajo adecuado culturalmente entre el agente salud biomédico y la usuaria, está sub-utilizada tanto por los potenciales usuarios, como por el sistema de apoyo a la gestación y la crianza de niños y niñas (2016: 54).

Hay un elemento adicional y es que para el caso de los pueblos indígenas el diseño del programa contempló que el rol de la matrona -o el centro de salud- era un rol de suyo “traductor hacia” las mujeres indígenas, a las que un enfoque culturalista muy recurrente considera prejuiciosamente alejadas del sistema sanitario oficial.

El manual representaba en su diseño una posibilidad de contacto entre nociones y prácticas y en consecuencia desde la perspectiva triunfalista y hegemónica de salud, una oportunidad para que las mujeres comprendieran la importancia del control del embarazo en el centro de salud. Pero para el caso descrito, las matronas del HHR que no son rapanui y a quienes les corresponde entregar el manual “y explicarlo”, no pueden acceder al contenido por no estar en español.

De este modo, el material y el proceso que lo precede plantea al sistema y el diseño del programa varios desafíos y necesidades de adecuación no sólo cultural sino también política en el sentido de que requiere reformular los roles entre equipo de salud y usuarias rapanui. Esta política pública que por pública debiera ser igualitaria; ¿está acaso discriminando a las mujeres chilenas residentes?; ¿corresponde que actuara en cambio quizás como una política de discriminación positiva para las mujeres rapanui? ¿Y sobretodo considerando el efecto mucho más amplio que para ellas representa este material?

Es relevante por ejemplo que a través de este caso observamos tanto el afán culturalista –aunque excelente en su intención original y por cierto en el invaluable trabajo de rescate efectuado por sus gestores- que supone que todos los rapanui “hablan rapanui” o disponen de un ambiente familiar donde eso sucede.⁴⁴⁹ Del mismo modo no reconoce la diversidad de familias posibles dentro de la isla actual; la composición mixta de las mismas, cada vez más habitual. El rol del padre en la transmisión de su cultura –en caso

449 Se entiende de todos modos que el manual es una forma de “presionar” también a la sociedad rapanui y sus procesos de re-ubicación cultural, en este caso en torno del uso de la lengua.

de que este fuera rapanui- o en el involucramiento activo en estos procesos -si fuera continental. Y por último la misma noción de “lo rapanui” como distinción o marcación identitaria y cultural que es o puede ser objeto de una “discriminación positiva” en su propio territorio pero que arroja por oposición una discriminación “negativa” a quienes residen en la isla no llevando esta, a veces así entendida, “esencia”.

Para finalizar quisiera rescatar que en las paradojas descritas, encontramos una forma de agencia rapanui que habla de una capacidad de apropiación selectiva de la política pública, elemento interesante de considerar en la comprensión de la relación entre mundo rapanui y sociedad chilena y en relación con los procesos contemporáneos de medicalización de la isla.⁴⁵⁰

450 Recuerdan las palabras de Anette Rapu –misma autora de esta guía- en relación a la posibilidad de entender los fondos y políticas públicas desde una lógica de rescate cultural “para” Rapa Nui (ver la nota 371).

III.IV.IV Papa Ra'au, políticas públicas y folkmedicina

Este subcapítulo final de la tesis consiste en un análisis diacrónico del fenómeno de la folkmedicina rapanui durante los últimos 22 años que he podido observarla, con el objeto de comprender algunos elementos de su proceso de medicalización derivado de los cambios que hemos descrito en el transcurso de la tesis y focalizados en las políticas públicas de salud intercultural del país, al nivel local.

Para ello describiré inicialmente algunos elementos más estables de la folkmedicina rapanui y avanzaré hacia una descripción del programa *Papa Ra'au* de salud intercultural, su funcionamiento y las repercusiones que ha tenido en la práctica y nociones de la folkmedicina y en el relacionamiento con la institución.

Antes de iniciar esta descripción analítica, recordaré que la folkmedicina rapanui fue identificada y caracterizada por mi trabajo etnográfico en mi primer campo el año 1999.⁴⁵¹ Como el objetivo principal de mi práctica profesional –y luego tesis de pregrado- fue observar la vinculación entre ambas medicinas –aquella si es que la había, y la del hospital antiguo- el énfasis que resultó de ese trabajo fue la comprensión de la folkmedicina como campo de oposición política al Chile institucional, representado este por el HHR del momento. Discursivamente el HHR representaba los valores contrarios a los que inspiraban la folkmedicina y no era un espacio amigable ni para atenderse –siendo rapanui- ni para practicar abiertamente estos saberes que habían adquirido un carácter nacionalista profundo (Sigerist, 1940). La folkmedicina era contestataria e independiente del HHR.

Con el correr de los años –y yendo hacia la última etapa de esta cronología- se produjeron corrimientos en estas percepciones en torno del hospital, en la medida en que otros procesos –como la introducción de la política pública de salud intercultural- produjeron una folkmedicina escindida de la práctica doméstica y articulada con la del hospital; a la par que coexisten los saberes y prácticas folkmédicas domésticos de parte de otro segmento de la comunidad.

A través del tema puntual lograremos observar fenómenos mayores que de alguna manera sintetizan varios aspectos esbozados durante este trabajo en torno de la medicalización, su situación, prácticas y posibilidades locales.

451 Antes de ello había solo una muy breve identificación de plantas medicinales de uso local, que era lo que se había descrito y desde un marco no antropológico (Arredondo, 1988)

Elementos de la folkmedicina de Rapa Nui: los principios

Tal vez el elemento más distintivo de las nociones de salud y bienestar del pueblo rapanui se relacionan tanto ayer –terreno inicial de 1999- como hoy con las dimensiones de lo que he llamado “Poder Ancestral y Espacio Vivo” (Fajreldin, 2001, 2003, 2007, 2010d). En tal sentido, rescatamos la importancia de tres elementos: el *mana*, el *kainga* y el *tapu*, entendiéndolos como los principios tras la folkmedicina.

La noción polinésica de *mana* se entiende de manera muy versátil en el resto de la región del Pacífico; herencia de los antepasados, puede remontarse al núcleo común de cultura polinésica, y en efecto, la idea se encuentra extendida por otras áreas de este complejo cultural (Keesing, 1984; Bowden, 1979, Mills, 2016). En Rapa Nui el *mana* asume características particulares (Arthur, 2015; Fajreldin, 2002). Este se ha manifestado en épocas míticas sobretudo en la persona de los reyes como asimismo en los objetos tocados por estos que les hacían tabú (*tapu*) para el resto de los isleños. Esta fuerza ancestral se consideró también depositada en ciertos objetos tales como los monumentales *moai*, originalmente construidos con la finalidad de guardar este *mana* de los antepasados ilustres, y transmitirlos a través de su mirada de coral y toba, a los diversos grupos locales que les habían así distinguido (Fajreldin, 2003).

Asimismo, y dada la profunda ruptura social derivada del arribo de los extranjeros y el robo del material arqueológico –culturalmente connotado como una importante fuente de *mana*⁴⁵²- así como las dinámicas de la vida moderna que alteraron las relaciones sociales dentro de esta pequeña comunidad, el *mana* se considera hoy –y hace bastantes décadas- un elemento escaso y a la par o por ello fundamental en la recuperación de una armonía; la cual es tanto a nivel colectivo, como a nivel individual; porque la relación con el *mana* se produce de manera cotidiana en la práctica de la vida social y en la relación con el territorio.⁴⁵³ Gladys (rapanui, 50 años, año 1999) nos dijo amargamente «se llevaron todo, en Europa está lleno de museos con nuestras cosas, la cabeza de los reyes..., los *mangai*.⁴⁵⁴ ..., todas esas cosas. Si traen de vuelta y pone en las cuevas vuelve el *mana*, si no

452 Ya he referido al trabajo de rescate de piezas arqueológicas por museos del mundo que ha estado efectuando Jacinta Arthur, de la mano y por iniciativa de la recién fallecida *nua* Piru Huke Atán (Hucke Atán, 2021; Fajreldin, 2011a; Arthur, 2015)

453 El año 2010, cuando realizaba una actualización sobre el elemento etnobotánico llamado *Matua Pua'a* (Fajreldin, 2010a) –que merecerá una descripción especial ya que lo entiendo como elemento diagnóstico- encontré una serie de nuevas perspectivas en la valoración de algunos miembros jóvenes de la isla respecto del *mana*, situándolo también a nivel de eje articulador de las relaciones sociales y del amor entre los miembros de la comunidad; y de la relación de los mismos con su espacio.

454 *Mangai*; anzuelos de hueso tradicionales, considerados como amuletos de buena suerte en la pesca. La comunidad contemporánea los usa como un símbolo-adorno colgado al cuello; y en las cuevas antiguas de

quedamos como estamos, ya casi no hay».

En este sentido, la noción rapanui de *kainga* (Gómez, 2017; Delsing, 2013; Fajreldin 2011a) remite a una dimensión de territorio vinculado al clan de pertenencia –el *mata*; se trata de una forma de habitar el espacio ya sea activamente en conjunto con la familia o con la memoria situada de los antepasados. Semejante integración entre persona individual y su pertenencia al clan en el territorio, vincula a los rapanui con la noción de *mana* del territorio, y les permite y reclama asimismo una cierta forma de estar en el mundo; a través del tercer elemento que podemos entender relevante, el *tapu* (Keesing, 1984; Bowden, 1979; Mills, 2016).

Tapu es entonces una palabra que remite a la sacralidad de algo o alguien –en particular hoy en día las personas mayores a quienes se supone depositarias de mejores conocimientos y *mana*-, de un espacio, de una actitud y de unas formas de relacionarse desde el respeto y el cuidado. Es también por extensión la prohibición de transgredir algunos límites dados por la situación de que se trate; algunos lugares en la estructura social o cualquier regla cultural por extensión.

La idea del territorio en la isla incluye la existencia de seres espirituales –*varua*, a los que hemos aludido- que según decía la comunidad ya el año 1999 «ya no pueden andar tranquilos, con tanto ruido, con tanta luz, con tantos autos, con tanta gente extraña» (Fajreldin, 2002). Ya al inicio de los 2000 la comunidad estaba tensionada: los mayores criticaban a los jóvenes por no darle tanta importancia al rol de los ancianos; y de alguna manera estar abriendo la isla a la presencia de chilenos continentales que alteraban la relación armónica con el mundo de los *varua*. El rol de los *varua* como he dicho es principalmente como tutelares, encargados de proteger los territorios familiares, antiguamente tribales.⁴⁵⁵

Además de la relación con los *varua*, existe la idea de que ciertos lugares tienen una calidad intrínseca de mayor *mana*; elemento que fue así también antiguamente. Específicamente importantes eran en 1999 los volcanes Rano Raraku, Poike y sus zonas aledañas, Aroi, y especialmente el volcán Rano Kau ubicado en el vértice sur-oeste del territorio isleño, siendo el cráter del mismo la principal fuente de *mana*. En tanto, en otras zonas del territorio que tienen que ver con la historia reciente y la presencia de occidente

Rapa Nui los antepasados dejaron su huella a través de este tipo de objeto de modo que se convirtieron en un legado depositario de *mana*.

455 Aunque la división tradicional del territorio fue modificada varias veces por la historia de la isla, las familias y clanes conservan hoy una memoria inmaterial que se manifiesta en el territorio en un mapa cognitivo con sus divisiones, siendo un conocimiento que es transmitido vía oral por los mayores de la familia a los nuevos miembros (Fajreldin, 2011a). <https://www.youtube.com/watch?v=ZBykXMi59aA>

el *mana* no es “tan fuerte”. Esas concepciones de espacio se encuentran relativamente intactas al menos hasta el año 2010.

La principal fuente de *mana* de la isla es sin duda el volcán Rano Kau; ya Pierre Loti recogió durante su viaje en 1872 la siguiente impresión (Loti, 1999: 39), «Es un coliseo inmenso y magnífico, en el que maniobraría holgadamente todo un ejército. El último de los reyes de Rapa-Nui subió para ocultarse en él con su pueblo cuando ocurrió la invasión peruana, y allí tuvo lugar la gran matanza. Los senderos que conducen a él están repletos de esqueletos enteros que yacen aún tendidos sobre la hierba».

Dentro de la comunidad rapanui contemporánea Rano Kau es “el volcán”, mencionándosele simplemente así. Aún acoge a los isleños que van en busca de refugio, ya no de las expediciones esclavistas, sino de la soledad, de la pobreza de *mana*, y en busca de cierta panacea isleña, la planta conocida como *Matua Pua'a* (Fajreldin, 2010a; Fajreldin, 2003).



Fotografía 32. Cráter del Volcan Rano Kau. Podemos observar las fuentes de agua en el fondo y las especies vegetales que crecen también en las laderas. Fuente: fotografía de Rolando Quinlan.

Posee un cráter en extremo fértil, contrastando tradicionalmente la variedad de especies contenidas con el paisaje del resto de la isla. Rano Kau es “el lugar” por excelencia, conservando en su interior gran cantidad de elementos que tradicionalmente han tenido importancia cultural. Es el caso del Hau Hau,⁴⁵⁶ del Tavari, del Pua,⁴⁵⁷ del Mahute,⁴⁵⁸ de

456 *Triumfetta semitriloba*, para fabricación de artesanías.

457 Desde la tierra mítica llega Manu Keu a enseñar a los rapanuis la técnica del rallado del *Pua* para la obtención de su tintura, que sirvió a la cultura tradicional tanto para las capas de *Mabute* como para teñir el rostro de los *timo ika* o imprecadores de la muerte de un enemigo tribal (Englert, 1980).

Marikuru, de numerosas variedades de plátano, entre otros, actuando como un reservorio de delicias “de los antiguos”. Varios de estos elementos han sido integrados desde la Polinesia u otras zonas del mundo pero no se dan en el resto de la isla con la exuberancia y hermosura que la comunidad atribuye a este lugar. En los relatos de los informantes, “el volcán” es el sitio más precioso en cuanto a vegetación, envidiable, gozoso a la vista, cuya belleza perturba al visitante, distrayéndole. Y es el lugar de donde se extrae el *Matua Pua'a*. En mis últimos trabajos de campo asimismo hemos podido comprobar que el estatus sigue conservándolo; con algunos cambios relevantes que ya detallaremos respecto de *Matua Pua'a*.

Elementos de la folkmedicina de Rapa Nui: los saberes y las prácticas

La folkmedicina rapanui contemporánea manifiesta una concepción etiológico-práctica donde pervive una concepción que vincula al hombre-comunidad con el mundo sobrenatural y ecológico, en relación con los aspectos mágico-religiosos de la cosmovisión ancestral de raíz polinésica. Este *mana*, esta poderosa fuerza arcaica, persiste estableciendo entre la comunidad y su medio ambiente un lazo histórico y místico.

En la década del 2000 la comunidad rapanui me permitió observar la presencia – ya que no supervivencia- de nociones etiológicas que vinculaban principalmente la transgresión de los espacios con *mana*, de las relaciones con los *varua*, de las relaciones intergeneracionales, con estados de salud y malestar en los individuos transgresores. Asimismo, era corriente escuchar hablar sobre el rol mediador de otros miembros de la comunidad (generalmente ancianos con *mana*) que ayudaban a transmitir la causa del malestar a través de sueños en los que aparecía un *varua* del territorio donde se generó la transgresión (Fajreldin 2002). Los sueños también hoy pueden anunciar un embarazo, el sexo del niño o su *po* (Fajreldin, 2011a; Rapu, 2017) que permite entre otras cosas entrever la personalidad futura del bebé en gestación, ya que existe la asociación entre visiones de ciertos animales y características del individuo, siendo por lo general la madre del niño quien soñará e interpretará.⁴⁵⁹

458 *Broussonetia papyrifera*. Antiguamente se utilizaba el *Mabute* para la fabricación de capas de vestir. Actualmente se realizan artesanías (paños) sobre los cuales se pintan diseños considerados “tradicionales”, para la venta a turistas.

459 Estos conocimientos se encuentran siendo reforzados ante lo que se lee comunitariamente como una pérdida de patrimonio inmaterial en torno de los cuidados del ciclo vital, por ciertas estrategias de algunas mujeres de la comunidad, como pudimos observar en la estrategia de apropiación del Chile Crece Contigo, que hemos aludido anteriormente.

Así, se configuraba de paso una dimensión preventiva de cuidado de parte del individuo respecto de su conducta en el espacio. Por ejemplo la existencia de *tapu* respecto a ciertas etapas o estados de la mujer como el embarazo o la menstruación, que impedían acercarse a las caletas de pesca, subir a botes o pasar por ciertos lugares puntuales de la isla donde se considera podrían acechar espíritus envidiosos de su estado; las mujeres debían evitar asimismo entrar en campos labrados por temor a “contaminar” los alimentos en gestación, tampoco montar a caballo pues esto debilitaría al animal pudiendo ocasionarle incluso la muerte, o bien dejarlo en un estado tal que “contamine” al hombre que posteriormente lo monte (Fajreldin, 2002). Lo mismo podría suceder con una persona que desoía los consejos o imposiciones de los miembros mayores de su familia; existiendo la noción de *tohu* o maldición que se entiende como un acto de habla con poder para dañar o castigar. La mayoría de estas transgresiones se resolvían mediante actos de habla de los miembros mayores de la comunidad habitualmente con una ceremonia de vinculación del transgresor/a al *kainga*.

En los años 2000 identificamos además nociones de *tapu* que vinculaban especies de pesca o botánicas con la necesidad de restituir un equilibrio ecológico –como no pescar atún en los meses de invierno pues si no se enfermaría de asma u otras prohibiciones alimenticias estacionales-; pero en aquel entonces la lectura comunitaria estaba aún muy vinculada con una explicación de tipo mágica. En efecto, uno de los cambios grandes que han existido en estas décadas es referido a que se acentuó una perspectiva ecológica –ya no mágica- y un discurso también ecológico sobre por qué no abusar de la extracción de peces o, como nos interesa en esta tesis, de ciertas plantas desde sus lugares de origen.

Desde otro paradigma etiológico y en una clara dimensión de autoatención (Menéndez, 2018), en la folkmedicina rapanui de hace 20 años encontramos gran cantidad de etnofarmacopea principalmente botánica y en menor grado marina (Fajreldin 2001, 2002). La misma estaba directamente relacionada con la noción de equilibrios naturales que explicaban la enfermedad; de modo que con simples estrategias de tratamiento con hierbas se podían sanar. Se destacaba el hecho de que la mayor parte de ellas no eran originarias del territorio pero eran fácilmente incorporadas dentro del saber hacer por parte de la comunidad,⁴⁶⁰ llegando a entenderse rápidamente como “mi remedio pascuense” (Fajreldin, 2001). De este modo era posible observar que la comunidad

460 La comunidad advertía con claridad la mayor parte de las historias de importación de dichos elementos botánicos, vinculando la época en que fue importado –nunca para fines medicinales concretamente- con los contextos epidemiológicos más prevalentes en la comunidad del momento (Fajreldin, 2002).

distinguía los momentos de incorporación de la planta al ambiente isleño y el uso que para ese entonces se le daba en función del panorama epidemiológico existente. La gran conclusión fue la extrema flexibilidad de la comunidad rapanui para hacerse de elementos que mediante su utilidad práctica se convertían simbólicamente incluso a través del lenguaje en propios. Una primera nota en torno de ello es el uso extendido en la comunidad en aquel entonces del término “pascuense” para referir incluso a “su” (esta) medicina así construida a la luz de la contingencia (Fajreldin, 2002), que analizaré más adelante desde una perspectiva bio(política).

Además de la etnofarmacopea, nuestra investigación de campo encontró en el 2000 ciertas menciones referidas a farmacopea marina, como el uso del aceite de tiburón como cicatrizante de heridas externas e incluso intestinales, o bien para fracturas, lavados vaginales, problemas epidérmicos, etc.; la carne de pescado para secar superficies purulentas; algunas algas o pequeños moluscos, lapas, erizos, tacatore, etc., para controlar infecciones gastrointestinales, para combatir estados gripales y asmáticos, o bien tratar problemas de la piel. Muy comunes eran también los tratamientos en que se involucra a la arena como vehículo del calor, o el agua de mar a la que se da variados usos como la ingesta y el baño antidiarreicos, lavados genitales femeninos, lavados o baños en el mar con el fin de sanar enfermedades de la piel y cicatrizar heridas, frenar hemorragias, combatir problemas reumáticos y óseos, entre otros.

Del mismo modo, la comunidad rapanui tenía la costumbre de sólo visitar las playas o roqueríos aledaños al mar pasando días enteros expuestos al “aire marino” y la “sal”, consumiendo *pipi* -pequeños moluscos de rocas- y ciertas algas, con el fin de prevenir o bien aliviar los síntomas del resfrío y otras enfermedades respiratorias y pulmonares; en un gesto que claramente manifestaba su vínculo con el territorio y las ideas en torno al *mana* de este. Es decir, el sólo hecho de estar en el territorio era considerado una práctica de bienestar. En los últimos años y debido al fenómeno migratorio intensivo, aquellos lugares de orilla –fuera de Hanga Roa, en lo que emicamente se considera “el campo”- esa costumbre de ir a sólo estar para sentir el contacto sanador con el mar, con las algas, con la brisa, se ha ido perdiendo; pues muchos rapanui sienten la sensación de “invasión” de sus espacios íntimos, ahora también fuera del pueblo.⁴⁶¹

461 Los *tire* parecen estar siempre en todos lados, lo que refuerza un discurso a ratos rallano en la xenofobia hacia los continentales.

Algunos otros elementos usados en la terapéutica se vinculaban antaño con las actividades del área rural, como la saliva de perro como desinfectante y cicatrizante de heridas abiertas, la ceniza utilizada para refregar zonas enronchadas hasta que penetre la misma y cure la herida, la grasa de animales como pollo, cordero o cerdo para impermeabilizar la piel o unir a elementos botánicos específicos. También observamos la importancia asignada al fuego como cauterizador, y en general al humo que sale de los hornos subterráneos –*umus*- como penetrador del cuerpo y fortalecedor del mismo. Estas estrategias terapéuticas eran más bien privativas de las personas consideradas más rústicas en la comunidad por su vinculación con lo agropecuario.

Otras prácticas terapéuticas muy utilizadas y valoradas como propias eran la aplicación de calor y/o peso por medio de piedras –*maea*-. Las piedras requerían ser calentadas en un horno subterráneo o superficial y envolverlas de preferencia con algunas hojas de tamaño adecuado o en su defecto con paños, para luego colocarlas en la zona adolorida, o como señalan los informantes: la musculatura “suelta”, los huesos “abiertos”. Esta técnica era usada para aliviar dolores sobretodo de espalda, y es además ampliamente valorada para el caso de las mujeres púerperas que necesitaban recomponer sus tejidos, colocando las piedras en la zona exclusiva del pubis, en el vientre o en otros casos además en “los huesos de atrás, en la cola”.

La utilización de *maea* tenía dentro de la comunidad entonces gran adhesión y pese a que nadie cuestionaría la utilidad de esta práctica, se observaba un debilitamiento debido sobre todo a lo engorroso que resultaba ya el procedimiento para las mujeres jóvenes que ya venían al inicio de los 2000 integrándose a los empleos formales en el pueblo con su consecuente desvinculación de los ritmos y tiempos naturales, lo que es altamente censurable a los ojos de las mujeres mayores en aquel entonces.

El uso de baños de vapor, que consiste en poner al paciente dentro de un horno subterráneo calentado y dejarlo reposar varias horas, para provocar sudoración y “purificación del cuerpo”, parece haber sido una antigua estrategia constatado tanto en la bibliografía (Campbell, 1993) como en el relato nostálgico de algunos informantes del año 1999. Esta práctica estaba entonces levemente presente pero nuestro terreno encontró que el vapor estaba siendo usado considerado como sudorífico y también como un vehículo del calor o los efectos de algunos elementos vegetales específicos que se espera penetren dentro del cuerpo para purificarlo, desinfectarlo, “sacar el frío”, componer algunos tejidos y huesos debilitados o semi-destruidos. Siendo valioso entonces, era logrado sin embargo privilegiando en vez del “engorroso” uso de *umuu* –ollo en la tierra- a

través de la infusión y/o decocción de algunas hierbas específicas, o bien vapor de agua pura o de mar de modo que llegaba directo hasta el paciente a través de una olla u otro depósito doméstico.

También se reportaban algunas prácticas de autoatención de masajes corporal o *tauromi* muy apreciadas por la comunidad de los 90. Por lo general el *tauromi* era una técnica utilizada por las mujeres ancianas y de edad media, en el contexto de la cotidianidad, realizándolo con algunos elementos tales como grasas y aceites de distinta naturaleza: cordero, pollo, cerdo, aceite vegetal (producto comercial) o incluso otras veces con “colonia”, cremas comerciales, o agua de mar, con los cuales se friega el cuerpo o ciertas zonas específicas. La principal función asignada a los masajes o friegas con estos elementos era penetrar el cuerpo para impermeabilizarlo y aislarlo del frío, como asimismo “sacar el frío” una vez dentro. Además, “endurecer” la musculatura y asegurar elasticidad a los tejidos en general.⁴⁶²

Ciertas prácticas recurrentes de cuidado del cuerpo reflejaban también en lo doméstico estrategias de inversión en salud, dirigidas especialmente a las mujeres, al recién nacido y a los niños, concepción preventiva que constituyó uno de los aspectos más llamativos para mi observación de entonces.

Nuestro trabajo de campo entonces no encontró ningún concepto etiológico o práctica que pudieramos atribuir a la presencia de los chilenos continentales.⁴⁶³

En 1999 no encontramos una especialización clara respecto del rol de agente sanador tradicional exceptuando el “poder para preparar” que puntualmente correspondía a ciertas mujeres de la comunidad frente a *Matua Pua'a*, lo que tampoco implicaba la existencia de un rol de tipo chamánico ni nada parecido. Sí existía una noción generalizada de que las personas mayores, hombres o mujeres, con su dosis adicional de *mana* podían ya sea saber sobre medicina tradicional o hacer remedios tradicionales de manera más eficiente que otros. Tei, (rapanui, 33 años, 1999) dice conmovido y asustado

462 A pesar de ser una técnica de autoatención, entonces encontramos ciertas personas que se dedicaban de manera más profesional, con alguna técnica particular y en un contexto de “cobro por servicios”, siendo estas prácticas bastante sincréticas. Registré entonces la existencia de mezcla de diferentes estrategias y saberes tanto procedimientos antiguos como estudios de masajista en el continente con oraciones cristianas y un escenario recargado de santos e imágenes católicas. Estas personas son conocidas por “hacer tauromi”, pero no se las asocia al conocimiento del *tauromi* tradicional y ello no alcanzaba entonces a producir un fenómeno de especialización ampliamente divulgado entre la comunidad, según mis observaciones.

463 Los elementos de la farmacopea de autoatención chilenos como la miel con limón y otras “obviedades” continentales no eran utilizadas ni conocidas como tales en la isla. Sí identifiqué la práctica del “quebrar el empacho” en dos personas chilenas residentes, quienes lo practicaban a chilenos en sus hogares, no difundiendo a los rapanui obviamente pues las lógicas subyacentes estaban muy distantes entonces. La excepción la constituía la esposa de un rapanui que aplicaba la técnica según ella a rapanui y no rapanui; pero no me consta. Esta nota fue recogida en su libro sobre el uso transcultural del empacho por el conocido antropólogo médico mexicano Roberto Campos (Campos, 2017).

por los cambios que se generan en la isla «los antiguos vinieron trabajando para estos días, nosotros ¿vamos a despreciar?». Los ancianos tenían un *status* privilegiado que les permitía o hacía preferible que sean ellos quienes preparen remedios para otros miembros de la comunidad.

Veamos cómo lo decía una joven (rapanui, 18 años, 1999), «Entonces al tiro se adaptan a los *korojúu* –ancianos-, porque los ancianos tiene que prepararlo (...) eso fue lo que me dijeron mis abuelos, que porque soy joven... Antiguamente lo hacía la gente adulta, porque si lo hacíamos los jóvenes se iba a perder el *mana*. Entonces, mejor que lo hagan ellos, porque tiene más *mana*».

De este modo, los miembros más jóvenes se dejaban asesorar y o preparar remedios por los mayores de su círculo doméstico; favoreciendo una estrategia de autocuidado en la línea de la autoatención, a partir de un principio consuetudinario según el cual el conocimiento se encuentra repartido por la isla (y por el mundo), de modo que cualquier miembro de la comunidad puede legítimamente tener conocimiento sobre el uso de una o más plantas cualesquiera.⁴⁶⁴ El conocimiento de que algunas plantas son medicinales, su procesamiento y aplicación, está relacionado en ciertos casos más con algunas familias que con otras. No se trata de especializaciones, sino de elementos que “prefieren usar” los miembros de un grupo familiar por sobre otros. También es posible apreciar formas de procesamiento, efectos esperados o síntomas para los cuales se ocupa, diferentes de acuerdo a la familia.⁴⁶⁵ En Rapa Nui muchas veces la fuente de tales conocimientos en torno a la materia médica y la autoatención es por lo general la *nua* –la mujer abuela, más anciana del grupo familiar- como figura central en la distribución del saber farmacológico, y por tanto influye en la mantención de ciertas áreas de conocimiento que son características y hasta privativas a veces de algunos grupos familiares.

Muchos hombres también eran consultados como conocedores en la indicación y/o preparación de remedios, y sobre todo, en la ubicación dentro de la isla de los elementos botánicos a convertir en remedio, como también hemos notado que muchas veces los hombres son encargados de ir a buscar plantas medicinales a ciertos lugares por ellos conocidos. Esta división de funciones de género se mantiene hasta hoy conservada.

464 Exceptuando la conceptualizada como más delicada, el *Matua Pua'a*.

465 Se trata de una forma tradicional de división de conocimientos, tareas y saberes dentro de la comunidad rapanui; donde los mismos se entienden repartidos, produciéndose a veces situaciones de competencia entre estos saberes o prácticas familiares (Englert, 1988; Campbell, 1999, 1993). Para los rapanui de los 90 que conocía, una explicación era que “antiguamente habían muchas razas”, asumiendo la forma de las distintas familias, cada una con su conocimiento propio.

Elementos de la folkmedicina de Rapa Nui: El Matua Pua'a como elemento diagnóstico

Un elemento que he podido observar estos 22 años es el denominado *Matua Pua'a*, (Fajreldin, 2003).⁴⁶⁶ Es un helecho que está presente en otras farmacopeas polinésicas (Ho y cols, 2010); la planta misma se encuentra también en el continente sin poseer connotación de medicinal. Como especie corresponde, según una nomenclatura aportada por botánicos franceses en los 2000,⁴⁶⁷ a *Microsorium cf. parksii*⁴⁶⁸ (Familia Polypodiaceae); existiendo variedades dentro del ecosistema isleño. Su distribución en el territorio de la isla es fundamentalmente en zonas húmedas y acompañada de vegetación de contexto; y principalmente el cráter de volcán Rano Kau. El *Estudio Diagnóstico del Desarrollo Cultural del Pueblo Rapanui* (Fajreldin, 2011) lo identifica entre las especies en riesgo debido a la presión sobre el medioambiente (Fajreldin, 2002; Fajreldin, 2010a). Asimismo, identifica que se percibe por parte de la comunidad como un recurso en tanto medicinal vulnerable. El *Matua Pua'a* ha sido observado por esta etnografía larga por ser considerado un elemento diagnóstico de los procesos en salud/enfermedad/atención de la isla.



Fotografía 33. Hojas del *Matua Pua'a* en proceso de crecimiento en volcán Rano Kau. Foto de Rolando Quinlan, 2010.

466 *Metua Pua'a* en Tahiti o *Metuapua'a* en Polinesia Francesa en general (Ho y cols, 2010), *Microsorium scolopendria*.

467 Durante la década del 2000 Francia apoyó varios proyectos de restauración de flora endémica y polinésica en la Isla, trabajando estrechamente con CONAF y ONF. Se destacaron los trabajos de J. Meyer (Meyer, 2008), J.F. Butaud y P. Cabalion. Los trabajos también incluyeron comparaciones con otras islas del Pacífico y nuevas nomenclaturas botánicas. En la década anterior el *Matua Pua'a* estuvo asociado a *Polypodium scolopendria* (Arredondo, 1988).

468 De amplia distribución en Asia tropical, Polinesia, Australia, Malasia, Africa tropical, Madagascar. Rizoma largamente rastrero, grueso (0,5 cm de diámetro) cubierto de escamas oscuras. Frondes* de 60-90 x 30 cm con el raquis anchamente alado. Lóbulos coriáceos lanceolados a oblongos acuminados, de 10-20 x 2,5-4 cm. Soros grandes, circulares (Dubois, 2013).



Fotografía 34. No fue si no hasta el año 2010 que en un acto de confianza la *nua* Ruth Ika me dio a probar un poco de brebaje de *Matua Pua'a* en el patio de su casa. Lo bebí con emoción y pudor por considerar que no me correspondía... Foto de Rolando Quinlan, 2010

En el año 1999 “el lugar” por definición desde el que se extraía la planta era el volcán Rano Kau, y su presencia se explicaba por un origen mítico ligado ya sea a la persona de un rey, de un héroe mítico, de un joven hermoso y vigoroso.⁴⁶⁹ En terreno comprobamos entonces el recuerdo de un personaje mítico -medio *varua* medio *ariki* (rey)- llamado *Ure*, se debe la herencia ancestral dejado a los rapanui en este espacio sagrado.⁴⁷⁰ Si embargo, en el año 2010, cuando efectué el documental específicamente sobre la planta no fue posible hallar en ningún discurso mención alguna sobre el origen mítico de la flora del volcán. Si no hay mención no sólo hay olvido... sino ¿tampoco importancia?

469 Dos atributos altamente valorados en Rapa Nui para los hombres jóvenes y relativos a la masculinidad en general. Varias de las prácticas de autoatención domésticas están enfocadas en proteger y estimular el desarrollo de estas cualidades “masculinas”.

470 Parte de estos relatos orales de entonces tienen un asidero en la bibliografía, ya que el relato de Martín Paté en los años 40 a Federico Felbermayer (1948) donde la abundante riqueza de su vegetación no es una obra natural, sino que se atribuye a la acción premeditada de un espíritu.

Matua Pua'a era el año 1999 la planta por excelencia que recibí el nombre de “mi remedio pascuense”, siendo “el más sagrado”.⁴⁷¹ Cuando se trata de describir su uso, la comunidad lo señala como *muy delicado*, *muy peligroso*, entre otros. Como indicamos, la sacralidad del remedio entonces estaba vinculada con el origen en el volcán, entendiendo al mismo como un legado dejado en este sitio “cargado” de *mana*.

Y en efecto, si podemos hablar de la existencia de sanadores o especialistas propiamente tales dentro de la folkmedicina rapanui de entonces, era justamente en relación con la conversión en remedio de esta planta en particular.⁴⁷² El número de sanadores tradicionales reconocidos por la comunidad era escaso, siendo sobretodo ancianas mujeres.

En torno a la preparación del remedio, existía de parte de ellas bastante pudor ya que se consideraba más bien una receta de tipo reservada, de modo que la comunidad censuraba a quienes de las agentes médicas no respetaran tal secreto. De las agentes que velaban por el resguardo de la receta y de todo el proceso de conversión de la planta en remedio; se decía entonces que tenían “poder parar preparar”; y de quienes se consideraba no respetaban a cabalidad algunas de las condiciones con que se rodeaba a la preparación del *Matua Pua'a*, se decía, en todo descalificador, que sólo poseían “saber cómo preparar”.

471 Sagrado, especial, muy sagrado, el más sagrado, muy delicado, el más peligroso, entre otros conceptos *emic* (ver Anexo 26) (Fajreldin, 2002)

472 El término *taote* en todo caso, no se usaba el año 1999 para referir a este saber y poder en torno de la planta. *Taote* sólo se usaban entonces para referir a los médicos del HHR. De hecho no identifiqué ningún nombre para referir a este saber-poder, pienso que porque ello no constituía entonces “oficio” propiamente tal. Años después, cuando hice mi documental en torno del tema (2010a) yo misma usé la palabra “sanadora” para referir a ellas; desde donde se extendió y otras personas comenzaron a usarla también. Recordemos que hoy este saber poder (y oficio para quienes lo desarrollan como tal) se llama *taote rapanui*.



Fotografía 35. La *nua* Ruth Ika es reconocida por su poder para preparar *Matua Pua'a*. Foto de Rolando Quinlan, 2010.



Fotografía 36. En las fotos, la conocida e inoivable *nua* Analola Tuki ya fallecida; matriarca del clan Rapu Tuki y heredera de una larga tradición de preparación de la planta; acompañada en su casa por su altar católico en que se inspira su preparación, año 2010. Foto de Rolando Quinlan.

El procedimiento para obtener remedio de este helecho sagrado tenía varios requisitos, de los cuales destacamos la necesidad de ir a buscarlo al volcán de madrugada y en estado de ayuno; para lo cual por lo general la agente médica enviaba a un joven disponible y fuerte que tuviera ese espíritu de sacrificio entonces necesario e indispensable para comenzar con el proceso sanador. El mismo continuaba con la preparación secreta de la planta en casa de la anciana; y luego con la prescripción de la dosis a la persona que lo había solicitado. Ningún remedio se preparaba sin haberlo solicitado expresamente alguien en especial; de modo que la anciana concentraba su energía y su “fe”, en esa persona, durante todo este proceso y durante la auto-administración del remedio en casa del enfermo.

El enfermo por su parte debía guardar un ayuno sexual estricto durante todo el período que durara la prescripción del remedio; indicación que suscitaba en la comunidad gran misterio pero que se asociaba más bien a la necesidad de “sacrificio” –nuevamente- en virtud de sanar. Este elemento considera otras precauciones que se inician al momento de decidirse por utilizarlo, de buscar una persona que lo prepare, pedir su preparación, buscar la planta en el volcán, ya que se debe ir concentrado, sin dejarse tentar por las exuberancias del Rano Kau. Laura (rapanui, 42 años, 1999) lo explicaba así

hay una persona solamente que puede ir a buscar ese remedio (...) y la persona por ejemplo cuando yo necesito pa mí o pa mis hijos, yo voy, converso con él, tiene que ser...es como decir ser fiel, ir a buscar ese remedio sin pensar en otra cosa (...) concentrarse en ese remedio sin pensar en otra cosa, por ejemplo, uno camina piensa en su pololo o se encuentra con un amigo, cualquier cosa, no, aquí nada, solamente pensar en el remedio, porque si uno piensa... ese remedio no vale, no vale para nada, no sana la persona.

Hablando de sus prácticas, Inés (rapanui, 70 años, especialista en la preparación del remedio, 1999) se refería al *Matua Pu'a*, diciendo

Nadie toma las cosas tuyas, no le da a otro, pa que se mejore, porque viene otra persona, toma tu remedio (...) ay, ay ay, esa es maldición, de quitar sus cosas esa persona por tomar su bebida. Así es : pa ti no más tú guardas bien (...) yo lo hago para ti, yo voy a hacer el tuyo para ti, no le vas a dar a nadie, ni lo que sobra, porque ese si sobra hay que guardar, guardar con llave, para que nadie lo saque, pa que nadie toma, pa que no quite su fuerza que usted está tomando (...) porque si otro roba, te quita la fuerza, te quita la fuerza que tú estás tomando pa mejorar.

En 2010 –una década después de mi primer terreno- cuando actualicé esta investigación y plasmé en un documental de 55 minutos la situación en torno del *Matua Pua'a* en la isla (Fajreldin, 2010a); gran parte de estos *tapu* de preparación seguían presentes, así como la idea del sacrificio necesario para obtener la recompensa entendida de la sanación.

Un elemento relevante que denunciaba ya entonces el impacto de la presencia de agentes medicalizadores como la llegada de la farmacia comercial –Farmacia Cruz Verde-

a la isla, es la mención que hace una de las nuevas sanadoras preparadoras del remedio donde compara la experiencia de sacrificio necesario en el proceso del *Matua Pua'a* por parte de los actores presentes en su búsqueda, elaboración y uso; con el «ir a la farmacia cruz verde y comprarte y tomarte un remedio» (Felicita Tepano en Fajreldin 2010a).

Elementos de la folkmedicina de Rapa Nui: el elemento político

Hace ya dos décadas, uno de los aspectos más relevantes y llamativos fue constatar el rol nacionalista de la folkmedicina a nivel del discurso de toda la comunidad: tanto los sanadores como los usuarios de la misma e incluso aquellos que reconocían no utilizarla, entendían como un sinónimo los términos de *ra'au rapanui* remedio rapanui o “pascuense” como ya hemos comentado, con un fuerte sentido de identidad que era independiente del origen o tiempo de importación-inclusión de la materia médica al sistema de salud isleño; y un rol que reivindicaba la posición de independencia del pueblo rapanui respecto del sistema de salud chileno continental. En una de mis citas indiqué,

Los elementos de la farmacopea botánica que hemos encontrado en terreno, no sólo los “remedios pascuenses” y, si se nos permite, los que vendrán a futuro, son un corpus de elementos médicos que hablan de una identificación cultural. En el discurso queda muy claro, “yo hago con mi remedio pascuense”, lo que muchas veces surge a partir de la crítica o comparación opositiva entre sistemas, siendo tradicional lo opuesto a la medicina “del hospital” (Fajreldin, 2001).

Destaqué entonces tres funciones que a mi juicio estaba cumpliendo la medicina rapanui, que estaban vinculadas con aspectos políticos:

“Una defensa simbólica”: los remedios “pascuenses” eran concebidos como una manifestación palpable del rol que jugaron en el tiempo largo en que los rapanui vivieron durante la compañía y la administración de la marina –que era el horizonte temporal más lejano del recuerdo de mis informantes de entonces. En los duros tiempos los remedios pascuenses pudieron “hacer frente” a las enfermedades que generaron ya sea por la importación de infecciosas como aquellas derivadas de los cambios en la forma de vida. Los remedios “pascuenses” eran entendidos como una potencial fuente de sabiduría que protege a la comunidad –el conocimiento como potencia- ante la eventualidad de cualquier escenario epidemiológico futuro. Esta dimensión se mantenía intacta en el discurso, incluso entre personas muy jóvenes de la comunidad el año 2010 (Fajreldin, 2010a).

“Una reivindicación identitaria:” para los rapanui de entonces, los “remedios pascuenses”, y a pesar de existir esta palabra con una carga tan colonialista; eran concebidos como intentando reivindicar una cercanía original con Polinesia, que de

alguna manera se encontraba muy presente en todo el discurso y el actuar políticos de la comunidad de la época. Pese a que no todos eran de origen polinesio, la medicina rapanui se concebía en bloque como teniendo una raíz polinésica en el discurso.⁴⁷³ Obviamente si la folkmedicina era nacionalista, su origen polinésico se rescataba para profundizar la oposición a la “medicina del hospital”.

“Una esperanza transhistórica”: partiendo de la base del ensalzamiento colectivo de la forma de vida de los “antiguos rapanui” –no respecto de los *tupuna* (antepasados remotos) sino de los que vivieron el contacto colonial-; la comunidad encontraba en ellos ejemplo de esfuerzo y vitalidad para poder llevar una pesada carga de la memoria colectiva que tenía que ver con la sensación de vulnerabilidad frente a la enfermedad “de afuera” y la precariedad económica.⁴⁷⁴ La folkmedicina de entonces –en los 90- recordaba ese *ethos*, ese esfuerzo y por ello tenía un *status* de herencia del valor.

El PESPI en Rapa Nui: la instalación

La existencia de un conocimiento local relativo a la salud, la enfermedad y la atención, existente antes y durante el proceso de medicalización hasta aquí descrito plantea el problema de su articulación con la fase última de ese proceso. Como indicamos en el Capítulo I, el PESPI es un programa ministerial de alcance nacional dedicado a equilibrar las inequidades en salud hacia los pueblos originarios del territorio chileno, teniendo varias experiencias dispuestas entre las distintas etnias del país.

En Rapa Nui el trabajo en torno del PESPI comenzó mucho más tarde que en el resto del país, debido a una serie de situaciones tanto internas como externas al tema sanitario. En la Isla se activó esta posibilidad derivada de la reforma constitucional de la ley N° 20.193 de 2007 que crea el Estatuto Administrativo de “territorio especial” de Isla de Pascua y que permite por resolución incorporar a la jurisdicción de salud del SSMO el territorio isleño y con ello se da inicio entre otros varios programas continentales, al

473 Y no estamos tan lejos de que en parte sea así, si es que la miramos críticamente desde las nociones que identificamos como los “principios de la folkmedicina” que son claramente compartidos con ese universo cultural y subyacen de manera muy invisible en las prácticas médicas en su mayoría, independiente de cuál sea la materia médica.

474 En los tiempos “antiguos”, según esta memoria colectiva, todo parece haber sido muy difícil y “sacrificado”: ir a buscar agua a los volcanes, calentar el agua con las piedras, ir a lavar la ropa a las fuentes de agua, y un sinfín de otras “historias de antes” que se siguen reproduciendo a lo largo del tiempo, incluso hoy, porque generan un espacio de identidad y sentido de descendencia quizás hoy también reconocible como una herramienta opositiva a la presencia de “otros” en su territorio, que “recien llegaron”, que no comparten esa memoria.

desarrollo del PESPI.⁴⁷⁵ Los movimientos o fenómenos que dieron origen al inicio del PESPI en la isla son muy diversos y cada uno de los actores involucrados lo describe obviamente desde su particular óptica e intereses.

Desde la óptica de la organización de folkmedicina *Papa Ra'au*,⁴⁷⁶ el trabajo en torno del programa comenzó lentamente el año 2010 como interés en contar con un espacio dentro del hospital para realizar sus tratamientos a los pacientes hospitalizados. A la falta de un espacio propio para atender –esto fue previo al nuevo hospital- se sumaban las dificultades de conseguir apoyo de modo que sólo podían trabajar dentro una vez a la semana después de las cinco de la tarde momento que había disponibilidad de algún box de atención clínica. Teniendo ya cierta presencia, aunque “mendicante” de box, el grupo de mujeres comenzó a postular fondos del PESPI a instancias del propio HHR.⁴⁷⁷ Una vez adjudicado el fondo, comenzaron a trabajar más sistemáticamente.

Se trata justamente del momento que he llamado bisagra, en que existen varias instancias comunitarias interesadas en interlocutar con programas y fondos públicos en este nuevo contexto de hospital de mayor alcance que se proyecta. Además de *Papa Ra'au*, comenzaron a surgir otras instancias que reclamaban una representación familiar de algún conocimiento o práctica curativa tradicional; o grupos familiares agrupados formalmente para representar un cierto conocimiento –“saber”- y “poder” para preparar alguna planta medicinal como el *Matua Pua'a*. Este conjunto de nuevas organizaciones en su momento en cierta posición de competencia, diferían en la forma de organización, algunas mas formales⁴⁷⁸ o bien vinculadas a criterios tradicionales como la conformación familiar. Todas ellas estuvieron interesadas en poder trabajar en concreto a través de proyectos, lo cuales aspiraban a financiar, para temas de salud específicamente, a través de los fondos del flamante PESPI.

Todas estas instancias de trabajo e interés comunitario en tema de la salud en la Isla compartían su juventud; ya que no estaban visibles durante mi primera observación etnográfica de 1999; no existiendo ninguno de los actores organizados de hoy trabajando sobre temas de salud o ejerciendo de *taote rapanui*, de hecho, ni siquiera existía esta

475 Pese a que el SSMO inició el 2000 su trabajo en torno a PESPI en el continente con organizaciones mapuches urbanas de su jurisdicción, en la isla este programa sólo fue iniciado el año 2007 como consecuencia directa de dicho cambio de dependencia administrativa.

476 Aludí a *Papa Ra'au* en la descripción de las primeras organizaciones rapanui que se articularon para dialogar con el HHR desde la etapa bisagra en adelante. La antecesora de *Papa Ra'au* es la Mesa Pueblo

477 Gracias a la presencia funcionaria en el HHR de la asistente social rapanui Yolanda Nahoe.

478 Por ejemplo, usando la figura de organización funcional indígena que la ley indígena abrió como posibilidad de organizar cualquier tema entre el mundo indígena y tener un estatus formal que permitiera interlocutar con el estado y sus fondos.

nominación como concepto ya que como hemos dicho se entendía por medicina rapanui entonces “mi remedio pascuense” y correspondía a una medicina contestataria.

Obviamente esto generó un campo de disputa material sobre los recursos (Fajreldin, 2020); las dinámicas de competencia entre la nueva forma de nominación legítima –qué es y qué no es medicina rapanui- y de control y propiedad de este conocimiento –quiénes pueden y quiénes saben preparar- dejaron fuera en los hechos a estos otros grupos organizados, en relación con la esfera oficial.

Según Yolanda Nahoe, coordinadora desde el HHR del PESPI, ella facilitó el proceso de instalación del carácter de sanadoras tradicionales, sugiriendo a las especialistas en folkmedicina que redactaran sus curriculums e iniciaran un proceso de validación local de su saber. A esta asesoría desde el mismo hospital se sumó el hecho de que el nuevo hospital en etapa de diseño entonces, contara con un *box* de salud intercultural y otras consideraciones para la práctica de la medicina local que se habían definido en 2006 mediante esta relación de actores que participaron en el diseño hospitalario y el modelo de gestión y atención.

Ese saber emergió de fuentes locales, como indica el Dr. de La Barrera, quien con el conocimiento de la comunidad y de forma intuitiva y participativa indicó algunos elementos del diseño que le parecían relevantes en el futuro modelo de atención. Paralelamente, emergió de la inspiración del arquitecto a cargo del diseño original de parte del MINSAL como hemos señalado; pues de todos modos la institucionalidad en el continente ya tenía incorporada la lógica de esta necesidad;⁴⁷⁹ hecho que coincidió con la naciente expectativa local en torno de articular este nuevo campo.

De todos modos, entonces estaba aún menos claro que ahora lo que se iba a necesitar, o lo que se entendía por “medicina ancestral”, ya que el concepto no había sido aún acuñado ni las *taote* habían emergido como interlocutoras para el Depto. de Arquitectura del MINSAL a cargo del diseño en ese momento.

De este modo, desde el MINSAL el diseño original del hospital nuevo contempló los siguientes elementos:

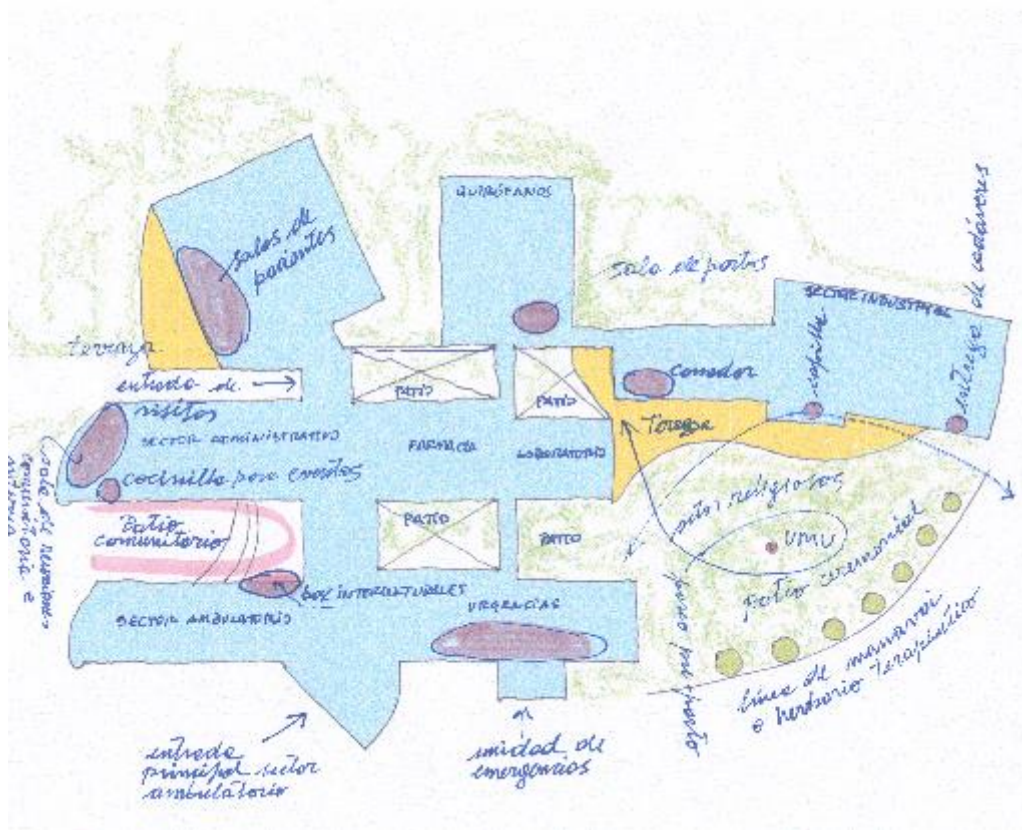
- 1) la forma física del recinto –a la que hemos aludido antes;
- 2) la forma de organizarlo ya que se ubicó un patio “ceremonial” para lo que se suponía sería un herbario medicinal y que se esperaba sirviera a espacio de reunión para propiciar

479 Ello fue posible sólo porque ya en el continente se había establecido cierta tendencia en la arquitectura hospitalaria pública a incluir el componente de interculturalidad para territorios con alta concentración de población indígena; así como la eficiencia energética de los hospitales; de modo que el diseño del HHR se vio desde MINSAL como una oportunidad de «dejar algunos elementos definidos como para la salud intercultural» (Información de Rolando Quinlan).

- encuentros íntimos entre parturienta y familiares; allí estaban los *ummu* –hoyos de curanto, estructura excavada para calentar piedras con fines medicinales;
- 3) en el mismo espacio una capilla ecuménica⁴⁸⁰ –en vez de la existencia de una capilla católica como suele ser en el continente- adyacente a la zona de entrada de familiares al parto; y asimismo la ceremonia –supuesta- de entrega de cadáveres y eventual velatorio pasaba por este mismo patio ceremonial.
 - 4) existía en el diseño original también otro patio en el área ambulatoria pensada en espacio techado para disfrute de la comunidad más allá de la mera atención clínica; educación en salud, alimentación, recreación, entre otras; contaba con una cocinilla.
 - 5) existía también un tercer espacio de vinculación comunitaria entre personal del HHR y comunidad general, que era un comedor abierto que daba al mencionado patio.
 - 6) todas las habitaciones –hospitalización- tenían una terraza –un *taupea*, que inspiró el diseño- para que los pacientes usaran con sus visitas y permitía que los enfermos pudieran entrar y salir por varios lugares del hospital.
 - 7) el modelo de atención diseñado inicialmente contemplaba el instalar a las practicantes de la folkmedicina dentro del área ambulatoria, en comunicación directa con el entendido resto del equipo médico; es decir, como parte del equipo médico.

480 Según el relato de la Dra. Francisca Toro, a cargo del proceso largo de diseño e instalación del nuevo HHR, la capilla ecuménica fue solicitada por los rapanui que pidieron expresamente consideración para los turistas que eventualmente pudieran usar –o visitar- el hospital, o incluso tener que usarlo para una ceremonia fúnebre; ya que muchos de ellos no tenían por qué coincidir con las creencias religiosas católicas de la comunidad rapanui, siendo turistas de muy diferentes partes del amplio mundo... (Entrevista Francisca Toro, MINSAL, 2007)

Mapa 13. Esquema Diseño original de los elementos interculturales desde el trabajo de MINSAL, 2007.



Fuente: arquitecto a cargo proyecto desde MINSAL Rolando Quinlan (mapa gentileza para esta tesis, 2021).

Después del diseño original surgieron desavenencias con algunos personeros a cargo de la administración de salud central; ya que se criticaban elementos tales como el acceso al recinto desde múltiples entradas; y la idea de que existiera un *umu* produciendo humo que pudiera ingresar a otros sectores del hospital obstaculizaba la noción biomédica de contaminación y asepsia. El énfasis en el parto entendido como un parto humanizado y situado en un área pública, se pidió que estuviera vinculado a los pabellones quirúrgicos, en un intento de medicalizar nuevamente la atención (información personal de Rolando Quinlan).

Yolanda Nahoe –siempre situada en una doble vinculación en tanto rapanui coordinadora del PESPI y funcionaria del hospital- efectúa algunas de las críticas al diseño original y también a las formas en que se fueron perdiendo algunos de los espacios

por falta de comunicación entre diseño y equipo local, «era en los *manavai*⁴⁸¹ que se le llamó patio ceremonial; era irrisorio porque era prender fuego allá y luego venirte para acá donde iba a estar el *box* intercultural no era lógico aunque... pensándolo bien justamente por eso puede haber sido no tan mal tomado, ya que al estar al lado del patio ceremonial se podía hacer el *tunu maea* –calentar piedras».⁴⁸²

Respecto de la ubicación del *box* intercultural, que constituye uno de los cambios más dramáticos del diseño *ex ante* y la implementación *ex post*; Yolanda lo explica desde su lógica funcionaria,

en su momento ese espacio estaba contemplado aquí, en el segundo *box* que es el mas grande, donde ahora están puros médicos, ahí mismo donde las papas queman; en ese momento se iba a implementar la bañera... pero se habló con ellas –las *taote*-, se les hizo entender que la dotación del personal había crecido y se iba a armar una unidad de salud mental y que había que contratar mas médicos, por eso ellas se fueron al espacio que tienen ahora.⁴⁸³

Yolanda vincula el diseño original con su lógica implícita y los procesos de instalación en Chile de la salud intercultural entendida como derecho; advirtiendo que las direcciones del HHR no van a poder en el futuro restar espacios arbitrariamente a la salud intercultural;

En la sala de parto ninguna de esas cosas se implementó aun: bañera, una cuerda y el *tunu maea*. La idea era que se hiciera un trabajo colaborativo entre el Programa de la Mujer y el de Salud Intercultural. Cuando estaban matronas que eran rapanui se funcionó muy bien: la sopa de pollo, el tema de la placenta, etc; en eso se funcionó muy bien; pero las *taote* no entraban al parto porque cada mujer autoriza quien debe entrar (...) creo que ahí viene mucho la Ley de Derechos y Deberes y el artículo 7 porque si un paciente quiere ir a hacerse *tauromi* da la impresión de que son puros favores que se están pidiendo!. Si en algún momento llega a salir el reglamento ya no va a ser una favor que la matrona se preocupe de dar la placenta..., en ese momento debiera tener el tipo de bolsa adecuada para entregar la placenta.⁴⁸⁴

Otros usos diferenciales respecto del diseño y las ideas originales del proyecto, se fueron dando con la práctica misma de uso del HHR. Así por ejemplo, la zona de herbarios nunca se dio, debido principalmente a que la noción de la folkmedicina respecto del *mana* necesario para instalar plantas medicinales no es compatible con un espacio dentro del hospital.⁴⁸⁵

481 Refiere a la zona de “huertos”. Los *manavai* son estructuras de piedra típicas de la agricultura rapanui porque producen protección contra los vientos. El hospital replicó una zona de *manavai* para darle “pertinencia” al recinto.

482 Yolanda Nahoe, asistente social, rapanui y encargada PESPI en HHR; entrevista 2017.

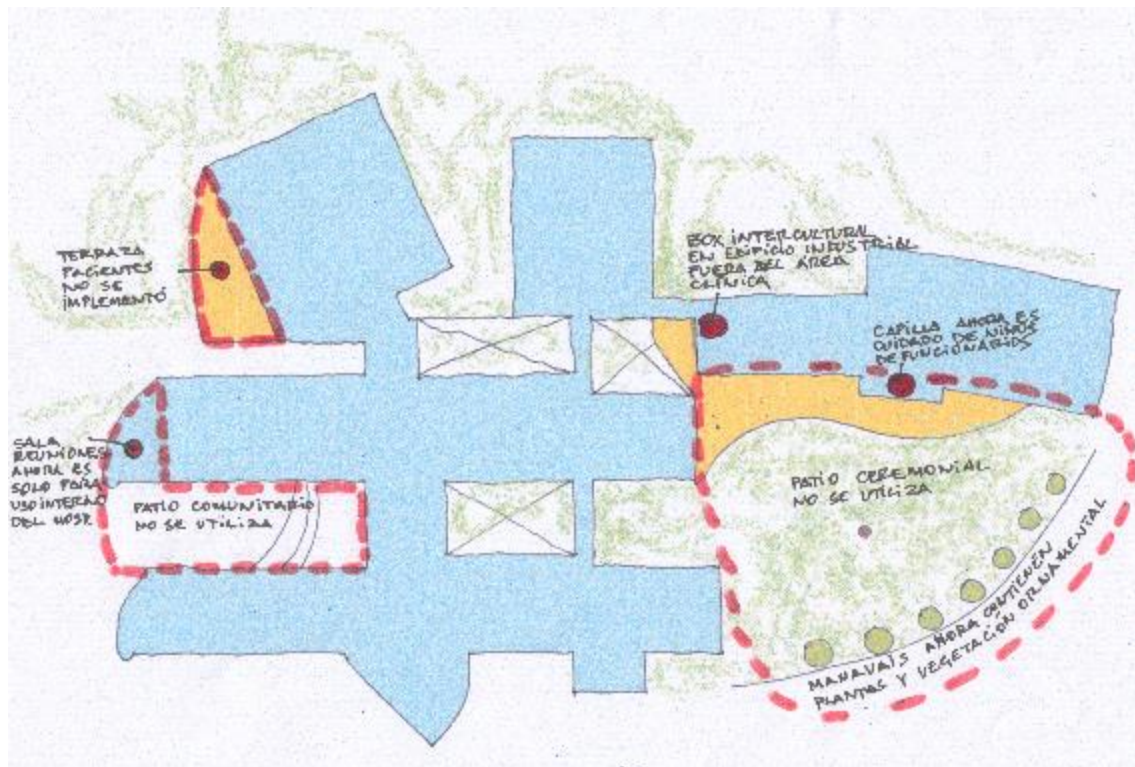
483 Ibid.

484 Ibid.

485 Varias nociones se han ido corriendo en la práctica de la folkmedicina vinculada al dispositivo y su edificio. Así por ejemplo no prosperó el entusiasmo y pre-juicioso –en el sentido positivo y técnico del concepto- aporte que hiciera el diseño del MINSAL respecto de ocupar la zona de *manavai* para un vivero “a la mano” de las sanadoras; el vivero nunca funcionó como tal, ya que a nadie se le habría ocurrido desde lo *emic* instalar plantas medicinales “dentro” del HHR; y se terminó estableciendo “en la casa” de una señora rapanui -reconocida por sus conocimientos de la folkmedicina quien es madre de Yolanda Nahoe.

Asimismo la presencia de las *taote* dentro del equipo de salud diseñada a través de la convivencia en la zona de los box, donde se consideró originalmente que interactuaran clínicamente con el equipo médico extendido, fue cambiada en los hechos por una instalación en las afueras del mismo; dando clara cuenta de las nociones de interculturalidad que se manejan.

Mapa 14 Esquema uso actual del elemento intercultural en el espacio real del Hospital Hanga Roa.



Fuente: Rolando Quinlan, 2021.

Fisicamente entonces el *Papa Ra'au* quedó “afuera” del hospital y son los actores reales quienes han ido poblando de acuerdo a dinámicas más bien políticas el espacio. Las *taote* comparten la idea de que no gozan de total reconocimiento dentro de la institución hospital, toda vez que se las aisló en las afueras del recinto y no participan de las decisiones ni reuniones clínicas del equipo de salud, ya que no prosperó la idea de un equipo de *taotes* rapanui trabajando en conjunto en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes del hospital.

Sobre esta ubicación real del *Papa Ra'au* en el HHR, el director –rapanui- del hospital indica que,

Las *taote* están consientes de que no es el lugar ideal y ojalá se pudiera construir un ala que fuera nada mas que para medicina intercultural. Está el terreno para construir pero hacen falta fondos para construir. Como en la isla los terrenos son solo de los rapanui hay que tener título de dominio para poder construir y el título de los terrenos del hospital no está en la isla sino en el SSMO entonces fondos regionales de otros organismos no se pueden usar para construir en terrenos que no son de esa región.⁴⁸⁶

El PESPI en Rapa Nui: la articulación

Pero independiente de las dificultades que ha tenido para su implementación, el PESPI a través de *Papa Ra'au* comenzó a funcionar el 2011 y llevan ya un proceso instalado. Si bien declara una independencia institucional respecto del Hospital, su funcionamiento está ligado al recinto ya que ocupa parte de sus dependencias y se coordina con la institución, dependiendo económica, política y administrativamente de ella (Anexo 27).⁴⁸⁷

El financiamiento con que cuenta para cumplir su labor es directamente desde el PESPI y es postulado anualmente –tal como se realiza cada año a nivel de todas las organizaciones sociales indígenas en el país- a través de la figura del encargado de PESPI en el SSMO. El financiamiento es entregado considerando la postulación de otras organizaciones indígenas de la etnia mapuche que radican en Santiago, y los fondos son asignados de acuerdo con el cumplimiento de objetivos y metas anuales si es que las organizaciones logran demostrarlas y proyectar otras para cada nuevo período.⁴⁸⁸ Asimismo, recibe fondos de instituciones locales rapanui, e incluso un apoyo directo de Municipalidad por el interés personal del alcalde.

En el programa trabajan actualmente 9 mujeres, las cuales gozan de un estatus de *taote rapanui* -médico rapanui- y están coordinadas desde la institución por Yolanda Nahoe a quien he ya mencionado, desde el Departamento Social del Hospital. La atención directa a pacientes está a cargo de cinco personas –que son las *taote* propiamente tales- existiendo además un eje de medio ambiente que consiste en el cultivo de plantas medicinales que considera la preservación patrimonial de las especies etnofarmacopea botánica que requieren para el trabajo, eje en el que trabajan 2 mujeres mayores. Asimismo, otra

486 Juan Pakomio, matrón y director rapanui del HHR; entrevista 2018.

487 La relación es evidente y formal, ya que los instrumentos de gestión evidencian las firmas de los directivos del HHR: figura su director –hoy rapanui- y como soporte clínico la encargada de APS del hospital –sintomático además del nivel de complejidad con que se vincula el Programa- y la encargada de depto. social del hospital –también rapanui- como coordinadora.

488 La distribución de los dineros públicos en Chile la hace centralizadamente el Ministerio de Hacienda. Al MINSAL le corresponde hacerle presente la evidencia del uso y buen uso de los recursos de cada uno de sus programas, para asegurar la continuidad de los fondos para el año siguiente.

miembro del equipo está encargada del eje de difusión que contempla un espacio radial un día a la semana y a asistir a las invitaciones de las instituciones sociales y políticas tanto en el continente como en la isla; finalmente una de las integrantes oficia además con recaudadora de nuevos fondos inter-institucionales que permitan complementar lo que el PESPI no alcanza a cubrir con los dineros anuales. Otro eje del trabajo consiste en la difusión de la llamada “medicina ancestral”, pues así se le conoce localmente al objeto de trabajo *Papa Ra'au*; entre los colegios y jardines infantiles de la isla.⁴⁸⁹

Para sus campañas de difusión, las *taote* han diseñado afiches y folletería⁴⁹⁰ como la que se observa aquí:

489 El *Papa Ra'au* tiene bastante reconocimiento en la comunidad pues se ha preocupado de sus estrategias de comunicación (el programa radial una vez por semana y en la tv local ocasionalmente). Por otra parte se han convertido en conocidas promotoras de temas comunitarios más allá del área de la “salud” pero vinculadas al medio ambiente. La comunidad las identifica en reuniones institucionales, diversas ferias y eventos sociales donde ellas representan el saber médico “ancestral”.

490 Siendo algunas de las referencias bibliográficas de los folletos, el material producido por quien escribe, aunque nunca se me ha hecho participar de ese diseño ni de ninguna actividad del Programa local; por una especie de celo y sentimiento de autonomía por parte de la dirección del *Papa Ra'au*.

PUA NAKO NAKO
Nombre científico: *Lygum Sandwicense*
Familia: Solanaceae
Nombre común: Desert Thorn (eng)
Uso medicinal: Sirve para curar el "eka eka" (erupción de granos). Las frutas son comestibles y de un gran valor nutritivo.

PUA
Nombre científico: *Curcuma Longa*
Familia: Zingiberaceae
Nombre común: Curcuma, Turmeric (eng)
Uso medicinal: Sirve para curar un tipo de fiebre aftosa bucal (haha ra'a ra'a). Puede utilizarse como tratamiento para amigdalitis. Combinado con matu'a pua'a se utiliza para reparar huesos.

PATO
Nombre científico: *Chamaesyce Serpens*
Familia: Euphorbiaceae
Nombre común: Pató, Matted Sandmat (eng)
Uso medicinal: Sirve para curar dolores de estómago, además se usa para tratar hemorragias menstruales e infecciones vaginales.

MATU'A PUA'A
Nombre científico: *Microsorium Polkaii*
Familia: Polypodiaceae
Nombre común: Matu'a Pua'a (Tahiti)
Uso medicinal: Combinada con hikukioe puede ser utilizada en la reparación de fracturas y combinada con Pua es utilizada como antidoto. Alivia quemaduras, dolores de hueso, esguinces y contusiones.

TIA PITO
Nombre científico: *Ophioglossum Reticulatum*
Familia: Ophioglossaceae
Nombre común: Aufenua (Polinesia Francesa)
Uso medicinal: Permite asegurar un crecimiento saludable de los niños. Puede ser utilizada para dolores estomacales y cólicos. En los más pequeños, sirve contra el reflujo de la leche, y mejora su apetito.

HIBISCUS
Nombre científico: *Hibiscus rosa-sinensis*
Familia: Malvaceae
Nombre común: Hibiscus
Uso medicinal: Bebida como infusión facilita el sueño. Posee propiedades medicinales contra el cáncer. Uso bégüico e hipoglicémico.

POPORO
Nombre científico: *Solanum forsteri*
Familia: Solanaceae
Nombre Común: Black Nightshades (S. nigrum en eng)
Uso medicinal: La hojas de esta especie son utilizadas para tratar dolores estomacales, y para la recuperación de los huesos después de una fractura.

TAVARI
Nombre científico: *Persicaria acuminata*
Familia: Polygonaceae
Nombre común: Tapertip smartweed (eng)
Uso medicinal: Sirve para aliviar alergias cutáneas y pruritos.

Papa Ra'au
HOSPITAL HANGA ROA

Papa Ra'au 'Arumama'a Taote Rapa Nui
Hospital Hanga Roa
Simón Paoa s/n, Hanga Roa, Rapa Nui
+56 32 2578445 OIRS
+56 32 2578382 Encargada Salud Intercultural
+56 32 2578389 Box Intercultural
email: taoterapanui@saludoriente.cl

Fuentes:
▲ <http://www.trochilidae.org/3997>
▲ Diabols, A et. al. 2013. Plantas de Rapa Nui. Guía Ilustrada de la Flora de Interés Ecológico y Patrimonial. Unamigo de la Naturaleza. CONAF, ONF Internacional, Santiago.



Fotografía 37. Folleto de difusión del *Papa Ra'au*. Se observa una descripción del programa y sus especialistas. En el reverso contiene información sobre algunas de las plantas medicinales de la folkmedicina rapanui contemporánea. En el desarrollo de material de difusión han participado además del HHR, organismos como CONAF, la Oficina de la secretaria técnica de Patrimonio Cultural y CONADI; y entre los autores no participantes me encuentro yo misma en las referencias bibliográficas. Fuente: HHR 2017.

Todas estas funciones del equipo de *Papa Ra'au* tienen por cierto un pago asociado; convirtiéndose entonces las *taote rapanui* en funcionarias del Hospital o del SSMO a través de contrato estable o a honorarios.⁴⁹¹

El Programa ha hecho un esfuerzo por burocratizar (Cuyul, 2013; Fajreldin, 2013, 2017, 2019) la práctica de la medicina ancestral, según los cánones del HHR y del SSMO. Se cuenta con instrumentos de registro (ver Anexo 27) que dan cuenta a nuestro juicio de dos elementos relacionados y que dejan claro el carácter institucional de la expectativa y de la experiencia. Por una parte los instrumentos refieren la necesidad de sistematizar la atención según estándares de la institución que la acoge. Por otra parte estos documentos suelen tener un origen conceptual en servir de instrumentos de comunicación entre sistemas que se asumen “en contacto”.

Así, por ejemplo, en el *Manual de Procedimiento de Atención en Salud Intercultural* que es elaborado en la isla pero sancionado por el encargado de Salud y Pueblos Indígenas del SSMO,⁴⁹² los instrumentos pretenden consolidar en un nombre -la nominación legítima- las funciones y experticias diversas de las *taote*; o identificar la población objetivo del programa ya que podrían orientar la derivación o contra derivación o el seguimiento de los pacientes entre sistemas (ver Anexo mencionado).

Asimismo, el año 2016 se redactó una Resolución Exenta del HHR, *Actualización directiva e integrantes equipo de salud intercultural*, un documento diseñado por el Depto. social del Hospital para reglar la atención de las especialistas: identifica a todas las *taote rapanui* con sus respectivos ámbitos de conocimiento y prestaciones asociadas; de modo que regula los límites entre ellas (mismo Anexo).⁴⁹³

Uno de los aspectos más sorprendentes del fenómeno, es la invisibilidad estadística de lo efectuado por el Papa Ra'au. Ello porque como he conocido desde la etnografía, las *taote* tienen alguna dificultad en seguir las pautas de registro, que pueden leerse ya como desconocimiento del lenguaje biomédico y sus lógicas, ya como

491 En el caso de la *taote* que dirige el *Papa Ra'au*, es también la “facilitadora intercultural” del hospital –por lo cual cumple un horario parcial y atiende varios aspectos de la relación entre comunidad y hospital, independientes del *Papa Ra'au*-, coincidiendo la misma persona en ambas funciones; en lo que podríamos entender como una refuncionalización y burocratización de las sanadoras (Cuyul, 2012, 2013). Este doble rol hace que la funcionaria sea percibida por el hospital como una persona más cercana que las otras *taote* a la gestión del hospital y que se tenga con ella una expectativa de par en la línea que cuida el HHR como institución. Este estatus de par no siempre resulta satisfaciendo la expectativa de ninguna de las partes como autores han descrito sucede en otros contextos en Chile (Alvarez, 2007; Salaverry, 2010).

492 E incluso por otros dirigentes mapuche que forman parte de una mesa directiva en la institución SSMO donde se controlan los procesos y experiencias de salud intercultural de toda la jurisdicción.

493 El documento si bien es hecho en la isla por necesidad de los interesados tal como nos ha explicado la encargada del Depto. Social, tiene como base otros documentos de circulación nacional por lo cual entre sus objetivos se identifican los objetivos generales del programa PESPI.

resistencias. Pero a esta situación se le suma otra de carácter más estructural y que recuerdan la advertencia de Menéndez acerca de los “ocultamientos” (Menéndez, 2020).⁴⁹⁴

Según la Dirección de Gestión y Participación Usuaria del SSMO, textual

La población objetivo del Plan PESPI Hospital Hanga Roa son los y las usuarias del Hospital Hanga Roa y Comunidad, 5.207 inscritos, preferentemente de pueblo originario, aunque no exclusivo en la tarea de difundir su quehacer, y aportar a la salud pública, sin establecerse indicador de cobertura, más bien de actividades desarrolladas, aun cuando las atenciones desarrolladas por las agentes de salud de la Organización Papa Ra Au son registradas en el registro estadístico mensual, REM. El registro, A04, Sección G, ATENCIONES DE MEDICINA INDÍGENA ASOCIADA AL PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD Y PUEBLOS ORIGINARIOS (MINSAL, Manual Serie REM), no incluye variable al pueblo originario de pertenencia, género y edad, razón por la cual desde el 2021 se realizará registro interno de estas variables. Manual Series REM, aun cuando la población de residente en rapa Nui es mayoritariamente perteneciente al pueblo Rapa Nui, esto según fuentes INE, Censo 2017.⁴⁹⁵

En definitiva, el instrumento final de registro es de naturaleza nacional –homogéneo para todo el programa PESPI- y sigue el *standard* chileno de no registro de variable indígena.⁴⁹⁶

No se registra variable indígena por suponer que “casi” toda la población residente es étnicamente rapanui; lo que la haría usuaria de manera automática del programa; y desconocer la evidencia de que más de la mitad de los residentes no son rapanui (y son los que más utilizan el programa según nuestra etnografía). Un criterio culturalista y a la vez pre-juicioso. Sorprende también la indefinición o ambigüedad del sujeto de la política pública.

En la atención, se logró desde el 2013 que los usuarios pudieran solicitar su hora médica ya sea directamente en el box de las taote, o a través del SOME del hospital, como el resto de las prestaciones en atención primaria. Ese es justamente el momento en que se registra el uso oficialmente para el mencionado REM.

El PESPI en Rapa Nui: la legitimación

Si bien en la práctica se dan derivaciones por parte de los médicos y demás profesionales de salud del hospital hacia la atención de las *taote rapanui*; esta se concentra más bien en los ámbitos de la salud mental –sicólogo-, la nutrición, la pediatría y la kinesiología; y no así entre los médicos. Los médicos propiamente son reticentes con las prácticas de la

494 Durante la escritura de esta tesis me fue muy difícil contar con información oficial sobre epidemiología local. Ya que no la conseguí en el propio HHR, la pedí por “Ley de Transparencia” vía remota a la dirección del SSMO en Santiago.

495 Respuesta del mencionado Depto. del SSMO a mi solicitud de información por “Transparencia”, mayo de 2021. Nota editorial: decidí no corregir la textualidad del párrafo pese a los evidentes errores y mala puntuación del mismo.

496 Aunque la presión que representa mi solicitud les haga incluir en el párrafo de respuesta oficial la conformidad con comenzar a registrarlo el año en curso... (y aunque... “de manera interna”).

folkmedicina rapanui desconocidas por ellos y las derivaciones se producen entonces sólo de manera ocasional y de acuerdo a la sensibilidad particular del profesional en cada caso.

El hospital no propicia formalmente un sistema de derivación. En efecto, el equipo de *Papa Ra'au* no participa en las reuniones de cabecera de la APS ni está incluida formalmente en ninguna instancia de análisis clínico de los pacientes. Ello refuerza lo señalado para otras experiencias chilenas de salud intercultural, donde también se ha visto que la complementariedad entre sistemas no suele funcionar, entre otras cosas por una marcada distancia conceptual de ambos modelos y que nadie se preocupa de salvar (Alvarez, 2007; Salaverry, 2010).

Es muy interesante considerar que siendo el director del HHR rapanui, matrón y salubrista como ya he comentado su gestión no ha fluido con el programa, toda vez que su rol autodeclarado es proveer de seguridad a la práctica clínica cualquiera que sea dentro del hospital. Debido a la novedad –aun- de situar estas prácticas dentro del ámbito hospitalario y por lo que el director entiende es una inmadurez intrínseca de esta medicina y de su relación eventual o tangencial con la medicina alopática oficial del hospital;

es complejo definir qué es realmente la medicina intercultural; no existe una definición para Rapa Nui; es complejo ver cómo se puede dar el punto intercultural. Pasa por que el proceso de aculturación que ha tenido la isla ha sido muy rápido y se han ido incorporando saberes y conocimientos de afuera que hace que los hayamos ido mezclando con lo que se conoce como tradicional o ancestral. Desde mi punto de vista y por lo que yo se por la transmisión de mis familiares, la medicina intercultural tiene mucho que ver con lo energético entonces desde ese punto de vista tener medicina ancestral en un hospital creo que no es la mejor opción para poder realizar este tipo de actividades, se debiese hacer en otro lugar, en un espacio al aire libre, abierto, con otras condiciones. Pero... aprovechando que existe un paraguas legal⁴⁹⁷ y un paraguas de infraestructura y programa, es la medida en que nosotros hemos ido incorporando esta medicina con la medicina hospital (...) sería muy ambicioso lo que tú me preguntas a futuro ver cómo continuar con la medicina ancestral sin tener esta definición de lo que «es la medicina»; pues tú no vas a poder explicar a los profesionales que vienen a trabajar acá lo que aquí hacemos. Creo que falta esa validación con los profesionales. Todavía tenemos esa discusión aquí... “esto es ancestral, esto no es ancestral...” y es una preocupación de las personas antiguas que se dedicaban a este tema, de ellos es la preocupación⁴⁹⁸. Y te voy a poner un ejemplo, el baile rapanui hoy día es un espectáculo que sirve para el turista, pero no es la esencia del baile rapanui antiguo; estamos montando un show y no tiene que ver con la esencia de la medicina rapanui.⁴⁹⁹

497 No existe en Chile un paraguas legal complejo apropiado para definir medicinas ancestrales; sí una práctica *de hecho* -como hemos indicado ya en el Marco Teórico- que además arranca como un resquicio últimamente de una ley de naturaleza completamente diferente, cual es la ley de Derechos y Deberes. La Nota es mía.

498 Pakomio alude en este comentario a un segmento excluido de hecho en la dinámica del *Papa Ra'au*; cual es el de las sanadoras que ejercen paralelamente la folkmedicina en sus hogares; mujeres antiguas de la comunidad. De alguna manera la sola mención en este discurso remite a una suerte de conciencia cultural fantasmagórica en que el director del hospital se siente responsable desde su ser rapanui. La Nota es mía.

499 Juan Pakomio, director HHR, entrevista 2017.

Por otra parte, según Pakomio no se cuenta aún con formas “validadas” de asegurar la misma,

yo creo que hay dos temas; por una parte algo que tenga que ver con lo estético, un lugar que sea mas bonito para atender con más pertinencia, tener en ese sentido un *hare vaka*... pero que mantenga las condiciones de seguridad y calidad de los pacientes pero desde el punto de vista estético, pero también resguardos para los profesionales y los pacientes. Por ejemplo las *taote* a veces trabajan con productos hervidos, productos calientes, entonces hay que tener seguridad en la infraestructura (...) no ha habido accidente pero los puntos de ebullición de los productos han superado la temperatura y se quemó una olla pero no pasó a mayores.⁵⁰⁰

En este sentido Juan Pakomio es partidario de separar del edificio la práctica de la folkmedicina; y situarla en un lugar más adecuado desde una mirada culturalista. Obviamente esto es un factor de disputa de poder entre ambos actores, pues las *taote* reclaman a su coterráneo mayor apoyo y su labor de resguardo excesivo se siente como una vinculación poco legítima con las prácticas hegemónicas de la medicina alopática en el hospital y con las disposiciones administrativas y políticas del lejano MINSAL y del también lejano SSMO.

Por su parte el hospital no logra instalar un programa concreto de capacitación en torno de la folkmedicina rapanui en sus funcionarios a modo de inducción para quienes llegan a trabajar allí. Eso tiene que ver con la alta rotación del personal,⁵⁰¹ pero también con la falta de visión respecto del componente “inter” (Restrepo, 2014). Desde el sentir de una profesional rapanui (kinesióloga) parte del equipo del HHR, la visibilidad e importancia que otorga el HHR a *Papa Ra'au* es mínima,

es que está... pero como que no está; está en cerca de la urgencia, como muy lejano. Y cuando hay alguna actividad están ellas con su *stand*, es como aparte, no están incluidas, están anexas. Y tienen ciertas horas y otras distribuyen en temas de relaciones públicas y entonces no puedes hablarles porque están en otro rol... (...) ellas también pasaron a la asistencia, a cubrir cosas, el modelo no da cabida para eso; siempre estamos atendiendo y seguimos siendo baja complejidad.⁵⁰²

De alguna manera, la noción misma de lo “cultural” que el país utiliza desde un enfoque “multiculturalista” está siendo aplicada en este caso para observar el programa como un programa de menor importancia clínica que el resto de las prestaciones del hospital.

Durante un tiempo existieron reuniones clínicas a las que la anterior dirección del HHR convocaba a *Papa Ra'au*, pero eso se perdió bajo dirección rapanui debido al celo

500 Ibid.

501 Que a su vez se explica por los modelos de formación profesional en salud y los incentivos de especialidad en Chile -como ya he mencionado antes- pues la rotación es un problema crónico del hospital de la isla, en cualquier época y hoy se le suman estos factores neoliberales en torno de los recursos humanos en salud en el país y que también impactan en pequeños territorios como es el caso.

502 Joselyn Bórquez Paoa, kinesióloga rapanui, 2018.

del director por contar con formas de seguridad de la atención que le permitan descansar en el programa y no su contrario. Estas precauciones son muy mal leídas por el propio equipo de taotes rapanui, quienes sienten discriminación interna del equipo médico continental y de las jefaturas;

con anterior director si pasaba, venía una representante a la reunión de APS. Incluso iban a visita domiciliaria con el equipo; por ejemplo a adultos mayores, la Lori, la Pame o la Hapa; después con el tiempo no se siguió haciendo por un tema de voluntad; y ellas tampoco han querido porque ... si bien saben que están reconocidas a nivel de la isla, el día del niño, el día de la mujer, actividades que hay las invitan, pero muchas veces se sienten utilizadas por el sistema; entonces... es una crítica hacia nosotros mismos desde adentro (...) cada vez que viene alguien hay que salir en la foto....⁵⁰³

El mismo canon de contratación con que el HHR aborda a su equipo intercultural es muy precario y no se parece en nada a las condiciones de pago y reconocimiento de derechos laborales con que cuentan los profesionales no rapanui. Una de las *taote* lo reclama así «... debieran darnos capacitaciones igual que las que hacen los médicos, no porque seamos medicina rapanui no vamos a tener capacitación (...) el hospital no nos apoya con dinero para nosotros hacer cursos (...) nos gustaría que tuviéramos más apoyo, más confianza de la gente del hospital porque así podríamos crecer».⁵⁰⁴

Sin embargo, ha existido la iniciativa de las propias *taote* por visibilizar su posición dentro del hospital, a través de diseño de un Protocolo de atención (ver Anexo 27);

Protocolo de salud intercultural; idea fueron de las *chiquillas*, yo lo escribí (...) es plasmar lo que hacen día a día en caso de que ingresara una persona nueva, en este protocolo hay un cuadro donde aparecen los integrantes y el tipo de terapias que pueden hacer; a qué tipo de pacientes está dirigido: es para que el medio sepa que estoy atendiendo a un paciente de estas características, a quien pudiera derivarla.^{505 506}

De alguna manera, esta protocolización hecha por la coordinadora hospitalaria del PESPI contradice la idea de la dirección del HHR respecto de que no existen “definiciones”. Sí las hay y han pretendido operacionalizar lo sutil y lo ambiguo; de modo que es un ejercicio de poder concreto al modo de un “bloque táctico” de parte de las mismas *taote* en su ejercicio de visibilidad y participación y adecuado al lenguaje biomédico (Foucault, 1998).

Tampoco hay formación en el otro sentido; las *taote* no disponen de formación en biomedicina ni en biología y su saber entonces es leído siempre desde una óptica

503 Yolanda Nahoe, entrevista 2017.

504 *Taote rapanui*, entrevista 2017.

505 Yolanda Nahoe, entrevista 2017.

506 El cual vuelve a toparse muchas veces con la cultura hospitalaria local de profunda rotación del personal médico.

subalterna, que termina por posicionar a los actores de ambas medicinas en una posición potencialmente antagonista: “yo no los necesito... y yo tampoco a uds”. Lo dice muy bien Joselyn «yo creo que nunca se han hecho capacitaciones de ellas a nosotros y de nosotros a ella. Estamos juntos pero no revueltos (...) sería bueno que los médicos también se empaparan, que el que vengan una inducción en esa área, porque ellos son los que derivan; creo que desaprovechamos esa área».^{507 508}

El PESPI en Rapa Nui: la folkmedicina y sus acomodados

Pero en la búsqueda de la nominación y del posicionamiento “legítimo” de esta folkmedicina “dentro del hospital”; entraron a jugar otros actores. En la fase inicial de instalación del programa un rol relevante tuvo CONAF –Corporación Nacional Forestal, organismo público- que en ese tiempo tenía a su cargo el cuidado el volcán (Anexo 28) quien actuó desde “el saber profesional oficial” asesorando a las *taote*.⁵⁰⁹ Establecida la precaución de cuidado *ecológico del volcán*, se entendió que el *mana* podía obtenerse igualmente aunque fuera en parte a través del cultivo consiente, doméstico y expreso para fines de *Papa Ra'au* por parte de la *nua* encargada como funcionaria.⁵¹⁰

La nueva propuesta implica que existe un vivero de uso exclusivo y excluyente de parte de las *taote* para uso controlado por parte de la ahora funcionaria que lo administra en su casa y a discreción de la lógica del Programa. La planta no se encuentra en el vivero “en la armonía” del *mana* del volcán (Felicita Tepano en Fajreldin 2010a), cumpliendo múltiples funciones imaginales (Karmy, 2020) para el colectivo que lo disfruta; sino que cumplen una sola y concreta función en calidad de producto o de insumo para productos elaborados individualmente; lo que recuerda la noción del efecto patrimonializador del programa de pueblos indígenas en el esquema de la etnogubernamentalidad denunciados para otras experiencias en el territorio (Bocara, 2007; Cuyul, 2013).

507 Joselyn Borquez Paoa, kinesióloga rapanui, 2018.

508 Según mi etnografía, sin embargo, varias de las *taote* han iniciado una búsqueda independiente de formación e información donde internet ha sido fundamental para tener contacto con conceptos biomédicos que les permitan atender mejor la solicitud de sus usuarios.

509 La disponibilidad de plantas medicinales dentro del mismo hospital no se implementó porque desde el inicio se vio que para la preparación sistemática de materia médica que implicaba establecer un programa de salud intercultural en el hospital, se requerirían gran cantidad de plantas lo que sería una carga demasiado grande para el volcán Rano Kau, donde hasta el momento se estaba yendo a buscar siguiendo la entonces lógica tradicional de entenderlo como el sitio de principal *mana* de la isla.

510 Si bien como he dicho el *mana* es un elemento presente en la isla, es más difuso en medio del pueblo y no se encuentra concentrado como en el volcán; de modo que lo que demuestra este vivero doméstico es la pérdida creciente de la noción de la importancia del *mana* en la conversión de la planta en remedio, y de todo el proceso sacrificial de la búsqueda y preparación hasta sanación.

En cuanto a las nociones terapéuticas detrás de las prácticas de las *taote rapanui*, hemos encontrado unas sorprendentes resignificaciones.

La mezcla como estrategia terapéutica (Fajreldin, 2010a) de elementos botánicos o minerales se ha convertido en uno de los aspectos más valorados por las mismas sanadoras; habiendo aparecido ya como una notable flexibilidad de uso en mi primer trabajo de campo el año 99. Si bien la capacidad de experimentar con el uso de la botánica fue una de las principales características identificadas entonces, el paso del tiempo y dinámica del programa parecen haber influido aún más en una suerte de desacralización en particular del *Matua Pua'a*; pudiendo hoy mezclarse de manera más flexible y versátil incluso que entonces; así como versátiles son ahora las formas de posología y aplicación.⁵¹¹



Fotografía 38. Bello set de materiales de la *taote* Lory Paoa, que utiliza en sus procesos de preparación de las plantas para conversión en *ra'au* (remedio). Gentileza de Lory Paoa; entrevista año 2010.

En el uso específico del *Matua Pua'a* varios cambios son observables a partir de la introducción del PESPI en la lógica de la folkmedicina. En primer término, asistimos a un recambio generacional notorio en relación con quienes ejercen una función de preparación del remedio. Las sanadoras ya no son exclusivamente mujeres mayores sino que se han ido incorporando en el “hacer” *Matua Pua'a* un conjunto de jóvenes mujeres;

511 De todos modos, sigue siendo la misma la explicación que se da para la flexibilidad: la isla -y los rapanui- se encuentra siempre expuesta al ingreso de enfermedades “nuevas y de afuera”; de modo que se requiere una actitud flexible para adaptar lo que hay -y se considera émicamente propio- a lo que se requiera. La noción de “esperanza transhistórica” que resalté ya en mi primera etnografía. Este elemento no ha variado en nada en estos veinte años.

mas proclives a la interlocución con el estado y sus instrumentos. Quizás por ello el discurso en torno a *Matua Pua'a* y su origen otrora indiscutidamente mítico, ha casi desaparecido; lo cual sugiere que no es un tema relevante para explicar su eficacia. Y, de hecho, esta misma versatilidad en cuanto a mezclas posibles de hacer con otros elementos, de alguna manera expresa que la confianza en el remedio sólo ya no parece ser suficiente. La sensibilidad hacia la mirada de la “ecología” y no la magia implícita en la noción de *mana* habla del mismo fenómeno.

Varias de las técnicas utilizadas por las *taote* son asimismo una readecuación de técnicas tradicionales de la folkmedicina identificadas en los años 2000. Así, *tauromi* (masaje), uso de vapores y *maea* –piedras- calientes y baños de inmersión.

Dentro del abanico de prácticas médicas terapéuticas o de bienestar –dentro de la lógica de los *ethnoscapes*- que se practican dentro del *Papa Ra'au* y se ofrecen como “medicina ancestral”; están varias *taote* que entregan atención a través de “energía”; así, tal como indica la folletería: armonización energética, relajación, flores de Bach, todas con sus respectivas traducciones al idioma rapanui (ver folleto *Papa Ra'au* y Anexo 27). La “energía” como concepto no era un elemento terapéutico presente hace 20 años, aunque con buena voluntad algunas de las *taote* lo mencionan como un sinónimo del concepto *mana*. El monopolio de la nominación legítima parte aquí por los nombres asignados a las prácticas tradicionales.

En un mismo discurso coexiste el origen familiar del conocimiento del uso de las plantas rapanui como medicinales, «es que eso no es que te lo enseñen sino que viene contigo, tú lo vas a aprendiendo en tu familia mirando a tu mamá, ella a su mamá, su abuela y así (...) así es que cuando lo necesitas ya lo tienes contigo» (*taote rapanui*, 2017); con una apertura hacia el conocimiento desde el campo de la medicina alternativa...

me gustaría ir al continente a estudiar medicina holística que es una carrera que la da una universidad en Viña de Mar y unas amigas me mandan información de allá sobre plantas y esas cosas, me dice que te enseña todo lo que es la medicina como por ejemplo reiki, medicina de las plantas, de las flores, todo, todo concentrado en una sola profesión. Yo estudié “armonización” en Francia... yo ya hacía aquí sanación pero me encontré con un grupo de amigos franceses y me fui a estudiar armonización así es que quise volver a ayudar a mi gente porque se que la armonización es efectivamente buena. La armonización no es que no sea de aquí o de allá, es una cosa universal, es una energía universal, no es de uno ni de la otra persona, sino que es la fe y que tú crees en lo que tu haces; mi abuela usaba ese poder para ayudar a su gente. Entonces yo también tengo un conflicto con mis compañeras aquí del *Papa Ra'au* que me dicen que tú... ¡la armonización no tiene na que ver con lo que nosotros hacemos!, pero les digo yo: cómo haces tú tu medicina para poder entender como la armonización no la usan... me dicen: es que yo hago oración, prendo mi vela..., entonces ahí pues, esa es la misma idea.⁵¹²

512 Carmen Nahoe, *taote rapanui*, noviembre 2017.

Son sin embargo este abanico de terapias no originarias las que según algunas voces permiten a los propios médicos continentales –y resto del equipo de salud- aceptar la coexistencia del *Papa Ra'au*, sea o no utilizado por ellos. Se trata de una cierta sensibilidad epocal...

algunos médicos vienen ya con conocimiento de terapias de otras medicinas como reiki, acupuntura, terapia neural, y que cuando llegan aquí no les parece extraño que haya otras técnicas y vienen abiertos y piensan que es la manera de ayudar a las personas; pero les cuesta derivar este tipo de terapia pero no porque no lo crean sino porque no está en su formación, en su mapa mental de derivación esto.⁵¹³

Al igual que opera en el continente con la etnia mapuche ya sea en territorios urbanos del sur como en la capital de Santiago, para el caso rapanui la mayor parte de los consultantes o usuarios del *Papa Ra'au* no pertenece al pueblo rapanui; lo que contradice el sentido y la razón de ser original del PESPI a nivel nacional. ¿Por qué parece estar siendo más exitosa la oferta del *Papa Ra'au* para los continentales que para los rapanui? Juan Pakomio, el director, lo explica así,

yo creo que hay que romper algunos mitos; tenemos dos tipos de pacientes. Uno es el paciente rapanui que conoce el tipo de terapia y que llega directamente al SOME a pedir una hora con las *taote* porque sabe que es la manera de solucionar sus problemas... y la gente muchas veces llega a la medicina intercultural cuando la tradicional no ha podido responder. Pero tenemos otro tipo, que es el paciente continental que le llaman la atención nuestra medicina y por eso llegan a consultar; sería mentirte si te dijera si el impacto ha sido bueno o malo porque nunca se ha hecho un estudio o por último el tema subjetivo de cómo aprecia la persona. Es el paciente que pide hora directa que el rapanui y el paciente continental que va porque le ha escuchado (...) el rapanui exige más especialistas; los chilenos exigen volver a lo natural. Eso significa: un hospital más complejo clínica y biomedicamente y perder la posibilidad de lo complejo (parto sin anestesia). Esa demanda exige al hospital una definición de sí mismo que está siendo contradictoria.⁵¹⁴

Efectivamente desde la óptica de los usuarios no rapanui residente en la isla, encontramos un discurso que se maravilla de la posibilidad de contar con tratamientos que ellos leen como “de medicina alternativa” (Fajreldin, 2011b) de manera gratuita además para usuarios que tienen seguro público de salud en el HHR. Desde la experiencia de estos usuarios continentales, cualquier práctica o experiencias de salud “complementaria” en el continente enfocados en la belleza o el relajamiento es considerado una práctica que denota un estatus social y económico de privilegio; se considera entre los continentales “un lujo”. Ello porque claramente la lectura que se hace de estas prácticas en el HHR es la misma con que se mide “el resto” de las prácticas complementarias al sistema de salud alopático oficial en Chile.

513 Juan Pakomio, 2017.

514 Ibid.

Esta lectura de alguna manera devuelve “una fantasía” a las *taote*, que reformulan aparentemente sus prácticas en función de satisfacer una demanda de *status*, bienestar y belleza; coherente con las prácticas de la folkmedicina que ya mostramos para la década del 2000 (prevención en belleza y salud y fortaleza física) pero desarrolladas al alero ahora de la institución, con dineros públicos, con expectativa de favorecer la equidad hacia la población rapanui y en un marco de *enhancement* (Davis, 2010) y de multiplicidad de practicas más allá de lo tradicional (Conrad, 2007), de pluralismo asistencial enriquecido (Comelles y Perdiguero, 2020). De alguna manera la nominación de “ancestral” logra ocupar ese nicho de expectativa.

El PESPI en Rapa Nui: reflexiones conclusivas

Esta es una de las mayores manifestaciones del proceso de medicalización en relación con PESPI: la expectativa que levanta y la que recoge, el carácter especular, muchas prácticas en frontera y sometidas a la imaginación de los usuarios insatisfechos con el modelo biomédico oficial. El hecho de que *Papa Ra'au* esté en manos de mujeres jóvenes algo nos indica respecto del rol tradicional de los mayores –y su *mana*- en la sociedad en general. Quizás por eso también es que muchos rapanui no acuden al *Papa Ra'au* y este es más valioso entre los continentales residentes.

Otro efecto de la medicalización es la disputa –sorda y ciega- interna entre agentes domésticos y estas *taote*-funcionarias del hospital,⁵¹⁵ que es un efecto visto también en otras experiencias continentales de salud intercultural (Cuyul, 2013). A través de los varios mecanismos de nominación legítima -crear prácticas acotadas con terapeutas acotadas y acciones que se pueden nombrar, contar y registrar, para luego valorizar y pagar; y susceptibles de otorgar o no una continuidad año tras año del financiamiento y las expectativas de la política pública sectorial de salud, acostumbrada a medir por metas, por acciones, por cantidades.

La propiedad del conocimiento⁵¹⁶ es uno de los temas que la existencia y práctica del *Papa Ra'au* ha sacado a la luz. Al sistema sanitario no le interesa; mientras haya algo

515 La práctica completa de la folkmedicina de todos modos no se limita al funcionamiento organizado y orgánico del *Papa Ra'au*, sino que sobrevive en lo doméstico, bajo las mismas lógicas que observé en el año 1999. Muchas de las antiguas sanadoras o especialistas en la preparación del *Matua Pua'a* por ejemplo, siguen preparando remedios para quienes lo solicitan bajo las viejas reglas y sin mediar formalidades. Además, cuando se inició el proceso social que abrió la posibilidad de la folkmedicina de “estar dentro del hospital” alrededor del año 2007, algunas de estas mujeres ancianas participaron en las conversaciones iniciales pero fueron rápidamente excluidas o autoexcluidas de las gestiones y del *Papa Ra'au*.

516 Está siendo tan relevante este tema de la propiedad, que últimamente hemos observado que motivado por el vínculo reciente entre las *taote rapanui* y algunos de los agentes y experiencias continentales de salud

que se distinga como “medicina ancestral”, mientras “funcione”. El problema lo tiene la comunidad en general y las *taote* y demás sanadoras tradicionales domésticas –como lo menciona Pakomio en su referencia a la indefinición de la medicina rapanui.

Desde una dirigente independiente del PESPI, el caso concreto de la acción de *Papa Ra'au* habla de un problema mayor de la sociedad rapanui contemporánea,

hay temas que tienen que ver con el uso y el derecho, porque estas medicinas son colectivos. No son individuales. Los territorios también son colectivos. Entonces ahí entra otra área que es más política, el derecho a las tierras, quién los administra, o sea es complejo, no es tan fácil. Porque desde que el Estado llegó desintegró los sistemas, porque antiguamente las formas de vivir de la gente son como aclinados, de tribus, entonces tenían ética, el uso de los territorios, de los recursos, tenían regulaciones en forma natural... porque los territorios eran por familia. Cuando el gobierno ha empezado a distribuir los terrenos no en forma de familias, sino en forma más segmentada y de acuerdo a las necesidades que hay en un momento determinado, eso rompe el concepto de familia netamente rapanui. Entonces lo que era particular de mi familia queremos homogenizarlos y decir: “bueno, es del todos”. Pero también hay que tener cuidado qué es el todo y qué es lo particular. Hay muchos jóvenes que están practicando la salud pero se olvidaron de dónde adquirieron este conocimiento. Entonces esa separación, ese olvido, de dónde viene el origen, es lo que nosotros no debemos propiciar y no debemos hacer propaganda de que: sí, olvídate de los abuelos; porque están, tienen que ser parte, tienen que incorporarse, tienen que mantenerse dentro de ese concepto, y los que están de dirigentes, ser bastante astutos en buscar un equilibrio versus lo que te presentan, la parte de la globalización de la información, y la particularidad misma de tu pueblo, y cómo enlazarlo para hacer resaltar lo especial que tiene el pueblo rapanui.⁵¹⁷

Así, a nuestro juicio, el PESPI ha roto la lógica del funcionamiento tradicional de la medicina rapanui, evidente hace veinte años atrás, respecto de que la competencia entre los distintos agentes médicos era por el tener más o menos “poder para preparar” -entendido como *mana-* y/o “saber preparar” -entendido como una habilidad técnica ligada con su “fe”, y resguardada mediante un proceso más menos secreto de conversión de la planta en remedio. Con el funcionamiento del PESPI, pareciera que la competencia entre los agentes es ahora por “estar” dentro del grupo de quienes se atribuyen una cierta representación oficial de la medicina rapanui.

Estamos asistiendo a una progresiva definición de la posición subalterna (Menéndez) de la medicina rapanui respecto de la oficial que implica algún grado de subordinación, que es justamente el contrario lógico de la reivindicación y el nacionalismo que tenía todo el discurso contestatario de la comunidad rapanui respecto del hospital en relación con los remedios isleños, hace veinte años.

intercultural mapuche (el PESPI organiza encuentros frecuentes entre experiencias de salud intercultural en ese caso de la jurisdicción del SSMO) que las *taote* asumen una propiedad familiar que es mas bien actualizada en lo personal por ellas en su rol intra hospitalario, pero que debe ser secretamente guardada hacia los no rapanui y no miembros de la familia. Dentro de eso caben los antropólogos/as como yo. Así se explica también que no existan capacitaciones en dirección *taote*-médicos del hospital ya que el secretismo y la desconfianza que implica termina siendo una barrera para la institución.

517 Anette Rapu, dirigente social y educadora rapanui, 2017.

Un elemento interesante de esta subalternidad expresado en el uso y noción actuales de la folkmedicina del *Papa Ra'au*, es la necesidad de contar con validaciones desde fuera, mediante al menos dos estrategias: una, la vinculación oficial del programa con laboratorios continentales anclados en proyectos institucionales de universidades para el estudio de las propiedades del *Matua Pua'a* –donde el mismo y exclusivo hecho de “dar la planta” a los investigadores no es leído como una afrenta ni al “secreto” ni a la tradición en torno de la planta; por otro lado, el estudio de “las dosis” que los investigadores –los mismos o equipos diferentes de ellos- sugieren como “adecuados” para tal o cual situación terapéutica; donde se evidencia una subalternidad autopercebida de parte de las taote respecto de la lógica biomédica (ver Anexo 28).⁵¹⁸



Fotografía 39. el *Matua Pua'a* en boca de todos. Luego de décadas de secretismo en torno de la planta, un reportaje de televisión continental abre la temática hacia el país. Las sanadoras participan activamente de esta difusión. 2019

518 Entre los que distingo en particular un proyecto que utilizando fondos públicos concursables y está siendo ejecutado por la Universidad de Valparaíso para analizar química y biológicamente la planta. No es el único. Ha habido varios intentos y agentes en este sentido. Lo interesante de esta última iniciativa es que se está ejecutando con el concierto de las voces que monopolizan hoy el discurso sobre la medicina “ancestral” vinculadas al programa de salud intercultural local. Este hecho alude a un proceso de desacralización creciente; y de ingreso eventualmente, del remedio “sagrado”, situado en el espacio de “lo común” hasta hace poco, en el campo de la mercantilización de los recursos terapéuticos de la folkmedicina.

<https://www.pucv.cl/pucv/noticias/vida-universitaria/programa-de-recuperacion-de-plantas-nativas-de-isla-de-pascua-continua>

<http://www.redbionova.com/programa-busca-recuperar-plantas-medicinales-rapa-nui/>

<https://moearua.com/el-renacer-de-la-medicina-ancestral/>

Pero ello tiene aún un elemento detrás y es que el *Matua Pua'a* no logra hoy por hoy legitimarse sólo, ya carente del discurso de soporte de tipo mágico, y entonces son las propias voces “autorizadas” de la medicina ancestral en el HHR las que piden estudios que demuestren; o que logren legitimar una cierta dosificación; etc. Desde la óptica del mismo director de HHR, la validación es necesaria en su camino de lograr discernir que es y qué no es medicina ancestral y comenzar a otorgar al cuerpo médico continental que trabaja en la isla, una certeza de seguridad y seriedad de lo que hacen *las taote*,

Se está haciendo un estudio de las propiedades bioquímicas del *Matua Pua'a*. Pero se debe saber más atrás, porqué esa planta es usada para esto y para esto otro; con lenguaje técnico y médico: no es “sirve para el dolor de estómago”; pero que dolor de estomago: puntadas, diarreas, etc; lo mismo con la inflamación; es muy vago; hay que comenzar a aterrizar esas formas de nombrar: qué tipo de signos y síntomas, y de ahí saber el diagnóstico.⁵¹⁹



Fotografía 40. Megavisión, uno de los canales nacionales con mayor rating, en su noticiero central, anuncia la llegada a Santiago del equipo de *Papa Ra'au* para asistir al laboratorio de la Dra. Marcela Escobar de la Universidad de Valparaíso; lugar donde recibirán información sobre el *Matua Pua'a* desde la bioquímica. Fuente: 2019 (<https://www.youtube.com/watch?v=HH0bhjyurFU>).

519 Juan Pakomio, 2017.



Fotografía 41. Sincretismo de la preparación de la materia médica se encuentra en etaa avanzada de la folkmedicina rapanui respecto a lo observado en las décadas del 2000 y 2010; lo que muestra el esfuerzo de adaptación de la posología y administración hacia nuevos usuarios y sus formas de vida “mas fácil”. La misma TV chilena en su reportaje lo destaca.

De todos modos, esta forma de subalternidad, como ha indicado Menéndez (1992) no es excluyente de la agencia de las propias *taote* sino que más bien arranca de un juego de expectativas aparentemente discordantes –la del Director y la de las *Papa Ra’au*- pero que coinciden en el uso de estrategias tácticas (Foucault, 1998) de *validación*⁵²⁰ lo que en el fondo demuestra la apertura y globalidad del escenario en que se mueve esta folkmedicina.

Está en este sentido tan bien instalada y escenográficamente posicionada esta folkmedicina, que los últimos diez años he escuchado varios discursos de personas ajenas –o no- a *Papa Ra’au* y antiguamente vinculadas familiarmente con la “fase” doméstica de esta folkmedicina, en torno de que desean establecer una suerte de “negocio” con oferta de saberes y prácticas médicas “ancestrales”, así como lo han visto hacer en otros puntos de la Polinesia⁵²¹ o como se ve en las revistas, en internet, o por los comentarios de los turistas cuando visitan el hospital o cuando conocen sobre algún “remedio rapanui”.

De alguna manera, es evidente hoy para muchos rapanui que, en el contexto del proceso de medicalización actual, estas prácticas eclécticas por lo demás pueden tener

520 <https://www.conaf.cl/conaf-capacita-en-hospital-de-hanga-roa-el-uso-de-plantas-medicinales/>

521 Me detengo sólo a recordar que una de las justificaciones que tuvo el colega botánico Pierre Cabalion de la Universidad de Nueva Caledonia, para invitarme como representante de Chile al Congreso de Plantas Medicinales y Aromaticas del Pacífico, Tahiti, 2006, fue justamente que desde Tahiti se estudiaban la posibilidad de ir desarrollando una serie de “productos” de origen natural que pudieran ser parte de una incipiente industria local en los ámbitos de la medicina y la belleza. Se miraba hacia Rapa Nui como un caso que podía dar luces de algunos elementos botánicos convertibles con el tiempo en... ¿productos comunes?.

proyección en un consumo turístico que vale la pena explorar. Los imaginarios tradicionales de la exótica y erótica Polinesia están operando detrás de este supuesto nicho de negocio. Obviamente esto va en la línea global del fenómeno de una medicalización ampliada hacia la mercantilización de los saberes médicos (Comelles, 1993; Menéndez, 2020). La tercerización de la folkmedicina rapanui en esta etapa de la medicalización resulta así ser una buena síntesis de este fenómeno y muy interesante para los estudios desde la antropología médica.

Finalmente, veinte años de observación de la folkmedicina local, la posterior introducción de las políticas públicas y la situación actual de la misma, me permiten identificar un paso drástico desde la noción contestataria de fines de los 90 de “mi remedio pascuense” hacia la noción actual de “medicina ancestral rapanui”. De manera paradójica, mientras era una medicina doméstica al alero de viejas prácticas y saberes refundidos con nuevos elementos bajo control cultural propio y no se practicaba bajo la cobertura del HHR de entonces, la medicina era “pascuense”..., donde “pascuense” implica una terminología colonial que hoy difícilmente encontraremos en el discurso de los rapanui, hasta tal punto que se ha cambiado el nombre de la isla. Si hoy algo es entendido como “rapanui”, se dirá en lengua rapanui y o ya no se usará el término “pascuense” para describirlo. Pensemos en el proceso de intento de cambiar hasta el nombre de la isla, que hoy descansa en el Congreso Nacional.

En efecto, emergió junto a la lógica de la salud intercultural en la última década la noción utilizable de “medicina ancestral”; que reemplaza a “mi remedio pascuense”; pero se trata esta vez de un contexto de dependencia de programa público, dentro de la institución quizás más chilena que podamos encontrar desde la perspectiva rapanui: el HHR. Se trata de una generación dialogante respecto del continente y sus políticas públicas, pero usando los recursos que se ponen a disposición lo cual habría sido impensable hace diez años, cuando el discurso de toda la comunidad y en gran medida de sus líderes, era netamente contestatario a los recursos y programas que se entendían impuestos desde el Chile continental.

Capítulo IV

A MODO DE SALIDA

IV.I Apéndice : La isla y el Covid 19

Esta tesis, con el horizonte temporal de 22 años, no puede sino aludir a los últimos acontecimientos en torno de la salud/enfermedad/atención de la isla; y que impactarán potencialmente en el proceso de medicalización.

Referiré a mi observación virtual de los hechos hasta concluido el mes de marzo de 2021; con base en tres grandes fuentes de datos: la prensa local en Chile continental -a través de la que percibimos el ánimo estatal y los imaginarios respecto de la isla; las redes sociales rapanui –fundamentalmente las incluidas en Instagram donde existen varias cuentas con perfiles de municipalidad, centros culturales, academias artísticas, organismos públicos, HHR –de donde tomamos información desde lo que sucede en la isla y sus lecturas; y mi participación activa en un chat de whatsapp creado por el Profesor Rolf Foerster de la Universidad de Chile y que reúne⁵²² y hace participar varios personalidades rapanui, autoridades de rango medio, líderes comunitarios, amigos; y miembros de cuerpos académicos sobretodo antropólogos, abogados, historiadores, comentando diariamente los acontecimientos de distinto tipo sobre la isla de común interés.

El 19 de marzo de 2020, el alcalde de la Isla ordenó cerrar el territorio al ingreso de turistas a fin de evitar el ingreso del Covid 19 en el territorio. Ello significó que LATAM dejara de volar y que los turistas que se encontraban en territorio isleño fuesen evacuados hacia el continente. De allí en adelante se dieron, por orden del alcalde, varios vuelos de repatriación de los rapanui que se encontraban, por el contrario, residiendo en el continente.⁵²³ La isla logró hacer retornar a los estudiantes a las escuelas en julio de 2020; siendo la única comuna del país en poder hacerlo debido a que no se han registrado casos.⁵²⁴ Y una serie de procesos internos y en su relación con el Chile institucional se han desatado.

Sin duda la pandemia como evento mundial gatilla también en el nivel local los propios fantasmas. Para Chile como Estado la misma ha hecho evidente lo que ya venía evidenciado por el proceso local del estallido social de octubre de 2019: las desigualdades, las inequidades, las diferencias geográficas, económicas, políticas, el acceso inequitativo a

522 El *chat* tiene un carácter amistoso y es obviamente una buena fuente de conexión con la realidad isleña para quienes nos encontramos fuera del territorio y estamos siempre deseosos de seguir noticias sobre Rapa Nui.

523 https://www.clarin.com/viajes/coronavirus-chile-moai-isla-pascua-cuarentena-0_ZyvSBEtTU.html
https://www.clarin.com/viajes/isla-pascua-apartada-casos-coronavirus-teme-futuro-0_HxkQMhSlx.html
<https://www.t13.cl/noticia/negocios/rapa-nui-isla-pascua-turismo-coronavirus-17-08-2020>
<https://www.sernatur.cl/gobierno-de-chile-decreta-cuarentena-preventiva-en-rapa-nui/>

524 Hubo una alerta al inicio de la repatriación sobre cinco casos, todos dentro de una misma familia, pero fueron debidamente pesquisados y aislados eficazmente.

salud, la bravura de un sistema mixto en que la constitución antigua garantiza a los ciudadanos solamente la libertad de comprar su acceso a salud. Pero la isla está bastante ajena a estas problemáticas mayores; ya que las estructuras continentales de desigualdad no son las mismas que operan allí. La autonomía económica que genera el control local del turismo –recordemos que todo el turismo está operado por rapanui aunque crecientemente articulado a la industria del turismo global, como es la compra-venta de paquetes turísticos gestionados por LATAM- puede entenderse como uno de los pocos recursos que permiten una economía bastante buena para todos los miembros de esa comunidad aunque entre ellos se produce una lógica de “chorreo” pues no todos están igualmente equipados en relación con la provisión de servicios turísticos.⁵²⁵

Considerando este elemento, ¿cuán provocador puede ser la presencia de una pandemia mundial del nivel que esta siendo Covid 19? Fundamentalmente en términos políticos, significa que el nivel local, representado por el municipio, debe solicitar y depender de recursos de subsidio estatal, los mismos que en el continente fluyen para el resto de los municipios nacionales. El alcalde ha entrado en una polémica con las figuras del gobierno central debido a que se siente “abandonado... me da pena ser chileno”.⁵²⁶ Y ha establecido con los pocos recursos existentes una forma de organizarlos para poner a trabajar en labores patrimoniales a la comunidad más vulnerable.

El proceso de “reinención” hacia un turismo “vivencial”⁵²⁷ implica la discusión que ha existido en la comunidad respecto de cómo quieren volver a relacionarse con el turismo una vez que pase la pandemia; y la comunidad ha sido muy clara en el sentido de describir que se trata de una oportunidad de postular francamente una reformulación de los lazos entre las familias, los roles y las formas de trabajo. Por otra parte los programas de emergencia que ha postulado el municipio han implicado un contacto más íntimo con temas como manejo de residuos, limpieza de la costa, creación de huertos familiares, refluotación de oficios antiguos, entre otros, lo que sea leído como una buena oportunidad para reflexionar sobre la autarquía económica como forma de subsistencia; conversación que siempre ha estado en el borde de formularse y que nunca había sido posible

525 He descrito ya que existe un fenómeno de concentración de riqueza en la isla producida sobretudo por la asociación de algunos rapanui con capitales transnacionales de la industria hotelera. Sin embargo, toda la comunidad gira habitualmente en torno del turismo: alimentos, tours, artesanía, etc.

526 <https://www.t13.cl/noticia/nacional/me-da-pena-ser-chileno-alcalde-rapa-nui-acusa-abandono-pandemia-13-03-2021#:~:text=Pedro%20Edmunds%20Paoa%2C%20alcalde%20de,registran%20casos%20de%20COVID%2D19>

527 <https://www.t13.cl/noticia/negocios/rapa-nui-isla-pascua-turismo-coronavirus-17-08-2020>

desarrollar antes, cuando todos estaban divididos compitiendo entre si por acumular dinero.

No por ello el Covid ha dejado de hacer surgir viejos fantasmas locales. Un primer nivel es la memoria colectiva de las muchas enfermedades que desde afuera han entrado al territorio isleño en la historia reciente; y en la inmediatamente anterior. De hecho los rapanui de hoy son herederos en gran medida de un desastre epidemiológico y demográfico ocurrido a fines del siglo XIX al que siguieron otros hasta hoy. El estigma, la vergüenza, el encierro, la muerte, la vulnerabilidad en definitiva de las enfermedades “de afuera”; como hemos llamado a esta lectura y experiencia sociales.

Covid 19 representó, en un primer momento, todo aquello potencialmente. Pero fue justamente este pavor el que ha activado y generado un fenómeno fascinante de autodeterminación en los hechos, que ha superado en el caso de salud incluso al más férreo de los protagonismos institucionales continentales. La estrategia y el acuerdo tácito de toda la comunidad fue impedir que el virus entre a territorio isleño. Cuando la Cámara de Turismo local quiso anunciar una eventual reapertura, fue la comunidad entera la que se opuso.

La pandemia de Covid 19 en Rapa Nui está siendo una excelente oportunidad comunitaria en varios sentidos. Ha generado sentido de comunidad cerrada, esta vez sin sentimiento de aislamiento obligatorio –paradójicamente- que suele tener el vivir en la isla para muchos rapanui. Esta vez es el mundo el que está contaminado, a diferencia de la época de la lepra o más contemporáneamente con el caso del dengue y su vector, en que fue la comunidad la que experimentó sobre sus hombros la discriminación y encierro para no “contagiar” al mundo exterior.

En el manejo de esta pandemia se ha visto como protagonista al alcalde Petero Edmonds Paoa, es decir al municipio. Como hemos comentado ampliamente, el municipio ha sido un actor ausente, excluido y habitualmente inoperante para las instituciones administradoras de salud del continente que tienen a su cargo la gestión del dispositivo de salud HHR y Seremi. El mismo ha actuado frente a Covid y desde el primer día y por su responsabilidad con “su comunidad” y el liderazgo genuino que tiene ente los suyos.

El alcalde ha liderado una estrategia comunicativa en dos sentidos: ha logrado ser visto desde el mundo como un caso exitoso frente al control de ingreso de la pandemia. Una breve pero interesante entrevista ofrecida en Naciones Unidas vía remota muestra este fenómeno (ver link).



Imagen 19. El alcalde Petero Edmunds Paoa presenta un saludo a Naciones Unidas desde Rapa Nui, considerado como un ejemplo de buen manejo de pandemia Covid-19. El escenario elegido para el breve discurso es el sitio arqueológico de Tahai. Fuente: Facebook de Municipalidad de Rapa Nui.⁵²⁸

Por otro lado, en relación con el manejo de su comunidad el alcalde ha instalado en el lenguaje colectivo cotidiano las nociones tradicionales que según el deben impulsar el manejo comunitario del tema. Nociones como *mo'a* –respeto; *tapu* –protección, resguardo, sacralidad-; *umanga* –comunidad-; *hanga* –amor, amabilidad; han estado circulando en los canales de redes sociales y discursos comunitarios. El alcalde ha aludido

528 <https://web.facebook.com/MuniRapaNui/posts/alcaldede-ropa-nui-expone-en-las-naciones-unidas-dar-a-conocer-al-mundo-el-uso-/4726262064114664/?rdc=1&rdr>

reiteradamente a una estrategia comunicacional donde ha utilizado varios de estos conceptos culturales, reflatándolos y asignándoles nuevos significados en pro de que la comunidad se sienta perteneciente y articulada frente a valores comunes de orden “ancestral”.



Imagen 20. Valores tradicionales son revisitados por el discurso municipal ante Covid 19. Fuente: Instagram Municipalidad Rapa Nui.

Y eso sin contar con herramientas sanitarias formales para poder hacer el control de la situación; ya que la municipalidad no tiene un Depto. de salud ni ninguna jurisdicción sobre la atención y prevención de salud de su comunidad, como hemos indicado ya reiteradamente. Aún así, y a raíz de la necesidad de reguardar que no entre ni salga nadie de la isla mientras dure la cuarentena, el alcalde potenció un pequeño equipo que trabaja hace unos dos años con el -matrimonio de médicos continentales que fueron hasta hace poco funcionarios del HHR- y que han decidido trabajar con el alcalde aparentemente para promover un trabajo comunitario sobre temas de salud pública tales como violencia, adicciones, adultos mayores, enfermos crónicos, salud mental. Este pequeño equipo, que trabaja al alero del Depto de Desarrollo social de la Municipalidad –ya que no han creado

aún ninguna estructura de salud propiamente- cuenta con el apoyo de un equipo local de miembros de la comunidad con interés y capacidad de trabajo en temas de salud,⁵²⁹ que han montado en algunos de estos campos un trabajo comunitario.

Con el escenario de la pandemia, sin embargo, el pequeño equipo y sin contar con la atribución desde las instituciones sanitarias a cargo de la isla –HHR-Seremi- ha dirigido la operación de tres operativos de repatriación de personas desde el continente, con sus respectivos periodos de cuarentena previa y posterior al viaje, estrategia comunicativa, aplicación de test (incluso en el primero compra directa a China de test), entre otros. Los operativos de repatriación fueron muy exitosos ya que el virus no ha entrado a la isla. Por su parte del SEREMI y el HHR (SSMO) han hecho lo propio estando a cargo de la toma de muestras y exámenes pcr y del seguimiento en terreno de quienes deben cumplir con la cuarentena post viaje; e importando recientemente un set de vacunas; con un espíritu de plegarse a las directrices del “tavana”⁵³⁰, como se conoce al alcalde en la isla. Por primera vez en la historia de las instituciones sanitarias el municipio asume de hecho un rol protagónico, validado ante la comunidad y sin necesidad de reivindicarse como teniendo un liderazgo ante las instituciones de salud.

A mi juicio, esta experiencia de manejo local o más bien de articulación local de la respuesta al Covid 19 está sentando un precedente que puede perfectamente impactar en poco tiempo mas en el gran salto que falta aún en el proceso de medicalización: la formalización de un rol legalmente reconocible del nivel municipal en el campo de la salud. En este caso, la actividad que ha hecho el municipio es de carácter preventiva y promotora, de modo que en los hechos ha estado probando a su equipo incluso técnicamente, generando discurso y nomenclatura sanitaria de nivel APS, siendo visible dentro de su comunidad con estos “saberes” y manejo técnico, y por supuesto quizás lo más importante: mostrando su poder a las instituciones rectoras continentales y sus dispositivos locales. Podríamos estar asistiendo entonces al inicio de una nueva etapa de la medicalización.

529 Se destaca la figura de la enfermera continental Ximena Trengove a quien ya aludimos anteriormente; colaborando desde hace décadas en articular una respuesta local a los problemas de salud de la isla y una interlocución con el HHR y Seremi; y que mencionamos como una de las personas que reflataron en su momento la memoria del leprosario.

530 La palabra *tavana* es utilizada en Tahiti como una deformación local de la inglesa *governor*; y ha sido apropiada en Rapa Nui hace algunas décadas para referir a su alcalde en tanto líder. No se usa en la prensa ni es reconocida oficialmente por las autoridades pero tiene una connotación de reconocimiento interno del tipo de autoridad que representa en este caso el alcalde Petero Edmunds Paoa (comunicación personal de Diego Muñoz).

IV.II Consideraciones finales

¿Cómo ha sido el proceso de medicalización de Rapa Nui?. ¿Por qué analizar un pequeño hospital como arena en la mitad del océano Pacífico?. ¿Hacia dónde apuntan los caminos en salud para la Isla?.

Todas las características de la medicina como campo de saber y hacer hoy en día a nivel global las tiene Rapa Nui ya instaladas, incluyendo la mercantilización y tercerización crecientes. El fenómeno de pluralismo asistencial ampliado o enriquecido (Menendez, 2003, Comelles y Perdiguero, 2020; Conrad, 2007) derivado de la dialéctica social y cultural del milenio es también evidente. Lo realmente sorprendente es constatar que para esta pequeña isla, la más distante de otro punto habitado del planeta y la que estuvo al margen de los procesos medicalizadores modernos hasta la mitad de los años 60; estos fenómenos evidencian un proceso de aceleración.

La colonialidad del proceso de medicalización vincula a la Isla netamente con el continente⁵³¹ a través de tres constantes: su insularidad y distancia geográfica; su dependencia política y administrativa de las instituciones sanitarias continentales; el factor de diferencia étnica y cultural de su población. Tanto la dinámica de la morbi-mortalidad como las políticas públicas en salud y la instalación de las instituciones médicas en la isla dan cuenta de ello. La *realpolitik* (Comelles y Perdiguero, 1996) de la medicalización rapanui se articula permanentemente con escenarios y actores en las instituciones sanitarias y políticas chilenas.

Por cierto, tras los desarrollos de las políticas públicas chilenas, esta tesis evidenció la presencia de algunos de los grandes lineamientos internacionales de salud pública y desarrollo. Es posible observar al hospital Hanga Roa en su devenir histórico, como una arena donde se suman en efecto los procesos de las instituciones médicas nacionales con las influencias que a su vez estas recibieron de instituciones y modelos internacionales de salud y gestión; a lo que se agregan las dinámicas de relación con lo local, donde la agencia de los propios rapanui va articulando (Delsing, 2017) desde la apropiación y la transacción los procesos a veces con mayor capacidad que otras para

531 Su pertenencia al área cultural de Polinesia se limita –¡por ahora!– a no más de un par de sueños de retorno romántico y no se materializa para el caso de salud en conexiones o formas de vinculación técnicamente concretas. Podemos pensar que este sueño corresponde en el lenguaje a lo que Foucault entiende como estrategias anónimas funcionando como bloques tácticos cuando algunas agencias locales desean “amenazar” al estado neocolonial con desvincularse. Acabamos de volver a verlo con la alusión del alcalde respecto a “ser chileno” y la ayuda económica en contexto Covid.

influir en el curso de los acontecimientos. De todos modos, el HHR sigue siendo una institución chilena en territorio rapanui.

Chile se hizo parte del proceso medicalizador delegando el poder en la Armada durante la primera mitad del siglo XX; la que asumió un control en conjunto con otros actores contingenciales, sin que el ejecutivo, el legislativo o el conjunto de las instituciones públicas nacionales tuvieran una influencia directa.

El proceso medicalizador se fraguó en tanto “territorio de disputa” en la segunda y tercera etapas, con la intervención de los actores de la sociedad civil y políticos chilenos en torno de presionar a la Armada e ir haciendo posible una salida hacia lo civil; la que se dio en el contexto de una sublevación local e inició un proceso de ensayo de nuevos mecanismos para vincular al poder sanitario continental con la isla.⁵³²

Más recientemente, los dos hospitales civiles tienen una vinculación formal con el continente desde las lógicas sanitarias epocales en ambos momentos; siendo el hospital Hanga Roa final un ejemplo de hospital de última generación desde la perspectiva del Ministerio de Salud de Chile.

El resultado es un modelo fuertemente hospitalcéntrico que ha prevalecido independiente del paso del tiempo e incluso de los modelos de gestión que se utilicen. El Estado en su lógica centrífuga (Clastres, 1987), monolítica (Fernández y Fuentes, 2018)⁵³³ y multicultural no hace sino cumplir con la lógica nacional de distribuir los recursos en su territorio y asumirse responsable de la salud de sus poblaciones. De allí derivan las dificultades que encuentran los organismos sanitarios para bien gestionar el HHR; lo costoso que resulta en todo sentido; y también las expectativas siempre insatisfechas de su propia población en torno a la oferta del dispositivo.

En efecto, los asuntos de salud/enfermedad/atención han sido los más tensionados durante muchas décadas en la relación entre la isla y el continente, porque son una arena estratégica desde el punto de vista biopolítico. Lo asistible (Comelles, 1989, 2000b) trasciende al dispositivo asistencial y se sitúa en la relación neocolonial en el campo político por definición. De modo que “funciona” para el caso de análisis

532 Incluso cuando entra en escena la sociedad civil a través de la SADIP, esto irá ya que esta serie de actores comienzan a pedir una mayor injerencia al mundo político chileno y sus instituciones en un esquema nacionalista pero incluso allí y al parecer como un fenómeno derivado de la isleñidad geográfica incluso de Rapa Nui, el actor en terreno fue siempre la Armada.

533 Como hemos indicado nos encontramos justo en un proceso constituyente donde esta definición es una de los mas relevantes.

produciendo estos fenómenos de dependencia administrativa, económica y en definitiva política.⁵³⁴

Un elemento presente en la última etapa de la medicalización tiene que ver con el *habitus* desde donde la misma comunidad observa y experimenta las condiciones de asistibilidad que le provee Chile -la condición de derechohabientes de los isleños. Según el modelo de relacionamiento de “heterogeneidad histórico estructural” que propone Quijano (2000), lo intercultural de la relación en la última etapa ha permitido generar mejores resultados que la forma netamente vertical utilizada en etapas anteriores; sin embargo, tal abordaje relacional –que ha partido de la base de que existen conflictos y memorias que la comunidad tiene instaladas con sus instituciones y el dispositivo sanitario y que los diálogos deben darse con este sentido de realidad- fue especialmente relevante en el momento fundacional del gran cambio sanitario de la etapa: el momento bisagra que puso a dialogar en igualdad de posiciones a la comunidad y su diversidad de actores y autoridades, con la misma presidencia, el MINSAL, SSMO y HHR. Así fue el proceso participativo desde donde emergió el nuevo hospital.⁵³⁵ El fenómeno de “culturalización de la interculturalidad” (Restrepo, 2014; Campos y cols., 2017) ha devenido para el caso rapanui en una dificultad de comunicación.

Lamentablemente este modelo de relacionamiento no es permanente, dando lugar a que los actores de ambos lados pierdan el sentido de realidad y se tensionen en críticas oposicionales autocentradas. A nuestro juicio esta es una de las claves que el estado chileno debiera siempre manejar en su forma de articularse con la isla. Porque efectivamente otra transversal de la medicalización de la isla tiene que ver con el carácter étnico de su población, diferencial que ha sido políticamente (mal)usado siempre en la relación con Chile. En Rapa Nui es intercultural todo el proceso, no sólo lo relativo al PESPI; de modo que desconocer esta variable ha hecho mucho daño a la lógica de diálogo existente en las distintas etapas. Para abordarlo como tal es necesario superar el culturalismo y entender la interculturalidad como un relacionamiento político más allá de lo *folk* (Campos y cols, 2017).

534 Pensemos en la lucha del actual director por cambiar el nivel de complejidad para hacerlo un hospital más resolutivo, y en el largo anhelo local del alcalde respecto al control del dispositivo y de la salud en su territorio a lo que las lógicas del SSMO y MINSAL se ponen férreamente con el argumento de la “responsabilidad” en sus manos.

535 De alguna manera la Isla siempre ha reclamado a Salud un trato preferente. Reclamos permanentes como la denuncia rapanui en torno de que los “pocos” recursos que se asignan a la isla no se enfocan en beneficiar a la población étnicamente rapanui –debate sobretodo presente con el impacto de la última ola migratoria-; o los dineros del PESPI, o la fumigación de los aviones que van al continente por temor al *nao nao*; o tantas otras áreas en que la comunidad se siente “no discriminada positivamente”; refieren una expectativa de ser tratado de manera especial.

Lecturas contrapuestas

De manera paradójica, desde las dos últimas etapas, mientras el esfuerzo desde el discurso comunitario y sus autoridades van en la dirección de contar con mayor autonomía en el control de los procesos de salud/enfermedad/atención -sobretudo desde 2007 en adelante con el traspaso de la dependencia administrativa a la jurisdicción del SSMO-, la isla cobra una posición más sentada en el conjunto de políticas y programas públicos en salud a nivel nacional. El Estatuto de Autonomía Administrativa (Ley 20.193 de 2007) funciona vinculando de manera aún más estrecha la gestión local con los procesos continentales. Mientras más el HHR-SSMO insisten en mejorar el modelo –profundizarlo en cuanto a su hospitalcentrismo pero con ingredientes de modelo de salud familiar y comunitario- la comunidad lo entiende como una insistencia en precarizar la atención. En parte porque existe una clara disonancia cognitiva en torno de el concepto de atención “primaria”. Ambos actores se alejan y no se juntan en un punto de acuerdo; uno se acerca –primaria, promocional- y el otro rehúye – entendiendo el fenómeno como “cada vez es más básico este hospital”.⁵³⁶

Mientras la comunidad cada vez tiene mayor claridad respecto de la noción de salud vinculada a “bienestar”⁵³⁷ y esta noción coincide en la teoría sanitaria continental con el modelo de salud familiar y comunitario (es decir ambos actores están hablando “de lo mismo”...); la comunidad no apela a que sea el HHR el que resuelva esta demanda, sino el conjunto de actores entre los cuales podría estar el mismo HHR. Por su parte el HHR, haciendo alarde de su *ethos* de control sobre la salud poblacional se ve a si mismo como el responsable de esta dimensión. Allí encontramos otra disonancia esta vez en torno del poder.

Pero está fuertemente instalado en el discurso de décadas entre el personal sanitario del HHR la idea de que los rapanui “viven el aquí y ahora”. Sin duda es en parte así -la cultura de la isleñidad así lo ha forjado- pero el efecto relacional de la institución que se manifiesta en la relación médico-paciente –es decir en la arena del *bax*- es que efectivamente el sector salud no reconoce posibilidad de articular promoción a partir de

536 A ello se agrega que la comunidad sólo ve del hospital su carácter clínico –porque efectivamente y de manera contradictoria consigo mismo su énfasis de todos modos está en lo clínico- y no su “articulación en red”; que es otro de los componentes del diseño sanitario “de punta” desde la perspectiva del HHR-SSMO-MINSAL. La presencia de la “red” es invisible en local para la comunidad... de modo que siempre parece “poco”.

537 Como queda expresado en las instancias de diálogo social ya revisadas: un ejercicio autónomo de auto diagnóstico epidemiológico sociocultural. Del mismo modo, el componente de extensión hacia la comunidad de organizaciones rapanui como *Papa Ra'au* -y a pesar de su rol de monopolización de la folkmedicina- manifiestan una noción instalada de salud como bienestar.

este pre-juicio. No es evidente para quien escribe que la comunidad rapanui no cuente con nociones preventivas y promocionales.⁵³⁸

En ello encontramos otra barrera que esta vez junta lo político –el control- con lo cultural –las nociones; ya que, si el HHR no se considerara el único “responsable” de la salud de la población, quizás algunos elementos de la propia folkmedicina –entendida más que como meras prácticas- podrían integrarse en la cadena de gestión de la salud/enfermedad/atención de su comunidad. La propia amplitud y complejidad de la folkmedicina y del sistema médico rapanui –considerado dentro del complejo asistencial- no se da en la práctica porque ambos discursos no se topan en el hospital. Caminan por caminos paralelos. Si la última con su modelo de salud comunitaria y familiar podría pensarse como un ejercicio de mayor medicalización de la vida –individual, familiar y comunitaria obviamente-, en la práctica las conductas en salud de las personas y las comunidades no están pudiendo ser bien domesticadas, como lo han expresado con caridad los funcionarios de salud tanto continental como rapanui.⁵³⁹

Es decir, el dispositivo asistencial, si es que incluimos la folkmedicina practicada en el mismo hospital, no genera un campo relacional tal que sea posible integrar elementos de una medicina en otra y por ende atraer de manera mas coherente culturalmente a la población rapanui. El HHR hace esfuerzo de mejorar la gestión de sus programas diseñados en el continente; pero no en generar un nuevo *corpus* programático porque el diseño vertical de salud en Chile no lo permite.

538 De hecho, ya lo evidenció mi primera investigación hace 22 años: los elementos de la folkmedicina centradas en el cuidado preventivo de algunas poblaciones, siendo una de sus características más llamativas.

539 Quizás las prácticas y formas de vida cotidiana de la comunidad –que tanto alteran a los profesionales de salud: la comida “en exceso”, la violencia, el alcohol, entre otras, no han sido aun aceptadas dentro de lo medicalizable por la propia comunidad; o, si lo han sido, se trata de ámbitos en disputa política con el hospital de modo que ¿podríamos entenderlas como en proceso de desmedicalización?. Varias resistencias son visibles: a entender la alimentación o el ejercicio como ámbitos del dominio del dispositivo, la resistencia al dolor, a la sedación; o las prácticas preventivas de cuidado y salud sexual femenina que se dan en lo doméstico (Leyton, 2004; Fajreldin 2002) y que no son incorporadas en las lógicas hospitalarias de cuidado; desaprovechando un recurso muy interesante y eventualmente disponible. Es curioso que estas prácticas íntimas, domésticas, y por tanto entendidas emicamente como de “fuera del hospital”, incluso teniendo el dispositivo funcionarios y profesionales rapanui, no logra integrarse a las lógicas sanitarias continentales que allí operan. El ámbito de la comunicación a través de folletería se limita a la traducción literal de contenidos sanitarios al idioma rapanui (ver Anexo 19). Existe una disputa entre modelos por el control biopolítico: estas practicas están en territorio ambiguo entre la medicalización y la desmedicalización.

De ahí un elemento de colonialidad fuertemente evidente. Es decir, ambos elementos son de orden operacional y a la vez político y pasan por la visibilidad de los rapanui dentro del recinto y su posición en igualdad de condiciones. ¿Se trató quizás de una forma de apropiación del dispositivo? ¿Funcionó?⁵⁴⁰

La agencia rapanui en su despliegue autonómico

De esta manera, la salud –instituciones y consecuentes instrumentos de gestión y diseño principalmente- han sido importadas desde el continente y han recibido en algunos momentos más que en otros algunos *inputs* desde la comunidad para configurar un asiento que permita cierta sustentabilidad de las acciones.

Un elemento central de estos procesos es que la medicalización se ha apoyado tanto en dispositivos instalados en el territorio, como en una red –propia del sistema oficial chileno; privada, o armada⁵⁴¹– para intentar cubrir algunos aspectos que los dispositivos instalados no logran cubrir. Estos “apoyos” se derivan por una parte de su naturaleza de isla muy lejana; donde la dificultad de conectividad y resolutivez clínicas es enorme. Así por ejemplo, desde los tempranos 50 que el sistema hospital entendió la posibilidad de derivaciones hacia centros hospitalarios de referencia en el continente, articulándose una red que cada vez se ha profesionalizado más; incluyendo en tal profesionalización la misma práctica de aumentar la capacidad de resolución dentro del mismo HHR, sin tener que derivar; para lo cual la cantidad y racionalidad de las visitas de especialistas ha sido creciente y más eficiente. Entendiendo que las relaciones de todos estos actores son sólo comprensibles en la práctica –ni del todo armónicas ni del todo conflictivas (Menéndez, 1992, 2016).

El mismo HHR ha tenido una larga historia de rapanui colaborando entre su personal; hasta llegar a tener hoy un director rapanui y médicos, kinesiólogos, sicólogos, entre otros profesionales. Ello ha ayudado a acercar al hospital a la comunidad sin duda;

540 El momento fundacional del nuevo HHR, cuando el Estado abre por primera vez la puerta y de la manera más políticamente potente –a través de la Presidenta de la República- la comunidad toda y sus autoridades formales e informales –no solo los actores más directamente vinculados a acciones de salud- visualiza con claridad que son dos los ámbitos en los que desea estar frente al nuevo hospital: mediante *box* (es) especiales “dentro” del recinto para un modelo de salud propio (aunque recién esté pensando en qué quiere decir e implicar aquello en términos técnicos: qué le ponemos dentro al *box*); y la contratación de funcionarios rapanui dentro del nuevo recinto mediante contratos idénticos a los de los funcionarios no rapanui (información personal de la Dra. Francisca Toro, 2007).

541 Piénsese por ejemplo en la presencia desde mitad de los 90 del “Operativo Fach” y el carácter cada vez más coordinado de sus acciones respecto del dispositivo HHR-SSMO, constituyendo hoy un brazo más del mismo en el territorio. No es un fenómeno que sólo podamos remitir a las últimas décadas, ya que la provisión de salud inicial en la isla fue una iniciativa privada ya vinculada con la caridad cristiana de los primeros misioneros –y su apoyo en las clases altas continentales-; ya con la caridad de la beneficencia civil sobretudo en los años 30 al 50, con la SADIP; o una mezcla entre ambos..

también ha generado confrontación de poderes y expectativas comunitarias no siempre satisfechas ya que estos profesionales se encuentran siempre viviendo entre dos modelos, tanto médicos como socialtales.

En el terreno de los translocal, los rapanui cuentan además con apoyos tanto institucionales como personales y que constituyen campos de poder desde donde defenderse política y simbólicamente de las instituciones cuando no se sienten seguros en ellas. Las redes que articula la agencia rapanui con los más diversos actores cuando y donde desea no es sólo la manifestación de una potencialidad fáctica sino una nueva forma de utilización simbólica de este capital (Bordieu) frente al Chile neocolonial; otro bloque táctico.

Sin embargo hay otra dimensión de agencia que nos interesa resaltar y es la capacidad creativa de los sujetos rapanui para revertir a su favor muchas veces lo que se presenta.⁵⁴² Ya mi primera etnografía del año 1999 identificó con claridad la flexibilidad y la capacidad incluso de construir una medicina “propia” en función de elementos foráneos, sobre la cual apoyar un discurso político reivindicativo de una identidad más allá, afuera de la chilena, y generar un fuerte rol nacionalista de su medicina entendiéndola como una esperanza transhistórica (Fajreldin, 2002).

Esa capacidad se ha manifestado y lo sigue haciendo, respecto del manejo de ciertas políticas públicas en salud. El ejemplo del programa ChCC con sus manuales es una evidente demostración de aquello; o la misma conversión de varios elementos de la folkmedicina en una paleta de “ofertas tentadoras” para un público deseoso de consumo médico alternativo, pero al amparo de un Programa auspiciado por el estado. Más que depositarios de políticas públicas, los/as rapanui se muestran como activos articuladores (Delsing, 2017) de su propio interés en un escenario de ofertas siempre abierto; generando una estrategia de tercerización de su folkmedicina muy singulares en la casuística mundial de la antropología médica insular.

El proceso de medicalización ha sido y sigue siendo actuado por los propios miembros de la comunidad; ya desde la participación como cuadros clínicos en el dispositivo hospital o leprosario; ya en la actualidad como funcionarios activos de programas públicos que ponen en juego elementos culturales propios; ya como usuarios

542 Y que podría tener alguna vinculación con lo expresado por López en torno de los usos políticos interesados de las comunidades vivas de viejas tradiciones culturales (López, 2005).

del dispositivo y su Red; o contestando de manera siempre crítica con expectativas de singularidad absoluta como si se tratara del “ombligo del mundo”.⁵⁴³

De “mi remedio pascuense” a la “medicina ancestral”

En la década de los 90, cuando realicé mi primer trabajo de campo, la folkmedicina local no tenía un estatus reconocido por el sistema hospitalario; más que a nivel de meras prácticas que quedaban circunscritas a la voluntad y disposición del personal médico del HHR. Es más, como hemos ya referido, no tenía un reconocimiento como “campo de saber y de poder” más allá del que mi propio trabajo contribuyó a consolidar. Cuando los rapanui aludían a la folkmedicina era para situarla en un rol contestatario y nacionalista respecto de la medicina hospitalaria; y el *pool* de saberes y prácticas y sanadores quedaban bien descritos por la nomenclatura *emic* de “mi remedio pascuense”, en una etapa de las relaciones interculturales en que el término “pascuense” no cobraba aún un valor de sinónimo colonial.

El momento fundacional de la “medicina ancestral” por su parte es el momento de la bisagra política y administrativa a la que hemos referido, que se da en la mitad de los años 2000. En él se ven las caras varios actores que luego desaparecen una vez instalada la dinámica –y los dineros- del programa PESPI; pero inicialmente este *pool* de actores más diversos que el actual, lo que hace es ponerse de acuerdo en los conceptos y las acciones que pudieran definir esta nueva área: lo que Mbembé ha identificado como la manifestación de la memoria fragmentada –con su fase esencialista en el momento de dialogar con el otro para diferenciarse- y con su fase de realismo en el momento de articularse como programa y política pública funcionando y, desde luego, lo que Sahlins entiende como una readecuación de los significados culturales en el tiempo. Un cambio producido desde el exterior, en este caso desde el país, con mestizaje autóctono (Bhabha, 2017) es lo que ha sucedido con nociones de la folkmedicina tales como el *mana* devenido en “energía”.

Las relaciones interculturales se pueden observar tras el surgimiento de la necesidad de validación de la práctica de la folkmedicina en su esquema *medicina ancestral-Papa Ra'au*, donde se pide a instituciones foráneas a su propia lógica –universidades chilenas, centros de estudio continentales, laboratorios, otros organismos públicos chilenos- identificar los compuestos biológicos presentes en las plantas de uso medicinal y

543 Aludo aquí irónicamente a uno de los nombres vernáculos de Rapa Nui, anterior al mismo, que era *Te Pito O Te Henua*, El Ombligo del Mundo.

entregar la dosificación “correcta”; en un estímulo que genera el mismo sistema HHR para avanzar en lo que se llama la “seguridad” de la práctica médica ancestral. Los *ethnoscapes* vistos en los medios de comunicación (Comelles, 2000; Comelles y Perdiguero, 2014) actúan posicionando elementos antes “secretos” y hoy en el *pool* de posibilidades de consumo y mercantilización de la salud en un proceso que se encuentra mediado por lo que Armus (2002) define como la confianza en que la ciencia nos dirá “la verdad”. Es decir es un fenómeno epistemológico y político.

Uno de los aspectos centrales de esta observación etnográfica tiene que ver con identificar de qué manera se está entendiendo la interculturalidad del PESPI, ya que el llamarse intercultural no necesariamente plasma una forma de relacionamiento concreta ni ideal, pese a las definiciones teóricas que hacen de ello los documentos y marco reglamentarios en uso. Mientras hay actores institucionales que puján por definiciones exactas que delimiten las prácticas y configuren un escenario “mas claro”; otros actores sólo desean devenir hacia un creciente reconocimiento político que posibilite mejores instalaciones institucionales y mayores posibilidades de continuar simplemente trabajando.

La importancia y visibilidad del *Papa Ra'au* dentro del HHR es aún escasa y el desafío está puesto en que sea la propia comunidad la que vaya definiendo estos espacios en su uso y no tan sólo en términos de infraestructura sino más bien de modelo de atención, donde está por situarse aún la posición de la medicina rapanui en relación con la medicina formal del hospital, y sus posibilidades de complementación e independencia. Asimismo, queda abierta la pregunta por los eventuales procesos de normatización, control e incluso apropiación que puedan tener lugar en el hospital en relación con la medicina isleña, con criterios de seguridad u otros. La hegemonía y la subalternidad obvias en el relacionamiento hospitalario con el *Papa Ra'au* no anula en absoluto la agencia de este y quizás sea un mecanismo de autonomía el propio abanico de medicinas a disposición por parte de *Papa Ra'au*.

Las *kastom* del Pacífico (López, 2005) son un claro ejemplo de la creatividad que también en Rapa Nui encontramos en torno de su folkmedicina funcionando y operando: la folkmedicina al estilo del *Papa Ra'au* no son acaso una forma de *kastom*?; útiles, contingentes, comunicables, apta para generar liderazgo incluso superior al meramente “de salud” -las *taote* saliendo a la sociedad y generando campo nuevo de imaginarios de “lo rapanui”. Sahlins nos entrega una herramienta teórica que permitirá observar al conjunto de la cultura isleña y particularmente de la cultura médica bajo este prisma de lo

situacional, de la contingencia como estructural. Los significados culturales son alterados en la historia en la medida que es necesario-posible hacerlo.

A nivel comunitario algo sucede en estos años que parecen estar distorsionando los tres elementos que observo hace más de veinte años como característicos de la folkmedicina rapanui: *Tapu*, *Mana* y *Kainga*, toda vez que son también característicos de las relaciones sociales en distintos y varios ámbitos. El vínculo de cada rapanui con su *kainga* –territorio- vinculado con su *mata* -familia, clan- parece debilitarse en la disputa concreta por la tierra y la creciente lógica de nuclearización de las familias (Santa Coloma, 2002) con su consecuente afán competitivo en contra de la lógica colectiva.⁵⁴⁴ La relativa pérdida del sentido de sacralidad de territorio que hemos revisado a la luz de procesos en torno a la folkmedicina –o su conversión en una explicación y preocupación ecológica mas que mágica- que también se podría explicar por la fragmentación de la sociedad en núcleos con sus propios intereses, antes que una lógica colectivista de los “comunes”.

En estos contextos políticos, son especialmente notorios los efectos de las políticas publicas sobre los procesos de autonomía. Desde una perspectiva crítica (Boccaro, 2007), uno de los efectos posibles de la política pública en salud intercultural ha sido la culturización de la salud generándose una serie de productos que apuntan más bien a hacer aparecer la cultura sin pueblo, la salud sin contexto; y a la interculturalidad como artefacto de gobierno, pues «la reducción de la interculturalidad casi exclusivamente a sus aspectos culturales expresa frecuentemente objetivos de asimilación e integración, así como tiende a excluir o por lo menos opacar los procesos socioeconómicos que reducen o directamente impiden establecer relaciones interculturales realmente respetuosas y simétricas» (Menéndez, 2005: 11).

544 A la casi gesta de los años 40 y 50 en que los primeros rapanui fueron formados en el continente proviniendo de una isla de la cual debieron escapar para obtener esos insumos que luego volcaron en su propia comunidad; se opone hoy una lógica de alguna forma centrípeta que se manifiesta en un sentido empobrecido de comunidad que muchas veces hace un esfuerzo por enfatizar sus intereses individuales, familiares o nucleares; en desmedro del sentido de los “comunes”.

Esta tesis refleja un “caso” antropológico muy peculiar ya que se trata de un territorio insular polinésico bajo dominio de un país latinoamericano y cuya historia de extremo aislamiento sólo se revierte de manera drástica al finalizar el siglo XIX. Pese a este quiebre, la Isla sigue quedando al margen del relacionamiento con el mundo y las instituciones hasta la mitad de los 60. De esta manera el proceso de medicalización de Rapa Nui no sigue ningún modelo de los observados en otras áreas del mundo por la antropología médica. Su incorporación del modelo hospitalcéntrico propio de los dispositivos sanitarios de muchos países deviene un laboratorio de observación para el siglo XXI, atravesado como está además por el fenómeno de la tercerización de su folkmedicina.

El desafío mayor está puesto hoy en la modulación o superación de los esquemas neocoloniales para el pueblo Rapa Nui, que permita abrir camino hacia la participación efectiva y pertinente en salud y el control de sus instituciones.

Saliendo...

Ñuñoa, Santiago de Chile, JULIO de 2021

La urgencia y la contingencia

Esta tesis se ha transformado para quien escribe en una hermosa oportunidad de revisar ya viejas ideas acumuladas y nunca antes terminadas de asociar unas con otras ni de poner en un marco coherente de reflexión. El hecho de sentir que se ha logrado —la tesis daría prueba de ello— no convierte a estas conclusiones en aseveraciones intocables. Por el contrario, si algo queda claro en mi experiencia es que esta escritura es provisional y que lo que más tengo como conclusión son una serie de nuevas preguntas tanto sobre lo que he afirmado aquí como sobre temas que aparecen emergiendo de las reflexiones mismas a modo de provocación de continuidad en este camino hermoso de la Rapa Nui en mi propia historia. Nuevos informantes, nuevas fuentes de información, nuevos archivos, algunos por abrir recién e intencionar su búsqueda; relatos de personas que están ya próximas a partir por lo avanzado de la edad; testimonios de gente que nadie ha escuchado aun debido a que el tema médico en la isla no es de los más estudiados.

La sensación de urgencia se emparenta con la sensación de contingencia. En el ámbito de lo local Rapa Nui está atravesando una etapa de transformaciones mayores, en términos generales y particularmente en el ámbito sanitario. El Covid 19 está siendo una experiencia extraordinaria y muchas de las preguntas abiertas con esta tesis se irán pudiendo cerrar si es que logramos pronto comenzar a descubrir este tremendo fenómeno en terreno.

Transcurridos estos, los que entiendo como “mis primeros veintidós años” de estudio sobre Rapa Nui, quedan varios elementos por comprender y espero puedan ser abordados en el futuro. Entre ellos se encuentra la pregunta por el papel de la cultura del Pacífico sobre el proceso de medicalización a través de los múltiples contactos en la historia contemporánea que los isleños han explorado, tanto desde una posición de meros visitantes como desde un asentamiento más permanente en alguna de sus islas. Del mismo modo será relevante seguir explorando el desarrollo del elemento indicador —Matua Pua'a— en torno de la folk medicina y de la salud intercultural entendida como política pública. Finalmente, emerge con gran fuerza la hipótesis de que el tema médico en Rapa Nui puede visualizarse como “índice” —hasta hoy poco visitado— de la relación neo colonial entre la Isla y Chile. Ello será especialmente relevante en la contingencia política en que se encuentra mi país, porque estamos en proceso constituyente en que los pueblos originarios han conseguido escaños reservados —a Rapa Nui le correspondió uno, que ocupa la joven abogada Tiare Aguilera Hey— para debatir con el conjunto del país el Chile que queremos.

Nunca había vivido en una pandemia y siento que todo lo que podemos hoy aprender sobre el fenómeno dándose en Rapa Nui, necesariamente me remontará a la historia que aquí he narrado, reorganizará mi cronología, y proyectará a la isla en una nueva etapa; ojalá más próspera y autónoma que como ha venido siendo la salud en ese territorio. También en función de mi propia posición en la Universidad y en relación con mi experiencia en la isla, considero que ojalá esta etapa Covid y post Covid me ofrezca no sólo el impulso sino la oportunidad de participar mas directamente en ese nuevo nacimiento. Concibo a la antropología en su dimensión aplicada como una herramienta ética.

BIBLIOGRAFIA Y RECURSOS

Documentos audiovisuales

- Fajreldin, V. (2010a) *Te Matua Pua'a He Ora Ra'a*. Documental antropológico 55 min. Rapa Nui-Santiago, Chile.
- Fajreldin, V. (2011a) *Rapa Nui, Patrimonio Inmaterial*. Catálogo visual 36 min. Visualarte. <https://www.youtube.com/watch?v=ZBykXMi59aA>. Corto promocional, 2 min: <https://www.youtube.com/watch?v=DIY02bPReGw>
- Haoa, F. (2010) 122 Años-122 Imágenes. De la memoria histórica de Rapa Nui junto a mi país, Chile. Fondo de Cultura Gobierno Regional de Valparaíso.
- Lemieux, H. (1965). *Island Observed*. Film de difusión sobre el operativo METEL. National Film Board, Canada. https://www.nfb.ca/film/island_observed/
- Pakarati, L. (2015) *Te Kubane o Te Tupuna. El Espíritu de los Ancestros*. Documental 63 min. <https://cinegogia.omeka.net/items/show/642>

Bibliografía documental

- Archivos del Ministerio de Marina (1936). Memoria del Subdelegado marítimo Manuel Olalquiaga. Hanga Roa, Vol. 3675.
- Archivos de la Intendencia de Valparaíso (1926). Memoria y Balance Jeneral del año 1926, Folio 11(6).
- Archivo de la Intendencia de Valparaíso (AIV). (1928). Resumen, Inventario Jeneral del año 1928. Folio 34-35(18).
- Biblioteca del Congreso Nacional (1917) Ley 3.220 (sin nombre específico). <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=23823>
- Biblioteca del Congreso Nacional (1966) Ley N°16.441, Crea el Departamento de Isla de Pascua. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=28472&idVersion=1984>
- Biblioteca del Congreso Nacional (1993) Ley N° 19.253, Ley Indígena. Establece Normas sobre Protección, Fomento y Desarrollo de los indígenas, y crea la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI). <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=30620>
- Biblioteca del Congreso Nacional (2007) Ley N° 20.193 Reforma Constitucional que Establece los Territorios Especiales de Isla de Pascua y Archipiélgo Juan Fernández. <https://www.leychile.cl/navegar?idNorma=263040>
- Biblioteca del Congreso Nacional (2017) Decreto 1882 Aprueba e Implementa ordenanza municipal de oficialización del idioma rapa nui. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1112348>
- Biblioteca del Congreso Nacional (2018) Ley N° 21.070 Regula el ejercicio de los derechos a residir, permanecer y trasladarse desde y hacia el territorio especial de Isla de Pascua. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1116414>
- Cámara de Diputados y Diputadas (2016) Proyecto de Ley, Modifica diversos cuerpos legales para sustituir la denominación de Isla de Pascua por la de Rapa Nui. <https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=11117&prmBOLETIN=10686-06>
- Camara de Diputadas y Diputados (2021) Modifica la Carta Fundamental para sistituir la denominación del territorio especial de Isla de Pascua por la de Rapa Nui. <https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=11116&prmBOLETIN=10685-07>

- CEPAL (2002). *Propuesta de Indicadores para el Requerimiento de las Metas de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en América Latina y el Caribe*. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/7159-propuesta-indicadores-seguimiento-metas-la-conferencia-internacional-la-poblacion>
- CEPAL (2007a). Capítulo III. Pueblos indígenas de América Latina: antiguas inequidades, realidades heterogéneas y nuevas obligaciones para las democracias del siglo XXI. En CEPAL, *Panorama social de América Latina* (pp. 143-218). Publicaciones de las Naciones Unidas.
- CEPAL (2007b). Capítulo IV. Agenda social. Políticas públicas y programas dirigidos a las familias en América Latina. En CEPAL, *Panorama social de América Latina* (pp. 219-277). Publicaciones de las Naciones Unidas.
- CEPAL (2007c). *Seminario-Taller Pueblos Indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?* <https://www.cepal.org/es/cursos/seminario-taller-pueblos-indigenas-america-latina-politicas-programas-salud-cuanto-como-se-ha>
- CEPAL (2008). *Pueblos indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado? Informe del Seminario-Taller*. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6936/1/S0800620_es.pdf
- CEPAL (2009). *Censos 2010 y la inclusión del enfoque étnico: hacia una construcción participativa con pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina*. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/6940-censos-2010-la-inclusion-enfoque-etnico-construccion-participativa-pueblos>
- CEPAL (2010). *Salud materno infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: una relectura desde el enfoque de derechos*. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/3797-salud-materno-infantil-pueblos-indigenas-afrodescendientes-america-latina-aportes>
- Dirección Nacional de Estadísticas-SNE. (1952). *1952. XII Censo General de Población y 1º de la Vivienda. Distrito N° 25 Isla de Pascua. Comuna Subdelegación de Valparaíso*. Servicio Nacional de Estadística y CENSOS.
- Gobernación Provincial de Rapa Nui (2020) Cuenta Pública 2019. <http://www.gobernacionislade Pascua.gov.cl/media/2020/11/G.-ISLA-DE-PASCUA-CUENTA-PUBLICA-2019.pdf>
- Gobierno de Chile (2009). *DECRETO 236 Promulga el convenio N° 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes de la organización internacional del trabajo*. Ministerio de Relaciones Exteriores
- Hospital Hanga Roa. (2011) Cuenta Pública Hospital Hanga Roa (documento en ppt). Archivo personal.
- Hospital Hanga Roa. (2015) Cuenta Pública Hospital Hanga Roa (documento en ppt). Archivo personal.
- INE (2002). *Hojas Informativas Estadísticas Sociales Pueblos Indígenas de Chile - Censo 2002*. Programa Orígenes MIDEPLAN-BID, Ministerio de Planificación Nacional, Gobierno de Chile. www.ine.cl
- INE (2017) Estadísticas demográficas. www.ine.cl
- INE (2020) Documentos de Trabajo. www.ine.cl
- IWGIA (2011). *Los derechos del pueblo Rapa Nui en Isla de Pascua. Informe de Misión Internacional de Observadores a Rapa Nui*. Producción Editorial Observatorio Ciudadano.
- Ministerio de Obras Públicas, MOP (2020) www.mop.cl/asuntosindigenas/Documents/TerritorialCultural.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social, MIDESO (2020) www.mideso.cl
- Ministerio de Planificación MIDEPLAN (1996). Documentos Regionales N°33, 1996.
- Ministerio de Planificación MIDEPLAN (2009). Ley 20.379: Crea el sistema intersectorial

- de protección social e institucionaliza el subsistema de protección social a la infancia "Chile Crece Contigo". Biblioteca del Congreso Nacional. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1006044>
- MINSAL (2001). El Vigía. Boletín de Vigilancia de Salud Pública de Chile. N° 13. Disponible en <http://epi.minsal.cl/epidemiologia>
- MINSAL (2002). El Vigía. Boletín de Vigilancia de Salud Pública de Chile. Vol. 5 N°16. Disponible <http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/Vigia16.pdf>
- MINSAL (2005). *Modelo de Atención Integral en Salud*. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.
- MINSAL (2006a). *Informe Hospital Hanga Roa*. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.
- MINSAL (2006b). *Norma General Administrativa N° 16 sobre Interculturalidad en los Servicios de Salud. Resolución Exenta 261*. Ministerio de Salud, Gobierno de Chi
- MINSAL (2006c). *Política Nacional de Salud y Pueblos Indígenas*. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.
- MINSAL (2006d) Metodología de Estudios Preinversionales en Salud, Chile.
- MINSAL (2007). Diagnóstico Modelo de Gestión Hospital Hanga Roa [Documento de trabajo]. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.
- MINSAL Departamento de Participación Social y Trato al Usuario Subsecretaría de Redes Asistenciales (Ed.) (2009a). *Participación Social en Salud: Reflexiones y Herramientas para la acción desde Chile*. Chile.
- MINSAL (2009b). *Decreto que Otorga Reconocimiento y Regula a la Acupuntura como Profesión Auxiliar de la Salud*. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.
- MINSAL (2009c). *Historia Hospital "Hanga Roa" Isla de Pascua* [Archivo PDF]. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2011/09/Historia-Hospital-Hanga-Roa-de-Isla-de-Pascua.pdf>
- MINSAL (2012). *Ley 20.584. "Regulación de los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud"*. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.
- MINSAL y División de Presupuesto e Inversión (2007). *Guía de diseño de centros de salud familiar*. [Documento Preliminar].
- MINSAL (2018) Norma Técnica Orientaciones Técnicas Pertinencia cultural en los Sistemas de Información en Salud. Subsecretaría de Salud Pública.
- MINSAL (2020) Estrategia Nacional de Salud 2011-2020. www.bibliotecaminsal.cl
- MINSAL (s.f) *Presidente y subsecretario de Redes Asistenciales inauguran Hospital Hanga Roa en Isla de Pascua* [en línea]. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_noticias/g_visualizacion/noticias_destacadas_6361282.html.
- Municipalidad de las Condes (2015). *Las Condes realiza operativo medico dental en Isla de Pascua* [en línea]. http://www.lascondes.cl/las_condes_al_dia/noticias_detalle/1780/las-condes-realiza-operativo-medico-dental-en-isla-de-pascua
- Observatorio Ciudadano (2009). *Las Implicancias de la Ratificación del Convenio 169 de la OIT en Chile*. Documento de trabajo N° 10.
- OCDE Library (2020) Statistics. <https://www.oecd-ilibrary.org/>
- OMS (2007). *Determinantes Sociales de la Salud. Análisis de los Determinantes Sociales en la Salud de los Pueblos Indígenas. Directrices para los Estudios de Casos*. Documento de Trabajo.
- OMS (2010). *Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas: hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44391>
- OMS (2017). *Estrategia de Cooperación, ficha técnica Chile*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137149/ccsbrief_chl_es.pdf;jsessionid=E604152F1CA6A73D910C54CE56B6BD31?sequence=1

- OMS y OPS (1998). *Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la Formación y Desarrollo de Recursos Humanos.*
- OMS y OPS (22-24 de octubre 2008). *Determinantes Sociales de la Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. Informe del Encuentro Regional*
- OMS y OPS (2020) Chile y Salud <https://www.paho.org/es/chile>
- OMS (1995). *Yanuca Island Declaration*. Conference of the Ministers of Health of the Pacific Islands, Fiji. Regional Office for the Western Pacific.
- OMS (2015) *Yanuca Island Declaration on health in Pacific island countries and territories : Eleventh Pacific Health Ministers Meeting, 15-17 April 2015*. WHO Regional Office for the Western Pacific. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/208257>
- ONU (2007) Declaración de Derechos de los Pueblos Indígenas. Disponible en: https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdfCEPAL
- ONU (2009). *Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial. Comité Para la Eliminación de la Discriminación Racial. 75º período de sesiones* [Archivo PDF].
- ONU. CEPAL. CELADE (2010). *Atlas sociodemográfico de la población y pueblos indígenas, Región Metropolitana e Isla de Pascua, Chile.*
- OIT (1989). *C169 - Convenio sobre pueblos indígenas y tribales, 1989*. https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C169#A19
- Senado de la República (2016) Informe de seguimiento de programa sociales. www.senado.cl
- Seremi de Salud Metropolitana (19 de diciembre del 2014). *Construcción participativa propuesta reglamentaria Art. 7, Ley 20.584, Región metropolitana- Rapa Nui*. SEREMI, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. http://www.ssmn.cl/descargas/propuesta_art7_ley20584.pdf
- Seremi de Salud Metropolitana, Universidad de Valparaíso, Alames y Comisión de Salud Intercultural RM (2005). *Memoria del I Seminario Metropolitano de Equidad y Salud de los Pueblos Originarios*. II Seminario de Medicina Social
- Servicio Nacional de Salud y Dirección General de Sanidad Naval de la Armada de Chile. (1958). *Convenio de Prestaciones Médicas*. Archivo del Instituto de Isla de Pascua, FUA, Universidad de Chile.
- Servicio de Salud Metropolitano Norte, SSMN (2014). Propuesta Artículo 7 de la ley 20.584.
- Servicio de Salud Metropolitano Oriente-Hospital Hanga Roa (2021). Cifras oficiales de morbimortalidad y funcionamiento programa PESPI.

Bibliografía sobre Rapa Nui

- Alba, A. P. (2008). *Isla de Pascua. Visualización de la acción del Turismo* [Tesis de grado]. Escuela Técnica Superior de Arquitectura, Universidad Politécnica de Madrid.
- Arredondo, A. M. (1988). Medicina Tradicional en Isla de Pascua. *Revista Clava*, (4), 11-35.
- Arthur, J.; Ayala, P. (2021). *El Regreso de los Ancestros. Movimientos indígenas de repatriación y redignificación de los cuerpos*. Servicio Nacional de Patrimonio Cultural de Chile. Santiago.
- Arthur, J. (2015) *Reclaiming Mana. Repatriation in Rapa Nui*. Thesis PhD, Universidad de California, Los Angeles.
- Arthur, J. (2012). *Now They Say the Land Is Not Ours: On Rapanni Worldviews and Land-Being Relations*. Thesis of Master. Universidad de California, Los Angeles.
- Baeza, H. (1956). Monografía de la Isla de Pascua. *Revista de Marina* 593, 72(4), 471-481.

- Basterrica, T. y Haoa, B. (2018). *Rapa Nui y Felbermayer (1946-1953)*. Rapanui Press y Museo Fonck.
- Basterrica, T.; Haoa, B. Y Valdivia (2016). *Leprosario de Isla de Pascua: Memoria Técnica Patrimonial*. Consejo Nacional de la Cultra y Museo Fonk.
- Bell, R. (1979). Entrevista a Dr. Ramón Campbell en *Revista del Domingo* 7 oct, diario El Mercurio.
- Boudreault, A., Chagnon, A. y Pavilanis, V. (1966a). Répartition des anticorps neutralisant le virus de la poliomyélite chez les habitants de l'île de pâques. *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Sante'e Publique*, 57(12), 555-560.
- Boudreault, A., Pavilanis, V., y Podoski, M. O. (1966b). Répartition des anticorps inhibiteurs de l'hémagglutination contre la rougeole dans la population de l'île de Pâques. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique*, 57(7), 313-316.
- Boudreault, A. y Pavilanis, V. (1968). Epidémiologie des infections virales dans la population de l'île de Pâques. Etude sérologique. *Bulletin of the World Health Organization*, 39(3), 389-409.
- Boutilier, J. (1992). METEI. A Canadian medical expedition to Easper Island 1964-65. *Rapa Nui Journal*, 6(2), 21-33.
- Calmes, R. T. y Lehmann, W. (1907). Essai d'une monographie bibliographique sur l'île de Pâques. *Anthropos*, 141-151.
- Campbell, R. (1987). *La Cultura de Isla de Pascua. Mito y Realidad*. Editorial Andrés Bello.
- Campbell, R. (1993). Rapanui's Ancient Medicinal Arts. n S. Fischer, *Easter Island Studies*. Oxbow Monographs.
- Campbell, R. (1999). *Mito y Realidad de Rapanui: la Cultura de la Isla de Pascua*. Editorial Andrés Bello.
- Camus, D. (1949). Estudio Bio-Social en la Isla de Pascua. *Revista Geográfica de Chile*, (2), 25-36.
- Castro, N. (2006). *Rapa Nui. El Diablo, Dios y la Profetisa. Evangelización y Milenarismo en Rapa Nui, 1864-1914*. Rapanui Press, Rapa Nui.
- Clark, M. (1988). Why did the Polynesian Wander? En C. Cristino, R., Izaurieta, P., Vargas y R., Budd (Eds.), *First International Congress Easter Island and East Polynesia*, *Archaeology*, I, 25-36.
- Consejo de Ancianos Rapanui y Hotus, A. (2007). *Los soberanos de Rapa Nui: Te Mau Hatu o Rapa Nui*.
- Consejo Nacional de la Cultura y las Artes. "Estudio diagnóstico del desarrollo cultural del pueblo RAPANUI". Web www.cultura.gob.cl/estudios/observatorio-cultural. Sección Observatorio Cultural. Publicado: Oct. 2012.
- Cooke, G. (1897). Te Pito Te Henua, Known as Rapa Nui, Commonly called Easter Island, South Pacific Ocean. Latitude 27 10' S; Longitude 109 26' W. En *Report of the U.S. National Museum for 1897* (pp. 691-723). Government Printing Office.
- Corporación Nacional Forestal (CONAF). (2013a). *Hapa`o tatou tumura`au. Protejamos nuestras plantas medicinales*. Vivero Mataveri Otai Isla de Pascua
- Corporación Nacional Forestal (CONAF). (2013b). *Programa de protección, difusión y propagación de plantas medicinales*. Vivero Mataveri Otai Isla de Pascua
- Cristino, C., Recasens A., Vargas, P. (1984). Isla de Pascua, proceso, alcances y efectos de la aculturación. <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/biblioteca/docs/libros/pascua.pdf>
- Cruz Coke, R. (1963). Ecología Humana en la Isla de Pascua. *Revista Médica de Chile*, 91(10), 773-779

- Cruz Coke, R. (1988). Estudios Biomédicos Chilenos en Isla de Pascua (1932-1985). *Revista Médica de Chile*, 116(8), 818-821.
- Cruz Coke, R. (1989). Los Genes del Pueblo Pascuense. *Revista Médica de Chile*, 117(6), 685-694.
- Cruz Coke, R. y De la Barrera, C. (1981). Presión Arterial en Nativos de Isla de Pascua. *Revista Médica de Chile*, 109(2), 99-102.
- Cruz Coke, R. y Iglesias, R. (1964). *Defectos de Visión de Colores en la Población de Isla de Pascua*. *Revista Médica de Chile*, 92(1), 81-82.
- Delaire, N. (2018). *El Parlamento rapanui 2001-2015* [Tesis de doctorado]. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
- Delsing, R. (2017). *Articulando Rapa Nui. Políticas culturales polinésicas frente al Estado chileno*. LOM Ediciones.
- Delsing, R. (2013) Kaina rapanui. Antecedentes antropológicos e históricos. En M. Fuentes Ed.) *Rapanui y la Compañía Explotadora*. Rapanui Press
- Díaz, E., Etienne M. y Michea, G. (1982). *Flora, Vegetación y Potencial Pastoral de Isla de Pascua*. Universidad de Chile. Facultad de Agronomía
- Drapkin, I. (1935). Contribución al Estudio Antropológico y Demográfico de los Pascuenses. *Société des Americanistes de Paris*, XXVII, 265-302.
- Dubois, A. (et. all) (2013). *Plantas de Rapa Nui. Guía Ilustrada de la Flora de Interés Ecológico y Patrimonial*. CONAF
- Ducros, A. (1980). Age d'apparition des règles à l'île de Pâques. *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris*, 7(1), 7-11.
- Duffin, J. (2019). *Stanley's Dream: the medical expedition to Easter Island*. McGill-Queens University Press.
- Edwards, R. (s.f.). *Crónica del segundo viaje de Edwards a la Isla de Pascua*. Archivo del Instituto de Estudios de Isla de Pascua, FAU, Univeridad de Chile.
- Edwards, R. Salas. (1918). *La isla de Pascua. Consideraciones expuestas acerca de ella por Mons. R. Edwards Obispo y Vicario Castrense, que la visitó en julio de 1916 y en junio de 1917*. Imprenta San José.
- Englert, S. (1964). *Primer Siglo Cristiano de la Isla de Pascua: 1864-1964*. Escuela Litotipográfica Salesiana "La Gratitud Nacional"
- Englert, S. (1980). *Leyendas de Isla de Pascua*. Editorial Universitaria.
- Englert, S. (1988). *La Tierra de Hotu Matu'a*. Editorial Universitaria.
- Evans Reid, H. (1965). *A World Away. A Canadian Adventure on Easter Island*. The Ryerson Press, Toronto.
- Fajreldin, V. (2002). *La Medicina Herbolaria en Isla de Pascua: acercamiento antropológico a la cultura medica contemporanea en Rapanui* [Tesis de grado]. Departamento de Antropología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
- Fajreldin, V. (14-18 de julio de 2003). *Matua Pau'a: el medio más sagrado de nosotros. Elementos para una antropología de la esperanza en Isla de Pascua*. 51° Congreso Internacional de Americanistas, Santiago, Chile.
- Fajreldin V. (2007). "Se Llevaron todo el Mana" Mito, Memoria Y Medicina como Reivindicación Política en la Isla de Pascua Contemporánea [en línea]. *Revista CLAVA*, (6), 35-46.
- Fajreldin, V. (2010b). Problemas Bioéticos de la Investigación Biomédica con Pueblos Indígenas de Chile. *Acta Bioethica*, 16 (2), 191-197
- Fajreldin, V. (2011b). Informe final Diagnóstico del Estado del Desarrollo Cultural del Pueblo Rapanui, para el Consejo Nacional de la Cultura y las Artes.
- Fajreldin, V. (2012) Informe Final Diagnóstico de situación de los pueblos Indígenas en Chile frente a la Investigación Biomedica. Instituto Borja de Bioética, España.

- Fajreldin, V. (2013a) Antecedentes para el estudio de la medicina en Isla de Pascua. Aportes desde la antropología médica crítica. En M. Fuentes (Ed.) *Rapanui y la Compañía Explotadora*. Rapanui Press
- Fajreldin, V. (2013b). Vulnerabilidad y Esperanza en torno al Patrimonio Cultural de Rapa Nui. Perspectiva antropológica. En Revista del Observatorio Cultural, N°15. CNCA, Chile. https://www.patrimoniocultural.gov.cl/614/w3-article-5384.html?_noredirect=1
- Fajreldin, V. (Ed.& comp.) (2017a). *Colección Cultura y patrimonio inmaterial de Rapa Nui* (Vols.1-3). Editorial OchoLibros
- Fajreldin, V. (2017b). Medicina Rapanui, patrimonio en movimiento. El caso de la medicina tradicional durante la última década. En Fajreldin, V (Ed.), *Saberes y Prácticas sociales en Rapa Nui, Colección Cultura y patrimonio inmaterial de Rapa Nui*, (Vol 3, pp. 99-121) (tres vols). Editorial OchoLibros.
- Fajreldin, V. (2019). Culture, power and public policy: the trajectory of traditional medicine in the last decade. En *Easter Island and The Pacific. Actas de la 9º International Conference on Easter Island and the Pacific*, Berlin. Rapanui Press, Isla de Pascua.
- Fajreldin, V. (2020). Cultura y cambio en Rapa Nui. Contribuciones para la comprensión de lo patrimonial en Isla de Pascua. En Marsal, D. (2020) *Hecho en Chile Vol 2*. Editorial Mis Raíces, Santiago.
- Felbermayer, F. (1948). *Historias y Leyendas de la Isla de Pascua*. Imprenta Victoria
- Finney, B. (1996). Putting voyaging back into Polynesian prehistory. En J. Davidson (et. All) (ed.), *Oceanic culture history: Essays in honour of Roger Green* (pp.365–376), *New Zealand Journal of Archaeology. Special Publication*.
- Flenley, J.; Bahn, P. (2007). Conflicting views of Easter Island. *Rapa Nui Journal* Vol. 21, ISS 1, Article 4. <https://kahualike.manoa.hawaii.edu/rnj/vol21/iss1/4>
- Foerster, R. (2011). Compañía explotadora vrs. Obispo Edwards y sus archivos fotográficos, la Armada y su archivo naval. Una aproximación al colonialismo de Rapanui. En C. Cristino y M. Fuentes, *La Compañía Explotadora de Isla de Pascua. Patrimonio, memoria e identidad en Rapa Nui* (pp. 1-14). Ediciones Escaparates.
- Foerster, R. (2012). Isla de Pascua e Isla Grande de Tierra del Fuego: semejanzas y diferencias en los vínculos de las compañías explotadoras y los “indígenas”. *Magallania*, 40(1), 45-62.
- Foerster, R. (2013). ¿Viaje voluntario o deportación del Rey Riroroko en 1897? Política de deportación en Pascua, 1897-1916. *Debats. Formes nationales du colonialisme tardif dans le Cône sud, 1850/1950*.
- Foerster, R. 2010. Voluntary Trip or Deportation? The Case of King Riroroko and Policies of Deportation on Easter Island (1897-1910). *Rapa Nui Journal* 24(2):36-46
- Foerster, R.; Ramírez, J., Moreno Pakarati, C. (2014). *Cartografía y conflicto en Rapa Nui*. Rapa Nui Press, Santiago.
- Foerster, R. (2015). *Rapa Nui, el colonialismo republicano chileno cuestionado (1902-1905)*. Editorial Catalonia.
- Foerster, R. (2020). *El Lunes Fiscal (anga Moniré) y el colonialismo republicano en Rapanui (1930-1966)*. Editorial Pehuen.
- Foertster, R., Gundermann H. y Vergara, J. (2013). *Estado, conflicto étnico y cultura. Estudios sobre pueblos indígenas en Chile*. Universidad Católica del Norte, QILLQA y Universidad de Antofagasta
- Foerster, R. y Montecino, S. (2012a). Rapa Nui: la lepra y sus derivados (estado de excepción, cárcel...). *Escrituras Americanas*, 270-353
- Foerster, R. y Montecino, S. (2012b). Identidades en tensión: devenir de una etno y

- gastropolítica en Isla de Pascua. *UNIVERSUM*, 1(27), 143-166.
- Foerster, R. y Montecino, S. (2017). Unidad Popular y Golpe Militar en RapaNui. Informes de la Gobernación de Isla de Pascua (junio y octubre de 1973). *Cuadernos de Historia*, 47, 183-218.
- Foerster, R. y Montecinos, S. (2018). *Rapa Nui. La sociedad de amigos de Isla de Pascua; Documentos de una impugnación nacionalista (1946-1953)*. Editorial Catolonia
- Foerster, R. y Montecino, S. (2021). *Migrantes Rapanui: movilidad y política. La comunidad continental 1940-1970*. Rapanui Press..
- Fuentes, M., Moreno Pakarati, C. y Montecinos, A. (2011a). Estado y Compañía Explotadora. Apuntes para una caracterización del poder colonial en Rapa Nui (1917-1936). *Tiempos Histórico*, (3), 147-165.
- Fuentes, M. (Ed.). (2013). *Rapa Nui y la Compañía Explotadora*. Rapanui Press.
- Fuerza Aérea de Chile (2015). *Edición Especial. 20 años junto a Isla de Pascua. Vigésimo Operativo Médico-Dental*, XXIV(266). Publicaciones de la Fuerza Aérea.
- Gajardo, R. (1954). Los Problemas Médicos de la Isla de Pascua. *Revista Médica de Valparaíso*, 7(3), 302-309.
- Gaona, R. (1951). *Rapa Nui: su Historia y sus Posibilidades Económicas* [Tesis de grado]. Facultad de Derecho, Universidad de Chile.
- Gomez, R. (2017). Tikanga Kainga Rapanui o territorio y derecho consuetudinario en Isla de Pascua. En V., Fajreldin (Ed.), *Historia, espacialidad y territorio en Rapa Nui. Una perspectiva contemporánea. Colección Cultura y patrimonio inmaterial de Rapa Nui* (Vol. 1, pp19-42). Editorial OchoLibros
- Green, R. (1988). Subgrouping of the Rapanui Language of Easter Island in Polynesia and its Implications for East Polynesian prehistory. En C., Cristino, P., Vargas, R., Izaurieta y R., Budd. (eds), First International Congress, Easter Island and East Polynesia (pp. 37-58), *Archaeology*, I.
- Griffero, A. (2000) Entre palos y piedras: La reformulación de la etnicidad en Rapanui (Isla de Pascua 1966). *Estudios Atacameños (En línea)*, (19), 121-134.
- Grifferos, A., Hucke, P., Ramírez, J.M. y Seelenfreund, A. (2004). El Pueblo Rapanui. En J. Bengoa (Comp.), *La memoria olvidada. Historia de los pueblos indígenas de Chile*. Cuadernos Bicentenario
- Grifferos, A. (1997). La otra cara del Paraíso: Comunidad, tradición y colonialismo en Rapanui, 1864-1964. (Tesis inédita de licenciatura en historia). Universidad de Valparaíso, Valparaíso.
- Haoa, V. (2017). Estado de situación de la educación y la lengua en Rapa Nui. En Fajreldin, V. (Ed.). En *Colección cultura y patrimonio inmaterial de Rapa Nui*, vol. 2. (pp. 17-30). Santiago: Ocho Libros.
- Hotus, A. (1988a). Histórica violación de derechos humanos del Pueblo Rapa Nui. *Revista Chilena de Derechos Humanos*, 7-22.
- Hotus, A. (1988b). *Te Mau Hatu o Rapa Nui*. Editorial Remisión.
- Hotus, A. (1994). La Cultura Tradicional Rapanui. *Pentukun*, (1), 69-74.
- Hotus, A. (diciembre del 2011). Testimonio del pasado. *Moe Varua Rapa Nui*, 9-12.
- Hucke, P. (2009). Colonialismo en Isla de Pascua [Tesis de grado]. Universidad Bolivariana
- Hucke Atan, L. (2021) *El Moai que Habla. Memorias de Mama Piru*. Rapa Nui Press, Rapa Nui.
- Ibañez, P., Ramírez, J.M. y Rauch, M. (1996). *Vegetación de Rapa Nui Historia y Uso Tradicional*. Ministerio de Agricultura, CONAF, Parque Nacional Rapa Nui.
- Joves, J. (2013). The Re-Imagining of Rapa Nui Traditional Healing Arts: Explorations of Narrative Identity, Mimesis, and the Public Sphere [Doctoral Dissertations]

- Kirch, P. (1988). The Transformation of Polynesian Societies: Archaeological Issues. En C., Cristino, P., Vargas, R., Izaurieta y R., Budd. (eds), First International Congress, Easter Island and East Polynesia, *Archaeology*, I
- Laurière, C. (1979). Acerca de la Historia de Isla de Pascua. *Revista Aisthesis*, (12), 83-99.
- Laurière, C. (2014). L'Odysée pascuane. Mission Métraux-Lavachery, Île de Pâques (1934-1935).
- Leyton, D. (2017) Cuerpos femeninos como espacios de resistencia. Reflexionando sobre los cuidados corproales entre mujeres rapanui. Pps 121-142. En Saberes y Prácticas sociales en Rapa Nui; Vol 3 Colección Cultura y patrimonio inmaterial de Rapa Nui (tres vols). Editorial OchoLibros, Santiago de Chile
- Lipo, C. P. y Hunt, T. L. (2006). Late colonization of Easter island. *Science*, 311(5767), 1603-1606.
- Lopez, C. (1998). How did Chile Acquire Easter Island?. *Rapanui Journal*, 12, 118-122.
- Loti, P. (1999) *Isla de Pascua*. Editorial Lom, Santiago.
- McCall, G. (1976). Reaction to disaster: Continuity and change in Rapanui social organization. (Tesis inédita de doctorado). Australian National University, Canberra.
- McCall, G. (1981). Rapanui: Tradition and survival on Easter Island. Honolulu: University of Hawai'i Press.
- McCall, G. (1996). El Pasado en el Presente de Rapanui. En J. Hidalgo, N. H. Schiappaacasse, C. Aldunate P. Medege, *Culturas de Chile. Vol. II. Etnografía. Sociedades Indígenas contemporáneas y su ideología* (pp. 17-46). Editorial Andrés Bello.
- McCall, G. (1998). *Rapanui. Tradición y Sobrevivencia en Isla de Pascua*. Easter Island Foundation.
- Mc-Ginty, S. (2016). *Funcionamiento y percepción de las actividades y programas de salud bucal en Isla de Pascua* [Tesis de Magister dirigida por V. Fajreldin]. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Metraux, A. (1950). *La Isla de Pascua*. Fondo de Cultura Económica.
- Metraux, A. (1971). *Ethnology of Easter Island*. Bishop Museum Press
- Meyer, J.Y. (2008) Plan d'action strategique pour lutter contre les plantes introduites envahissantes sur Rapa nui (Ile de Paques). Gobierno de Francia, Tahiti.
- Mulloy, W. (1974). *A Preliminary Culture-Historical Research Model for Easter Island*. En P.M. Arana y G. Echeverría (eds.), *Las islas oceánicas de Chile. Instituto de Estudios Internacionales*, (Vol. 2, pp. 105-152). Univeridad de Chile
- Mulloy, W. (1980). Reflexiones Sobre el Ombligo del Mundo. *Anales de la Universidad de Chile*, 17-30.
- Mulrooney, M. (2013). An Island wide: assessment of the chronology of settlement and land use on Rapa Nui (Easter Island) based on radiocarbon data. *J. Archaeol. Sci* 40, 4377-4399.
- Muñoz, D. (2007). *Rapanui Translocales: Configuración de la Etnicidad Rapanui en Santiago de Chile* [Tesis de grado]. Escuela de Antropología, Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Muñoz, D. (2014). Más allá de Isla de Pascua: Migración e identidad en la sociedad Rapanui contemporánea. *Revista Antropologías del Sur*, (2), 31-54. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01197022/document>
- Muñoz, D. (2017). *DIASPORA RAPANUI (1871-2015). L'île de Pâques, le Chili continental et la Polynésie française. Une ethnographie historique de la mobilité dans une société transnationale* [Tesis doctoral]. École des hautes études en sciences sociales
- Muñoz, D. (2019). Rapa Nui en 2018. *Le Monde Autochtone*. HAL Id: hal-02308891
- Muñoz, D. (2019). Romper el encierro: Las fugas como micropolítica. Rapa Nui (1940-1960). *Antropologías del Sur*. Año6, N°12, pp 68-86.

- Muñoz, D., Seelendfreund, A. Y Fajreldin, V. (2020). La antropología chilena en Rapa Nui: Una restropectiva. *Revista Antropologías del Sur*, 7(14), 89-126.
- Ossandón, V. (1903). Viaje de la Cobertura General Baquedano. *Revista de Marina*, 34.
- Polakowsky, H. (1985). Condiciones de Vida en Isla de Pascua. Presentada ante el Congreso Nacional en 1892. En *Memorias del Ministerio de Relaciones Exteriores, Culto y Colonización*.
- Porteous, D. (1981). *The Modernization of Easter Island. Western Geographical Series*. Vol. 19. Department of Geography. University of Victoria. Victoria. Editorial Address. British Columbia, Canadá.
- Quinlan, R. (2017). Espacialidad y arquitectura en Rapa Nui. En V. Fajreldin (Ed.), *Historia, espacialidad y territorio en Rapa Nui. Una perspectiva contemporánea. Colección Cultura y patrimonio inmaterial de Rapa Nui* (Vol 1, 95-115). Editorial OchoLibros.
- Ramírez, J. (1931). La Isla de Pascua. En *Revista de Marina* N° 441-442-443. Valparaíso, Chile.
- Ramírez, M.; Escobar, B. (2013). Escasez v/s abundancia: una revisión del encuentro e introducción de patrones alimentarios a Rapa Nui durante el periodo 1864-1953. *Rapa Nui y la Compañía Explotadora*. Rapanui Press.
- Rapu, A. (2017). Sexualidad, ciclos vitales y cultura Rapanui en el contexto de la globalización, pps 143-156. En V. Fajreldin (Ed.), *Saberes y Prácticas sociales en Rapa Nui, Colección Cultura y patrimonio inmaterial de Rapa Nui*, (Vol 3, pp. 143-156). Editorial OchoLibros.
- Rochna Ramírez, S. (1996). *La Propiedad de la Tierra en Isla de Pascua*. Corporación Nacional de Desarrollo Indígena, Gobierno de Chile.
- Routledge, K. (1978). *The Mystery of Easter Island. The history of an expedition*. AMS Press, INC, New York.
- Rull, V. (2016). *La Isla de Pascua: Una visión científica*. Editorial CSIC-La Catarata, Madrid.
- Sandoval, L. y Wilhelm, O. (1956). Genealogías y Seroantropología de los Pascuenses. *Boletín de la Sociedad de Biología de Concepción*, 31, 119-139.
- Santa Coloma, M. E. (1998). Endogamy in Easter Island. *Rapanui Journal*, 12(3), 63-38.
- Santa Coloma, M. E. (2002) Transición demográfica y social en Rapa Nui (Isla de Pascua). Tesis doctoral dirigida por Grant Mc Call. Universidad de Barcelona, España.
- Santana, F; Retamal, R. y Fuentes, M. (2011). Modos de vida y condiciones de salud en Rapa Nui durante el periodo de la Compañía Explotadora. En C., Cristino y M., Fuentes (Eds.), *La Compañía Explotadora de Isla de Pascua. Patrimonio, memoria e identidad en Rapa Nui* (pp.193-212). Centro de Estudios de Isla de Pascua, FACSO y Ediciones Escaparate.
- Seelenfreund, A. (editora) (2013) *Vistiendo Rapa Nui. Textiles vegetales*. Editorial Pehuen, Santiago de Chile.
- Seelenfreund, A.; Charó, C.; Ramírez, JM (2016). Los primeros pobladores de Rapa Nui (800-1888 dc). En Falabella, F.; Uribe, M.; Sanhuesa, L.; Hidalgo, J. (editores) (2016) *Prehistoria en Chile. Desde sus primeros habitantes hasta los Incas*. Editorial Universitaria, Santiago. Pp, 487-526.
- Seelenfreund, A. (2017) Patrimonio botánico cultural en Rapanui. 59. En V. Fajreldin (Ed.), *Saberes y Prácticas sociales en Rapa Nui, Colección Cultura y patrimonio inmaterial de Rapa Nui*, (Vol 3, pp. 59-98). Editorial OchoLibros.
- Sepúlveda, T. (1936). Dominación Chilena en la Isla de Pascua. *Revista de Marina*, 474-475.
- Seward, P. (2013). Natives, Tourists, and Spirits: Contemporary Existences in Rapa Nui. *Berkeley Undergraduate Journal*, 159-165.
- Stambuk, Patricia 2016 Iorana and Goodbye. Una base yanqui en Rapa Nui. Editorial Pehuén, Santiago de Chile

- Sutton, D. (1996). Historical Linguistics and Pacific Archaeology: the Unreality of Ancestral Polynesian Society. En D., Brown, J. M., Davidson, G. Irwin, B. F. Leach y A. Pawley; D. Brown *Oceanic Culture History: Essays in Honour of Roger Green. New Zealand Journal of Archaeology Special Publication*. New Zealand Journal of Archaeology
- Tejeda, I. (1944). (*Hau-Moana*). "La lepra en la Isla de Pascua" [Memoria profesional]. Archivo Biblioteca W.M Mulloy
- Thompson, W. (1889). Te Pito Te Henua or Easter Island. En *Annual Report of National Museum Smithsonian Institute*, 447- 553
- Toro, P. (1893). *Isla de Pascua: Memoria del Ministerio de Culto y Colonización, presentada ante el Congreso Nacional en 1892* (Vol. III). Imprenta Nacional.
- Torres, F. (2017) Situación del Arte y la Artesanía Rapanui. En Fajreldin, V. (ed) *Colección Cultura y Patrimonio Inmaterial de Rapa Nui*. Vol 1. Pp 39-72. Ocho libros editores, 2017, Santiago.
- Valdivieso, H. (1936). *Viajes de Instrucción de la Corbeta 'General Baquedano', T.I (1897-1909), T.II (1910-1935)*. Impr. J.A. Artega.
- Vásquez de Acuña, I. (et. all) (1987). *La Isla de Pascua en el tiempo y en el espacio*. Primeras Jornadas Territoriales: Isla de Pascua, Instituto de Investigaciones del Patrimonio Territorial de Chile, Universidad de Santiago, Chile.
- Vergara, V. (2009) *Isla de Pascua, dominación y dominio*. Rapa Nui Press, Rapa Nui.
- Weisner, M. (1998). La Antropología Médica : Lo Uno-Lo Múltiple. En *Actas del Tercer Congreso Chileno de Antropología, Tomo I* (pp. 71-80). Colegio de Antropólogos de Chile.
- Weisner, M. Y Fajreldin, V. (noviembre de 2001). "Mi Remedio Pascuense": *Cultura Médico-Política en Rapanui* [Ponencia]. Simposio de Antropología Médica, IV Congreso Chileno de Antropología, Santiago de Chile.
- Weisner, M. Y Fajreldin, V. (6-12 de julio de 2003a). *Intercultural Medicine in Easter Island* [Ponencia]. Simposio "Medical Anthropology and Epidemiology. Around and Beyond the Simple Fertilization of fields", XV International Congress of Anthropological and Ethnological Sciences, Florencia, Italia.
- Weisner, M. Y Fajreldin, V. (8-11 de octubre de 2003b). *Historia, Dolor y Poder en Isla de Pascua: el uso medicinal de la Flora*. V Congreso Internacional de Plantas Medicinales, El Canelo de Nos, Chile.
- Weisner, M. Y Fajreldin, V. (8-12 de noviembre del 2004). *La Sangre de Rapanui: Historia, Poder y Bioética al nacer del siglo XXI. Aportes para una Antropología Médica Crítica*. Congreso Chileno de Antropología, San Felipe, V Región, Chile
- Weisner, M. Y Fajreldin, V. (2005). La Sangre Rapanui. Historia, Poder y Bioética al Nacer del siglo XXI. Aportes para una Antropología Médica Crítica. *Revista de la Escuela de Antropología. Universidad Nacional de Rosario*, XI, 45-58.
- Zavala Matulic, G. (1995) *Recopilación de Leyes Chilenas Sobre Indígenas, con Especial Referencia a la Etnia Rapanui* [Tesis de grado]. Facultad de Derecho, Universidad de Chile.

Bibliografía General

- Agar, M. (1996). Recasting the "Ethno" in Epidemiology. *Medical Anthropology*, 16, 391-403.
- Agüero, F. (2018). *Derechos Indígenas e Institucionalidad: Visiones desde las candidaturas presidenciales*. ICSO-UDP.
- Alarcón, A. M, Neira, R. y Vidal, H. (2003). Salud Intercultural: Elementos para la construcción de sus Bases Conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 131(9), 1061-1065. doi:<https://dx.doi.org/10.4067/S0034-9887200300090001>

- Alarcón, A. M., Astudillo, P., Barrios, S. y Rivas, E. (2004a). Política de Salud Intercultural: Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile. *Revista Médica de Chile*, 132, 1109-1114.
- Alarcón, A. M. (2004s). Bioética de la investigación biomédica con población mapuche. *Cultura, Hombre, sociedad (CUHSO)*, 8(1), 9-18. <https://hdl.handle.net/10925/210>
- Allué Martínez, X., Bernal, M., Comelles, J. M. y Mascarella, L. (2006). De la hegemonía de la clínica a la etnografía en la investigación intercultural en salud. En G., Fernández. (coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina: antropología de la salud y crítica intercultural* Universidad de Castilla-La Mancha
- Almanza, R. (sin datos) Ausencias y Presencias para una Interculturalidad crítica postabismal desde el Sur Global. Sin datos.
- Almeida-Filho, N. (2007). Por una epidemiología con (más que) números: cómo superar la falsa oposición cuantitativo-cualitativo. *Salud Colectiva*, 3(3), 229-233.
- Álvarez Díaz, A. (2007). Práctica complementaria en salud y recuperación del conocimiento tradicional mapuche. *Anales de Antropología*, 41(1), 143-172.
- Álvarez Ruiz, F. (2017). Boaventura de Sousa Santos: comunidad, conocimiento, emancipación. *Miriada*, 9(13), 121-148.
- Amarasinghan, L. (1966). Studyin Biomedicine as a Cultural System. En T. M. Johnson y C. F., Sargent (Eds.), *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method* (pp. 165-180). Praeger Publishers.
- Angleviel, F. (2004). What development for Wallis and Futuna. *The Journal of Pacific Studies*, 27(1), 83-94.
- Angleviel, F. (2008). Wallis and Futuna. *The Contemporary Pacific*, 20(1), 251-254.
- Appadurai, A., (2015). *Après le colonialisme. Les conséquences culturelles de la globalisation*. Petite Bibliothèque Payot
- Appadurai, A. (1991) Global Ethnoscapes. *Recapturing Anthropology*, 191-210.
- Araya, C., Leyton, C., López, M., Palacios, C., Sánchez, M. (2016). *República de la salud. Fundación y ruinas de un país sanitario; Chile siglos XIX y XX*. Ocho Libros Editores, Santiago.
- Armus, D. (2002) La enfermedad en la historiografía de América Latina. *Asclepio*, v.54, n.2, p.41-60.
- Babadzan, A. (1988). Kastom and Nation Building in the South Pacific. En *Processes of Interethnic Relations in Latin America, Southeast Asia and the Pacific*. Remo Guidieri, 199-228. Huston: Rothko Chapel and University of Texas Press.
- Bacigalupo, A. (1993). Variación del rol de machi dentro de la cultura mapuche: tipología geográfica, adaptativa e iniciática. *Revista Nutram: conversación, palabra, historia*, 1, 15-40.
- Baer, H., Singer, M. y Susser, I (1997). *Medical Anthropology And The World System. A Critical Perspective*. Bergin and Garvey.
- Bahamondes, M. y Chiodi, F. (2001). *Una escuela, diferentes culturas*. Corporación Nacional de Desarrollo Indígena y LOM Ediciones.
- Balandier, G. (1994) *El poder en escenas. De la representación del poder al poder de la representación*. Editorial Paidós, Barcelona.
- Ballard, K. y Elston, M.A. (2005) Medicalisation: a multi-dimensional concept, *Social Theory & Health*, 3, 228-41.
- Baltasar Baguéc, A., Barreras Angàs, M., Ferrerós Pagès, C. y Roca Urgella, F. (2020). Barreras en la comunicación asistencial con pacientes inmigrantes de origen amazig. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 11(2), 217-225.
- Banivanua, T. (2016). *Decolonisation and the Pacific*. Cambridge University Press

- Barceló, J. y Comelles, J. M. (2016), la economía política de los hospitales locales en la Cataluña moderna. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 68(1), 127-143. <http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2016.06>
- Barth, F. (1976). *Los grupos étnicos y sus fronteras. La organización social de las diferencias culturales*. Fondo de Cultura Económica.
- Bernstein, S. (1973). *Teoría de la descolonización*. Editorial T.C.
- Bhabha, H. (2017) *The Location of Culture*. Routledge, Londres.
- Boccaro, G. (2007). Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile. *Chungará*, 39(2), 185-207.
- Bodgan, R y Taylor, S (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Editorial PAIDÓS
- Bolados García, P. (2012). Neoliberalismo multicultural en el Chile postdictadura: La política indígena en salud y sus efectos en comunidades mapuches y atacameñas multicultural. *Chungará*, 44(1), 135-144.
- Bourdieu, P. (1998). Espacio social y poder simbólico. En P. Bourdieu, *Cosas Dichas* (pp. 127-142). Editorial Gedisa.
- Bowden, R. (1979). Tapu and Mana: Ritual Authority and Political Power in Traditional Maori Society. *The Journal of Pacific History*, Vol. 14, No. 1, pp. 50-61
- Bravo, C. y Coronado, L. (2008). *Factores Protectores y de Riesgo para el Pueblo Mapuche. Región del Bio-Bío. Informe para la Seremi de Salud Bio-Bío*.
- Briones, C. (2005). *(Meta) cultura del estado-nación y estado de la (meta) cultura*. Editorial Universidad del Cauca.
- Buschmann, R.F. (2009). *Anthropology's Global Histories The Ethnographic Frontier in German New Guinea, 1870–1935*. University of Hawai'i Press
- Busfield, J. (2017) The concept of medicalisation reassessed. *Sociology of Health & Illness* pp. 1–16
- Cabral Barros, J. A. (2008). Nuevas tendencias de la medicalización. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Sup.), 579-587.
- Cabrera Llancaqueo, J. L. (2016). Complejidades conceptuales sobre el colonialismo y lo postcolonial. Aproximaciones desde el caso del Pueblo Mapuche. *Izquierdas*, (26). <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-50492016000100007>
- Campos Navarro, R., Maya, P. y Peña Sánchez, E. (2017) Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en México (1990-2016) *Salud Colectiva*, 13(3), 443-455. doi: 10.18294/sc.2017.1115
- Campos Navarro, R. (2017). *Si no se le despegas eso se le muere el niño. El empacho en Chile: 1974-2017*. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Carvajal, Y. (2012). Re-cartografiando senderos pragmáticos para una caminata bioética. En *Nuevos Folios de Bioética*, (7), 22-32. <https://nuevosfoliosbioetica.uchile.cl/index.php/NFB/article/view/32863/34619>
- Case, H. (2016). *Un análisis post-colonial: la encarnación de la pérdida histórica en la manifestación de depresión en personas Mapuche en el contexto urbano*. SIT Graduate Institute - Study Abroad.
- Castaneda, A. (2007). *Derechos, Políticas Públicas y Salud de los Pueblos Indígenas*. Programas de salud dirigidos a los pueblos indígenas de América Latina, CEPAL.
- Castañeda, P. y Pantoja, M. A. (2004). La Gente de la Tierra en la Tierra de Otra Gente: Migración Mapuche contemporánea hacia la Región de Valparaíso. *Cuadernos Interculturales*, 2(2), 5-16.
- Castañeda, C. (2012). *¿Son los Embera Katio del Alto Sinú étnicamente correctos?* [Tesis de Magister]. Programa de Estudios Culturales, Universidad Javeriana, Bogotá.

- Castro, M. (comp) (2004). *Los Desafíos de la Interculturalidad*. Editorial Universidad Católica Raúl Silva Henríquez.
- Cayún, R. (2009). *Ponencia en Seminario "Tukuayin Taiñ Kúme Kimen Tüfachi Epu Mapu Lawen"* [Diapositiva Power Point]. Lo Prado, Santiago de Chile
- Chamberlain, M. E. (1997). *La descolonización*. Ariel.
- Chang, Ch.; Liu, H.; Moncada, X.; Seelenfreund, A.; Seelenfreund, D.; Chung, K. (2015) A holistic picture of Austronesian migrations revealed by phylogeography of Pacific paper mulberry. *Proceedings of the National Academy of Sciences* Vol.112 N°44, pp. 13537-13542. National Academy of Sciences.
- Citarella, L. (Comp). (1995). *Medicinas y Culturas en la Araucanía*. Editorial Sudamericana.
- Clastres, P. (1987). *Investigaciones en Antropología Política*. Editorial Gedisa.
- Coimbra Jr., C., Radin, J. y Ventura Santos, R., (2020). "Why Did They Die?" Biomedical Narratives of Epidemics and Mortality among Amazonian Indigenous Populations in Sociohistorical and Anthropological Contexts. *Current Anthropology*, 61(4).
- Collins, H.; Evans, R. /2007) *Rethinking expertise*. Chicago: University of Chicago Press.
- Comelles, J. M. (1981). *El proceso de institucionalización en las sociedades complejas. El caso de la asistencia psiquiátrica en la Cataluña contemporánea* [Tesis doctoral]. Universidad de Barcelona
- Comelles, J. M ; (1982) Aproximación a un modelo sobre antropología de la asistencia en Cataluña. En Andreu, A., Ferrús, J., Serra, B. *Arxiu d'etnografia de Catalunya: Revista d'antropologia social*. (1), pp 13-29. Paris.
- Comelles, J. M. (1989). El proceso asistencial. Bases para una Antropología de la medicina en la sociedad española. En *Actas do II Coloquio de Antropologia* (pp.71-80). Museo do Pobo Galego.
- Comelles, J. M. (1993). La utopía de la atención integral en salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria. *Revisiones en Salud Publica* ,3, 169-172.
- Comelles, J. M. (16-20 de septiembre de 1996). *De la práctica etnográfica a la práctica clínica en la construcción del Estado contemporáneo*. VII Congreso de Antropología Social, Zaragoza, España,pp. 128-171.
- Comelles, J. M. (1997). De las supersticiones a la medicina popular. Transición de un concepto religioso a un concepto médico. En X. M., González Reboredo (coord.), *Medicina Popular e Antropoloxía da Saude. Axtas do simposio internacional en homenaxe a D. Antonio Fraguas* (pp.247-280). Publisher: Consello da Cultura Galega
- Comelles, J. M. (1999). Profanos y profesionales. Del discurso de la evidencia al conocimiento local y la participación. *Trabajo social y salud*, (32), 241-258.
- Comelles, J. M. (2000a). Antropología Social y enfermería comunitaria. En Sánchez Moreno (Ed.), *Enfermería comunitaria. Concepto de salud y factores que la condicionan* (pp.57-78). McGraw Hill
- Comelles, J. M. (2000b). De la asistencia y de la ayuda mutua como categoría antropológica. *Trabajo social y salud*, (35), 151-172.
- Comelles, J. M. (2000c). El Rocío en la cultura de masas. Representaciones identitarias y conflictos culturales en el Nuevo Milenio. En J. A., Hurtado Sánchez (Ed.), *Religiosidad popular sevillana* (pp.123-149). Ayuntamiento de Sevilla
- Comelles, J. M. (2003a). *Cultura y salud: de la negación al regreso de la cultura en medicina*. Medical anthropology and Health professions
- Comelles, J. M. (2003b). El regreso de lo cultural. Diversidad cultural y práctica médica en el S. XXI. *Cuadernos Psiquiatría Comunitaria*, 3(1), 6 – 21.
- Comelles, J. M. (2004). La antropología médica en España: una historia. En *Anuario del Centro de Estudios Superiores de México y Centroamérica 2004* (pp.41-84). Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas

- Comelles, J. M., Barceló Prats, J. y Conejo da Pena, A. (2018). Atender al extraño y al ciudadano. Hacia una economía política de las instituciones y prácticas asistenciales. En J. M, Comelles, J., Barceló Prats y A., Conejo da Pena (coords.), *Imago civitatis. Hospitales y Manicomios en Occidente* (pp.7-30). Universitat Rovira i Virgili, Publicacions URV: Universitat de Barcelona, Edicions de la Universitat de Barcelona.
- Comelles, J. M. y Di Giacomo, S. (2018). The medicalization of Diagnosis: from cultural and environmental nosologies to lay medical concerns. En M., Bech Risor y N., Nina (Eds.), *Diagnostic Fluidity: Working with Uncertainty and Mutability* (pp.213-249). Publicacions URV
- Comelles, J. M., González, E. M. y Olivé, M. A. (1993). El proceso de medicalización de los hospitales catalanes: el caso del Pío Hospital de Valls. *Dynamis: Acta hispanica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam*,(13), 201-234.
- Comelles, J. M. y Martínez-Hernández, A. (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad*. Eudema
- Comelles, J. M. y Perdiguero, E. (2014). El folklore medico en la nueva agenda de la antropología médica y de la historia de la medicina. En J. M., Oyarbide y E., Pediguero (Eds.), *Antropología médica en la Europa Meridional*. Pp. 11-49. Publicaciones de la URV
- Comelles, J. M. y Perdiguero, E. (2020). El estudio del pluralismo médico en España: una aproximación histórica. En C., Cuadrada (Ed), *Pluralismo médico y curas alternativas* (7-50)- Publicacions URV
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. The Johns Hopkins University Press.
- Conrad, P. (2013). Medicalization: changing contours, characteristics, and contexts. En W. C. Cockerham, W. C. (Ed.). *Medical sociology on the move: New Directions in Theory*. Springer.
- Conrad, P. y Lopes, V. (2010). The medicalización of chronic pain. *Tidskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, (10), 13-24.
- Conrad, P. y Schneider, J. W. (1980). *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. The C.V. Mosby Company
- Coronil, F. (1998). Más allá del occidentalismo: Hacia categorías geohistóricas no imperialistas. En S., Castro-Gómez y E., Mendieta (coords.). *Teorías sin disciplina: Latinoamericanismo, poscolonialidad y globalización en debate* (pp.121-146). Miguel Ángel Porrúa Editores
- Corozo-Angulo, B., Rodríguez, M., Trostole, J. A. y Yépez-Montufar, J. A.(2010). Males diarreicos en la costa ecuatoriana: cambios socioambientales y concepciones de salud. *Cad. Saúde Pública*, 16(7). <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000700012>
- Cosminsky, S. (1986) El pluralismo médico en Mesoamérica. En Kendall, et al., *La herencia de la conquista treinta años después*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Curivil Paillavil, R, Malo Huencho, C., Paillal Huechuqueo, J. y Pizarro Díaz, I. (s.f). *Los/as Maci y ritos de sanación en Santiago* [Informe Final]. Centro de Estudios de la Realidad Contemporánea (CERC), Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Cuyul A. (2012). Salud intercultural y la patrimonialización de la salud mapuche en Chile. En *Comunidad de Historia Mapuche. Ta iñ fi jke xipa raquizuamelumiin: Historia, colonialismo y resistencia desde el país Mapuche*. Ediciones de la Comunidad de Historia Mapuche
- Cuyul, A. (2013). La política de salud chilena y el pueblo Mapuche. Entre el multiculturalismo y la autonomía mapuche en salud. *Salud Problema / Segunda época*, 7(14), 21-33.

- Davis, J. (2010) Medicalization, social control, and the relief of suffering. In: Cockerham, William C. (Ed.). *The new Blackwell companion to medical sociology*. West Sussex: Blackwell. p.211-241.
- Dasilva, E. J., Murukesan, V. K., Nandwani, D., Josekutty, P. C. y Taylor, M. (2004). The Pacific Islands: a biotechnology resource bank of medicinal plants and traditional intellectual property. *World Journal of Microbiology and Biotechnology*, 20(9), 903-934.
- De Castro, C. y Pedreño, A (2010). El péndulo de Polanyi: de la desdemocratización a la resistencia social. *AREAS*, 31, 9–24. <http://revistas.um.es/areas/issue/view/10831>.
- De Olazábal, I. D. (2019). La influencia del poscolonialismo en el estudio de Israel/Palestina: de la perspectiva anticolonial al marco decolonial, pasando por el colonialismo de asentamiento. *Relaciones internacionales: Revista académica cuatrimestral de publicación electrónica*, (42), 95-117. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7166205>
- De Sousa Santos, B. (2009) *Una epistemología del Sur*. Siglo veintiuno editores y CLACSO coediciones. México.
- Del Campo, A. y Zárata, M. S. (2014) Curar, prevenir y asistir: Medicina y salud en la historia chilena. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*. <https://journals.openedition.org/nuevomundo/66805>
- Devisch, I. y Van Hoyweghen, I. (2011). A New Era of Medical Consumption: Medicalisation Revisited. *Aporia*, 3(3), 17-21.
- Escobar, A. (2011). Una minga para el posdesarrollo. *Signo y Pensamiento*, XXX(58), 306–312.
- Estermann, J. 2014. Colonialidad, descolonización e interculturalidad. Apuntes desde la Filosofía Intercultural. *Polis, Revista Latinoamericana*, 13(38), 347–368.
- Fajreldin, V. (2011b) Aproximación a una Experiencia de Salud Intercultural Urbana desde el Marco de los Derechos Colectivos en Salud. Tesis Magister en Salud Pública Universidad de Chile.
- Fanon, F. (1961) *Los Condenados de la Tierra*. Grove Press, Francia.
- Favole, A. y Giordana, L. (2018). Islands of Islands: responses to the centre-periphery fractal model in East Futuna (Wallis and Futuna) and the Belep Islands (New Caledonia). *Island Studies Journal*, 13(1). doi: 10.24043/isj.42
- Fernández, J. y Fuentes, C. (2018). *Reconocimiento de los pueblos indígenas: Qué y cuánto se reconoce en las constituciones del mundo*. ICSO-UDP.
- Fernández-Savater, A., Lapuente Tiana, P. y Varela A. (17 de junio de 2016). Achille Mbembe: "Cuando el poder brutaliza el cuerpo, la resistencia asume una forma visceral". *ElDiario.es*. https://www.eldiario.es/interferencias/achille-mbembebrutaliza-resistencia-visceral_132_3941963.html
- FLACSO-Chile, MINSAL, OMS y OPS (2005). *Documentos síntesis del ciclo de diálogos democráticos. Construyendo la Nueva Agenda Social desde el Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud*. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/6b9b038df97e550fe04001011e014080.pdf>
- Foster, G. (1962). *Cultura y Conquista, la herencia española de América*, Universidad Veracruzana, Xalapa (1962). Universidad Veracruzana, Mexico.
- Foster, G. M. y Anderson, B. G. (1978) *Medical Anthropology*. John Wiley & Sons
- Foucault, M. (1996). Historia de la medicalización. En M., Foucault, *La vida de los hombres infames* (pp.85-105), Altamira.
- Foucault, M. (1998). *Historia de la Sexualidad I: La Voluntad de Saber*. Siglo XXI.
- Friedman, J. (1992). The Past in the Future: History and Politics of Identity". En *American Anthropologist* (Catalunya), 94, núm. 4: 837-859.

- Geertz, C. (1973). *La Interpretación de las Culturas*. Gedisa Editorial, Nueva York.
- Giacomoni, C. (2013). Nourritures, abondance et identité. Une socio-anthropologie de l'alimentation à Tahiti. *Anthropology of food*.
<https://journals.openedition.org/aof/7431>
- Gobierno de Francia (2020) Wallis y Futuna. Políticas Públicas /Salud (web) .
<https://www.wallis-et-futuna.gouv.fr/Politiques-publicques/Sante>
- Goldstein, E. (2018) El sistema de salud en Chile y la Atención Primaria de Salud municipal. Asesoría técnica parlamentaria. N° SUP: 117527. Biblioteca del Congreso Nacional, Chile.
- Grimson, A. (2011). *Los límites de la cultura. Crítica de las teorías de la identidad*. Siglo XXI.
- Hall, S. (2010). La cuestión multicultural. En *Sin garantías. Trayectorias y problemáticas en estudios culturales* (pp. 583-618). IEP-Instituto Pensar y Universidad Andina Simón Bolívar.
- Hall, S. (2013). *Occidente y el resto: discurso y poder*.
<https://www.unicauca.edu.co/ublogs/seminariopensamiento/wp-content/uploads/sites/3/2014/09/occidente-y-el-resto.pdf>
- Hanson, A. (1989) The Making of the Maori: Cultural Invention and its Logic. En *American Anthropologist* (Washington D. C.), 91, núm. 4: 890-902.
- Harvey, E. (1995). *Derechos Culturales* [en línea]. <http://www.educ.org>
- Ho, R.; Teai, T.; Bianchini, J.P.; Lafont, R y P. Raharivelomanana. (2010) Le metuapua'a, la fiugère médicinale en Polynésie française. En *Ethnopharmacología*, N°45.
- Illanes, M. A. (2010). *En el nombre del pueblo, del Estado y de la Ciencia, (...)*: *Historia social de la salud pública, Chile 1880-1973*. Ministerio de Salud, Protege Red de Protección Social, Gobierno de Chile.
- Illich, I. (1975). *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Barral
- Inhorn, M. (1995). Medical Anthropology and Epidemiology: Divergences or Convergences?. *Social Science and Medicine*, 40 (1), 285-289
- Iriart, C. (2008). Capital financiero versus complejo médico industrial: los desafíos de las agencias reguladoras. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(5), 1619-1626.
- Janet, S. (2003). *Desarrollo, Minorías y Pueblos Indígenas: Estudio de Caso y Evaluación de Buenas Prácticas*. Minority Rights Group International
- Johannessen, C. L. (1981). Folk medicine uses of melanotic Asiatic chickens as evidence of early diffusion to the New World. *Social Science & Medicine. Part D: Medical Geography*, 15(4), 427-434.
- Karmy, R. (2020) *Intifada. Una topología de la Imaginación Popular*. Ediciones Metales Pesados, Santiago.
- Keesing, R. (1984) Rethinking "Mana". *Journal of Anthropological Research*, Vol. 40, No. 1, Fortieth Anniversary Issue 1944- 1984, pp. 137-156
- Knipper, M. (2006). El reto de la "medicina intercultural" y la historia de la "medicina tradicional" indígena contemporánea. En G. Fernández, *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural* (pp. 413-432). Ediciones Abya-Yala.
- Kraster, A. (1999). *El uso de sistema de salud tradicional en la población Mapuche: Comportamiento y Percepción*. <http://www.mapuche.nl/>
- Krieger, N. (2002). Introducción a la Epidemiología Social. *Boletín Epidemiológico*, 23(1), 7-11.
- Lacey, C., Huria, T. y Pitama, S. (2014). Improving Maori Health through clinical assessment Article. *The New Zealand medical journal*
- Laurière, C. (2019). *Paul Rivet: le savant et le politique*. Publications scientifiques du Muséum. Sobre la expedición francesa de 1934 (Métraux & Rivet)

- Laux, C. (1998). *Les théocraties missionnaires en Polynésie (Tabiti, Hawaii, Cook, Tonga, Gambier, Wallis et Futuna) durant le premier XIXe siècle* [Tesis doctoral]. Université Bordeaux III
- Leca, A. (2020). La rencontre de la tradithérapie kanak et du système de santé calédonien. *Journal de la Société des Océanistes*, (150), 57-62. <https://journals.openedition.org/jso/11527#quotation>
- Leca, A. (s.f.). *Tradimédecine : aspects juridiques historiques et de droit interne* [Tesis de magister]. UMR Adés 7268 AMU-EFS-CNRS
- Linnekin, J. (1983) Defining Tradition: Variations on the Hawaiian Identity. En *American Ethnologist* (Arlington, Estados Unidos), 10): 241-252.
- Linnekin, J. (1991) Cultural Invention and the Dilemma of Authenticity. En *American Anthropologist* (Washington D. C.), 93: 446-448.
- Linnekin, J. (1992) On the Theory and Politics of Cultural construction in the Pacific. *Oceania*. Número especial, The Politics of Tradition in the Pacific (Sidney, Australia), 62, núm.4: 249-263.
- Linnekin, J. y Poyer, L., eds. (1990) *Cultural Identity and Ehtnicity in the Pacific*. Honolulu: University of Hawai'i Press.
- López, P. (2005) Reflexiones en torno a la autenticidad de las tradiciones. Títulos Primordiales y kastom polinesia. *Fronteras de la Historia* 10 ICANH, México.pp. 109-138.
- Mallart, L. (1995). Per a una reflexió antropològica sobre l'evangelització dels pobles "pagans". *Revista d'etnologia de Catalunya*. N°6, pp 58-69.
- Manríquez-Hizaut, M., Figueroa-Huencho, V., Lagos-Fernández, C. y Rebolledo-Sanhuesa, J. (2018). Salud intercultural en Chile: Desarrollo histórico y desafíos actuales Intercultural. *Revista de Salud Pública*, 20(6), 759-763.
- Martínez C. (1986), "Who are the indigenous peoples? A working definition" *International Work Group for Indigenous Affairs*. www.iwgia.org/sw310.asp
- Mc Bride, L. (1992). *Practical Folk Medicine of Hawaii*. Petroglyph Press.
- Medical Anthropology in Aotearoa New Zealand: A Thoughtpiece C. Trundle Vol 9–10 (2016–2017) | ISSN 2161-6590 (online) DOI 10.5195/hcs.2017.241 | <http://hcs.pitt.edu>
- Menéndez, E. (1978). El modelo médico y la salud de los trabajadores. En Basaglia et Alii *La salud de los trabajadores*, Nueva Imagen. México
- Menéndez, E. (1990). *Antropología Médica. Orientaciones, Desigualdades y Transacciones*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social
- Menéndez, E. (1992). El Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En *La antropología médica en México* [en línea] (pp. 97–114), Instituto Mora y Universidad Autónoma Metropolitana. [http://www.osalde.org/website/sites/default/files/Menéndez, E. Modelos médicos.pdf](http://www.osalde.org/website/sites/default/files/Menéndez,_E._Modelos_médicos.pdf)
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional? *Alteridades*, 7(4), 71-83.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc. saúde coletiva*, 8(1), 185-207.
- Menéndez, E. (2006). Interculturalidad, "diferencias" y Antropología "at home". En G. Fernández, *Salud e interculturalidad en América Latina : antropología de la salud y crítica intercultural* (pp. 51-66). Ediciones Abya-Yala.
- Menéndez, R. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos* N°58, pp 104-113, México.
- Menéndez, E. (2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1), 109-118. doi: 10.1590/1413-81232015211.20252015

- Menéndez, E. (2020). Las enfermedades como problematizadoras de la realidad. Movimientos étnicos, pluralismo asistencial, intelectuales y el «buen vivir». En C., Cuadrada (Ed), *Pluralismo médico y curas alternativas* (51-132)- Publicacions URV
- Mills, A. (2016) Bodies Permeable and Divine: Tapu, Mana and the Embodiment of Hegemony in Pre-Christian Tonga. In *New Mana*. ANU Press.
- Municipalidad de Lo Prado (2009). *Plan comunal de Salud Lo Prado. Plan de Promoción de Salud 2010. Hacia una Comuna Saludable*.
- Murguía, A., Lendo, L. F. y Ordorika, T. (2016). El estudio de los procesos de medicalización en América Latina. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 23(3), 635-651.
- Nye, R. A. (2003). The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 39(2), 115- 129.
- Obach, A., Sadler, M., Cortés, M., Fajreldin, V. y Salazar, G (2006). *En los dominios de la salud y la cultura. Estudio de caracterización de los factores de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA en pueblos originarios*. MINSAL.
- Oyarce, A. M, Ibacache, J. y Neira, J. (1996). *Epidemiología con enfoque intercultural* [Inédito]
- Oyarce, A. M. (2003 en adelante) Serie Periles Epidemiológicos Socioculturales de Pueblos Indígenas en Chile. Para Ministerio de Salud.
- Paillal Huechucqueo, J. (n.d). *Acercamiento reflexivo crítico y explicativo sobre la medicina mapuche en el Programa de Salud Intercultural de Cerro Navia* [Inédito]
- Papa Ola Lokahi (2019). *An Assessment of the Impact on Social, Financial, and Cultural integrity of Providing Health Coverage for Certain Native Hawaiian Culture-based Activities*. <http://www.papaolalokahi.org/native-hawaiian-health/475-an-assessment-of-various-impacts-of-providing-health-coverage-for-hawaiian-cultural-activities.html>
- Papa Ola Loki. (s.f.) *Traditional Healing and Kupuna Program*.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. The Free Press
- Perdiguero, E. (2006). Una reflexión sobre el pluralismo médico. In G. Fernandez, *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural* (pp. 33-49). Editorial Abya-Yala.
- Perdiguero-Gil, E. (Ed.) (2015). *Política, salud y enfermedad: del desarrollismo a la transición democrática*. Editorial Universidad Miguel Hernández
- Perez, S. y Tocornal, C. (2016). *Usabilidad y pertinencia cultural de los materiales educativos. sistema Chile Crece Contigo a madres, padres, y/o cuidadores/as principios* . Universidad Academia de Humonismo Cristiano
- Pollock, N. (1990). Doctor administrators in Wallis and Futuna. *The Journal of PacificHistory*, 25(1), 47-67.
- Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder y clasificación social. *Journal of World-Systems Research*, 6 (2), 342-386.
- Ramírez-Hita S. (2016) La interculturalidad sin todos sus agentes sociales: El problema de la salud intercultural en Bolivia. En G. Fernández (comp.), *Salud e interculturalidad en América latina: Antropología de la salud y crítica intercultural*. Ediciones AbyaYala, pp. 405-412.
- Ramis, A. (2016). Bioética narrativa y salud intercultural mapuche: Aportes a su fundamentación y complementación [en línea]. *Veritas*, (34), 93-116. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-92732016000100005>.
- Ramis, A. (2019). *Bienes comunes y democracia. Crítica del individualismo posesivo*. LOM Ediciones.
- Ramos, A. R. (2004). “Pulp fictions del indigenismo”. En A., Grimson, G., Lins Ribeiro y P., Selman (Eds.), *La antropología brasileña contemporánea. Contribuciones para un diálogo latinoamericano*. (pp. 285-322). Prometeo Libros.

- Restrepo, E. (2014). Interculturalidad en cuestión, cerramientos y potencialidades. *Ambito de encuentros*, 7(1), 9-30.
- Rodríguez Zoya, P. (2010). La medicalización como estrategia biopolítica. *Revista de Filosofía*, (70), 1-27.
- Sadler, M., Obach, A., Cortés, M., Fajreldin, V. y Salazar, G. (2004). *Estudio de Caracterización de Factores de Riesgo y Vulnerabilidad frente al VIH-SIDA en Pueblos originarios* [Informe Final]. CIEG, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile
- Sáez, M. (2003). *Demandas y Necesidades en la Utilización de Servicios de Salud de Atención Primaria por parte de Población Mapuche residente en dos Comunas de la Región Metropolitana* [Tesis de Magíster]. Escuela Salud Pública, Universidad de Chile.
- Sahlins, M. (1988). *Islas de Historia. La Muerte del Capitán Cook. Metáfora, Antropología e Historia*. Editorial Gedisa
- Said, E. (1979). *Orientalism*. Vintage Books. New York.
- Salaverry, O. (2010). Interculturalidad en Salud. *Revista Perú Medica Experimental y Salud Pública*, 27(1), 80-93.
- Sigerist, H. (1940). The social history of medicine. *West J Surgery*; 48:715-22.
- Sotomayor, M.A. (2008), Regulación de la investigación biomédica en Chile. *Acta Bioeth*, 14(1), 79-89.
- Sousa Santos, B. (2008). *Conocer desde el Sur: Para una cultura política emancipadora*. CIDES-UMSA, CLACSO y Plural
- Spinelli, H. (2018). Máquinas y arte-sanos. *Salud Colectiva*, 14(3), 483-512. doi: 10.18294/sc.2018.1823
- Szasz, T. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15(2), 113-118.
- Szot, J. (2002). Reseña de la salud pública materno-infantil chilena durante los últimos 40 años: 1960-2000. *Rev. chil. obstet. ginecol.* vol.67 no.2 Santiago.
- Stolkiner, A. (2010) Derechos Humanos y Derecho a la Salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. *Medicina Social*, vol. 5 N° 1, pp 89-95.
- Thomas, N. (1989). Fuera del tiempo: historia y evolución en el discurso antropológico. *Cambridge Studies in Social Anthropology*, 67.
- Thomas, N. (1992). The inversion of tradition. *American Ethnologist* (Arlington, Estados Unidos), 19, núm. 2: 213-232.
- Todorov, T. (2010). *Nosotros y los Otros*. Siglo XXI. España.
- Toledo, V. (2005). *Pueblo Mapuche, derechos colectivos y territorio: desafíos para la sustentabilidad democrática*. LOM Ediciones
- Torri, M. (2010). Health and Indigenous People: Intercultural Health as a New Paradigm Toward the Reduction of Cultural and Social Marginalization? *World Health & Population*, 30-41. doi:10.12927/whp.2010.21887
- Torri, M. (2012). Intercultural health practices: towards an equal recognition between indigenous medicine and biomedicine? A case from Chile. *HCA*, 20, 31-49.
- Trostle, J. (2005). *Epidemiology and Culture*. Cambridge University Press
- Tubino, F. (2015). *La Interculturalidad en Cuestión*. Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Tuhiwai, L. (2016). *A Descolonizar las Metodologías*. Lom ediciones. Santiago.
- Universidad de Chile (2016). *FOUCH firmó Convenio con Hospital Hanga Roa* [en línea]. SISIB, STI y Universidad de Chile.
- Universidad Diego Portales (2018). *Percepciones y opiniones de los y las congresistas de Chile. Capítulo 1: Pueblos Indígenas*. Universidad Diego Portales. <http://www.icsoc.cl/noticias/laboratorio-constitucional-udp-realizo-encuesta-a-congresistas-sobre-pueblosindigenas/>

- Viaña Uzieda, J. (2009). *La Interculturalidad como herramienta de emancipación: Hacia una redefinición de la interculturalidad y de sus usos estatales*. Instituto Internacional de Integración – Convenio Andrés Bello.
- Walsh, C. (2007) Interculturalidad y colonialidad del poder. Un pensamiento y posicionamiento “otro” desde la diferencia colonial. En S., Castro-Gómez y R., Grosfoguel (comp.), *El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Siglo del Hombre Editores, Universidad Central, Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos y Pontificia Universidad Javeriana e Instituto Pensar. Colombia. Pp 47-62
- Walsh, C. (2008). Interculturalidad, Plurinacionalidad y Decolonialidad: Las insurgencias Político Epistémicas de refundar el Estado. *Tabula Rasa*, 9, 131–152. doi:10.25058/issn.2011-2742.
- Wright, S. (1998). La politización de la “cultura”. En M., Boivin, A., Rosato y V., Arribas (Eds.), *Constructores de otredad. Una introducción a la antropología social y cultural*. Eudeba
- Zola, I. K. (1972). Medicine as an institution of social control. *The Sociological Review*, 20(4), 487-504.

ANEXOS

- 1-Primer trabajo de campo, 1999 (algunos diarios de campo, cartas y reflexiones)
- 2- Algo del trayecto de Valentina Fajreldin sobre Rapa Nui
- 3- Minuta celebración Ley 16-441 de 1966
- 4- Isla de Pascua se destina a la Colonización, 1916
- 5- Acuerdo entre Gobierno de Chile y de EE.UU. por uso del aeropuerto Mataveri, 1985
- 6- Presidenta Bachelet en gira por el Pacífico
- 7- Nociones de enfermedad “pascuense” y “de afuera”, etnografía año 1999
- 8- Autorización para salir de Hanga Roa, 1964 (dos documentos)
- 9- Documento Informe Inspección sanitaria por Dirección General de Sanidad 1947
- 10- Convenio Fisco (Armada) y Servicio Nacional de Salud (SNS) año 1958
- 11- Lepra como fantasma del horror, 1979
- 12- Algunas estadísticas vitales en las últimas dos etapas de medicalización
- 13- Profesionales de METEI, 1964-65 y sus instituciones
- 14- Puesta en Marcha instalaciones Hospital Hanga Roa recién inaugurado, 1976
- 15- El hospital Hanga Roa según etnografía 1999
- 16- Historia clínica mujer rapanui durante periodo Armada y viejo HHR (años 50 a 1999)
- 17- Minuta reunión Seremi en Concejo Isla de Pascua, Intendencia de Valparaíso, 2003
- 18- Cartera de Servicios Nuevo Hospital Hanga Roa, 2007
- 19- Ser de materiales de difusión sanitaria del Hospital Hanga Roa en la actualidad
- 20- Regulación ingreso para no residentes a territorio rapanui, ley 21.070
- 21- Personal del Hospital Hanga Roa 2017
- 22- Propaganda sanitaria contra el Nao Nao; año 2003, MINSAL
- 23- Plan comunitario contra el Dengue, MINSAL 2003
- 24- Minuta visita Programa Salud y Pueblos Indígenas MINSAL, 2002 control nao-nao
- 25- Asesoría V. Fajreldin Seremi V Región hacia HHR, campaña Vih-Sida año 2003
- 26- Sobre preparación y especialidad en torno de Matua Pua`a, etnografía 1999
- 27- Set de instrumentos para la gestión y atención Papa Ra`au, Hospital Hanga Roa 2017
- 28- Validación de la folkmedicina en contexto PESPI

ANEXO 1. Primer trabajo de campo año 1999

(algunos diarios de campo, cartas y reflexiones. No se han hecho correcciones ni editado los textos originales por parecerme un material interesante de considerar ya que grafica un primer trabajo de campo en el sitio, siendo una joven y recién egresada antropóloga y persona. Comparto, sin pudor, algunas de estas experiencias y reflexiones *in situ*)

Rapa Nui, 18 de abril

Iorana, profesora Weisner:

Hoy es un tranquilo día domingo; para los pascuenses, "día de guardar"; y se nota.

Y cumplo justo una semana desde que llegué a esta tierra. Creo que es hora de hacer un breve resumen de cómo han ido las cosas en general, y también algunas pequeñas "reflexiones" metodológicas que me parecen pertinentes.

Antes que nada, como le conté en el pasado correo, mi acceso a internet no es tan inmediato como esperaba, (porque no es directo, sino que tengo que hacerlo a través de la gente de Conadi, que ha sido muy amable conmigo, pero a la que no quiero quitar mucho tiempo ni causar muchas molestias), entonces no he podido aún ordenarme con un horario diario ojalá que me permita usar su sistema, el de Conadi, para comunicarme con usted. Y es por eso que no le he estado enviando como habíamos quedado, esa suerte de "diario de campo" (aunque he estado escribiendo), que habría sido ideal. Pero espero poder ir haciéndolo, de a poco, ojalá a partir de esta semana. Pero para suplir ese contacto diario, es que quiero escribir esta especie de informe "informal".

Bueno, en primer lugar quiero decirle que me parece todo maravilloso. La gente me ha acogido con mucho cariño. Me parecen tan hermosos. Bueno, como es la antropología..., trabajar es vivir. Y eso es lo que he estado haciendo. Simplemente esta semana, un poco porque fue saliendo así y otro poco por una cierta "timidez metodológica" aún, ha resultado un escuchar voces, un sonar de sabidurías y conocimientos, en fin. Yo no he hablado, no he preguntado nada, o casi nada, sino que simplemente he escuchado, sin pedirlo casi.

Y qué pasó. Pasó que justo llegué a casa de esta linda familia. Y ellos saben bastante de plantas (por supuesto saber de plantas no implica sólo saber sus usos, sino que involucra también conocer el "origen" mitológico de las mismas, en fin), y además, existe una persona que es central, Tei, tal vez usted lo conoció. Bueno, él es un joven hijo de los "tíos" (Gonzalo y Elsa), y ha resultado que es una de las pocas personas realmente interesadas en su cultura, en la cultura de "los ancestrales" (esa palabra es manejada a diario aquí por todos, también por los niños). Y Tei es de esas personas que conocen historias y se interesan, entre otras cosas de su pueblo, por la medicina, y es, en definitiva, un reservorio de conocimientos, y también de contactos, porque gracias a él he conocido algunas "núas" (abuelas) impresionantes. "Impresionantes"; es una palabra que no queda bien. Simplemente son hermosas, hasta conmovedoras. Ab... cuando las conozca.... Pero en general todo ha salido así, como esta es una comunidad pequeña, todo el mundo se conoce y los "datos" acerca de quién es quién importan así como también quién hace de intermediario (o "presentador") es muy importante.

Además, hay otro elemento, y es que a toda la gente cuando le digo a qué vengo, se pone muy contenta y muy, pero muy dispuesta a ayudar. Y quisiera indagar más en el por qué, ya que sinceramente no entiendo cómo la gente se entrega a una persona de afuera con temas tan importantes y con tanto cariño. Parece que es un orgullo, un sentirse grandes porque saben que son sabios. No hay un criterio "práctico" involucrado, al menos en la gente con la que he conversado (o que me ha hablado, mejor), en el sentido de que ellos piensan que hay que mejorar el sistema, que la salud oficial es mala, u otra cosa por el estilo. Existe, al parecer, y eso quiero decir, un sentimiento de genuina valoración, profunda, muy profunda, de la medicina de los ancestros, como un don, un regalo que no se puede perder. Pero tampoco hay una urgencia por transmitirlo, pese a que claramente pierde terreno ante el avance de la otra medicina, no existe un sentimiento de depresión ante ello, sino que parece que supieran que igual, pese a todo, hay ciertas cosas que nunca se van a perder, ciertos conocimientos que no son netamente "técnicos" y que sostienen a los propiamente "técnicos". No sé, esto que acabo de decirle salió espontáneamente en este rato y no lo había pensado así, pero creo que eso es, eso es lo que he estado mirando y viendo, una tranquilidad, una seguridad, una nobleza increíble. ¡Cuánto orgullo! Y cuánta sabiduría.

En cuanto a los aspectos ya más metodológicos, creo que me hace mucha falta su ayuda, quisiera saber qué me aconseja. He pensado que sería bueno empezar esta semana a preguntar. Pero no quiero en ningún momento encerrarme en una metodología y unos plazos que no estén de acuerdo a como vayan presentándose las oportunidades. Porque, usted sabe, en el terreno van llegando o no las cosas, al menos así ha sido hasta ahora. Creo sin embargo que debo empezar a ordenarme un poco y no sé bien qué quiero decir con eso. Tal vez sea importante tratar de obtener, además de otros contactos que ya me prometieron para esta semana (varias personas, no sólo Tei, pero a este último los ancianos lo quieren mucho por su interés), a través de una pauta de entrevista semiestructurada, algunos elementos más concretos. Pero no se si es prematuro.

Y, ya que los aspectos relacionados directamente con la medicina indígena, (ricos y enredados, es decir, múltiples y llenos de relaciones, exquisitos en definitiva) van a salir o van a ir apareciendo a medida humana (cuando la gente me quiera, si es que lo hace), y por lo tanto, no puedo ponerle fechas, he pensado que sería tal vez conveniente ir trabajando simultáneamente con el tema del hospital, es decir, con la medicina oficial, que, por cuanto más estructurada tal vez sea más directa y rápidamente abordable, al menos en los aspectos más administrativos (no tal vez en relación directa con la gente rapanui que allí se atiende, que es algo que va a ir apareciendo de a poco y que también puede quedar para más adelante, una vez tenga más claro los elementos de la medicina tradicional), es decir, en relación por ejemplo a la percepción del personal occidental en torno a la salud y a los problemas y a la comunidad, etc.; sería conveniente quizás ir hablando con los médicos, las enfermeras, los directivos, y

así. haciéndolo, de a poco, ojalá a partir de esta semana.

Necesito que por favor me responda si no está muy ocupada y ojalá pueda venir luego para que podamos conversarlo personalmente y disfrutar de este pedazo de tierra en medio del mar.

Espero que esté muy bien, un beso. Valentina Fajreldin

5 de Mayo de 1999 (diario de campo)

No es posible depender de ningún informante o mediador. Porque claro, la gente puede empezar a pensarse como imprescindible, y se puede caer entonces a la vez en rivalidades, y actitudes posesivas, que perjudiquen tanto a la comunidad entre sí como al investigador.

No debo olvidar nunca que soy yo quien está trabajando. Y yo quien debe diseñar los modelos. Pero eso se topa con la forma de ser de la comunidad y/o con el capricho de los informantes y mediadores. No sé qué hacer en ese sentido. Cómo tener una actitud equilibrada, no prepotente pero tampoco tan sumisa con los consejos de la gente misma. Y cómo investigar seriamente y metodológicamente bien, si uno se encuentra encerrado o no para tanto, pero puede pasar, por la observación que se hace de uno y la crítica. A quién le presto más atención y de acuerdo con quién actúo.

La clave está en no involucrarse demasiado con la gente, porque se pierde perspectiva y libertad metodológica y teórica. Y también individual. Parece extraño estarlo diciendo así. Pero cómo no involucrarse y a la vez querer conocer. Y cómo no involucrarse y pretender creerle a la gente. Y cómo no involucrarse y querer guía. Y cómo no involucrarse y no sentirse y parecer y ser utilitaria, utilizadora, no me acuerdo como es la palabra. ¿Consistirá la solución en parte, hacia futuro, en quedarse menos tiempo en cada casa?, diez días máximo?. No. Va en cómo se comporte uno.

Quisiera poder hablar con alguien al respecto. Tibor?, pero está ocupado y no se si convenga, ¿por qué no preguntar? Algo que por lo demás es tan humano.

12 de mayo 1999 (diario de campo)

Existe un elemento sobre el cual tengo profundas dudas éticas. Se trata, por supuesto, de la legitimidad de poner los nombres de las personas que me están dando sus conocimientos y experiencias. Creo que en definitiva hay casos y casos, pero ante ciertas personas y temas obviamente no se pueden poner los personajes reales, por cualquier cosa o "filtración". Porque yo no sé qué va a pasar adelante con mi trabajo, con toda esta información. Obviamente no quiero pensar mucho en eso, y no puedo ni quiero imaginarme que vaya a caer en las manos de los médicos como una caricatura de los rapanui. No quisiera que aparecieran las personas concretas, pero pensándolo bien, tampoco las experiencias de Tei por ejemplo, que estoy relatando y que son las más espectaculares e "increíbles" al menos para las mentalidades positivistas de los occidentales, ridiculizadas justamente a través de mi trabajo. Pero si he ganado la confianza de la gente... no puedo traicionarla mostrando una información con nombre y apellido y que puede ser usada también dentro de la comunidad como información conflictiva. Piensese en el sólo tema del matua pua y las varias versiones que hay sobre quien "lo tiene" y cómo "debe" prepararse, con ese sólo tema ya tenemos para una guerra fratricida.

Creo que el tema es digno de conversarlo con la profesora. Y de preguntarle a la gente, siempre que se den las condiciones, si es que puedo o no poner su nombre, o si quiere que lo ponga, como requisito incluso (como lo que al parecer le pasa a la nua G., que sí desea que le ponga el nombre por ese sentido de propiedad sobre el conocimiento que evidencia). Creo también que hay un factor de mala comunicación por parte mía, tal vez tenga que ser más clara cuando hablo con la gente y no limitarme, para entrar, como he hecho algunas veces para facilitar la entrada, al tema de las plantas medicinales como el área que me interesa. Tal vez debiera siempre explicar que quiero conocer de las enfermedades, de cómo piensa la gente que se producen y cómo piensa la gente que se deben mejorar. Y así todo va saliendo, sin secretos para nadie. Y la gente me cuenta sólo lo que puedo poner.

10 de junio (diario de campo)

Reflexiones intrahospitalarias. Bueno, además de las reflexiones que he anotado por aquí y por allá, sobre todo en el diario que llevo, necesito poner otras aquí, total, yo no más me entiendo mi desorden, yo soy Reflexiones y todos los demás archivos, por último.

Debo hablar con la gente antes de hablar con ella. Claro, debo informarle que todo lo que ella me converse será usado para mi trabajo, que no soy una persona que espera consulta, que soy una estudiante que hace su práctica, que me interesa y conozco el tema de las plantas, etc.

Hay un elemento que me tiene un tanto intranquila, y es el hecho de que al parecer, esta etapa, que yo había tomado como la más fácil, se está poniendo, o estás siendo, la más difícil. Difícil por donde se la mire. Esta vez me toca reflexionar (10 de junio) sobre que la gente rapanui no conversa casi más que en rapanui, entre ellos, cuando sale de la consulta, es decir, en el momento en que a mi me gustaría poder entrar en la conversación, para escuchar comentarios acerca de lo que le dijo el taote, de lo que le dio para tomar, de lo que le recomendó, y de lo que ella, la persona decide, en ese momento primero hacer o no hacer. Es el momento justo que yo quisiera escuchar, pero no puedo, porque no entiendo el idioma y como nadie me ha invitado a meterme en la charla, no puedo pedir que hablen en castellano. Ya he visto esto todos los días, y se nota que la gente está hablando del tema, porque intercalan con nombres de plantas, etc... y yo colgadísima. Es decir, es mucho más difícil entrar a un grupo y la gente suele estar en grupo o agruparse para contarse sus cosas del momento.

Un importante hallazgo recién de esta tarde, y que resultó casualmente, es el hecho de la conveniencia de trabajar en esta sala, es decir, donde está la administración, porque aquí entran enfermeras y taotes a cada rato, y se da un ambiente más distendido. Claro, estos pequeños inmensos detalles son los que se descubren solamente con el trabajo en el terreno.

Un tema sumamente importante es el hecho de que todavía no me manejo en cómo rescatar la información. Y eso tiene varias patas. Por una parte, siento que todo es una enseñanza, pero siento también que hay conocimientos o más bien experiencias íntimas que no me atrevo a escribir para no perder su riqueza, lo que es una tontera hasta por ahí. Por otra parte, no me ubico bien todavía es decir, no me siento tan cómoda como para preguntarle a toda la gente si me permite grabar la entrevista. Algunas mujeres, las mayores por lo general, dicen que no, y bueno, qué le vamos a hacer..., lo otro es grabar pero no para poner citas sino para sacar la información más fielmente, ya que mi memoria está en la ruina. Ese es un problema serio. Mi memoria no es capaz de registrarlo todo y eso me está perjudicando. Por otra parte, respecto a lo mismo, yo encuentro que es mucho peor sacar un cuaderno y ponerse a anotar todo lo que la gente hace, dice mientras está conversando. Pero parece que eso es lo que voy a tener que hacer. No más memoria. Porque no alcanzo a pesquisar todo lo que dicen y hacen y pierdo mucha información. Ya casi al mes de trabajo, es tiempo suficiente como para sacar este tipo de conclusiones y corregir lo que está mal. Pero creo que debo ser cuidadosa de no irme a lugares donde exista gente con la cual los Nahoe por ejemplo tengan problemas o consideren que no son buena gente, por ejemplo G. H. O los P. en fin, sobre todo por Tei para que no piense que juego chueco, porque, basta con que quiera averiguar también de ellos, que se lo expliqué y lo entendió parece, pero de ahí a irse a vivir con ellos....

Respecto a la idea de irse al hospital a vivir a las casa para los médicos, no sé que haré si llegado el momento se produce una oferta de parte de la gente del hospital al respecto, porque no quiero que la gente me relacione también en sentido negativo, es decir, que piense que finalmente me fui a mi casa, por así decirlo, es decir, que crean que estoy trabajando para los médicos. Tal vez fuera preferible por esto, irme a casa cercanas al hospital, pero no al hospital mismo.

Y al respecto en general, tema complicado aunque no mucho es cómo hacer para que la gente no me asocie mucho, también la gente del hospital y a la vez me permita integrarme, me pesque, me ayude, me entregue información. Primero que nada, creo que es necesario esperar a la profe o a Tibor para que ellos me presenten a alguna gente del hospital⁵⁴⁵, pero de todas formas por lealtad a la gente de la isla no quiero relacionarme demasiado con la gente del hospital, no quiero que piensen que estoy menospreciando lo tradicional, o que me abanderizo con la medicina de ellos., ni tampoco quiero que piensen que me abanderizo con la emdicina tradicional del todo. No quiero que los médicos piensen que estoy trabajando para ellos. Todo esto debo conversarlo con la profesora cuando venga, pero muy profundamente.

¿cómo proceder de manera equilibrada?. ¿qué hacer con la data después...? ese sí que es un tema denso.

En todo caso yo le he dicho a todos que vengo a investigar comparativamente la medicina tradicional y la del hospital, pero creo que debo recalcarlo a algunas personas. No sé.

Hanga Roa, 11 de Junio de 1999

Querida Profesora:

Iorana Coel. Esperando que esté usted muy bien, igual que todos los suyos, decido mandarle este fax con el propósito de introducir mi segundo informe de Avance que, aunque redactado en la fecha que se señala, he demorado en enviar porque pensaba que recibiría antes sus correcciones y comentarios al primero que le envié. No siendo así, le mando lo que tengo hecho como segundo Informe. Representa mi visión sobre el tema del hospital absolutamente previa a la entrada en el terreno, excepto por la entrevista con el médico director, efectuada el día 31 de mayo. No es más que el proyecto groseramente elaborado sobre cómo abordar en los aspectos gruesos, la temática de la segunda etapa.

Hoy, ciertas cosas han cambiado, estamos a 11 de junio, en plena semana donde por fin he podido entrar en el tema.

Existe sí, un factor preocupante y es el tiempo. Sin querer alarmarla, creo que calculamos mal el lapso en que debía desarrollar mi investigación, y personalmente no fui capaz de prever una serie de elementos que juegan un rol fundamental en el trabajo de campo y que quitan tiempo, aunque no lo quitan y otros elementos que son indispensables y no he podido concretar. Bien, me siento algo insegura a este respecto, y más cuando pienso que no hay solución, porque mi pasaje vence en un mes más exactamente. Cada segundo de este mes será algo precioso y espero poder utilizarlo de la mejor manera posible, sin defraudar sus expectativas ni desmerecer la importancia del tema y del terreno. No se si será un asunto de autoexigencia, es decir, que esté siendo demasiado exigente conmigo misma o bien se trate de una constatación sobre la realidad, pero creo que es más esto último que lo primero (aunque acepto que tenía la pretensión de que mi trabajo fuera muy bueno).

Bueno, la confusión se debe a muchos factores, el cambio de etapa principalmente. Porque, pese a que yo había calculado lo contrario, me está resultando complicado el tema, hasta el momento en que le escribo (porque para mí, las cosas pasan aquí así como cambia el tiempo en la isla, es decir, lo que escribo ahora, tal vez tenga un giro en media hora más, cuando vuelva al hospital) el tema de mi trabajo en el hospital. Ha sido difícil, eso no lo puedo negar, más difícil que lo que me resultó la primera etapa. Y tengo algunas hipótesis explicativas al respecto que me gustaría conversar en el futuro con usted, a modo de comentario sobre experiencias personales. Bien, básicamente puedo decirle que, quizás haya usted hablado con Tibor y él le haya comentado sobre nuestra entrevista con Gutiérrez, el director. Fue buena, sin demasiado compromiso y creo que fue sincero cuando me ofreció lo que quisiera en el hospital, es decir, puso a mi entera disposición lo que necesitáramos. Así las cosas decidí empezar esa misma semana a observar un poco, a acercarme lentamente a la gente, pero como tenía problemas concretos que resolver, como mi cambio de casa a aun lugar cercano al hospital, no pude seguir esa semana con más visitas al hospital.

545 Mi primer viaje a Rapa Nui fue apoyado logísticamente por Tibor Gutiérrez, colega y entonces jefe de la oficina de la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena, CONADI; quien era amigo personal de mi maestra Mónica Weisner. Tibor tuvo la gentileza entonces de presentarme “institucionalmente” al hospital.

Hago un paréntesis para contarle que conseguí una habitación frente al hospital, y es la casa de una prima (lo que por supuesto no es novedad aquí, porque todos son primos) de la mujer donde me alojé anteriormente, en Tabai. Estoy aquí muy cómoda, pagando un precio bastante razonable por el mes que le pedí me dejara en su casa. En este sentido estoy tranquila, y sin ningún problema.

Bien, en estos días, es decir, esta semana, me he dedicado a conocer a los médicos y el personal en general y he empezado de lleno el trabajo. Conversé con De la Barra, otro "taote" que es la persona que tiene más interés en el tema cultural, y de hecho ha realizado algunos trabajos (que yo revise para mi revisión bibliográfica) y tiene mucho interés en estudiar el tema desde una perspectiva no netamente "clínica". Es un personaje interesante aunque a principio temí que tratara de integrarme demasiado a sus planes. Pero finalmente ha sido muy amable conmigo y me ha presentado a personal en general y a los otros médicos y me ha ofrecido todo o que quiera, acceso a su consulta como observadora, acceso a las fichas del hospital, acceso a conversar con los enfermos cuando yo quiera, etc.

En general, la gente del hospital que me ha presentado este taote y la que no ha sido muy amable y se nota muy buena disposición, pese a que les quito tiempo y hago muchas preguntas. Creo que lo que me ha pasado es que me asusté, directamente, ante esta nueva etapa que yo había creído iba a ser tan simple y me he dado cuenta de que no era así, ni en términos humanos (de relaciones que hay que negociar a cada instante, practicar estrategias, en fin), ni menos en términos metodológicos, donde ha habido algunas dudas importantes y he visto algunas debilidades personales que me han preocupado. Todo esto se lo comento para ser lo más sincera posible.

Más concretamente, como a modo de anécdota, los médicos, el primero fue De la Barra y después vinieron otros, me dijeron que ellos creían que si yo iba a estar un mes con ellos en el hospital, debía, para que la gente supiera qué responderse al verme en ese ambiente (la gente: personal y pacientes, sobre todo entrando en la consulta o al hacer la "ronda médica"), ponerme un delantal blanco como que era médico practicante. Imagínese!!!. Les dije que no, aunque sufrí bastante y, como he estado tratando de comunicarme con usted pero no he podido, para preguntarle su opinión, decidí ser sincera y aclarar que no, que metodológicamente, en términos de imagen ante la gente, yo creía que me convenía exactamente lo contrario. Y que me sentía capaz de hablar y honestamente decir a la gente o que yo era y lo que yo necesitaba. Y quedamos en que yo manejaría ese asunto, el acercamiento a la gente para poder entrar por ejemplo, a la consulta con ellos. Bien, ha sido difícil, pero creo que los médicos me entendieron finalmente.

Respecto a los problemas metodológicos, y ello se relaciona con la escases de tiempo de la que le hablé, no se qué y cómo buscar en las fichas médicas. Porque, como usted recordará, poseemos varias estadísticas (de varios años) con morbilidad, muertes y otros varios datos (que encontré en el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio antes de venirme a la isla), por lo tanto esa información ya existe. Ahora bien, si se pretendía pesquisar datos (como yo misma señalo es mi proyecto, en el Segundo Informe de Avance que le envió) acerca de posibles anotaciones de los médicos, en que pudiera notarse o hacerse evidentes algunas concepciones y o políticas incluso frente a ciertos síntomas o enfermedades que los pacientes rapanui describieran desde su propia perspectiva, el doctor De la Barra me dijo (salió el tema, porque ha sido muy insistente en saber qué quiero, pero no en malos términos y para mí ha sido muy difícil manejar este asunto) que nadie anotaba esos datos, es decir, que nadie de los médicos ponía el diagnóstico hecho por la gente, sino el propio.

Bien, si después de ello (no es que no quieran que revise las fichas, de hecho, se supone que igual voy a hacerlo por las instrucciones que De la Barra le dio a la gente que me presentó) a usted le parece que debiera yo de todas formas revisar las fichas médicas, quisiera por favor que con urgencia me dijera cuál es el criterio teórico y práctico para revisarlas. Esto es, qué buscar, de cuándo, cuántas, con qué criterios especiales (edad, sexo, fechas, etc). Y sobre todo tomando en cuenta que ese podría ser un trabajo que absorbiera demasiado tiempo y por ende restara tiempo de dedicación a la observación intensiva y otras técnicas que hemos de aplicar, es decir, podría ir en desmedro de la obtención de material cualitativamente importante, ¿le parece? Necesito urgentemente una respuesta, porque debo posicionarme ante los médicos y la gente de estadísticas y que maneja las fichas, respecto a si voy o no a usar este material y cómo. Y sin esta respuesta (el problema no puedo resolverlo sola) no me es posible organizar bien mi tiempo escaso. Bien, profesora: espero no molestarla demasiado con mis problemas prácticos, pero necesito que me conteste cuanto antes, ojalá me llame esta misma noche o mejor, me envíe un fax de regreso con las respuestas a mis interrogantes más urgentes.

Sin nada más por el momento, Iorana coe. Valentina Fajreldin

Santiago, 2000 (reflexiones de viaje, post viaje)

BREVE REFLEXION SOBRE LA EXPERIENCIA DE TERRENO EN RAPANUI Algunos aspectos del aprendizaje

Santiago, invierno del año 2000.

El texto que sigue es un relato, o una "sucesión de imágenes" que deseo compartir, antes que una propuesta redactada en términos de un informe "formal". Me propongo a mi misma reconstruir, a grandes rasgos solamente (por razones de tiempo principalmente), algunos aspectos importantes de mi experiencia de terreno. Importantes por cuanto constituyen momentos o situaciones puntuales de las que está hecha ciertamente (ahora lo sé), la experiencia y por lo tanto el mundo del antropólogo/a, y, en cuanto posibilitan ciertas críticas a mi propio trabajo, a mi forma de acercarme a la gente, el lugar y la "realidad", derivadas de muchos factores entre los que interesa delinear la falta de experiencia previa en terreno y la consiguiente poca profundidad teórica y metodológica con que a nuestro juicio debimos enfrentarnos a la tarea inmensa de aprehender una cultura diferente.

Las enseñanzas que nos han dejado los cuatro meses en terreno, en este sentido son muchas, muchas de las cuales no son transmisibles por esta vía. Las lecciones que podríamos transmitir a través de este pequeño e improvisado pero muy sentido texto, van en la línea de profundizar desde los primeros años de estudio y formación académica, el contacto con la realidad antropológica, que no es sino la de la cultura viva. Creemos que existe una imperiosa necesidad de "salir al mundo" y desde allí poder preguntar y preguntarse sobre el mismo, para ir desde el inicio de la formación dando o buscando respuestas a las inquietudes que este nos propone.

A la vez esta es la hermosa herencia que ha quedado para mí, después de estos largos meses santiaguinos. Es una suerte de desafío y de profunda inquietud por seguir un camino lleno de vida y de promesas de profundidad. Estoy llena de preguntas que solamente me fueron posibles durante la experiencia del terreno, de modo que me siento recién "entrando" a estudiar antropología, recién ahora que estoy "haciendo" antropología.

Nuestro terreno se ha formado, como todo, de muchos aspectos que se combinan para lo que es ahora un recuerdo (y, por cierto, una gran cantidad de material potencialmente antropológico). Los visibles, tangibles, "concretos", (hasta prácticos y de trámite), y los espirituales, emocionales, morales y por ello religiosos, no menos reales que los primeros. Creo que todo es un regalo de Dios. Y como eso quiero imaginar esta experiencia. El recuerdo obviamente está mediado por muchos elementos y ha ido cambiando sustancialmente en el transcurso del tiempo. Está claro para mí, que ahora me es posible, de manera más fácil, ver la Isla desde un poco más "afuera", porque estoy afuera.

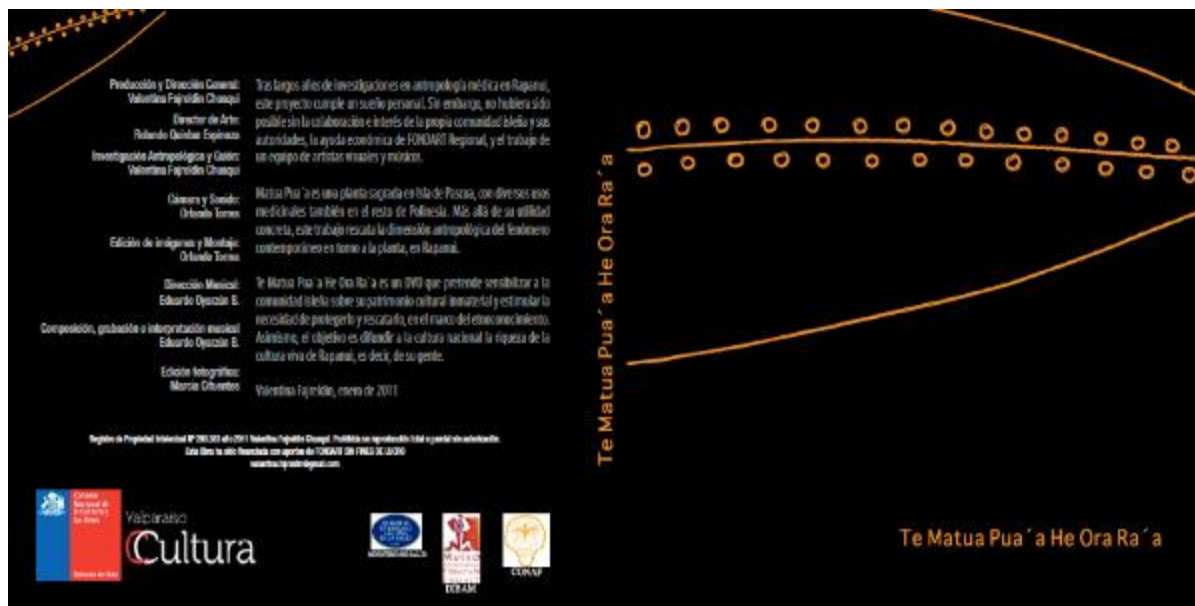
No toda mi experiencia ha sido así, ya que durante el terreno mismo, no me sentí demasiado afuera, si no por el contrario, bastante integrada a la comunidad y el modo de vida rapanui, pero sobre todo por un profundo compromiso tácito que adquirí conmigo misma ahora creo que a lo largo de mi historia y la historia de nuestra familia. Se trata de un compromiso ético. Y la ética tiene que ver con la humildad. Por humildad entenderemos una actitud de respecto profundo, en este caso por la, claramente en este caso "otra" cultura y su gente. Ello significa que existe la disposición a escuchar y a aprender, del modo más "limpio" posible, en términos de lealtad con las personas con las que uno se encuentra. Ojalá todo esto vaya acompañado de una apertura del corazón que permita que resuenen dentro las voces y las vidas que uno va conociendo como un regalo. Es en ese sentido una profunda experiencia que pasa por "crearle al otro", en términos amplios. Es por ello que no creo haber estado muy afuera mientras estuve en Rapanui, aunque obviamente la comunidad me percibiera (en su pleno derecho) como un elemento extraño, por lo demás, lo que parece ser el destino del antropólogo/a.

Así, este texto será una suerte de "carta" llena de confesiones. Es difícil, porque se trata de dos grandes temas, en el fondo. Uno que es "más mío", y es el tema del crecimiento en todas áreas como persona que se encuentra con el otro. Y en ese tema, claro, como algo ya he esbozado, creo que Rapanui fue una experiencia importante e inmensa. Pero está el tema de entender también esta experiencia desde la perspectiva y los objetivos puntuales a buscar, a investigar. Y en esta línea, obviamente, tan o más importante que la otra, es donde están los problemas. Ambas, sin embargo, son inseparables.

Santiago 2001 (mi casa; dudas sobre continuidad de mi vínculo con la isla)

Claramente el tema de las instituciones médicas que tanto me apasionaba se ha ido alejando, la muerte de algunas personas, sobre todo la del viejo Campbell que sentí profundamente como si se tratara de un familiar casi. Por otra parte ello ha venido siendo así por la desvinculación del tema que me parece ha empezado a surgir a partir de esta suerte de recreo largo que me he tomado por el cansancio que tenía, y además, gracias a que se me estaba haciendo medio tortuoso por lo obsesiva que me puse. Creo que de tanto pensar en la isla me estaba rayando claramente un poco y eso me cansó, no tiene sentido ni razón de ser, es un mundo ajeno, claramente ajeno, y es mejor que sea así, entendido por medio de un lavado de cerebro o asumiendo la realidad, como tal, es más sano.

ANEXO 2. Algo del trayecto de Valentina Fajreldin sobre Rapa Nui.



Carátula DVD Te Matua Pua'a He Ora Ra'a, de Valentina Fajreldin, obra financiada con fondos de FONART, 2010. Se trata de documental de 55 minutos en torno a la situación del elemento diagnóstico - la planta medicinal Matua Pua'a- en la comunidad rapanui. En consideración a que Matua Pua'a era entonces un tema de bastante intimidad en la comunidad rapanui, el DVD no se encuentra en internet y sólo ha sido usado para docencia o para regalo de personas interesadas; buena parte de las copias del disco fueron donadas por mí a las taote rapanui para su difusión interna de sus quehaceres dentro del programa Papa Ra'au, ya que muchas de ellas participaron en el documental con sus saberes.

Ive Colloque International sur les Plantes Aromatiques et Médicinales des Régions d'Outre-Mer 2006

11 - 13 juillet 2006
Tahiti, Polynésie Française

Médecine Traditionnelle à l'île de Pâques. Une perspective anthropologique de la pharmacopée végétale à Rapa Nui.

Valentina Fajreldin Ch.
Anthropologue, Chili

(Traduction P. Caballon,
IRD Nouméa, 7 juillet 2006)

Résumé : Rapanui est l'île polynésienne la plus éloignée / isolée. Les grandes difficultés et problèmes importants qui caractérisent son histoire contemporaine peuvent s'expliquer par ses relations violentes et dramatiques avec le monde occidental. En même temps, Rapanui a créé une vision dynamique de la culture, renforçant plusieurs des éléments ancestraux communs aux sociétés polynésiennes. La médecine rapanui porte la marque de ces influences et de ces conflits, ainsi que d'une certaine nostalgie de la Polynésie.

Cette médecine constitue aujourd'hui aux yeux de l'anthropologie un phénomène complexe intéressant. Du contact avec le monde occidental est issue depuis le début du 18^e siècle toute une série de modifications de l'écosystème, des maladies (présentes), des pratiques curatives, des concepts étiologiques, de l'ethnopharmacopée et des institutions. Certaines de ses caractéristiques sont cependant antérieures aux premiers contacts extérieurs et se sont développées au cours de siècles d'isolement à partir du fonds culturel polynésien. La communauté pascuane conserve aujourd'hui une médecine tournée vers une prise en charge du patient dans une perspective holistique de la réalité, incluant de plus en plus de remèdes naturels dans son arsenal thérapeutique. Aujourd'hui se manifestent dans les procédures, dans l'étiologie et les concepts thérapeutiques des influences diverses qui transforment jour après jour la culture médicale de Rapanui dont la pharmacopée végétale est évidemment le reflet. Quelques éléments de cette culture médicale composite seront présentés dans notre communication.

Mots-clés : Médecine Rapanui, plantes médicinales, fonctions médicales et politiques, identité polynésienne, pouvoir et histoire, anthropologie médicale.

Notre participation à ce Congrès, et donc celle du Chili, est cofinancée par le Comité Organisateur de CIPAM 2006, la Coopération Française, l'ONF International & Conosur, et la Commission Nationale de Développement Indigène du Chili ("*Corporación Nacional de Desarrollo Indígena de Chile*"), qui sont des acteurs du Projet d'Aménagement Durable des Ressources Naturelles de l'île de Pâques ("*Proyecto de Manejo Sustentable de Recursos Naturales en la Isla de Pascua*"), en cours actuellement.

En el mismo evento, mi presentación fue traducida al inglés y francés de manera simultánea ya que tuve el privilegio de hablar en español, siendo la única en hacerlo en el Congreso junto con mis acompañantes de Rapa Nui... curiosamente ellas no se expresaban en español sino en un adecuado francés; lo que junto con convertirme a mí en la pieza más exótica del Congreso, muestra lo cosmopolita de la cultura rapanui respecto de una chilena promedio como quien escribe. En las fotos; a la izquierda la autora y a la derecha las representantes de Rapa Nui Hapatita Tepano y Berta Hey.





Tesis de pregrado *La Medicina Herbolaria en Isla de Pascua. Acercamiento antropológico a la cultura médico-política en Rapanui* (367 pags) hecha bajo tutela de mi maestra Mónica Weisner, Universidad de Chile. En la tesis relevaba el carácter político del fenómeno de la folkmedicina y describía profundamente las características de la misma con base al trabajo de campo inicial de 1999. La tesis se presentó el año 2002 en Santiago de Chile y además de permitirme el título de Antropóloga me abrió las puertas a la continuidad de proyectos laborales y estudios sobre Rapa Nui.



A la izquierda resultados parciales del Estudio sobre VIH y Pueblos Originarios cuyo capítulo sobre rapanui me tocó desarrollar. A la derecha mi participación con mi maestra Mónica Weisner en uno de los varios primeros congresos en que se hablaba de Rapa Nui en el contexto latinoamericano; ambos en los tempranos 2000.



Una de mis presentaciones en antropología médica de Rapa Nui en el único congreso especializado sobre la isla y el Pacífico que hasta hace dos años se celebraba alrededor del mundo por la Easter Island Foundation; ya sin actividad. Participé en varios de estos congresos especializados siempre poniendo como única voz los temas de antropología médica de la isla.



En los patios del Museo padre Sebastián Englert, Rapa Nui, año 2010, dando una entrevista para la TV local sobre el documental Matua Pua'a He Ora Ra'a estrenado esa noche en la fiesta de la Tapati Rapanui. En estos largos años he participado en cada visita a la isla de alguna instancia con los medios locales donde he expuesto mis puntos de vista y avances de investigación. El Museo siempre ha sido un aliado indiscutible en esta labor.



CERTIFICADO.-

IVAN A. SEPULVEDA CID, Director del Hospital Hanga Roa, que suscribo **CERTIFICA:**

Que, la Srta. **VALENTINA FAJRELDIN**, Profesora Asistente de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, realizó una interesante charla sobre "Ética de la Investigación con Pueblos Indígenas en Chile: Desafíos y Oportunidades" al personal del establecimiento hospitalario.

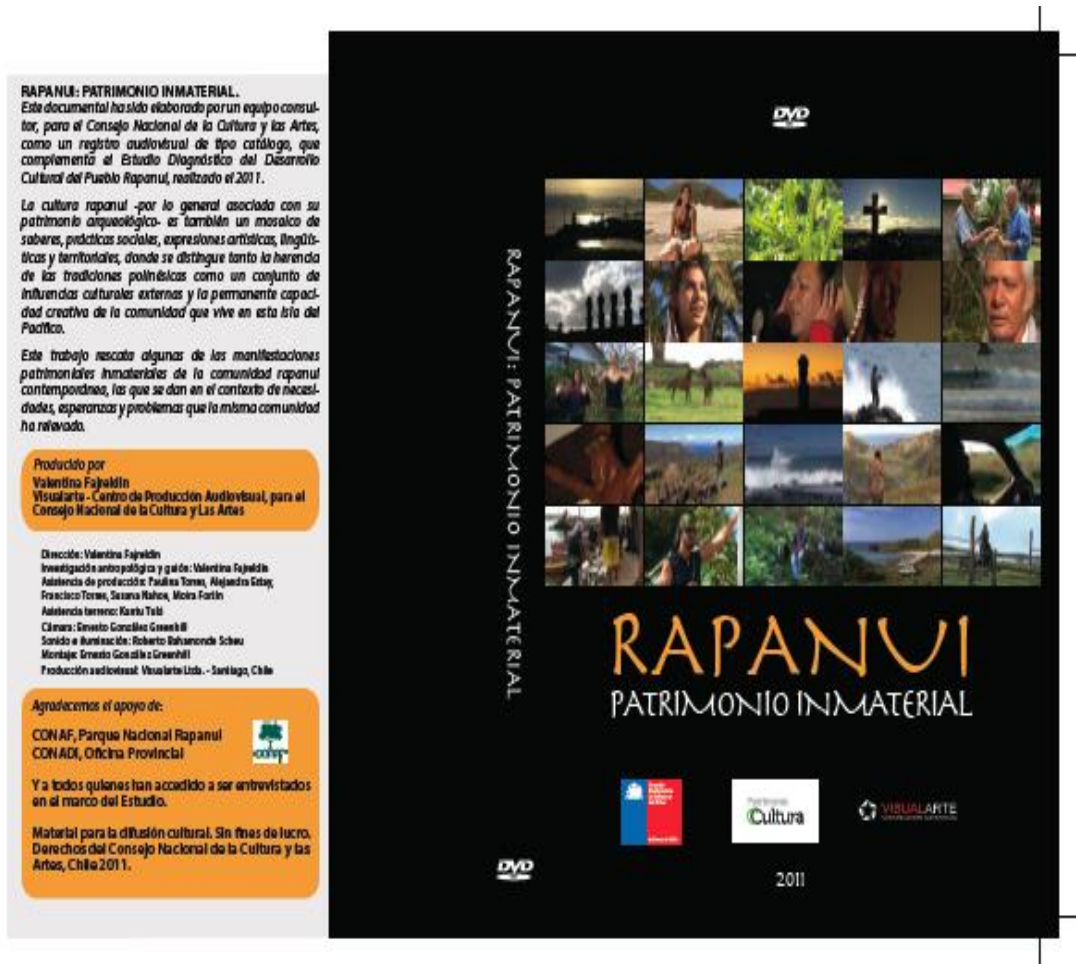
Dicha actividad se realizó el viernes 18 de octubre ppdo. y entre los asistentes hubo un importante número de funcionarios y familiares de personas vinculadas con la etnia rapanui.

Se otorga el presente certificado a la interesada, para los fines que resulten procedentes.



IVAN A. SEPULVEDA CID
Director
HOSPITAL HANGA ROA

Con el Hospital Hanga Roa he desarrollado a lo largo del tiempo una estrecha relación; ofreciendo charlas o presentando resultados de investigación. En la foto, una charla sobre temas de ética de investigación a la que asistieron miembros del equipo de salud. El tema de la ética no ha logrado posicionarse como relevante dentro del quehacer del hospital. En otras ocasiones las charlas han sido abiertas a la comunidad y hemos tenido a disposición el auditorio del HHR por ser uno de los mejores lugares de la isla para ofrecer una conferencia hacia la comunidad.



Carátula del DVD Rapanui Patrimonio inmaterial (disponible en internet); catálogo visual de manifestaciones patrimoniales inmateriales en riesgo según el equipo consultor del Estudio Diagnóstico del Desarrollo Cultural del Pueblo rapanui; licitado por el Consejo Nacional de la Cultura y las Artes 2011 y que me adjudiqué. El patrimonio inmaterial ha comenzado a ser relevado desde organismos del Estado en función de los relevamientos internacionales de UNESCO y otros organismos; efectuando interesantes movimientos culturales en torno de la "cultura viva" de Rapa Nui.

The screenshot shows the website of the University of Chile. At the top, there is a navigation bar with the university's name and logo, and a menu with options like 'Postulantes', 'Estudiantes', 'Académicos', 'Fondo de Fomento', and 'Egresados'. Below this is a secondary menu with 'ADMISIÓN', 'CARRERAS', 'POSTGRADOS', 'INVESTIGACIÓN', 'EXTENSIÓN', 'BIBLIOTECAS', and 'LA UNIVERSIDAD'. The main content area is titled 'AGENDA DE ACTIVIDADES' and features a search bar and a calendar for May 2021. The event 'Exhibición de Documental "Te Matua Pu'a He Ora' Ra a"' is highlighted. The event details include the date (Friday, July 9, 2011), time (13:00 hrs.), and location (Isla Magna Odontología, Olivos 945, Independencia, Santiago, Chile). A map of the location is provided. The event description discusses the medicinal plant Matua Pu'a, its cultural significance in Rapa Nui, and the documentary's focus on its use and cultural heritage. The text mentions that the documentary is a record of research from the past decade, aimed at a broader public audience, and seeks to highlight the cultural richness of Rapa Nui, including its medicinal and gastronomic traditions, and the need for greater recognition of its cultural heritage.

Como parte de mis actividades académicas en la Universidad de Chile, el documental Matua Pua'a fue exhibido varias veces en distintos escenarios de la Universidad y de mi propia Facultad de Odontología; era la primera vez que se hablaba en el continente de esta planta medicinal y de esta dimensión desconocida de la cultura rapanui contemporánea; ya que la mayor parte de los chilenos y chilenas poseen un imaginario estereotipado de la isla vinculado con los moai y las danzas. En efecto, uno de los objetivos declarados de este documental fue poner en contacto el tema con la comunidad nacional.

ANEXO 3. Minuta celebración Ley 16-441 de 1966.



Ley N°16441 a 50 años de su promulgación

Rapa Nui, localizada a 27° 09" de Latitud Sur, 109° 26" de Longitud Oeste, a la altura del puerto de Caldera, constituye la más oriental de las Islas de la Polinesia.

El 09 de septiembre de 1888, en ceremonia presidida por el Capitán de Corbeta Polcarpo Toro, junto con izarse el pabellón nacional se leyó el acta en que se estableció la soberanía plena y sin reservas de Chile en Isla de Pascua. Posteriormente, en 1916 fue incorporada a la jurisdicción chilena anexándose en calidad de Subdelegación al Departamento de Valparaíso y en 1966 con la dictación de la Ley N° 16441 pasó a formar parte del Departamento de la Provincia de Valparaíso ascendiendo en el año 1982 a la categoría de Provincia de la V Región.

La posesión de la Isla merece especial mención, pues de su inicial localización de alejamiento de las principales vías marítimas, hoy se encuentra ubicada en medio de las rutas transpacíficas, representando la posición chilena más avanzada para proyectarse en el Océano Pacífico, acercándonos en dos mil millas a la ribera asiática y por tanto, facilitando todas las actividades que se desarrollen en las aguas del Pacífico.

También hay que destacar que por su solitaria ubicación en el centro del Pacífico Sur Oriental, Pascua es un lugar privilegiado para la observación de fenómenos del medio ambiente, tales como el sistema de alarmas de tsunamis, detección de desechos radioactivos, como consecuencia de explosiones nucleares en la Polinesia, o el fenómeno oceanográfico de "El Niño", todos los cuales concitan el interés mundial en la búsqueda de instancias de detección temprana tendiente a contrarrestar los desastrosos efectos socioeconómicos que estos eventos ocasionan.

En la actualidad, el creciente interés científico multidisciplinario que Pascua conlleva y su estratégica localización geográfica hacen de esta avanzada en el Pacífico un área de desarrollo y oportunidades para Chile en el campo de la cooperación tecnológica internacional al tiempo de representar un polo turístico de dimensiones globales.

I. Alcance y contenido de la Ley N° 16441

El 01 de marzo de 1966 es publicada la Ley N° 16441 que crea el Departamento de Isla de Pascua. Por medio del artículo 1° se establece el departamento de Isla de Pascua, en la provincia de Valparaíso, con capital Hanga Roa y comprendiendo los territorios de las Islas de Pascua y de Salá y Gómez.

La mencionada ley en sus artículos 4° y 6° establece la creación de la Municipalidad de Isla de Pascua y del Juzgado de Letras de Mayor Cuantía, respectivamente.

Para fines electorales, el primer artículo señala que para la elección de Diputados, el departamento de Isla de Pascua integraría la Circunscripción Departamental de Valparaíso y Quillota. El padrón electoral sería confeccionado por el oficial del Registro Civil, remitiéndolo

anualmente y por medio de comunicación marítima o aérea a la Dirección del Registro Electoral¹.

Considerando el riquísimo acervo cultural de la Isla, el artículo 43^o determina que sólo el Presidente de la República por Decreto fundado, podrá autorizar la extracción, fuera del territorio nacional, de partes de edificios o ruinas históricas, objetos o piezas antropo-arqueológicas o de formación natural que existen bajo o sobre la superficie y cuya conservación interese a la ciencia, a la historia o al arte. También se norma la decisión presidencial sobre bienes, monumentos, objetos, piezas, libros o documentos privados o públicos que por su carácter histórico o artístico deban conservarse en museos, archivos o permanecer en algún sitio público a título conmemorativo o expositivo.

El Presidente de la República estará facultado para otorgar a personas naturales chilenas títulos de dominio en los territorios fiscales urbanos de la Isla de Pascua bajo a ciertas condicionantes específicas en el artículo 38^o de la ley.

En materia tributaria, el artículo 41^o expresa que los bienes situados en el departamento de la Isla y las rentas que provengan de ellos o de actividades desarrolladas en él, estarán exentos de toda clase de Impuestos o contribuciones y de los demás gravámenes que establezca la legislación actual o futura.

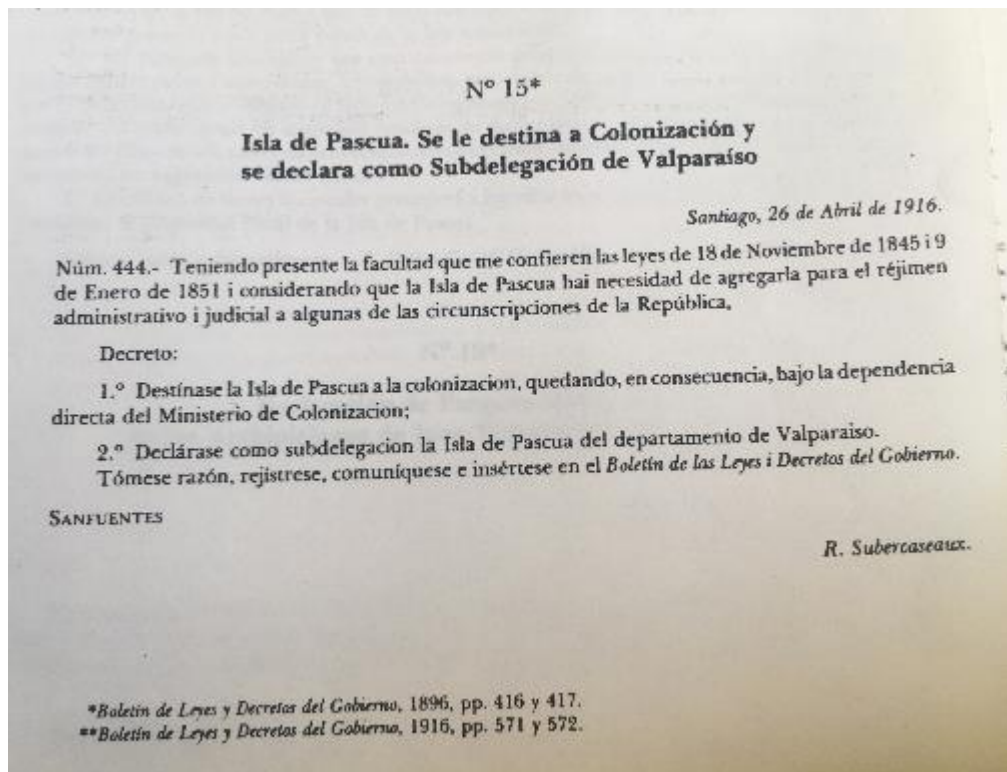
Por su parte el artículo 51^o determina que las sumas destinadas a obras fiscales en Isla de Pascua en virtud de la presente ley y de las que en el futuro se dicten, no ingresarán a Rentas Generales de la Nación al término del Año Presupuestario, pudiendo girarse con cargo a la cuenta de reserva que se abra, con posterioridad al término de este.

La Ley 16441 conocida como Ley Pascua además reglamenta la situación de los empleados y obreros fiscales o de Instituciones, organismos o empresas fiscales o de administración autónoma del Estado que sean destinados a prestar servicios en la Isla, gozará de una gratificación de zona de un 200% sobre las remuneraciones totales asignadas a sus funciones. Este beneficio también se hace extensivo al personal a contrata.

Al cumplirse 50 años de su promulgación la Ley N^o 16441 ha marcado una ascendente ruta en el perfeccionamiento administrativo de Isla de Pascua estableciendo derechos y beneficios para los habitantes de esa remota posesión chilena.

¹ Ley Pascua N^o 16441, artículo 29.

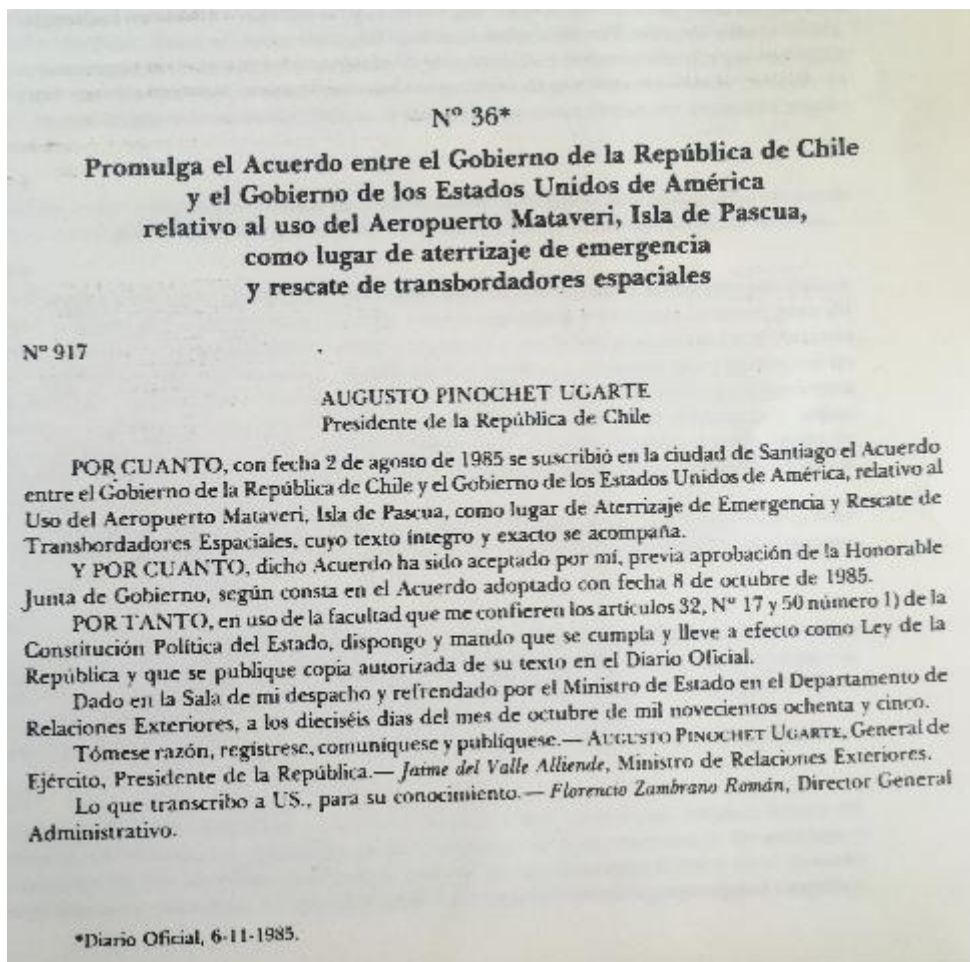
ANEXO 4. Isla de Pascua se destina a la Colonización, 1916



Rapa Nui fue pensada como territorio colonial desde el inicio de sus relaciones con Chile. El país en una política expansionista de sus territorios se encontraba en el mismo periodo intentando dibujar sus fronteras y límites con los recursos que el poder le permitiera; para el caso del extremo sur de Chile y de Rapa Nui el poder significó la instalación —o el *lessez faire* del estado— de empresas de ganadería extranjeras que efectivamente ocuparan el territorio y lo volvieran productivo. Con el pueblo mapuche, instalado en el centro de su territorio “nacional”, la política fue y sigue siendo de ocupación económica productiva para los grandes capitales de la aristocracia chilena. Esta destinación de Rapa Nui a la colonización se acompaña desde temprano de su jurisdicción en Valparaíso obviamente motivada por ser el lugar de primacía del poder naval con el cual la isla se entiende desde Chile.

Fuente: Ramírez, 1931

ANEXO 5. Acuerdo entre Gobierno de Chile y de EE.UU. por uso del aeropuerto Mataverí, 1985



El Gobierno Militar de Pinochet entendió a Rapa Nui dentro de una lógica estratégica por su situación en el Pacífico y estableció una serie de medidas internas de carácter desarrollista bajo una lógica nacionalista (creación de instituciones e infraestructura) y no colectiva (repartición de tierras de carácter individual). En el ámbito internacional este acuerdo con Estados Unidos para el uso de su aeropuerto da cuenta de un nuevo intento del gobierno chileno por vincularse a la lógica de la Guerras Fría con la potencia "amiga" -el primero lo había desarrollado el gobierno de E. Frei en los años 60. Dentro de la lógica "inclusiva" de estas medidas, la persona misma del presidente Pinochet "ordena" instalar un nuevo hospital el año 1976 bajo la lógica de un *hospital de campaña armable*, que sólo será reemplazado más de 30 años después por el Estado.

Fuente. Ramírez, 1931

ANEXO 6. Bachelet es acompañada en sus giras por el Pacífico por una delegación de baile rapanui en la década del 2000.



Fotos: gentileza de la gestora cultural continental residente en la isla Sofía Abarca Fariña, Rapa Nui.

ANEXO 7. Nociones de enfermedad "pascuense" y "de afuera", etnografía año 1999

Fuente: Fajreldin, 2002. Tesis de pregrado La Medicina Herbolaria de Isla de Pascua. Acercamiento antropológico a la cultura médico-política en Rapanui (reproducción textual).

Podemos suponer que la aparición de una conceptualización de la enfermedad como fenómeno separado de la realidad mágico-religiosa es fruto de la introducción de enfermedades dentro de la isla, desde el inicio de los contactos interculturales en la mitad del siglo XIX. Particularmente, de la entrada de enfermedades infecto contagiosas, producto del contacto con los extranjeros y la distorsión de las formas de vida, evolucionando su presencia en razón del contexto del contacto. La medicina tradicional rapanui consideraba también estados de malestar y prácticas en el ámbito naturalístico, pero el impacto de la enfermedad contagiosa perturba las concepciones sobre la enfermedad y obliga a iniciarse en una búsqueda desesperada de "remedio".

Hoy la comunidad distingue entre "enfermedades isleñas" y "enfermedades de afuera". Las generaciones más antiguas que hemos entrevistado son apenas nietos o bisnietos de los rapanuis que viven la experiencia de la esclavitud en Perú y el éxodo a Polinesia; todos ellos eran niños para las primeras décadas del siglo XX, es decir, al inicio de la etapa de explotación ganadera, y la exposición permanente a la llegada de barcos, entre otros, y han vivido personalmente la dura historia que narran y que en parte rescatamos en este trabajo.

Además de este universo de ancianos-testigos de la historia, toda la comunidad comparte un sentir-conocer acerca de lo extranjera de las enfermedades, llegando a decirse, de manera recurrente que "antes no nos enfermábamos nunca, antes no hay enfermedad". Pese a las falencias, a las carencias, al sufrimiento de antaño, la isla era un lugar donde había riqueza de alimentos que –redundantemente- alimentaban y no hacían daño, y había menos enfermedades. Esta noción no tiene demasiado asiento en la realidad de finales del siglo XIX y durante el XX, y la percepción de "antiguamente" se confunde con tiempos anteriores; esta percepción se confunde a la vez con un deseo hacia atrás de salud y "pureza" que confiere identidad y se relaciona con lo político y la necesidad de culpabilización del otro.

Enfermedades "pascuenses"

Hoy le es posible a la comunidad rapanui, según hemos conocido sorprendentemente en terreno, el conceptualizar como "pascuenses" o "isleñas" algunas enfermedades producto de la entrada del mundo, identificando "esos tiempos", particularmente la infancia de los informantes, con el "antes". Entre estas, encontramos a varios tipos de resfríos ya isleños, o algunas enfermedades de la piel, como las muy recurrentes alusiones a furúnculos y otros excemas.

También son isleñas los estados derivados de actividades tradicionales tales como el "ir a sacar camote a la parcela" con su consecuencia de dolores "de espalda, reumáticos, lumbago, esas cosas", o el "ir a sacar pipi" a la costa, con su consecuencia de "enfriamiento", entre otras. O existe también una recurrente alusión a las "hemorragias" en las mujeres ya sea como producto de un exceso de flujo durante la menstruación, u otras veces también como un problema derivado de violación de tabúes sexuales y de comportamiento –como veremos más adelante-, en cuyo caso no son émicamente enfermedad.

Pero también son "isleñas" aquellas que han acompañado "tradicionalmente" a los rapanuis y que pueden identificarse como "antiguas". El discurso de la gente las señala así, y no necesariamente debemos pensar que todas son pre contacto.

La comunidad se refiere de manera recurrente a un estado denominado "Hahara'rá". Se trata de una fiebre aftosa bucal que afecta a la población infantil. Marama (rapanui, 28 años) lo explica así "cuando se le llena de granitos todo adentro, hasta la garganta, aquí le decimos Hahara'ra'. No podía comer nada, lloraba, le dolía, hace como dos semanas atrás, como alergia adentro".

Otra enfermedad isleña es el conocido como "Kino" que se relaciona con un concepto etiológico ligado a la transgresión de lugar y por tanto no es conceptualizado émicamente como enfermedad. Sin embargo existe en la isla la posibilidad de denominar de igual forma a otra manifestación cutánea, aparentemente de origen natural, consistente en "motas blancas". La gente alude a este como una "peste" que puede "pegarse" a otro por usar la ropa del enfermo "cuando el material es muy fuerte, de esa persona porque si es débil no se alcanza a pegar", según nos dice un joven (rapanui, 33 años).

Benedicto (rapanui, 63 años) aclara la diferencia entre ambos "kino", poniendo el acento en el carácter "genético" de este último: "ese caso de esa enfermedad parte genética y otro que sale aquí en el pie. En Isla de Pascua hay un lugar sagrado, tú no puedes... se rompe tu pie, se abre así, ese lugar Tahai. Ya, el caso del Kino por fuera, sale una mancha y es de la familia. Ya, si tú vas a poner ropa de ellos se afecta, ya, pero hay alguna persona que pone la ropa de ello y no se afecta, porque es genético (...) todo el tiempo puede pasar" (época del año).

El asma o "mare" ha sido una de las enfermedades con mayor tradición en la isla. Pese a estar mayormente asociada a la transgresión es conceptualizada como enfermedad casi siempre, aunque el discurso isleño señala el carácter crónico de la misma.

Su presencia se atribuye principalmente a un factor que involucra el transgredir el tabú (impuesto por Hotu Matu'a) sobre el consumo de ciertos pescados de altamar, a saber Atún, Paratoti, Toremo, y otros varios, durante ellos meses de otoño-invierno isleño (abril a octubre). El asma puede asimismo, ser producto del consumo de otros elementos marinos extraídos de ciertos lugares: "pero lo que tiene que cuidar uno son los 'pure"

⁵⁴⁶ Ya, hay ciertos varaderos donde no se debe sacar, por ejemplo abí, un poquito más allá cerca del cementerio (...) no puede comer, si no se va a dar asma. Igual que en Hanga Oteo. Y abí en Pokopoko, si saca pure de abí no hay que comer, puede tener asma uno. Puede sacar para hacer collares, pero no para comer, en Hanga Piko", dice la núa Eulalia. La misma núa nos informa acerca del estigma de llevar este mal, "Antes no, si tiene asma usted no lo habla, si le habla es como que estás echando garabato a ellos. Si está enferma esa persona, es asmática, usted no le dice nada, porque no le gusta que le habla porque le molesta (...) así es el asma, da y después queda pa siempre con eso".

Una vez instalada el asma, el isleño deberá cuidar no sólo el no seguir transgrediendo el tabú, sino de otros factores, tales como el que nos explica Rita (rapanui, 35 años) "es el aire también el que no soporta el asmático. Hay vientos que vienen del norte, otros del sur. A cada persona le conviene ese viento o ese. Las personas que se va el viento hacia el norte... abí le da asma". El asma es de los males antiguos, pero es posible incluso que la comunidad encuentre otros tipos de asma, más nuevas. Núa Eulalia nos cuenta "bueno, no sé qué tipo de asma, porque hay asma que da por las plantas, por el viento, el viento norte. Ahora hay muchas personas que tiene asma".

Así, incluso es posible atribuirle además, como hace Gladys (rapanui, 50 años), un origen externo "el Atún en este tiempo da asma, pero cuando come la parte de la cabeza. Hay asma, ahora le están dando por el mismo clima de aquí, años atrás casi me mata el médico por confundir el asma con bronquitis, realmente no sé cómo llegó el asma acá pero según los viejos que eran antiguos, dicen que antiguamente el pescado les daba asma... humanamente yo he seguido comiendo pescado y no tengo asma. Dice que el atún, pero este tiempo, pero si fuera en este tiempo, da en este tiempo y después termina. Ahora el asma lo tienen todos, las guaguas tienen asma y no comen pescado. En el continente hay asma, entonces no es una enfermedad de aquí".

Enfermedades "de Afuera"

Son "de afuera" aquellas que están permanentemente entrando, las contagiosas, o bien, aquellas que resultan claramente identificables como consecuencia del cambio (del nuevo cambio) en las formas de vida, cambio que particularmente se agudiza con la entrada del Chile civil, a partir de la mitad de 1960.

En relación a las primeras, en efecto entran a la isla cada año cantidad de cepas de gripe y otros males del mismo tipo, para las cuales los isleños no poseen defensas. Asimismo, los pascuenses se encuentran expuestos a las muchas enfermedades de la piel derivadas de la entrada indiscriminada de insectos y otros agentes patógenos, como es el caso paradigmático del mosquito conocido como "Nao Nao", que revisaremos después. Una lectura de este fenómeno –el ingreso de enfermedades- desde la cultura, lo señala como una situación preocupante, que muchas veces adquiere características de sicosis colectiva. La comunidad se siente muy vulnerable, y bastante desprotegida, tal como veremos más adelante.

El otro tipo de enfermedad "de afuera" tiene que ver con el cambio en las formas de vida. Y es que, en efecto, existe una profunda convicción, una insistencia a nivel de discurso, en el sentido de señalar que "antiguamente" se vivía mejor.

María Elena (rapanui, 58 años) "Los niños antes están todos sanos, se mueren de viejos. Y no se hacen examen de PAP, ni tiene cáncer... Y los hombres ahora están todos enfermos. Antes la comida era mejor, no se enferma de diabetes. Antes nadie tiene diabetes y ahora están todos diabetes. Hay mucho que no vienen nunca al hospital, nunca, porque cuando se empiezan a sentir que se van a refriar o algo, al tiro empiezan con sus hierbas que le tienen fe, al tiro toma su hierba que tiene fe Cada persona tiene su criterio propio, porque tiene fe."

Ena (rapanui, 42 años) asocia salud de antaño con costumbres más allá de lo puramente alimenticio, aunque incluyendo esto, aludiendo a "otras épocas", de mayor "primitivismo" como mejor a la actual. Nos cuenta: "yo tengo un niño en la casa que es de mi cuñá y ella no lo deja desabrigarse, yo le digo que eso es malo que tenemos que acostumbrar al niño a andar abrigado y desabrigado, con ropa y sin ropa, porque así se va a acostumbrar (...) a nosotros nos acostumbraron así, con puro calzón o calzoncillos, hombre y mujer en el campo, sin zapatos, y no es que no tuviéramos zapatos, aunque eran más que ná pa los desfiles. Ahora hay más enfermedades que antiguamente, porque ahora hay más cosas, hay tragos, droga, comida mala. Antes se comía carne de caballo, que era más sana, y se comía mucho cordero vacuno, esas cosas, sopa, había de todo, porque el ser humano tenía sus animales, de todo. Entonces era más sano comerse una oveja que comerse un paquete de tallarín, porque el tallarín es masa y la masa hace daño al cuerpo (...) hoy en día hay problemas de diabetes, de presión alta, por la mucha sal y el azúcar".

La asociación de la forma de vida moderna y su alimentación, con enfermedades tales como diabetes e hipertensión arterial son comunes. Catalina (rapanui, 56 años) asevera "yo tomaba mucha azúcar, todo el día toma bebida yo. Me toma cuatro bebida al día. El té... con cinco cucharada de azúcar. Puro chocolate, manjar... todo el día. Puras cosas dulces, por eso me vino diabetes".

Cristina (rapanui, 40 años) por su parte asegura: "la diabetes es nueva, en la isla es muy común ahora porque se come mucha carne del conti (...) casi toda la gente se acostumbró a comer carne que traen del conti pero todos saben que es mala, porque tienen mucha cosa química, hormonas (...) pero ná que ver lo que dicen los médicos, que es por comer azúcar que viene la diabetes".

Florencia (rapanui, 60 años) asegura "antes aquí se muere de viejo no más, a los ochenta, noventa, cien años. Ahora la gente se muere joven por tomar vino, toma trago. Desde los años sesenta. Antes se moría de viejo no más, sin enfermedad. Y son sanos, mi mamá sufre de diabetes no más, nada más.(...) mira, la diabetes recién salió en la isla del año 78 pa adelante.

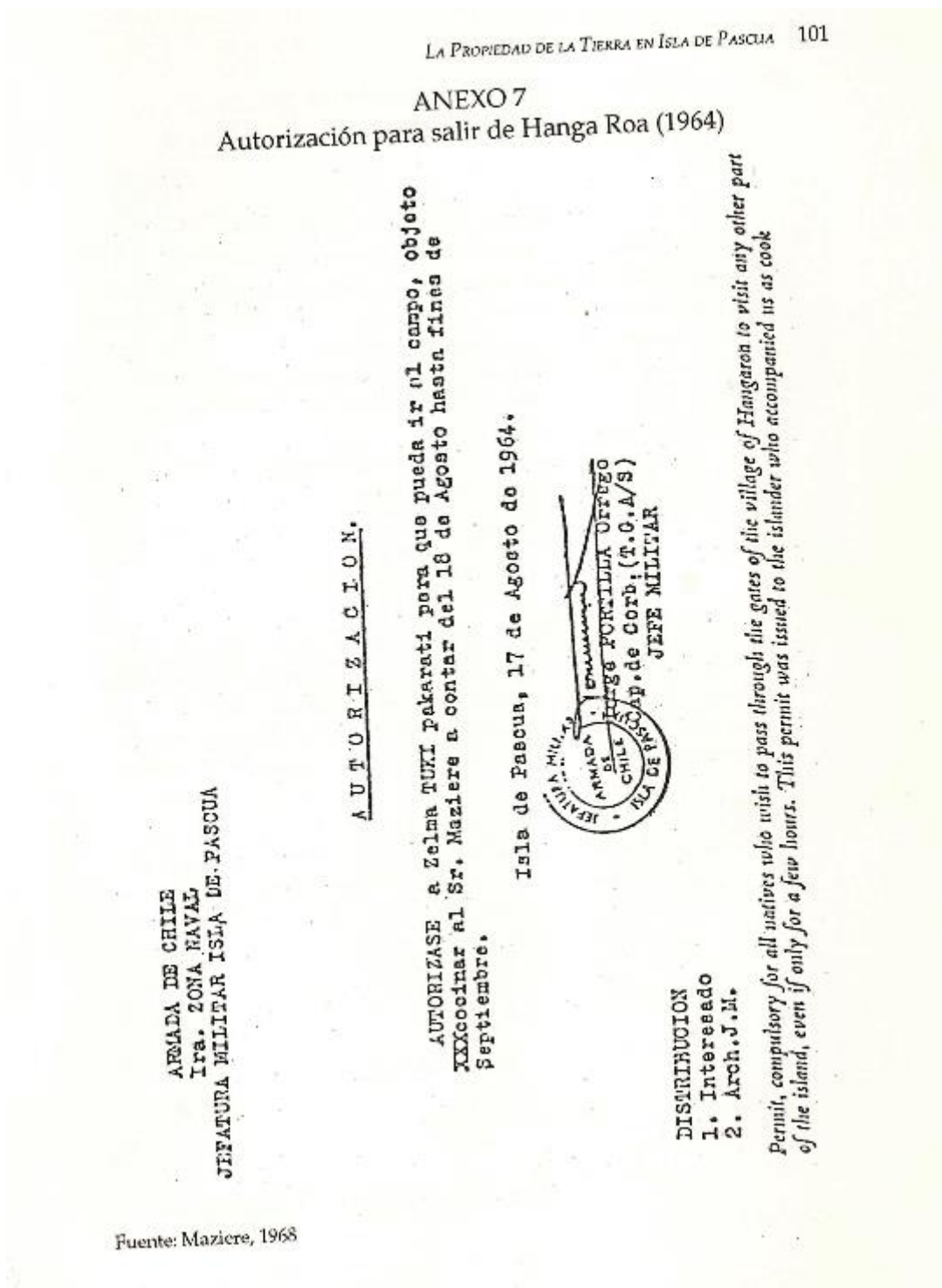
546 Se trata de pequeños moluscos del tipo "quitón".

Pero yo creo que la diabetes uno tiene que cuidar la comida no más, dejar las cosas pesadas. Yo no toma la gente la leche de vaca o le echa agua. Antes no había aquí (...) yo lo que hago para la diabetes es que no como mucha sal, aceite, esas cosas en exceso, todo lo que sea dulce. Lo demás puedo comer, todo lo demás, lechuga, acelga, todo eso puedo comer, todo lo que sea natural, no fabricado, como las conserva, bebidas, esas cosas. Eso me dijo el médico. Yo tomaba pura Coca Cola y desde ese día que me dijo el médico”.

Aunque Hanga Roa pueda parecerle al visitante extranjero un hermoso y sobretodo apacible pueblito, para los isleños se trata de “la ciudad”, que rompe cada día más con la idea de vida tranquila y natural que se aspira a llevar. Para la comunidad, y ello lo hemos notado recurrentemente, no es sólo el cambio alimentario la causa de estas enfermedades modernas, es también la forma de vida, la urbanización y los problemas asociados a ella.

Catalina nos insiste en que una de las causas de la presión alta que ahora padece es la forma de vida “agitada” que se lleva en el pueblo, por lo cual, además de medicarse con algunas hierbas “también descansar... ir al campo a descansar unos días. Ya estoy aburrida aquí en el pueblo, mucho ruido... sube la presión”.

ANEXO 8. Autorización para salir de Hanga Roa, 1964



Fuente: Rocha, 1996

PASE N° 18/1965

Paseo Paramel Campo: Volcán
Antonia, María Isabel y

Nombre: Mariana PATE con: Jacinto PATE.-


Motivo del Permiso: Paseo.-

Duración del Permiso: UN DIA (1º Febrero 1965)

Isla de Pascoe, 1º de FEBRERO de 1965.-

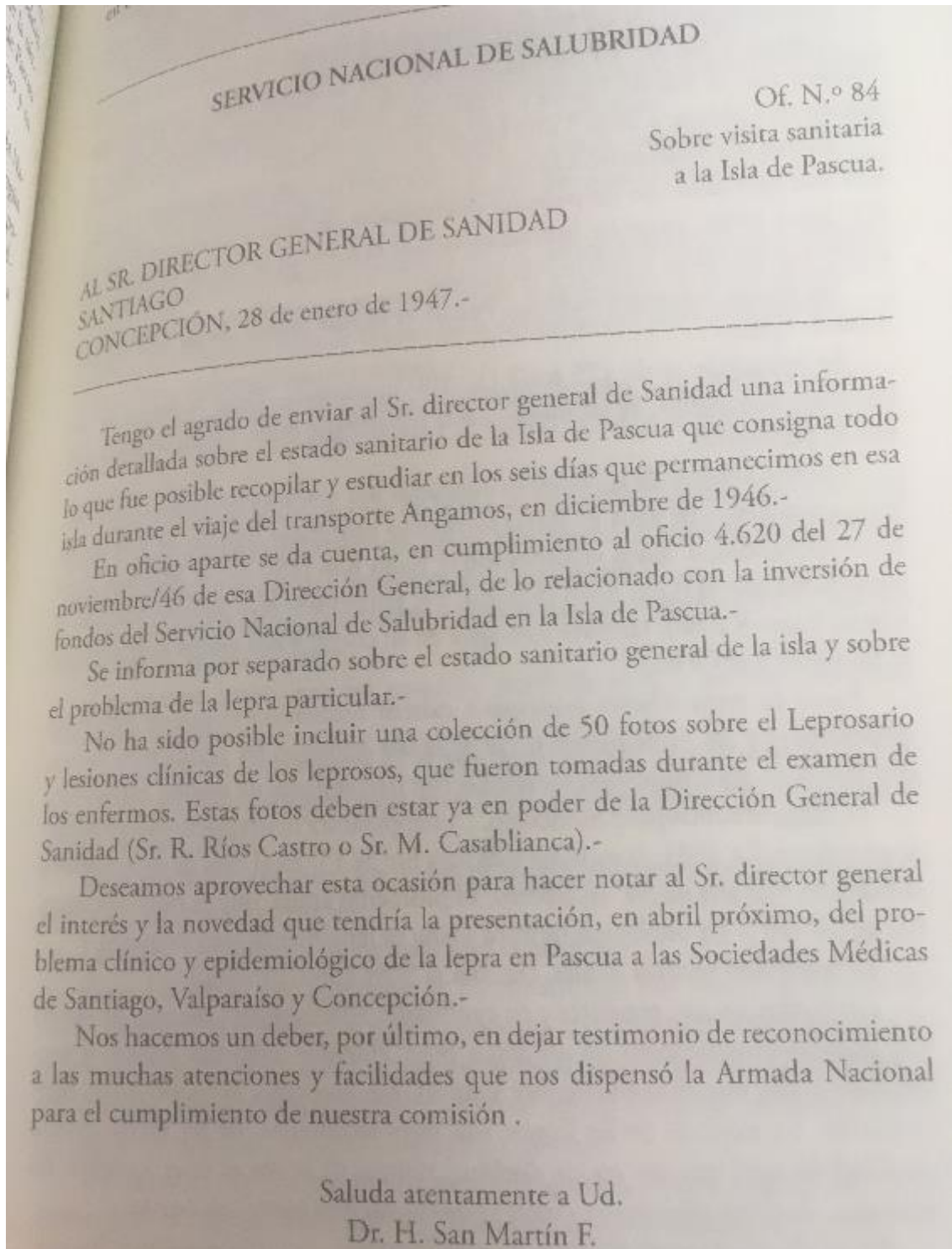
J. G. G.

JORGE PORTILLA OREGO
Cep. de Cordoba (RS)
COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS EN PASCUA



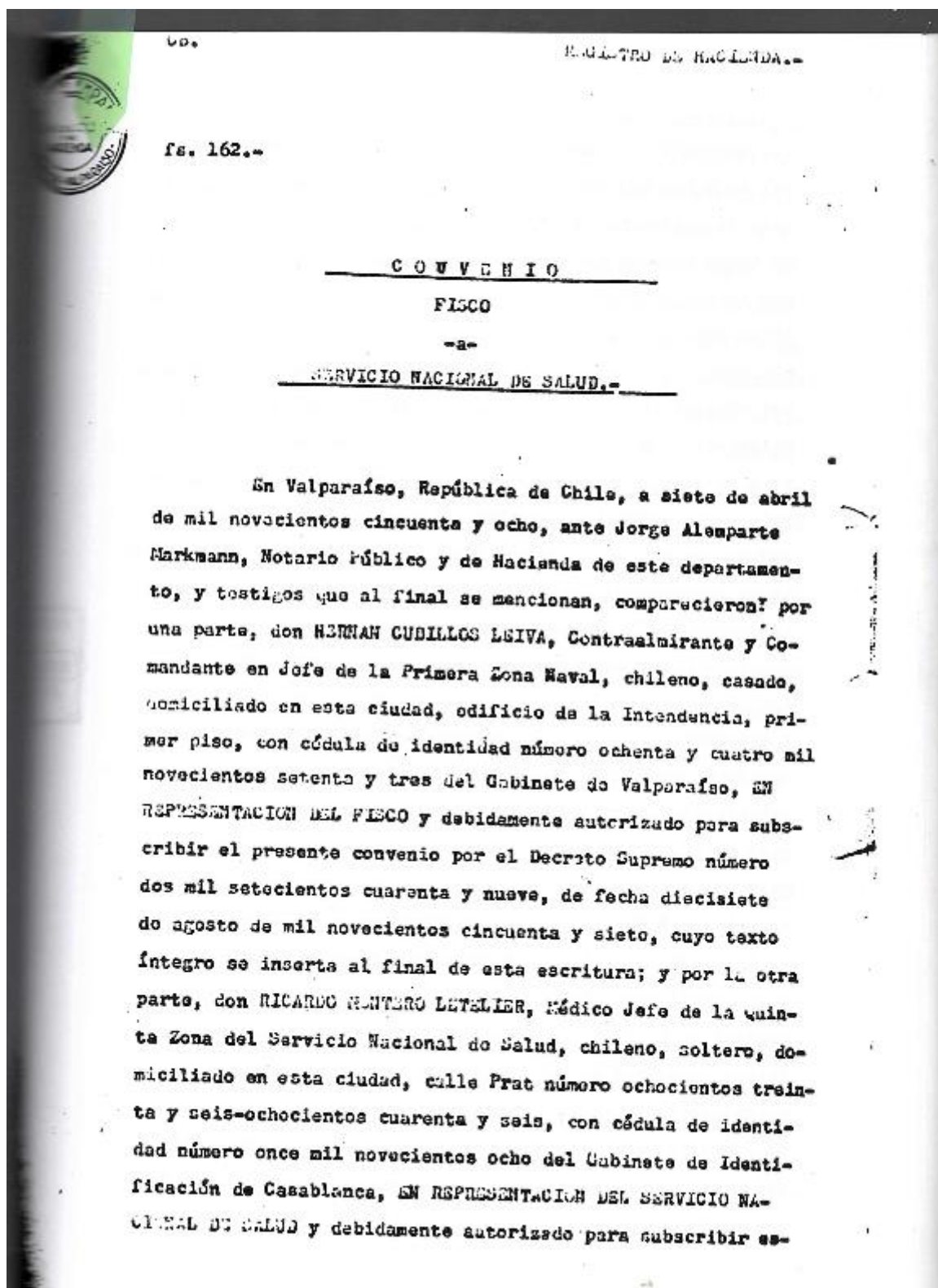
Fuente, Duffin, 2019

ANEXO 9. Documento Informe Inspección sanitaria Isla de Pascua a nombre de Dirección General de Sanidad 1947



Fuente Foerster y Montecino, 2018

ANEXO 10. Convenio Fisco (Armada) y Servicio Nacional de Salud (SNS) año 1958



te convenio, por Decreto Interno del señor Director General de Salud número cuarenta y dos mil doscientos uno, de once de diciembre de mil novecientos cincuenta y siete, cuyo texto íntegro se inserta al final de esta escritura; ambos comparecientes mayores de edad, que acreditaron su identidad personal con sus respectivas cédulas anotadas, y expusieron que vienen en celebrar un convenio sobre prestaciones médicas en la Isla de Pascua, sujeto a las cláusulas siguientes: PRIMERA .-- El Fisco -Armada-, se obliga:

- a) A prestar, por intermedio de la Dirección de Sanidad Naval, atención médica curativa, lo más completa posible, dentro de sus medios, a la totalidad de los habitantes de la Isla de Pascua; b) A mantener en la Isla, dentro de la limitación indicada, acciones de fomento y protección de la salud equivalentes a los programas que para tal efecto elaboren los organismos técnicos del Servicio Nacional de Salud; c) A mantener en la Isla una campaña permanente para la erradicación de la lepra.- Al efecto, la Dirección de Sanidad Naval elaborará programas anuales y los someterá a la aprobación del Servicio Nacional de Salud; d) A proporcionar al Servicio Nacional de Salud todas las informaciones y datos estadísticos que éste requiera sobre la labor médica desarrollada en la Isla; e) A destinar la suma de un millón de pesos anual como minimum, proveniente de la explotación comercial de la Isla, para reemplazar el actual Hospital de Pascua, que se hará de acuerdo con los programas y planes elaborados por los organismos técnicos del Servicio Nacional de Salud y de la Armada, y para construir un pabellón de(asila) aislamiento; f) A mantener el Leprosario con la capacidad y dotación que tiene actualmente; g) A proveer



el personal técnico auxiliar necesario,- un Practicante, un Médico Dental, y dos Enfermeros,- así como el personal de religiosas, auxiliares de los Servicios para la atención del Hospital, Leprosario y Pabellón de Aislamiento; S E - G U X D A .-- El Servicio Nacional de Salud se obliga: a) A contratar con cuatro horas funcionarias, más una asignación del treinta por ciento del sueldo base, según el artículo once letra a) de la Ley diez mil doscientos veintitrés; más el veinte por ciento, según la letra c) del mismo artículo, por desempeñarse en especialidad peligrosa; y más el cien por ciento de gratificación de Zona al Médico y Dentista que la Armada proponga para la atención médico dental en la Isla; b) A poner a disposición del Fisco,- Armada,- el cargo de una matrona o de una enfermera universitaria con cien por ciento de asignación de zona; c) A habilitar el nuevo hospital y el pabellón de aislamiento, una vez que se construyan, con todos los elementos que se requieran según los informes de los organismos técnicos del Servicio Nacional de Salud y de la Armada; El Hospital y el Pabellón de Aislamiento serán de propiedad del Fisco,- Armada,- y los elementos aportados por el Servicio Nacional de Salud serán de dominio de éste; d) A proporcionar mientras se terminen las construcciones proyectadas, los equipos y elementos de dotación que, de común acuerdo por las partes, se estimen indispensables para la buena atención de los enfermos; e) A entregar a la Dirección de Sanidad Naval las cantidades de drogas antileprosas que se le soliciten, incluyendo las que se encuentran en vías de experimentación; f) A asesorar a la Dirección de Sanidad Naval en el estudio de todos los problemas relacionados con acciones de protección, fomen-


to y reparación de la salud que interesa a la Isla de Pascua.-- T E R C E R A ,-- El aprovisionamiento del material sanitario,- material terapéutico y armamento médico,- será estudiado y determinado anualmente por los organismos técnicos del Servicio Nacional de Salud y de la Dirección de Sanidad Naval y prorrateado por partes iguales entre las partes contratantes de acuerdo con sus posibilidades.---

C U A R T A .-- El médico residente en la Isla tendrá en forma delegada, las atribuciones que la legislación vigente establece para la Autoridad Sanitaria.-- Q U I N T A .-- Si en la Isla de Pascua hubiese imponentes del Servicio de Seguro Social, u otros beneficiarios de la Ley diez mil trescientos ochenta y tres, el Servicio Nacional de Salud se hará cargo de los subsidios y auxilios de lactancia que corresponda a los imponentes de dicha Ley,- Artículo cincuenta y nueve, letra b) de la Ley diez mil trescientos ochenta y tres.-- S E X T A .-- Cualquiera dificultad que se presente en la aplicación de este convenio, se estudiará en reunión conjunta del Director de Sanidad Naval con el Jefe de la Zona de Salud de Valparaíso. ~~X~~ LA PERSONERIA del señor Ricardo Montero Letelier, para comparecer en esta escritura en representación del Servicio Nacional de Salud, consta del siguiente Decreto Interno de dicho Servicio: " Departamento Jurídico.- Ars/abc.- Sección Bienes.- cuatro-III-cincuenta y siete.-- Decreto Interno número cuarenta y dos mil doscientos uno.--- Santiago, once de diciembre de mil novecientos cincuenta y siete.-- Vistos los antecedentes, el acuerdo número seiscientos treinta y ocho, adoptado en sesión número trescientos treinta y ocho, de treinta de octubre de mil novecientos cincuenta y siete, del Honorable Consejo Na-



cional de Salud y lo dispuesto en la letra f), artículo setenta y dos, de la Ley número diez mil trescientos ochenta y tres, DECRETO: Uno.- Delégase en el doctor Ricardo Montero Letelier, Jefe V Zona- Valparaíso, del Servicio Nacional de Salud, la facultad de representar al Director General en la suscripción del Convenio Prestaciones Médicas en la Isla de Pascua con la Armada Nacional, en cumplimiento del acuerdo número seiscientos treinta y ocho, adoptado en sesión número trescientos treinta y ocho, de treinta de octubre de mil novecientos cincuenta y siete, del Honorable Consejo Nacional de Salud.-- Dos.-- El Doctor Montero deberá dar cuenta a esta Dirección General del cumplimiento de esta Delegación; enviará copia autorizada del Convenio suscrito, como asimismo, remitirá toda la documentación que forma este expediente.-- Comuníquese.-- Guillermo Valenzuela Lavín, Director General de Salud.-- Lo que me permito transcribir a Ud. para su conocimiento y fines consiguientes.-- Saluda atentamente a Ud.-- Fdo.: Ministro de F.^o.-- Oficina de Partes."--- LA PERSONERIA del Contraalmirante don Hernán Cubillos Leiva, para comparecer en esta escritura, consta del Decreto Supremo número cuatro mil setenta y ocho de veintiocho de diciembre de mil novecientos cincuenta y siete, que lo designó Comandante en Jefe de la Primera Zona Naval, y del Decreto Supremo número dos mil setecientos cuarenta y ocho de diecisiete de agosto de mil novecientos cincuenta y siete, que lo autorizó para suscribir este Convenio y que es del tenor siguiente: " República de Chile.-- Ministerio de Defensa Nacional.-- Subsecretaría de Marina.-- Número dos mil setecientos cuarenta y nueve.-- Santiago, diecisiete de agosto de mil novecientos cincuenta y siete.- Su

Excelencia decretó hoy lo que sigue: Vistos: A) Que actual-
mente la Isla de Pascua depende, tanto para sus fines mili-
tares como para los efectos de su explotación comercial,
de la Armada Nacional - concretamente de la Comandancia en
Jefe de la Primera Zona Naval - en virtud de lo dispuesto
en el Decreto Supremo número dos mil quinientos dieciocho
de siete de septiembre de mil novecientos cincuenta y cinco
y en el Decreto C.J.A. Confidencial número setecientos ce-
ce Varios, de fecha veintinueve del mismo mes y año; B)
que con tal motivo la Armada se ha visto en la necesidad de
abocarse al estudio del problema médico y sanitario de la
Isla, y ha llegado a la conclusión de que la atención médi-
ca y sanitaria de dicha porción de nuestro territorio nacio-
nal, que cuenta en la actualidad con una población cercana
a los mil habitantes - que va en aumento progresivo desde
hace diez años - y que involucra el serio y complejo proble-
ma de la Lucha Anti-Leprosa, representa una labor cuya res-
ponsabilidad integral y requerimientos de personal y mate-
rial, rebalsa con mucho la esfera de acción y las disponibi-
lidades del Servicio de Sanidad Naval, cuya misión fundamen-
tal y específica es la atención de la salud del personal
de la Armada y familiares, destacados en la Isla, de otra
parte, la distancia y la carencia de medios de movilización
e incluso de comunicaciones, imposibilita al Servicio Nacio-
nal de Salud para atender debidamente a su función orgánica
de preservación y fomento de la salud de ese aislado pero
importante grupo de personas que habitan en Pascua; C) que
por tales razones se hace necesario la celebración de un
Convenio, que reglamente y permita anar los elementos y ac-
tividades del Fisco,- Armada- y del Servicio Nacional de Sa-



lud, para la mejor atención médico-sanitaria de la Isla de Pascua; D) Que en relación con las necesidades de edificación, renovación, reparación o ampliación de locales, así como de las instalaciones correspondientes, se ha estimado que significando gastos sensiblemente iguales los de edificación, por una parte, y los de habilitación y alhajamiento, por otra, resulta conveniente asignar la labor de edificación al Fisco,- Armada,- y la de habilitación al Servicio Nacional de Salud.-- En cuanto al aprovisionamiento anual, tanto de consumos como de material, se distribuiría, previa valorización, proporcionalmente entre ambas partes, y teniendo presente lo expresado por la Comandancia en Jefe de la Armada en su Oficio número dos mil cuarenta y tres de nueve de septiembre de mil novecientos cincuenta y seis, DECRETO: Uno.- Autorízase al Comandante en Jefe de la Primera Zona Naval para que en nombre y representación del Fisco,- Armada,- suscriba con el Servicio Nacional de Salud, un convenio sobre prestaciones médicas en la Isla de Pascua, sujeto a las cláusulas siguientes: Cláusula Primera.-- El Fisco,- Armada,- se obliga: a) A prestar por intermedio de la Dirección de Sanidad Naval, atención médica curativa, lo más completa posible, dentro de sus medios, a la totalidad de los habitantes de la Isla de Pascua; b) A mantener en la Isla, dentro de la limitación indicada, acciones de fomento y protección de la salud equivalentes a los programas que para tal efecto elaboran los organismos técnicos del Servicio Nacional de Salud; c) A mantener en la Isla una campaña permanente para la erradicación de la lepra.- Al efecto, la Dirección de Sanidad Naval elaborará programas anuales y los someterá a la aprobación del Servicio Nacional de Salud; d)

A proporcionar al Servicio Nacional de Salud todas las informaciones y datos estadísticos que éste requiera sobre la labor médica desarrollada en la Isla; e) A destinar la suma de un millón de pesos anual como mínimo, proveniente de la explotación comercial de la Isla, para reemplazar el actual Hospital de Pascua, que se hará de acuerdo con los programas y planes elaborados por los organismos técnicos del Servicio Nacional de Salud y de la Armada, y para construir un pabellón de aislamiento; f) A mantener el Leprosario con la capacidad y dotación que tiene actualmente; g) A proveer el personal técnico auxiliar necesario, - un Practicante, un Mecánico Dental, - y dos Enfermeros, - así como el personal de religiosas, Auxiliares de los Servicios para la atención del Hospital, Leprosario y Pabellón de Aislamiento.

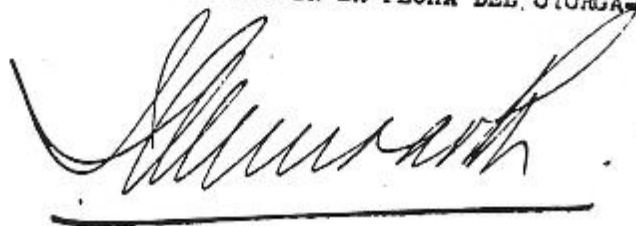
Cláusula Segunda. - El Servicio Nacional de Salud se obliga: a) A contratar con cuatro horas funcionarias; más una asignación del treinta por ciento del sueldo base, según el artículo once, letra a), de la Ley diez mil doscientos veintitrés; más el (tre) veinte por ciento, según la letra c) del mismo artículo, por desempeñarse en especialidad peligrosa; y más el cien por ciento de gratificación de Zona al Médico y Dentista que la Armada proponga para la atención médico dental en la Isla; b) A poner a disposición del Fisco, - Armada, - el cargo de una matrona o de una enfermera universitaria con cien por ciento de asignación de Zona; c) - A habilitar el nuevo hospital y el pabellón de aislamiento, una vez que se construyan, con todos los elementos que se requieran según los informes de los organismos técnicos del Servicio Nacional de Salud y de la Armada. - El Hospital y el Pabellón de Aislamiento de propiedad del Fisco, - Armada, - y

Los elementos aportados por el Servicio Nacional de Salud, serán de dominio de éste; d) A proporcionar mientras se terminan las construcciones proyectadas, los equipos y elementos de dotación que de común acuerdo por las partes, se estimen indispensables para la buena atención de los enfermos; e) A entregar a la Dirección de Sanidad Naval las cantidades de drogas antiloprosas que se le soliciten, incluyendo las que se encuentren en vías de experimentación; f) A asesorar a la Dirección de Sanidad Naval en el estudio de todos los problemas relacionados con acciones de protección, fomento y reparación de la salud que interesa a la Isla de Pascua.-- Cláusula Tercera.-- El aprovisionamiento del material sanitario, material terapéutico y armamento médico, será estudiado y determinado anualmente por los organismos técnicos del Servicio Nacional de Salud y de la Dirección de Sanidad Naval y prorrateado por partes iguales entre las partes contratantes de acuerdo con sus posibilidades.-- Cláusula Cuarta.-- El Médico residente en la Isla, tendrá en forma delegada las atribuciones que la legislación vigente establece para la Autoridad Sanitaria.-- Cláusula quinta.-- Si en la Isla de Pascua hubiese imponentes del Servicio de Seguro Social, u otros beneficios de la Ley diez mil trescientos ochenta y tres, el Servicio Nacional de Salud se hará cargo de los subsidios y auxilios de lactancia que corresponde a los imponentes de dicha Ley,-- Artículo cincuenta y nueve, letra b) de la Ley diez mil trescientos ochenta y tres.-- Cláusula Sexta.-- Cualquiera dificultad que se presente en la aplicación de este Convenio se estudiará en reunión conjunta del Director de Sanidad Naval con el Jefe de la Zona de Salud de Valparaíso.-- Dos.-- El presente decreto, con

las cláusulas del Convenio en él insertadas, deberá ser reducido a escritura pública o privada.- Tómese razón, regístrese y comuníquese.- J.F. O'Ryan O.- A. Barrientos V.- Lo que transcribo a US. para su conocimiento.- Hay firma ilegible."-- CONFORME con la transcripción oficial que he tenido a la vista.-- ASI LO OTORGARON, y en comprobante, previa lectura, firman con los testigos don Carlos Bravo y don Manuel Macaya, empleados, de este domicilio, calle Prat número seiscientos cincuenta y seis, oficina diecisiete, con cédulas de identidad números ciento treinta y tres mil ciento diecinueve y trescientos cincuenta y un mil ochocientos setenta y cinco, respectivamente, de Valparaíso.-- Se pagaron en estampillas colocadas al margen los siguientes impuestos: quince pesos por las Leyes diez mil quinientos doce y doce mil cuatrocientos treinta y nueve pesos por contribución notarial.-- Se da copia.--DOY FE.-- R. Montero L.- H. Cubillos L.- C. Bravo B.- M. Macaya H.- J. Alemparte M.-- Entre paréntesis: "aslla"- "tre"- No valen.- Enmendados: "Contraalmirante"- "universitaria"- Valen.--

CONFORME CON

SU MATRIZ ESTA SEGUNDA COPIA DADA EN LA FECHA DEL OTORGAMIENTO.--



ANEXO 11. Lepra como fantasma del horror, reportaje a Ramón Campbell 1979

BELL BATISTA, RAMON
LAGO, "EL MERCURIO", REVIS-
EL DOMINGO, 7-oct.-1979.

PASCUEMSES ESCLARIFICADOS
También es difícil luchar contra la ac-
ción que asumen las pasiones. Ellos
siempre han tratado de excusar la enfer-
medad. Es difícil que cuando se realiza un
chequeo de la población, aquellos que ex-
perimentan algunas dolencias se oculten en
cielos o en lugares apartados de la isla. Por
eso es probable que el número oficial de en-
fermos que existe actualmente en Pascua
(28 según el informe del Ministerio de Sa-
lud) sea más elevado. Así lo cree el doctor
Campbell, quien en dos oportunidades fue
director del Hospital de Hanga-Roa (1964-
1966 y 1974-1977).

— No diría que hay unos 40 leproso-
s. A mi juicio esa incidencia es muy alta. Es
el diez por ciento de la población. Aunque
en el informe del Ministerio de Salud apor-
tean solo 28, esa muy corriente que esos
casos no reflejan cabalmente el estado de
la enfermedad. Normalmente las perso-
nas que tienen algunas dolencias de la en-
fermedad se niegan a ser examinadas. Se
excusaban.
Esto lo puedo comprobar en varias ocu-

...
— Debi contar de la escasa. Luego
le pedí a la madre que lo llevase al Hospi-
tal para ser curado o tratado, pero
ella no quiso. Entonces lo fui a buscar a su
casa y me refugiaron con el cuento que está-
ba con los abuelos, con la ley o "en el cam-
po". Hasta que una vez lo encontré en un
lugar de escondite: "Mamá, si vienen a bus-
car de nuevo a Rafael, te lo voy a hacer
ver, así colgado de ese árbol...". Ahora no
sé en qué estado.

El doctor Campbell encontró unos 25
leproso que se negaban a aceptar cualquier
clase de curación o tratamiento.

Sobre el número de personas que per-
manecen en el sanatorio ("Colonia Agri-
cola", como se llama hoy), también existe
discrepancia.

Telefónicamente el actual director del
Hospital de Hanga-Roa, doctor Carlos de la
Barrera, replica:

— En el sanatorio viven seis per-
sonas. Pero no están en condiciones de sa-
lud. Algunos sufren de fiebres y
otros quieren estar ahí porque han trabado
siempre la mano. Los enfermos se in-
tegraron a la comunidad. A estos años,
cada cierto tiempo se les hace un examen
para saber si sus defectos. Hasta ahora
no han desarrollado serlo.

Son distintas las informaciones que tie-
ne el doctor Campbell. Constantemente reci-
be en su casa de Quilón cartas que le envía
uno de esos enfermos. Por eso sabe que
algunos viven en el leproso y otros
con lesiones graves, algunos de los cuales
siguen a la vida

7 DE OCTUBRE DE 1979
Reportaje del Dr. Cruz p.13

RAMON CAMPBELL. En sus oportunidades director
del Hospital de Hanga-Roa. Confirma
recrudescencia de la lepra.



ISLA...
 y uno de los cuales
está invalido. De esos, todos son hombres
entre 25 y 35 años.
Los demás, aunque viven en sus casas,
no comparan con nadie ni se atreven a salir
a la calle. Tienen deformaciones en el tron-
co, la nariz y le han debido amputar algún
miembro.

A OJOS CERRADOS
Tratamiento largo y de rigurosa con-
tinuidad se necesita para sanar la lepra. El
bacilo de Hansen, que la provoca, es rebel-
de y tenaz. Puede permanecer en el
cuerpo hasta cinco años sin manifestarse.
Solo entonces irrupción haciéndose notar
con graves dolencias en la piel.
Pero el tratamiento tiene que durar
cuando se cierran los ojos al problema, se-
gún dijo el doctor Campbell.

— Cuando se ignora un hecho no hay
cómo evitarlo. Malicia que evitarlo que
existe lepra. Científicos y luego buscar
le una solución. Además de esto hay que
educar a las personas. Hacerles saber
que se trata de una enfermedad cróni-
ca y no contagiosa. Pero sobre todo de-
be mantenerse una pública para tenerlo
de una vez y para siempre con los conta-
gios.

OTROS MALES
En el caso de las enfermedades cróni-
cas, la situación más crítica se vivió en 1977.
Ese año la goberna se propagó como epide-
mia. Según cuenta el doctor Campbell
que entonces estaba a cargo del Hospital de
Hanga-Roa, debían atender más de 30 casos al
mes, algunos graves y con deformaciones.
A su juicio fue el eco del recrudescimiento de
este mal en el continente.

AV-198
MU11445
1602919

Verlo con claridad en:

<http://www.bibliotecanacionaldigital.gob.cl/coleccion/BND/00/MU/MU0011443.pdf>

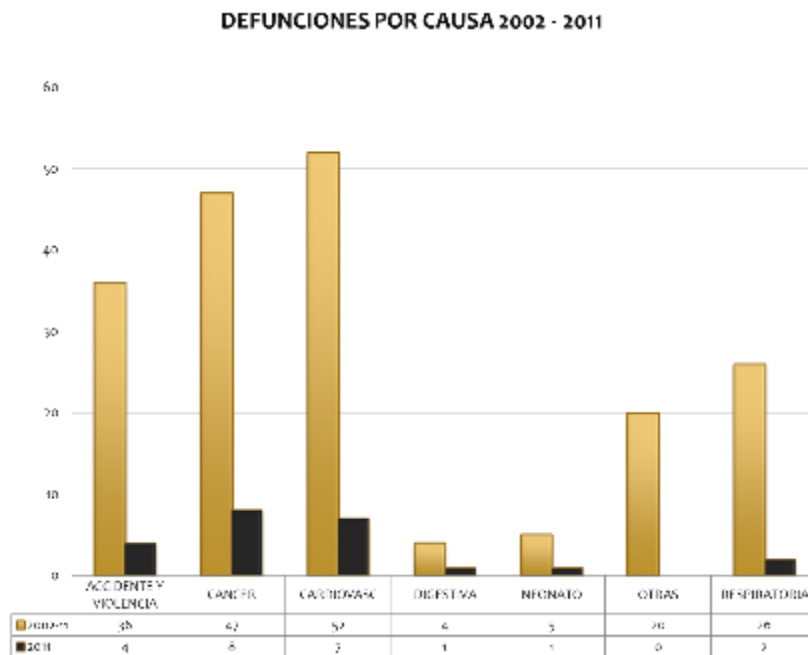
ANEXO 12. Algunas estadísticas vitales en las últimas dos etapas de medicalización

Pese a la precariedad ya relatada en torno de las estadísticas de morbilidad en la isla, existe alguna información que me parece importante comentar.

PERFIL DE MORBILIDAD. INFANTIL, ADOLESCENTE Y ADULTO PRIMER SEMESTRE 1999	
PATOLOGIAS	TOTALES
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	28
TUMORES	29
ENFERMEDADES DE LAS GLANDULAS ENDOCRINAS, NUTRICION Y METABOLISMO	72
TRASTORNOS MENTALES	128
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS	197
ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	38
ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO	157
ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	906
ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	166
ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	404
ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y TEJIDO CONJUNTIVO	213
ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYETICOS	5
SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	94
TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	275

A fines de los años 90 mi trabajo de campo inicial encontró una prevalencia de patologías respiratorias, de la piel, trauma y osteomuscular el primer semestre en relación con consultas en el HHR. La alta prevalencia de enfermedad de la piel se debió a la presencia del vector del dengue, aunque no se había presentado aún la enfermedad los efectos del mosquito eran evidentes en la población. Los traumatismos en tanto por lo general obedecían al resultado del trabajo campesino o bien a accidentes de tránsito en caballo o las primeras motos introducidas en esa década y utilizadas –hasta el día de hoy- sin ningún resguardo en la lógica de la *autoprotección*.

El siguiente detalle para el periodo 2002-2011 de causas de defunción acaecidas en el HHR; evidencia el impacto por grupos de causas decreciente: cardiovasculares, cánceres y violencias/accidentes; siendo las más recurrentes.



Respecto a las causas de muerte, Duffin compara el caso de Chile (2012) con Rapa Nui (acumulados por causas de sepultación años 2007 a 2016); y encuentra que si bien la prevalencia de causas cardiovasculares y cáncer son las mismas que en el país; en la isla las causa respiratoria, de trauma y la digestiva es superior al país. Al igual que en Chile, se observan muy bajas las causas de muerte vinculadas con infecciosas.

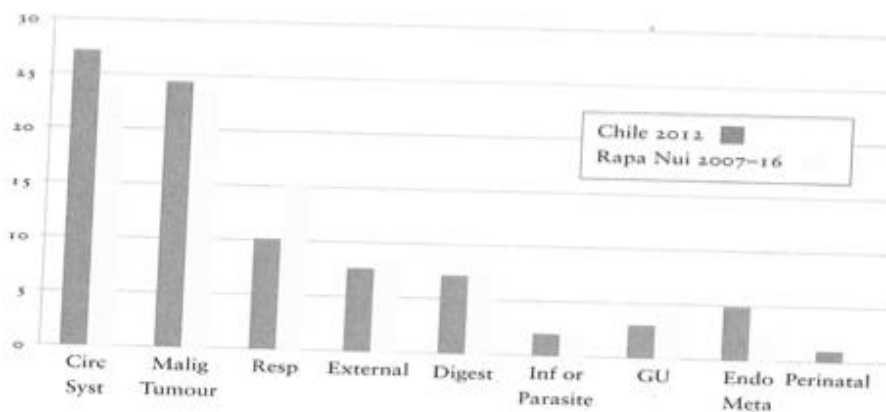


Figure C.1 Causes of death, Chile 2012 and Rapa Nui 2007-16. Percentage of total deaths. The categories are derived from the International Classification of Diseases: circ syst (heart, cardiovascular, and cerebrovascular disease), malig tumour (cancers), resp (respiratory disease), external (trauma and accidents), digest (digestive disorders affecting the gastrointestinal tract), inf or parasite (infectious and parasitic diseases), GU (genitourinary conditions, including kidney disease), endo meta (endocrine and metabolic disorders), perinatal (fetal or neonatal death). Chile, Instituto Nacional de Estadísticas, *Anuario de Estadísticas Vitales*; Municipalidad de Rapa Nui, *Autorizaciones de Sepultación*.

Fuente: Duffin, Op.cit.

En un comparativo respecto a situación de defunciones y nacimientos, desde el año 1993 se observa una leve baja en la natalidad, menor en todo caso que la país; y un estancamiento de la mortalidad; lo que configura una situación de envejecimiento poblacional.

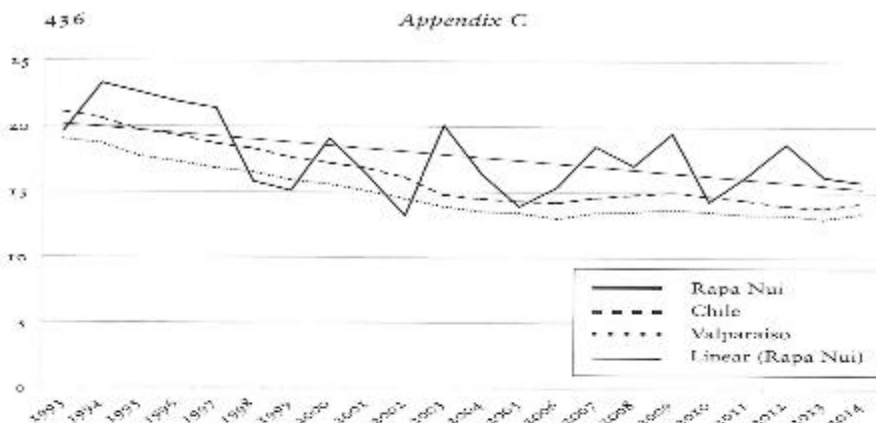


Figure C.2 Births per 1,000 population, Chile, Valparaíso, and Rapa Nui, 1993–2014. The smaller number of Easter Island births gives the apparently wider variation. Note the linear trendline. Chile, Instituto Nacional de Estadísticas, *Anuario de Estadísticas Vitales*.

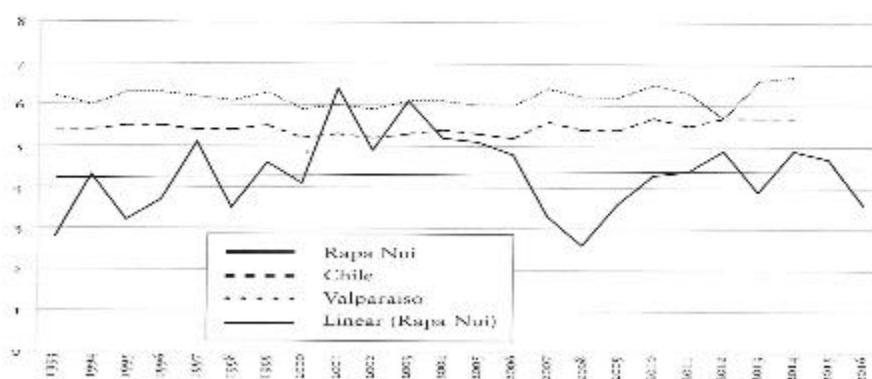


Figure C.3 Deaths per 1,000 population, Chile, Valparaíso, and Rapa Nui, 1993–2016. The smaller number of Rapa Nui deaths gives the apparently wider variation. Note the linear trendline. Chile, Instituto Nacional de Estadísticas, *Anuario de Estadísticas Vitales*.

Fuente: Ibid.

Respecto de la edad de muerte, se nota un movimiento en relación con que ya a la mitad de la década del 2000 la mortalidad se enfoca entre los 50 y 70 años; disminuyendo en edades inferiores respecto de periodos anteriores (década del los 90).

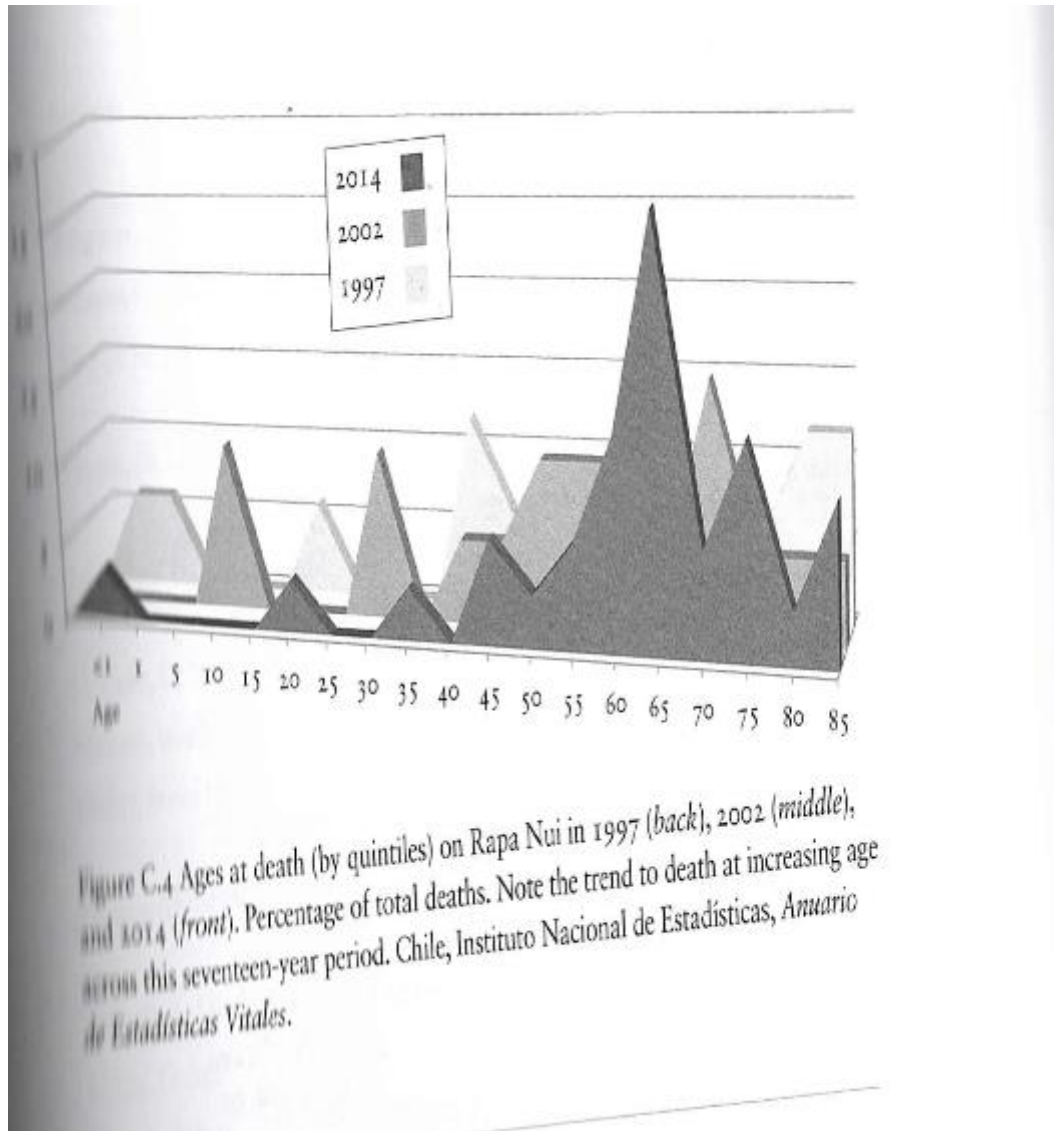


Figure C.4 Ages at death (by quintiles) on Rapa Nui in 1997 (*back*), 2002 (*middle*), and 2014 (*front*). Percentage of total deaths. Note the trend to death at increasing age across this seventeen-year period. Chile, Instituto Nacional de Estadísticas, *Anuario de Estadísticas Vitales*.

t

Fuente: Ibid.

La data oficial de morbilidad más reciente ha sido aportada por SSMO-Hospital Hanga Roa, 2021 vía Ley de Transparencia N° 20.285 a esta investigadora. Para los dos primeros registros la distinción “pueblos originarios” no parece reflejar sino un subregistro local.

PROGRAMA CARDIOVASCULAR 2016-2020

PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR 2016-2020

AÑOS	Diagnósticos y Factores de Riesgo/Grupo Étareo	TOTAL			Pueblos Originarios	
		Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2016	NUMERO DE PERSONAS EN PSCV	560	213	347	22	54
	HIPERTENSION	428	167	261	97	143
	DIABETES	311	130	181	78	117
	DISLIPIDEMIA	383	143	240	88	127
	TABAQUISMO ≥ 55 AÑOS	78	43	35	30	21
	ANTECEDENTES DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO (IAM)	8	5	3	1	2
	ANTECEDENTES DE ENF. CEREBRO VASCULAR	29	12	17	4	13
	ENF. RENAL CRONICA	29	15	14	10	6
2017	NUMERO DE PERSONAS EN PSCV	598	221	377	118	185
	HIPERTENSION	433	153	280	83	148
	DIABETES	329	133	196	76	124
	DISLIPIDEMIA	377	140	237	74	115
	TABAQUISMO ≥ 55 AÑOS	77	29	48	18	27
	ANTECEDENTES DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO (IAM)	24	13	11	6	7
	ANTECEDENTES DE ENF. CEREBRO VASCULAR	26	11	15	3	13
	ENF. RENAL CRONICA	32	14	18	11	12
2018	NUMERO DE PERSONAS EN PSCV	470	154	316	80	170
	HIPERTENSION	383	118	265	62	148
	DIABETES	301	103	198	56	115

	DISLIPIDEMIA	172	49	123	24	63
	TABAQUISMO ≥ 55 AÑOS	66	25	41	14	24
	ANTECEDENTES DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO (IAM)	21	7	14	4	11
	ANTECEDENTES DE ENF. CEREBRO VASCULAR	17	7	10	0	10
	ENF. RENAL CRONICA	23	9	14	7	11
2019	NUMERO DE PERSONAS EN PSCV	405	143	262	68	132
	HIPERTENSION	322	106	216	49	103
	DIABETES	252	95	157	48	90
	DISLIPIDEMIA	175	66	109	26	52
	TABAQUISMO ≥ 55 AÑOS	53	22	31	9	14
	ANTECEDENTES DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO (IAM)	7	3	4	1	3
	ANTECEDENTES DE ENF. CEREBRO VASCULAR	11	6	5	0	4
	ENF. RENAL CRONICA	23	11	12	5	8
2020	NUMERO DE PERSONAS EN PSCV	566	204	362	98	163
	HIPERTENSION	414	148	266	74	131
	DIABETES	294	118	176	63	103
	DISLIPIDEMIA	303	106	197	50	86
	TABAQUISMO ≥ 55 AÑOS	90	38	52	16	25
	ANTECEDENTES DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO (IAM)	9	4	5	1	5
	ANTECEDENTES DE ENF. CEREBRO VASCULAR	13	8	5	3	4
	ENF. RENAL CRONICA	22	8	14	4	7

Fuente REM
 P04.-

OTRAS PATOLOGIAS CRONICAS 2016-2020

OTRAS PATOLOGIAS CRONICAS 2016-2020

AÑOS	PATOLOGIAS CRONICAS/GRUPO ETAREO	TOTAL			Pueblos Originarios	
		Ambo s sexos	Hombre s	Mujere s	Hombre s	Mujere s
2016	SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO RECURRENTE (SBOR)	12	5	7	3	3
	ASMA	106	40	66	27	44
	EPOC	54	24	30	28	30
	OTRAS RESPIRATORIAS CRONICAS	15	9	6	7	4
	HIPOTIROIDISMO	179	13	166	5	50
	ARTROSIS RODILLA Y CADERA	102	22	80	14	42
	EPILEPSIA	24	9	15	4	10
	PAT. SALUD MENTAL	709	275	434	117	279
2017	SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO RECURRENTE (SBOR)	17	8	9	1	4
	ASMA	144	59	85	41	51
	EPOC	94	37	57	28	35
	OTRAS RESPIRATORIAS CRONICAS	18	9	9	7	6
	HIPOTIROIDISMO	210	14	196	4	53
	ARTROSIS RODILLA Y CADERA	122	28	94	18	42
	EPILEPSIA	27	13	14	7	11
	PAT. SALUD MENTAL	412	173	239	94	95
2018	SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO RECURRENTE (SBOR)	10	4	6	1	2
	ASMA	178	72	106	50	66
	EPOC	111	46	65	35	37
	OTRAS RESPIRATORIAS CRONICAS	12	8	4	6	2
	HIPOTIROIDISMO	209	16	193	3	52
	ARTROSIS RODILLA Y CADERA	142	35	107	21	46
	EPILEPSIA	31	14	17	7	12
PAT. SALUD MENTAL	560	212	348	93	153	
2019	SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO RECURRENTE (SBOR)	14	4	10	2	4
	ASMA	242	101	141	65	86
	EPOC	121	51	70	38	41
	OTRAS RESPIRATORIAS CRONICAS	24	13	11	8	2
	HIPOTIROIDISMO	198	14	184	3	50
	ARTROSIS RODILLA Y CADERA	131	33	98	21	43
	EPILEPSIA	30	13	17	7	12
	PAT. SALUD MENTAL	374	155	219	97	111
2020	SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO RECURRENTE (SBOR)	14	4	10	2	4
	ASMA	242	101	141	65	86
	EPOC	122	55	67	39	39
	OTRAS RESPIRATORIAS CRONICAS	32	15	17	11	6
	HIPOTIROIDISMO	208	14	194	3	49
	ARTROSIS RODILLA Y CADERA	128	32	96	20	39
	EPILEPSIA	29	13	16	7	11
	PAT. SALUD MENTAL	457	174	283	101	114

Fuente
 RDM P03
 Y P06.-

PARTOS Y CESAREAS 2016-2020

AÑOS	TOTAL (Partos + Cesáreas)	PARTOS		ABORTO S	NACIDOS VIVOS
		NORMAL	CESAREA S		
2016	72	41	31	10	72
2017	91	56	35	17	91
2018	93	64	29	13	91
2019	105	69	36	14	104
2020	114	67	47	8	113
Total	475	297	178	62	471

MORTALIDAD POR CAUSA EN ISLA DE PASCUA 2016-2020

MORTALIDAD POR CAUSA EN ISLA DE PASCUA 2016 - 2020_ (Incluye residentes fallecidos en el continente en establecimientos de la Red)

CAUSAS DE MORTALIDAD	TOTAL	2016	2017	2018	2019	2020
DEFUNCIONES	169	31	38	34	33	33
TRAUMATICAS	21	5	3	6	6	1
CANCER	27	8	2	7	3	7
CARDIOV	69	7	19	15	15	13
DIGESTIVA	2	0	0	0	1	1
NEONATO	4	0	0	2	1	1
OTRAS	7	3	4	0	0	0
RENAL	13	1	4	1	3	4
NEUROLO	2	0	0	1	1	0
RESPIRAT	24	7	6	2	3	6

ATENCIONES REALIZADAS POR AGENTES DE MEDICINA INDIGENA

ATENCIONES REALIZADAS POR AGENTES DE MEDICINA INDIGENA EN EL ESTABLECIMIENTO

COMPONENTE	TOTAL	2016	2017	2018	2019	2020
ATENCIONES POR AGENTE MEDICINA INDIGENA	4.817	937	941	1.343	1.008	588

Estos datos de atención del PESPI derivan del registro oficial nacional rescatado localmente pero procesado en el continente en el Registro Estadístico Mensual (REM). El registro A04 Sección G corresponde para todo Chile a "ATENCIONES DE MEDICINA INDÍGENA ASOCIADA AL PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD Y PUEBLOS ORIGINARIOS". De acuerdo a la información oficial entregada por SSMO-HHR no incluye variable pueblo originario de pertenencia, género ni edad. Asimismo, la variabilidad en el n de cada año puede obedecer a subregistro local desde el box del programa *Papa Ra'au*.

ANEXO 13. Profesionales de la METEI, 64-65 y sus instituciones.

64

From Canada to Rapa Nui

Table 2.1 Members of METEI who travelled to Rapa Nui

Member	Specialty	Origin
Alpert, Dr Morton Elliot	Epidemiology	Albany, NY
Beighton, Dr Peter	Medical examination	London, UK
Boudreault, Armand	Virology	Montreal, QC
Brody, Dr Garry S.	Medical examination	Arlington, VA
Crosman, CPO ^a Harry	Mechanics, electricity, RCN	Halifax, NS
Cutler, Dr John L.	Epidemiology	Berkeley, CA
Donoso, Dr Gonzalo	Nutrition	Santiago, Chile
Dwyer, Lt Rita Katherine	Interpretation, RCN	Ottawa, ON
Easton, AVM ^b John A.	Physical plant	Montreal, QC
Eccles, Ana Maria	Interpretation	Halifax, NS
Efford, Ian Ecott	Ecology, biology	Vancouver, BC
Eklblom, Björn Thoreson ^c	Work physiology	Stockholm, Sweden
Fulton, Robert A.	Mechanics, electricity, RCN	Dartmouth, NS
Gibbs, Dr Harold C.	Human, animal parasitology	Hudson, QC
Gillingham, Thomas Colin	Kitchen, catering	Ottawa, ON
Gjessing, Einar Tandberg ^c	Work physiology	Bergen, Norway
Griffiths, Isabel	Interpretation	Montreal, QC
Hacker, Carlotta	Research Assistance	Farnham, UK
Hrischenko, George	CBC, radio communication	Windsor, ON
Joyce, CPO ^a Fred	Laboratory technologist, RCN	Dartmouth, NS
King, Lt Mary Olive	Research assistance, RCN	Armdale, NS
Lemicux, Hector ("Red")	NFB filmmaker	Dollard des Ormeaux, QC
Macfarlane, David Bell	<i>Montreal Star</i> journalist	Montreal, QC
Mathias, Jack ^c	Ecology	Vancouver, BC
Meier, Robert John ^c	Anthropology	Madison, WI
Montandon, Dr Denys M.	Medical examinations and laboratory	Montreal; Geneva, Switzerland
Montandon, Cléopâtre ^c	Sociology	Montreal; Geneva, Switzerland
Murphy, Dr David A.	Animal and human medicine	Boston, MA

Convincing Canada, Building a Team

65

Mydans, Carl	Photographer for <i>Life</i> magazine	New York City, NY
Myhre, Dr Eivind	Pathology	Olso, Norway
Nielsen, James McH. ^c	Work physiology	Hackensack, NJ
Nógrády, Georges L.	Microbiology	Montreal, QC
Reid, Dr Helen Evans	Medical examinations	Toronto, ON
Roberts, Dr Maureen	Medical examinations	Halifax, NS
Roberts, Dr Richard H.	Medical examinations	Halifax, NS
Skoryna, Dr Stanley C.	Director	Montreal, QC
Taylor, Dr Alexander G.	Ondontology, RCN	Shearwater, NS
Wilkinson, G. Archibald	Radiography	Montreal, QC
Williams, Robert	CBC filmmaker	Halifax, NS

^a Chief Petty Officer; ^b Air Vice Marshal; ^c medical or graduate student

Fuente: Duffin, 2019

ANEXO 14. Puesta en Marcha instalaciones Hospital Hanga Roa recién inaugurado,
1976

MINISTERIO NACIONAL DE SALUD
DIRECCION V REGION
HOSPITAL HANGA ROA-IPA

ORD : Nº 150
ANT :
MAT : Comisión puesta en marcha y mantenimiento Hospital.

82/6
39-XI-86

Isla de Pascua, 23 de Noviembre de 1976

DE : DIRECTOR HOSPITAL HANGA ROA
A : SECRETARIO MINISTERIAL REGIONAL Y DIRECTOR V REGION

Habiendo transcurrido cerca de 3 meses desde la entrega al Servicio del nuevo Hospital, lamento tener que comunicar a Ud que su funcionamiento no es en absoluto normal pues numerosos equipos básicos están descompuestos y otros no han podido entrar en funciones.

Las fallas más grandes a que estamos abocados son las siguientes:

- 1.- Generador de energía, que no parte automáticamente ante las interrupciones de energía eléctrica en la isla, en que quedamos a oscuras paralizándose todos los equipos del Hospital, con evidente riesgo, vital en pabellones de cirugía y maternidad.
- 2.- Provisión de agua. El sistema imperante no puede ser más primitivo ya que no cuenta con automatización de llenamiento de tanques debiendo llamarse diariamente a funcionarios de Agua Potable los que a menudo se atrasan quedando el Hospital sin agua. Esto determina grave deterioro de equipos delicados que pueden fundirse si no tienen agua (esteriladores, autoclave, etc).
- 3.- Equipo de refrigeración. Prácticamente no funciona ninguna cámara conservadora de alimentos ni tampoco conservadora de cadáveres. Puede imaginarse el grave trastorno en los problemas de alimentación y conservación de víveres. Esto fué informado en oficio ord. Nº 125 de 5-X-1976.
- 4.- Lavandería. Ha sido imposible hacer entrar en funcionamiento las lavadoras del Hospital, por lo cual se continúa con el primitivo sistema de lavado en el viejo Hospital, donde la ropa es hervida en tarros de latón calentados a leña.

Aparte de esto tenemos numerosas fallas en techos y pisos del Hospital. Los paneles de los cielos están sueltos y se vuelan con el viento y en los pisos no se ha colocado ninguna clase de impermeabilización o protección como estaba estipulado.

Considerando la gravedad de estos problemas y las dificultades que va a tener el Servicio en enviar una comisión técnica del continente que debería permanecer aquí algunos meses, hemos estimado más práctico y rápido la constitución de una comisión técnica compuesta por funcionarios locales idoneos que nos han ofrecido su cooperación. Estas personas serían las siguientes: Señor PEDRO HASS NO-

10191
16
467
29.11.76
Comisión
Comunicación con el Sr. STAFF
30.11.76
En el momento que se iniciaron los trabajos se reanudaron el 23.11.76
Comisión Hanga Roa en Pascua

//.

REIRA, Jefe de Entel-Chile, quien la preside; Señor PEDRO PASTEN CONTRERAS, Director de Obras Sanitarias; Señor GALVARINO RIVEROS SALDAÑA, Jefe de Taller Electrico Corfo; Señor FLORENTINO LEIVA NEIRA, Gasfiter de la Dirección de Obras Sanitarias y Señor JOSE SANDOVAL OBREQUE, Técnico mueblista, carpintero y cerrajero.

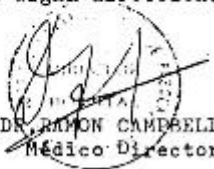
Esta comisión se ha constituido hoy en la Oficina del suscrito y se compromete a cumplir una labor de mantenimiento permanente mientras ello sea necesario, siendo preciso que a la brevedad posible se constituya en ésta el técnico de la firma Calmaquip cuyo compromiso está pendiente por un plazo de tres semanas. Durante esta etapa el técnico enseñará al personal del Hospital el uso y mantenimiento de equipos delicados de laboratorio, Rayos X, cirugía, pediatría, aparte de los equipos de refrigeración, cocina, lavandería, etc.

En caso de aprobación de esta comisión fijaremos de común acuerdo los honorarios mínimos para esta labor, los que serán propuestos por esta comisión y comunicados a su Dirección.

Hago presente que si no cumplen estas labores de mantenimiento el Hospital y sus equipos sufrirán graves deterioros que pueden llevar hasta su paralización con grave daño para la población y gran desembolso para el Servicio, que debería entrar en reparaciones de muy alto costo.

Considerando que en muchos problemas de este Hospital interviene una comisión asesora de la Dirección General, hemos creído necesario enviar copia de todo oficio de excepcional importancia a dicho nivel, por el conducto regular de su digna dirección.

Saluda atentamente a Ud.


DR. RAMON CAMPBELL B.
Médico Director

El Hospital Hanga Roa del año 1976 presenta defectos y problemas de instalaciones desde el inicio. En carta a las autoridades regionales, su director hace ver algunas de las problemáticas derivadas de las dificultades del territorio. Asimismo evidencia que la dependencia administrativa y económica de nivel nacional dificulta la toma de decisiones locales.

ANEXO 15. El hospital Hanga Roa según etnografía 1999

Fuente: Fajreldin 2002. Tesis de pregrado La Medicina Herbolaria de Isla de Pascua. Acercamiento antropológico a la cultura médico-política en Rapanui (textual de la versión original)

Particularidades Institucionales o la Fuerza de la Costumbre

El hospital posee entonces ciertas características peculiares que pudiéramos entender como adaptaciones.

Entre ellas está el incorporar de manera bastante tolerante al grupo familiar del enfermo hospitalizado, permitiendo largas visitas en horarios flexibles, o incluso el hospedaje de la madre en caso de que el enfermo sea un niño o bebé; también se privilegia la presencia del padre en la misma sala de parto, al momento del nacimiento. Es destacable que estas sean prácticas desde hace décadas se entienden -por parte de personal y de pacientes- como naturales en la isla, en contraste con lo que ocurre en los hospitales continentales, en los que paulatinamente y no sin esfuerzo, los pacientes han ido conquistando ciertos espacios y derechos.

Existe en las afueras del recinto, desde hace algunos años un depósito biológico de materiales orgánicos, en el que quedan -entre otros muchos desechos- las placentas, situación que a muchas mujeres tranquiliza por ser medianamente coherente con la práctica antigua del entierro de la misma, según nuestras informantes nos han comentado.

Advertimos además que ciertos procedimientos tales como el uso de "bolsas de arena" durante el posparto, pese a constituir una medida propia del hospital son asimilados por las mujeres de una manera coherente con la cultura tradicional, señalando el discurso que "el hospital pone bolsas con arena, arena caliente", y asignándosele una función atribuida a la práctica isleña de colocar "piedras calientes": contraer musculatura logrando la eliminación de residuos sanguíneos.

Además de ello, el hecho de contar con personal rapanui entre sus funcionarios, le significa una ventaja para sus pacientes, ya que mediante sus coterráneos es posible, muchas veces hacer más llevadera la estadía en este recinto. Los funcionarios rapanuis actúan muchas veces de "puente" entre los pacientes y los médicos, tanto en el ámbito del idioma (pacientes muy ancianos por ejemplo, o que por otras razones no manejen el español con soltura), como también en términos culturales.

La comida para los Hospitalizados es hecha por una mujer rapanui, y por lo general contempla algunos elementos de la dieta tradicional, como por ejemplo el denominado "po'e"⁵⁴⁷, en vez de pan a la hora del té. También hay un énfasis en las "sopas" de pollo, no siendo, lamentablemente, "atleta" -como se denomina en la isla a los pollos isleños- sino industrial, importado desde el continente.

La flexibilidad de los profesionales ha permitido también, como veremos, la internación de elementos medicinales de la etnofarmacopea botánica, siempre y cuando no les parezcan perturbadores de sus propias prácticas. En este sentido en ciertos momentos el mismo hospital ha procedido a "colaborar" por ejemplo, esterilizando el Morimangó -aceite de tiburón- que la comunidad utiliza tradicionalmente como cicatrizante, procedimiento que la institución realiza en el entendido de que "beneficia" la no contaminación de los pacientes con el aceite "así no más", en su casa. Ello, porque es una práctica tradicional que de todos modos, los médicos saben que la comunidad utilizará.

Todas estas "adaptaciones" han ido surgiendo en el tiempo, como producto de la combinación de la experiencia real y los criterios personales de los sucesivos equipos médicos que han habido en el Hospital. Como se trata de un permanente recambio de personal, los criterios de flexibilidad y adaptabilidad no obedecen a políticas oficiales y se mantienen en el ámbito de lo que podríamos entender como las "sensibilidades subjetivas". La comunidad, por su parte, no reconoce estas "sensibilidades" y no concibe estas "adaptaciones" como tales, sosteniendo en el discurso una queja permanente.

Percepciones del otro: el Discurso Rapanui

El discurso de todos los sectores de la población considera a "ese lugar" de modo muy despreciativo, criticándose todo: la calidad de los profesionales, la infraestructura, la escasez de remedios, los tiempos de espera, lo básico de los servicios.

Durante nuestro extenso terreno en el contexto intrahospitalario encontramos solamente un único caso que señalara abiertamente no utilizar "remedio pascuense" y utilizar en cambio la medicina hospitalaria. Se trata de Lidia (37 años, casada con extranjero, largos años ausente de la isla) quien nos señaló: *"depende de la enfermedad... a veces vengo al hospital (...) la medicina natural pascuense la usan, sí, por ejemplo la Higuierilla, pero más que nada pa la gente adulta. Yo no te puedo mentirte. En la casa de mi madre ella usa eso, pero yo no. Ellos más que nada tienen sus sistemas de preparar medicinas naturales (...) sí, vengo más al hospital. Confío más en el médico. Que ellos te digan más qué tomar. Siento más seguridad en la medicina que me dan. Son profesionales (...) tocar esos temas... de Matua Pua'a no me atrevo, porque no lo he hecho... (...) yo me aseguro aquí traer a mis niños. Me aseguro cien por ciento al traerlos al hospital (...) yo creo que yo estoy con otra mentalidad. Como de afuera, del exterior, que me hace una mezcla con eso y con las tradiciones de acá. Igual algo mantengo..."*.

547 Se trata de una especie de "pudding" -cocido- hecho a base de harina y algunos alimentos tradicionales que pueden ser plátano, zapallo o tubérculos como camote, ñaño (mandioca).

Pero la comunidad prefiere, en caso de tener la oportunidad de hacerlo –como lo hace frente a nuestras preguntas y simbólicamente dentro del mismo recinto del Hospital, mientras espera que se le atienda, o visita un enfermo, etc.- dejar que aparezca la oposición y el conflicto, la queja, y por cierto la valoración de la medicina “propia”, como parte constitutiva de este discurso opositivo.

La oposición que es la constante, se manifiesta de muchas maneras.

“Ese lugar” es evitado por algunos sectores de la población. Así nos lo han manifestado miembros de estos sectores y también, muy claramente, los propios funcionarios del hospital, tanto chilenos como rapanuis, aunque el discurso de ambos es diferente al respecto.

Es el caso de los denominados “yorgos” quienes ven al hospital como “sistema” opuesto a su forma de vida libre –libre entre otras cosas por su lejanía del pueblo-, sentimiento de opresión que los lleva a veces, en el caso de “haber caído” en el hospital, a la evasión. El discurso funcionario chileno ha llegado a calificarlos, por su actitud dentro del hospital y frente a sus funcionarios –particularmente chilenos-, como “rebeldes que se creen machos”, en tanto los funcionarios rapanuis suelen comprenderlos a la luz de su supuesta sabiduría en medicina tradicional. Este sector de la población, frecuentemente sometido a problemas de la piel y traumatológicos (ligados sin duda a su forma de vida y trabajos tradicionales), opone su propia medicina: la “de los ancestrales”, a la hospitalaria.⁵⁴⁸

Algunos ancianos son también reticentes al hospital, y muchos de ellos nos han señalado con orgullo “yo no tengo ficha en ese lugar”. En rigor, de acuerdo a datos oficiales recopilados por nuestra investigación, toda la población adulta tiene ficha médica, como consecuencia de los controles anuales que hacía la Armada durante su administración a toda la población, con o sin consentimiento (ver Historia de las Instituciones Médicas). Muchos de estos ancianos, sin embargo, tienen en efecto, una historia de “paso” por el hospital que solamente se limita a tales controles. El discurso funcionario chileno resalta el que estos “son desconfiados, duros”, en tanto el discurso funcionario rapanui así como el del resto de la comunidad isleña señala que “están asustados”, como resabios de la historia, o simplemente que “no lo necesitan” por ser “más sanos” o por saber mucho de “medicina pascuense”.

Un joven isleño (33 años) lo dice claramente, refiriéndose a una anciana especialista en la preparación del Matua Pua’a “*la núa se cura con su propios remedios (...) las enfermedades graves también se podían curar con el mismo poder de los ancestrales para tener la fuerza para encontrar el mal para poder cortar el maligno que tiene (...) no es necesario pa irse al hospital porque en el hospital la gente usa mucho papel -gesto de escribir- mucho piensan, no lo que tú piensas para ellos sino que ellos piensan para ti, no tú para ellos. Porque en el cuerpo mismo de uno se entiende tu propia enfermedad, entonces lo que ellos están pensando a la idea a la manera que ellos tienen, no a la que tu tienes la misma persona que está enfermo, ellos piensan de otra manera. Entonces la abuela no va para allá y critica esa gente porque mejor hacer como ella quiere y así ella puede solucionar lo que le pasa, mejor que ir para allá porque allá es mucho... lavar el cerebro*”.

Una mujer rapanui (40 años) nos dice también acerca de la percepción cultural del sistema hospitalario: “*acá se usan las dos medicinas. Cuando no funciona una se usa la otra, cuando no funciona la otra, se usa una. Pero lo que más perjudica es la del hospital, porque no tienen curaciones. La mayoría de las personas de edad no viene. O viene para al control crónicos a saber cómo está su presión, pero aquí le da remedio y llega a la casa y lo bota todo. Vienen para ver cómo están, pero los remedios, usan los que ellos hacen. Prefieren usar lo que ellos inventan*”.

Existe en la Isla mucha gente que vive en el campo trabajando la tierra y dedicándose a la pesca de orilla o altamar. Esa gente tiene, por lo que hemos podido observar, una cultura mucho más “cerrada” en términos de que sus “bajadas” –así se dice- al pueblo no constituyen un compromiso con el mundo “moderno” (oficinas administrativas, locales comerciales, etc.) y por ende con el hospital. Por lo mismo, por el arraigo a la tierra y a la cultura tradicional, las prácticas médicas siguen ligadas a elementos tradicionales que sólo se consiguen en “el campo”. Un hombre rapanui (49 años) señala sus estrategias para no acudir al hospital “*dos veces he estado en el hospital a inyectarme. En el hospital viejo y aquí cuando me intoxicé con vino. Tengo úlcera, pero nunca vengo al hospital. Me quedo en casa, acostado, buscando la posición. Y ahí... tomar hierbaluisa. Y la cagadera que da aparte del dolor... Solito se quita después. No vengo al hospital. Le tengo miedo a la aguja. Soy bien cobarde pa eso. Y las pastillas... ¿no hacen daño?. Sí, si hacen daño (...) ah... una vez me enterré, o sea quedó una espina dentro, una espina de pescado. Vine al hospital, pero había mucha gente. Hasta que me fui y un amigo me la sacó. Así como lo oye, me abrió un tajo y me la sacó. Después me puse un parche*”.

El discurso isleño en general señala que el hospital “sirve” más que nada por la tecnología diagnóstica, exámenes de laboratorio y especialmente rayos X (el uso de los mismos es muy alto, ciertamente), y el diagnóstico médico clínico en ciertos casos. Además la comunidad consigue con las consultas algunos remedios. Posteriormente y considerando los resultados, el paciente decide personalmente y en consulta con el grupo más cercano, especialmente con la “núa” –madre/abuela- cómo se procederá.

548 Los yorgos tienen por lo general una apariencia que combina algunos rasgos del hippismo de los años 60 junto con una clara adopción de ropas, tatuajes y peinados que se consideran (émicamente) polinésicas. Presentan además, una actitud nacionalista y contestataria frente a Chile y son conceptualizados por la misma comunidad como “nuestros rebeldes”.

El Hospital se hace a veces necesario en el caso de ciertos problemas, como explica una mujer, hija de una de las más conservadoras familias isleñas (rapanui, 47 años) esperando en el hospital ser atendida por el médico porque *"yo tiene úlcera y no sabemos que haya remedio para eso de la isla, no sabemos todavía"*. En general, dice, la gente viene al hospital sólo para las enfermedades para las cuales no hay remedio (encontrado aún, señala) natural, y estos problemas son: *"úlcera, corazón, problemas gástricos..."*. Con una actitud en todo momento despectiva respecto al Hospital y al "taote", y francamente autosuficiente, nos dice *"nosotros -los rapanui- sabemos más de medicina que ese que va ahí"* (refiriéndose a un doctor que pasa), *"pero de la parte ancestral"*.

En efecto, cuando se trata de identificarse encontramos un discurso nacionalista en oposición al hospital, como el de María (rapanui, 58 años), funcionaria del mismo, quien explica *"Es que somos rebeldes, fíjese. No sé si es porque somos rapanui. Somos rebeldes con el hospital, porque no nos gusta el hospital, porque tenemos nuestra medicina, sabemos de medicina natural. Y hay personas aquí en la isla que trabajan en eso, que hacen remedios, que están como decirle... autorizadas por los otros para preparar ellas el remedio. Aquí hay una señora que sabe hacer el Matua Pua'a, que su suegra se lo enseñó. Ella lo puede hacer (...) no sé si me entiende, es como... una cultura que nosotros tenemos y se mantiene (...) yo pienso que está la fe, la fe en lo que uno hace, en lo que es de uno. Fíjese que cuando uno toma el Matico y el Sietevenas al tiro se siente bien"*.⁵⁴⁹

La valoración de la medicina tradicional en sí misma, y exacerbada por el contexto opositivo sostiene una comparación de "las dos medicinas" en la que una de ellas, la "pascuense" resulta ser más seria, más rigurosa, más "peligrosa" incluso en tanto delicada. Un Hombre hospitalizado (rapanui, 49 años) explica acerca de la inconveniencia de usar "remedios del hospital" y "remedios pascuenses" al mismo tiempo, además porque son tan diferentes... *"tú sabes que los remedios caseros no son como los del hospital... tienen sus reglas que hay que respetar. Sobre todo el Matua Pua'a, ese es el más peligroso. En cambio esto... (mira con desprecio la bolsa de suero que tiene pendiente de su brazo) yo no sé que esta tontera tenga alguna regla especial..."*

Muchas veces los fármacos que el hospital entrega pasan a ser "como agua no más"⁵⁵⁰ y en general los otros procedimientos y elementos que se usan en el mismo no tienen una connotación de peso dentro de la comunidad. Esta característica de alguna manera actúa desvalorizándolo, pues no están provistos de "tradición", no son la herencia de nadie respetable.

Ambas medicinas son diferentes en la connotación de las mismas y a una de ellas, la "del hospital" le falta soporte. Según una cierta percepción de las cosas, estas dos medicinas tan diferentes, implican que el paciente deba optar por usar una o la otra. Tal como señala una joven rapanui (30 años) que trabaja como auxiliar de servicio en el Hospital *"Pua es el que yo te digo, la verdad que según yo pienso, hay que ocupar o los remedios de aquí (del hospital,) o los natural, pero ocupar los dos... ¿me entiendes tú?, pienso yo... porque es como una magia que viene de los antepasados... digo yo, porque yo... yo he consultado sobre... yo he consultado qué posibilidad de darle con antibiótico. Ya, eso, una abuelita me dijo que le de eso como jugo, todos los días, pero hay que respetarlo, no hay que darle los medicamentos del hospital (...) Entonces te digo, cuando uno quiere tomar eso hay que respetarlo porque no es como... los medicamentos de aquí -hospital."*

Una núa de 60 años, que encontramos controlándose en el programa de crónicos nos comenta *"cuando yo uso medicina rapanui no usa los remedios del hospital, y cuando uso del hospital no uso los naturales. Porque si usa los dos, es... como bomba. Cuando uso medicina natural no vengo al hospital, esa es la verdad"*.

La comunidad isleña, en su valoración de la medicina tradicional, y sobretodo en su camino de "desprecio" por esta institución hospitalaria, la considera como uno de los agentes de paulatina pérdida. Un anciano rapanui (70 años) explica *"Es que ahora hija estamos metidos en la era moderna, se piensa que están mejor las cosas, pero yo veo en la televisión que cada vez sale que ese tal remedio está mal hecho..., que descubrió otra cosa que hacía mal..., lo que dijeron era bueno, ahora dicen es malo... entonces se pierde la confianza (...) el problema es que cuando empezaron a formar el hospital antiguo, los nativos perdieron la confianza en su medicina. Dijeron que mejor venir al médico para allá, al hospital. Entonces los curanderos o las curanderas dejaron de funcionar, y así se fue perdiendo"*.

Percepciones del otro: el Discurso Funcionario

De parte de los funcionarios chilenos del Hospital, hemos encontrado diversas apreciaciones respecto de la existencia o no de una particularidad cultural en cuanto a medicina.

Nos llama la atención, por ejemplo, lo señalado por un funcionario que lleva largos años viviendo en la isla y estima: *"no he visto que existan muchos usos de plantas medicinales, no como en el continente incluso, en que hay alguien especial que recolecte plantas, que se dedique a ello, en actitud de recolectar plantitas"*. Haciendo gran esfuerzo por recordar algo que le haya tocado ver en estos años dice *"la gente usa la Higuierilla para fracturas y otros problemas de huesos (...) la gente cuando entra a la radiografía te dice que va a meter la pata por tres días en Higuierilla o cosas así, igual lo van a hacer aunque el médico les de cualquier remedio"*. Notemos además, que en general, el discurso de estos funcionarios, cuando reconoce alguna particularidad respecto al uso de plantas por ejemplo, se limita a los

549 Notemos la mención como "nuestro" al Matico y la Sietevenas...

550 En cuanto a este tema, se encuentra relacionado con que en efecto, por muchos años los fármacos han alcanzado a vencer en la farmacia del hospital.

usos de los elementos que se relacionan con sus respectivas profesiones, desconociendo la amplia gama de usos posibles para un elemento⁵⁵¹.

Una joven auxiliar paramédico chilena (pocos meses en la isla y aún "choqueada") recomienda a los rapanuis que van a Urgencias en busca de prestaciones simples como curaciones, y en vista de lo que considera "*su falta de sentido común*", que "*usen también algunas hierbas*" u otras cosas a cambio de lo que supone existe: su carencia de conocimientos y elementos "*yo les digo a veces que tomen agua con miel, de boldo... no conocen la menta, mas que la de bolsita. Y en realidad no conocen las hierbas medicinales del conti. No conocen el boldo..., no hay manzanilla..., no hay cultivado orégano..., solo el seco. Usan el agua de palto para la tos. Me ha tocado esterilizar aceite de tiburón, para las cicatrices. Pero el problema es que la gente se lo pone aquí cuando está abierta la herida. También el aceite de Rosa Mosqueta es para eso, en el continente se usa eso. Y la gente aquí se aplica el aceite de tiburón altiro y me llega con las heridas infectadas. Y yo les digo que no sacan nada con hacerse ese tratamiento, se hacen daño no más, porque se les infectan las heridas. Habría que esperar una semana, a que se cierre, se ponga una coloración rosada... no altiro*". Pero, dice, "*son muy porfiados, se quedan con lo de ellos no más*". En otra ocasión nos comenta que no existe nada para las fracturas en la isla, y agrega, aliviada que "*hay gente que igual tienen otro conocimiento, o otras costumbres, porque han vivido en el continente... o han convivido con personas de allá..., entonces no son tan limitados en el pensar. No sé... han conocido extranjeros... tienen otra mentalidad, te escuchan, aceptan tu opinión. Hay gente que es así también*"

Sin querer señalar estos casos como paradigmáticos, en general existe poco conocimiento de la cultura médica isleña, aunque sí un anecdotario contundente de situaciones "especiales". Los funcionarios chilenos saben que los isleños usan ciertos elementos, pero desconocen la riqueza de hecho y la amplitud de los mismos, y, por sobre todo, las implicancias socioculturales y asociaciones de identidad que existen tras el manejo de esta medicina tradicional. A la vez, los funcionarios chilenos poseen –contrastando– una clara percepción de la diferencia en cuanto a "trato", siendo identificados los isleños como muy soberbios, arrogantes y demandantes.

Por su parte, los rapanui no siempre comparten la información que consideran valiosa con los "tire" -chilenos-, de modo que existe verdadera incomunicación. Además, como veremos más adelante, el Hospital es para ciertas cosas y la actitud dentro de el y hacia el está más o menos pautada por las aspiraciones de la comunidad y los aspectos políticos de la relación entre sistemas y mundos, de modo que mucho del traspaso de este conocimiento se hace innecesario a los ojos de la comunidad. Ello porque se considera a los "tire" como no merecedores del mismo. Además existe una noción de que no hay por qué "dar explicaciones", menos tratándose de ámbitos de conocimiento en que "cada uno hace como sabe", percibiéndose por lo demás que será probablemente "mal mirado" por parte de los médicos (tal vez así podamos explicar la nota anterior).

Uso de Elementos Tradicionales en el Hospital

La comunidad sin embargo, "se toma" el Hospital. Dentro del mismo hemos observado la existencia de tratamientos mixtos, esto es, con medicinas o procedimientos de ambos sistemas, ya que la comunidad considera un derecho el usar algunos elementos en "ese lugar". Este "derecho" es por lo general como hemos dicho, aceptado por los profesionales médicos y paramédicos, quienes están en conocimiento de lo que ocurre.

En este sentido, es interesante el hecho de que existan funcionarios rapanuis, pues para los pacientes resulta en el apoyo que muchas veces los funcionarios brindan de manera más o menos soterrada para llevar a cabo algunas prácticas médicas isleñas de manera paralela a las del hospital.

Entre estas, hemos encontrado la concurrencia de prácticas de cuidado puerperales relativas a la nutrición de la madre, como es el caso de los "agazajos" hacia ella de parte del grupo familiar con elementos que culturalmente se estiman como de alto valor nutritivo y efecto fortificante, principalmente sopas de pescado o pollo isleño –sobretudo pollo blanco– a quienes se llama "atleta" por su musculatura, atributo que se espera traspasar a la puerpera. Así, Ina (rapanui, 24 años) nos cuenta "*Sí... yo tuve a mi hijo y me trajeron la sopa de atleta. Mi pareja me la trajo. El entró conmigo al parto y me decía no grites. Con la sopa de atleta yo me sentí con todas las pilas puestas. A mí me trajeron sopa de atleta y sopa de pescado al otro día*".

María (rapanui, 58 años) funcionaria del mismo hospital cuenta, confirmando la posibilidad de que ello ocurra en el mismo hospital "*sí... las sopitas. Puede ser de atleta, y también puede dar de pescado, de Pici, de Nanúe... Es lo mejor que puede haber, eso siempre hacemos. Acá la gente le trae a las niñas porque les traen sopa, cazuela, todo eso, cosas calientes. Y es como que reconforta, una cosa así*".

En general hemos notado que la presencia de "aguitas" dentro de las salas de hospitalización no constituyen una práctica combatida por el personal tanto paramédico como médico. Son aceptadas por lo general como "inofensivas" o hasta a veces son recomendadas en el tratamiento conjunto, dependiendo del grado de

551 En este sentido es muy interesante el hecho de que la mencionada Higuierilla, cuando es aludida por estos funcionarios es sólo en relación con patologías o problemas traumatológicos y musculares, pero desconociendo absolutamente los usos tradicionales en el área ginecológica, con lo cual pensamos que puede existir tal vez un mayor "celo" de la parte de la comunidad en torno a sus elementos tradicionales relacionado con ello.

apertura personal del funcionario, no existiendo (nunca la ha habido) una "política oficial" de tolerancia sino más bien una acostumbrada "benevolencia" hacia estas prácticas.

Dos funcionarias rapanuis confirman la existencia, además, tanto de tolerancia frente a la internación de "aguitas de plantas", como de una utilización por parte de la comunidad de combinación de saberes y procedimiento terapéuticos de ambos sistemas, aunque con ciertas "tácticas" en casos específicos de elementos muy valorizados culturalmente.

La mencionada María, quien desde antiguo viene observando la realidad intrahospitalaria nos cuenta respecto del Matua Pu'a, *"eso sí, se usa dentro del hospital, yo he visto montón de veces a la gente que trae. Varias veces he visto a la familia traer Matua Pua'a..., el Pua, a los enfermos que están hospitalizados. Por ejemplo -una de las especialistas- ella prepara el Matua Pua'a, y yo he visto que ella viene y le pregunta a los enfermos y les trae. Varias veces yo la he visto. Y les dice sí, que tiene que dejar de tomar unos días mientras toman el Matua Pua'a, los remedios del hospital, y después pueden volver a usarlos (...) el Ra'a kau hasta los mismos continentales se usa de eso aquí en el hospital. Aquí en el mismo hospital se usa, por ejemplo, hace poco estuvo mi hermano que picó los nonos -Nao Nao- y se le hinchó la pierna, y el médico dice, le recomendó agua de Higuierilla. Estaba hospitalizado y le ponían agua de Higuierilla. Se lavaba primero con eso, y después de eso se colocaba del otro remedio, de aquí del hospital. Usted sabe que hay control pero no es como una cárcel, así que el enfermo deja yo creo..., no se toma los remedios que le da la auxiliar o la enfermera y no se da cuenta"*.

Otra funcionaria del hospital (rapanui, 50 años) nos cuenta que ha visto muchas veces a la gente traer a los enfermos remedios *"he visto que traen Matua Pua'a y los médicos dejan, o puede que no saben que es Matua Pua'a..., pero yo creo que sí, no hacen problema. El doctor Concha, que ya se fue, ese recomendaba a la gente que tomara remedios de acá, le decía a alguna persona pero por qué se queja de eso : ¿para qué está entonces la Higuierilla!. Y el mismo lo tomaba, me acuerdo una vez usaba Higuierilla, yo lo vi (...) yo he visto pacientes que traen (...) Hierbaluisa, Sietevenas traen, y aguita de Eucaliptus. Una vez aquí mismo en el hospital se hizo harto, unos dos años atrás habrá sido, que las mismas enfermeras hicieron⁵⁵² para los enfermos que estaban ahí vapor de Eucaliptus, que hacemos aquí en la isla, cerradita la puerta de la pieza y todo para no molestar a los otros (...) sí, en general yo creo no hay problema usar esas cosas, por que yo he visto que la gente trae, lo mismo el Ra'a kau, lo traen"*.

En efecto, así como algunos elementos vegetales son utilizados cotidianamente en el contexto del hogar, como es el caso de la Hierbaluisa, de la Parta, entre otros, muchas veces tales elementos son incorporados como coadyuvantes en el tratamiento de un enfermo/a dentro del contexto intrahospitalario. Este "llevar aguitas" al enfermo es efectuado por parte de los familiares del hospitalizado, así como también en general constituye parte de las reglas de cortesía que para con el enfermo tienen sus conocidos (una cuñada, una suegra, etc.).

A juzgar por la data recogida y nuestra experiencia en terreno, entre las aguitas de mayor uso intrahospitalario están la "de Parta", de "Hierbaluisa", "de Naranjo", "de Pikano". El rol que juegan tales elementos preparados como "aguitas de", es bastante "general". No debe, a nuestro parecer, intentar necesariamente tomarse en el contexto de la enfermedad puntual del hospitalizado en el momento sino que debemos leerla en un contexto mayor. Durante la época de nuestra etnografía, el invierno rapanui, existía una gran "tensión", rayana en el pánico ante el peligro de contagio de los cuadros respiratorios propios de la estación: gripes, resfriados, neumonías, etc. Y es que en la "memoria colectiva isleña" los cuadros respiratorios conocidos en general bajo el término de "kokongo" han dejado un doloroso recuerdo de muerte en los primeros tiempos de la llegada de los barcos a las costas de la isla.

Se trata para la comunidad de un peligro latente que se debe enfrentar primeramente previniendo. El uso cotidiano y hogareño de estas plantas se traslada al hospital y allí se acentúa por el contexto percibido como peligroso. De acuerdo a lo que observamos, tanto el paciente como los familiares más cercanos, que le visitan y acompañan con mayor frecuencia, están bajo el uso de estas "hierbitas": todos deben prevenir. El uso de estas aguitas es entonces en dos niveles :

Antes del contagio, por parte de los visitantes que, al ver al hospital como foco de enfermedad, deciden defenderse; para el enfermo que, al parecer más que por una vulnerabilidad dada por su estado enfermo, por su permanente "estar en el hospital", se le dan a tomar para que no se contagie "con tanto bicho que anda". Sin embargo, también se puede prevenir una vez que ya el contagio se ha producido, y es prevenir que la enfermedad "se agrave". Y esta vez se trata entonces de atacar los síntomas directamente, atribuyendo una efectividad exclusiva o coadyuvante con el tratamiento médico mayor.

En el contexto intrahospitalario se han utilizado sin embargo, para enfermos que padecen enfermedades diversas, no sólo para cuadros respiratorios. El uso de las plantas no es nunca indiscriminado en la dosis, y se nos ha informado sobre la necesidad de "intercalar" diferentes "aguitas" durante los días de hospitalización y también durante la convalecencia, atribuyendo gran eficacia médica a esta práctica como complemento del tratamiento médico del hospital. Una mujer rapanui (60 años) que lleva aguitas a su esposo hospitalizado con una crisis de Hipertensión, dice, *"tiene yo que ir cambiando a él. Tiene que dar un día Parta, otro Hierbaluisa, al otro día boja de Tuava, el jueves da con aguita de Sietevenas, Llantén también pero es pal corazón. Deja no más en un jarro en la mesa, tiene que ser tibia, pa que tome (...) porque el doctor me dijo a mí tienen que darle agua"*

552 Entiéndase por "enfermeras" a las auxiliares paramédicos

cocida, no cruda. Por eso yo prefiere dar con hierbas. Su esposo José, quien es mapuche vecindado en la isla hace más de 40 años agrega *no hay que exagerar tampoco, tiene que tomarse unas dos o tres veces al día. Es como tomarse unas dos aspirinas*

Sigamos revisando el caso de la Núa y su esposo José, por la importancia y recurrencia de las aguitas en el contexto hospitalario, detengámonos en el caso de una de estas plantas, la Sietevenas. Este elemento se utiliza como aguita (no "tingui-tingui") durante el invierno en muchas casas con parientes hospitalizados y en los mismos hospitalizados como para prevenir en el área de los problemas "respiratorios y pulmonares" en este contexto peligroso (contagioso). Pero tendrá también una función curativa porque dar aguita de Sietevenas (y las otras también) es ayudar al enfermo a recuperarse de "todo" lo que pueda estar mal dentro de su cuerpo, por el valor asignado culturalmente a los "remedio pascuense".

Además, en este caso, no se trata de una hospitalización relacionada con las enfermedades para las cuales es utilizada la Sietevenas (no tiene que ver con las áreas que controla el medicamento). La Sietevenas entonces, no se administra en este caso sino como aguita. Ello, nos parece, tiene que ver tanto con un factor práctico, ya que no es dable "hacer tingui-tingui" dentro del hospital, porque este mecanismo de obtención del remedio desde la planta implica un uso inmediato del jugo, de modo que es más propio y cómodo "traer aguita" ya preparada desde la casa, a la cual se asocia la idea de "no vencerse" y esta se puede beber sin necesidad de que esté recién hecha, de modo que es más económico en cuanto a tiempo y trabajo.

Pero además, se usa el aguita porque se la entiende como más "suave" que el tomar el remedio directamente extraído de las hojas. Y en un contexto como este, en el que no se pretende una curación por medio del elemento, sino que constituye una ayuda en medio de una serie de otros procedimientos y tratamientos y medicamentos de distinto origen, lo más apropiado es dar esta solución que si bien se espera tenga efecto, no se convertirá en un problema a no ser que se exagere en la cantidad de aguitas y no se intercale con otras. Ello pues el uso de los "remedio pascuense" no debe ser indiscriminado sino "muy cuidadoso", siempre.

Es interesante constatar que por parte de los pacientes pese a que el "llevar aguitas" está plenamente institucionalizado y se realiza con toda naturalidad, incluso a veces con una cierta "prepotencia" muy típica de la relación de los rapanuis con el personal médico particularmente chileno, existen casos de informantes que nos han señalado, como lo hace la misma funcionaria María (ya mencionada) la necesidad de "esconder" algunos elementos del personal médico, posiblemente respondiendo a situaciones más traumáticas de un pasado opresivo de las instituciones médicas chilenas en la isla. Hay elementos que claramente son percibidos por la comunidad en general como debiendo ser "escondidos", como en el caso del Matua Pua'a. Se trata claramente de una doble astucia: por una parte el asegurarse el uso del remedio sin mayores problemas que puedan poner los médicos frente a esto, pues como vemos, a veces es incompatible –desde la perspectiva de la medicina rapanui- el tratamiento conjunto, y por otra el reservar para la comunidad el conocimiento y uso de un elemento que se considera muy propio, "es nuestro remedio" en relación sobretodo en este contexto. Ello contrasta con la apertura del uso del Matua Pua'a para cualquier otro contexto fuera de la isla, incluso Chile continental. Los chilenos pueden usar Matua Pua'a, incluso preparado por las núas especialistas, pero los rapanui no quieren que los médicos sepan mucho sobre el elemento.

Consideramos además, que este uso de hierbas medicinales dentro del hospital, particularmente en Hospitalizados, tiene que ver con una "defensa simbólica" ante enfermedades que, si bien son de los isleños en el sentido de padecidas por estos, se conceptualizan como "del hospital", "del otro" por el hecho de presentarse en este escenario. Esto es particularmente así en el caso de enfermedades contagiosas de invierno, ante las cuales la comunidad se siente absolutamente vulnerable y víctima. Así, tales enfermedades no son "asumidas" del todo por parte de los pacientes, no son enfermedades sobre las que la cultura (y sus creaciones) tenga todo el control, no se les puede solucionar con "puras hierbas". Como que siguen siendo de otro. Y sin embargo "usamos lo de nosotros también aquí adentro".

Zonas de Conflicto, Ininteligibilidad y Complementación

Otros procedimientos tradicionales son en cambio frontalmente combatidos por la institución, y lo han sido durante largos años de relación intercultural, de modo que en ciertos sectores de la población se va notando un cambio.

Es el caso de algunas prácticas de cuidado del cuerpo femenino que tienen que ver con la sexualidad, como los lavados intravaginales usando los dedos y ciertas hierbas con el fin de extraer "el material" pos coito así "limpiarse", evitando infecciones, malos olores y hasta el embarazo.

Los médicos reclaman que tal práctica favorece el desarrollo de cáncer uterino y variadas infecciones. Las cifras oficiales señalan que las consultas con médico y matrona en el primer semestre del año 1999 fueron mayormente las siguientes en orden decreciente: Leucorrea; Trastornos Menopáusicos y Posmenopáusicos; Trastornos Menstruales; Infección Urinaria.

Pero esta práctica es defendida como valiosa, y como un legado cultural de las mujeres "antiguas" a "nosotras las mujeres rapanui", siendo por lo general recurrente, e incluso cotidiana, pues muchas mujeres sostienen que ello permite que al momento del coito "la mujer esté seca, así le gusta al hombre rapanui. Si

no hacemos así, se va con otra". Esta práctica provee de una profunda seguridad en lo propio, en contraste con "las otras" -las chilenas- que "no hacen así".

Esta práctica es por tanto aún bastante extendida, observándose sin embargo en la población más joven alguna reticencia producto de tantos años de presión de parte del hospital. Algunas otras estrategias médicas tradicionales se encuentran también influenciadas por este fenómeno, manteniéndose sin embargo, la valoración cultural de las mismas.

Una mujer rapanui (58 años) señala recordando que después de que nace la guagua las mujeres tradicionales *"Pero nosotros lavamos con Higuierilla. Todos los días con Higuierilla, en la mañana, al medio día, en la tarde, en la noche, todo, por un mes. Caliente. Y con piedra, se calienta piedra y después envuelve con hierba, hoja de Plátano, y se pone por un mes. En cama un mes. Pero las mujeres tienen que estar en cama (...) las mujeres ahora no les gusta, no les gusta nada. Cuando nació la hija de mi hija le dije: que no, que no quiere, no le gusta eso con ese olor de hierba. Dije, si tú quieres sanar tu cuerpo para toda la vida: ocupa. No, que no le gusta... Se queda un rato y en la tarde sale de la cama a pasear. No!!, es que no puede hacer eso!!"*.

Estrella (rapanui, 40 años) dice *"antiguamente las mujeres, y nosotros también lo hacemos, calentaba piedras, como para el curanto. Esas misma piedras, tiene que calentar afuera y tiene que envolver como hojas de Higuierilla o de Plátano también puede ser, y después tiene que poner unas ropas y la mujer cuando tuvo su guagua se le pone en la cola atrás y también aquí, donde está la herida. Mi hermana yo le estoy haciendo, porque como no tenemos mamá, yo estoy viniendo a la tarde a su casa y le bago. Todos los días. Y sabe que la sangre le sale así, como coagulada, a montones... sí, porque... con el mismo calor de las piedras hace que se limpie. Y eso tiene que estar un mes haciéndolo. Y antes también nos poníamos unos paños aquí para que la guata no quede fea. Yo me amarré un paño y mi cuerpo está mejor que el de mi hija que vive en el conti. Porque ella, como no ha tenido cuidados tiene todo su cuerpo como con... como con roturas así. Y cuando vino la otra vez yo le dije, déjame ver tu cuerpo cómo te quedó después de tu parto. La vi y ella me dijo pero tú estás mejor que yo. Si aquí las mujeres tenemos mucho cuidado con nuestro cuerpo, pero hay que saber. Las niñas de ahora no saben. Si hasta para los pechos... hacerse masaje, para que no se caigan. Hay muchas cosas, muchas cosas, que no terminaríamos nunca de hablar"*.

En el contexto de la relativa pérdida progresiva de prácticas de cuidado puerperales como la aplicación de piedras calientes sobre el vientre, pubis y "en la cola", o la práctica de lavados intravaginales como recurrente pre y post coito, el uso de la Higuierilla en estos casos se encuentran en proceso de relativa retirada. Una antigua matrona del hospital (chilena, casada con rapanui, largos años viviendo en la isla) nos cuenta como refiriéndose al logro de un sueño largamente acariciado *"ha cambiado más lo del aseo. Porque ahora después del parto usan barto la Povidona, porque vienen a buscar cuando se les acaba. Vienen al hospital a buscar, ahí se sabe, ya no se lavan con Higuierilla"*.

Si bien las mujeres de mediana edad y mayores (fundamentalmente 40 años hacia arriba) aún señalan la importancia de tales prácticas y muchas de ellas las conservan con entusiasmo, las mujeres más jóvenes se han dejado influir por las concepciones médicas del hospital, que tras largos años de "lucha" están logrando imponer su criterio en este sentido. Esto es especialmente cierto en el caso de los mencionados lavados intravaginales, ya que constituye una práctica más individual y por ello más fácil de controlar por el sistema médico oficial, en comparación con los cuidados puerperales más dependientes de un conjunto de asistentes de la puerpera: su madre, su abuela, etc.

Otro ejemplo de paulatina penetración de la medicina hospitalaria y sus criterios es observable en el caso dramático de la culturalmente percibida como ancestral administración oral del Tia Pito al recién nacido, o el baño con la hierba como práctica recurrente durante la infancia. Este elemento botánico está fuertemente asociado a la identidad cultural por tradicional, siendo connotado como de los remedios "antiguos". Según los informantes, la función preventiva en relación al fortalecimiento de la salud en general, del "cuerpo" como el escenario de la fortaleza y la belleza, y de los aparatos gastrointestinales, se ha visto con el tiempo casi abandonada a causa de la incesante penetración de los criterios de la medicina hospitalaria, francamente contrarios a la administración de hierbas o de "aguitas" en los infantes.

La núa Magdalena (rapanui, 77 años) explica cómo se hacía *"Pa bañar a la guagua, si yo vi a mi mamá hacer eso, cuando nacía su poki, lavaba pa afirmar el cuerpo, fuimos a buscar, mete a la olla y baña"*, ello además de *"tiene que dar a su guagua cuando nace"*. Debido a que ya no se les da líquido, porque los médicos dicen que a las guaguas recién nacidas no se les debe dar nada más que leche *"las guaguas ahora se ponen amarillas"*. Pero *"no sabe el taote tiene que dar la mamá al poki -niño/niña, pequeño- Tia Pito, es bueno"*. La núa nos cuenta que lo que se hace entonces es *"la gente da escondida, no hay que mostrar al este -entiéndase "el médico" - porque se enoja"*.

El "otro Kino", aquel del que se puede hablar, el de las "motas blancas" cuya naturaleza es ambigua⁵⁵³ hace que el tratamiento del mal pueda ser solo paliativo, y en ello la comunidad privilegia el uso de elementos de su flora por sobre la medicación. Para Rita (rapanui, 35 años) el Kino *"pega por ponerse la ropa de otra persona, por estar en contacto con la transpiración de alguien que tiene kino. Pero no a toda la gente se le pega. Se cura con Mirotabití, y hay que raspar la mancha, muy fuerte. El Mirotabití, las hojas, se han machacado y puesto dentro de un paño para que salga el jugo y así se pasa sobre la mancha, basta que sangre y entre el jugo en la mancha. Este hay que hacerlo dos o tres veces a la semana"*.

553 Para nosotros sospechosa también de alguna transgresión

Pero la elección se encuentra cruzada por la presencia actual de un marcado conflicto de apreciaciones, entre comunidad y médicos, en torno a cómo actuar frente a la enfermedad de la piel en general. En el caso del Mirotahiti y su utilización para las "pestes" y demás infecciones/afecciones de la piel, la comunidad refiere un cierto cambio, pues su uso está siendo combatido por la medicina oficial ya que el criterio médico privilegia una "evolución natural" de la manifestación cutánea, en tanto el uso tradicional del Mirotahiti implica una intervención en el proceso que según los médicos resultaría perjudicial. En otros elementos, como el Mirivaihi, Numera, Poporo y Puringa también creemos que existe un paulatino reemplazo de su uso por los medicamentos hospitalarios, en virtud de este conflicto.

En una ocasión encontramos a una mujer rapanui (35 años) que acude muy angustiada a Urgencias con su niño, explicando que este tiene *"un brote epidémico de alguna peste que llegó en estos días"*. Como interrogamos por eventuales "remedios pascuenses" que pudieran servirle, explica: *"Me han dicho que con Mirotahiti se puede bañar el niño para quitar la peste, pero yo no confío porque el médico me dijo a mí que el niño no se mojara ni un poquito. Yo lo traje a que lo viera y eso me dijo. Y total... aquí en el hospital igual le dan remedio"*. Una mujer chilena (15 años en la isla) agrega *"a mí me dijeron de un montón de hierbas pa que le diera. Pero yo creo que no conviene porque es un proceso natural. Hay que dejar que se le pase solo. Uno no sabe qué consecuencias puede tener"*.

Existen por otra parte, algunos "estados" o enfermedades "pascuenses" en los cuales el hospital nada tendría que aportar, como es el caso del Kino concebido como derivado de una transgresión de lugar, cuyo tratamiento no existe, ni siquiera a nivel de medicina isleña. Es también el caso de la acción de los varúa, que puede o no ser identificada émicamente como enfermedad. Existen casos de isleños más chilinizados que ante malestares extraños y en la búsqueda de un diagnóstico diferente al que ya han recibido de los ancianos utilizan las tecnologías hospitalarias (rayos X) y al no poder "ver los huesos molidos", retornan a la solución tradicional.

Encontramos, por ejemplo, un interesante caso de complementación terapéutica entre sistemas médicos que aunque refleja una capacidad especial de combinación, otorga mayor influencia a la medicina isleña, como aparece en el relato de Florencia (rapanui, 45 años) sobre un pariente, en ese tiempo niño, al que le ocurrió un "accidente": *"A este niño lo curaron con eso, pero siempre haciendo algo allá en el campo pob, porque se enojaron -los varúa- porque mi cuñado se hizo pichi en su cara pob, no ve que siempre esas piedras que están así como.. ellos están abajo y como se enoja tanto con esa familia porque ellos..., siempre la gente antigua dice que los varúa conocen a la gente de esa familia, porque son todos altos (...) Si, tiene que ir al campo, fue a hablar con ellos. Pero ellos sabrán cómo tienen que hablarle. Lo primero que tú tienes que saber es los nombres del varúa, los apellidos, y se presenta usted así, que yo soy de tal, de tal tiene que contar que de... que yo vengo... mi mamá es esto, o sea yo llegué a ser de mi mamá porque vino de esto, hijo de esto, así, hasta que llega a tí. Sí, mi mamá sabe harto, mi mamá siempre tiene respeto por esas cosas (...) el papá de ese niño soñó con mi abuelita, ella vino al tercer día. Dijo que ella fue, conversó harto, pero ella no los ve a ellos, en el sueño ellos le entran (...) mira, cuando mi abuelita bajó al tercer día dijo que no teníamos que haber ido allá con mi cuñado. Ella soñó que era una abuelita que le decía que ella se enojó tanto porque se meó en su cara, o sea, y qué va a saber el otro que ella estaba ahí pob (...) Ahí empezó a dar de esa cosa, el Matua Pu'a y mi abuelita dijo el niño va a vivir pero va a tomar tres meses tiene que tomar eso, tiene que sacar del hospital. (...) primero llevaron al niño al hospital, le dieron remedios de ahí, pero después dijo que se iba a morir, porque están... se molió el hueso. Y antes no es como ahora que hay radiografías, antes tenía que venir un caballero de la Armada, en ese tiempo no estaba sí, tenía que esperar hasta que volviera del conti pa poder ver una radiografía. Pero, pareciera que el hueso estaba todo molido. Si el niño lo único que hacía era "abbbbbb". Y después mi abuelita se quedó ahí con el niño y haciéndolo tomar, pero mi cuñado no dejó que sacaran al niño del hospital y ella le daba no más, le hacía tomar al niño y no le daba los remedios del hospital. Cuando llegaban los remedios mi abuelita lo escondía, no le hacía tomar al niño, y le daba y le bañaba (...) Pasó los tres meses, el niño ya está caminando antes de los tres meses. Y mi cuñado no quiso que sacara al niño del hospital, después tuvo que decir que ese remedio lo había sanado. Y ese remedio lo sanó porque mi abuelita soñó que ese remedio le iba a hacer y le hizo (...) el niño quedó bien, pero siempre toma, se toma una botella en el año. Porque dice siempre vuelven los dolores"*. Notemos sin embargo, que es a la par la primera y única vez que se nos señala la posibilidad de utilizar un remedio botánico en el proceso de recuperación de un agredido por los varúa, siendo este por supuesto: Matua Pua'a.

Para otras enfermedades es posible que el hospital sirva como una "ayuda", más que como una "cura", muchas veces combinándose ambas medicinas u optando por un tratamiento con "remedio pascuense". Ello se relaciona con concepciones particulares respecto al origen y naturaleza de la enfermedad y al tratamiento consecuente, a veces incompatibles entre sistemas médicos. Pero también observamos que existe en la comunidad, en este sentido una influencia de los criterios médicos occidentales.

El asma o "mare" -enfermedad de las más prevalentes en la isla- es concebida por muchos como una enfermedad incurable, concepción que va más allá del carácter crónico de la misma, por ser producto de transgresiones de tabúes alimentarios anclados en la comunidad, tal como hemos ya señalado. De este modo "tiene que aguantar porque eso es castigo". Los únicos elementos a los que escasa población atribuye el poder de "sanarla" son el Matua Pua'a, mediante un ejercicio mágico, como señala Eulalia (más de 70 años): *"no se cura, el mare no tiene cura. El asma cuando recién está empezando, se puede hacer con Matua Pua'a. Sacar esa carne que tiene cuando ralla, calentar, poner en un paño y poner aquí en la cabeza. Recién está empezando y si no, no se cura"*; o bien el Numera, según Florencia (rapanui, 60 años) quien al no encontrar remedio en el sistema

hospitalario, es drástica: *"para el mare antiguamente usa el po'e -Numerá- en el pecho. Antes no muere, ahora muere mucha gente porque usa medicina moderna, pero antes no, porque ese se deja mucho tiempo"*.

Pero dentro de la medicina herbolaria algunas plantas se están usando últimamente, (Pikano, Sietevenas, Cebolla, Marihuana) para su alivio, sabiendo que no se encontrará cura absoluta. Hemos observado sin embargo que la gente acude al hospital para su tratamiento y control de manera bastante "fiel", desconfiando de la posibilidad de solución del problema dada la mencionada conceptualización de la enfermedad. Es muy probable que la comunidad esté encontrando "nuevas asmas", pues algunas personas nos informan de las variadas naturalezas del asma, ya no solamente aquella que corresponde a una etiología personalística. Así podríamos explicar esta curiosa mezcla de tratamientos y el acudir al hospital en busca de remedio o de alivio para la misma, a la vez con una actitud incrédula.

Respecto al Hahara'rá -fiebre aftosa bucal-, creemos que la predilección por el uso de elementos botánicos "remedios de los antiguos", particularmente el Pua, es incuestionable, encontrando además un uso preventivo y curativo del Tia Pito en este sentido. Numerosos testimonios comparan sus beneficios con los de los "remedios del hospital", aludiendo a que la rapidez del tratamiento hospitalario no garantiza resultados, en cambio las virtudes y el carácter de la planta y el procedimiento de su preparación son garantías de la efectividad del tratamiento. Existe también en relación a los médicos reticencias respecto a estas plantas para tales usos.

Una paramédico del hospital, mujer rapanui de 50 años, nos comenta *"Para que vea, yo en mi casa siempre lo mantengo, por ejemplo el Púa, esa cuestión, yo lo rallo y lo lavo y se soluciona, y dicen los médicos mejor no dar eso, porque cuando uno da se le quita al tiro eso, y ellos dicen mejor dejar que se le brote pa que se va la enfermedad, porque dicen a dónde va a terminar esa cosa"*.

El uso del Pua para esta enfermedad es tan extendido que una joven rapanui (18 años) comenta *"Habara'rá se pasa con Pua. Ese es el remedio que con ese nosotros mejoramos a los niños porque le salen unos como granitos dentro de la lengua y eso molesta. Entonces aquí lo traen y les dan una cuestión morada y eso no les sirve porque no pasa nada, los doctores lo recetan, dicen que es bueno. Pero llegan a la casa y no le pasa nada"*. Lo importante es, señala, que sea preparado por los ancianos para no perder el mana.

También hemos encontrado chilenos que lo utilizan de la misma manera, señalando el mismo grado de adhesión opositiva, básicamente dando testimonio personal de un uso exitoso del remedio.

Otras manifestaciones de enfermedad ampliamente presentes en la comunidad y respecto de los cuales la gente compara entre sistemas son los furúnculos y otras "brotaciones" de la piel, respecto de las cuales la comunidad refiere preferir el tratamiento con plantas Floripondio, Mirotahiti, Matico, Higuierilla, Matua Pua'a, y especialmente la Moma.

El discurso valora sobretodo la efectividad de los remedios isleños en este sentido, calificándolos como verdaderas alternativas frente a la medicina hospitalaria, además de ser de efecto muy rápido. Es el caso por ejemplo de Irma (rapanui, 60 años) quien es funcionaria del Hospital desde hace muchos años nos comenta *"la Moma se usa mucho pa los furúnculos. Te pones Moma machacada o hervida donde está el furúnculo, con un trapito te lo amarras, te lo dejas dos días y eso te saca de raíz. No es como los antibióticos que tienes que estar semanas con suero, con antibióticos. Lo madura y arranca de raíz. Pero ahí sí que se pueden hacer curación. Ahí vienen al hospital a hacerse curación"*

Otras personas logran en efecto combinar ambos sistemas al modo de una síntesis, tal como hace Gonzalo (rapanui, 54 años) cuyo caso es paradigmático. Trajo a su hijo (13 años, con furúnculo en la axila izquierda) al médico y este le sugirió *"hacer con remedio pascuense, haga con eso pa ver qué resultado tiene"*. Entonces *"con Moma, pa que salga la materia. Por ejemplo, una vez cada cuatro horas se calientan diez pongamos hojas de Moma. Con un poco de grasa se calienta en un sartén puede ser y pone en el lugar donde hay furúnculo. Se pone en la tarde y deja ojalá toda la noche (...) me dijo el médico haga con eso pa ver qué resultado tiene. Ahora yo traje pa que a ver qué me va a decir. Va a ver que está madurando"*. Gonzalo cuenta, *"puse Moma cuando hinché, la tía puso también. Empezó a hinchar más y ahí reventó y salió el líquido. El doctor abrió acá, hizo un tajo y empezó a salir más piru"⁵⁵⁴. Con la herida así no puede poner Moma, porque se puede infectar la herida. Puede poner pero está ese riesgo. Lo que puedo poner también, piedra caliente con hoja de Higuierilla. No alcancé a hacer eso. Pone Moma cuatro días y guatero caliente"*. Gonzalo comenta que luego del tratamiento en el hospital posiblemente pondrá Higuierilla para lavar la herida.

Otro ejemplo es el caso de una joven mujer mestiza (30 años), espera atención médica pues su pequeño hijo *"tiene un furúnculo en la frente (...) para el furúnculo de mi otro hijo lo lavé con Higuierilla. Yo no sé si será por lo caliente o por el mismo efecto de la hoja, que te mata todos los bichos. Lo lavé y se reventó. El tenía una mancha roja en la pierna y lo lavé y se le abrió. Al tiro empezó a salir la materia. Cuando nació mi hija, me salió a mí un furúnculo y el doctor me dijo que había que sacar la materia. Esa vez yo me seguí lavando con Higuierilla no más. Pero a él lo traje ahora porque igual quiero que lo vea el médico, porque me da miedo... como es chico... (...) después puedo llevarlo al mar, no ves que el agua de mar te seca ? . Y después eso se lava con agua de Higuierilla y listo"*.

Otros problemas para los cuales se utilizan muchas veces ambas medicinas, valorándolas en sus específicas propiedades, son los traumatismos y problemas del sistema osteomuscular, categoría que según cifras

554 Es el término rapanui para referirse a las sustancias purulentas, y por lo general se extiende a "hediondo".

oficiales se sitúa en el tercer y cuarto lugares de prevalencia en el semestre. Pareciera que en el caso específico de los problemas óseos la comunidad se sintiera muy segura de sí misma. El elemento botánico que se presta más a la complementación en este tipo de problemas es la Higuierilla, tanto para bañar la zona afectada como para beber, de modo que la gente percibe que está produciéndose una mejoría "de adentro hacia afuera", siendo utilizada luego de un diagnóstico de rayos y/o habiendo recurrido a un enyesamiento efectuado en el hospital. Algunas plantas son usadas dentro del contexto hospitalario y luego de este, pero el discurso requiere recalcar el valor del "remedio pascuense" por sobre toda la terapia hospitalaria.

Es el caso más paradigmático del remedio por excelencia.

Sofía (rapanui, 50 años) nos cuenta *"mi hijo se accidentó, ¿cómo lo iba a dejar en mi casa. Lo trajeron porque estaba entero fracturado, un corte en la cabeza, lesionado, le corría la sangre, y lleno de heridas. Cómo no lo iba a traer! (al hospital). Y con el Matua Pua'a nada más se sanó. Esa misma tía se lo preparó. Tiene que tomar ordenado, por ejemplo, toma tres veces al día. Ese remedio es muy delicado. Y si tiene una pareja tiene que abstenerse, tres días antes y tres días después de tomar (...) cuando se accidentó yo traje para acá, pero sin que los médicos sepan, porque es como el jugo de naranja o zanahoria, de ese color. Yo le daba. Lo puse en el velador y le iba dando. Después cuando lo pasaron por el examen... no le salió nada, no se veían las fracturas, ni las soldaduras de los huesos, nada. Y a la vez le daban remedios de acá los médicos, porque no afectan. Las mismas pastillas que le dan en el hospital se pueden tomar con ese jugo. Pero eso mientras uno está aquí, pero llegando a la casa lo corta automáticamente. Le da puro eso: Matua Pua'a. ¿sabe por qué se llama así?. la madre vaca?. Será a lo mejor porque es bueno para todo... como la leche de vaca que es bueno para todo..."*

Testimonios como este hemos encontrado incluso en una mujer chilena (35 años, casada con rapanui), quien comenta respecto al hospital *"es buena la atención en el sentido que te abran las puertas, pero adentro empiezan a decir a ver... ¿qué hacemos? (...) el Matua Pua'a conozco una señora que lo hace. A veces no es tanto el efecto como la fe que le deposita uno. Son cosas secretas de la isla, la gente se mejora. A un cuñado mío le pasó que se cayó del caballo. Lo trajeron para acá y acá... nada pob. Entonces la núa mandó a decir que lo lleven para la casa. Lo llevaron y le hicieron con Matua Pua'a, le pusimos compresas de eso. Y cuando viene para acá como al décimo día, le dijeron acá "estás mejor", jurando que había seguido el tratamiento.... de hecho, mi esposo ha venido dos veces para acá no más. Una vez que vino al dentista y esa que se rompió la costilla"*

Olga (rapanui, 52 años) recuerda, *"yo cuando me accidenté, choca mi hija con un caballo, me quebré los dos brazos. Vine para acá y me enyesaron, imagínate, los dos brazos. Sin poder mover, y no era por el yeso, era por el golpe. Entonces fui donde la tía Inés. Su esposo es hermano mío. Y ella con eso me curó. Pero ese remedio es sagrado, tiene que respetar. Tiene que hacer una persona que sepa. Con eso me sané hija. Yo no fui pa allá, ella me preparó y me mandaba pa acá al hospital, si yo estaba hospitalizada. Acá tomaba a escondidas porque al médico no le gusta. Y cuando me fui a la casa me mandaron dos garrapas. Yo no quería más. Yo no tomaba té, eso no más. Estuve como un mes, y no se le echa azúcar. Yo le echaba, pero la ley es que no echa. Pero yo confío en ese remedio. Después del yeso yo tomé ese remedio. O sea yo empecé a tomar con el yeso, aquí, pero aquí me dan poco, una botella chica todos los días, pero cuando me fui a la casa tomé más. La tía Inés me dijo que en la noche, cuando me duele, porque en el día no me duele, me pusiera la mano -brazo- con una chaleca roja, o en una bufanda roja. Yo no sé por qué tenía que ser roja. Y me dijo que calmaba el dolor, el rojo (...) ella misma, en cuanto supo me ofreció por teléfono. Se encargó de todo"*.

Temor, Soledad y ¿Esperanza?

En relación a las enfermedades que la comunidad claramente identifica como "nuevas", encontramos tanto a las en permanente entrada como contagiosas (de la piel, respiratorias, venéreas) y otras que lo son en tanto producto del cambio en las formas de vida (cáncer, diabetes, hipertensión). La comunidad refiere claramente que hay nuevas enfermedades para las que no hay remedio pascuense "todavía".

Existe una clara noción dentro de la comunidad de que para enfermedades "nuevas" se hace necesario comenzar a ejercitar una antigua "costumbre" isleña, cual es "buscar", tal como dice Juan (rapanui, 50 años) funcionario del Hospital, *"habría que probar, porque es una enfermedad nueva"*. Comienza a experimentarse con varias plantas, pudiendo ser dirigida la búsqueda por la mera necesidad compulsiva de encontrar remedio, por un sueño⁵⁵⁵, por los relatos de "los antiguos".

La comunidad requiere y reclama, que para males "nuevos" hayan soluciones dentro del hospital. Existe, por lo demás, la recurrente "queja" por parte de los pacientes de que, como nos dice una paciente de crónicos *"estos médicos no saben nada de diabetes, de hipertensión, de nada, porque son médicos generales, no son especialistas"*. Ello nos habla de la necesidad que la comunidad tiene de contar con especialistas que aseguren un buen tratamiento, pese a que como pacientes no asuman una actitud de autocontrol frente a su problema y muchas veces incluso, tengan una actitud francamente rebelde y desafiante en relación a las prescripciones del hospital. La solución completa, pareciera decirnos esta actitud y situación paradójica, tiene que venir de afuera, sea como sea.

Eso se relaciona a la mala percepción del hospital, en el sentido de la carencia de remedios, como describe José (chileno de origen mapuche, al que ya hemos mencionado) *"varias veces yo he usado remedios de acá de la isla, pero por ejemplo, pal corazón no hay. A lo mejor al principio de la enfermedad, pero pa lo mío ya no porque ya es un soplo. El problema que hay aquí es que no hay remedio en la isla. El doctor se consigue a veces, con algún otro médico de Santiago, y le*

555 Como el mencionado caso del Llantén

da toda la información y de allá me mandan a veces mis remedios pal corazón (..) y han muerto varios yéndose pal continente. Es que los mandan y allá no aguantan la presión, y se mueren no más

Ante esta situación percibida como la realidad, de que no se encuentra remedio efectivo para algunos males en ninguno de los dos sistemas, la comunidad siente una profunda soledad y desesperación.

Como vemos en las cifras de morbilidad, la incidencia de patologías referidas a piel y tejido subcutáneo es muy alta. En su mayoría refleja patologías más o menos estables en la población. Sin embargo, en esta cifra no encontramos reflejado el fenómeno más reciente y paradigmático del ingreso del denominado "Nao Nao", *Aedes aegypti*. Según un informe del Hospital Hanga Roa (año 2001), se estima que la ausencia de una notorio aumento en las cifras de Hospitalización por esta causa, puede deberse a que se solucionan a nivel ambulatorio en el servicio de Urgencias -no contando el Hospital con un registro inmediato de consultas en esta sección del mismo- y no llegan en su mayoría a Hospitalización.

Esta situación es paradigmática de la vulnerabilidad isleña y de lo poco previsoros que como país hemos sido en atender a tiempo las necesidades más elementales de la población rapanui y sobretodo en términos de proveer a los isleños de seguridad y buenas condiciones de vida.⁵⁵⁶

Pensamos que este problema específico es también paradigmático de lo que ocurre con los isleños y su percepción de las enfermedades "de afuera". Para hacer frente a la picadura de Nao Nao, los isleños utilizaron de su farmacopea algunos elementos, pero no han encontrado en ello satisfacción al problema que provoca, y, según hemos observado, acudieron masivamente a la atención de "Urgencias", y con mucho temor, en busca de curaciones de las heridas infectadas. Encontramos entre ellos a personas que llegan de manera inmediata o a muy pocas horas de haber sido picados, y otras que lo hacen después de haber intentado primero con "remedios" de la isla (Higuerilla, y el relativamente nuevo uso medicinal del Limón principalmente), francamente asustados por las infecciones manifiestas. Remedio pascuense en tales casos no parece ofrecer mejoría: el "bicho" es nuevo, viene "de afuera". Ante enfermedad nueva se requiere de elemento botánico nuevo, o de un uso nuevo asignado a un elemento con mayor tiempo en la isla.

Una mujer rapanui (55 años) está en "sala de espera", esperando curación: *"tengo picadura de nao nao, y yo estoy en el campo (...) no podía venir de allá para acá, muy lejos, por eso estoy tan mal (...) a mi me afecta mucho, no estoy acostumbrá. A mi hija también afectó mucho, la picaron y se le infectó todo el pie -entiéndase pierna-, tuvieron que hospitalizar. Ahora yo estoy con esto, ahora vengo a curación (...) yo me lavo con Higuerilla, uso mucho la Higuerilla, pero para esto prefiero venir acá a curación, porque no me puedo mojar, se va a poner peor, me viene la brotación (...) es que llega mucha gente a la isla, y traen sus enfermedades y bichos. Cuando tiene una enfermedad más fuerte tiene que venir acá"*

En otra ocasión encontramos a un hombre (rapanui, 65 años) en "Urgencia", con una infección de semanas en las piernas y un problema de diabetes que dificulta su mejoría. Es un trabajador de la zona rural donde según cuenta *"me comieron los Nao nao, yo trabajo en el fundo Vaitea y tiene allá mucho bicho, aunque yo duerme con pantalón, igual me pican. Pero el problema es que es mucho trabajo, siempre estoy trabajando y me siguen picando, yo trabajo y trabajo y no alcanza a venir pal hospital"*. Al consultarle nosotros sobre uso medicina herbolaria para su problema nos explica: *"sí, yo puse con Higuerilla al principio, pero después no puse más, ocupé Ra'a kau pero alivié siete días"*. Como insistimos sobre plantas responde, *"hay un... bueno... (mirando alrededor), ya se fue el doctor. Tú vas y te pasa con limón... porque dice el limón tiene... ácido, usted lo pica, y se va. Yo no lo hice así porque donde trabajo... no hay limón esa parte"*.

Reconocemos en este caso una típica estrategia rapanui ante el ingreso de "enfermedades nuevas", que consiste en experimentar con elementos más o menos nuevos de la botánica isleña, ensayando nuevos usos de acuerdo a las necesidades del momento. Es una "nueva prueba" que hace la cultura, y en el caso particular del Limón en este contexto, posiblemente fruto de influencias continentales.

Está este koro muy interesado en recibir tratamiento médico e insiste a la auxiliar paramédico que lo atiende (ella es funcionaria rapanui) *"tú pones eso pero mucho, mucho antibiótico (...) al doctor yo estoy llamando le digo está mi pierna medio hinchado, dice te voy a dar remedio. Todas las personas me atienden a mi aquí en el hospital. Todos ustedes son buenos para mí"*.

Dos ejemplos dan cuenta del fenómeno antropológico del Matua Pua'a. Frente al Nao Nao no hay remedio isleño, hay más miedo, pero finalmente la misma mujer que anteriormente hemos mencionado concluye con el único remedio que pudiera servirle para esta picadura "nueva", el Matua Pua'a *"ahí en el volcán tiene un remedio que es fuerte y es bueno también, pero tiene que ir a buscar eso no más, tiene que ir a buscar, no mirar nada y volver, nada más, un joven que conozco hizo una herida bien grande en la pierna, yo ví cómo hizo, lo rallé y lo puso en un paño encima de la rodilla. Se le sanó, él hizo eso y yo voy a hacer también si no sana voy a hacer con ese remedio"*.

Una auxiliar paramédico chilena (5 meses en la isla) nos comenta que ha visto que para el Nao Nao la gente usa *"una cataplasma que es como un barro para poner en las heridas. Mezclan hierbas, me parece que las cocen un poco, se me olvidó el nombre, las machacan un poco y después se las ponen como cataplasma"*. Sin duda se refiere al Matua Pua'a, que la comunidad ha empezado a utilizar para esta enfermedad "nueva".

556 Hemos de notar también que para el cierre de este escrito la, en un principio alarmante y sensacionalista noticia de "Alerta Sanitaria en Isla de Pascua", ha quedado ya en el olvido, lo que no significa por cierto, que el problema haya pasado: simplemente ya no es "noticia".

Justamente a raíz de la campaña de erradicación del Nao Nao, las autoridades chilenas han tomado conciencia de la necesidad de aplicar políticas claras y radicales para el control de la introducción de agentes en Pascua. Se efectuaron capacitaciones de profesionales del Hospital acerca de enfermedades tropicales en general y las maneras de tratarlas y sobretodo de prevenirlas. La Resolución Sanitaria N°001781 del 23 de Noviembre del 2000, del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio establece la obligatoriedad de implementar barreras sanitarias para aviones (comerciales, civiles y militares) provenientes de zonas endémicas y aquellos que regresen a Chile continental. Las autoridades están empeñadas en obtener una nueva resolución que aplique igual medida a las naves marítimas de todo tipo. Así, este tema puntual y sobretodo a raíz de los últimos sucesos, permite ir sentando las bases de políticas que tomen conciencia de la vulnerabilidad de la isla y la responsabilidad de Chile en su protección.

Respecto ahora a las igualmente conceptualizadas como nuevas, las patologías "de la civilización", es interesante considerar que según la percepción de una funcionaria chilena, con largos años en la isla, encargada de los programas de crónicos, y referido a Hipertensión y Diabetes, *"hay una barrera idiomática seria. La mayoría de los viejos no hablan bien el castellano. Y por lo tanto, la educación para explicarles su enfermedad es súper difícil y lenta (...) por otro lado te dicen 'no... yo sé todo de esta enfermedad. Yo sé de esto' No están ni ahí mucho con aprender (...) igual comen lo que no deben. Dieta ni loca (...) lo otro es que cuando los diabéticos vienen a control, no comen ese día, para pesar menos. Creen que así van a pesar menos. Pero son porfiados...(...) muchos abandonan el control"*.

Esta percepción funcionaria no coincide del todo con la nuestra. Pensamos que el tema justifica una reflexión antropológica un poco más comprehensiva. Revisemos qué ocurre con los pacientes con Hipertensión que nosotros hemos entrevistado.

Algunas personas son absolutamente "fieles" a los remedios del hospital, como un hombre chileno (70 años, 30 viviendo en la isla), antiguamente trabajador de la construcción, ahora viudo (mujer chilena), nos comenta su adhesión al programa de crónicos, *"sagrado los remedios, y a la hora, todo. Y vengo a control siempre, control crónicos, por mi problema de hipertensión"*. No conoce nada de remedios isleños.

Hay quienes logran combinar ambas medicinas, otorgando siempre al hospital una profunda valoración de sus estrategias médicas María, (rapanui 60 años) nos comenta *"yo soy crónica de presión alta. Vengo a control los martes, una vez al mes. Eso sí que yo respeto mucho. Cumpló con mi control y mis remedios. Pero a veces yo tomo Limón o Pomelo, pero un vasito chico, y se me baja altiro la presión. Yo confío en ese remedio. El médico dice que está bien. Aquí me da remedio pa bajar, pa hacer pichí, porque bota la presión por el líquido. Y sagradamente yo tengo que estar aquí"*

Muchas personas, incluso los ancianos, asisten rigurosamente a sus controles, tal como relata Magdalena (rapanui, 77 años) dando cuenta de la importancia de usar el hospital para este tipo de males *"todos los meses yo viene aquí a controlar... me olvidé el nombre de ese oye: la presión.... Todo controla, todo el cuerpo, todo el cuerpo, entonces el doctor me da remedio pa... cómo se llama, control crónicos. Todos los meses viene a controlar"*. Le comentamos que hay mucha gente a la que no le gusta venir al hospital, *"son flojos, por flojo. Porque yo no sabe hablar castellano..., tiene que vivir, no importa usted no sabe pero hay algo para decir al doctor, me da remedio pa que me pasa. Si tú te quedas allá se va a morir."*

Encontramos que existen caso de pacientes que hacen un uso alternativo a los remedios del hospital, en base a la actualización de la potencial "capacidad de búsqueda", Gonzalo (rapanui 54 años) padece de Hipertensión, la que controla con Uña de Gato y Pata de Vaca, bebiendo todos los días, en vez de "los remedios del hospital". Descubrió que tales hierbas le servirían pensando, juntando *"historias que contaban antes, leyendas"...*, y finalmente decidió probar un tiempo para ver si le resultaba y resultó. Junto con ello, controla la presión con una máquina "del conti", y verifica cada semana cuán bien le hacen las hierbas.

Respecto a la Diabetes, hemos encontrado que la comunidad la concibe como bastante peligrosa, y es tanto el peligro y la complejidad de la enfermedad que pocos remedios isleños tienen la capacidad de curarla.

Como relata Inés (rapanui, 70 años): *"ahora está dando una enfermedad que da por comer cosas dulces (...) la enfermedad del pié"*. La única manera de sanarlo es con el Matua Pua'a, remedio en el cual es especialista la misma núa. Según ella *"eso se bota por el pié y se rompe el pié, queda blandito, se aplasta, allá en el hospital no se cura. Me contó papá Jacobo, mi marido, que una prima mía acá en el hospital está así (...) no vino para acá para que diera Matua Pu'a, lo hace todo mal, ya es tarde, ahora tienen que cortar en el hospital"*. Una vez en el ámbito del hospital, pareciera que ya no hay nada que hacer, la enfermedad está en su recinto.

Y sin embargo, Jorge (rapanui, 33 años) quien atribuye la enfermedad al *"comer mucha miel de esos pájaros que vuelan"* (abejas) hasta producir la amputación de la pierna o el pié -porque el dulce se va para abajo-, dice que él ha conocido casos de amputación hechas en el hospital, porque las personas no usaron "a tiempo" el Matua Pua'a. En una afanosa estrategia para encontrar relación de la enfermedad con "remedio pascuense", nos dice *"después de amputar no hay problema, tú sigue con agua de Higuierilla pa lavar la herida de la pierna que te sacaron"*.

La enfermedad es tan del hospital que Teresa (rapanui, 45 años) quien se encuentra hospitalizada con una crisis diabética y tiene ya una pierna amputada, nos dice *"para la diabetes no hay plantas aquí mija (...) no, no me quiero ir, está bien aquí, los médicos no son muy estrictos a mi me gusta estar aquí, hay que hacer lo que el médico diga no más"*.

El caso de Catalina (rapanui, 56 años) es especialmente conmovedor. Está hospitalizada y recientemente le han entregado el diagnóstico de diabetes. Catalina no suele ir "para nada" al hospital, y se jacta de ello.

Cuando se enferma utiliza remedios que encarga a sus parientes, o se atiende con la medicina "pascuense". Este diagnóstico la sitúa en la necesidad de comenzar a controlarse, dice con dolor *"el médico me dijo: todos los meses, él me va a dar una fecha, tengo que venir. El médico me va a dar remedio, tiene que tomar, dice. Tengo que cuidar, porque sino voy a cortar tu pierna, dice. Una vez al mes, dice, al principio. Otra vez, cuando ya estoy mejor, vengo cada dos meses"*. Además, significará comenzar a restringirse con la dieta, y eso parece ser difícil a estas alturas de la "modernidad" isleña. Nos comenta que la dieta ha cambiado, que ahora no están comiendo bien, que vienen tantas cosas del conti... Finalmente Catalina se tranquiliza y decide que luego de salir de su hospitalización va a buscar la tranquilidad que no encuentra en este pedazo de isla, sentencia aliviada : *"yo después, de aquí me quiero ir al campo"*.

ANEXO 16 Historia clínica mujer rapanui desde Hospital Naval (años 50) al hospital Hanga Roa antiguo (1999)

La ficha médica (encontrada en primer terreno del año 1999 en el SOME del entonces HHR) fue reconstruida y analizada para identificar relacionamiento con el HHR en el tiempo (Fajreldin 2002). Se trata de una especialista sanadora rapanui en la década de los años 2000; hoy retirada de tal función. La nua fue consultante recurrente del recinto en busca de alivio para sus dolores del alma y del cuerpo; no encontrando jamás una perspectiva médica que pudiera orientar mejor su sintomatología. Pese a ser sanadora tradicional, tampoco la medicina rapanui le ofreció alivio en si mismo; toda vez que el caso muestra un claro perfil de comunidad étnica atravesada por un estrés étnico. Se observa presencia de síntomas cronificados que tienen que ver con estilos de vida propios y de sus familiares. El HHR como un recinto con pocas herramientas conceptuales y materiales para abordar la complejidad del caso. Adherencia variable de la paciente a diversos estímulos del HHR y sin embargo un uso prolongado del recurso hospitalario.

Ficha Médica número ...

Nombre: ...

Nació el año 1948

Hospital Naval de Isla de Pascua: exámenes físicos y baciloscópicos, desde el año 54 al 65. En todos aparece normal y negativo. Pero los años 64 y 65 "no concurre" a los exámenes.

El año 66 se hospitaliza (SMD).

El año 67 (hospital de transición administrado por SNS) llega al hospital para tener un hijo. Los médicos anotan en su hoja de parto, entre otros datos, dos que llaman la atención: "ignora fecha última regla (...) embarazo sin control"

Año 68 otro parto. Al octavo mes llega por síntomas de parto prematuro. Esta vez, según consta en la data, se ha controlado tres veces durante el embarazo. Y conoce las fechas de la regla.

El año 69 se interna por problemas ginecológicos. Al parecer se trata de un embarazo con placenta previa. Aparentemente se trata de un aborto.

El año 70 otro parto. Observaciones: un control durante el embarazo

El año 72 se hospitaliza con cinco meses de embarazo. Llega a urgencia y la internan por "pielonefritis y hipertermia". Está tres días dentro. El médico anota: "tranquila". Le dan alta con remedios y fecha de control. (SMD).

Aparece en todo caso, otra ficha de parto (SMD)

Entre octubre del 73 y abril del 74 aparecen cuatro consultas. Los problemas que se mencionan son: amigdalitis, cefalea crónica. Aparentemente se hospitaliza durante el 74 (SMD)

El año 75 otro parto. Esta vez se ha controlado ocho veces durante el embarazo. Sabe sus fechas de menstruación. Tiene "cinco hijos vivos y uno muerto". (En la data aparece que tiene 22 años. Pero sin contamos desde el 48, tendría 27)

El 76 se hospitaliza, desde enero a febrero porque pierde un hijo. "solicita extirpación tubaria definitiva". Además, parece que tiene apendicitis. Luego, en los meses de marzo, mayo, junio, consulta nuevamente por "cefaleas".

El año 77, durante marzo, aparecen tres consultas seguidas (días 8, 15, 28) por "cefaléa, especialmente nocturna". Se le receta "dipirona".

El 79 otra consulta (SMD). Y en diciembre de ese año consulta por "dolores en un hombro". Se le da analgésico.

El año 80, en los meses de febrero, marzo (dos veces en marzo) y septiembre consulta por cefalea.

El año 81, en agosto, consulta por cefalea.

El año 82, en agosto, consulta por cefalea. El medico anota, "cefalea todos los días desde hace un año". Médico anota, "examen físico (-)" "marido alcohólico la maltrata todos los días". "Diagnóstico: neurosis de angustia". Se constata otra consulta ese mismo año.

El año 83, consulta tres veces durante el año, por lo mismo. Y se le diagnostica en las tres oportunidades, lo del año anterior, "neurosis de angustia". Esta vez se le ordenan exámenes de orina y otros varios. Se los toma todos.

El año 84 se le piden nuevos exámenes bacteriológicos y de sangre, etc. Se los hace todos.

El año 85, en el mes de marzo, se le diagnostica: "cefalea de tipo oftálmico. Debe consultar oftalmólogo". (SMD). Quince días después consulta otra vez, por lo mismo. Y además por "bronquitis obstructiva y asma bronquial". Se le medica. En agosto y en septiembre nuevas consultas por cefalea. En septiembre el médico anota "cefalea en estudio". Múltiples medicamentos y ordenes de exámenes. Al día siguiente de esta consulta, se puede ver que se le ordena una "especuloscopia". De allí en adelante SMD, salvo porque al parecer se toma los exámenes.

El año 86 existen varias consultas también. En marzo, abril (dos este mes). Pero en estas oportunidades refiere otros síntomas (que no alcanzo a entender). Exámenes ginecológicos, "se siente mal". Aparentemente la derivan al hospital Van Buren. Lo cierto es que le hacen allí una biopsia, en el mes de agosto. Diagnóstico: "amenorrea". No queda claro si ella está en el VB o sólo su examen. Pero aparece otras

consultas en agosto y otra en septiembre por cefalea "y mareos". Se le dan remedios y régimen con poca sal.

El año 87, múltiples consultas. En enero, en febrero. En marzo dos veces. A la segunda se le ordenan nuevos exámenes. "cefalea frontal. Vértigo". En junio nueva consulta, en la que el médico anota "discutió con el marido alcohólico". En septiembre dos nuevas consultas. A la segunda el médico anota, "neurosis", como explicativa de la cefalea. En noviembre de ese año parece un dato interesante: "Visita domiciliaria. se encuentra en su domicilio, en actividades del hogar. Casada, seis hijos, vive en pae pae en malas condiciones sanitarias. Tiene agua potable a 50 metros del pae pae. No tiene luz. Hogar limpio. Se educa en relación a la importancia de tomar su PAP. Citada a policlínico". Dos días después aparece a tomarse el PAP. Más concretamente, "especuloscopia y examen de mama". Y agrega, "se enseña autoexamen".

El año 88, en el mes de enero consulta por "dolor lumbar derecho". Siente múltiples síntomas además, como vómitos, calosfríos, otros. Se le medica y se le ordena reposo. En el mes de marzo, "desde hace dos días comienza nuevamente con su cefalea habitual, insomnio, gran cantidad de síntomas de orden psicológico". Se le ordenan varios exámenes que se realiza, pero también uno "mental" que no se lo realiza (SMD). Lo cierto es que consulta por lo mismo tres veces más durante ese mes. El médico se pregunta, "¿sicosomático?", "¿depresión?". Y la última consulta del mes, "cefalea en estudio. ¿nerviosa?, ¿depresiva?". Un mes después nueva consulta. A los pocos días, ya durante junio nueva consulta. El médico, "dice persistir con cefaleas desde hace años (...) además lumbago". Se le dice "control en quince días". Como siempre se la medica. Vuelve a la semana, "presenta alergia medicamentosa. Reacción a ingesta de fármacos. Se suspenden fármacos". Tres otras consultas el resto del año. una en septiembre, otra en octubre y otra en diciembre. En septiembre se le señala "obesidad". en diciembre "lumbago". Sin embargo, en todas está el tema de las cefaleas.

El año 89, consulta cuatro veces en el año (febrero, marzo, junio, octubre). Pero esta vez por "lumbago". Se le ordenan exámenes en la primera consulta del año y se los hace. El médico anota "dolor en FID hace tres semanas; orina hedionda y oscura. No sabe FUR). Medicamentos.

El año 90, enero, consulta por lumbago. Remedios y calor local. Otras consultas en abril y en junio. En abril por lumbago y le dan remedios. Y en junio, refiere dolor en pierna, columna, etc., "se inicia tratamiento kinésico". En julio otra consulta por columna. Quien la atiende escribe que el esposo el alcohólico, que tiene problemas familiares. Días después, "acude a control en horario fuera de lo esperado, refiriendo que tiene dolor a nivel lumbar. Pro es tan indiferente y poco concordante su actitud que sorprende y no se relaciona con la intensidad de su dolor (...) que no desea (rechaza hospitalización) por lo que se indica..." (una serie de remedios para la casa). Sin embargo, ese mismo día "paciente acepta hospitalización", horas después de la cita. Por cierto que se le dan serie de medicamentos y exámenes. Permanece hospitalizada desde el 25 de julio al 3 de agosto. En una cita parece, "sin variación significativa de su dolor (...) deprimida porque no es visitada por su marido de quien sabe que está 04. Dice que el dolor se le pasa algo con medicamentos". Alta el 3 de agosto y control para diez días más. Control al que asiste diez días después, justo en la fecha. En el mes de octubre cuatro consultas seguidas por dolor lumbar y cefaleas. Medicamentos, reposo. No queda claro si se hospitalizó otra vez. Lo cierto es que hace viaje al continente entre medio y cuando regresa, quien la atiende escribe "llegó gordita". Lo importante es que en agosto, al parecer después del control post hospitalización, y como resultado de posiblemente, los exámenes que le ordenaron durante hospitalización, llega diagnóstico desde VB: "1-síndrome lumbociático crónico agudizado; 2-hipoestesia L35, A izquierda; 3-obs. HNP"

El año 91 comienza a consultar en enero nuevamente "problema lumbar". Marzo, "consulta por cefalea y dolor lumbar": remedios y calor local. Abril nueva consulta, el médico anota, "se ve muy nerviosa" refiere cefalea y algo más. Se le dan remedios y control, en tres días. Acude al control. Sigue con remedios. A los pocos días vuelve, "refiere reaparición del dolor en relación a término de medicamentos". Otra consulta en la cual refiere problemas con el marido, alcoholismo, golpes, etc. En julio aparecen resultados de la mielografía: lumbago crónico. Se le dan más remedios, reposo, calor local, bajar de peso. En septiembre consulta por problemas a la vesícula. Se la hospitaliza. Exámenes y remedios por supuesto. La hospitalización dura do días. Se va a la casa con remedios. Un mes después nueva consulta por dolor lumbar. En noviembre dos consultas. La segunda por "cólico biliar simple", "comió pescado frito". Remedios. Y en diciembre nueva consulta por dolor lumbar y algo renal. Se la cita a control en cinco días para saber resultados de exámenes que se le ordena. No acude.

El año 92, se inicia en enero nuevamente. Después de una semana de diarrea y dolores acude por ayuda. Se le dan exámenes y remedios. Ese año consulta nuevamente en los meses de marzo, abril, junio, tres veces en julio, agosto. Las causas son en general dolores lumbares, malestares generales, mareos, etc. Siempre se la medica y se le dan exámenes que por lo general hace.

El año 93 consulta una vez en enero. Otras dos en mayo, y a mediados, el médico escribe, "estará bien algunos días, para reiniciar nuevamente sus cefaleas. Además, muy poco animada (...) ¿depresión reactiva". se le dan medicamentos y control en una semana. Aparece consultando mes y medio después por molestia ginecológica. Examen arroja, "masa quística en ovario izquierdo". Un mes después consulta por dolor y diarrea. A la semana otra por dolor lumbar y biliar. Al día siguiente vuelve y se le indica hospitalización. Se hospitaliza por cuatro días en que se la da de alta con un

diagnóstico de: "cólico biliar prolongado". Le han dado, además de los medicamentos, suero. Para la casa le ordenan régimen hipograso y control en una semana. El año 94 es confuso. Al parecer le realizan una icterectomía, parece que en Valparaíso. (SMD) (tal vez por eso mismo, que no estuvo en Rapanui) En el año 95, dos consultas seguidas en enero, por jaqueca. En septiembre otra consulta que no sé leer. (SMD). En el año 96, llega a consultar por su jaqueca en febrero. Se le ordena reposo sin ruido ni luz, en casa. Por cierto, como siempre, se le dan remedios. En julio de ese año aparecen síntomas de menopausia. En diciembre se le diagnostica. "cefalomigraña" En el año 97, consulta en el mes de marzo, por dolor lumbar; nuevamente exámenes. En julio dos veces, en una de ellas "refiere incontinencia urinaria (...) prolapso". En septiembre "control, por TSE". En octubre consulta por cefalea, lumbar, etc. El médico anota: "se educa sobre ejercicios" En el año 98, enero, "control TSE" "Dolor lumbar. Dos consultas en febrero. La primera, "control TSE (...) cefalea (...) incontinencia de esfuerzo". En la segunda se le realiza electrocardiograma. En marzo se señala, "paciente operada de prolapso vesical hace seis días. Herida sana. Hematoma pubiano" Se indica curación y control en quince días. Lo cierto es que aparece nueva consulta en junio. En el año 99, consulta en marzo, "paciente con muchos problemas por hijos: M, tres hijos que se los dejó a ella; M, un hijo que se lo dejó a ella" "dos hijos con alcoholismo". Consulta por dorsalgia, lumbago. Se controla a la semana, "paciente mejor", además se le da antigripal. En abril, consulta por cefalea. Refiere problemas, estar a cargo de cuatro nietos y alcoholismo de los hijos. En julio nueva consulta por dolor lumbar. (Indicaciones que no alcanzo a entender)

ANEXO 17. Minuta reunión Seremi en Concejo Isla de Pascua, Intendencia de Valparaíso, 2003

Minuta reunión con concejo Isla de Pascua

Tema fundamental: Calidad del sistema sanitario de la Isla, con énfasis en el Hospital

Infraestructura y equipamiento: en el Convenio de Programación se asignaron M\$ 250.000 (M\$ 70.000 en equipos, ya entregados, incluyendo Sistema de Telemedicina y M\$ 180.000 en reparación de planta física), cuya ejecución se adelantó para 2002 – 2003. Los fondos de planta física equivalen apenas a 1/3 de lo que cuesta un consultorio mediano. No hay otros fondos considerados, pero se incluyó en el trabajo de la comisión de desarrollo económico dependiente del comité de personalidades la necesidad de una buena infraestructura hospitalaria como parte del desarrollo turístico (espacio para obtención de nuevos fondos)

Personal: Se critica el sistema de Médicos Generales de Zona (MGZ), por no ser especialistas. Se ha definido que gradualmente se pase a tener equipo médico multidisciplinario. Este año se envió la que debiera ser la última MGZ. Personalmente he gestionado el reclutamiento del primer especialista, cirujano de urgencias, cuya contratación depende de acuerdo con el Servicio sobre condiciones laborales. Este año se amplió la planta a 4 médicos. El cuarto cargo debiera ser llenado con un/a especialista, se ha evaluado la solicitud de un pediatra en disposición de hacerlo.

Hay cierta carencia general de especialistas dispuestos a vivir prolongadamente en la Isla; por ello se ha instruido al Servicio para montar sistema regular de envío de especialistas. Por ello es tan importante la firma del convenio GORE – U. De Valparaíso.

También se ha instruido al Servicio para favorecer la formación de personal local, tanto de nivel técnico como profesional.

Existirá un apoyo de especialistas mediante operativo FACH a fines de junio. Está coordinándolo un médico de hospital FACH, con el director (s) del Hospital Hanga Roa y el suscrito, con participación ocasional del Servicio.

Sistema de evacuación: En términos muy simples podemos decir que la población de Rapa Nui anhela tener el máximo de capacidad resolutive localmente. Del punto de vista del sistema sanitario, el desarrollo de capacidades locales indudablemente debe considerar el aislamiento, y con ello, la real necesidad de resolutive mayor a la que tendría un hospital similar en el continente, pero siempre habrá limitaciones (i.e. No es posible tener staff permanente de neurocirujanos para eventuales accidentes con ese requerimiento). Ello conlleva tener sistema fluido de evacuación. Desde hace dos meses, el suscrito ha ido montando sistema de coordinación del SAMU regional (en ciernes) con el SAMU metropolitano. Hasta ahora, las cosas se hacían “por favor” a partir de solicitudes del equipo local a instituciones como el Hospital de Carabineros u otros.

Programa del dengue: (este tema no lo ponen en primer plano, pero es apremiante). Actualmente estamos con niveles altos de infestación, suficientes para la aparición de un segundo brote de dengue (con al menos 2 a 5 casos mortales casi de seguro). La solución requiere un esfuerzo general multiinstitucional. Se requiere coordinar de una vez uso de toda la maquinaria disponible para sanear los vertederos (es responsabilidad legal del municipio, pero el problema es de todos) e intensificar el programa de limpieza de patios que lleva adelante el municipio.

Voluntad política: Es muy criticada la poca atención que brinda el Servicio de Salud, que llevó de hecho a que se tuviera que definir una coordinación a través de unja mesa en el Minsal, coordinada por el suscrito. En realidad, cuesta cumplir los acuerdos, debido a la dependencia administrativa. (Alcalde planteó directamente ayer al Subsecretario (s) que mientras esté ese equipo directivo en el Servicio, es difícil que haya solución, pues no le responden ni el teléfono).

Consejo de Salud de la Isla. Se propone esta iniciativa como herramienta para favorecer la transición a una institucionalidad nueva en función de la definición general del status de la Isla. Alcalde no es muy entusiasta, pero su propuesta de municipalización del Hospital no aparece como viable.

Aníbal Vivaceta de la Fuente
SEREMI de Salud

Valparaíso, 30 de Abril de 2003

ANEXO 18. Cartera De Servicio Nuevo Hospital Hanga Roa, 2007, documento de trabajo inicial MINSAL

La Cartera de Servicios del Hospital Hanga Roa se estructurará en cuatro ejes:

I.- Hospital Comunitario de Salud Familiar

PRESTACIONES	
Predominantemente Preventivas	Predominantemente Curativas
Control de Salud Niño y Adolescente	Consulta Morbilidad
Examen de Medicina Preventiva	
Examen funcional Adulto Mayor	
Control Malnutrición	Consulta Nutricional
Control Lactancia Materna	
Educación Grupal	Control de Tratamiento TBC
Vacunación	Consulta Kinésica (IRA/ ERA)
Educación Grupal en Salud Bucal	Consulta Kinésica Rehabilitación
Examen Salud Oral	
Prestaciones Preventivas en Salud Oral	Prestaciones Recuperativas Salud Bucal
Control de Regulación de Fecundidad	Consulta Morbilidad Obstétrica
Control Ginecológico Preventivo	Consulta Morbilidad Ginecológica
Integradas	
Control de Crónicos	Visita Domiciliaria Integral
Consulta de Salud Mental	Visita Comunitaria
Consulta Social	Visita Laboral
Control prenatal – Control de Puerperio	Consejerías Individuales y Familiares
Consultoría preconcepcional anti tabaco	Consulta Déficit Desarrollo Psicomotor
Consulta Lactancia Materna	Trabajo Comunitario
Intervenciones Psicosociales individual y grupal	Programas Alimentación Niño y Adulto Mayor
Procedimientos Diagnósticos	
Laboratorio	Imaginología
Química clínica	Radiología osteopulmonar
Hematología	Ecotomografía
Inmunología	Radiología Dental
Microbiología	
Endocrinología	

Procedimientos Terapéuticos

Procedimientos de Ortopedia
Curación simple de heridas
Curación Avanzada de Heridas

Cirugía Menor

Drenaje de Abscesos
Suturas simples y complejas
Onicectomía

II.- Atención de Urgencia de Mediana Complejidad

Intramural	Extramural
Atención de Emergencia	Atención prehospitalaria
Atención de Urgencia	Traslados secundarios
Procedimientos de Ortopedia	

III.- Atención Cerrada

Egreso médico quirúrgico adulto
Egreso obstetricia
Egreso pediatría
Egreso psiquiatría
Egreso Neonatología Incubadora
Egreso intermedio adulto

Intervenciones Quirúrgicas y Procedimientos

Parto Normal
Parto distócico
Cesárea Urgencia
Cesárea Electiva
Legrado Uterinos
Histerectomía de Urgencia
Salpingectomía de urgencia
Apendicectomía
Aseo Quirúrgico
Reducción fractura bajo anestesia
Laparotomía exploradora de urgencia

IV.- Atención de Especialidad

- a) Atención Especialidad profesionales del Establecimiento

Consulta Médico Internista
Consulta Médico Pediatra
Consulta Cirujano

- b) Rondas Periódicas de Especialistas : Consultas

Consulta Obstetricia y Ginecología
Consulta Bronco pulmonar Adulto
Consulta Cardiología Adulto
Consulta Gastroenterología Adulto
Consulta Neurología Adulto
Consulta Psiquiatría Adulto
Consulta Cirugía Abdominal
Consulta Oftalmología
Consulta Otorrinolaringología
Consulta Traumatología Adulto
Consulta Cirugía Infantil
Consulta Neurología Infantil

Consulta Psiquiatría Infantil
Evaluación Anestesiología

c) Rondas Periódicas de Especialistas: Intervenciones Quirúrgicas

Hernias umbilicales, inguinales, crurales, línea blanca.
Colecistectomía por laparoscopia
Várices
Fimosis
Parafimosis
Hidrocele
Criptorquidia
Cataratas
Pterigion
Amigdalectomía,
Adenoidectomía
Esterilización Tubaria

d) Rondas Periódicas de Especialistas: Procedimientos Médicos

Ecotomografía
Endoscopia oral
Ecocardiograma adulto
Electroencefalografía
Biopsia prostática
Biopsia Mamaria
Mamografía

e) Rondas Periódicas de Especialistas: Odontología

Endodoncia
Periodoncia

Fuente: archivo personal del arquitecto Rolando Quinlan.

ANEXO 19. Ser de materiales de difusión sanitaria del Hospital Hanga Roa en la actualidad

Algunos de los materiales elaborados in situ por el HHR para difundir programas ministeriales –como el de adicciones–; o el carácter de la tipología hospitalaria también continental del Hospital Amigo” y sus adecuaciones a lo local; o difusión sobre prevención de dengue. Suele usarse una traducción al rapanui con neologismos en español o lenguaje técnico; asimismo observamos la iconografía “rapanui” como instrumento de adecuación –al menos en la intención– comunicativa de parte de equipo de salud.

EL CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL PUEDE GENERAR:

- Dependencia física y psicológica.
- Intoxicación, incluso provocando la muerte.
- Múltiples daños orgánicos, como úlceras, enfermedades al riñón, al hígado, al estómago, al corazón y muchas más.
- En Isla de Pascua existen accidentes de tránsito por el consumo abusivo de alcohol y otras drogas, incluso provocando la muerte de personas de la comunidad.
- Beber en el embarazo: En esta etapa puede generar malformación en el feto, problemas físicos y psicológicos.

CUIDA DE TI Y DE LAS PERSONAS QUE TE PODEAN:

EL CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS PODRÍA ALEJARTE DE TU PAREJA, HIJO, HERMANO, PADRE, MADRE, ETC...

FORMA DE INGRESO:

- Consulta Espontánea, hacerse directamente al HARETIKA KUHANE.
- Derivación a través de programa de Salud Mental de Hospital Hanga Roa.
- Derivación a través de Tribunal.
- Derivación asistida por instituciones de a red.

¿QUÉ ENES PUEDE INGRESAR?

- Mujer u Hombre con problema de consumo de alcohol y drogas.
- Tener 18 años o más.
- Ser beneficiario de FONASA (Cualquier Termino).

ES UN TRATAMIENTO:

- Voluntario.
- Gratis.
- Confidencial.

¿QUÉ ENES PUEDE INGRESAR?

Maria Eugenia Tuki Pakarari - miembro de la academia de la lengua Rapa Nui

Av. Valparaíso s/n
Teléfono: 62 286 20 43
Correo electrónico: senderapanui@gmail.com

HOSPITAL HANGA ROA

HARETIKA KUHANE (SENDA) ISLA DE PASCUA



TE UNU TAPARAHU-TA'ATA I TE 'AVA
E TAIKO NŌ MO:

-Māhā ni mau rō'ava'i o te hakeri'e
o te roro ki te 'ava ki te rora e ko
rovaia mo naka rē haka'ou.

-Māui'ui le 'ātā mo mate o te
tagata.

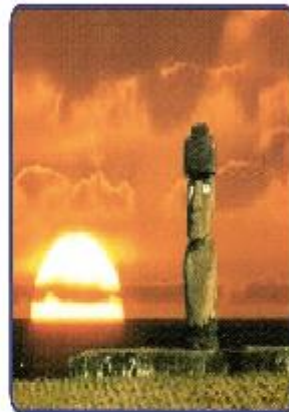
-Ki te roto ra'atō'a o tu'u hakeri:
he pū te marava, he 'at te māpō,
te 'ate, te māhau, 'e me'e rahi haka
ou nō atu kōna o roto o te hakeri.

-Ki te 'ātā mo mate o te tagata i te
me'e aia he haka tere i te pere'ā i
te moto ko unu 'ā i te 'ava le ko
'omo 'ā te 'ava-'ava raka-rake. (Te
me'e nei e topa rahi rō'ā i Rapa
Nui.)

-Ki o te hakeri'e o te roro o te poki
i roto i te manava 'ā o tō'ona
maruā. 'Oira e ko tano mo unu i te
'ava e rāna'ama rō'ā.

Ka hāpa'o koe i a koe, ka hāpa'o
ta'a hua'ai 'e tu'u hua'ai ta'ato'a.

Te unu taparahi-ta'ata i te 'ava, te
'omo i te 'ava-'ava raka-rake 'e i
tētahi huru o te me'e ta'e tano he
ha'ata'a i a koe mai ta'a kenu 'o
ta'a vi'e, mai ta'a qā poki, mai tu'u
taina, 'e mai tu'u matu'a.



PĒ HĒ KOE ANA O'O KI TE HARE HAKA
TIKA KUHANE

-Mo naga 'ō'ou mau 'ā ka ono rō'ā i ra.

-E uga i a koe e te rō'na'ā agai te māu-
ui pō'oko o te 'ōpīlana o Hapa Raa.

-E uga i a koe mai te hare ture.

-E uga i a koe e te nū'u ta'ato'a te rēua
agai he hāpa'o te tagata 'o 'ati.

ĀKO AI TE NŪ'U HA'ATI'A MO O'O KI TE
KONA NEI?

-He nū'u e ai rō'ā te rēua 'ati he unu
'ava le he 'omo te 'ava-'ava raka-rake.

-He kope mai te hoe 'ahuru ma va'u
matahitū o e ruga.

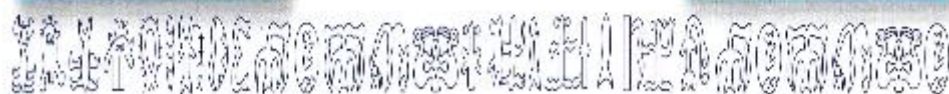
-He kope e ai rō'ā tō'ona parau FOMASA.

RĀ'AU I'ŪA NEI

-E naga e koe mau 'ā.

'Ira he 'auhau.

-Ko kōrua mau nō te me'e ka'ite era.



Dengue

SÍNTOMAS

DENGUE CLÁSICO



Fiebre alta

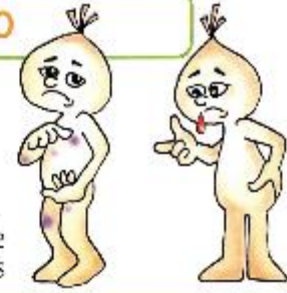
Dolores de cabeza, en articulaciones y en los músculos

Náuseas y vómitos

Manchas rojas en la piel

En caso que presentes alguno de estos síntomas deberás acudir al Hospital Hanga Roa donde te harán los exámenes necesarios para determinar si tienes dengue.

DENGUE SEVERO



Aparición de moretones

Aparición de sangrado gastrointestinal, en encías, nariz y orina.
En mujeres se presenta un incremento en sangrado menstrual

Si se presenta cualquiera de estos síntomas es necesario acudir de INMEDIATO al hospital.
¡El dengue hemorrágico puede ser mortal si no se trata a tiempo!

NO USE ASPIRINA

HOSPITAL HANGA ROA
Teléfonos: 210 0215 - 210 0217 - 257 8360
Simón Paoa s/n



Te Huru o te mauiui nei he Dengue

TE HURU MATAMU'A



He "fiebre" puai



He ngaruru pu'oko, he pe'epe'e te hakari



He hanohano mo rua, he rua



He hakaromiromi te kiri o te hakari ta'ato'a

Mo ngaro'a ta'ue koe i te mauiui pe nei te huru, ka iri i tu hora 'a ki te Opitara, i te kona era ana u'i ia koe mo hakaangiangi rivariva ana ai ko pe'e a koe e te dengue.

HE DENGUE PUIAI



He puneki te uri o te hakari



He e'a te toto a roto te ihu, he e'a te toto o te 'akau, peira a he e'a te toto i roto i te mimi, te tuta'e ana nene'i.

He rahi te toto o te mauiui vahine.


Mo ngaro'a e koe i te mauiui pe nei te huru ka ai a tu etahi no me'e te aura'a he toto, he puneki te uri, ka iri ro ai ki te Opitara, ina ko noho

INA KO UNU TE RA'AU, HE "ASPIRINA"

HOSPITAL HANGA ROA

Teléfonos: 210 0215 - 210 0217 - 257 8360 · Simón Paoa s/n

NO FUME ANTES Y DURANTE HORARIOS DE VISITAS A HOSPITALIZADOS, DE LO CONTRARIO, NO ESTA EN CONDICIONES SANITARIAS PARA VISITAR A PACIENTES.



INA KOE KO OMO TE POTU ANA URU I TE HORA UI TA'A MAUI UI.

PROHIBIDO FUMAR


Las partículas nocivas del cigarro permanecen en la atmósfera y son desprendidas a través de la ropa y emitidas por la boca del fumador.

TE AU ENA O TE POTU HE PIPIRI IRUNGA TU'U KAHU E RINGA IA KOE E HE O'OO TE HAU A KI TA'A MA UI-UI

YA SABE. SI TIENE FAMILIARES HOSPITALIZADOS EVITE FUMAR PREVIO A SU VISITA.

MO AI TA'A HUAI KO HAKA MOE'A I TE OPITARA INA A KOE KO OMO TA'A POTU, ANA TURU MAI MO UI HIA IA.

LAVADO DE MANOS



ANTES DE SU VISITA A HOSPITALIZADOS UD. DEBE LAVAR SUS MANOS.

E HOPU TU'U RIMA HAI TOPE ANA O'O KOE KITE HORA MO UI TA'A HUAI MA UI - UI




Opitara o te Hua'ai / Hospital Amigo Hanga Roa

VISITAS DE 6 HORAS EN SERVICIO DE HOSPITALIZADOS
 HORA MO PUE MO OHO MAI MO U'I
 I TU'U REPA HOA MAUI UI

Lunes a domingo y Festivos

De 12:30 a 18:00 hrs.



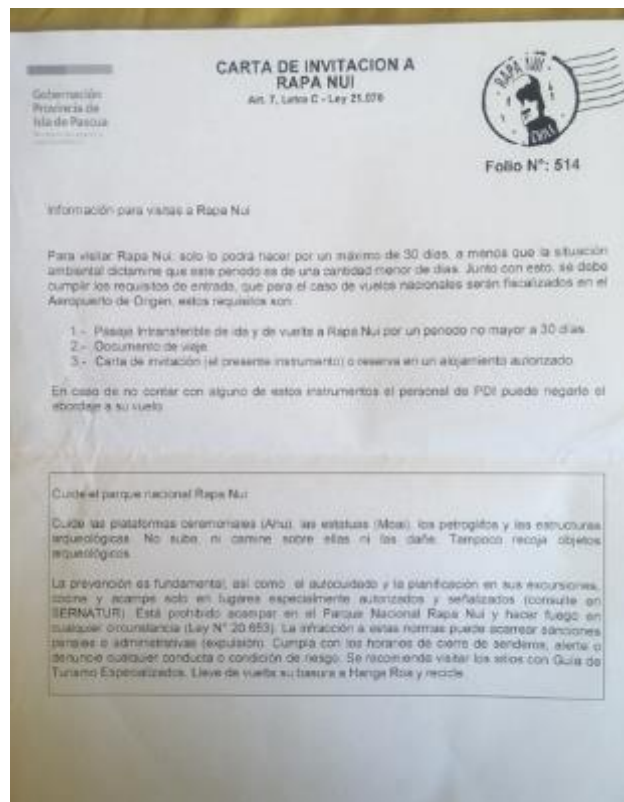
ACOMPANAMIENTO DE PERSONA SIGNIFICATIVA EN EL PREPARTO, PARTO Y POSPARTO

E PUE RO MO AI TU'U HOKO RUA MO HAKA POREKO I TA'A POKI



Contrato de acompañamiento

ANEXO 20. Regulación ingreso para no residentes a territorio rapanui, ley 21.070 (2018)



CARTA DE INVITACION A RAPA NUI
Art. 7, Ley N° 21.070

Gobernación
Provincia de Isla de Pascua

Folio N°: 514

Información para visitas a Rapa Nui

Para visitar Rapa Nui, solo lo podrá hacer por un máximo de 30 días, a menos que la situación ambiental dicte que este periodo es de una cantidad menor de días. Junto con esto, se debe cumplir los requisitos de entrada, que para el caso de viajeros nacionales serán facilitados en el Aeropuerto de Origen, estos requisitos son:

- 1.- Pasaje intransferible de ida y de vuelta a Rapa Nui por un periodo no mayor a 30 días
- 2.- Documento de viaje
- 3.- Carta de invitación (el presente instrumento) o reserva en un alojamiento autorizado

En caso de no contar con alguno de estos instrumentos el personal de PDI puede negarle el embarque a su vuelo

Cuide el parque nacional Rapa Nui

Cuide las plataformas ceremoniales (Ahu), las estatuas (Moai), los petroglifos y las estructuras arqueológicas. No suba ni camine sobre ellas ni las dañe. Tampoco recoja objetos arqueológicos.

La prevención es fundamental, así como el autocuidado y la planificación en sus excursiones, camine y acampe solo en lugares especialmente autorizados y señalizados (consulte en SERNATUR). Está prohibido acampar en el Parque Nacional Rapa Nui y hacer fuego en cualquier circunstancia (Ley N° 20.653). La infracción a estas normas puede acarrear sanciones penales o administrativas (expulsión). Cumpla con los foros de conteo de senderos, alerte o denuncie cualquier conducta o condición de riesgo. Se recomienda visitar los sitios con Guía de Turismo Especializados. Lleve de vuelta su basura a Hanga Roa y recicle.

El formulario corresponde a mi último trabajo de campo en noviembre de 2018; en que por primera vez tuve que cumplir con este nuevo requisito; justificando un motivo específico para visitar la isla y ser invitada por alguien concreto del pueblo rapanui. La ley es producto de un largo proceso de movilización comunitaria en torno de reconocer la vulnerabilidad, fragilidad y necesidad de resguardo ecológico y social. El proceso ha estado marcado asimismo por polémicas internas de la comunidad rapanui en torno de la presencia de continentales residentes, con quien muchos rapanui no se sienten cómodos en su territorio; lo que los continentales entienden como "discriminación" y "clacismo" ya que en general el perfil sociocultural de quienes deciden ir a vivir a la isla corresponde a estratos medio bajos de la sociedad continental.

ANEXO 21. Personal del Hospital Hanga Roa 2017

La planta de profesionales, técnicos y auxiliares del actual Hospital Hanga Roa es muy superior a la dotación del hospital anterior. Casi la mitad del personal es rapanui; empezando por su director; también médicos, matrones, psicólogos, kinesiólogos, nutricionista. La planilla de contratos también incluye a las *taote rapanui*, aunque en rigor sólo una de ellas es contrato permanente con el Hospital en su calidad de facilitadora intercultural.

Profesionales No Clínicos	
Director	1
Subdirector	2
Ingeniero Comercial	1
Matrón	1
Arquitecto	1
Ingeniero en Ejecución	1
Economista	1
Enfermera	1
Total	9

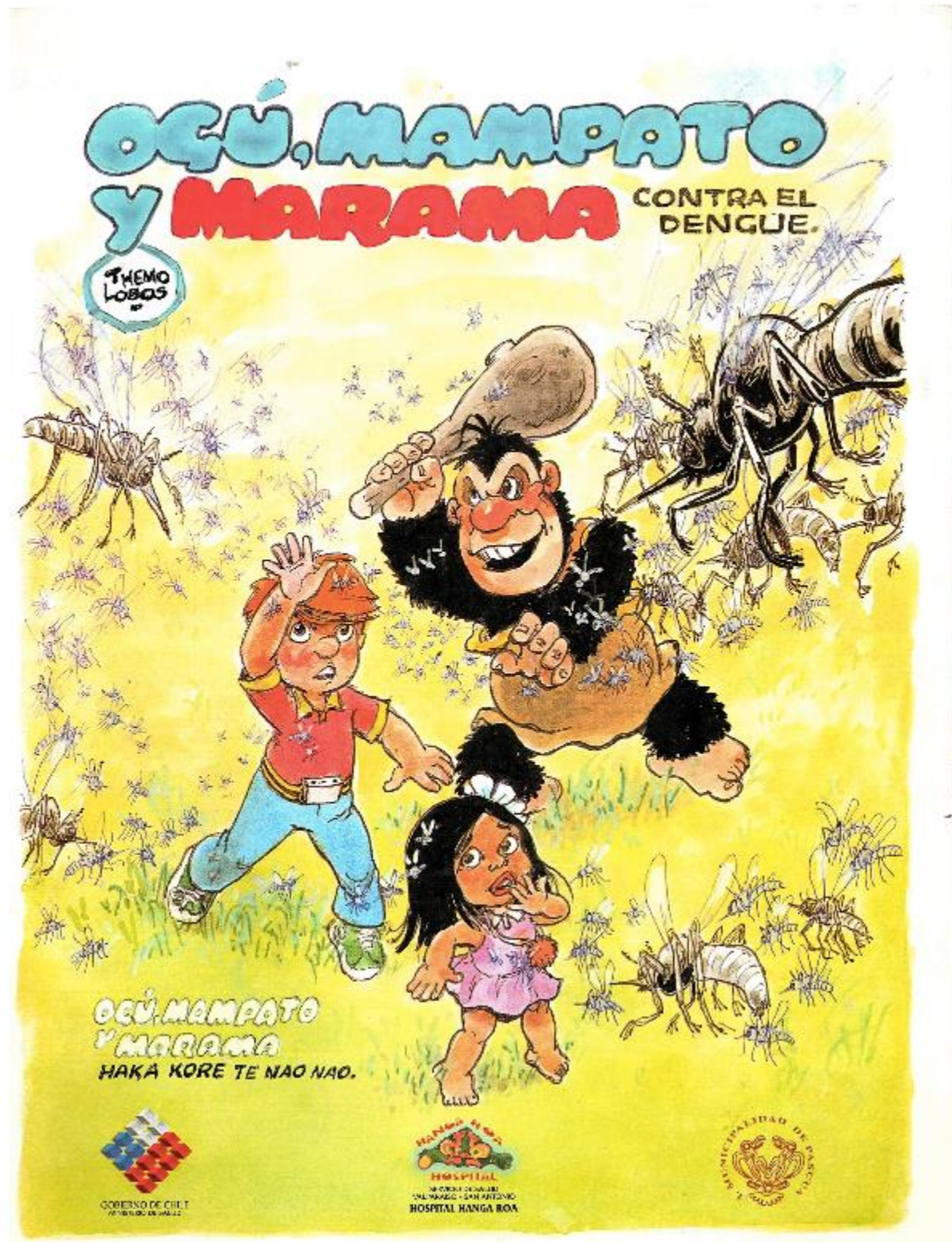
Personal de Apoyo	Cantidad
Administrativos	21
Auxiliares	11
Apoyo	2
Total	34

Profesionales Clínicos	
Médico 44 Hrs.	7
Médico 22 Hrs.	5
Odontólogo 44 Hrs	2
Odontólogo 22 Hrs	1
Enfermera	4
Matrona 44 Hrs	2
Matrona 22 Hrs	1
Tecnólogo Médico	3
Psicólogas	2
Kinesiólogos	3
Nutricionista	2
Asistente Social	2
Terapeuta Ocupacional	1
Fonoaudiólogo	1
<i>Taotes rapanui</i> (Programa Papa Ra'au de salud intercultural)	8
Total	44

Técnicos Clínicos	Cantidad
TPM/TENS	30
Técnico en Mantenición	3
Técnico Informático	1
Total	34

Fuente: Mac Ginty, 2016

ANEXO 22. Propaganda sanitaria contra el Nao Nao; año 2003, MINSAL.





EPISODIO DE LA GUERRA CIVIL CONTRA LOS ARUKI.



* LA FUMIGACIÓN NO BASTA PARA ELIMINAR AL MOSQUITO. (VER PAGINAS 3, 4 Y 5).



* ADEMÁS ES "ANTROPOCÉNTRICO": VIVE CERCA DE LOS HUMANOS, DEBEMOS LIMPIAR Y VIGILAR NUESTROS PATIOS.



*LOS TOROCOS, SON PASTOS QUE ABUNDAN EN RAPA NUI.







ANEXO 23. Plan comunitario contra el Dengue, MINSAL 2003

Propósito:

Vincular con la historieta creada por Themo Lobos "OGU, MAMPATO Y MARAMA HAKA KORE TE NAO NAO", 2000 ejemplares, para la campaña comunicacional contra el Nao Nao, Isla de Pascua las posibles actividades a desarrollar de acuerdo a lo siguiente:

Métodos:

Desarrollar un proyecto educativo para incluir en el currículo normal de Ciencias Naturales (por ejemplo) en los escolares de educación básica contenidos sobre el Dengue, el vector y su control.

Realizar Concursos, confección de cartillas, banderines, etc con algún tipo de incentivo en los escolares sobre quien tiene los sectores o hogares con mejor saneamiento ambiental.

Mediante encuestas tipo Likert determinar los conocimientos y las actitudes en los hogares de los escolares, y luego complementar con entrevistas abiertas relacionadas con aspectos culturales en el campo de la salud y la forma como esta enfermedad se integra a la vida de las personas.

Antes y después de la intervención, habría que establecer en los hogares los índices larvarios de infestación del vector.

Utilizar una serie de combinaciones de técnicas cualitativas y cuantitativas para medir conocimientos, actitudes y prácticas de la población, a través de entrevistas estructuradas y no estructuradas y observación directa.

Se propone establecer un grupo control para medir resultados de éxito.

Capacitar a los docentes a través de un Programa educativo acerca del dengue.

Crear un Servicio de Vigilancia o Brigadas Infantiles contra el Dengue con fines de adoptar prácticas de saneamiento ambiental que contribuyan a mejorar la calidad de vida y a estimular al grupo familiar a una mejor respuesta al problema del dengue.

Campañas comunicacional y social:

Vincular a todos los estamentos de la Comunidad para participar en una campaña de actividades de limpieza e inspecciones casa por casa.

Realizar campañas en Escuela, asociaciones comunitarias y medio de comunicación (TV, radio) para aumentar conocimiento de las personas y probables cambios de conducta en la Comunidad.

Los programas de control se deben basar y estar integrados en la comunidad. No pueden depender exclusivamente de los insecticidas ni requerir grandes presupuestos. Tomar conciencia en todas direcciones y con todos los actores presentes de la Isla, que el dengue es un problema y hay que preocuparse.

Es necesario promover al dengue como una prioridad entre los funcionarios de la salud y el público en general.

Hacer llegar a través de los niños y población en general mensajes educativos a las familias de Isla de Pascua.

Resultados:

Se pretende obtener las condiciones en que se presenta el ciclo del vector, los modelos de percepciones acerca de la enfermedad en la Comunidad.

De los resultados de la encuesta y las entrevistas que orienten para la formulación y desarrollo de programa educativo y de comunicación.

Observación:

El hecho de que solamente la intervención del dengue sea principalmente en base a fumigaciones, el éxito o fracaso de la situación epidemiológica dependerá de otros (Estado, Hospital, etc) y la Comunidad no asumirá las responsabilidades sanitarias en el control del Dengue. Es vital que la Comunidad se involucre y sea parte de este proceso participativo.

ANEXO 24. Minuta visita Programa Salud y Pueblos Indígenas Minsal, 2002 apoyo control del Nao-nao.



DIVISION RECTORIA Y REGULACION SANITARIA
UNIDAD SALUD Y PUEBLOS INDIGENAS

PROGRAMA SALUD Y PUEBLOS INDIGENAS

INFORME DE MONITOREO AL:

**PROYECTO "PLAN DE PREVENCIÓN, ESTUDIO, CONTROL Y ANÁLISIS SEROLÓGICO DEL NAO -
NAO (AEDES AEGYPTI) EN ISLA DE PASCUA.
16, 17 Y 18 DE DICIEMBRE 2002.**

Margarita Sáez Salgado

ANTECEDENTES

- Se realiza primera visita a Isla de Pascua, entre los días 16 y 18 de Diciembre del 2002, en el marco del Programa de Salud y Pueblos Indígenas que desde el año 2000 viene apoyando técnica y financieramente el proyecto presentado por el Hospital de Hanga Roa denominado "Plan de Prevención, Estudio, Control y Análisis Serológico del Nao Nao (Aedes aegypti) en Isla de Pascua". El proyecto fue elaborado en Marzo de 2000, como parte de las estrategias de trabajo con la comunidad Rapa Nui, donde el principal problema de salud planteado por la comunidad y el equipo de salud del Hospital fue la eliminación del Nao Nao.
- La primera solicitud de recursos al Programa fue por un total de \$15.000.000.-, de los cuales se aportaron \$10.737.000.-, vía transferencias realizadas al Servicio de Salud Valparaíso/San Antonio. En los años siguientes se continuó con esta línea programática, incluyendo recursos especiales aportados para ampliación de las acciones desde otras áreas del Ministerio de Salud.
- La visita a terreno es el primer seguimiento realizado por el Programa de Salud y Pueblos Indígenas a la Isla, el monitoreo de las acciones anteriormente se hizo a través de informes técnicos-financieros y mediante la participación de los responsables locales en Encuentros Nacionales del Programa de Salud y Pueblos Indígenas.

REUNIONES REALIZADAS CON LOS DIFERENTES ACTORES LOCALES:

- La llegada fue en un clima tenso, la preocupación y molestia más importante era con las declaraciones del Sr. Alcalde, realizadas por TV en el programa del día domingo, en la noche, donde descalificó al sector con graves acusaciones.

Lunes 16 de Diciembre.

1) Entrevista con el Director del Hospital, Dr. Christian Pérez:

Los principales puntos tratados con el Dr. Pérez fueron:

Visión de Situación del Hospital:

- Destacó los grandes esfuerzos que realiza el equipo del Hospital por dar respuesta a las necesidades de la población, aún cuando dicen hacer mucho con medicina de hace 50 años. La comunidad pide tecnología y especialistas. El Minsal y el Servicio no han organizado operativos con especialistas, aunque se les ha presentado la propuesta. La comunidad quiere Scanner.
- La Isla recibe frecuentemente donaciones de personas que se encantan con la Isla, no siempre estas responden a necesidades sentidas y prácticas.
- Se constata una ausencia de Política de Estado para la Isla. Es tanto el abandono que todos los colegas que han estado acá, no vuelven nunca más.
- Las declaraciones del Alcalde han sido muy dolorosas e injustas, "es crucificar a los funcionarios del Hospital".
- Preocupación por fondos de Subdere que serán manejados por Municipio (44 millones).
- La Cámara de Turismo bajó folletos para Hanta, representaban una amenaza para la Isla.
- El Hospital ha ido apropiando algunas estrategias de pertinencia a la cultura Rapa Nui: entrega de placenta a las madres para ser enterradas. Las visitas tienen horario hasta las 21:00 horas, se ha instalado señalética bilingüe.
- En relación a la Fiebre Amarilla: siempre se han hecho los estudios respectivos, en la cultura Rapa Nui los exámenes no son bien vistos, algunos procedimientos son rechazados. Una vacunación masiva representa una nueva amenaza brutal contra la Isla, tema muy delicado que debe tratarse con pertinencia cultural, significa afectar la fuente de trabajo principal de la Isla, el Turismo.

2) Reunión con los Funcionarios no profesionales del Hospital de Hanga Roa.

La reunión tuvo por objetivo recoger la visión de los funcionarios no profesiones sobre el Proyecto Nao Nao, las opiniones recabadas fueron las siguientes:

- El diseño del proyecto de control y prevención del Nao Nao no fue discutido con el equipo del Hospital, nunca participaron, ni se les consultó. Señalan no conocer mucho al respecto, afirman que "más sabe la gente de afuera que nosotros".
- El dengue empezó desde hace mucho tiempo, el Dr. Jaime Hernández el año 1997 hizo la primera denuncia del Nao Nao. El veterinario fue un loco en ese tiempo. La gente que pasa más de dos años en la Isla, está viciado.
- El problema principal con el Nao Nao está en el matadero y en los basurales.
- Actualmente ha bajado el Nao Nao. Hace dos años llegaban muchos casos con heridas infectadas.
- Los niveles de cloración de agua están bajos, ese es problema ahora.
- No vemos profesionales en el Nao Nao, las personas que vienen están de paso. El programa tiene que seguir, nosotros tampoco estamos bien informados. No todos toman las medidas para protegerse, hay gente que no sabe cómo. Sería más eficiente si trabajamos desde adentro hacia fuera.
- En los periodos de mayor aumento de "zancudos" debe haber un médico especial, que se mantenga. Ahora hay 14 monitores estables. No van a todas las casas con problemas, son insuficientes.

- La actitud de la población, es negativa. No hay conciencia en la población. Debería haber un trabajo mancomunado, acá tuvieron dengue 8 funcionarios. Hay tendencia a la relajación. Se deben reforzar las fumigaciones. Ahora no hay DPA.
- El Hospital se fumiga todos los viernes a las 16:30, señalan que no se avisa cuando van a partir y algunas veces están con pacientes, igual entran a fumigar.
- Algunos piensan que hay exceso de fumigaciones en las casas.
- La noticia del Dengue se difundió de una manera sensacionalista. No entienden porque se toman medidas tan tardías. Ahora con la noticia de la fiebre amarilla, debería haber una declaración pública de que no existe en la Isla. La gente piensa que si hicieron Decreto es porque hay fiebre amarilla.
- Deberíamos contar con un Laboratorio Epidemiológico para la vigilancia permanente. Cuando se toman exámenes que van al Continente no nos llegan los resultados.
- Ahora hay casos extraños que las nuas no saben reconocer.
- Hay poca información, la gente no lee cartillas, la Televisión y la Radio son los medios para comunicar.
- Los problemas que el Hospital tiene pasan por la dependencia a Valparaíso, no nos sentimos parte. A la Ministra Bachelet le pedimos traslado a Santiago y estuvo de acuerdo. Hay demoras excesivas en la coordinación actual, sentimos nula preocupación de ellos
- Otros problemas planteados dicen relación con problemas derivados de decisiones tomadas fuera de la Isla: Ser definidos como Hospital 4, perdieron las Urgencias, no tienen asignación de horas extras por zona. Existe un sólo cargo de chofer titular, existen dos ambulancias y a veces hay dos accidentes simultáneos. Piensan achicar la sala de atención de urgencia que actualmente consideran que está bien. No hay reemplazos en la Isla, no hay sistema de incentivos, somos polifuncionales y no hay reconocimiento. La comunidad no sabe lo que pasa adentro, nos critican sin saber en las condiciones en que trabajamos.

Propuestas de los funcionarios:

- Que todas las instituciones públicas hicieran aseo un día a la semana, con la comunidad. Que se preocuparan de los cortes de pasto.
- Que se realice una nueva campaña comunicacional. Desarrollar nuevamente charlas en todas las instituciones. Repasar, especialmente ahora que viene época de alta.
- Avión que de vueltas con mensajes educativos.

Martes 17 de Diciembre

3) Reunión con el Gobernador Provincial de Isla de Pascua: Sr. Enrique Pakarati Ika en la Gobernación.

Se realiza una visita a la Gobernación donde me entrevisto con el Sr. Gobernador, saludos cordiales y se analiza la situación más urgente relacionada con el Decreto de Vacunación de Fiebre Amarilla y se acuerda realizar al día siguiente una reunión extraordinaria de la Comisión Provincial para el Control de Dengue, como asimismo realizar una reunión Urgente con el equipo del Hospital, la que se realiza durante la misma mañana.

4) Reunión con el Gobernador Provincial de Isla de Pascua: Sr. Enrique Pakarati Ika en el Hospital.

Participa el equipo directivo y técnico del Hospital. Se analiza la gravedad de las afirmaciones del Sr. Alcalde, así como la molestia en el equipo por la posibilidad de que el Municipio administrara el Hospital. Se informa sobre las medidas que el Hospital asumirá para hacer pública la molestia, incluyendo un reclamo formal ante el Colegio Médico. El equipo del Hospital acuerda realizar una declaración pública con la prensa local, ese mismo día. La que se realiza.

Igualmente se analiza la situación por el Decreto 291, Fiebre Amarilla, destacando que si bien la forma en que se presenta traerá consecuencias, se destaca la importancia de que al contrario del dengue, la fiebre amarilla tiene prevención mediante la vacuna, lo que es un positivo. La visión generalizada es que va a afectar la economía de la Isla, opinión de la Cámara de Turismo. Se acuerda realizar una reunión con los representantes de la Cámara de Turismo al día siguiente.

En relación al control del Nao Nao se acuerda desarrollar una estrategia para una nueva Campaña Comunicacional, destacando la importancia de involucrar a la comunidad en su totalidad en las estrategias de prevención.

5) Reunión con CONADI: entrevista con el Sr. Alvaro Durán abogado.

Se analiza la situación actual Señala que en general la respuesta local a las medidas implementadas parece positiva. También observa que la gente espera que las cosas se les hagan. No hay percepción de enfermedad. El Estado es el llamado a "ponerse".

Señala que gran parte de la tierra es fiscal por lo cual se requiere de medidas macro, que el Estado aporte directamente a la solución de los problemas.

Los Rapa Nui no se definen como indígenas, sino como polinésicos, tienen un fuerte rechazo a la presencia del Estado, que es histórica y proviene del despojo y trato recibido. También hay molestia por la imposición de un modelo de desarrollo exógeno y reconoce que no hay una Política de Estado para la Isla. La posición de gobierno interior es confusa.

En relación a la estructura social del pueblo Rapa Nui señala que existen dos Consejos Ancianos y dos Juntas de Vecinos; donde se da mucha variabilidad en las posiciones. Propone que una estrategia comunitaria debería involucrar a la estructura social tradicional y a la Municipalidad, en especial a los colegios. Señala que lo que cuesta en la Isla es la perseverancia en los procesos. Para prevenir y controlar el Nao Nao propone además usar poleras, yoquis con mensajes, con colores atractivos, donde aparezcan zancudos gigantes.

Otros problemas en materia del sector salud necesarios de abordar son: la baja resolutivez del Hospital, es considerado de cuarta categoría, en el año ya se acumulan 3 causas de acusaciones por negligencia. Existen muchos problemas de salud mental y no hay psiquiatra, problemas de violencia familiar y abuso sexual. Propone abrir el enfoque del programa de Salud y Pueblos Indígenas al tema del apoyo a la mujer y a los niños agredidos.

Miércoles 18 de Diciembre

6) Reunión con Comité Asesor de Servicios Públicos presidida por Gobernador:

- La Reunión convoca a los 33 Servicios Públicos en la Isla y es presidida por el Sr. Gobernador. Parte con la presentación de las personas del Ministerio y explica el motivo de la visita. Igualmente agradece las donaciones de petróleo que se han recibido de diversas instituciones para apoyar las fumigaciones en el control del Nao Nao.
- Da cuenta de solicitud a la SUBDERE de adquisición de una camioneta y recursos para combustible que se hizo llegar recientemente, donde se propone se reinviertan los fondos destinados para el Plan 2002.
- Explica la grave situación creada con la difusión del Decreto de Vacunación contra fiebre amarilla y pregunta que respuesta dar a las consultas recibidas sobre viajes aéreos y marítimos, que solicitan autorización para viajar.
- Pide información sobre Plan Integral que estaba en diseño con los Servicios Públicos. Elaboración de protocolo de plan estaba a cargo de salud. Recuerda la propuesta de incorporar otras instituciones.
- Salud da cuenta de las gestiones realizadas y las dificultades de tiempo para poder concretar diseño del Plan, por la multiplicidad de funciones que realiza, con escasos recursos humanos.
- Destaca la molestia por el incumplimiento del compromiso de instruir desde las autoridades centrales a las unidades provinciales de actuar y disponer medidas para enfrentar la situación, lo que ha dificultado la colaboración, aunque se valoriza que igual ha existido. Se encarece la urgencia de que se disponga además de recursos especiales y un Decreto de implementación.
- La Sra. Sáez destaca la importancia de producir un cambio de actitud a nivel local para superar la situación actual. Señala que existen antecedentes que algunas personas de la comunidad se niegan a colaborar en las medidas de prevención afirmando que ese es un problema de Estado. Se invita a buscar la forma de comprometer a toda la comunidad en la solución del problema, de otro modo será imposible erradicar el mosquito de la Isla, no hay nadie en la Isla que pueda lavarse las manos de esta situación.
- Algunos participantes resaltan que en el lugar que mayor conciencia hay es en la Isla, donde se ve la ausencia de una política de Estado resolutive, los procesos se han caracterizado por una lentitud en las decisiones incomprensible. En la primera emergencia la comunidad y los servicios públicos desarrollaron un conjunto de acciones para enfrentar la situación. Actualmente no se ha recibido ningún recurso especial.
- La Sra. Sáez resalta que reconociendo los esfuerzos ya realizados, hoy se trata de recuperar ese espíritu de cuerpo.
- Un representante del Municipio da cuenta de la existencia de 44 millones que han sido entregados recientemente desde el Estado. Igualmente se plantea que el Estado tiene la obligación de solucionar el problema y señala que "sólo tenemos que ponernos a trabajar", basta de promesas.
- Algunos participantes enfatizan la molestia de que se haya diseñado un Programa de trabajo en el Continente, se destaca las condiciones que en la Isla existen para planificar y actuar descentralizadamente.
- En relación al sector Salud se propone revisar la condición de Hospital 4, lo que constituye un daño, se requiere mayor resolutive. También se propone que se coordinen acciones y se tomen medidas para que la atención de pacientes derivados de la Isla realmente sean tratados como Urgencia.

- Se propone contar con profesional que realice la sistematización, elabore un plan y coordine a los Servicios Públicos, dicho profesional debe estar trabajando en la Isla, se sugiere que sea alguien del Municipio o de la propia Gobernación, a quien se le asigne la responsabilidad. Lo importante de la medida es que se puede asumir a nivel local y que tiene carácter de Urgente. Se acuerda que se realicen a brevedad posible las gestiones y que Salud aporte la información recabada pero en ningún caso coordine, el coordinador debe ser de carácter intersectorial. Se acuerda que se realicen las acciones necesarias para contar con un profesional que realice la Planificación, Coordinación y Monitoreo de los compromisos de los Servicios Públicos. El Gobernador se hará cargo de conseguir un profesional que puede ser destinado en Comisión de Servicio.

ACUERDO: el Sr. Gobernador realizará las gestiones correspondientes para que se nombre al funcionario pertinente para dicha tarea.

7) Reunión con Cámara de Turismo:

- La reunión se realiza en la Gobernación. El objetivo es aclarar la situación en torno al Decreto. Se informa que ya se ha dado una contraorden específica y que se va a entregar una lista de los países que tienen brote de fiebre amarilla. Los representantes de la Cámara señalan los procedimientos han sido errados, no se preguntó a la Isla y además no se comunicó adecuadamente. La temporada del año es muy sensible y afecta especialmente al mercado nacional.
- Solicitan un documento oficial del Ministerio que aclare la situación en forma Urgente., se requiere de una declaración pública.
- En relación al Programa de control y prevención del Nao Nao, proponen que se permita una Campaña Comunicacional diseñada y ejecutada localmente. Señalan que han habido numerosos errores en las comunicaciones sobre la Isla, por ejemplo, sobre el accidente fatal de un brasileño residente en la Isla, la prensa dice "turista cae en Isla de Pascua". Se trata de mejorar los procedimientos y que se respeten las decisiones locales.

8) Reunión con Equipo de Monitores, Inspectores y Brigada de Saneamiento del Programa de Control y Prevención del Nao Nao:

- Participa todo el equipo de trabajo, se propone una conversación abierta donde ellos expresen sus puntos de vista sobre los procesos en desarrollo. El equipo es coordinado por la Dra. Ximena Muñoz y se compone de 6 Monitores, 5 Inspectores y 5 personas en Brigada de Saneamiento. Se plantean las siguientes necesidades, pasando por las dificultades y propuestas de cambio:
 - **Actitud de la Comunidad**
- Las dificultades en el trabajo en terreno derivan en algunos casos en una actitud de resistencia de la comunidad, donde se ponen límites en el espacio para que desarrollen su labor, no permiten entrar a todo el patio y cuando no se encuentran los dueños de casa no pueden operar. Se les ha acusado de robos, aunque siempre se han aclarado.
- En general opinan que existe una valoración mas positiva que negativa del trabajo que están desarrollando, y que hay actualmente más participación de la comunidad. Son pocos los indiferentes. Afirman que con plata se gana la guerra. Señalan que la comunidad se molestó por la venida de toda una delegación del Ministerio que prometió y no cumplió. Prometió 100 millones y no paso nada.

- Han recibido solicitudes de fumigar parcelas, pero no hay recursos suficientes. Las parcelas no tienen agua potable, acumulan agua en tambores, se colocan las gambusias, sólo quedan 3 sacos de 90 kilos. Rural es lo que está más abandonado, para trasladarse se van a caballo a rural.
 - Cuentan con apoyo de sus familias. Otras instituciones colaboran, MOP presta maquinaria, pero salud pone el combustible. Opinan que antes estuvieron más puestos.
- **Necesidades:**
- Solicitan que se refuerce la capacitación. Proponen los siguientes temas: fiebre amarilla; técnicas pesticidas; efectos secundarios y otros. No todos los nuevos en el equipo tuvieron curso de capacitación. Valoran el Curso dado por los cubanos, consideran que fue útil.
 - Otro problema es que actualmente se preocupan de fumigar los barcos cuando se van y no cuando llegan, ¿a quien se protege entonces?. Tampoco los barcos no se revisan si son del Continente. Debería entregarse información para los pescadores y que no bajen basura.
 - Difusión es lo que hace falta. No hay implementos para hacer buenos materiales de difusión. Los videos se hacen artesanalmente, el equipo los produce y los pasa el Canal local. Existe un incumplimiento de contrato, el Canal debería editar los videos.

Dificultades:

- No se cuenta con vehículo para trasladarse a terreno. Lo ideal es que no dependieran de otras instituciones, el Hospital cuenta con una moto y una ambulancia con tracción en las 4 ruedas. que se puede reparar y ambos vehículos funcionando ayudarían frente a la situación actual.
- No hay suficiente pesticida para fumigar.
- La campaña de patio limpio se termina el 31 de diciembre.
- Si alguien tiene un accidente, no hay seguridad para los integrantes, ¿quien ayuda en el Conti?
- Existen diferencias de sueldos en el equipo, debería revisarse esta situación. Podría pagarse a través del Banco.
- Los mamelucos aportados para desarrollar son insuficientes, se han ido deteriorando y es sólo uno por persona; y los zapatos se desarmaron solos.
- No se miden los efectos secundarios de los productos químicos utilizados, las plantas de plátano se están enfermado. La leche dada a los fumigadores han bajado las dosis. Hay temor de enfermarse.
- Si bien en la Isla no se paga impuestos, no ven el beneficio directo, el traslado se paga muy caro: hay monopolio de LAN CHILE y de barcos de Empresas Navieras.

Evaluación:

- Los informantes señalan que lo principal es lograr el "resultado". El equipo afirma "lo bueno es que igual se hacen milagros, las ganas están".
- Valoran la relación establecida con la Dra. Muñoz, "ella escucha nuestras opiniones y participamos de las decisiones en la implementación del Programa".

9) Reunión con Alejandro Bugueño, visión del Programa de Control y Prevención del Nao Nao:

Se realiza una entrevista con Sr. Bugueño para recoger su visión del proceso. A la luz de la situación de proliferación del mosquito Nao Nao: ¿Qué faltó?, las opiniones fueron:

- Los recursos humanos fueron insuficientes, faltó trabajo comunitario y desarrollar una estrategia que involucrara a todos los Servicios Públicos.
- Se enfrentaron posiciones técnicas distintas, los médicos no entendieron la diferencia entre el trabajo médico y el ambiental.
- Se requería de soluciones rápidas, directas, que no pasaran por el Servicio de Salud.
- Faltó capacitar a la gente de la Isla, que se quedaran instaladas las capacidades.
- Hay debilidad en la expertis de los profesionales que han estado a cargo. Se debe hacer caso a los cubanos y diseñar una planificación de largo plazo, donde se detallen costos y procedimientos.
- Actualmente faltan recursos para movilizar al programa.
- Ninguno de los barcos que llegaron fueron fumigados.
- Actualmente se cuenta con 44 millones aportados por la SUBDERE que serán utilizados en dos proyectos de mejoramiento: urbano y Mataveri.

Propuestas:

- Que exista un jefe nacional del problema del dengue.
- Que se capacite a quien venga a trabajar a la Isla, que sepa ganarse la confianza, que se relacione con la comunidad.
- Que los jefes hagan el trabajo de terreno, no sirven los profesionales con horario.
- Que los monitores se pongan la camiseta.
- Debiera haber alguien para el área de comunicación.
- El jefe de barco que llegue debe asumir la responsabilidad en la fumigación.
- Ubicar líderes de la comunidad.
- Que se pregunte antes de tomar decisiones.
- La relación con la Municipalidad es imprescindible, llegan muchos aportes al Municipio.
- Todos debemos asumir la responsabilidad que tenemos en la solución del problema.

CONCLUSIONES.

En las diversas reuniones y entrevistas realizadas fueron comunes los temas de una Política de Estado para la Isla de Pascua, la necesidad y respeto a las decisiones locales, la necesidad de coordinación de todos los actores, desarrollar un Plan Estratégico, promover una mayor participación y compromiso de la comunidad y la necesidad de realizar una nueva Campaña Comunicacional.

MSS. - ENERO 2003

ANEXO 25 Asesoría V. Fajreldin Seremi V Región hacia HHR, campaña contra Vih-Sida año 2003 (textual)

Valparaíso, 19 de diciembre 2003

Al equipo de salud Hospital Hanga Roa, encargado del tema VIH-SIDA

La Conasida ha definido una primera etapa de su VI Campaña de Prevención de VIH-SIDA, a nivel nacional. Pero, este año han incorporado por primera vez, y en el contexto de los requerimientos del denominado Fondo Global, la idea de descentralización. Para ello, se les pidió a las regiones que, junto con sumarse a la campaña nacional y sus fundamentos, definieran las acciones que consideraran pertinentes en relación con la especificidad de sus territorios. La V región lanzó su campaña el mismo día que en la Metropolitana, el 1 de diciembre, y ha estado trabajando en delinear propuestas de acciones hasta tener un Plan Regional al respecto.

Este Plan es fruto del trabajo que emerge del Consejo Regional de VIH-SIDA que funciona en la región desde este año y que incorpora al intersector y asimismo a la sociedad civil, particularmente organizaciones que trabajan en relación con el tema. Es esta instancia la encargada de trabajar con la temática de VIH, y en general ya no existen decisiones centralizadas sino que todo debiera pasar por las reuniones que, una vez al mes, realizamos en esta Intendencia (la Seremi actúa como secretaria ejecutiva del Consejo).

Para el año que viene, se espera contar, entre las preocupaciones del Consejo, con la temática de VIH-SIDA y Pueblos Indígenas ya que yo tengo a cargo también el tema de Pueblos Indígenas en la región y he posicionado preliminarmente el tema, con gran aceptación de parte de quienes están en el Consejo. Como es de su conocimiento, la V región posee además de Rapanui, gran cantidad de mapuches urbanos y otros grupos muy minoritarios. En la Comisión de Salud de la Mesa Regional Indígena (también tenemos Mesa indígena en la región) les comenté que para el 2004 será un tema novedoso el del VIH y por tanto esperaba que trabajáramos juntos. En suma, a todos nos interesa, y este año el Fondo Global debiera permitirnos contar con recursos para estos fines, ya que considera la existencia de ^grupos emergentes^ para focalizar la acción de prevención, en fin.⁵⁵⁷

Nos interesa que a lo largo del año, definamos representantes indígenas y no sólo mapuches sino también rapanuis (de eso espero encargarme en futuro viaje a la Isla) si es que alguien se interesa, para estas instancias, y que además, empecemos a trabajar coordinadamente con el Hospital Hanga Roa y el SSVSA.

En términos más concretos, para esta primera etapa de campaña, estimamos que es necesario que la isla no quede fuera, en el entendido de que constituye un claro ejemplo de nuestra diversidad regional. Finalmente hemos acordado un presupuesto cercano al 1.000.000 de pesos, dependiendo de los requerimientos que el equipo del Hospital Hanga Roa establezca. Por eso es necesario que nos envíen sus propuestas de proyecto para esta etapa.

Propongo que la acción se focalice en la Tapati y, como habíamos comentado, se centre en el "alto grado" de exposición al que podría estar sometida la comunidad isleña y los turistas en estas fechas. Aunque pienso que posiblemente la gente más cercana a los mensajes que podamos dar es la población adolescente y muy joven, porque según uds. han informado se trata de la gente con quienes han hecho acciones educativas. Pienso que otros sectores de la población no estarían dispuestos a ser llamados a tener determinadas conductas de autocuidado, y esos son temas que siento que futuras investigaciones antropológicas pudieran aportar, de modo que no sería el momento de enfocarnos en ellos⁵⁵⁸.

La campaña debiera orientarse, al igual que en el conti, en la prevención a través del autocuidado. Si bien aquí en la región hemos discutido sobre la veracidad del lema principal de la campaña, cual es "si ya se prevenir el sida, ¿cómo no me cuido?", porque consideramos que no existe información precisa sobre cómo cuidarse (o sea la gente realmente no sabe del todo cómo hacerlo, ni masivamente), es necesario darle un toque de nacional al tema⁵⁵⁹, y por tanto considero (es la opinión también de Silvia) que debiera pensarse en usar en el material isleño las otras frases en vez de esta: "si yo no me cuido del SIDA, ¿quién?", pudiendo también ser "Si no es ahora, ¿cuándo?". Esto es un poco contradictorio con mi idea de situar el objeto de la campaña sobretodo en la población joven y según uds sí informada. Pero el grueso de la información o mensajes que aparezcan en los materiales que imaginen uds. desde la necesidad local, debe contener frases más coherentes con la realidad. Evalúen uds.

Nuestros comentarios al folleto son los siguientes, a grandes rasgos:

Nos parece que está desactualizada la información, porque a nivel nacional e internacional se hace hincapié hoy en día en tratar de presentar el tema del virus como una enfermedad que avanza hacia lo crónico. Con

557 Por ejemplo, es clara nuestra postura acerca de la necesidad de realizar estudios de carácter antropológico o de otras ciencias sociales y del comportamiento respecto al tema en una cultura como la isleña. Desde ya les comento que existen algunas personas estudiantes de Ues. Regionales que realizarán sus tesis de titulación en el tema, por lo cual aprovecho de pedirles apoyo para ellas, cuando y si es que lo requieren de parte de uds.

558 Estoy pensando en los yorgos, por ejemplo, o en adultos

559 De todos modos, en el último Consejo Regional se decidió que por cierto estaríamos en el concierto de la campaña, pero pudiendo realizar variaciones tipo omisiones para hacerlo más acorde con las realidades locales

ello se hace referencia a la existencia de terapias para su manejo, que, además serán de cobertura absoluta por parte del sistema desde enero del próximo año (o sea ahora mismo). Y además, y sobretudo, contribuye a sacarle el estigma de muerte que acarrea la idea de VIH. Hoy día se es "persona que vive con VIH", y que sufre, de repente, "alteraciones en su estado de salud" producto de ello. Pero no queda el enfermo imposibilitado de la vida social, ni tampoco sexual.

Varias modificaciones se han sucedido a lo largo del tiempo, en la terminología que se refiere a VIH-SIDA, con el fin de evitar la discriminación y de integrar a las personas que viven con el virus a la vida. Si se es persona que vive con VIH (PVVIH) no es que el sujeto "porte" enfermedad; tampoco se habla ya de "infección" ni "contagio" porque son términos con connotaciones culturales densas y negativas que dificultan la integración. Y además porque para que el virus se transmita, debe existir una relación de a dos (al menos) y por ello surge la brillante idea de que es el individuo, todos, y cada uno de quienes tienen conductas de riesgo, quien debe protegerse a sí mismo, y no depositar la confianza o la responsabilidad en el otro. O sea el virus no se contagia (no se "pega" de una persona a otra) sino que se "adquiere" por parte de una persona que no se cuida a sí misma.

A nuestro juicio, el objetivo del folleto –y de toda acción de la campaña– es justamente que la enfermedad no se adquiera. Y por ello además consideramos que no es bueno poner los síntomas de la enfermedad porque se trata de enfermedades oportunistas y no de VIH en rigor, y que se pueden confundir con cualquier otra.

Ello tiene que ver también con que en la Isla existe –según investigaciones de quien escribe– una clarísima "paranoia" colectiva en relación con la enfermedad que viene de afuera⁵⁶⁰ y que "amenaza" constantemente con destruir el precario equilibrio isleño. Sabemos que este sentimiento no es irreal, que tiene bases históricas y que se manifiesta siempre porque la situación de la isla es inestable y vulnerable y también, claro, por la responsabilidad que como chilenos nos quepa en ello. Por eso mismo, no sería adecuado que los isleños sintieran esta doble amenaza:

la amenaza de la muerte (y su visión de la misma como algo terriblemente malo y que es lo que se debe evitar con el Sida) porque el folleto habla reiteradamente del tema de la muerte;

y la amenaza de los síntomas ("usted puede tener vih y no lo sabe!!!!) es alarmista. Además, va en contra del turismo, claro.

En cambio, insisto, la idea es el autocuidado: si ud. se cuida... previene la transmisión. Es decir, se debe hablar mucho del tema de la transmisión. Para ello es necesario poner claramente las medidas de prevención, para que la gente las conozca en detalle, incluyendo el uso correcto del preservativo (no sólo el enunciado "uso correcto del preservativo" sino su explicación detallada, en lenguaje fácil pero claro. Además, un plus es que sabemos que en la isla nadie se ofenderá si se habla de estas cosas: usemos esta característica cultural para nuestro trabajo y enseñemos claramente el tema.

Lo que debiera hacerse sería, tal vez, poner la información sobre cómo hace un isleño (o un tire que vive en la isla o un turista, en fin) si es que llega a querer saber si tiene o no VIH: qué es lo que ofrece el hospital, dónde ir, qué hacer, etc. Y también por cierto, el tema de la confidencialidad obligatoria del examen y la necesidad de consentimiento. O sea, si una persona ha tenido conductas que le parezcan riesgosas debe tener la posibilidad de saber qué hacer.

Respecto a las medidas de prevención, también consideramos que ya se debe ser más claro y que en vez de poner "abstinencia sexual" (que no tiene en realidad mayor asiento en la isla) se debe hablar (esa es una línea general en la región) de "no tener relaciones sexuales penetrativas" y sí en cambio otro tipo de prácticas sexuales. Y yo sacaría lo de "mutuamente fieles" también porque el concepto de fidelidad es cultural y posiblemente los isleños no lo comparten como lo hace la cultura judeo cristiana (en teoría) y, desconociendo nosotros sus concepciones culturales sobre sexualidad, resultaría inútil y/o inadecuado ponernos a hablarles de "comportamientos" determinados; quizás se deba hablar de "tener sólo una pareja", no sé. Silvia Ulloa propone como medida para la isla quizás solo la del preservativo; a mí me parece que igual deben ir las tres clásicas, pero con un lenguaje más claro y más directo.

Respecto a la gráfica del folleto, le veo muchas letras, pensando que se trata de gente que no suele leer mucho; entonces sugiero que las explicaciones sean más livianas y acotadas. Estimo interesante que sean trilingües. Quizás la información en inglés deba ser un poco diferente pensando en el nivel cultural de quienes visitan la isla desde el extranjero. Respecto a los dibujos, personalmente no me gustan porque encuentro que no entregan información pertinente y debieran aprovecharse para ser vehículo de algo: ya sea del mensaje de la prevención o bien de la identificación del tema con lo local: imágenes de la isla, no sé..., pero no infantilizaría la imagen del preservativo, por ejemplo, porque en la isla no es necesario hacerlo⁵⁶¹.

560 Ver Valentina Fajreldin "La Medicina Herbolaria en isla de Pascua. Acercamiento antropológico a la cultura médica contemporánea en Rapanui", capítulos 2 y 7 (disponible en la biblioteca del Hospital H. Roa)

561 Existe por ejemplo, una página web de la Cruz Roja española www.ctv.es, que tiene una buena explicación de cómo ponerlo y además buenas ilustraciones. Quizás pueda servirles

Finalmente, quisiera despejar algunas dudas de fondo, porque si bien en Chile la transmisión del virus es casi del todo por vía sexual, las estadísticas no dan cuenta de lo local. Básicamente, ¿qué pasa en la isla con la seguridad de la sangre que se utiliza en el Hospital?;

¿existe en algún momento riesgo de drogadicción intravenosa entre la población isleña? (llegada de turistas de Europa, en fin...). Relacionado con esto, es interesante la alusión al tema del tatuaje y quizás debiera dársele más énfasis, aunque desconozco por completo cómo lo hacen en la isla. Considero que habría que tenerlo presente (quizás en la medidas de prevención?).

Por otra parte, quisiera saber si nunca ha existido conexión al Fonosida desde la isla.

Atte.

Valentina Fajreldin

Antropóloga Social

Asesora Seremi de Salud V Región

ANEXO 26 Sobre preparación y especialidad en torno de Matua Pua`a, etnografía 1999

Fuente: Fajreldin, 2002. Tesis de pregrado La Medicina Herbolaria de Isla de Pascua. Acercamiento antropológico a la cultura médico-política en Rapanui (textual del original)

En torno del Matua Pua`a, el procedimiento para preparar el remedio es por lo general secreto⁵⁶². El conocimiento técnico de uso más o menos público, no es lo que hace al especialista⁵⁶³. En la mayor parte de los casos, se nos ha explicado que la núa realiza con fe el procedimiento de conversión, añadiendo oraciones y pensando con amor en la persona para la cual se realiza el remedio. Esto es central en la transformación adecuada del elemento en medicina, de lo contrario, puede ser bien preparado (puede generar incluso efectos curativos hasta cierto grado) pero no será "remedio" con toda la potencialidad curativa. El Mana es el que actúa, más que la mera coincidencia "química". El mana presente en la planta misma, ligada al volcán y a su origen legendario ancestral, y/o el mana presente en el especialista, depositario de la confianza ancestral. De esta manera, el especialista tiene "poder" para sanar con la planta.

La especialista preparará la planta de acuerdo a los conocimientos heredados y la comunidad acudirá a alguna de ellas según la decisión de la persona enferma o sus cercanos, de acuerdo a la confianza que entregue cada una, la cercanía familiar, pero básicamente de acuerdo a las experiencias de otros conocidos y sobre todo ello se relaciona con "la fe" atribuida al especialista elegido, que de alguna manera definirá su capacidad para preparar el remedio de modo que sea efectivo ⁵⁶⁴. Es decir, podríamos hablar de una cierta "fama" adquirida, pero también heredada, aunque parece ser más importante que la línea de transmisión, el desempeño concreto personal del especialista. Es de gran importancia el cómo y el por qué la persona ha llegado a prepararlo pero debe también demostrarse en el tiempo que este saber está siendo "bien usado", lo que, de todos modos, remite al tema de la rigurosidad en el seguimiento de una supuesta - aunque posiblemente no exclusiva - receta tradicional.

Existe en las especialistas, la idea de que el pago no es lo más importante, ya que este puede perfectamente no darse, e incluso a veces señala la comunidad como requisito el preparar "pa sanar, no pa cobrar". Ello, soportado en la idea de la herencia, del servicio público, de ser, de alguna manera solamente un puente (no se es dueño de eso, sino que es un regalo). Pero el pago, como ocurre universalmente, se materializa de una u otra forma, realizándose tradicionalmente en especies, en comida, etc., pudiendo usarse hoy también el dinero.

Nos parece advertir además que existe un criterio de funcionalidad en la elección de las núas, pues algunas "hacen para" algunas enfermedades más tradicionales y otras han venido preparando desde hace años para males más contemporáneos. Si bien todas ellas podrían hacerlo, existe una suerte de "corrida de bola" acerca de que tal o cual núa "está haciendo" también para una enfermedad que la otra no hace. Asimismo, hemos notado que algunos rapanuis comienzan a negarse a la idea de "sufrir, sacrificarse" tanto como el tratamiento tradicional lo exige para conseguir la cura, y quieren menor rigor en el tratamiento, cosa que algunas núas no estarían dispuestas a transar, por lo cual se acude a la "que lo prepara más fácil". Este hecho se convierte en otro punto sumamente criticable por otros miembros de la comunidad, criticable la núa por hacerlo así, y criticable el criterio del paciente que no comprende que el "sacrificio" es en si mismo parte de la "gracia" del Matua Pua`a.

Sin embargo, pese a toda la importancia atribuida a estos temas, encontramos la posibilidad de hecho (no ideal) de que el elemento sea eventualmente preparado por otras personas que se auto-asignen la propiedad por ser por ejemplo, pariente directo de una de las núas mencionadas, sin necesidad de que ella se lo haya "pasado". Existen muchas personas que simplemente lo preparan, no reclamando una herencia, ni siquiera un conocimiento o una técnica especial. A veces, sí, se trata simplemente de manejar una técnica, unas proporciones, una receta, pero otras no: el Matua Pua`a se usará como cualquier otra hierba. Otras veces, pese a que se reconoce que se trata de un remedio poderoso y diferente, y aún así se prepara desritualizado. Pero, existe por lo general un aspecto que cuidar: quien lo prepare y no sea especialista debe ser una persona mayor.

562 Por esta razón no quisimos indagar, durante el terreno, en un tema tan íntimo de la cultura, y por tanto no tenemos conocimiento detallado sobre este particular que ofrecer a nuestros lectores

563 Hay técnicas al alcance de todos aquellos que podrían potencialmente proceder, y, en muchos casos sin embargo, no lo hacen

564 Existe en la comunidad un conflicto importante respecto de quienes deben preparar este elemento, y por ende a los efectos que el remedio alcanza a tener sobre los pacientes. Este conflicto radica en el tema evidente a nivel de discurso, de la legitimidad de los especialistas para hacer de tales. Hay quienes se identifican con una de ellas, con un sentido de fidelidad, ya que esta identificación adquiere a veces el carácter de una oposición respecto a las otras. Esta actitud pareciera ser reivindicativa de un pasado en el que no hubiera ocurrido tal multiplicidad de especialistas, según la comunidad.

ANEXO 27 Set de instrumentos para la gestión y atención Papa Ra'au, Hospital Hanga
Roa 2017.

SOLICITUD DE INTERCONSULTA
HOSPITAL HANGA ROA
CARR. DE LOS CAÑALES

Fecha: 10/06/17

Derivación a: Reunión I.G. Ronda

Nombre Paciente: [Redacted] F. No: 2010166

R.U.N. [Redacted] F. No: 2010166

Nº Ficha: 68018 F. No: 2010166

Historia diagnóstica: Fibromialgia

UDES: Si No
Motivo: Sospecha Tratam. Control

Antecedentes / Exámenes realizados:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Nombre de Emisor: _____

1) Reunión Gestión I. G. Fecha: _____
Derivación a: a) RONDA b) INTERNA

2) DPOOR Especialidad: _____ Cables: _____
Observación:

3. _____
4. _____
5. _____

2) Ronda Especialidad: _____ Fecha: _____

6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____

Derivación a: a) más especializada b) Trat. Local
R.U.N. _____

Nota: Toda S.C. e I.G. de un Problema de Salud OCS debe ser dictada antes de 48 hrs. de SIGES

Hoja diseñada para facilitar procesos de interconsulta con el interior del HHR.



El Director del HHR y la taote Lory Paoa, certifican a través del Servicio Agrícola y Ganadero SAG que el líquido medicinal del Matua Pua a que lleva un pasajero en Latam hacia el continente, se encuentra libre de peligro para el ambiente en Chile continental. Chile posee desde los años 80 una política de control sanitario de sus fronteras. Interesante que haya decidido incluir a los remedios rapanui dentro de lo potencialmente riesgoso. Papa Ra'au por su parte, no reclama y actúa de acuerdo con la lógica (inter)institucional.



Fotografías que muestran el espacio del box intercultural en el HHR. Una de sus taote, Carmen Nahoe.

 Depto. Social Manual de Procedimiento de Salud Intercultural	 HOSPITAL HANGA ROA SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE	COD.
		Versión: N° 1.0
		Resolución N° 168/2016
		Fecha Actualización: Febrero 2017
		Vigencia: 1 año
		Página 1 de 15

MANUAL DE PROCEDIMIENTO ATENCION SALUD INTERCULTURAL

Elaborado por:	Actualizado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Yolanda Nahoe Pont Encargada Depto. Social y traslado de pacientes		Dra. Claudia Pérez Subdirectora Medico Daniela San Martin Subdirectora administrativa	Juan Pakomio Bahamondes Director
Elaboración: enero 2016	Actualizado:	Revisado: Febrero 2016	Aprobación: febrero 2016

 Depto. Social Manual de Procedimiento de Salud Intercultural	 HOSPITAL HANGA ROA SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE	COD.
		Versión: N° 1.0
		Resolución N° 168/2016
		Fecha Actualización: Febrero 2017
		Vigencia: 1 año
		Página 4 de 15

2.- ALCANCE O CAMPO DE APLICACIÓN:

Dirigido a los equipos de salud clínica, administrativa, técnica y auxiliar del Hospital Hanga Roa, como una herramienta de consulta en torno a la Salud Intercultural Rapa Nui en el ámbito hospitalario.

3.- OBJETIVO GENERAL:

Protocolizar, sistematizar y estandarizar las actividades que sustentan el enfoque intercultural, complementario y las prestaciones asociadas a ella y que son otorgadas por agentes de medicina ancestral en el Hospital Hanga Roa.

4.- DEFINICIONES:

Interculturalidad: El concepto de interculturalidad apunta a describir la interacción entre dos o más culturas de un modo horizontal y sinérgico. Esto supone que ninguno de los conjuntos se encuentra por encima de otro, una condición que favorece la integración y la convivencia armónica de todos los individuos, respetando la diversidad

Salud Intercultural: Sistema de prácticas terapéuticas, validadas socialmente por individuos de una determinada cultura sustentadas en diversas creencias, conocimientos y percepciones.

5.- RESPONSABLES:

La aplicación del presente protocolo es de responsabilidad de las agentes de salud intercultural del Hospital Hanga Roa.

La coordinación y supervisión clínica es responsabilidad del médico coordinador de la APS, quien deberá gestionar agenda de atención, programar actividades con el equipo de APS, dar el VºBº de las actividades para el pago, gestionar insumos clínicos.

La coordinación y supervisión administrativa es responsabilidad de la Encargada del programa PESPI local, quien debe elaborar informe de rendición de actividades (informe cualitativo según formato SSMO), coordinar reuniones mensuales con la presidenta de Mesa Pueblo, dar VºBº de las actividades del ámbito medio ambiental para el pago.

La gestión financiera es responsabilidad del Encargado de Finanzas del HHR.

6.- FUNDAMENTO:

El propósito es Contribuir a la disminución de brechas de inequidad, en la situación de salud de los pueblos indígenas, a través de la construcción participativa de planes de salud que reconozcan la diversidad cultural, promuevan la complementariedad entre sistemas médicos y provean servicios

 Depto. Social Manual de Procedimiento de Salud Intercultural	 HOSPITAL HANGA ROA SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE	COD.
		Versión: N° 1.0
		Resolución N° 168/2016
		Fecha Actualización: Febrero 2017
		Vigencia: 1 año
		Página 5 de 15

de salud adecuados, que respondan a necesidades, derechos y perfiles epidemiológicos específicos.

En el convenio 169 de la OIT, en la PARTE V sobre Seguridad Social y Salud, en los artículos 24 y 25, se considera que:

- Los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna.
- Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.
- Que los servicios de salud deberán organizarse en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.
- El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.
- La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales económicas y culturales que se tomen en el país.

7.- ESTATUTO DE ORGANIZACIÓN INTERNA DEL PAPA RA'AU:

7.1.- Del ingreso:

Podrán ser integrantes de Papa Ra'au, aquellas personas que cumplan con los sean:

- 1.- Mayor de 18 años.
- 2.- Chileno.
- 3.- Perteneciente a la etnia Rapa Nui.
- 4.- Poseer conocimientos y experiencia reconocida en la comunidad en torno al sistema de medicina Rapa Nui en cualquiera de sus manifestaciones.
- 5.- Mitad más uno de aceptación de los integrantes activos.

 Depto. Social Manual de Procedimiento de Salud Intercultural	 HOSPITAL HANGA ROA SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE	COD.
		Versión: N° 1.0
		Resolución N° 168/2016
		Fecha Actualización: Febrero 2017
		Vigencia: 1 año
		Página 6 de 15

7.2.- De la desvinculación:

- 1.- De mutuo acuerdo entre la directiva y el integrante activo.
- 2.- El incumplimiento injustificado a 4 reuniones en el año.
- 3.- El incumplimiento de las funciones que le son encomendadas.
- 4.- Hacer mal uso o utilizar para fines personales el nombre o representación de la agrupación.
- 5.- Usar indebidamente las instalaciones del Hospital Hanga Roa.
- 6.- Faltar a la ética, como ejemplo comprometer los intereses y el prestigio de la agrupación, afirmando falsedad respecto de sus actividades o de la conducción de ella por parte de la directiva.
- 7.- Realizar actos de discriminación hacia sus compañeros, funcionarios del Hospital Hanga Roa o usuarios.

7.3.- Deberes de los integrantes:

- 1.- Cumplir con la programación de actividades y de agenda de atención.
- 2.- Cumplir con el registro de asistencia
- 3.- Cumplir con la entrega de documentación requerida en las diferentes unidades internas del Hospital Hanga Roa (SOME, estadísticas, finanzas, social, etc)
- 4.- Dar aviso con al menos 24 horas de anticipación si no podrá asistir a cumplir con sus funciones previamente programadas.

7.4.- Derechos de los Integrantes:

- 1.- Recibir un trato digno de parte de todos los funcionarios del Hospital Hanga Roa.
- 2.- A solicitar el pago de sus servicios.
- 3.- A trabajar en un ambiente limpio y tranquilo.
- 4.- A ser respetados en sus disciplinas.
- 5.- A ser considerados en capacitaciones.

7.5.- Funciones de la directiva:

7.5.1.- Presidenta:

- 1.- Presidir las reuniones
- 2.- Dirigir las actividades propias de la agrupación y representarla en las instancias necesarias en la comunidad.

 Depto. Social Manual de Procedimiento de Salud Intercultural	 HOSPITAL HANGA ROA SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE	COD.
		Versión: N° 1.0
		Resolución N° 188/2016
		Fecha Actualización: Febrero 2017
		Vigencia: 1 año
		Página 7 de 15

- 3.- Cumplir y hacer cumplir los estatutos, reglamentos y determinaciones que surjan en la agrupación y en las asambleas.
- 4.- Convocar a reuniones.
- 5.- Promover actividades con el equipo de salud, la comunidad, las organizaciones de la sociedad civil y las agentes de medicina.

7.5.2.- Secretaria:

- 1.- Comunicar la convocatoria a las reuniones.
- 2.- Certificar mediante constancia en el acta de la reunión respectiva, que fueron citados la totalidad de los miembros a la reunión de la Junta Directiva.
- 3.- Asistir regular y puntualmente a las reuniones ordinarias y extraordinarias.
- 4.- Llevar y redactar las actas.
- 5.- Divulgar y dar cumplimiento a las órdenes y resoluciones emanadas en la Asamblea.
- 6.- Las demás que el Presidente y la agrupación requieran y soliciten.

7.5.3.- Tesorera:

- 1.- Recoleccionar los respaldos para el pago (boleta, asistencia, estadísticas y certificado de entrega de productos).
- 2.- Entregar los documentos en finanza para la gestión del pago.
- 3.- Elaborar informe semestral de los gastos realizados.

7.6.- Funciones de los integrantes:

- 1.- Realizar atenciones de medicina ancestral Rapa Nui a los usuarios que lo requieran y/o lo soliciten.
- 2.- Asistir a las reuniones periódicas programadas.
- 3.- Participar en actividades comunitarias programadas.
- 4.- Realizar registro de la atención en la hoja de evolución de cada usuario.
- 5.- Hacer entrega de sus estadísticas de atención de usuarios.
- 6.- Hacer entrega de la documentación requerida para el pago de sus servicios.

 Depto. Social Manual de Procedimiento de Salud Intercultural	 HOSPITAL HANGA ROA SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE	COD.
		Versión: N° 1.0
		Resolución N° 168/2016
		Fecha Actualización: Febrero 2017
		Vigencia: 1 año
		Página 8 de 15

7.7.- Prestaciones a realizar:

N°	Integrante	Funciones	Población objetivo	Horarios
1	Carmen Nahoe Rut: 9.399.105-2 Fono: 77452432 manstoa@rapanuweb.com	1) Tauroni 2) Haka ora Varua 3) Ra'au Rapa Nui (hierbas medicinales) 4) Terapia Haka Hapu Ra'au	1) Pacientes con dolencias osteomuscular 2) Pacientes derivados de salud mental 3) Pacientes derivados de Kinesiología 4) Pacientes con estrés 5) Pacientes espontáneos según agenda SOME 6) Problemas dermatológicos (sonasis, dermatitis)	Lunes de 8:00 a 17:00 hrs.
2	Felicia Tecano Rut: 9.620.419-9 Fono:	1) Tauroni Puoko e Va'e 2) Terapia Ra'au Rapa Nui (hierbas medicinales) 3) Consejerías en alimentación Saludable	1) Pacientes con dolencias osteomuscular 2) Pacientes derivados de salud mental 3) Pacientes con estrés 4) Pacientes espontáneos según agenda SOME	Martes de 8:00 a 17:00 hrs.
3	Pamela Hucke Rut: 11.845.163-9 Fono: 78838381	1) Tauroni 2) Val Vera 3) Terapia Ra'au Rapa Nui (hierbas medicinales)	1) Pacientes con dolencias osteomuscular 2) Pacientes derivados de salud mental 3) Pacientes derivados de Kinesiología 4) Programa embarazadas 5) Pacientes con estrés 6) Pacientes espontáneos según agenda SOME	Miércoles de 14:00 a 17:00 hrs.
4	Cristina Walter Rut: 13.333.603-5 Fono: amotunu@gmail.com	1) Terapia Tiare 2) Haka ora Varua 3) Terapia Ra'au Rapa Nui (hierbas medicinales)	1) Pacientes con dolencias osteomuscular 2) Pacientes derivados de salud mental 3) Pacientes derivados de Kinesiología 4) Programa embarazadas 5) Pacientes con estrés 6) Pacientes espontáneos según agenda SOME	Jueves de 8:00 a 17:00 hrs.
5	Lory Paao Rut: 9.620.419-9 Fono: 658'8587	1) Tauroni 2) Ma'ikuku Va'e (Podología) 3) Terapia Ra'au Rapa Nui (hierbas medicinales) 4) Elaboración de aceites, infusiones, tinturas, etc.	1) Pacientes con dolencias osteomuscular 2) Pacientes varios e AM. 3) Pacientes espontáneos según agenda SOME	Viernes de 8:00 a 17:00 hrs.
6	Laura Pont Rut: 7.424.004-5 Fono: 2551823	1) Extracción Plantas medicinales 2) Plantación 3) Mantenión 4) Riego 5) Desmalezado 6) Cosecha 7) Limpieza de productos 8) Conservación (pelados, rallados, dosificado en bolsas y conservados en el congelador) 9) Preparación 10) Registro de entrega en libro	1) Se prepara por libra y medio a pedido de las agentes de medicina. 2) Se embaza en botellas plásticas previamente lavadas y secadas. 3) Se entregan previo registro en libro.	Martes y viernes de 9:00 a 13:00 hrs.
7	Henriette Pont Rut: 8.560.805-7 Fono: 57267222 75504409			
8	Elsa Pale Rut: 12.158.768-6 Fono: 73808231	1) Gestión de recursos adicionales para la compra de insumos 2) Gestión de Recursos CCNADI 3) Programas radiales en coordinación con Comunicaciones (Keka)	1) Realizar todo el Lobby que se requiere para conseguir financiamiento. 2) Realizar programa de trabajo de difusión radial en coordinación con comunicaciones del HHR 3) 2016 conseguir financiamiento para apoyar en los gastos requeridos para asistir al encuentro de salud intercultural en el SSMO	Viernes de 8:00 a 13:00 hrs.
9	Flora Estela Ika Araki Rut: 9.779.394-6 Fono:	1) Tauroni 2) Haka ora Varua 3) Ra'au Rapa Nui (hierbas medicinales)	1) Pacientes con dolencias osteomuscular 2) Pacientes varios e AM 3) Pacientes espontáneos según agenda SOME	Miércoles de 8:00 a 13:00 hrs.

 Depto. Social Manual de Procedimiento de Salud Intercultural	 HOSPITAL HANGA ROA SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE	COD.
		Versión: N° 1.0
		Resolución N° 168/2016
		Fecha Actualización: Febrero 2017
		Vigencia: 1 año
		Página 9 de 15

8.- DEL TRÁMITE DE PAGO:

- 1.- Agente debe hacer entrega de boleta de prestación de servicios, copia de registro asistencia, copia estadísticas al Encargado de Finanzas. Este caso aplica para aquellas agentes que realizan atención en box.
- 2.- las agentes que se encargan de la mantención de las plantas, elaboración de medicamentos naturales, deberán hacer entrega a la unidad de finanzas, copia de registro de asistencia en cual estará estipulado en un libro exclusivo para tal efecto, boleta de prestación de servicios.
- 3.- Encargado de finanzas revisa los respaldos
- 4.- Coordinador APS debe entregar a la tesorera certificado de prestación de servicio firmado y con el V°B° en los casos de las agentes que realizan atención directa a pacientes.
- 5.- Finanzas solicita los cheques nominativos y los entrega en recaudación para su retiro.
- 6.- Al entregar los cheques de los pagos las agentes deben firmar el retiro.
- 7.- Los plazos para hacer entrega de los documentos para el pago serán los 3 primeros días de cada mes siguiente. En caso de no realizar la entrega dentro de este plazo, se deberá solicitar prórroga del plazo a la Unidad de Finanzas del HHR.
- 8.- El plazo para extender los cheques serán de por lo menos 48 horas.

9.- PROCEDIMIENTO DE ATENCION A USUARIOS:

La atención de salud intercultural, será realizada por agentes de medicina ancestral también denominados Taotes, previa programación de las actividades las cuales están estipuladas anteriormente en la página 8 (Funciones y horarios de atención).

9.1.- De la atención a pacientes:

Para poder acceder a las terapias realizadas, el paciente debe:

- 1.- Ingresar a atención con médico o solicitar voluntariamente la atención de salud intercultural en el SOME.
- 2.- El medico al evaluar al paciente puede sugerir o indicar atención de salud intercultural.
- 3.- El médico debe realizar interconsulta.

5.- Paciente va al GOMC y agenda hora.

 Depto. Social Manual de Procedimiento de Salud Intercultural	 HOSPITAL HANGA ROA SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE	COD.
		Versión: N° 1.0
		Resolución N° 168/2016
		Fecha Actualización: Febrero 2017
		Vigencia: 1 año
		Página 10 de 15

- 6.- SOME debe informar al paciente que debe traer dicha solicitud a su atención cuando corresponda.
- 7.- SOME debe publicar la lista de citas en la puerta del box intercultural a más tardar las 8:30 hrs.
- 8.- Agente de salud intercultural deberá según lista de cita solicitar la interconsulta al paciente si corresponde, revisarla y dependiendo de la indicación del médico hacer las terapias pertinentes.
- 9.- Las agentes o taotes, una vez terminada su jornada laboral deberán hacer entrega las hojas de evolución (Anexo 1) al SOME y esté por su parte deberá archivarla en la ficha clínica.
- 10.- Es de responsabilidad del agente de medicina intercultural supervisar que se retiren y se archiven dichas hojas.
- 11.- Agente de medicina debe rellenar estadísticas con todos los datos del paciente antes de entregarlas a la unidad de estadísticas.
- 12.- Las agentes que receten productos naturales a base de plantas medicinales, deberán hacer dar aviso a las encargadas de la elaboración. Ellas entregaran los productos según dosis
- 13.- Las agentes deberán registrar la entrega del producto en la hoja de evolución.
- 14.- En el caso de los agentes que tienen conocimiento de computación, podrán por si solas hacer ingreso de sus estadísticas en el sistema.
- 15.- Agente de medicina intercultural debe hacer entrega de una copia de las estadísticas de su atención a la unidad de estadísticas.

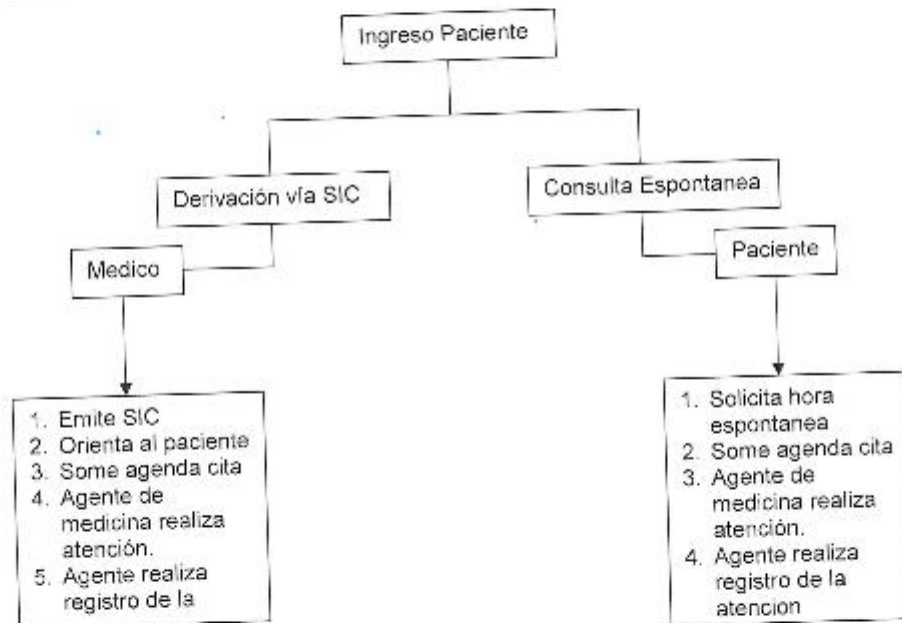
9.2.- De la propagación, conservación y elaboración de medicina ancestral Rapa Nui:

- 1.- Las integrantes responsables deben hacer mantención diaria de las plantas medicinales.
- 2.- La mantención incluye: preparación de la tierra, plantación, riego, desmalezado, etc.
- 3.- La preparación de medicamento a base de plantas medicinales, tales como: Matua Pua'a, matico, Pua, etc.
- 4.- La preparación incluye: extracción cuidadosa, limpieza del producto, rayado en los casos pertinentes, cocción, dosificación, rotulado y distribución.
- 5.- La solicitud de preparación de jarabe, tintura, cataplasma u otro producto, la agente de medicina ancestral, debe solicitar a las integrantes responsables la preparación y la cantidad.

 Depto. Social Manual de Procedimiento de Salud Intercultural	 HOSPITAL HANGA ROA SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE	COD.
		Versión: N° 1.0 Resolución N° 185/2016 Fecha Actualización: Febrero 2017 Vigencia: 1 año Página 11 de 15

6.- antes de la entrega del producto elaborado, se deberá realizar registro de nombre de la agente que solicito, el nombre del paciente y la cantidad entregada. A este acto se le denomina registro de entrega de medicina ancestral Rapa Nui.

10.- FLUJOGRAMA:



11.- DISTRIBUCIÓN DEL DOCUMENTO:

1. Dirección del Establecimiento.
2. Subdirección Administrativa.
2. Unidad de APS.
- 3.- SOME.

Este documento es un Protocolo elaborado localmente a solicitud de las taote para permitir validar la posición dentro del HHR. Limita los distintos roles y campos clínicos de cada taote rapanui. Identifica esquemas de flujo para la atención por Papa Ra'au. Constituye según nuestro análisis el máximo exponente de la medicalización de la folkmedicina y a la vez una estrategia de posicionamiento político.

ANEXO 28. Validación de la folkmedicina en el contexto de PESPI

Proyecto de Investigación sobre Plantas Medicinales, UCV 2019 es un intento de validación del conocimiento tradicional sobre el uso del Matua Pua'a por parte del PESPI.

01/11/2019 PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALPARAÍSO

 PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALPARAÍSO

Equipo docente de la Escuela de Agronomía de la PUCV se adjudicó FONDEF de CONICYT

Proyecto liderado por la docente Mónica Castro y la investigadora del Laboratorio de Propagación Claudia Fassio, reconocieron que este logro, es el resultado de un trabajo metódico y riguroso desarrollado por años.

La profesora titular de la Escuela de Agronomía PUCV, Mónica Castro, lidera el equipo que se adjudicó hace unos días el II Concurso IDeA en dos etapas del Fondo de Fomento al Desarrollo Científico-Tecnológico - FONDEF de CONICYT 2015, con su proyecto "Programa de propagación masiva para el desarrollo sustentable de especies medicinales en Isla de Pascua". El proyecto, considera incrementar las poblaciones de *Polypodium scolopendria* y *Curcuma longa*, que se encuentran en riesgo de extinción en la Isla, con el apoyo de BIOTEK LTDA., CONAF, el Hospital Hanga Roa, la Municipalidad de Isla de Pascua y la organización Mesa Pueblo.

Una vez conocida la adjudicación, la profesora a cargo Mónica Castro, se mostró feliz de la resolución y explicó los detalles del mismo.

P: Buenos días, ¿Cómo nace esta idea de trabajar con especies en extinción de la Isla de Pascua?
R: Nosotros como Escuela y como Laboratorio de Propagación, siempre hemos estado ocupados de trabajar por el "desarrollo sustentable". Al respecto, este concepto involucra variables económicas, sociales y medioambientales, siendo en general, el sello de nuestras investigaciones. En este contexto, elegimos como equipo la Isla de Pascua, porque si bien nunca la he visitado, tengo importantes referentes que me han permitido conocer su realidad, entre otros, la directora alterna del proyecto Claudia Fassio y varios ex alumnos PUCV que están allá.

Por estos contactos, se nos informó la existencia de especies nativas en peligro de extinción en Isla de Pascua, principalmente por su masivo uso medicinal. Sobre lo mismo, la población al desconocer en qué parte de la planta está el compuesto bioquímico que la hace medicinal, la arranca completa. No obstante lo anterior, si por ejemplo el compuesto estuviera en las hojas, bastaría con sacar algunas para hacer una infusión o preparado medicinal, sin la necesidad de arrancar la planta completa desde la raíz.



Programa de recuperación de plantas nativas de Isla de Pascua continúa confirmando hitos de propagación

Se trata de dos plantas ocupadas ancestralmente para fines medicinales en la cultura Rapa Nui y que, al momento de iniciarse el proyecto liderado por la PUCV se encontraban en estado vulnerable de conservación.

24.09.2020

Revertir el estado de vulneración de dos especies de gran importancia para la medicina herbolaria ancestral de Rapa Nui y transmitir los conocimientos necesarios para que prevalezca su manejo sustentable es el propósito del proyecto FONDEF "Ideo en Dos etapas", liderado por la profesora Mónica Castro de la Escuela de Agronomía. La académica se encuentra trabajando intensamente junto a su equipo desde el 2015 en la propagación masiva de Pua y Matu'a pua'a, plantas nativas de la isla con múltiples propiedades terapéuticas que fueron utilizadas por años sin los cuidados necesarios, llevándolas a estar en peligro de extinción.

"Cuando partimos con el proyecto quedaban muy pocas ejemplares de ambas especies en la isla ya que se arrancaban por completo para ser utilizadas en preparados medicinales contra el cáncer gástrico, como anti-inflamatorio o como espigado para el herpes bucal, entre otros usos. Esto nos motivó a buscar alternativas que permitieran propagar estas especies e investigar sus propiedades bioquímicas, analizando si era posible utilizar otras partes de la planta, como las hojas, para evitar arrancarla de raíz" comentó la profesora Mónica Castro, directora de



Fuente: www.pucv.cl

redbionova
CONOCIENDO LA VIDA Y MÁS... EN SU BÚQUETE

NOTICIAS NOSOTROS FINANCIAMIENTO EMPLEO BIOTECH TONIC INSTITUCIONES CIENCIA MADE IN CHILE EVENTOS CONTACTO

Novedades

Novedades relacionadas

Noticia 1 de febrero 2016
Genotipificación avanzada, eficiente y ecológica



Noticia 1 de julio 2016
Bebidas: Un Progreso necesario para la Investigación Biomédica



Programa busca recuperar plantas medicinales de Rapa Nui
Publicado en: **Investigación** | 13 de agosto 2016



En el pasado, la vegetación de la isla de Pascua (Rapa Nui) sufrió una gran destrucción y la flora nativa que logró sobrevivir enfrenta una fuerte presión. Hoy, la sobreexplotación de plantas endémicas con usos medicinales está generando la drástica disminución de algunas de sus poblaciones. Especies con las que en la medicina tradicional se tratan diversas afecciones como el cáncer, el estrés o los dolores musculares se encuentran en peligro de extinción.

Fuente: <http://www.redbionova.com/programa-busca-recuperar-plantas-medicinales-rapa-nui/>

El que somos | Servicios en línea | Centro de documentación | Trámites CONAF | Preguntas frecuentes | Contacto

Ministerio de Agricultura
Gobierno de Chile

CONAF

Inicio | Nuestros Bosques | Parques Nacionales | Incendios Forestales | CONAF en Regiones | Forestal Educa | Noticias

Bosques en Chile

- Consejo de Política Forestal
- Comisión Temática Bosque Nativo
- Comisión Temática Biomasa
- Comisión Temática Incendios Forestales
- Comisión Temática Zonas Áridas y Semiáridas
- Comisión Temática Protocolo de Plantaciones Forestales
- Comisión Temática Productos Forestales No Madereros
- Catastro Vegetacional
- Viveros
- Cambio Climático

3 de octubre 2013

CONAF capacita en Hospital de Hanga Roa en el uso de plantas medicinales

Integrantes de la organización Mesa Pueblo, encargadas de entregar atención de salud alternativa con medicina ancestral rapanui en el hospital de la Isla, recibieron diploma de reconocimiento por los conocimientos adquiridos.

Felices recibieron un diploma de reconocimiento: las integrantes de la organización Mesa Pueblo, denominado "Papa

La Corporación Nacional Forestal, CONAF Isla de Pascua fue una de las primeras instituciones chilenas en validar el trabajo del Papa Ra'au en contexto del PESPI; a través de acciones de capacitación hacia las sanadoras tradicionales del HHR.

Fuente: <https://www.conaf.cl/conaf-capacita-en-hospital-de-hanga-roa-el-uso-de-plantas-medicinales/>



El equipo completo de taote rapanui del programa Papa Ra'au se traslada al continente en busca de validación de la composición fitoquímica de la planta sangrada Matua Pua'a. Uno de los canales de tv abierta nacionales de mayor impacto hace un extenso reportaje en su noticiero central cubriendo la noticia; con los énfasis clásicos de los imaginarios sociales continentales en torno de lo rapanui: el misterio, la distancia, entre otros. La folkmedicina se convierte desde hace algunos años debido a estas estrategias anónimas en un componente más de tales imaginarios.

Fuente: <https://www.youtube.com/watch?v=HH0bhjurFU>



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI