

SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN DE PERSONAS MAYORES QUE VIVEN EN RURALIDAD EN EL SUR DE CHILE

Health- disease-attention of major persons who live
in ruralidad in the south of Chile

Marcela Huinao Tranacan
Constanza Montecinos Durán
Carmen Muñoz Muñoz
Daniela Valenzuela Soto
Universidad Austral de Chile

MARCELA HUINAO TRANACAN

TERAPEUTA OCUPACIONAL. UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE. DIPLOMADA EN MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA. UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS SEDE VALDIVIA. DIPLOMADA EN PERSONAS MAYORES Y DEMENCIA: ABORDAJE GERONTOLÓGICO. PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE. CENTRO DIURNO DE PERSONAS CON DEMENCIA KÚMELEN, OSORNO.

MARCELA.HUINAO.T@GMAIL.COM

CONSTANZA MONTECINOS DURÁN

TERAPEUTA OCUPACIONAL. UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE. PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES, CESFAM RAHUE ALTO, OSORNO.

CONSTANZAPMD@GMAIL.COM

CARMEN MUÑOZ MUÑOZ

DRA. EN SALUD COLECTIVA. ACADÉMICA DEL INSTITUTO DE APARATO LOCOMOTOR Y REHABILITACIÓN, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE.

CGMUNOZ@UACH.CL

DANIELA VALENZUELA SOTO

TERAPEUTA OCUPACIONAL, UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE. DIPLOMADA EN PERSONAS MAYORES Y DEMENCIA: ABORDAJE GERONTOLÓGICO, PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE. PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES, CESFAM DR. PEDRO JÁUREGUI CASTRO, OSORNO.

DANIELAV.S@HOTMAIL.COM

RESUMEN

Esta investigación explora y describe cómo personas mayores, residentes en Riñinahue (Chile), viven el envejecimiento, perciben su salud y enfermedad y se familiarizaron con la medicina hegemónica. Da cuenta de cómo influyen sus creencias religiosas y cosmovisión; cómo se asocia a un estilo de vida, al trabajo, el autosustento y la vida difícil. Mediante entrevistas en profundidad a seis personas mayores, analizadas desde la historia oral, se distingue enfermedad de padecer; vinculado a formas de vida propias de la ruralidad y a una estructura de valores que posiciona la autonomía, la libertad y la ocupación como una forma de alcanzar el bienestar, asociado al territorio y a una matriz económico-social particular. Concluye sobre la relevancia de analizar las necesidades de los seres humanos en función de sus particularidades histórico-territoriales y sociales, por sobre la estandarización de la política pública.

PALABRAS CLAVE: Medio rural, salud rural, proceso salud-enfermedad, atención a la salud, personas mayores. (Fuente: DeCS, BERIME)

JEL: I21, J01, J24, C51, I23.

ABSTRACT

This study explores and describes how elderly people living in the Riñinahue area in the south of Chile live ageing, perceive their health and illness and were acquainted with hegemonic medicine. It also reports how religious beliefs and a particular cosmovision influence this, and how this is associated to a lifestyle, the work, the self-sustenance and the hard life. Using in-depth interviews to six elderly people, analyzed from an oral history methodology, illness and suffering are distinguished. This is related to forms of life that belong in rurality and a structure of values that positions autonomy, freedom and occupation as ways to achieve wellbeing, associated to the territory and to a particular economic and social matrix. The paper concludes about the relevance of analyzing the needs of human beings in the light of their own historical-territorial and social particularities, over standardizing of public policy.

KEYWORDS: Rural areas, rural health, health-disease process, health care (public health), aged (Source: DeCS, BIREME).

INTRODUCCIÓN

En el Chile hegemónico y su política social, la ruralidad es definida como lo antagónico a “urbanidad”, en función del número de viviendas concentradas o dispersas, con población menor que 1000 habitantes o entre 1000 y 2000 habitantes, donde menos del 50 % de la población económicamente activa se dedica a actividades secundarias y terciarias. (Ministerio de Desarrollo Social, 2015). Ocupa un lugar muy menor como preocupación para el Estado y arrastra la forma retrógrada de comprender el progreso y desarrollo económico, donde lo urbano se sitúa en la modernidad y lo rural en la dicotomía del retraso; con una búsqueda de la absorción del mismo por medio de la industrialización, la capitalización de la tierra y la producción agrícola a gran escala. Según cifras del Banco Mundial, el porcentaje de población rural en el país es entre 27 y 35 %, no obstante, no cuenta con políticas públicas focalizadas en esta. (Ministerio de Desarrollo Agropecuario, 2014).

Esta concepción significa, por un lado, la invisibilización de la densidad demográfica, y consecuencias para la conectividad y provisión de servicios; por otro, obvia el potencial de retroalimentación e interdependencia entre lo urbano y rural que asienta un mejor escenario para el desarrollo económico (Pérez, 2011). Aunque los trabajos desde *la nueva ruralidad* la reconocen como una construcción cultural, histórica y social donde se desata la lógica dicotómica rural-retraso vs. lo urbano-moderno y reconoce en las políticas públicas la desnaturalización del saber tradicional, estamos lejos de una evolución conceptual, donde la ruralidad sea concebida como una forma de habitar un territorio, una construcción social y cultural levantada por quienes lo habitan y piensan/actúan. (Pérez, 2001; Carvajal, Carvajal, Figueroa, Ibacache, Jaramillo y Winnkler, 2007).

Así, esta valoración de lo local –que no signifique autarquía– distancian la política social chilena de la concepción de *medio rural*, comprendido como el territorio con asentamientos que se relacionan entre sí y con el exterior, con interacciones entre instituciones

públicas y privadas y cuya población desarrolla diversas actividades vinculadas a la agricultura, artesanía, pequeña y mediana industria, comercio, servicios y turismo, entre otras. (Pérez, 2011). Esta definición sobrepasa la vinculación a lo agropecuario y lo asocia a producción de bienes y servicios, relacionado al cuidado de recursos naturales, espacios para el descanso y a la mantención de una cultura particular (Pérez, 2011). La subvaloración histórica al mundo rural en Chile (Obviando el período de mayor impulso de la Reforma Agraria, entre 1960 y 1971) ha arrastrado precariedad en la política de vivienda, educación y salud, que están a la base de las altas tasas de pobreza, discriminación y migración. (Gómez, 2002).

Los indicadores de caracterización socioeconómica en Chile señalan que las zonas rurales concentran mayores índices de pobreza, escolaridad incompleta, condiciones de vivienda y saneamiento por debajo de las existentes en zonas urbanas; distinto de lo que se pudiera esperar, esto no se refleja en indicadores de morbimortalidad y muestra, más bien, un panorama diverso en torno a salud y enfermedad. (Carvajal, Carvajal, Figueroa, Ibacache, Jaramillo y Winkler, 2007; Medina, 2013). La estructura de los dispositivos de salud los deja con menores oportunidades de atención y recursos. Bajo el nombre de *salud intercultural* el Estado de Chile ha pretendido la armonización con la salud hegemónica, resultando una estandarización y folclorización de las prácticas mapuches¹ en salud; una especie de burocratización que además ha invisibilizado la de otros pueblos indígenas. (Cuyul, 2008).

El pensamiento latinoamericano crítico con respecto a salud reconoce y posiciona la construcción de colectivos y su realidad sociohistórica en sus determinantes y procesos, sobrepasando la lectura y realidad individual (vinculada comúnmente a las *elecciones personales*), así como también la biológica y genética de la misma. Para estas corrientes son entonces las condicionantes y necesidades sociales las que configuran formas de vivir, relacionarse, trabajar y

1 El pueblo mapuche es una etnia originaria; la más importante del territorio chileno por su peso social, demográfico e identitario. Se localiza predominantemente en la zona centro-sur del país.

enfermar de cada sector de una misma sociedad. (Benach y Muntaner, 2005; Breilh y Tilleria, 2009). En la actualidad se reconoce que cualquier iniciativa verdaderamente transformadora de la salud de la población requiere de un análisis e intervención sobre la agroindustria e industria alimentaria, las condiciones de salud de un ecosistema y comunidad en general, interculturalmente respetadas; sin mínimo esta triada no existen posibilidades de modos saludables de vida o más ampliamente denominados *buen vivir*. (Breilh, Tilleria, 2009; Hermida, 2011).

De la revisión planteada acerca de la subvaloración de la vida en ruralidad surge la inquietud de explorar y describir las características de la vida de las personas mayores que viven en ruralidad en el sur de Chile, principalmente asociado a los procesos de salud - enfermedad y atención de los mismos en este contexto de vida. Conocidos los escasos recursos de atención de salud, se buscó indagar de qué manera el uso de la medicina tradicional y complementaria, la organización de la vida cotidiana y la significación del territorio y sus historias de vidas podían constituir explicaciones a sus formas de funcionamiento y bienestar, a las formas particulares de entender las condiciones de vida y la administración de sus recursos.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cualitativo, que puso énfasis en la particularidad de los sujetos, buscando –dialécticamente- posicionar las experiencias sociales de las y los entrevistados incluyendo formas de percibir, significar y simbolizar los hechos de su vida. (Pulido-Navarro y Cuéllar-Romero, 2011). Para esto, el diseño de investigación siguió la lógica de la historia oral, que como método profundiza el objeto de investigación a partir del rescate de los relatos sobre las circunstancias históricas individuales, en contextos sociales que repercuten en la vida cotidiana (Pulido-Navarro y Cuéllar-Romero, 2011), particularmente, en este caso, la vida rural, poniendo en relieve sentimientos, valores, creencias, costumbres y prácticas sociales (Moljo, 2003) y respetando la construcción semántica, pragmática y sintáctica del lenguaje.

Como estrategia metodológica se realizaron entrevistas en profundidad a seis personas mayores, usando para su selección cuatro criterios definidos con un informante clave, residente de la zona y trabajador de la red de salud del territorio: *edad*, superior a 60 años; *acceso a servicio de salud*, a partir de la distancia geográfica en referencia a la vivienda; *tiempo de permanencia en el territorio*, desde la infancia o niñez temprana; *disposición* a participar en el estudio, mediante la firma de un consentimiento informado; *estado cognitivo* indemne, resguardando con esto la reminiscencia y el lenguaje (tabla 1).

Tabla 1. Caracterización de los participantes en las entrevistas

Participante 1	Mujer	86 años
Participante 2	Hombre	89 años
Participante 3	Hombre	93 años
Participante 4	Mujer	102 años
Participante 5	Hombre	73 años
Participante 6	Mujer	63 años

Fuente: Elaboración propia.

Las entrevistas fueron realizadas en el transcurso de dos semanas de trabajo de campo, en los hogares de las personas, en una o dos instancias sucesivas. La totalidad de las entrevistas fueron grabadas en formato de audio y luego transcritas para el análisis. El protocolo de investigación contó con la aprobación de comité de ética del Servicio de Salud Valdivia en febrero de 2014, previo al inicio de trabajo de campo.

Las entrevistas se organizaron en tres temas generadores y aproximadamente 20 preguntas complementarias; no obstante se privilegió el relato espontáneo, con el menor número de interrupciones por parte de las entrevistadoras (tabla 2). La síntesis de inferencias a partir de los relatos fueron organizados finalmente en cinco temas, que se presentan en el apartado de resultados.

Tabla 2. Guión de temas usado en las entrevistas

Generales	Complementarios
Vida en ruralidad	Forma y época en que llego a vivir a la zona
	Qué le gusta y que no le gusta de vivir en el campo
	Comparación o impresión de vida en el pueblo/ciudad.
	Impacto de la distancia y acceso
	Rutina diaria actual y pasada / elementos claves
	Importancia atribuida (y disfrute) a actividades diarias cotidianas pasadas y actuales
	Formas de aprendizaje de las principales actividades cotidianas actuales
Salud-enfermedad-atención	Sensación de eficiencia con respecto a sus actividades actuales y diferencia con el pasado
	Percepción de estados de salud: dolor, malestar, diagnóstico, sentimientos que provoca
	Relación entre estados de salud y el impacto en actividades cotidianas
	Opinión sobre servicios de salud actuales (posta rural)
	Suficiencia / insuficiencia de recursos
	Uso de formas de sanación
Envejecimiento	Percepción de cambios (niñez / adolescencia / vida adulta)
	Percepción de limitaciones / estrategias para afrontarlas

Fuente: Elaboración propia.

La zona de estudio correspondió a la Región de Los Ríos (distante 855 kilómetros al sur de la capital de Chile). Con una población de 363 887 habitantes, se divide administrativamente en las provincias de Valdivia y Ranco (Instituto Nacional de Estadísticas, 2007). Esta última es la de mayor concentración de población rural a nivel nacional, con un 78 % del total. Riñinahue es una aldea, de cerca de 300 habitantes, que económicamente inició su desarrollo hacia 1950, vinculado al comercio de la madera, usando barcos de vapor para su traslado. En la actualidad, se desarrolla la ganadería y agricultura, con preeminencia del turismo en temporada estival. Corresponde a una zona geográfica lacustre, ubicada en la ribera del Lago Ranco, conectado al Lago Maihue por el río Calcurrupe.

(Biblioteca del Congreso Nacional, 2013). En su historia se le caracteriza por la alta afectación humana y económica por erupciones volcánicas (1955 y 2011). (Servicio Nacional de Geografía y Minería, 2013) (Imagen 1).



Fuente: BCN (Biblioteca Congreso Nacional, 2012).

Imagen 1. Región de los Ríos, Chile

La distribución sociodemográfica de los últimos datos gubernamentales válidos indica que Chile es un país que envejece. Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas, hacia 2025 la población de mayores de 65 años en Chile será de uno por cada 5 habitantes. A su vez, según proyecciones censales, para 2012 se estimaba que la comuna de Lago Ranco tendría una población de 9380 habitantes, con una variación negativa del 7 % con respecto a 10 años previos. La población de adultos mayores se proyectaba entonces para cerca de 11,98 %, dos puntos por sobre el promedio nacional, con un índice de adultos mayores de 52,33 %. Por otra parte, la relación urbano - rural en la Región muestra que un 68,3

% habita en zonas urbanas, mientras que el 31,7 % lo hace en zonas rurales. (Biblioteca del Congreso Nacional, 2013).

La Encuesta de Caracterización Socioeconómica muestra que 1735 personas de la población total de la comuna de Lago Ranco declararon que pertenecían a la etnia mapuche, lo que de acuerdo con territorio constituye un 39,50 % del total. (Biblioteca del Congreso Nacional, 2013). Al igual que en el resto del país, la pobreza (incluida la indigencia) ha disminuido considerablemente en los últimos 30 años; la comuna muestra una tasa de no pobres de un 79,76 % para 2009. Según datos de Ministerio de Salud para 2011, la comuna contaba con siete establecimientos de red de salud pública (seis postas rurales y un centro de salud ambulatorio); siendo el 90,48 % usuario de este sistema. (Biblioteca del Congreso Nacional, 2013).

RESULTADOS

Sentido (valor) de la vida asociado a la historia del territorio

El territorio de Lago Ranco tiene data de ocupación en tiempos prehispánicos. Originalmente se trató de un pueblo eminentemente Huilliche, dedicado a la alfarería pero que también practicó la horticultura y la navegación con auto fabricación de rudimentarias barcasas de madera para el traslado de animales (incluso hasta 1950). El impulso del Estado chileno a la colonización de las zonas aisladas del sur del territorio nacional hacia finales del siglo XIX e inicios del XX generó múltiples enfrentamientos por tierras; las compras irregulares, de dudosa legitimidad, de chilenos y extranjeros no solo generó el desplazamiento de familias indígenas desde la zona lacustre a las precordilleranas altas, sino también la pérdida progresiva de las costumbres y la lengua tradicional mapudungun: "(...) ella fue discriminada. Me dijo 'yo no te voy a enseñar a hablar en lengua, y nunca te voy a enseñar cosas de mapuche porque la gente es muy discriminativa', somos indígenas pero la gente es discriminativa" (p.6).

En este contexto, los relatos de las y los entrevistados datan en 1905 aproximadamente el poblamiento de Riñinahue, en esta lógica de imbricación territorial y cultural de indígenas, chilenos y extranjeros. Este poblamiento estuvo caracterizado por el aislamiento, la conexión con Lago Ranco se hacía a un día de caballo por huellas de caminos y en canoa por el río-lago. El primer barco de vapor que llevó el comercio a la zona hacía viaje de pasajeros dos veces por semana; “(..) el vapor se demoraba dos horas y media, pero uno se quedaba dormido, eso parece que estaba ahí no más sonando, no avanzaba nada y a veces salían unos temporales que parece que no iba a salir uno de ahí”. (p.6). No obstante la precariedad, las posibilidades de conexión naviera y territorial marcaron las posibilidades de acceso a recursos de atención médica y al desarrollo de estrategias económicas locales, como la venta de la madera.

La construcción de la línea de ferrocarril entre La Unión y Lago Ranco, dejó una estación en Ignao (localidad cercana a Riñinahue) en 1930. Junto a las mejoras en la conectividad y el interés por el valor de la tierra, el ferrocarril configuró una nueva actividad productiva en la zona: la construcción de *durmientes*² “(..) y esa era mi niñez. Salía a buscar salmones y a veces trabajaba por ahí, o andaba buscando murra o hacía leña con el hacha. A veces hacía durmientes, que se hacían antes, para la línea de los trenes. Y así, esa fue mi crianza mía”. (p.5). El trabajo desde la niñez marca los relatos, si bien concebido con naturalidad, también acusa la temprana pérdida de escolarización por la urgencia de generar recursos económicos familiares y de apoyo en las labores del hogar: “(..) desde chico trabajé yo, porque como mi papá era borracho, yo tenía que trabajar y ayudarle a él, entonces pasaba trabajando no más po’,

2 Conocidos en otros países como “traviesas”, son los elementos transversales al eje de las vías del tren. En el caso de los relatos, refieren a aquellos hechos de madera, aun cuando también existen de hormigón.

cortando leña³, murra⁴... todo eso de chico” (p. 5); “Qué saco con decir que fui a la escuela, cuando llegaba el tiempo que tenía que ir a la escuela el finao⁵ de mi padre decía: ”Te vas a dejar de andar leseando⁶, me tienes que ayudar a trabajar””(p.5).

Estilo de vida vinculado a la vida difícil, sana y autosustento

No obstante lo anterior, asociado a la temprana vinculación a la actividad productiva, se evidencia una interpretación lúdica y de deber naturalizado sobre el trabajo a temprana edad “(..) desde los 12 años se empezaba a sembrar, cuidar animales y ayudar en esas cosas. Desde los 12 años ya se sirve pa’ algo... antes se servía pa’ comer” (p. 3); “(..) porque trabajábamos, sembrábamos, a veces arrendábamos y ahí sembrábamos en medio pedazo de terreno. Sembrábamos trigo, papas, avena, todo eso y ahí se vendía; es que la gente antes no trabajaba, tenían tierra pero no la trabajaban”. (p. 4). Los relatos evidencian la libertad y la asociación a una estructura material ligada al trabajo de la tierra y sus productos:

“Lo que uno deseaba hacía en el campo es bueno también, no se necesita tanta plata como en el pueblo, cualquier cosa ya la tiene, la siembra y ya hay; en el pueblo todo se compra”. (p.3).

En una combinación entre trabajar para proveerse, sin el propósito de acumulación, destaca en los relatos sobre el valor de la vida en años pasados: “(..) uno tejía, hilaba, hacía las huertas para tener que comer nomás.” (p.1); “Uno no vendía, trabajaba para vivir”. (p.2). No obstante la irregularidad –e incluso carencia–de ingresos monetarios no gana el mismo terreno que la valoración por la vida *independiente* con respecto a estructura de horarios y jornadas

3 En la zona, la leña es el principal medio de combustión, usado para la cocción de alimentos y la calefacción. “Cortar y picar leña” refieren a la reducción del tronco mediante un hacha.

4 Es un fruto comestible, silvestre, que crece como arbusto en gran parte del sur de Chile. Se recolecta para preparar pastelería y licores, entre otros productos.

5 Persona muerta.

6 Hacer tonterías o travesuras.

laborales: “(..) a la hora que quiere uno puede hacer el trabajo y en el pueblo no, si tienes su trabajo tienes que llegar a la hora, a veces te toca en la noche. La Juana a veces tiene que irse temprano, pasar a dejar a sus chicos en la escuela e ir a trabajar”. (p.4). La ocupación parece una bendición, en la medida que no deja espacio para la *ociosidad*, ni para la pérdida de sentido del quehacer cotidiano: “Lo más bonito es que mi Dios me dio que aprenda a tejer alguna cosa ahí me paso entretenida, sino no tendría que estar sentada por ahí, botada”. (p.4).

En una vinculación directa, se evidencia la relación entre la producción de alimentos y la calidad de vida y la buena salud:

(..) en esos años pisábamos el trigo para hacer catutos y muday⁷ por eso será que vivimos, porque comimos esas cosas contundentes, me entiende usted lo que estoy diciendo; algunas hijas se avergüenzan por sus tiempo pasados, ¿vergüenza? vergüenza deberían sentir de ir a robar pero por lo que ha comido o lo que ha hecho no, nunca te tienes que avergonzar por la harina tostá' y el milcao⁸ y el catuto, uno no tiene por qué avergonzarse de sus comidas de antes, eso era natural. (p.1).

De manera similar parecen construirse significados de diversión y tiempo libre a las tareas de mantención del hogar, como lavado de ropa en el río, cuidado de la huerta y/o recolección de madera para el fuego:

(..) cuando hicimos casa aquí, yo me iba pa' allá con todos mis niños a lavar al lago, en saco llevaba mi ropa, lavatorios grandes llevaba mi ropa, llevaba un tambor, y total que en ese tiempo era joven y no lo encontraba difícil. Hacía mi comida el día antes y llegaba allá y hacía fuego y calentaba mi comida y comíamos

7 El catuto es una masa hecha de trigo triturado y cocido; el muday es una bebida alcohólica, hecha de trigo o maíz. Ambos son tradicionales de la gastronomía mapuche.

8 La harina tostada que se consume en el sur de Chile es de trigo. El milcao es una preparación típica del archipiélago de Chiloé, consistente en patatas crudas y cocidas, amasadas y fritas.

todo el día allá, como un paseo, pero trabajando. Los chiquillos⁹ echándole leña al fuego, echándole agua caliente al tarro, y ahí mismo secaba mis cosas, y después los chicos me ayudaban a doblar ropa. Y cada cual llevaba su ropa, en esas bolsas quintaleras, en esas limpiécitas. Cada cual con su bolsa al hombro, así todos trabajaban. (p.6).

No obstante las dificultades de acceso, transporte, provisión de agua potable y energía eléctrica durante la infancia y vida adulta, los relatos hablan de personas que valoran positivamente las condiciones de vida en la ruralidad, o a lo menos por sobre aquellas de la urbanidad de las zonas aledañas, asociado a valores para la crianza de los hijos: “es que allá en el pueblo uno está encerrado todo el día sin salir, sin poder mirar a susavecitas, es como estar preso, no se puede salir a la calle porque lo atropellan. Acá en el campo uno anda en la pampa, pues” (p.6); vivir en la capital es un símil de muerte, “(...) cuando fui a Santiago y salíamos, volvía con una jaqueca terrible; iba a esa ciudad a puro enfermarme” (p.5).

CREENCIAS Y COSMOVISIÓN

La sensación de pertenencia a una comunidad o idea religiosa parece un elemento explicativo de condiciones de salud y bienestar de los entrevistados, la mayoría de las veces heredada y no necesariamente vinculada a la visita regular a la iglesia o templo. Cada entrevistada/o cuenta con a lo menos una interpretación, que vincula componentes milagrosos y/o mágicos en los relatos sobre sanaciones:

(...) este se quedó dormido, y yo también me quedé dormida. Y después sentí que alguien llegó a la pieza, y me fue a arreglar las sábanas calentitas, me arregló las manos hacia el lado y me dejó ahí. Yo vi que una persona me vino a tapar, pero no vi quién, no le vi la cara. Entonces, cuando desperté en la mañana, me pude dar vuelta sola en la cama, yo no me movía en la cama; a mí me tenían que dar vuelta. Así que le dije: “Pepe, quién me vino a tapar, tú

9 Niños / niñas.

me tapaste”. Él me dijo: “cómo amaneciste”. “Bien”, le dije, “puedo darme vuelta sola”. “Nadie te vino a tapar”, me dijo él. (p.4).

El ‘señor’ me llevó a un hospital; era todo celeste, muy lindo. Yo estaba en mi cama, pero entré en algo que era diferente. De repente, viene un hombre caminando de frente y yo le vi los puros zapatos y vestido de blanco, y yo como no podía levantar la cabeza del dolor. Se acercó y sentí su dedo en mi espinazo, su dedo calentito, ahí en el huesito mío. Y me dijo: “no es ná”, y le mostré dónde era, y me hizo eso y me dijo que no era nada y me iba a dar algo para que me tome, una pastilla “dominal”¹⁰, “con esto te vas a sanar”. Yo me la tomé y estuve tres meses con ese olor en el hospital; hasta por los poros me salía, pero me sané. Esa fue la primera sanidad que tuve. Y me quedé dormida hasta que él llegó para irme a buscar al hospital, yo ya estaba mejor, pero él tenía todo listo. Pero yo le dije que no iba a ir porque estaba sana, y me dijo que no iba a estar peleando otra vez por eso. Y así fue, nunca más hasta los días de hoy. Eso fue muy bonito, porque me llevó a un hospital muy bonito, la cosa más linda donde fui, no tiene comparación y hasta el día de hoy le sirvo a Dios por lo mismo. (p.6).

La atribución de poder se evidencia vinculada mayormente al castigo y al bienestar individual (más que a la sanación); aun cuando a lo largo de la historia esta zona geográfica ha visto numerosos fenómenos de la naturaleza, clásicamente interpretados desde cosmovisión mapuche en otras zonas del país, como por ejemplo, las erupciones volcánicas, cuya regular interpretación mística se construye colectivamente en el territorio.

Si bien se reconoce como un uso extendido, efectivo y valorado el uso de plantas medicinales, esta parece en algunos casos rechazado y cuestionado por pagano: “La religión no lo permite que ande no, metió ahí”. (pp. 5, 6). El mal de ojo, la brujería y el papel de la *médica {meica}* parecen occidentalizados ante la carencia de otras posibilidades de atención, más que reconocidos y vin-

10 Nombre comercial de medicamento analgésico.

culados al poder natural propio de la salud tradicional mapuche, lo que evidencia la fuerte influencia de la Iglesia evangélica en la zona. La figura de la partera parece ocupar un papel más poderoso simbólicamente:

(...) tenía uno que estar muy malo para que los lleven, los llevaban a La Unión, Río Bueno... si no, se medicaban así con meicas, y si no se mejoraban, morían. Habían unas meicas, ahí iba uno a pedirles remedios, ahí había que llevar los orines nomás, y ella los veía y sabía qué cosa era, si era fiebre o qué, y ahí hacía remedios y ahí uno se mejoraba. (p.4).

Percepción de enfermedad y familiarización con la medicina hegemónica

Entendemos por medicina hegemónica aquella occidentalizada, instalada al margen del reconocimiento de los métodos ancestrales de sanación, asociada a las interpretaciones puramente científicas tradicionales, biológicas y ahistóricas. Debido a las condiciones de acceso de la zona de Riñinahue antes descritas, nuestros entrevistados no tuvieron acceso a esta sino hasta aproximadamente cincuenta años atrás, con la llegada de la primera posta rural, vinculada más a un hecho de la vida de comunidad y no puramente sanitario clásico:

(...) llegó no hace tantos años, serán unos 20 años. Ahí trabajamos hartos nosotros en esa posta, íbamos a ayudar, hacíamos cuando iban a jugar a la pelota ahí... en ese tiempo había un carabiniero, hacíamos empanada¹¹ los días domingos, cuando jugaban fútbol, hacían carreras. Y nosotros íbamos con cosas para vender. (p.4).

Debido a la edad de los mismos, muchos fueron atendidos por un médico por vez primera en la edad adulta: “Como a los 40 años conocí a los médicos, porque trabajando se me rompió la hernia; levantando montones de pasto seco y fue mucho y mi cuerpo no aguanto, se partió”. (p.2).

11 Masa rellena de carne y cebolla, generalmente horneada.

La aproximación a la medicina hegemónica para muchos fue de carácter traumática y constituye en sí misma un relato lleno de violencia, falta de sensibilidad de la privacidad y la construcción individual del dolor, el pudor y la necesidad de atención:

(...) no pues, es que es tan vergonzoso andar abriendo las patas, y es que las enfermeras hacen leseras con uno; no sé si lo hacen de despistadas o de maldadasas. Si fíjese que una vez me pusieron en la camilla y a mí me dio mucho rabia, casi me pesco a combos porque a uno le meten una cuestión para ver los interiores, no sé qué cosa, y me dijo después que me baje con la cuestión metida, y yo le dije cómo se le ocurre que no me saque esa porquería para bajarme. ¡Me habían dejado con ese fierro metido ahí, las yeguas! Y entonces comencé menos a ir para los exámenes que se hacen las mujeres. Cuando me operaron me examinaron hasta las tripas, ahí ya perdí la vergüenza y se reían conmigo porque yo rabiaba ¡Tanto que le revuelven a uno el interior! Estos doctores de porquería. Y de ahí a los años siento que estoy embarazada porque no me llegó *más mi regla, pero el doctor* no me había dado ni una pastilla; era bien bueno el doctor, era amoroso. (p.1).

Predomina una sensación de ambivalencia en el rol de estas formas de sanar, entre el medicamento que promete alivio pero que rara vez está disponible; la frecuencia irregular de las visitas de médicos y/o especialistas que recorren la zona; la espera y calidad de atención de los dispositivos urbanos, entre otros aspectos, parecen desincentivar su uso no obstante este no es desconocido como un aporte a la seguridad:

La vacuna que lleva el niño a los 7 años fue lo único que yo tuve, se me hinchó el brazo, tengo el tremendo peso aquí. El hecho fue que yo me metí debajo del catre porque yo le tenía terror a la aguja. No la había visto, y antes, por lo que se escuchaba, decían que los médicos que llegaban y pinchaban así [realiza gesto con la mano sobre el hombro]. Entonces yo les tenía terror. Y cuando ellos llegaron, entonces yo me metí debajo del catre. Me escondí, y de ahí me sacaron, me sacaron la ropa y me pincharon. Yo vi que

era como una pluma con la que me rajaron. Yo gritaba, pareciera que me estaban matando; eso recuerdo yo. (p.6).

Envejecimiento y salud-enfermedad

La diferenciación teórica sobre las fases de la vida humana que actualmente hemos incorporado de manera natural en nuestro razonamiento como sociedad (niñez, adolescencia, adultez y adultez mayor) no tiene correlato en las formas de entender el mundo de nuestros entrevistados. La construcción del sentido de envejecimiento sigue la lógica de la entrega de un beneficio social estatal (pensión): “Me dijeron que era ‘adulta mayor’ cuando me comenzaron a dar la platita de la pensión” (p.4). De manera similar, la asociación a envejecimiento se da con la inactividad dentro de su rutina, y más especialmente al distanciamiento de actividades significativas. Refiriéndose a cuándo empezó a sentir que envejecía, un entrevistado señaló: “Cuando me empezaron a decir que no trabaje tanto, obligada a no trabajar” (p.1).

La construcción del estado de salud, como elemento temporal inmediato o a corto plazo, parece la forma regular de interpretar la salud-enfermedad en términos amplios. Existe una vinculación directa entre las posibilidades de autonomía y actividad cotidiana y la salud/bienestar, obviando cualquier clasificación semiológica. El diálogo adjunto refleja la relación expuesta sobre uno de nuestros entrevistados a los 93 años de edad:

Entrevistadora: ¿cómo ha estado de salud?

Don Luis: Regular, porque hay ratos que estoy mal, enfermo, y así, y luego me arreglo.

Cuidadora: ayer estuvo como que se pierde, dice: ‘estoy mal, me voy a ir’, y ahí se va a acostar mejor y duerme... (Como que se bañonea), eso puede ser como que está entrando en edad, porque dice que ya se va que le queda un día.

Don Luis: pero yo todavía puedo servir para todo, para todo lo que se presente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las diversas formas de evaluar el fenómeno de la ruralidad en América Latina y el Caribe, está a la base de una diversidad de formas de ver y abordar los desafíos que esta impone a los territorios; modificaciones en esta línea impulsaría re-direccionar la política en términos económicos y de inversiones, especialmente considerando que una modificación de criterios hacia la densidad y distancia cambiaría al doble la población que vive en ruralidad en la región, en comparación con la actualmente censada. (Rodríguez, Saborío y Candia, 2010). Pero aun más allá de un criterio numérico, la política requiere un ajuste a la cultura, que sobrepasa las características materiales. (Iwama y Simó, 2008), y que regularmente se condice con características particulares, históricas, culturales y ecológicas como en estos casos estudiados.

Este territorio en particular parece mejor descrito desde una actividad económica de prestación de servicios y el turismo; dentro de lo silvoagropecuario hay un predominio de la actividad forestal por sobre el tradicional agrario y ganadero, que ha dejado reducido a pequeños emprendimientos, vinculado a relaciones en resonancia con la posesión de la tierra a la identidad y al parentesco. (Castro-Ríos, 2012). Si bien gran parte de la vida rural en el país se vio impactada desde los años 80 con las modificaciones en la matriz productiva y económica que instaló el auge del trabajo estacional vinculado a la agroexportación, este permitió que en extensas zonas del país mejoraran las tasas de ocupación de mujeres, aumentaran los años de escolaridad, disminuyera el número de hijos y aumentarían los ingresos; no obstante las precarias condiciones laborales que impuso este modelo de producción (falta de contratos, condiciones de seguridad y sanidad para el trabajo y bajos sueldos) (Castro-Ríos, 2012; Ascorra, 2012), repositonó el valor de la vida rural vinculado a la producción; no obstante esta lógica, no alcanzó nuestra zona de estudio.

Desde esta perspectiva, el sentido del trabajo en este grupo de personas mayores en particular parece aún más vinculado al concepto de *ocupación* para el bienestar (Huinao, Pineda, Montecino y Valenzuela, 2015). Las iniciativas que existen para estimular la movilidad a zonas urbanas mediante subsidios parecen entonces contradictorias. El bienestar vinculado al territorio, no parece vinculado ni a la modernidad ni a una forma específica de reparar una agricultura ineficiente, que es comúnmente asociado a condiciones de pobreza y precariedad educacional con un inevitable impacto sobre la política de la posesión de la tierra indígena. (Guerra, 2013; Almonacid, 2009).

La valoración del territorio rural para las condiciones de vida parece estar a la base de una forma de entender el envejecimiento en este grupo estudiado y a la forma de vivir el proceso de salud-enfermedad-atención. Envejecer parece más bien vinculado al sentido restrictivo de la libertad, para *hacer*. En la línea de lo desarrollado por Berlinguer (2007) entonces, la enfermedad parece no vinculada al dolor sino a la pérdida de poder y dignidad, que acentúa diferencias sociales, y en este caso, que obvia formas de vida fuertemente arraigadas, más cercano entonces al sufrimiento que al dolor. De la misma forma, y en la misma ruta teórica, en sus discursos se evidencian distintas dimensiones del fenómeno: *estar* enfermo, como la afectación o el sufrimiento por alteraciones del cuerpo y sus funciones, que parece biológica y fisiológicamente un estado esperable del envejecimiento, mediada en los discursos por la posibilidad de *poder* enfermar, es decir, aquella sensación que se estructura por la historia, los roles sociales, las necesidades de automantenimiento y provisión de lo cotidiano. (Berlinguer, 2007; Sacchi, Hausberger y Pereyra, 2007).

Tal como hacen notar Sacchi, Hausberger y Pereyra (2007), *sentirse* enfermo, entendido como las modificaciones del organismo, está mediado por el lugar que ocupa la enfermedad en sus vidas; la mayoría de los relatos parece naturalizar las sensaciones como algo propio de sus historias, anécdotas y el sufrimiento; no obstante, hay más bien una continua subyugación de la misma a las prioridades y

actividades cotidianas, históricamente instaladas y con significados personales, explicado por valores, creencias y las condiciones materiales de cada una/o de ellas/os.

Lo anterior no obvia la capacidad de *identificar* la enfermedad, la forma de operar frente a ella no pasa por desinformación y/o subvaloración, sino por una historia construida en torno a dos estrategias consecutivas: primero, el *autocuidado* basado en la tradición como procedimiento previo a la consulta; en este se recurre al uso de plantas medicinales, una alimentación particular, el descanso y una auto-explicación de los fenómenos. Segundo, *la consulta* en sí misma; que pasa por el reconocimiento de la existencia de un problema (muchas veces asociado a la desnaturalización del malestar), la transformación de este problema en una necesidad. En esta línea, se tornan explicativas las experiencias de las y los entrevistados con la medicina hegemónica y las *meicas* como alternativas de atención que buscan las personas mayores.

Mientras presumimos que la proximidad a una red de servicios de salud otorga mayor bienestar, seguridad y salud (Corregidor, 2010), y que el envejecimiento significa una pausa en el quehacer recurrente y/o una disminución natural de actividades, los relatos de los entrevistados muestran autonomía y un alto grado de involucramiento en actividades cotidianas, contrastando las tesis de la teoría de la actividad¹² como inherentemente positivo. (Muñoz, 2013).

Estas evidencias no obvian que las personas en ruralidad –y de manera especial aquellas mayores– sufren condiciones de vida difíciles, propiciado por dificultades propias de acceso geográfico y características climáticas, escases de recursos monetarios y muchas veces también de redes sociales. De manera particular en el área de la salud viven en condición de inequidad de acceso y calidad de provisión de asistencia en salud (personal, infraestructura y política), no obstante esta parece implicar la afectación de la salud de

12 Teoría de los años 60 (aún en uso), que presupone que el bienestar será resultado del vínculo social y participación sostenida en ocupaciones y nuevos retos.

manera distinta, dependiente de la historia, la construcción desde una cosmovisión y del sentido del territorio.

Las prácticas de salud en Chile carecen no sólo de una contextualización territorial, sino también de re-conocimiento y la visibilización de formas naturales de autocuidado; el saber sobre el propio cuerpo, los métodos para restablecer la salud, y por sobre todo, el valor de la actividad para la mantención de la calidad de vida, evidencian el reduccionismo con que las ciencias hegemónicas hemos tratado necesidades “naturalmente humanas”. Las más recientes transformaciones a la salud como GES¹³ reflejan no solo aquello, sino también la incompatibilidad con esta forma de comprender y atender los procesos de salud-enfermedad-atención, dada la estandarización de procedimientos y la fragmentación de las personas en función de los diagnósticos clínicos. La burocratización, tecnificación y tecnologización de las prácticas sanitarias, nos transforman cada vez en más en agentes extraños e ignorantes de nuestro propio entorno social; al imponer la atención en cortos períodos de tiempos, al medir la eficiencia y efectividad en función de la cobertura y estadísticas, la asignación de recursos queda supeditada a las lógicas del mercado sanitario, en desmedro de una atención que ponga en valor lo socio - cultural y el vínculo personal y territorial con nuestros usuarios para la transferencia de saberes.

De manera urgente, lo rural en Chile requiere ser visto en su complejidad, y en interconexión con lo urbano, apelando a respuestas sociales y públicas heterogéneas, que identifiquen y valoricen sus propias características, ya que éstas no sólo han permitido la subsistencia en el tipo de población estudiada, sino también han configurado una manera particular de entender el buen vivir.

13 Las Garantías Explícitas en Salud (GES), constituyen la más reciente transformación profunda al sistema de salud en Chile (inicio paulatino desde el año 2002), mediante la cual se garantiza acceso, protección financiera, oportunidad y calidad para personas que presentan algunos de los 86 problemas de salud predefinidos por la ley, indistintamente sean usuarios de un sistema de previsión público o privado.

REFERENCIAS

- Almonacid, F. (2009). El problema de la propiedad de la tierra en el sur de Chile (1850-1930). *Historia* (Santiago), 42(1), 5-56. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-71942009000100001&lng=es&tlng=es..10.4067/S0717-71942009000100001
- Ascorra, P. (2012). Ruralidad: Desafíos y proyecciones para los estudios sociales. *Psicoperspectivas*, 11(1), 1-7. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/psicop/v11n1/art01.pdf>
- Biblioteca del Congreso Nacional (2013). Reportes Estadísticos Comunales, Chile. Recuperado de http://reportescomunales.bcn.cl/2013/index.php/Lago_Ranco
- Benach, J. y Muntaner, C. (2005). *Aprender a mirar la salud ¿Cómo la desigualdad social daña nuestra salud?* Maracay: El Viejo Topo.
- Berlinguer, G. (2007). *La enfermedad*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.
- Breilh, J. y Tillería, Y. (2009). Aceleración de la economía y retroceso de la vida. En *Aceleración global y despojo en Ecuador. El retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal* (pp. 23-50). Quito: Ediciones Abya-Yala.
- Carvajal, Y., Carvajal, J., Figueroa, E., Ibacache, J., Jaramillo F. y Winkler, M. Propuesta para el desarrollo de la salud en el ámbito rural. *Cuad Méd Soc*, 73, 139-154. Recuperado de http://www.colegiomédico.cl/Portals/0/files/biblioteca/publicaciones/cuadernos/47_3.pdf
- Castro-Ríos, A. (2012). Familias Rurales y sus Procesos de Transformación: Estudio de Casos en un Escenario de Ruralidad en Tensión. *Psicoperspectivas*, 11(1), 180-203. doi: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242012000100009&lng=es&tlng=es.10.5027/psicoperspectivas-Vol11-Issue1-fulltext-172
- Corregidor, A. (2010). *Terapia Ocupacional en geriatría y gerontología: Bases conceptuales y aplicaciones prácticas*. Madrid: Ergon.
- Cuyul, A. (2008). La burocratización de la salud intercultural en Chile. Del Neoliberalismo al Autogobierno Mapuche en Salud. Recuperado de http://www.mapuexpress.net/images/publications/13_5_2008_17_18_49_1.pdf
- Gómez, S. (2002). *La "Nueva Ruralidad": ¿Qué tan nueva?* Santiago: LOM Ediciones.

- Guerra, D. (2013). La Ruralidad Chilena Actual. Aproximaciones desde la Antropología editado por Roberto Hernández Aracena y Luis Pezo Orellana. *Chungará*, 45(3), 497-499. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73562013000300010&lng=es&tlng=es.10.4067/S0717-73562013000300010.
- Hermida, C. (2011). Sumak Kawsay: Ecuador construye un nuevo paradigma de salud. *MEDICC Review*, 13(3), 60-60. Recuperado de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&id=S1555-79602011000300015&lng=en&tlng=es.10.1590/S1555-79602011000300015
- Huinao, M., Montecinos, C., Pineda, S. y Valenzuela, D. (2015). Construcción de la “vida ocupacional” de personas mayores en ruralidad y su influencia en la vivencia del envejecimiento. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 15(1), 173-183. doi:10.5354/0717-5346.2015.37140
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2007) División político Administrativo y Censal Región de los Ríos, Chile. Recuperado de http://www.inelosrios.cl/archivos/files/pdf/DPA/dpa_losrios.pdf
- Instituto de Desarrollo Agropecuario (2014). Política Nacional de Desarrollo Rural. Mejor calidad de vida y más oportunidades 2014 - 2014. Recuperado de <http://www.indap.gob.cl/extras/politica-nacional-desarrollo-rural.pdf>
- Iwama. M. y Simó, S. (2008). El modelo kawa (río). *Cataluña TOG*, 5(2), 1-24. Recuperado de <http://www.revistatog.com/num8/pdfs/mo-del02.pdf>
- Medina, S. (2013). *La política de salud rural en Chile y su implementación durante los últimos períodos de gobierno: discursos políticos, prácticas institucionales y representaciones sociales en la comuna de Cochamó* (Tesis de Maestría). Universidad Autónoma Metropolitana, Ciudad de México.
- Ministerio de Desarrollo Social (2010). Encuesta Casen-Chile 2010. Recuperado de <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/definiciones/vivienda.html>
- Moljo C. (2003). La Historia Oral como posibilidad de reconstrucción histórica, su relación con el Trabajo Social. Recuperado de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000057.pdf>

- Muñoz, C. (2013). Bienestar subjetivo y actividad social con sentido histórico en adultos mayores. *Hacia promoc. Salud*, 18(2), 13-26 Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-75772013000200002&script=sci_arttext
- Pérez, E. (2011) Hacia una nueva visión de lo rural. En Giarracca N. (Ed.), *¿Una nueva ruralidad en América Latina?* (pp. 17-29). Buenos Aires: CLACSO. Recuperado de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/rural/rural.html>
- Pulido-Navarro, M. y Cuéllar-Romero, R. (2011). Trabajo, Resistencia y estrés: Acerca del método. *Medicina Social*, 6(2), 108-119. Recuperado de <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/483/1110>
- Rodríguez, A., Saborío, M. y Candia, D. (2010). Elementos para una mejor medición de lo rural en América Latina. Recuperado de <http://docplayer.es/150532-Elementos-para-una-mejor-medicion-de-lo-rural-en-america-latina-1-adrian-rodriguez-2-milagro-saborio-2-david-candia-2-resumen.html>
- Sacchi, M., Hausberger, M. y Pereyra, A. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva*, 3(3), 271-283. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v3n3/v3n3a05.pdf>
- Servicio Nacional de Geografía y Minería (2013). Complejo Volcánico Puyehue-Cordón Caulle. Informe Chile - 2013. Recuperado de <http://www.sernageomin.cl/archivosVolcanes/2012091304582290 FichaVnPuyehueCordónCaulle.pdf>