

**CONFLICTO, DIFERENCIA Y “TERCERA CULTURA” EN LA
EXPERIENCIA DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA CON LAS
COMUNIDADES INDÍGENAS MAPUCHES: EL CASO DEL HOSPITAL
MAKEWE DE TEMUCO EN CHILE (1)**

Carlos DEL VALLE ROJAS²

Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

“Las definiciones y teorías acerca de las enfermedades varían mucho de una cultura a otra. La enfermedad debe ser percibida como parte de un sistema socio-cultural específico y visto dentro del contexto étnico del cual forma parte [...] el tratamiento de enfermedades involucra procedimientos terapéuticos simbólicos y empíricos”
(KLEINMAN, 1978; BACIGALUPO, 1995)

I. Introducción

El propósito fundamental del presente trabajo es comprender “desde dentro” cómo las comunidades indígenas construyen la salud/enfermedad como parte de un entramado cultural y simbólico, en permanente inter-acción con una cultura que, desde el Estado-Nación, intentará (directa o indirectamente y con más o menos efectividad) de imponer sus parámetros. Y cómo, en esta relación conflictual permanente, emergen nuevos espacios, que se entre-cruzan tímidamente entre la represión de la escritura y la fuerza de la oralidad; se trata de testimoniar, a través de un caso específico, la lucha entre un modelo sustentado en lo empírico y que cree firmemente en los “avances prodigiosos de la ciencia” y un modelo que se fundamenta en lo simbólico y que cree firmemente en la memoria.

¹ El presente trabajo ha sido desarrollado ampliamente por el autor en su libro *Comunicar la salud. Entre la equidad y la diferencia*, Temuco-Chile, Universidad de La Frontera, 2002.

² El autor es Profesor del Departamento de Lenguas, Literatura y Comunicación de la Universidad de La Frontera (Temuco-Chile). Es Becario del Ministerio de Educación de Chile, a través del Proyecto Mece- Educación Superior (FRO 9906) de la universidad de La Frontera, para cursar el programa doctoral del Departamento de Periodismo de la Facultad de Comunicación en la Universidad de Sevilla (Sevilla-España).

II. Desarrollo

2.1. Las comunidades mapuches en Chile: la oralidad como clave para entrar y salir de la interculturalidad

Que las comunidades indígenas mapuches constituyan las llamadas culturas orales, no significa –como algunos reducen– que sólo se trate de una cultura ágrafa –carente de escritura, según una lógica occidental: se describe a los “otros” (ágrafos), según un “nosotros”, con escritura). Se trata, aún más, de una cultura que sustenta su existencia en una forma particular de narrar y, en consecuencia, de crear y re-crearse en y para dicha narración.

La oralidad, también en una apretada síntesis, podemos describirla según los siguientes factores:

- (a) **La memoria**, es un aspecto central de la oralidad, puesto que el uso del lenguaje está directamente relacionado con la capacidad de registro y manutención de la información. Y en la práctica, también se observa en la forma cómo los sujetos mapuches relatan en sus actos conversacionales: invocando recursos del pasado. Sus relatos son, pues, verdaderas historias, con un inicio, desarrollo y fin, con actores, roles y conflictos. Y la descripción de dichas historias requiere una temporalidad mayor que la utilizada en las crípticas conversaciones de los sujetos no-mapuches.
- (b) **La repetición**, como una forma de conservación de la información, a través de memoria. La reiteración como forma de nutrir la memoria para re- producir oralmente, es un aspecto presente en las prácticas conversacionales de los sujetos mapuches.
- (c) **El uso de ciertas fórmulas**, particularmente ligadas a formas poéticas. La reproducción de la oralidad requiere ciertos recursos de lenguaje que operan como mecanismos mnemotécnicos para el hablante. Por lo tanto, en las construcciones orales se puede advertir estas fórmulas.
- (d) **El uso de ciertos ritmos**, también ligados a cierta métrica poética y que constituyen el modo cómo se re- produce la oralidad en las conversaciones. Nos referimos aquí a la musicalidad que tiene el hablante mapuche y el uso de

ciertos tiempos asociados. Estos dos aspectos (musicalidad y uso de ciertos tiempos) es fundamental para comprender las interacciones de los sujetos mapuches.

- (e) **La tematización.** Los aspectos anteriores redundan en una forma particular de enfrentar la conversación, puesto que la tematización es más rigurosa. No es posible el traslado de un tema a otro como ocurre con frecuencia en sujetos no-mapuches.

2.2. El proceso de salud-enfermedad en la cultura mapuche: entre el individuo y el cosmos. El rol de la machi³

El pueblo mapuche fundamenta su existencia y la armonía de la vida, y por lo tanto también la salud del hombre, sobre dos planos principales:

2.1.1. Un **plano originario**, que es la relación de los hombres con lo divino y lo sobrenatural, relación de carácter fundacional que se estructura en torno a la noción de reciprocidad entre ambas dimensiones (la humana y la divina) (CITARELLA, 1995).

El sentido de la vida del ser mapuche se fundamenta, por lo tanto, en la relación con la divinidad que ha dado al pueblo su lengua (*mapudungun*), su forma de vida y las leyes que lo rigen (*ad mapu*). Esta donación de la familia ancestral, originaria y rectora de todo lo que existe en el universo, significa necesariamente que los seres humanos deben devolver este don originario cíclica y continuamente, con el objeto de mantener el equilibrio entre ellos y lo creado. En términos normativos esto significa el respeto de las obligaciones rituales y religiosas establecidas por la cultura. La reciprocidad, por otro lado, representa un elemento ordenador y normativo también en el plano de la vida social y económica del grupo. Significa el respeto de leyes, valores morales e ideológicos y las estructuras de poder establecidas por la tradición. En este sentido la

⁽³⁾ En una apretada síntesis, la o él machi –aunque habitualmente es mujer- cumple un rol fundamental en las comunidades indígenas mapuches, puesto que es intermediaria entre los individuos y/en la comunidad y la divinidad. Su rol se manifiesta tanto en la vida individual y comunitaria (salud/enfermedad son su responsabilidad), como en la vida supra- terrenal, en al cual comienza y termina la cosmovisión mapuche. Así, salud/enfermedad no son más que una manifestación concreta del conflicto bien/mal.

reciprocidad sustenta el orden establecido por la cultura tanto en el plano de lo humano como en la relación con lo sagrado-sobrenatural. (idem).

2.1.2. Un **plano fundamental en la cosmología mapuche**, que guarda relación con la categorización del mundo. Así como sucede con otras culturas latinoamericanas, los mapuches categorizan el cosmos en términos de unidades conformadas por polos opuestos y complementarios. La naturaleza y los hombres existen en la dualidad y a la vez la contienen. El mapuche como sujeto que estructura su identidad en el plano de lo trascendente está determinado por una serie de fuerzas opuestas y complementarias. (CITARELLA, 1995)

En este sentido, un primer paso hacia la comprensión de un modelo de interpretación de la enfermedad parte de este supuesto: salud y enfermedad en el mundo mapuche son en sí una dualidad, pareja de opuestos complementarios en la cual se define la vida de los individuos. Ambas realidades coexisten y no pueden ser separadas. Es desde esta perspectiva de la dualidad que debemos disponernos a mirar el fenómeno de la salud/ enfermedad entre los mapuches.

Bien y mal son procesos y productos que se re- crean permanentemente en el cosmos, están siempre presentes en las actitudes de las personas, de la sociedad y en la naturaleza. El concepto de salud-enfermedad se construye, así, entre dos espacios como un orden que tiende a uno de estos opuestos –el bien - pero que supone la permanencia del otro polo complementario, su latencia. De ahí que la enfermedad sea percibida como algo constante, recurrente. La salud, (**konalen**) , representa el estado biológico y psicosocial del ser humano, el adjetivo que simboliza la plenitud, la vida. Pero ese estado está amenazado por la enfermedad, (**kutran**), del mismo modo que el bien está permanentemente asolado por la acción del mal, lo que explica que a su vez, la enfermedad y el mal sean combatidos y vencidos por el bien. De esta manera, el bien se corresponde, de algún modo, con la salud y el mal con la enfermedad. (idem, 1995).

A través de los diversos testimonios de pacientes y machis, podemos señalar que la enfermedad, entre los mapuches, se construye en un relato, forma parte de, y es, una historia; que es, al mismo tiempo, parte del individuo y lo que éste representa. Vale decir, la enfermedad existe en el individuo en tanto éste forma parte de un sistema de relaciones mayor, “supra-terrenal”. De esta manera, la enfermedad se manifiesta y se

explica tanto en el individuo como en su entorno. Los testimonios dan cuenta de pacientes que al ser consultados por la enfermedad comienzan con una narrativización de la misma, relato en el cual el entorno cobra una importancia capital: la narración, de hecho, se sustenta en una descripción del entorno.

Los síntomas se construyen como un conjunto de signos físicos y psíquicos que remiten al estado del individuo. Se apelará a ellos para elaborar un “diagnóstico” que dará cuenta del carácter de la enfermedad. Los signos físicos nos remiten a la percepción que el individuo tiene del cuerpo y de los cambios en su organismo. Los signos síquicos nos señalan la percepción de sus relaciones con la cultura. (idem).

2.3. Hacia una clasificación de las enfermedades mapuches

Si intentamos una clasificación de las enfermedades (GREBE, 1975), notaremos lo siguiente:

- a. Que mientras la sintomatología es muy variada.
- b. El origen puede ser natural o sobre- natural. Siendo las de origen sobre- natural las mayoritarias y su génesis no está en el individuo, sino fuera de él. Este fenómeno de “exteriorización” es muy importante, puesto que fundamenta una dependencia del individuo-en-la-tierra con su sistema-de-creencias.

2.4. La terapéutica, profilaxis y diagnóstico en las enfermedades mapuches

Por su parte, para “enfrentar” las enfermedades, naturalmente se debe considerar con especial atención el origen de estas. De tal forma que:

- a. En los tratamientos se entre- mezclan las modalidades propiamente clínicas, empíricas, y las modalidades rituales-mágicas.

TIPO	TRAT. ESPECÍFICO	OBSERVACIONES
------	------------------	---------------

TRATAMIENTO		
Empírico	Infusiones, masajes, compresas, enemas, vomitivos.	Destinados a enfermedades de origen natural.
	Masajes	
	Compresas	
	Enemas	
	Vomitivos	
Mixto (ritual y empírico)	Ulutún, consiste en recitaciones y cantos a cargo de la machi, acompañados de un instrumento musical.	Para enfermedades leves o agudas.
	Datún, es complejo, con recitaciones, cánticos, instrumentos musicales, danza, trance, dramatizaciones y sacrificio de un animal.	Para enfermedades graves o crónicas

b. En la prevención prevalece lo mágico.

TIPO PROFILAXIS	SUB TIPO PROFILAXIS	OBSERVACIONES
Mágica	Posesión de objetos denominados "contra"	Como ramas espinudas, yerbas o ramajes malolientes, objetos cortantes, punzantes o contundentes.
	Realización de rogativas o bien de rituales terapéuticos o diagnósticos	
	Obedecimiento de normas culturales y de comportamiento.	
Empírica	Infusiones de yerbas medicinales	
	Cuidado de la salud	
	Buena alimentación	

c. En el diagnóstico de las enfermedades también prevalecen las formas mágicas, especialmente por adivinación.

TIPO DIAGNÓSTICO	SUB TIPO DIAGNÓSTICO	OBSERVACIONES
Mágico por adivinación	Pewutún	Por medio de la ropa del enfermo, incluye recitaciones y cánticos acompañados por kultrún (instrumento) e interpretaciones de la machi. La ropa debe ser colocada al sol.
	Examen visual de la orina	

	Sueño chamánico	Acontece entre dos sesiones terapéuticas, llegando un mensaje onírico del wenu mapu o tierra alta. El mensaje contienen los fundamentos para el diagnóstico.
	Incubación	Autopsia de animales “contaminados” con la saliva, aliento o excrementos del enfermo.
Empírico (físico)	Palpación	
	Observación visual	
	Anamnesis	
	Pulso	

2.5. Salud intercultural y políticas de salud pública: caso del hospital Makewe de Temuco.

Cuando incorporamos todo lo anterior en el marco del diseño de las políticas públicas de salud implementadas por el Estado-Nación, es habitual que no sean consideradas estas lógicas y dinámicas culturales. No obstante, esta negación en absoluto supone una “desaparición” de lo que constituyen prácticas culturales profundamente arraigadas; y, en consecuencia, observamos con demasiada frecuencia cómo estos diseños colapsan, si acaso logran implantarse.

En una experiencia dirigida por el autor se entrevistó al equipo interdisciplinario de profesionales del hospital Makewe de Temuco⁴ -médico, enfermera, auxiliares paramédicos, matrn, facilitadora intercultural-; estableciéndose una serie de categorías de análisis y discusión, referidas a: comunicación, sistema de salud, salud y enfermedad, cultura, lo empírico y lo simbólico, entre otras.

Uno de los aspectos consignados por los profesionales como desafío es la importancia de entender la interculturalidad como “complementariedad en salud”, siendo esto algo que no puede ser abordado ni resuelto rápidamente, sino “que se va construyendo día a día”.

Este proceso se sustenta en el permanente desafío de los integrantes de los equipos de salud, para desarrollar estrategias, modelos y líneas de acción que apunten a la consolidación de la interculturalidad en salud en el área de contacto inter- cultural en

que se ha convertido el hospital Makewe.

El modelo de atención intercultural implementado en este hospital apunta al reconocimiento y protección efectiva de la diversidad cultural, a través de la adecuación progresiva de los planes y servicios de salud a la cosmovisión, creencias y prácticas culturales de las comunidades mapuches, dentro de una perspectiva intercultural. De esta manera, el hospital es un espacio donde se practica la búsqueda de diálogos interculturales, cimentada en la comunicación que permita reducir las desigualdades culturales y actitudes de racismo presentes en nuestra sociedad. El año 2002 el gobierno decretó que la circulación de yerbas medicinales estaba prohibida –por razones de “seguridad sanitaria”-, dejando a las machis sin acceso a la fuente principal de tratamiento de las enfermedades. La medida fracasó.

Por otra parte, es innegable que para el perfeccionamiento del modelo, es necesario un reconocimiento constitucional del Pueblo Mapuche por parte del Estado-Nación, incluidas las prácticas médicas tradicionales, propias de la cosmovisión de la cultura. La reciente declaración del Mapudungün como lengua originaria de La Araucanía⁵, constituye un avance; no obstante, ninguno de los compromisos tiene relación directa con el ámbito de la salud.

En cuanto a la complementariedad de los sistemas médicos, ésta requiere la existencia de un reconocimiento mutuo entre profesionales de la salud y agentes tradicionales (machis): “debemos ser capaces de reconocer que hay ciertas cosas que puede mejorar [asistir] un sistema y otras que puede mejorar [asistir] el otro sistema y ser capaces de reconocer que una cultura puede asociarse con otra y complementarse”.

Por último, podemos observar que en el contexto del modelo de atención implementado en el hospital Makewe se dan dos situaciones:

A. Fortalecimiento de la experiencia intercultural. Este fortalecimiento se manifiesta a

(4) El hospital Makewe de Temuco es un centro de atención de salud primaria que atiende exclusivamente a comunidades indígenas mapuches que habitan en las comunas de Temuco y Padre Las Casas. El modelo puesto en práctica por el hospital es el único en Chile.

(5) Junto a esta declaración, el Intendente de la IX Región –zona geográfica de asentamiento histórico y actual de las comunidades indígenas mapuches- Sr. Ramiro Pizarro estableció otros compromisos importantes (Junio de 2002).

través del respeto por las especificidades culturales por parte de los actores del modelo, quienes poseen un fuerte arraigo por los aspectos propios de la cultura a la que pertenecen. Esto, no significa que no estén abiertos a replantearse alguna situación, producto del contacto intercultural, ya que reconocen que “la inter- culturalidad es [...] el intercambio de conceptos entre distintas culturas”. Por su parte, el citado modelo ha permitido un potenciamiento de la identidad cultural mapuche, manifestada en el reconocimiento de los agentes médicos tradicionales (machis) y las perspectivas de desarrollo intercultural de los habitantes del sector Makewe: “este modelo ha hecho que los médicos conozcan a los mapuches y estos a ellos, esto permite que se fortalezca la cultura mapuche”.

B. Posibilidad de una cultura nueva, diferente de las dos anteriores. En este aspecto, se concluye que el diálogo intercultural y las estrategias de desarrollo intercultural podrían producir una fusión de conocimientos, producto de la complementariedad de los sistemas médicos y que en el futuro los conocimientos biomédicos y tradicionales constituirán potencialmente un nuevo tipo de conocimiento o cultura. Lo anterior parte de la base de reconocer que existen otras formas de concebir el mundo y que existe un intercambio de conceptos e ideas de las culturas mapuche y occidental. De cualquier forma, para los profesionales de la salud aún es prematuro este tema: “la cultura mapuche es una cultura milenaria y los conocimientos que tiene están desde hace muchos años, y generar un conocimiento [nuevo] es muy difícil, aunque no es descartable”.

III. Consideraciones finales: ¿una tercera cultura?

Respecto a la Teoría de la Construcción de la Tercera Cultura (CASMIR, 1993), que plantea que en un contacto intercultural, dos o más seres humanos buscan el beneficio mutuo, es claro que en el contexto de la salud, los agentes de ambos sistemas médicos han desarrollado sus propias estructuras, sistemas de valores y de comunicación, para crecer mutuamente y buscar la complementariedad de las prácticas biomédicas con las tradicionales.

En el modelo de atención implementado en Makewe podemos señalar que se cumple el principio que “a partir de un contacto inicial, dos o más personas pueden ir confluyendo en una tercera cultura compartida (ALSINA, 1999). En esta experiencia, los agentes médicos del sistema occidental buscan orientaciones de la medicina tradicional, a través del contacto con las machis, para beneficio de las comunidades.

Sin perjuicio de lo anterior, parece pertinente plantear algunas preguntas para incorporarlas en discusiones sobre este tema:

- A. ¿Existe sensibilización en las autoridades con relación a la situación de salud de las comunidades indígenas, entendida como un sistema de relaciones culturales y simbólicas, que si bien no son fijas, son profundas?. La discusión sobre la necesidad de cambios en las culturas indígenas como parte de los proyectos multiculturales no debe significar una puesta en riesgo de la propia cultura. La integración al sistema de salud intercultural, por parte de las comunidades indígenas, no consiste sólo en un cambio de formalidades protocolares y un cambio de guión, pues aún los protocolos forman parte del ser y del sentido. Que las culturas “sigan siendo ellas mismas” debe ser uno de los desafíos de dichos proyectos.

- B. En consecuencia, ¿existen las condiciones necesarias para la coexistencia de las distintas prácticas en salud, donde convivan lo mágico y lo empírico como modelos.

- C. ¿Incorporan los diseños políticos de salud las clasificaciones que acabamos de señalar, entendiendo sus posibilidades de re-ordenamiento endógeno?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALARCÓN, ANA MARÍA (1995): “El desafío de la interculturalidad en salud: El facilitador cultural”, en revista *Educación y Humanidades*, Temuco, Universidad de La Frontera.
- BACIGALUPO, ANA (1994): “Adaptation and variation of machi healing roles”, en *The power of the machis. The rise of female shaman healers and priestesses in mapuche society*, Michigan (USA), University Microfilms International.
- BAQUERO, MARTHA (1994): *Por una política de comunicación para la promoción de la salud en América Latina*, Washington, Organización Panamericana de la salud (OPS), Organización Mundial de la salud (OMS), Oficina Regional de Comunicación para América Latina, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).
- BAILÓN, CHRISTIAN; MIGNOT, XAVIER (1996): *La comunicación*, España, Cátedra.
- CASMIR, FRED (1993): *Tirad, Culture Buildings: A paradigm shift for International and Intercultural Communication*, Londres, S.A. Deeetz.
- CASMIR, FRED; LANDE, ASUNCIÓN (1989): *Intercultural Communication Revisited: Conceptualization*, Londres, J.A. Anderson.
- CITARELLA, LUCA (1995): *Medicinas y culturas en La Araucanía*, Chile, Sudamericana.
- BUSTOS, SERGIO (2002): *Comunicación, salud e interculturalidad: convergencias y divergencias de un modelo. Caso Hospital Maquehue de Temuco*, Temuco, Universidad de La Frontera. [Tesis de Licenciatura en Comunicación Social dirigida por el autor].
- COFRÉ, ESTER (2001): *Seminario : formación de técnicos en salud intercultural*, Temuco, Fundación Instituto Indígena.
- DEL VALLE, CARLOS (2002): *Comunicación y semiótica en la entrevista médico-paciente*, Temuco, Universidad de La Frontera. [Apuntes utilizados por el autor en el curso: Semiología Clínica, de la carrera de medicina de la Universidad de La Frontera].
- DEL VALLE, CARLOS (2001): *Fundamentos y estrategias comunicativas para su aplicación en contextos de salud*, Temuco, Universidad de La Frontera. [Apuntes de cursos de capacitación para profesionales de la salud].

- DEL VALLE, CARLOS (2000): “Bases y estrategias comunicacionales para enfrentar el trauma en situaciones de accidente”, en *II Seminario Latinoamericano Actualización y Conocimientos en el Manejo del Paciente con Trauma*, Temuco, Escuela de Capacitación Paramédica y Hospital Regional de Temuco.
- DEL VALLE, CARLOS (1999): *Taller de comunicación sobre la organización: comités tripartitos de salud de Temuco y Padre Las Casas*, Temuco, Universidad de La Frontera y Proyecto Uni-Kellogg. [Apuntes del curso de capacitación dirigido a profesionales de la salud, académicos del ámbito de la salud y a la comunidad organizada].
- DILLEHAY, TOM (1990): *Araucanía: presente y pasado*, Santiago de Chile, Andrés Bello.
- DURÁN, TERESA (1994): “Contacto Interétnico Chileno Mapuche en la 9na. Región”, en *CUHSO*, Vol. N° 1, Temuco, Chile.
- ECO, HUMBERTO (1992): *Los límites de la Interpretación*, Barcelona, Lumen.
- ECO, UMBERTO (1993): *Lector in Fábula. La cooperación interpretativa en el texto narrativo*, Barcelona, Lumen.
- FOUCAULT, MICHEL (1997): *Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)*, Río de Janeiro, Jorge Zahar Ed.
- FOUCAULT, MICHEL (1990): *La vida de los hombres infames*, Madrid, Altamira.
- FOUCAULT, MICHEL (1992): *Genealogía del Racismo*, Madrid, La Piqueta.
- FOUCAULT, MICHEL (1995): *La Verdad y las Formas Jurídicas*, Madrid, Gedisa.
- FOUCAULT, MICHEL (1998): *Un diálogo sobre el poder*, Madrid, Altaya.
- GLANZ, KAREN; RIMER, BARBARA (1991): *Health behavior and Health Education. Theory, research and Practice*, Oxford, Jossey-Bass Publishers.
- GREBE, ESTER (1975): “Taxonomía de enfermedades mapuches”, en *Antropología*, Santiago de Chile, Departamento de Ciencias Antropológicas y Arqueológicas, Universidad de Chile.
- GREBE, ESTER (1974): “Presencia del dualismo en la cultura y música mapuche”, en *Revista Musical Chilena*, Santiago de Chile.

- GREBE, ESTER (1973): “El kultrún mapuche: un microcosmo simbólico”, en *Revista Musical Chilena*, Santiago de Chile.
- GREBE, ESTER (1972): “Cosmovisión mapuche”, en *Cuadernos de la Realidad Nacional*, N° 14, Santiago de Chile.
- GREBE, ESTER (1971): “Mitos, creencias y concepto de enfermedad en la cultura mapuche”, en *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, Buenos Aires.
- GUSINDE, MARTÍN (1917). “Medicina e higiene entre los antiguos araucanos”, en *Revista Chilena de Historia y Geografía*, Santiago de Chile, Sociedad de Historia y Geografía.
- LÓPEZ, LUIS ET AL. (1998): *Sobre las huellas de la voz*, Madrid, Morata.
- OYARCE, ANA MARÍA; IBACACHE, JAIME (1996): *Reflexiones para una política intercultural en salud*, en *Primer encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas*, Temuco, Instituto de Estudios Indígenas, Universidad de La Frontera.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, OPS. (1995/1996): *Lecturas de comunicación social en salud*, Washington, OPS.
- POTTER, JONATHAN (1998): *La representación de la realidad. Discurso, retórica y construcción social*, Madrid, Paidós.
- PROYECTO DE DOCUMENTACIÓN ÑUKE MAPU (1996): *La Salud, el desarrollo y la equidad en un contexto intercultural*, Temuco, Instituto de Estudios Indígenas, Universidad de La Frontera.
- ROGERS, EVERETT (1983): *Difusión of innovations*, Nueva York, The Free Press.
- SERRANO, SEBASTIÁ (1984): *La semiótica. Una introducción a la Teoría de los Signos*, Barcelona, Montesinos.
- STELLA, ISABEL (1997): *Diagnóstico y propuesta de sistema de salud intercultural para indígenas. Bases para una propuesta de seguro indígena*, Temuco, Instituto de Estudios Indígenas, Universidad de La Frontera.
- TAQUÍN, CHARLES; WALLACK LAWRENCE (1990): *Mass Communication and Public Health. Complexities and Conflicts*, Londres, Sage Publications.