

2007

ANALES DE ANTROPOLOGÍA

Volumen 41-1

ISSN 0185-1225



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO



INSTITUTO DE
INVESTIGACIONES
ANTROPOLÓGICAS

Anales de antropología / Instituto de Investigaciones
Históricas. -- México : UNAM, Instituto de
Investigaciones Históricas, 1964-
v.
Anual
Fundador: Juan Comas
Vol. 1 (1964)-
Editor varía: Vol. 11 (1974)- , UNAM, Instituto de
Investigaciones Antropológicas
ISSN 0185-1225

I. Antropología – Publicaciones periódicas. I. Universidad
Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones
Históricas. II. Universidad Nacional Autónoma de México.
Instituto de Investigaciones Antropológicas.

301-scdd20

Biblioteca Nacional de México

Anales de Antropología, vol. 41-I, 2007, es editada por el Instituto de Investigaciones Antropológicas de la Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad Universitaria, 04510, México, D.F. ISSN: 0185-1225. Certificado de licitud de título (en trámite), Certificado de licitud de contenido (en trámite), reserva al título de Derechos de Autor 04-2002-111910213800-102.

Se terminó de imprimir en noviembre de 2008, en *Desarrollo Gráfico Editorial, S.A. de C.V.*, México, D.F. La edición consta de 500 ejemplares en papel cultural de 90g; responsable de la obra: Mario Castillo; la composición fue hecha por Martha Elba González en el IIA; en ella se emplearon tipos Tiasco y Futura de 8, 9, 11 y 12 puntos. La corrección de estilo estuvo a cargo de Adriana Incháustegui; la edición estuvo al cuidado de Ada Ligia Torres y Héliida De Sales. Diseño de portada: Martha González, bordado de la región de Cuetzalan, Puebla. Adquisición de ejemplares: librería del Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM, Circuito Exterior s/n, Ciudad Universitaria, C.P. 04510, México, D.F., tel. 5622-9654, e-mail: libroiaa@servidor.unam.mx

PRÁCTICA COMPLEMENTARIA EN SALUD Y RECUPERACIÓN DEL CONOCIMIENTO TRADICIONAL MAPUCHE

Andrea Álvarez Díaz

Posgrado Antropología, IIA-FF y L, UNAM

Resumen: En el sur de Chile, el Hospital rural Makewe está llevando a cabo una experiencia de atención en salud complementaria, que integra los saberes y recursos tradicionales mapuche, con el conocimiento y terapéuticas científico-occidentales. A partir de entrevistas realizadas a pacientes y funcionarios del hospital, de diferente origen étnico, el artículo pretende contribuir a la comprensión de las significaciones que estos actores construyen sobre la salud/enfermedad. Se describe el proceso de recuperación de identidad étnica como una transformación individual, familiar, e interétnica, que posibilita la revitalización del tejido social mapuche y su entramado simbólico, y así la legitimación, en la palabra, de la práctica sanadora tradicional. La práctica complementaria es valorada por cuanto satisface la demanda de calidad en la atención en salud, destacando al paciente como un agente activo, poseedor de conocimientos válidos sobre la salud y la enfermedad. La práctica complementaria se fundamenta en las limitaciones de los remedios naturales, la desconfianza hacia la medicina tradicional; y la oportunidad de libre elección entre sistemas médicos. Se evidencian puntos de tensión en la apropiación de la propuesta por parte de los funcionarios, al poner el énfasis en la mejoría del acceso a la salud, o en el fortalecimiento del conocimiento tradicional mapuche.

Palabras clave: sistemas médicos, complementariedad en salud, salud tradicional *mapuche*, identidad étnica.

Abstract: This article analyzes the experience of rural Makewe Hospital, located in the South of Chile, which applies a complementary health attention, integrating the knowledge and traditional resources of the Mapuche society with the western scientific knowledge and therapies. Through interviews applied to patients and health workers of the Hospital, it is sought to understand the meanings of the health/illness process built by these actors. The ethnic identity recuperation process is described as an individual, familiar and interethnic transformation, allowing the reliving of the Mapuche social threading and its symbolic weaving, which permit a traditional healing practice legitimated by the language. The value of the complementary health practice is related to the satisfaction of the demand of quality in health attention, emphasizing the role of patient as an active agent, who has valid health/illness knowledge. The health complementary practice is called upon because of: the natural remedy perceived

limitations, the distrust on traditional medicine, and the opportunity given to free election between medical systems. Tensions are evidenced in the appropriation of the complementary practice by the health workers, depending on whether the emphasis is put on the improvement of health attention access, or on the strengthening of the Mapuche traditional knowledge.

Keywords: medical systems, complementary practice, health Mapuche traditional knowledge, ethnic identity.

INTRODUCCIÓN

La concepción semiótica de la cultura (Geertz, 1973) nos permite destacar los fenómenos interpretativos, como elementos definitorios en la caracterización de una sociedad históricamente determinada. Sin embargo, esta perspectiva simbólica tiende a dejar de lado la tensión y conflictividad propia de las relaciones sociales, interculturales e interétnicas. De este modo, se asume en este artículo el conocimiento interpretativo con intención crítica (Serrano, 1996) que nos permite abordar la discusión entre complementariedad de saberes medicinales, con las implicaciones políticas y éticas, propias de una interacción y negociación de significados y prácticas sociales entre dos sociedades; en este caso la sociedad mapuche y la sociedad chilena mayoritaria.¹

Denominar esta interacción entre sociedades como “relaciones interétnicas” nos permite dar cuenta del flujo de relaciones entre sociedades de orígenes distintos, captando la dinámica de las mismas en situaciones estructurales diferenciales, determinando posiciones de poder de hegemonía/subordinación (Durán, 2000; Pedreros, 1997). Relaciones que podríamos concebir, en el caso de la sociedad mapuche y chilena, como relaciones interculturales² históricamente desiguales, asimétricas y de dominación (Citarella *et al.*, 1995).

¹ La población mapuche en Chile ha sido estimada en 9.6%, según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas en 1992, mientras que el último censo poblacional de 2002, arrojó una disminución de la población de origen étnico en general (representada por 4.6%) y de población mapuche, en particular (alcanzando 4%). Aunque existe una importante controversia sobre la validez e interpretación de las cifras entregadas por el último censo, y sobre la construcción de los indicadores utilizados para la medición de la etnicidad, estas últimas cifras indican que el total nacional de mapuche es de 604 349 personas, lo que significa 87.3% de la población total indígena nacional. En la Región de la Araucanía se concentra la mayor cantidad de indígenas en Chile (204 125 personas), lo que representa un 29.6% de la población indígena total del país, y 23.5% de la población total regional.

² Partiendo de la premisa de que la pluralidad cultural es una constante histórica, se asume que el respeto, el diálogo intercultural y la tolerancia constituyen elementos fundamentales hacia

La posibilidad de construcción de relaciones interculturales plenas (en miras de una sociedad que asuma su condición pluricultural) radica de manera importante, en los procesos organizativos y de recomposición del tejido social indígena, a partir de sus estructuras sociales tradicionales y de la comunidad. El factor clave radicaría en el logro, en el nivel local, de una forma organizativa que otorgue instrumentos de negociación entre la sociedad nacional y la sociedad mapuche para poder mejorar su propio proyecto histórico (Citarella *et al.*, 1995; Bengoa, 2000; Mariman, 2004); escenario que sitúa en un papel protagónico la movilización y la participación indígena como sujeto de su desarrollo colectivo.

Este artículo es producto de un estudio realizado tras el objetivo de comprender las significaciones que construían sobre la salud/enfermedad dos actores relevantes en el entramado sociocultural del Hospital Makewe, a saber: los pacientes y los funcionarios del establecimiento. Para tal efecto, entre los años 2002 y 2004, la investigadora realizó un proceso de inmersión en el hospital desempeñándose como psicóloga e interactuando cotidianamente con los funcionarios en espacios formales e informales. Esta labor permitió además acercarse a la vivencia de 25 pacientes mapuche, en su mayoría mujeres, y a sus contextos socio-familiares. Al término del periodo de ejercicio clínico, se realizaron 10 entrevistas en profundidad con hombres y mujeres de entre 38 a 65 años, funcionarios mapuche y no mapuche del establecimiento, y pacientes del consultorio externo del hospital, de ambos orígenes étnicos.

Así, este trabajo presenta, en primer lugar, una breve contextualización de las relaciones interétnicas en este momento histórico en el país, para poder comprender el sentido que adquiere la reactualización del conocimiento tradicional mapuche en salud en la propuesta complementaria del Hospital Makewe. Después de entregar algunos antecedentes históricos sobre el sector Makewe, y algunas premisas sobre las cuales descansa la experiencia intercultural en salud, se presentan algunos resultados del estudio en torno a dos ejes: *a*) narrativas del proceso de recuperación étnica por parte de funcionarios y pacientes mapuche, y *b*) significaciones sobre la salud/enfermedad y la práctica complementaria de pacientes y funcionarios de ambos orígenes étnicos. Finalmente, se discute de manera crítica y constructiva, algunos de los alcances y limitaciones de la experiencia de complementariedad en salud instrumentada en el Hospital Makewe.

la construcción de una sociedad que asuma plenamente, en términos sociales, políticos y culturales su condición de pluriculturalidad (Díaz-Polanco y Sánchez, 2002).

RELACIONES INTERÉTNICAS: ENTRE LO LOCAL Y LO GLOBAL

Se observa que la reciente toma de conciencia de la pluralidad étnica del país por parte de la institucionalidad chilena (con la instalación de los gobiernos posdictadura, recién en la década de los años 90) se realiza en el marco del movimiento mundial de afirmación de los derechos de los pueblos originarios (Álvarez *et al.*, 2002). En 1992, a contrapelo de las celebraciones del Quinto Centenario Hispánico, se realizó la Cumbre para la Tierra que reivindicó el reconocimiento, por los diversos Estados de América, de los valores y tradiciones de las poblaciones primeras del continente. El año 1993 fue declarado por la ONU como el “Año Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo”. En 1994, en la primera Cumbre de las Américas, realizada en Miami, se lanzó un plan de salud que busca obtener para toda la población un acceso equitativo a los servicios de salud, lo que incluye explícitamente a las poblaciones indígenas. Sin olvidar, además, las luchas políticas de la década de los años 90: en enero de 1994 irrumpe en México el movimiento indígena Zapatista; en Ecuador, los movimientos indígenas derriban dos gobiernos sucesivos; y en Canadá, las Primeras Naciones han conquistado pacíficamente el derecho a gobernar territorios autónomos (Álvarez *et al.*, 2002).

En el ámbito académico, se describen dos modalidades de aplicación de la interculturalidad en salud que consideran la dimensión político-social de manera diferencial: un proyecto de interculturalidad sectorial tendiente a modificar la situación de marginalidad de la población indígena, el acceso a determinados bienes y servicios estatales y un proyecto de carácter general situado en el contexto de la relación entre pueblos originarios y Estado, promoviendo estrategias destinadas a resolver problemas de desarrollo sustentados en diferentes cosmovisiones en contacto (Citarella *et al.*, 1995). La política en salud del Estado chileno hacia pueblos indígenas tiende a ubicarse en el primer tipo de proyecto intercultural, de tipo sectorial, lo que le resta la posibilidad de concebirla en el marco de un proceso más amplio de liberación y desarrollo de los pueblos indígenas en el interior de la sociedad nacional.

En Chile, hasta los años 70, existía un vacío absoluto en el reconocimiento jurídico de la realidad pluriétnica del país, negando que la sociedad estuviera constituida por múltiples formaciones étnico-sociales. Durante el largo periodo de la dictadura militar (en el que se realizó un sistemático proceso de desestructuración al sistema de salud), varias experiencias de trabajo intercultural se llevaron a cabo a nivel local, en particular en la IX región, con el apoyo de diversas ONG nacionales e internacionales. Estas experiencias en un primer momento se orientaron a resolver problemas de salud desde la prevención y la curación de las enfermedades,

utilizando los recursos locales (incluyendo agentes y recursos de sistemas médicos no-occidentales) y los aportes de la medicina oficial (principalmente, los proyectos de CET-Trafkin-Fundación Instituto Indígena, Policlínico Metodista, Departamento de Acción Social del Obispado de Temuco). Algunas de estas propuestas fueron acogidas por comunidades mapuche con las que las instituciones trabajaron por largo tiempo, y asumieron un papel protagónico en la selección de los participantes. Otras experiencias pusieron énfasis en el intercambio de conocimientos, técnicas y recursos entre las diferentes medicinas, la tradicional y la occidental. Estos proyectos contaron con escaso reconocimiento desde la perspectiva político-administrativa, dado el desconocimiento de la población indígena como etnia distintiva en el contexto nacional (Citarella *et al.* 1995).

Necesariamente, las instituciones chilenas a cargo de la salud y las iniciativas interculturales regionales y locales requieren de la promoción de procesos genuinos de reconocimiento hacia la sociedad indígena, lo que implica una profundización de las relaciones interculturales tendientes a valorar el conocimiento indígena avanzando hacia una sociedad pluricultural de manera integral. Lo que suele ocurrir, sin embargo, en términos de políticas de salud y desarrollo, es la aceptación de algunas limitadas características y tecnologías de la medicina tradicional, con un rechazo más o menos global a las bases ontológicas de la medicina indígena.

Con la instalación de los gobiernos posdictadura, de la Concertación por la Democracia, han operado importantes modificaciones al sistema de salud, en el marco del proceso de neoliberalización de la sociedad chilena. En ese contexto nacional de transformaciones económicas, sociales y políticas, y en un escenario de tensiones y conflictos, se han generado avances en la discusión y elaboración de lineamientos para una política pública en salud dirigida a los pueblos originarios. En el año 2004, recogiendo los avances de discusiones generadas en las diferentes regiones del país, con la participación de representantes indígenas, la Unidad Salud para Pueblos Indígenas, del Ministerio de Salud, publica el documento “Bases para una política de salud intercultural con pueblos indígenas”. Estos lineamientos, en articulación con las políticas sectoriales de los ministerios de Agricultura, Educación y Planificación (que integran la CONADI, Comisión Nacional de Desarrollo de Pueblos Indígenas), sin duda significan un avance hacia el reconocimiento de los derechos de los pueblos indios.

Sin embargo, cabe mencionar que en ese mismo año 2004, el Relator de la ONU para los Derechos Indígenas, el doctor Stavenhagen, visita Chile; se celebra el histórico encuentro de Toltén con dirigentes lafkenche, en ese entonces en conflicto con el Estado chileno por el uso y manejo de las zonas costeras. El informe que

presentó posteriormente el observador de la ONU ante la Comisión de Derechos Humanos de la organización internacional, señala que:

...a pesar de los avances verificados los últimos años en el país en la materia, los indígenas siguen viviendo una situación de marginación. Constató además las limitaciones del ordenamiento jurídico vigente para la protección de sus derechos. Criticó la criminalización de las demandas indígenas y las acusaciones en su contra por delitos “terroristas” por hechos relacionados con sus reclamos de tierras. Propuso al gobierno la declaración de una amnistía general para los indígenas procesados por dichos reclamos. Recomendó al Estado desarrollar acciones legislativas, administrativas, políticas y económicas con miras a lograr un mayor reconocimiento y vigencia de estos derechos, así como la creación de mecanismos de diálogo para la resolución de los conflictos interétnicos (Aylwin, 2005: 1).

REACTUALIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO TRADICIONAL MAPUCHE EN SALUD

En un contexto socio-cultural y político de relaciones interculturales históricamente desiguales y asimétricas, el alcance de la complementariedad entre concepciones y prácticas en salud puede situarse en tres diferentes ámbitos.

Por una parte, es posible concebirla como la incorporación de un enfoque intercultural en el sistema de salud oficial, ya sea hospitalario, o en la atención primaria (como ha sido la experiencia del programa *Amulzungun*, a través de la incorporación de facilitadores interculturales en salud, impulsada por el Ministerio de Salud a partir de la exitosa experiencia piloto del Hospital de Traiguén en 1987). Por otra parte, la complementariedad entre diferentes prácticas en salud puede valorarse en la aplicación que se realiza, de hecho, por parte de funcionarios indígenas de tratamientos herbolarios, a espaldas de las autoridades de los establecimientos de salud (Jelves, 1997); situación cotidiana en la red de salud oficial de la región de La Araucanía, en Chile.

Sin embargo, en este artículo se busca analizar un tercer ámbito de establecimiento de la complementariedad en salud, que es aquel que supone una readecuación de los recursos de los sistemas locales en salud, de los que dispone la población (Garrido, 1997), ámbito en el se sitúa la experiencia de la Asociación Mapuche para la Salud en el territorio Makewe Pelale.³

³ Cabe mencionar que la clasificación propuesta de formas de ejercer la complementariedad en salud, reposa sobre la concepción antropológica de sistemas médicos en interacción, concebidos como estructuras dinámicas que constituyen una gama de espacios y referentes conceptuales, junto a una gama de prácticas en salud resultantes del manejo simultáneo que hace la población de conceptos y recursos médicos, de acuerdo con las vivencias personales (Laplantine, 1989; Citarrella *et al.*, 1995; Jelves, 1997).

La práctica realizada en el Hospital Makewe es ejemplo de una metodología en salud integral e intercultural, entendida como un enfoque en el que la gestión y la atención en salud se desarrollan “con una perspectiva basada en una visión mapuche holística, multidisciplinaria, participativa y de complementariedad de modelos médicos en todas las fases del proceso de salud/enfermedad”. En palabras del director del establecimiento, se trata de “una experiencia original de interculturización de la institucionalidad chilena, que revalora el sistema médico propio, reactualizando su propio conocimiento” (Asociación Indígena para la Salud Makewe Pelale, 2001).

En efecto, la Asociación se ha propuesto crear un modelo intercultural de atención en salud para resolver el problema de sus usuarios, que se caracteriza por los siguientes rasgos: *a)* el fortalecimiento de los recursos locales; *b)* la consideración de las distintas concepciones de salud/enfermedad, presentes en la comunidad; *c)* el apoyo y la complementación de la medicina occidental con la medicina mapuche; y por último, como elemento central del modelo: *d)* el fortalecimiento de la identidad mapuche, valorando las autoridades tradicionales, controlando la riqueza cultural del sector y reforzando la dignidad mapuche en la atención de salud.

Si bien escapa a la voluntad de la autora establecer regularidades y constancias que permitan hablar de un “modelo de complementariedad en salud”, —ya que se busca más bien hacer aportes para entender los procesos de cambio, las inconsistencias internas, los conflictos y contradicciones, las ambigüedades, excepciones e irregularidades, de la práctica de la complementariedad—, se establecen, a continuación, y para la comprensión del lector, algunas premisas que sustentan la construcción de esta experiencia de complementariedad de prácticas y saberes en salud.

Estas premisas pueden sintetizarse, *grosso modo*, en seis sentencias: 1. La medicina moderna no tiene por qué satisfacer todo el conjunto de las exigencias de salud de una población, invalidando el conjunto de recursos informales que existen dentro de una sociedad. 2. El sector de la medicina tradicional, debidamente sostenido, debe permanecer como una alternativa autónoma para la solución de los problemas de patología. 3. Las diferentes medicinas tradicionales que existen como parte del patrimonio cultural de las sociedades originarias pueden ser utilizadas como recursos complementarios en determinados contextos culturales. 4. Una real cooperación entre sistemas médicos puede darse sólo en un contexto de profundo cambio de la estructura, de los objetivos del sistema de salud oficial y de su práctica de trabajo. 5. Un sistema de salud es bueno, en términos cualitativos, al ofrecer una gama de servicios coherente con los problemas y las necesidades de salud de la población objetivo, lo que requiere que el eje del sistema de salud se desplace desde la oferta de servicios hacia las necesidades de la población. 6. El mayor problema de los impulsos de reforma de salud en áreas interétnicas, no se resuelve con una

forzada integración de la medicina tradicional indígena dentro del sistema oficial de salud pública, sino que se puede resolver entendiendo y tratando de asumir la visión particular del fenómeno de salud/enfermedad de la población receptora de los servicios de salud, y adecuar culturalmente los servicios a los usuarios⁴ (Citarella *et al.*, 1995).

El Hospital rural está situado en el sector Makewe, que tiene una superficie de 200 km², y se ubica en los municipios de Padre Las Casas y Freire, de la Región de la Araucanía, en el sur de Chile. El establecimiento tiene asignada, una población de 20 000 personas, mayormente indígenas (estimada en 90%), en un territorio que abarca un total de 92 comunidades mapuche. La mayoría de las familias del sector se dedican a la agricultura de subsistencia, en predios que alcanzan un promedio de 1.5 hectáreas *per capita*, dedicados fundamentalmente a la siembra de trigo, chacra, hortalizas y crianza de animales a pequeña escala.

En el establecimiento trabajan 30 personas, entre profesionales de la salud, paramédicos y personal administrativo, de los cuales la mitad son de origen étnico mapuche. La dirección del hospital está compartida en la gestión administrativa, a cargo de la Asociación para la Salud Makewe Pelale y la gestión técnica a cargo del Servicio de Salud Araucanía Sur, del Estado chileno.⁵

Las comunidades de Makewe Pelale, como la mayoría de las comunidades mapuche, poseen una intensa y compleja historia de interacción con culturas de origen diferente a la propia tradición mapuche. Al contacto y establecimiento de relaciones de intercambio y de dominación por parte de la Corona española, y luego de los representantes de la República chilena, destaca en una época contemporánea la presencia de la institucionalidad evangélica anglicana.

Estas interacciones culturales, políticas, económicas e ideológicas configuran un entramado de significaciones y prácticas sociales que se articulan de manera no siempre armónica, sino también contradictoria y conflictiva. Históricamente, se ha ido generando una fuerte tendencia aculturizante en la población mapuche, caracterizada por una estigmatización de la identidad étnica, que se manifiesta

⁴ Asumiendo y compartiendo estas premisas, la investigación realizada busca contribuir a la producción de conocimiento en torno a esta última asunción, esto es: conocer y comprender las significaciones de los pacientes y de los funcionarios del Hospital Makewe sobre el fenómeno de la salud/enfermedad.

⁵ Esta situación se expresa en dos funciones administrativas a cargo de la conducción del establecimiento: la función de director del hospital, asumida por Francisco Chureo en el año 1999 hasta la fecha, y la función de director técnico, asumida por el doctor Jaime Ibacache el mismo año hasta el 2003.

principalmente en una importante pérdida del mapuzungun,⁶ y un menosprecio hacia su uso y conservación, así como en una deslegitimación de las autoridades tradicionales y una caricaturización despectiva de la figura más importante en la salud y espiritualidad mapuche, la machi⁷ (Asociación Indígena para la Salud Makewe Pelale, 2001).

Cabe mencionar que la *machi*, como agente de salud tradicional, de carácter shamánico, cumple funciones que van más allá de lo simplemente curativo, ya que asume un papel organizativo en la comunidad, a tal punto que Pascual, un *werken*⁸, señala “que tiene que haber *machi* en la comunidad para que surja la comunidad.” (Álvarez *et al.*, 2002). El papel que desempeña la *machi* en el proceso de resistencia y mantenimiento de la cultura resulta decisivo, tanto para la conservación de las conductas culturales y morales adecuadas, como para el cuidado de la salud y la medicina. Ellas posibilitan dentro del grupo la realización de aquellos eventos públicos,⁹ rituales, en los que la “comunidad se hace realidad” y se renueva socialmente la estructura cultural del pueblo (Citarella *et al.*, 1995: 33).

A fines del siglo XIX, algunas comunidades mapuche colindantes con el actual sector del Hospital Makewe, cedieron un terreno que alcanzaba las 285 hectáreas a la misión anglicana para realizar la construcción de una escuela, una iglesia y un dispensario de salud. El hospital se origina entonces preliminarmente con el funcionamiento, en 1895, del dispensario de salud, administrado por la Sociedad Misionera Sudamericana, entonces propietaria del recinto. Sin embargo, y debido a la creciente necesidad de atención en salud por parte de la población mapuche, se funda entre los años 1925 y 1926 el actual hospital, con una capacidad de 35 camas destinadas principalmente a enfermos crónicos de tuberculosis y patologías que requirieran internación hospitalaria.

⁶ Idioma del pueblo mapuche. Existe un intenso debate con respecto a los grafemarios contruidos para la transmisión escrita de un idioma de transmisión oral, existiendo en la actualidad más de siete versiones escritas del mapuzungun (también escrito como mapudungun o mapuchedungun). En este estudio, se asume el grafemario propuesto por Ranguileo, considerado por algunos dirigentes y académicos mapuche como el que más se acercaría a la fonética originaria (notas de clases de curso Lengua y cultura mapuche, Instituto de Estudios Indígenas, Universidad de La Frontera, área docencia y capacitación. Temuco, Chile dictada por Pablo Marimán, Manuel Manquepi y María Díaz en 2002.).

⁷ Aun cuando en la actualidad, la mayoría de las machis son mujeres, existen también algunos hombres que ejercen el papel de machi, por lo que en el texto se hace referencia en ocasiones a “la machi”, y en otras a “el machi”. Para mayor profundización sobre género y machi Bacigalupo (véase 1993).

⁸ Un mensajero en la cultura mapuche, históricamente el que comunicaba de una comunidad a otra y actualmente, el que establece además puentes de comunicación con la sociedad global.

⁹ Cabe considerar que el poder de los *lonko* (autoridad política tradicional) ha disminuido enormemente, y que están más afectados por las múltiples presiones e ingerencias de la sociedad nacional.

En términos financieros, desde sus inicios, los principales agentes de aprovisionamiento de recursos humanos y físicos del establecimiento fueron los misioneros extranjeros, que asumen la atención profesional de la salud hacia la población mapuche. En 1962, se establece un convenio con el Servicio Nacional de Salud, en el que se acuerda subvencionar parcialmente el funcionamiento del hospital administrado por la sociedad misionera. Con el tiempo, la labor de los misioneros en el establecimiento fue disminuyendo, a la par que el financiamiento, lo que unido a diversos problemas económicos genera, en el año 1993, la decisión por parte de la misión evangélica de dejar la administración. Ante esta situación de crisis administrativa y económica, y el inminente cierre del establecimiento de salud, las 92 comunidades mapuche del territorio se organizan y en negociaciones con el personal del hospital y representantes del Servicio de Salud logran posponer la clausura del mismo.

Después de un periodo de transición entre la administración evangélica y administradores del Servicio de Salud, en 1998 se funda la Asociación Indígena para la Salud Makewe Pelale, con una representación de 35 comunidades de ambos sectores, que reagrupan alrededor de 2 100 personas. La Asociación Indígena asume la administración legal del establecimiento a partir del 1º de marzo de 1999, facultada por un convenio firmado con el Servicio de Salud Araucanía Sur (Asociación Indígena Makewe Pelale, 2001).

En forma complementaria a las diferentes perspectivas de salud con las que cada administración ha ido ejerciendo la conducción del establecimiento, es posible reconocer un fuerte proceso de identificación y sentido de pertenencia por parte de la mayoría de las comunidades para con el Hospital como un espacio necesario para la atención de salud de las familias del sector:

En 1960, cuando fue la crisis, las comunidades que sentían propio el Hospital, se organizaron en torno a Comités de Apoyo a la Salud [...] aportaban con trigo y otros insumos para superar la crisis del establecimiento que estaba bajo la administración de la iglesia anglicana. Cuando la Asociación asumió la dirección del Hospital había ya un proceso previo de apoyo de las comunidades que sentían como propio el establecimiento (entrevista personal a Francisco Chureo, julio 2002).

La opinión de algunos funcionarios mapuche del Hospital denota la fuerte influencia histórica de la misión evangélica, que se describe como fuente de acceso a servicios, tales como la salud y la educación, y a la vez como origen de dominación cultural en términos de credo religioso, uso idiomático y prácticas de salud. Aunque la relación de dominación es evidente, se puede encontrar una valoración, en el

contacto con el otro-dominador, de las posibilidades de acceso a prácticas de salud y de educación diferentes, como relata un funcionario mapuche del Hospital:

No hay que desmerecer tampoco a la iglesia, porque hizo cosas buenas. Si vamos históricamente, claro hicieron hartas cosas malas, se perdió todo lo que es nuestra cultura, las ceremonias, la lengua. Ellos mismos fueron los que crearon a los líderes de acá: pastores, profesores y se encargaron de aplastar un poco lo que es la cultura mapuche. Pero lo que ellos trajeron: la salud, yo creo que fue muy importante.

En la propia vivencia biográfica de algunas funcionarias mapuche, el vínculo es profundo y cercano con la ex misión anglicana Makewe, y actual Hospital Makewe:

...Yo viví 17 años y medios aquí, en la Misión. Tenía 12, 13 años y venía invitada por las misioneras, me iban a buscar a la casa. Si yo hace poco que me casé, y todavía no me puedo acostumbrar bien, ahí donde vivo ahora. Ahí yo nací y me crié, pero estuve más tiempo aquí.

Recuerda María Rayen riéndose:

Si me traían a comer aquí, yo venía a pasarlo bien. Me invitaban, como eran misioneras, a participar en los cursos, en los estudios bíblicos. Claro, si yo era anglicana –dice, soltando una carcajada– ahora ya no...

Luego, continúa el relato de su vivencia en las dependencias de la Misión:

En ese tiempo dejaban todo bajo llave. Aquí le decían “el convento” porque todas las mujeres solteras teníamos que estar encerraditas, y hasta cierta hora podíamos estar afuera. Si no, ellas nos salían a buscar no más.

Aun cuando María Rayen toma distancia de su anterior adscripción religiosa, ella valora el intercambio en una relación de fuerte paternalismo, que sin embargo aprecia como contribución monetaria y formativa:

Hubo una gringuita que se hizo cargo de mí, me vestía y me mandaba plata, me ayudó mucho a mí...me ayudó a formarme como persona...me mandaba libras esterlinas...entonces yo tenía harta plata.

Enfrentada en el diálogo, a su propio proceso de construcción identitaria, María Rayen vuelve a contar su historia, en un intento de no traicionar sus orígenes indígenas, a partir del argumento originario:

Es que yo nací mapuche, eso lo llevo en la sangre. Y eso aunque sea anglicana –dice riéndose– voy a seguir siendo mapuche. Eso está más que claro, jamás voy a renunciar a ser mapuche. Tendría que renunciar a mis antepasados... si son tan lindos, no puedo.

Luego relativiza su relato, desde una perspectiva más culturalista, en una relación de lealtad hacia el origen:

Yo digo que mis raíces, mi pueblo está muy dentro de mí, mis costumbres, mis creencias porque ellos fueron los primeros en enseñarme que había un Dios, que yo tenía que ser obediente, me enseñaron lo bueno, las bases. Mis segundas bases fueron este apoyo...ellos me enseñaron lo mismo, pero con la Biblia no más.

María Rayen continúa objetivando su proceso de construcción identitaria, desde la valoración de su cultura indígena, con un relato en el que la “gringuita” pasa a ser “esta persona”:

Yo me crié más con mi abuelita porque mi mamá trabajaba... y esta persona llegó cuando yo era grande y me enseñó lo mismo que me enseñó mi abuelita y mi mamá. ¿Qué me pudieron haber enseñado algo bueno... un chileno?

Y argumenta problematizando las sutilezas de la relación con este otro “benefactor/opresor/usurpador”, que asoció en momentos con las misioneras anglicanas y, en otros momentos con los chilenos.

A mí nunca me dijeron que yo no tenía que ser mapuche... bueno, más adelante cuando venía a la iglesia, creo que alguna vez ahí lo escuché. Pero uno sabe que es así, que ellos no me van a entender porque no saben mi idioma. Al orar yo igual oraba y lo hacía en mapuzungun, entonces yo no veía el cambio, no había ningún cambio. Me enseñaron a dar gracias antes de comer, pero sí cuando mi abuela sacaba los porotos (frijoles) de la huerta, siempre daba gracias a Dios, y entonces nosotros recién podíamos comer, pero primero era el yeyipun.¹⁰

Desde la perspectiva de la construcción de identidad de género femenina, María Rayen se posiciona en un lugar diferente al tradicional, aunque tiende a valorar el modelo anterior evitando evidenciar con demasiada fuerza la traición con los fundamentos de su cultura originaria. Relata entonces:

Yo soy una mapuche moderna, porque ya sé que si no quiero tener más hijos, me pongo un tratamiento y listo. Y antes, si no lo conocían...ahora la cosa era diferente...como todo, la civilización y todo eso. Pero a mí no me gusta esa cuestión del método ahora...pienso que igual

¹⁰ Rogativa mapuche.

uno está como acriminando la guagüita. Antes la mujer tenía ocho, 10 niños, era poco...era más sano, era natural. Ahora es moderno, pero se está como acriminando una vida.

Luego remite a la construcción identitaria femenina desde la apariencia e imagen de la mujer en lugares públicos:

No había mujer que no usara chamal, porque la mujer mapuche siempre se cubrió, buscando andar bien tapada. Ahora nosotras, andamos...no dejamos nada para la imaginación...Pero antes no, de pelo largo, con colores alegres, pero la mujer mapuche siempre fue oculta...si usaba vestido tenía que ser más largo que la rodilla. Ahora, al destape no más...

El propio director del hospital, que ingresó al establecimiento como jardinero y anglicano, traduce desde su perspectiva el fenómeno, integrando ambos códigos:



Figura 1. *Mujeres mapuche en carretela tirada por bueyes, regresando de la cosecha de trigo.*
Cortesía de Programa Orígenes Chile.

Muchos mapuches de la comunidad, y yo mismo, soy de religión anglicana...van al templo y se purifican al estar en contacto con Dios en ese espacio. Luego puede ir a su comunidad y estar con Ngenechen¹¹ y sentirse mapuche, y en armonía con su creencia. Alguna vez quise ser pastor, pero luego canalicé mi vocación siendo dirigente de la Asociación para asumir la dirección del Hospital.

Este proceso de transformación, traducción y reapropiación es vivenciado por diferentes funcionarios mapuche del Hospital como un proceso de aprendizaje, en el que se ha perdido primero la vergüenza para vencer el miedo a mostrarse como mapuche, como lo narra Katriel:

El cambio ha sido bastante grande en el sentido en que nosotros, los que somos mapuche, poder reconocernos como tal. En lo personal para mí era muy difícil, y en mi caso me falta mucho por aprender. La mayoría de las personas que trabajan aquí ya no se avergüenzan de saludar en mapuzungun... pero creo que ganarse los espacios es una cuestión a largo plazo.

El cambio se evidencia como proceso de transformación en el que se establecen nuevas relaciones sociales de poder en el interior del propio establecimiento, que les permite irse empoderando como agentes de cambio, como lo describe Katriel, funcionario del hospital, desde su experiencia personal:

Al principio me costó mucho aceptarlo, como unos seis meses, incluso tanto así que la Asociación Indígena, dirigida por un mapuche, iba a ser mi patrón, fue bastante fuerte. Pero fue más que nada que siempre mi patrón fue anglicano, siempre le debíamos reverencia a ellos; nosotros no nos sentíamos mapuche. Entonces una vez entre la Asociación, ellos nos dicen: somos mapuche y tenemos habilidades, y hay que desarrollarlas...

Este es un proceso que el dirigente de la asociación describe en términos comunitarios, individuales y familiares:

Nosotros, la comunidad se reúne y empezamos a pensar. En toda sociedad debe existir un orden para que el sistema funcione como tal. En conversaciones con las machis y los lonko¹² llegamos a reafirmar que somos mapuche. Se está reconociendo la autoridad y el respeto que se le debe a cada una de estas figuras en la cultura mapuche, que se había perdido. Eso permite sanar a cada una de esas personas en primer lugar, porque se les reconoce lo que son, que es la importancia del reconocimiento social, y luego ayuda a sanar a su familia.

¹¹ El Creador en la cultura mapuche.

¹² Autoridad tradicional mapuche.

SIGNIFICACIONES SOBRE LA SALUD/ENFERMEDAD Y LA PRÁCTICA COMPLEMENTARIA EN SALUD

Con respecto al conocimiento y concepción de la salud indígena, funcionarios mapuche y chilenos destacan como elementos centrales del conocimiento tradicional mapuche en salud: su carácter holístico, su concepción dialéctica entre opuestos complementarios (significados ya sea como fuerzas antagónicas de la naturaleza, ya sea como valores morales del bien y mal), asociando el término “salud” básicamente a la noción de “equilibrio”.

Coherentemente con su pertenencia cultural, los funcionarios mapuche tienden a apropiarse de los postulados del conocimiento tradicional en salud como una explicación válida de la realidad y del proceso de salud/enfermedad, mientras los funcionarios chilenos no mapuche tienden a asociar la interpretación de la salud indígena con supersticiones y creencias, lo que sustenta importantes prejuicios valorativos hacia la población mapuche que atienden.

Entre los pacientes que acuden al hospital, independientemente de su origen cultural, pero que son habitantes del territorio ancestral mapuche de Makewe Pelale, se observa una importante presencia de prácticas medicinales caseras, no siempre abiertas al espacio público. Los relatos de pacientes y funcionarios del hospital expresan además la vigencia del conocimiento casero en su transmisión familiar que tiende a manifestarse de una generación a otra, como lo han evidenciado numerosas investigaciones con población mapuche en la región de La Araucanía.

Si bien, el uso de las hierbas medicinales es muy popular entre los pacientes del sector, con un importante conocimiento de sus propiedades terapéuticas a nivel casero, para los funcionarios no mapuche del establecimiento de salud, la masificación del uso de la herbolaria local tiene importantes riesgos asociados, en la medida en que no se siguen condiciones de higiene y de asepsia que aseguren la eficacia terapéutica principalmente del uso de ungüentos, lo que tiende a deslegitimar su uso tradicional.

Con respecto a la explicación de las enfermedades, pacientes y funcionarios de ambos orígenes culturales coinciden en la descripción de enfermedades asociadas con el conocimiento popular chileno, tales como: el mal de ojo y el empacho, ante los cuales se expresan diferentes procedimientos terapéuticos validados en la experiencia. Al respecto, en los relatos de pacientes y funcionarios mapuche y no mapuche, llama la atención la hibridación de fuentes culturales respecto a la denominación de las enfermedades y la terapéutica descrita, provenientes del discurso médico occidental, de la cultura tradicional mapuche y lo que se ha tendido a denominar medicina popular chilena (Álvarez *et al.*, 2002; Citarella *et al.*, 1995). Este proceso de

hibridación se observa en el relato de Julio y Carmen, padres de un niño mapuche atendido en el Hospital:

Se me enfermó, le dio conjuntivitis, le supuraban los ojos, le dio fiebre, después como diarrea... lo llevé a médico, me daban antibióticos... y no se le quitaba. Después se le empezó a cerrar un ojito... Dicen que cuando se le empieza a cerrar un ojito, es un ojo que le han hecho. Entonces lo llevé donde una señora de edad que era de acá del sur también, que sacaba el mal de ojo... Me dijo que estaba bastante ojeado, porque ya estaba como pasado y le costó a ella sacarlo. Tuvo que hacerlo tres veces... queman ají en un bracero... le van echando cosas y pasan la guagua por ahí. Le hace oraciones, pide los nombres de los papás, el nombre de la mujer que fue la que me afectó y ella echa ese espíritu, lo frota al niño con yerbas, le dice "tú eres inteligente, eres hijo de Juan, de Mercedes, tú no tienes nada que ver con tal persona". Es una oración que se hace en mapuche... y lo frota, es una oración que hace... Y se sanó porque se le pasó la diarrea, se le pasó todo.

Entre los pacientes mapuche coexisten relatos que expresan diferentes explicaciones con respecto al origen de ciertas enfermedades clasificadas como producto de una interacción negativa con otras personas. En algunos casos, se tiende a atribuir la dolencia a un origen divino, y en otros casos se tiende a reafirmar la existencia de enfermedades originadas por una mala intención ejercida por otras personas. Así lo refieren, en el primer caso, Marta, mapuche, paciente del Hospital, y en el segundo caso, María Rayen, funcionaria mapuche:

Yo soy católica, soy creyente, bien creyente y yo lo dejo todo a la mano de Dios. Si a mí me pasa algo, alguna desgracia, es porque Dios lo quiso así. Pero no creo que sea por acción de otras personas, por envidia o por maldad. Es porque Dios así lo quiso.

Creo en todas las cosas que yo he vivido y he visto, porque a mi mami le dieron hechicería, un mal, que es lo mismo, y ella salió a buscar remedio para tomar, ella misma se hacía su... se auto medicaba... salíamos a buscar las dos, y ella me mostraba lo que botaba por la boca, lo vomitaba, ella botaba pelos, cosas bien horrendas, pero harto. Le dieron dos veces mal, ella estuvo tres años sin poder caminar... y nosotros, todos chicos. Era la única manera que ella podía vivir, y si no botaba eso su estómago estaba tan mal, tan lleno con esa cosa que...

Así, en coherencia con la concepción mapuche tradicional, la etiología del mal de ojo es descrita por pacientes y funcionarios mapuche, por envidia o por llamar demasiado la atención de extraños, lo que se resuelve recurriendo a un sanador mapuche. Carmen y Julio, matrimonio de chilena con mapuche, narran la dolencia que afectó a su hijo mayor y la sanación "entrando a *machi*":

Y hay enfermedades que son para *machi*. Este (el niño), de guaguüita lo trajimos de allá de Santiago... con *machi*... él tenía cuatro meses. Nos llevó la suegra porque ella entendía la lengua

mapuche. Y al niño le hizo bien. Porque él tenía un *konvn*...es un problema que, como que entra el espíritu de otra persona en el vientre de uno cuando está esperando la *güägüa*.

Estaba trabajando en Santiago cuando quedé embarazada del niño...y había una que era hijo del patrón de la industria, que tenía un problema de mente, de la cabeza, y cuando supo que yo estaba embarazada me tomó como un odio. Me miraba tan feo, y me empezó a perseguir...me miraba cuando yo llegaba, cuando iba al baño, y siempre estaba pendiente de mí...Pero ella no podía tener hijos, por su problema que tenía, entonces fue como al saber que yo estaba embarazada, fue como una envidia que le dio.

Cuando el niño nació, él se le caía su cuello. Tenía cuatro meses y él no afirmaba su cuello, se le caía. Y tenía el ojito como más bajo, y la carita también así como...que lo llevé al neurólogo y me dijo que el niño tenía parálisis facial, porque se le caía el ojo y se le caía la quijada, que tenía que hacerle un electroencefalograma, también era bastante caro en ese tiempo, entonces yo no se los hice.

Y Julio, el padre del niño, fundamenta la detección del problema y su sanación, basándose en la etiología mapuche de la enfermedad:

Cuando se piensa que es *konvn*, la guagua hace lo mismo que estaba haciendo...lo que se miró...y es como un espíritu así que entra, y la guagua lo toma y después hace lo mismo.

Al niño se le caía su cara, miraba mal, tenía problemas...cuando me di bien cuenta yo, es cuando movía los ojitos así... y esta niña era así...entonces fue un *konvn*...Yo vine primero a hablar con mi mamá y ahí le hicieron los trabajos, le dieron más remedios para frotarlo todo eso, y para tomar. Y ahí gastamos plata (dinero) hasta más que en médico particular. Después se le afirmó el cuello, estaba bien de su cara, eso se le quitó. El niño estaba bien.

Uno de los aspectos más complejos y polémicos del conocimiento tradicional mapuche en salud es lo relativo a la práctica y saber del *machi* de la comunidad, tanto para los funcionarios no mapuche, como para los pacientes y funcionarios mapuche. En general, se reconoce la importancia cultural que posee este agente tradicional en salud y su especificidad en poder abordar ciertas enfermedades que otros saberes médicos no distinguen como tales.

Entre los pacientes que han recurrido a *machi* para atender sus dolencias, se tiende a reconocer su eficacia diagnóstica, mientras que una de las limitaciones de la eficacia terapéutica del tratamiento radica en el tiempo en que la persona ha padecido de una determinada enfermedad ocasionada por un mal, desechando generalmente la *machi* la posibilidad de intervenir. Así, Rosa, mujer mapuche, narra como es que a pesar de obtener un diagnóstico acertado de la dolencia de su madre por parte de la *machi*, ésta misma descarta la posibilidad de ayudarla a sanar:

Si hay un mal, ese mal se dice que es un mal. Pero si no se saca a tiempo, ya no le va a hacer nada la *machi*, haga lo que haga. Si esto viene de muchos años atrás, es muy difícil para sa-

carlo, ya no tiene nada más que hacer. No se saca el mal así como así...el mal tiene que estar a tiempo para sacarlo.

Yo fui a ver *machi* por ella. Había hablado su idioma, y después lo tradujo, dio a entender...Y dijo que tenía un enfermedad de muchos años, que ya arrastraba de joven...entonces no quería hacer nada por ella. No le iba a dar remedio, un poquito que le iba a dar, pero para qué la iba a hacer gastar plata. Eso sí, me dijo todo le que ella sentía...su malestar en las piernas...su decaimiento, sin apetito, su estómago que estaba malo y ella todo lo eliminaba, lo que comía, lo eliminaba. No retenía nada, nada de alimento...y eso es verdad..."



Figura 2. Rostro de anciana mapuche y mujer adulta con trapelakuche (platería tradicional de uso ritual). Cortesía de Programa Orígenes, Chile.

No obstante, algunos pacientes y funcionarios de ambas culturas manifiestan su reserva o su clara reticencia a consultar *machi* para atender sus problemas de salud, y una oposición a los procesos de facilitación de la existencia de nuevas *machi* en las comunidades. Ramón relata al respecto su elección personal, aun cuando asume su papel de derivación al sistema tradicional como funcionario del hospital:

No, no iría a machi. Uno, porque no creo en ese tipo de sanidad, y porque no comparto los valores culturales tampoco; no están dentro de mi eficacia (simbólica). Yo soy de la cultura occidental; sé que hay occidentales que van... yo he atendido el teléfono acá de repente, y me preguntan: '¿Dónde vive tal machi?', porque mi señora tiene cáncer y piensa que la machi la va a mejorar'. Bueno, le digo dónde vive la machi no más porque es una cosa de confianza, ¿cómo la iba a convencer?, si ha creído en la machi toda la vida...

Hay algo sobrenatural que la llama a ser machi, pero no estoy de acuerdo con eso que la llama a ser machi, con ese poder sobrenatural. He escuchado algunas machis cómo llega a ser machi, y no es por sentirse un estatus, porque es una persona que es un sacrificio tremendo el que tiene que hacer. Es todo un peso cultural el que tiene que asumir [...] es como si alguien la diera ese mismo poder. Ahora, no se qué tanta reversa tenga eso... (posibilidad de revertirse) qué solución, cómo sacar eso... Si la persona no quiere ser machi, no quiere aceptar eso, cómo solucionarlo me encargaría buscar... hay que buscar en otro lado, a lo mejor para que no sea machi...

Esta tendencia a rechazar la legitimidad de la machi como agente terapéutico tiende a fundamentarse en una creencia fuertemente arraigada que asocia el origen de la capacidad sanadora de la machi con fuerzas negativas (o malignas) presentes en la naturaleza, y a una tendencia a dicotomizar la realidad desde una perspectiva fuertemente moralizante, entre el bien y el mal, desde la cual se descalifica la acción sanadora de la machi.

La demanda de atención, por parte de la población mapuche, en el Consultorio del Hospital Makewe Pelale, se expresa en consultas por morbilidad, a nivel de atención primaria, las que son derivadas al nivel secundario, en caso de ser necesario, al Hospital Regional de la ciudad de Temuco.

La consulta por enfermedades de etiología mapuche, ha disminuido significativamente con respecto a los primeros años de instalación del modelo complementario, la que se canaliza actualmente en forma directa hacia los sanadores tradicionales, o se conversa en forma reservada con los funcionarios que tienen mayor conocimiento tradicional mapuche en salud. En efecto, la recepción entre los funcionarios no mapuche a la consulta de enfermedades por etiología mapuche es disímil, ya que la actitud de este estamento funcionario al respecto, no constituye un grupo homogéneo. Ramón, funcionario chileno, describe el proceso, que en parte puede atribuirse a la recuperación de identidad étnica que se ha producido en la comunidad, a través de un importante proceso de discusión y de educación popular, dirigido por el establecimiento:

Hubo un tiempo en que la gente lo planteó. Fue el año 1999, como que la gente se sintió más abierta... Ahora la gente va directamente donde la machi... tiene tal problema y fue directamente donde la machi. Ellos me dicen: 'Fui donde la machi, me sentí mejor'.

Los últimos dos años, como que no se plantea (las enfermedades mapuche). Y si se plantea, se lo dicen al médico Sánchez (más cercano culturalmente a la explicación mapuche de la enfermedad) cuando él ya lo empieza a preguntar. O simplemente la gente sabe que él trata muchos temas de la cultura, por eso van donde él. Pero yo creo que al Dr. Pavéz tampoco se lo plantean.

El papel del paciente en la explicación de la enfermedad es significado como un agente activo, que tiene conocimientos válidos sobre la salud, saberes que son relevantes. Estos últimos denotan la importancia de la explicación que el paciente atribuye a la enfermedad como parte del proceso de recuperación de la salud, lo que se evidencia mayormente en el caso de enfermedades afectivas, cuando el paciente logra explicarse y dar sentido a su dolencia en el marco de su experiencia vital.

Los pacientes conocen el proceso de salud/enfermedad y valida su etiología con base en el modelo biomédico, a través de explicaciones de enfermedades de etiología genética y nerviosa. Coexisten opiniones disímiles a la opinión médica, principalmente con respecto al tratamiento ofrecido para las enfermedades infecciosas.

Las principales limitaciones percibidas en la atención en salud, desde el modelo biomédico, tienen que ver con enfermedades que llevan mucho tiempo, con los efectos secundarios de algunos fármacos utilizados y con su ineficacia al abordar patologías ligadas con el dolor del alma. En su relato, Rosa se refiere a esta ineficacia ante el dolor del alma, o lo que denomina “enfermedad natural”, cuando habla de la depresión de su madre, aunque sin asumir la distinción natural/sobrenatural del modelo biomédico:

Nunca fue capaz de conversarlo, ni de desahogarse porque las enfermedades se van alimentando de eso... esa es la enfermedad natural, el sufrimiento que la persona guarda dentro de uno. Entonces si la persona no es capaz de sacarlo afuera, no va a poder mejorarse. Yo creo que la confianza está en la propia familia, en los hijos para lograr el descanso del alma... Y eso muchas veces sale mejor que un medicamento, porque si usted va a ir al médico, le va a decir: “¿Qué siente?”, y no es capaz de decirle lo que siente, el médico la va a dar un medicamento para curarle lo que... no tiene nada adentro, y va a tomar un remedio. En cambio ahí tiene escondido el mal, hasta las “machis” dicen: “tiene un mal”, el mal natural de la persona, el dolor que siente dentro.

Sin embargo, la explicación con respecto al tratamiento recibido tiende a ser disímil entre la opinión médica y la del paciente, lo que se expresa en la eficacia simbólica atribuida a la forma de administración del fármaco, por parte de los pacientes mapuche. Situación en parte asociada con el efecto que los pacientes atribuyen al procedimiento terapéutico y en parte con el uso indiscriminado de antibióticos inyectables que fortalecen la percepción de eficacia de este procedimiento.

Una de las principales críticas percibidas hacia la concepción biomédica en salud, (que obstaculiza la puesta en práctica de la complementariedad) es su poca capacidad para coexistir con otros conocimientos médicos, debido a la amenaza que significa para el poder médico, necesario para lograr eficacia simbólica con el tratamiento.

Por otra parte, la complementariedad de prácticas en salud se fundamenta en diferentes argumentaciones: las limitaciones de los remedios naturales, la desconfianza en la medicina tradicional mapuche, y la posibilidad de libre elección por parte del paciente de acuerdo con sus creencias. Este último argumento se reafirma tanto en los relatos de pacientes y de funcionarios mapuche, como por parte de la propuesta oficial de complementariedad.

El proceso de gestión del modelo complementario en salud es descrito en dos etapas caracterizadas por un periodo inicial de gran actividad, y luego un segundo periodo de mayor declive en la motivación de los funcionarios del establecimiento.

Uno de los aspectos críticos en la sustentabilidad de la práctica complementaria radica en el ejercicio de los funcionarios de salud del establecimiento, en tanto se denota un doble estándar entre profesionales y paramédicos, así como una apropiación y compromiso diferencial con el proyecto, en función de la pertenencia étnica de los funcionarios y de su identificación con la cultura mapuche (todos no mapuche, salvo un profesional de media jornada) y paramédicos (mayoritariamente mapuche), en una apropiación y compromiso diferencial con el proyecto en función de la pertenencia étnica de los funcionarios.

Otro aspecto crítico del análisis de la experiencia de complementariedad se observa en la desarmonía entre la propuesta oficial y la de funcionarios no mapuche. Oficialmente¹³ se destaca la incorporación de la calidad de la atención en salud, lo que para los funcionarios no mapuche se torna más relevante y prioritario que la complementariedad con el conocimiento tradicional mapuche y el fortalecimiento de este último.

Hay una gran diferencia entre los (dos) médicos del hospital: uno más que nada, es el punto de vista, como médico de la antropología médica. Ese es su fuerte, su gran referente es ese, no es la parte clínica. En cambio el otro médico está más preocupado, ha tenido que asumir la

¹³ Al referirnos a la “propuesta oficial” de la práctica complementaria del hospital, se incluyen opiniones colectivas e individuales de los sujetos que participaron del proceso de gestación del proyecto. En ese sentido, las opiniones de Francisco Chureo y del doctor Jaime Ibacache son las que apoyan el texto de la “propuesta oficial” aquí citada, pudiendo incluir también aportes del doctor Miguel Ángel Solar, director del Servicio de Salud Araucanía Sur, cuando se inicia el proceso. Sin embargo, en las citas se tiende a mantener la autoría de la Asociación Mapuche para la Salud, para mantener el espíritu colectivista que inspira la propuesta en salud complementaria.

parte clínica, hace hartos procedimientos de cirugía menor [...] Veo que el otro médico está más con las *machis*, se visita con las *machis*; el otro no. Creo que la gente ve que nosotros... no estamos por ese lado (de las *machis*), la gente lo siente.

Para los funcionarios mapuche, en cambio, recuperar y fortalecer la identidad tradicional constituye un aspecto central de la complementariedad de las medicinas y de la calidad de la atención en salud con población indígena:

Ninguno de los profesionales que existen acá en Makewe, ninguno es mapuche. Por lo tanto para ellos, les va a ser fácil acomodarse a otro lugar. Ellos vienen de Temuco acá a Makewe, y por el hecho de estar en sector mapuche, ellos se van a meter a este grupo. Pero si el día de mañana, salen y se van a una parte occidental, no van a tener ningún problema en volver y desconocer todo lo que pasó acá. Esa es mi impresión. En mi caso, va a ser muy difícil desconocer lo que yo soy en este grupo, porque si yo voy al Hospital Regional (en la ciudad de Temuco, cabecera municipal) tengo la obligación moral de reconocer lo que sigo siendo. Si me encuentro con una abuelita, una *papay* hospitalizada, de hecho tengo que saludarla en mapuzungun.

Es decir, el conflicto radica en que se pone el énfasis en la mejoría de la atención, o en el fortalecimiento del conocimiento tradicional mapuche como parte del concepto de calidad en la atención.

LA PRÁCTICA COMPLEMENTARIA EN SALUD COMO PRÁCTICA SOCIAL Y DISCURSIVA

Es ampliamente aceptada como premisa sobre la cual se apoya la complementariedad en salud la idea de que ningún sistema médico es capaz de satisfacer por sí sólo todas las demandas de salud que presenta una población pluriétnica. Esta premisa implica para la práctica ejecutada por cada sistema médico (en este caso occidental y tradicional mapuche) una relación de necesidad hacia el otro sistema médico, al que complementa, para dar cuenta de la sanación del ser humano como un proceso complejo.

Ahora bien, si se considera la dimensión intersubjetiva de la construcción de la enfermedad a partir de la noción de eficacia simbólica asociada con las prácticas terapéuticas, se vuelve relevante el análisis riguroso del entramado de significados construido sobre la salud y la enfermedad en un contexto socio histórico determinado. Como lo indican Laplantine y Rabeyron (1987), así como el involucramiento por parte de los diferentes sujetos en la red simbólica de la curación, es necesaria para el funcionamiento de la magia, del mismo modo es necesaria para que pueda

funcionar la medicina occidental científica, o cualquier medicina alternativa a la oficial.

Se trata de un entramado simbólico complejo, construido principalmente a partir de las representaciones que circulan sobre la salud y la enfermedad, representaciones comunes o no, al sanador y al sanado. De hecho, la “racionalidad” o el “misterio” inherentes tanto a las prácticas como a sus teorías, brindan sin duda efectos muy diferentes según los pacientes.

Se trata de un entramado simbólico complejo en el que la práctica sanadora es legitimada en la palabra.

(Ce réseau) inclut aussi le nom et les titres des protagonistes, leur réseau social (parfois commun), la réputation du praticien, etc., mais enfin et surtout (car pouvant contenir tout le reste) les mots (signifiants) qui seront à la disposition du malade et du médecin, du guérisseur ou du chaman. Signifiants pour dire la souffrance, son mal et son malheur d'un côté, signifiants pour recevoir et transformer ce qui ne pouvait, jusqu'à l'encontre, être symbolisé (et/ou imaginé) de l'autre côté (Laplantine y Rabeyron, 1987: 111).

Abordar la práctica complementaria en salud desde esta perspectiva socio-constructivista crítica (Bruner, 1998; Ibáñez, 1996) permite reconocer que existen condicionantes socio-históricas que determinan y construyen el contexto de relaciones sociales del Hospital Makewe en las que compiten o cooperan las prácticas y saberes asociados, por un lado, con la tradición biomédica occidental y, por otro lado con el conocimiento tradicional mapuche en salud. Así, colaboran o se enfrentan: la vigencia de la tradición mapuche originaria del territorio, la fuerte evangelización y occidentalización de la salud, favorecida por la mejoría al acceso a los servicios sanitarios y la fuerte tendencia hegemónica del sistema nacional de consumo de bienes materiales y culturales, principalmente a través de la escuela, los medios de comunicación de masas y los proyectos sociales de desarrollo.

Las prácticas y saberes ligados a tradiciones de conocimiento en salud diferenciales serían entonces formas de ver y percibir una misma realidad, realizando distinciones particulares que se denominan “enfermedad” y “salud”, de acuerdo con cada óptica. Así, cuando los pacientes del Hospital Makewe distinguen y señalan que “hay enfermedades que son para *machi*” y “cosas que el doctor no puede ver”, se puede sostener que se trata de los mismos procesos humanos complejos que son categorizados desde diferentes marcos referenciales, con el mismo grado de legitimidad terapéutica, donde se relevan diferentes aspectos de la realidad que se significan, como tales, a través del lenguaje.



Figura 3. *Mapuche tocando kùltrun (portador del microcosmos simbólico de la cultura), vistiendo trarilonko y makuñ.*

La construcción social de la enfermedad (de la realidad, como lo dicen Berger y Luckmann, 1987) que se entreteje y vehicula colectivamente en el lenguaje en el espacio sociocultural de Makewe, requiere de una matriz cultural, simbólica y de valores de tradición mapuche enriquecida y densificada en sus múltiples significados para poder fortalecer el proceso de diálogo y complementariedad entre prácticas terapéuticas de manera más equitativa en términos de relaciones de poder. Dicho de otro modo, en el marco de la propuesta en salud en la que el Hospital Makewe ofrece atención médica occidental (y en ese sentido establece un circuito simbólico propio de la racionalidad científica) es necesario para reforzar la posibilidad de una “práctica complementaria en salud”, fortalecer los elementos identitarios y la conciencia étnica de las comunidades mapuche en términos del entramado simbólico; esto es su conocimiento tradicional, su idioma, sus significantes, que permitan una práctica sanadora legitimada en la palabra.

CONCLUSIONES

Retomando una de las premisas de la práctica complementaria del Hospital Makewe, la discusión sobre el alcance y las posibilidades de complementar prácticas y saberes médicos de diverso origen cultural, tiende a generarse sobre la base de una asunción fundamental, que es: la limitación de uno u otro sistema médico para atender las demandas de salud de la población, particularmente si ésta es de carácter pluricultural. Lo que significa que tanto el modelo biomédico occidental, como el conocimiento tradicional mapuche en salud presentarían como unidades

la necesidad de complementarse (o completarse) con otro(s) sistema(s) médico(s) para poder resolver las necesidades de salud de la población.

Al respecto, en el caso del Hospital Makewe se observa, por una parte, que la relación de complementariedad es significada como una relación que se instala desde el modelo biomédico “hacia” otros modelos alternativos, en este caso la medicina mapuche tradicional. Visto así, es el conocimiento tradicional mapuche en salud que proveería de prácticas y saberes situados en la comunidad para “completar” la atención en salud que brinda el Hospital desde la lógica biomédica. En este sentido, una primera acepción de la complementariedad significaría ubicar a la medicina tradicional mapuche como complemento de la salud brindada por el Servicio de Salud Araucanía Sur.

Al respecto, parece necesario destacar el carácter histórico de la presencia los conocimientos relativos a la salud en el territorio ancestral mapuche, donde de manera relativamente reciente y contemporánea la medicina biomédica científica se instala “complementando de un modo hegemónico” las prácticas y conocimiento tradicional mapuche en salud para la atención de una población muy homogénea en términos étnicos (más del 90% de los habitantes del sector son mapuche).

El acceso a los servicios de salud estatal ha sido sin duda un logro para las demandas y necesidades de salud de la población mapuche. Sin embargo, el lugar histórico de Primeras Prácticas y Conocimiento en Salud lo ocuparía la medicina tradicional mapuche, si se considera una óptica histórica que trascienda los últimos 200 años. Visto así, se trataría entonces de un proceso de reestablecimiento de una relación de equilibrio entre modelos médicos, que en primer lugar tienda a recuperar el conocimiento y práctica de la medicina étnica, originaria, para posibilitar un ejercicio complementario entre ambos, en vez de una relación de aculturación en salud.

Se observa además en el contexto estudiado del Hospital Makewe, que un argumento importante que sustenta la experiencia complementaria en salud, es la oportunidad de “libre elección” que brinda al usuario con respecto al sistema y modalidad terapéutica con la cual desea ser tratado. Desde esta óptica, una segunda acepción de la complementariedad es la posibilidad de entregar alternativas en salud, de acuerdo con las necesidades y preferencias del usuario, argumento central en la actual propuesta neoliberalizadora en salud desde el Estado chileno.

Al respecto, destaca la necesidad de una propuesta que permita, para analizar las posibilidades reales de elección informada y consciente que posee cada familia mapuche del sector Makewe sobre las diferentes alternativas en salud. En este caso, el desprestigio del que han sido objeto el conocimiento y la práctica tradicional mapuche en salud, principalmente la *machi* y sus rituales terapéuticos,

se evidencia como un obstáculo al ejercicio de la voluntad de los pacientes. Como lo indica Hernández,

...la marginación [...] del pueblo mapuche se basa en discriminaciones generales [...] y específicas, por pertenecer a una etnia y cultura diferente: por responder a una historia distinta, se les perjudica con un tipo particular de marginación, que es la intolerancia y discriminación basada exclusivamente en su distinción identitaria como pueblo. Ante esta descalificación permanente de sus pautas de conducta, de sus creencias, de las expresiones de su propio lenguaje, el discriminado puede tender a asumir con naturalidad los adjetivos descalificadores que tradicionalmente la han atribuido y tiende a desvalorizarse a sí mismo y a su propia cultura (Hernández, 2003: 267).

De este modo, una propuesta de complementariedad en salud asumida desde las instituciones chilenas de salud requiere de la revitalización de la identidad étnica y cultural del pueblo mapuche, contribuyendo, como en el caso del Hospital Makewe, a la apertura de espacios propicios para el desarrollo de las organizaciones étnicas autónomas, como actores sociales protagonistas de su propio desarrollo, así como de estrategias de acción tendientes a disminuir el prejuicio étnico y la discriminación cultural. El intento de “integrar en igualdad de condiciones” a pueblos “asimétricos”, sólo equipara formalmente entidades étnicas diferenciadas y antagónicas, lo que transforma en ilusión engañosa la posibilidad de “elegir” sistemas de salud como sujeto consciente de su condición étnica y social.

Considerando la dimensión clínica implicada en la discusión sobre complementariedad en la salud, a partir de los relatos expresados por pacientes y funcionarios del Hospital Makewe, se destaca la implicación de los usuarios en salud en el circuito simbólico que sustenta el uso de determinadas prácticas, sean éstas tradicionales o biomédicas.

En efecto, para que ocurra la sanación terapéutica (Laplantine y Rabeyron, 1987) es necesario que se establezca entre paciente y terapeuta una relación simbólica y afectiva que sustente la credibilidad del proceso terapéutico, lo que clásicamente se ha denominado como eficacia simbólica.¹⁴ Desconocer el papel del intercambio simbólico entre el binomio paciente/sanador reduce el acto médico (cualquiera sea su referente paradigmático) a un acto técnico desprovisto de toda dimensión humana, o a la inversa, considerar que solamente operaría el efecto de la eficacia simbólica, cual efecto placebo, en la sanación producto de terapias “no científicas”. Considerarlo en su justa medida, permitiría superar obstáculos paradigmáticos que dificultan la práctica complementaria en salud, reconociendo el conocimiento

¹⁴ Para profundizar sobre la noción clásica de eficacia simbólica tratada por Lévi-Strauss, ver Chapitre X. L'efficacité symbolique. *Anthropologie structurale*, de 1958.

tradicional mapuche en salud, no como un esbozo de pensamiento científico sino como un pensamiento coherente y acabado que representa una forma de conocimiento de la realidad en salud, validado en sus resultados empíricos.

Considerando la dimensión organizacional y de gestión administrativa propia en todo proceso de transformación institucional, cabe destacar la centralidad de los estamentos profesionales, técnicos, administrativos y de servicio que se desempeñan en el hospital. En efecto, a partir del estudio realizado sobre la experiencia del Hospital Makewe, la puesta en práctica de la complementariedad en salud puede entenderse como un proceso de cambio gradual, que requiere de una gestión administrativa que involucre necesariamente a todos los estamentos funcionarios de manera activa y democrática, considerando las tensiones existentes entre el énfasis en la calidad de atención en salud *vs.* el fortalecimiento del conocimiento tradicional mapuche en salud, como diferentes aspectos de la mejoría de la atención en salud desde una perspectiva complementaria; tensión asociada con el carácter étnico y con el estamento en que cada funcionario se desempeña.

Por último, y retomando la hipótesis inicial del estudio sobre la relación compleja entre desarrollo y pluralidad de sistemas de salud, se reafirma a partir del estudio con comunidades mapuche del sector Makewe que el desarrollo involucra construir en paralelo las dimensiones económicas, humanas y culturales. Sobre esta base, la salud ha sido adoptada mundialmente como un indicador de desarrollo, y puede efectivamente establecerse como una medición que arroje información válida, en la medida en que la salud es entendida como un proceso en el que pacientes y sanadores son agentes constructores de sus propios ejes de desarrollo y de sanación, asumiendo responsablemente las interrogantes básicas del mantenimiento de la salud: ¿cómo me cuido?, y ¿cómo me sano?

En el caso de los pueblos originarios, el desarrollo y el cuidado de la salud adquieren además como especificidad el eje de la identidad étnica como una dimensión central para la potenciación del desarrollo. De este modo, la recuperación del conocimiento tradicional en salud podría tener efectos sinérgicos sobre otros aspectos del desarrollo, como el desarrollo productivo y el fortalecimiento de relaciones interétnicas igualitarias, en el caso de este estudio entre la sociedad nacional mayoritaria y el pueblo mapuche.

REFERENCIAS

- ÁLVAREZ, GERARDO, ANDREA ÁLVAREZ Y MARISOL FACUSE
2002 Discurso, cultura y salud. La noción de interculturalidad en salud. *Revista Atenea* 486, II Semestre: 79-89.
- ASOCIACIÓN INDÍGENA PARA LA SALUD *MAKEWE PELALE*
2001 *Un modelo de interculturalidad en salud*. Organización Panamericana de la Salud, Temuco.
- AYLWIN, JOSÉ
2005 [en línea] Los derechos indígenas en Chile bajo la mira de la ONU. Documento de trabajo del Observatorio de Derechos de los Pueblos Indígenas, consultado en julio de 2005: www.mapuexpress.net
- BACIGALUPO, ANA MARÍA
1993 Variación del rol de machi dentro de la cultura mapuche. Tipología geográfica, adaptativa e iniciática, *Nüttram* año IX, núm. 31, Santiago.
- BENGOA, JOSÉ
2000 *La emergencia indígena en América Latina*. Fondo de Cultura Económica, México.
- BERGER, PETER Y THOMAS LUCKMANN
1987 *La construcción social de la realidad*. Amorrortu, Buenos Aires.
- BRUNER, JERÔME
1998 *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. Alianza, Madrid.
- CITARELLA, LUCAS, ANA MARÍA CONEJEROS, BERNARDA ESPINOSA, IVONNE JELVES, ANA MARÍA OYARCE Y ALDO VIDAL
1995 *Medicinas y culturas en La Araucanía*. Sudamericana, Santiago.
- DÍAZ-POLANCO, HÉCTOR Y CONSUELO SÁNCHEZ
2002 *México diverso. El debate por la autonomía*. Siglo XXI Editores, México.

DURÁN, TERESA

- 2000 *El papel del conocimiento en las relaciones interétnicas y en el desarrollo*. Documento de trabajo, Gestión en Desarrollo Rural y Agricultura Sustentable, Centro de Desarrollo Sustentable, Universidad Católica de Temuco, Temuco.

GARRIDO, MANUEL (COMP.)

- 1997 Medicina intercultural indígena. Servicio de Salud Araucanía Sur. *Memoria del primer encuentro nacional salud y pueblos indígenas: hacia una política nacional intercultural en salud*. Organización Panamericana para la Salud, Santiago: 74-76.

GEERTZ, CLIFFORD

- 1973 *La interpretación de las culturas*. Gedisa, Barcelona.

HERNÁNDEZ, ISABEL

- 2003 *Autonomía o ciudadanía incompleta. El pueblo mapuche en Chile y Argentina*. Comisión Económica para América Latina y El Caribe - Pehuén, Santiago.

IBÁÑEZ, TOMÁS

- 1996 *Fluctuaciones conceptuales: en torno a la postmodernidad y la psicología*. Universidad Central de Venezuela, Caracas.

JELVES, IVONNE (COMP.)

- 1997 Sistemas médicos en la novena región: en búsqueda de la complementariedad. Servicio de Salud Araucanía Sur. *Memoria del primer encuentro nacional Salud y Pueblos Indígenas: hacia una política nacional intercultural en salud*, Organización Panamericana para la Salud, Santiago: 69-73.

LAPLANTINE, FRANÇOIS Y PAUL LOUIS RABEYRON

- 1987 *Les médecines parallèles*. Que sais-je?, París.

LAPLANTINE, FRANÇOIS

- 1989 Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie. Denise Jodelet, (ed.) *Les représentations sociales*, Collection Sociologie aujourd'hui, Presses Universitaires de France, París: 277-298.

MARIMAN, JOSÉ

- 2004 La legitimidad vía recurso al pasado. Ponencia presentada en el III Encuentro de Arte y Pensamiento Mapuche, Zapala, marzo 2004 *Periódico mapuche Azkintuwe*, Año 1, agosto-septiembre 2004, Temuco: 9-11.

PEDREROS, MARIO

- 1997 Interculturalidad en salud. Servicio de Salud Araucanía Sur. *Memoria del primer encuentro nacional salud y pueblos indígenas: hacia una política nacional intercultural en salud*, Organización Panamericana para la Salud, Santiago: 40-47.

SERRANO, JAVIER

- 1996 La psicología cultural como psicología crítico-interpretativa. A. J. Gordo López y J. L. Linaza (comps.) *Psicologías, discursos y poder (PDP)*, Visor, Madrid: 93-106.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

ALARCÓN, ANA MARÍA

- 2001 *Development, Health and Pluralistic Health Systems*. Documento de trabajo, Anthropology Department, Connecticut University, Stons.

ÁLVAREZ, ANDREA

- 2005 *Interculturalidad en salud y desarrollo de comunidades mapuche: estudio de caso en Mañewe Pelale*. Tesis para optar al grado de magíster en Desarrollo Rural y Agricultura Sustentable, Universidad Católica de Temuco, Temuco.

IBACACHE, JAIME

- 2000 Ponencia en *Seminario de salud intercultural y políticas públicas*. Ministerio de Planificación y Ministerio de Salud, Santiago, Chile.