

CAPÍTULO V

Estado contemporáneo de la medicina mapunche en tres zonas del territorio mapunche. Un estudio en salud mapunche y medio ambiente

ÍNDICE

I Parte

Presentación.....	1505
Hallazgos iniciales en la ejecución del diseño.....	1505
3.1. En relación al objetivo 1.....	1505
3.1.1 Síntesis de los avances en las lecturas analíticas de los textos especializados acerca de la temática.....	1507
3.1.1.1 Lectura de <i>Medicinas y culturas de la Araucanía</i> (Citarella 1995).....	1507
3.1.1.2 Lectura de <i>Medicina y antropología social</i> (Ackernecht,1985)	1514
3.1.1.3 Lectura de <i>La voz del kultrun en la modernidad</i> , (Bacigalupo, 2000).....	1515
4. En relación a los objetivos 2 y 4.....	1526
4.1. La política nacional y regional de salud y su contextualización. Política de salud intercultural.....	1526
5. En relación al objetivo 3.....	1529
5.1. Medicina popular.....	1529
La medicina en antropología.....	1529
El estudio de la medicina popular en América Latina.....	1529
Definición especializada de medicina popular.....	1532
La medicina popular en Chile.....	1533
“Estudio preliminar de la población consultante al sistema de medicina urbana/conocimientos, creencias y motivaciones”.....	1534
“Aspectos conceptuales de la enfermedad en tres yerbateros”.....	1536
“Medicina popular en contexto mapunche”.....	1536
5.1.1. Establecimientos de iglesias evangélicas en territorio mapunche.....	1537
5.1.2. Los procesos de reconversión religiosa.....	1541
6. En relación al objetivo 5.....	1543
7. En relación al objetivo 6.....	1545
7.1.1. Demandas de salud y medio ambiente en el marco del movimiento mapuche actual.....	1546
7.1.2. Justificación del tema.....	1546
7.1.3. Problematización del contexto.....	1546
8. En relación al objetivo 7.....	1549
9. Aprendizajes a modo de conclusiones.....	1549

ÍNDICE

II Parte

Antecedentes.....	1551
Presentación conceptual y político-cultural del modelo y sistema de salud mapunche.....	1551
Aporte de los participantes mapuche en los talleres.....	1553

I Parte

Presentación

En agosto de 2002 dos representantes de la COTAM (Comisión Autónoma de Trabajo Mapuche) solicitaron al Centro de estudios Socioculturales (CES) ejecutar un estudio sobre salud de los mapuche y su relación el medio ambiente. Argumentaron que se necesitaba un trabajo que demostrara las necesidades y dificultades que hoy día la población enfrenta para resolver sus problemas de salud, derivados estos últimos de la pérdida del bosque nativo -que se asume como fuente de los recursos herbolarios- y el deterioro en general de los espacios ecosistémico-culturales propios del pueblo. Plantearon que el enfoque que el CES ha llevado acabo hasta el momento a ellos les parece confiable, particularmente el que se expresa en el libro *Conocimientos y vivencias de dos familias wenteche sobre la medicina mapuche*, editado por el CES en 1997. Dijeron que la modalidad de trabajo serían reuniones –talleres con COTAM, en las que se elaboraría un plan de trabajo que incluyera la explicitación del enfoque de COTAM para estos estudios y aquellos específicos a cada ámbito considerado, entre los cuales estaba el de salud. Hicieron notar la importancia de asumir este trabajo dado que, además de ser participativo, es decir, que incluye los conocimientos y prácticas de la población mapuche, debía ser orientado a fundamentar las demandas en salud que la población, a través de sus organizaciones, pudiera proponer.

El CES conformó un equipo para abordar esta temática y este desafío de conocimiento iniciando, desde el mes de agosto, un trabajo interno para definir y caracterizar el enfoque del mejor modo posible. Incluyó de sus personales aquellos más involucrados en el tema de la salud y que, además, dispusieran de capacidades especiales, disciplinarias y/o de trabajo de terreno, que fueran indispensables de considerar para lograr la meta.

En el marco de este proceso se inserta el presente informe, organizado en tres tópicos principales:

- Hallazgos iniciales en la ejecución del diseño
- Diseño de investigación.
- Cumplimiento inicial de los objetivos.
- Conclusiones iniciales.

A continuación se presenta cada uno de estos tópicos en su proceso preliminar como corresponde a un primer informe de avance.

Hallazgos iniciales en la ejecución del diseño

3.1. En relación al objetivo 1

Estos avances están referidos al logro del objetivo 1 del diseño 2, el que se refiere a:

- Conocer y evaluar el estado contemporáneo de la medicina mapuche en tres zonas geocológicas del territorio mapuche (*pewenche*, *wenteche* y *bafkehche*), considerando criterios sociales y culturales normativos propios.

Para abordar este objetivo, el equipo ha definido dos acercamientos de carácter empírico, a través de un instrumento etnográfico que deberá aplicarse a los agentes especializados de la medicina mapuche, y a través del análisis de la bibliografía especializada .

Se parte del supuesto de que el sistema médico mapunche, que reflejado en el concepto de *bawehtuwün*, exige presentar del modo más auténtico posible el pensamiento *mapunche*, con una intervención mínima de parte de la disciplina. Se espera, por ejemplo, usar el concepto de 'sistema' para identificar los niveles de complejidad del conocimiento, de las normas y de las prácticas, sin perder de vista las soluciones que los individuos crean y/o encuentran para resolver sus problemas de salud, si bien priorizando el conocimiento que le otorga las bases al sistema. No obstante lo anterior, estamos conscientes de que la medicina mapuche propiamente tal debe incluir un acercamiento a los modelos culturales desde la perspectiva antropológica, pero desde la mapuche debe referirse a la dimensión socio-religiosa fundante del sistema y que opera, por lo menos en algunos de los territorios mapuche, en el campo de la vida ceremonial. Desde esta perspectiva y asumiendo un aporte teórico crítico desde la antropología, se está transformando la temática propuesta por COTAM en un acercamiento que intenta legitimidad tanto en el marco disciplinario como en el cultural, superando zonas de roces y límites no siempre consideradas en los estudios conocidos, en las demandas reivindicativas de los mapuche y desde luego en las actuales políticas de salud y medio ambiente implementadas por el Estado actualmente.

Los avances que el equipo ha hecho en relación a este objetivo son básicamente de carácter exploratorio y se expresan en actividades de lectura, ordenamiento y análisis de tres textos emblemáticos para el tratamiento del tema, a saber:

- *Medicinas y culturas en La Araucanía* (Citarella et al, 1995),
- *Medicina y antropología social* (Ackernecht, 1985), y
- *La voz del kultrun en la modernidad* (Bacigalupo, 2000).

Mientras el primer texto representa el conocimiento especializado más reconocido como tal en la última década en torno al tema de la medicina mapuche, el segundo introduce la discusión acerca de la naturaleza de las medicinas de los pueblos indígenas respecto de su homólogo, la medicina científica, sentando las bases de la importancia que el estudio de estos sistemas tiene la antropología y, en general, para las ciencias sociales y aplicadas. Bacigalupo, en tanto, examina los procesos de adaptación de las machi en el contexto de relaciones interétnicas desiguales en la Araucanía.

En este informe de avances se presentará una síntesis de estos avances, reconociendo que el proceso cognoscitivo debe avanzar considerando los siguientes materiales, disponibles en el CES:

- Materiales del Diplomado: Clases 'Medicina Mapuche Especializada' y Medicina Mapuche Familiar'.
- Las exposiciones en los Talleres de COTAM de diciembre de 2002 y enero y marzo de 2003 para el ordenamiento textual desde del pensamiento mapuche.

En cuanto al conocimiento empírico de primera fuente que requiere incluir este capítulo, este proviene y provendrá de:

- La participación del equipo en las reuniones y talleres de trabajo y discusión organizados y realizados por la COTAM y recientemente por el equipo de Derecho mapuche.

Los principales Talleres en que hemos podido participar son los siguientes:

- Taller de Carahue, Noviembre de 2002 (hay registro)
- Taller de Mehuin, Noviembre de 2002 (hay registro)
- Taller de San José de la Mariquina, Diciembre de 2002 (hay registro)
- Taller de Imperial, Enero de 2003 (falta registro)
- Taller de Lonquimay, Enero de 2003 (falta registro)

- Talleres de Temuco (organizado por el equipo de Derecho Mapuche), Marzo de 2003 (hay registro).

3.1.1. Síntesis de los avances en las lecturas analíticas de textos especializados acerca de la temática

3.1.1.1. Lectura de Medicinas y Culturas en la Araucanía (Citarella et al, 1995)

El equipo le solicitó explícitamente al miembro mapuche del mismo que elaborara un análisis y comentario acerca del texto más actualizado conocido de medicina mapuche. A continuación se exponen esquemáticamente los principales hallazgos de este análisis.

Resumen del Capítulo III

En primer lugar, señalar que el texto es una revisión de publicaciones con relación a la “medicina mapuche” obtenidas principalmente de las crónicas, cubre el período comprendido entre el S. XVII y principios del S. XX. Su objetivo es establecer elementos que sirvan de base para la investigación.

A continuación el siguiente cuadro muestra las categorías expuesta en el texto, luego las dimensiones e indicadores referidos a la categorías referida y una descripción y comentarios, lo último forma parte de la lectura realizada.

Categoría	Dimensiones e Indicadores	Descripción y comentarios
<p>Modelo Médico: "... se entiende como los conceptos, valores, ideas y creencias relacionadas con la salud y enfermedad..." (Pág. 62)</p>	<p>Ámbito religioso: "creencia mapuche en espíritus sobrenaturales temidos y respetados" Pillan: ... deidad mapuche, ingerencia en la vida... habita en los cerros y volcanes... Alhue ... (diablo) Meru (pájaro de Chile), pájaro agorero, anuncia la muerte. Meulen Chonchon: pájaro agorero</p>	<p>Es necesario señalar en esta parte, la precisión y los alcances que tiene los conceptos expuesto. En el mismo sentido, es una visión externa, porque no da cuenta de la visión mapunche acerca de estos conceptos. En el caso del Pillan, no se sabe en que aspecto de la vida tiene ingerencia y tampoco el tipo de ingerencia, por otra parte, no se sabe, si la idea de pillan corresponde a un aspecto propio de toda la sociedad mapunche o bien corresponde, a algunos contextos territoriales específicos. Alhue, se dice que es el diablo. Esto es muy limitado, no permite comprender cuales son las dimensiones que abarca el concepto. Por información, que se maneja el alwe, corresponde a una parte, de la persona que al morir, debe ir junto, ya que el alwe podría desprenderse del cuerpo y de ahí que, la persona debe permanecer acompañada en el periodo del "velorio". Lo mismo ocurre con los demás conceptos.</p>
	<p>Enfermedad: "para los mapuches las enfermedades son atribuidas a terceros, que se valían de diversas prácticas para causar daño a personas con quienes mantenían relaciones conflictivas" (Pág. 63)</p>	<p>Aquí está solo la visión externa acerca de las causas de la enfermedad, por lo demás, tampoco se dice cuál es el concepto de enfermedad.</p>
	<p>Causas de las enfermedades; "... la contaminación y el contagio pero de tipo mágico como es el caso del llamado 'mal del parto'".</p>	<p>Aquí si bien hay un intento por decir las causas de la enfermedad, éste se inscribe en el concepto del "contagio de tipo mágico", lo que no permite comprender, primero que se considera mágico y lo segundo si esto corresponde a la visión mapunche.</p>
	<p>Kalku: (brujo), "traducido al castellano como hechicero... según L. De Valdivia." Huecufetun: producida por la acción del huecuve.</p>	<p>No aparece claro, en que enfermedad el kalku tiene incidencia, que es lo que provoca; si es a nivel personal o colectivo, por ejemplo la familia.</p>
	<p>Ibunché: "criados por los brujos en sus cuevas, le sirven en sus hechicerías o encantos" Guecubo: "espíritu que por mandato arrojaría flechas que inflingen el mal a las personas" Anchimalguen: Deidad tutelar, 'anunciaba lo bueno y lo malo'. Fuñapue: veneno</p>	<p>Aquí solo se puede señalar la visión propia de la época de parte de los cronistas; no obstante, hoy día estos conceptos existen, pero la descripción señalada no corresponde, por lo que es necesario averiguar y testificar con las personas en el contexto de los lof mapu.</p>

	<p>Huecuve alhue: espíritus cautivos. Meulen: Torbellino Anchimallen: Mujer del sol Cherufe: IMÁGENES FANTÁSTICAS: Colo colo: (especie de basilisco) Ngutuvilú: zorro culebra Chiquevilú: llamado manta o cuero...</p>	<p>Nuevamente señalar que la descripción de los conceptos no posibilita la comprensión, si bien algunos contienen la dimensión “etimológica”, no dan cuenta en tanto conceptos que tienen dimensiones. Por ejemplo, la traducción de “mujer del sol” podría corresponder al de “anchinallen”, pero no da cuenta de lo que es en esencia el “anchimallen”, luego no sabemos a qué contexto territorial corresponde. Por último, falta saber qué relación tiene éste con la vida de los mapuche, sobre la salud y/o la enfermedad.</p>
<p>Agentes Médicos: “actores relacionados con la vida mágica religiosa y de salud del pueblo mapuche...” (Pág. 66).</p>	<p>La existencia de dos tipos de agentes de salud: Una, los hechiceros o Machi: Dos; curanderos empíricos: con amplios conocimientos herbolarios y experiencia en el manejo de enfermedades atribuibles a causas naturales... denominado por Molina como Ampive. Boquibuye: encargado del ritual mágico religioso, ejerce la función de ‘magos’.</p>	<p>Aquí el concepto de “agente” es impuesto para significar, quienes participan – al parecer– en el tratamiento de la enfermedad. Por otra parte, si bien se diferencian, no aparecen todos los que participan en ello. La categoría “ritual mágico”, es al parecer una aproximación para señalar acerca de los tratamientos que los enfermos reciben en un momento dado y que tiene que ver con que una “persona” que posee conocimiento para ello lo ejerce, en este caso se habla del boquibuye (“fokifoye), este último, es necesario constatarlo en el contexto del lof.</p>
	<p><u>Según Salas</u>: existen tres tipos de agentes... Machi: “cuyo cometido era el trato con los espíritus; más adelante se define como el “sacerdote”... Gutarfe: que se ocupaba en las operaciones quirúrgicas; Ampive: los herbolarios...” (Pág. 69)</p>	<p>La visión de Salas no es muy distinta a la de los cronistas, por cuanto, no da cuenta de la dimensión de los conceptos referidos a los agentes. Lo de gutarfe, al parecer corresponde a “gütamfe” o bien se trata de otro “agente”.</p>
	<p>Lligua dungul o dungulve: que habla, hablador, función que ejercía tanto hombres como mujeres. Inaimahue: proporciona información sobre robos y enfermedades. Peumantufe: adivinos a través de los sueños y magia simpática... Cupólave: Mágico anatómico, este extrae la hiel del hígado. Pelotén: quien profetizaba el futuro o adivina sobre los hechos pasados, por medio de visiones o sueños provocados por narcóticos... “(Pág. 70). Rantuvove: consultado sobre las causas de la muerte imputadas a la hechicería.</p>	<p>Aquí aparecen una aproximación a los conceptos a través de la descripción. Es destacable la diversidad de conceptos expuesto; sin embargo, es necesario averiguar en el contexto del lof para ver su existencia y su vigencia.</p>

Prácticas terapéuticas: "ámbito integrado por materias médicas, drogas, hierbas o procedimientos tales como la adivinación, la cirugía y la acupuntura" (Pág. 73).	Hierbas, arbustos y árboles: (hojas, flores, cortezas o raíces). Similares y/o iguales a la que existen en España. Solo lo que existen en la zona mapuche	Es destacable la cantidad de especies registradas y que están contenidas en el capítulo, lo cual es posible averiguar y contrastar en el lof. Es necesario precaver el uso de éstos según los contextos, por cuanto este no aparece en el texto. En el texto no aparece la relación entre enfermedad, parte de la especie que se utiliza y su preparación...
	Prácticas terapéuticas: vista como mágico-empíricas. Sahumerios de hierbas, invocaciones al pillan, danzas y bailes rituales, toques de kultrun u otros instrumentos musicales, estados de éxtasis y sueños; todos como prácticas mágicas que permitían o favorecían el cuidado y la recuperación del enfermo" (Pág. 80). Machitun: constituía el procedimiento central de acciones tanto diagnósticas como terapéuticas...	Se habla de prácticas terapéuticas; sin embargo, sólo se habla -de modo reiterativo- de machitun, no se distinguen las forma que en ella existe, tampoco se logra comprender la relación entre el tipo de enfermedad y el tratamiento del o de la machi. Queda muy implícito la intención de comprender el machitun, pero no se describe qué es y en qué consiste.

Comentarios Generales

En este capítulo, no aparece de modo explícito ni en forma precisa acerca de cual es la "medicina mapunche", esto es, cuáles son sus elementos de límites para decir que corresponde a tal categoría. Del mismo modo, lo que aparece son comentarios generales que serían base para las investigaciones. En este sentido, tiene importancia y lo que evidencia el texto, por una parte, es la existencia de conocimientos con relación a algunos elementos culturales mapunche que dan cuenta acerca de la "medicina", no obstante, esto aparece de modo muy general; por otra parte, si bien aparecen conocimientos acerca de elementos de la medicina, está cargada de la visión propia de la época, o más bien la visión propia de los cronistas acerca de los mapunche, y por consiguiente, busca, aparentemente la constante comparación entre aquello que es referente, para una sociedad y para otra, es decir, cuanto de lo mapunche se aproxima a lo occidental. Por último, el capítulo deja en evidencia ciertos conocimientos que es necesario averiguar, dado que aparecen conceptos que al parecer tiene hoy día vigencia.

Finalmente, cabe señalar aunque repetida, pero necesaria que esto corresponde a una visión externa, de manera que no da cuenta desde lo mapunche, esta es al parecer la tarea, comprender y buscar los conceptos que están desde el *mapunche kimün* y que en ella están las categorías propias de lo que sería la "Medicina mapunche".

En relación al **Capítulo V**, se advierte

Categoría	Dimensiones e Indicadores	Descripción y comentarios
	<p>Relación de los hombres con lo divino y sobrenatural y esta relación es de carácter fundacional se estructura en torno a la noción de la reciprocidad El sentido de la vida del mapuche se afianza en la relación con las divinidades que han donado su lengua (mapudungun), su forma de vida y las leyes que lo rigen (ad mapu). La reciprocidad, representa un elemento ordenador y normativo y también en el plano de la vida social y económica del grupo.</p>	<p>- Sobre la envidia y transgresión está definida desde lo occidental, en el sentido de asumir conceptos en el cual no existe relación y/o acercamientos con conceptos en mapuzugun, es decir, se asume que existe envidia, pero no aparece su correspondencia en mapuzngun. Así, lo que dice en mapuzngun no corresponde en la lógica de lo mapunche respecto de cómo se usa la lengua.</p>
	<p>Cosmología mapuche guarda relación con la categorización del mundo. Unidades conformados por polos opuestos. La naturaleza y los hombres existen en la dualidad y a la vez la contienen. (aparece la idea: wenu mapu, miñche mapu; puel mapu, <u>lafken</u> mapu, kuse-füme fücha; antü, küyen, los vientos del bien y del mal. Salud y enfermedad son en sí una dualidad, pareja de opuesto complementario (bien y mal), señala que es modelo etiológico. La Salud konalen representa el equilibrio biológico, amenazado por kuxan. Weküfü, no se define con claridad, solo se dice que es un espíritu maligno que puede corporizarse en fenómenos de la naturaleza. Los hacedores del y del bien en la comunidad son la machi (chaman) y el brujo, ambos pueden officiar en el plano contrario.</p>	<p>Si bien existe coherencia en la primera parte, existen conceptos, palabras del mapuzugun que están siendo incluido de un modo, al parecer, para buscar su correspondencia en castellano. Por ejemplo, la expresión konalen en mapuzugun, indica que es atrevido y expresa la juventud de la persona. Sin embargo éste se usa para señalar de aquel que no está enfermo.</p>
	<p>Fuñapue Kalku y machi Günechen Kuxan Relación ngillatun y machi Reciprocidad se funda en la relación con lo divino Normas con respecto al orden natural, no pasar por donde está el mal. Machi y longko se ubican en el mismo plano</p>	<p>Se homologa, <i>kalku</i> con <i>machi</i> lo que en la práctica son absolutamente diferente.</p>
	<p>Clasificación de los sueños: vinculados al mal a la posibilidad de enfermar a la muerte a la curación a la lucha contra el mal a la experiencia hospitalaria</p>	

En relación al **Capítulo VI**, “Etnoclasificaciones de la enfermedad”. Páginas 129 – 195.

Categoría	Dimensiones e Indicadores	Descripción y comentarios
<p>Origen, diagnóstico de las enfermedades Perspectivas que la gente tiene de la enfermedad (antropológica). Formas actuales de clasificación</p>	<p>La enfermedad se ocasiona por la intervención humana de los entes de la naturaleza, manifestada por kuxan. Mapuche kuxan – wigka kuxan, ambos diferenciados por su origen en relación al modelo mapuche y no mapuche, y porque la terapéutica corresponde a uno u otro modelo. Diversidad de apego a la cultura Mapuche kuxan en: a) re kuxan, b) wenu kuxan, c) weza kuxan. Estos últimos serían por kalku, y weküfütun Punto de vista sintomatológico: a) parte del cuero afectada: logko kuxan, piwke kuxan, püxa kuxan, furi kuxan; b) intensidad de los síntomas: püchi kuxan, fütä kuxan; c) duración: kuyfi kuxan, lef kuxan.</p>	<p>- - Cómo se entiende el weza kuxan - Ñochi kuxan</p>
<p>Causas</p>	<p>Por la exposición prolongados a factores climáticos. Alin O Are Kuxan antü Kuxan atreg Kuxan Chafo Fonwa Üna Namun Kelü Nge Güfwüllen Püra Mojfüñ Püñmu</p> <p>Enfermedades ocasionadas por la ingestión de alimentos fríos, calientes, verdes, crudos, grasos... Kürüf kuxan Kaychü kuxan Kaychü mojfüñ Ugkañman</p> <p>Enfermedades ocasionadas por esfuerzo físico excesivo. ajfeñ koñiwe kuxan kaxifün wilgozi küwü</p>	

	Por contagio sexual chizma pixu tupu	En esta parte se agrega jazken e ijkun, este se relaciona más con el piwke kuxan, los piwke kuxa tiene el sentido más de jazkün, y no la enfermedad en sí al corazón como aparece en la clasificación.
Técnicas de diagnóstico.	Pewtun Wijentun Zache fe Malüchefe Lawenchefe Gütamchefe	
Weza kuxan enfermedades mágico-religiosas	Weza kuxan Wenu mapu kuxan (machi kuxan, castigo kuxan y konün.	
Agentes etiológicos	kalku weküfü	

3.1.1.2. Lectura de *Medicina y antropología social* (Ackernecht, 1985)

Se trata de un texto especializado de parte de un historiador de la medicina cuya obra se reedita por parte de un catedrático de la misma especialidad asentado en la Universidad de Santander en 1985.

En términos generales, este texto puede adscribirse a lo que se denomina una “etnología médica”. En este texto el autor tiene como principal intención clarificar la naturaleza de la medicina primitiva, objetivo que cumple al caracterizarla y contrastarla con la medicina moderna o científica. Tomando en cuenta este antecedente, podría decirse que el texto ubica a las medicinas “en tanto sistemas culturales y médicos particulares” en un marco delimitado desde los parámetros de la ciencia clásica cuyo aporte principal, en este caso, es sentar aquellos rasgos generalizantes “que conciernen a su naturaleza humana”.

En esta perspectiva, el autor intenta dialogar con los conceptos y la base empírica que define y caracteriza la medicina científica, pero por otro lado también considera “la suspicacia del Tercer Mundo”, tratando de sentar los límites conceptuales y fenoménicos que abarcaría el concepto de “medicina primitiva”.

En términos de criterios nomotéticos que, a nuestro juicio, actúan como referentes teóricos para delimitar el objeto, los siguientes son los que aporta el autor, en el marco de la hipótesis de que la medicina primitiva no es medicina moderna embrionaria y, por tanto, debe estudiársela en sí misma (16).

En esta perspectiva, el autor demuestra las representaciones que construye en torno al fenómeno, primeramente abordando su carácter mágico. Al respecto es destacable su visión para reconocer que la enfermedad y la medicina, en este contexto, son funciones de la cultura y que, además, este tipo de medicina tendría fundamentos psicológicos que exigirían un tratamiento más integral y no meramente biológico como en el caso de la medicina moderna.

En esta misma perspectiva, el autor reconoce la necesidad de considerar los aspectos históricos asociados al desenvolvimiento del fenómeno sociocultural de la medicina primitiva, ligados a su vez a la historia misma de los pueblos que la cultivan. Al respecto este autor, moviéndose en la teoría particularista de la cultura (Boas) reconoce que existen variedades de tipos de medicina primitiva según los pueblos y sus historias (20) y en un afán generalizador propio de la escuela de pensamiento a la que adscribe sienta las bases de un lenguaje comparativo entre distintos tipos de medicina primitiva respecto de los consiguientes complejos culturales (cheyenes y otros).

Caracteriza también la medicina primitiva el papel social que cumple en la sociedad en que se cultiva, considerando tanto el funcionamiento del sistema, como las concepciones diferenciadas de enfermedad que se cultivan al interior de la sociedad y el estudio pionero que presenta acerca de los agentes, a quienes denomina, por una parte, “hombres – medicina” y, por otra, específicamente shamanes (57).

Este texto reeditado incluye aportes respecto de las etapas iniciales de la psiquiatría transcultural.

Aportes del texto

Considerando los comentarios anteriores, estimamos que este texto, inspirado en la escuela antropológica particularista y nomotética, establece las bases conceptuales y empíricas para demostrar la existencia de una medicina asociada a sociedades que, en este caso, entran en la categoría de no – occidentales. En este sentido, podría decirse que este texto valida y legitima, en este plano, a este tipo particular de medicinas, otorgando las bases científicas para su estudio sistemático y diferenciador respecto de la medicina occidental o científica. No obstante lo anterior, no compartimos con el autor la nomenclatura usada que, aunque es fundamentada por él en su carácter estrictamente descriptivo afirmando que no es peyorativa, hasta el presente ha sido incapaz de superar tal connotación, particularmente en el Tercer Mundo.

3.1.1.3. Lectura de *La voz del kultrun en la modernidad* (Bacigalupo, 2000)

En general, el libro de Bacigalupo explora en las formas y tipos actuales de reproducción y adaptación del quehacer médico de la *machi* al interior de las comunidades mapuche de la Araucanía consignando rasgos etnográficos del modelo mapuche de la enfermedad y su tratamiento por parte de la *machi* y advirtiendo la existencia de un contexto de contacto interétnico de impacto negativo para la población mapuche, sobre todo en escenarios urbanos o relativamente cercanos a centros urbanos. Entre los rasgos etnográficos generales que la autora identifica y presenta, podemos señalar los siguientes: elementos de cosmovisión mapuche; la figura de la *machi* y sus características—rol, símbolos, instrumentos, tipos de llamamiento, etc.; conceptos mapuche de enfermedad y definición de prácticas terapéuticas y rituales de la *machi*, entre otros.

Una de las tesis centrales del libro —que a nosotros nos interesa examinar— puede resumirse del siguiente modo: las *machi* han debido adaptar sus prácticas médicas a las exigencias del mundo mapuche contemporáneo —que Bacigalupo entiende ante todo como un mundo cultural fragmentado en el que no pareciera que fuese necesario identificar tradiciones culturales particulares, pues se asume que todo está mezclado con todo y lo que importa es la “funcionalidad” de la práctica, la creencia o el ritual— el que impone sendos problemas de salud al mapuche que se expone a las fuerzas de ese mundo pensando que tendrá cabida en él. Tales problemas de salud se expresan, a juicio de la autora, en lo que ella denomina la “enajenación mapuche”. Respecto de esta enajenación es que la *machi* debe usar sus conocimientos, respecto de la cual sus prácticas deben redireccionarse. Aquellas *machi* que logran satisfactoria y adecuadamente enfrentar el problema de la enajenación mapuche son las *machi* que se han adaptado con éxito a las exigencias del mundo en la modernidad.

Desde el punto de vista del modelo de investigación, la autora se mueve en un esquema clásico de investigación etnológica —aun cuando esté preocupada de problemas de dinámica— basado en el estudio de un ámbito de la experiencia sin establecer las articulaciones con el resto de dimensiones y niveles de la realidad, sobre todo con aquellos concernientes a la realidad contemporánea, tales como los vínculos problemáticos que tiene la medicina y la salud con el uso del medio ambiente y los recursos naturales, las políticas nacionales dirigidas a los indígenas (en todo orden de cosas), así como los impactos de estas mismas en el proceso de continuidad y cambio social, cultural, político y económico ya sea a nivel intraétnico o bien interétnico, entre otros aspectos.

En lo particular, la primera parte del libro está escrita en un lenguaje social y académico—antropológico monocultural, tanto en términos del enfoque y de la terminología utilizado como en cuanto a las traducciones de conceptos mapuche ligados a las concepciones y prácticas médicas de la *machi*. Bacigalupo parte de supuestos teóricos que, por una parte, centralizan el lugar de los individuos a través de la actualización de experiencias simbólicas y, por otra, otorgan importancia a los significados culturales de “eventos sociales y psicológicos interpretados en un contexto social específico y... destacar la importancia de las concepciones etnopsicológicas como la base de la formulación de la vida social” (Bacigalupo, 2000: 13). No obstante, se puede decir que en esta primera parte la autora establece su interpretación sobre una base normativista sin mucha sustancia o relación con los actores, lo que se advierte en expresiones como “imágenes normativas consensuales”, “versión consensual de la cosmovisión”, “lógica básica”, “visión tradicional”, “lógica consensual tradicional mapuche” (pp. 13, 42, 46), lo que a nuestro juicio resulta contrario a lo postulado desde el enfoque teórico—metodológico centrado en el actor.

No obstante este insustancialismo, la segunda parte del libro constituye un cuadro etnográfico centrado desde el sujeto *machi* y sus vivencias en el tiempo y el espacio, dejando entrever el manejo de la autora en cuanto al desarrollo metodológico de un modelo de investigación biográfica y etnopsicológica. De todas formas, no se logra dar cuenta claramente de las relaciones complejas en que están insertas las vidas de las/los *machi* en tanto estos actúan no sólo como especialistas en su materia sino que están conectados a redes y estructuras sociales y culturales más amplias, en las que están implicados otros actores incluyendo, por cierto, a los mismos antropólogos y demás estudiosos de la

sociedad y la cultura mapuche. Además de esto, debemos insistir en el hecho de que, en general, la autora tiende a generalizar sin presentar la evidencia necesaria para hacerlo; deja de lado o pareciera no trabajar con aspectos tan relevantes como la contextualización de las prácticas y los conocimientos de las/los *machi* con que la autora se vincula para hacer su trabajo, la relativización de los marcos de referencia de la misma respecto de los otros marcos o la traducción etnolingüística.

En el conjunto del libro se aprecia una tendencia a objetivar la realidad sobre la base de los propios conceptos de la autora. Por ejemplo, “los mapuche poseen lo que Barric (1984) llama un sistema de pensamiento mágico–religioso que tiene el propósito de “buscar las causas de las cosas” (42); o la *machi* es una “curandera” o “sacerdotisa del *gijatun*”; o su misma referencia explícita a las *machi*, a sabiendas que también existen los *machi*...

En términos de los contenidos del texto, los primeros dos capítulos se refieren al mundo de representaciones y de rasgos etnográficos que giran en torno a la cosmovisión y que conforman la figura de la *machi*. La autora distingue, por ejemplo, el rol chamánico o de curandera de las *machi*, la simbología asociada a su rol, su relación con la hechicería / brujería, los tipos de llamados de *machi*, las características de las *machi* según los tipos de llamamiento y las congregaciones de *machi*. Una interrogante interesante que pude derivar del análisis del capítulo 2 (“Las *machi*, representaciones actuales”) tiene que ver con la relación entre el prestigio de la *machi*, es decir, su estimación social, con criterios como la edad en que son investidas o el tipo de llamado. De acuerdo a nuestras conversaciones como equipo y a la luz de algunos relatos de personas mapuche de comunidades donde ha dejado de reproducirse la institución de la *machi* como es la zona *pewenche* de *Ikalma*, la legitimidad social de la *machi* al interior del grupo no depende sólo de sus características simbólicas sino de cuan significativos puedan llegar a ser tales características para los propios actores no especialistas

En el capítulo 3 sobre “Enfermedad y sanación: tradición, adaptación y cambio” y, particularmente, en el apartado acerca de “El concepto mapuche de enfermedad”, la autora no emplea el término mapuche de *kuxan* sino que lo traduce entre comilla como “mal” o simplemente como “problema”. Dice Bacigalupo: “(...) la enfermedad y “el mal” son concebidos como fuerzas externas al cuerpo del enfermo y a la sociedad mapuche que se activan cuando los mapuche se vuelven envidiosos o transgreden ciertos normas sociales o rituales que rompen con el ideal cultural de reciprocidad y solidaridad” (43). Grafica el funcionalismo del que está además imbuida la interpretación, como una herencia disciplinaria ciega que ya ocupa un lugar común en la interpretación antropológico-social.

En este contexto, las *machi* aparecen canalizando fuerzas psicológicas en pro de un orden normativo ideal desde una visión que se empeña en entregar una imagen de otro cultural valiéndose para ello de un lenguaje descontextualizante y muy poco cuidadoso capaz de afirmar que las *machi* “exorcizan el mal” y “alejan a los espíritus malignos que vienen “desde fuera”, actividades que la autora entiende como “una verdadera guerra espiritual y simbólica” (43), la que, llevada al mundo secular, la autora asimila a las luchas de los mapuche en contra de sus invasores en el tiempo.

En relación al mismo apartado, se observa un problema lógico de orden básico, a saber, la enfermedad mapuche no es definida como tal sino sólo hasta el apartado “Clasificaciones de *kuxan*”, donde sí define el concepto, el que define históricamente como un concepto derivado del proceso de colonización, refiriéndolo a aquellas “(enfermedades) causadas por elementos existentes dentro del ámbito de este mundo y tratados por la medicina mapuche” (44). En este sentido, la autora distingue entre enfermedades espirituales y sus síntomas clasificados según intensidad, duración y localización – en este sentido, sigue el mismo marco interpretativo que Citarella et al (1995).

Respecto de la intensidad y duración como criterios definidores de las enfermedades, Bacigalupo reitera los mismos usos de categorías ya discutidas con Gabriel Llanquinao, tales como *pichi kuxan* y *fūta kuxan*, o *lefkuxan* y *kuyfi kuxan*, afirmados en el “libro negro”. En cuanto al criterio de localización, este se refiere al lugar donde la dolencia se aloja y/o expresa en el cuerpo (cabeza, pies, estómago, corazón, huesos). Me pregunto si este uso corresponderá al uso habitual que tendría en el marco de una

comunidad viva o si no se tratará, más bien, de la proyección de nuestros propios marcos de referencia cultural.

Respecto de las *re kuxan* o “enfermedades naturales”, Bacigalupo afirma que, durante la conquista, las otras enfermedades “se consideraban como inducidas espiritualmente”, insistiendo en que su tratamiento consistía en el uso de hierbas y “exorcismos”. Respecto de esto último, ¿es que acaso Bacigalupo desconoce el contexto en que tiene lugar su escritura o es que simplemente es presa de una especie de ceguera teórica o de sentido común que le impide situarse en el complejo marco de realidad de la que trata y respecto de la cual al parecer no se hace cargo plenamente?

Durante la colonia, en tanto, se afirma que los mapuche incorporan “una versión simplificada del modelo hipocrático de salud que trajeron los españoles” (45): “los mapuche tomaron la noción de que el calor y el frío eran causantes de enfermedades naturales de los practicantes de la medicina popular” (45).

Según la autora, *re kuxan* se producen, actualmente, por la “ruptura del ser humano con su medio ambiente natural o social”. Siguiendo a Citarella y colegas, Bacigalupo divide las causas de *re kuxan* en alteraciones de temperatura, contagios y excesos de fuerza. Esto –y lo que sigue del libro con relación a este apartado- es algo que, a nuestro juicio, debe chequearse empíricamente: “(...) todas las enfermedades que están relacionadas con el exceso de trabajo, pena, rabia, negligencia de salud, problemas digestivos y nutricionales, el mal funcionamiento del estómago, corazón, pulmón, vesícula, hígado y otros órganos, también son catalogados como naturales” (46). Sin embargo, de acuerdo a lo señalado por Gabriel, debemos recordar que una enfermedad localizada, por ejemplo, en el corazón o en la cabeza no necesariamente deben ser enfermedades naturales.

Bacigalupo afirma que en contadas ocasiones las/los *machi* curan *fūta kuxan*. ¿Será realmente así?, ¿cuál es el espectro de enfermedades que pueden curar las/los *machi*?, ¿de qué depende esta capacidad?, ¿se especializan los/las *machi* en este sentido?

Uno de los postulados básicos de la autora en relación a la situación contemporánea de las/los *machi* y su medicina contiene la idea de que el sistema se continúa reproduciendo debido a la insatisfacción que experimentan los pacientes mapuche y no mapuche dentro del sistema de salud nacional. Así, Bacigalupo llega a afirmar que “las *machi* que viven cerca de las ciudades reciben el excedente de enfermos insatisfechos con los hospitales” (47) y agrega que “el éxito de las *machi*... circundantes a la ciudad se debe principalmente a su habilidad para curar las “enfermedades espirituales”” (48).

Respecto de las “enfermedades espirituales” Bacigalupo -no indica ningún término mapuche o propio- estas serían “provocadas por la acción de un tercero o por el rompimiento de normas sociales y religiosas que provocan el desequilibrio” (49), también se agrega la transgresión del equilibrio natural –dimensiones que, como hemos ido aprendiendo, están ligadas al modelo nativo de salud-enfermedad.

Entre las “enfermedades espirituales” la autora distingue aquellas “provocadas por mal o *weda kutran*” y aquellas *kalkutun* o “mal causado por la acción de *kalku* (hechicero /brujo)” y entre *wekufetun* o enfermedades provocadas por la acción del *wekufe* (48, 49).

Para Bacigalupo el *kalkutun* y *wekufetun* “están relacionados con la cercanía de la ciudad” (49), pues, según ella, “en estas zonas los mapuche experimentan tensión y angustia al encontrarse con las exigencias del sistema cultural chileno” (49).

Respecto de las *wenu mapu kuxan* –otra muestra de una especie de lugar común de la etnografía mapuche- se indica que estas son enfermedades “causadas por la acción de deidades y espíritus mapuche como castigo por incumplimiento ritual” o llamado de *machi*, *gempiñ*, *zugumachife*, “cacique” (49). En este sentido y siguiendo a Oyarce (1985), la autora distingue entre *kastikuxan* y *machi kuxan*, vale decir, entre enfermedades producidas por castigo debido a la transgresión de las normas rituales y

enfermedades ligadas al llamado de *machi* (49). En conjunto, las *wenu kuxan* son consideradas como enfermedades positivas, pues –de nuevo aparece la interpretación funcionalista-, permiten mantener la tradición. Al respecto, nos preguntamos si efectivamente este tipo de enfermedades pueden considerarse positivas, dado que cualquier enfermedad involucra un desequilibrio o desajuste que es necesario restablecer.

Bacigalupo afirma que las enfermedades espirituales se producen a través de tres mecanismos: 1) *perimontun* (o “visiones”); 2) *pewma* (o “sueños”) y, 3) *xafentun* (o “encuentros”) (48), advirtiendo que las enfermedades espirituales se localizan en el estómago y la cabeza (51). En cada caso, señala, la enfermedad se presenta en la forma de culebras, gusanos y sapos.

Bacigalupo afirma que actualmente los mapuche han incorporado a su sistema médico el “mal de ojo” y la “mala suerte” (51, 52). Por lo mismo, afirma B., “no es posible trazar una clara línea divisoria entre la medicina popular chilena y la medicina nativa mapuche” (112). Tal sería el estado de confusión de ambos sistemas que, de acuerdo a la autora, las *machi* se incluyen como practicantes de la medicina popular, siendo la única distinción el que las *machi* “controlan espíritus malignos” (113). Esta afirmación nos parece que no hace justicia a la visión que pueden tener los propios agentes, fundamentalmente mapuche, acerca de sus propias preferencias y adscripciones, las que pueden estar étnicamente orientadas y responder, por tanto, a principios básicos de lealtad étnico-cultural.

En “Roles emergentes de la *machi*”, Bacigalupo aduce que entre las *machi* de la Araucanía se expresan en la actualidad una serie de adaptaciones. Estas adaptaciones estarían orientadas a enfrentar adecuadamente los desafíos que el mundo moderno le impone a las *machi* –sugiere la autora. Los principales desafíos del mundo mapuche moderno están ligados a la “enajenación” de sus miembros. De este modo, Bacigalupo traza una tendencia sociocultural: las *machi* en la modernidad son aquellas que luchan contra las enfermedades derivadas de un proceso de contacto y relaciones interétnicas esencialmente dramáticas para quienes lo viven.

En su tipología de roles de *machi* (apartado 4.1), Bacigalupo registra y describe dos tipos:

- 1) Roles tradicionales o estrictamente convencionales –caracterizados por su desvinculación de las necesidades de los pacientes-. De acuerdo al sistema de hipótesis de Bacigalupo, este rol no se sostiene en las cercanías de a las ciudades y si lo hace es débilmente y sin mucha estimación social.
- 2) Roles emergentes o “que aparentan satisfacer las necesidades vigentes de las personas y pueden incluir varias de las funciones de roles previos” (109). Desde nuestro punto de vista, estos roles pueden entenderse también como roles tradicionalmente orientados por el modelo del *mapun kimün*, para el primer tipo descrito por Bacigalupo, y roles adaptados en los que confluyen y/o coexisten concepciones y prácticas definidas desde más de una tradición.

De todos modos, merece la pena demostrar en la práctica el juicio de Bacigalupo acerca del debilitamiento de la *machi* tradicional en contextos de cercanía a centros urbanos, más aún cuando hemos registrado que en gran parte del territorio *pewenche* la figura de la *machi* si no es desconocida es sólo parte de la memoria.

Dentro de los roles emergentes, Bacigalupo sitúa indistintamente a *machi*, meicas, suerteros y hierbateros (pp 109 – 117). Esta categorización, pensamos nosotros, no es una categorización apropiada o muy feliz, ni antropológica ni culturalmente hablando. Fundamentalmente, sostenemos que donde no ha sido considerado el juicio y la reflexión de los propios actores categorizados no se pueden crear adscripciones o lazos, más aun cuando estos lazos aparezcan vinculando a actores de provenientes de troncos étnico-culturales diferentes aunque externamente similares.

Entre los roles emergentes descubiertos por la autora –aspecto que debe ser empíricamente corroborado tras un mapeo y análisis más o menos sistemático y extensivo de la presencia y características de los especialistas en medicina mapuche de los tres territorios definidos- destaca el rol de hacer magia de amor y de suerte, además de hacer adivinaciones –obviamente, esto es algo que debe ser chequeado y puesto a la evaluación de los propios especialistas y miembros de comunidades. Otro rol emergente identificado es el de “oficiar como sacerdotisa en las ceremonias de *gijatun* (117). Esta última cuestión requiere ser confrontada teniendo en cuenta la hipótesis propuesta por los propios actores mapuche (fundamentalmente los integrantes de la COTAM y otros dirigentes contemporáneos) respecto de la existencia de identidades territoriales asociadas a una variedad indefinida y relativa de criterios diferenciadores, entre ellos el ecológico, el económico y el ceremonial.

En las conclusiones Bacigalupo afirma algo que para nosotros representa tan sólo el inicio del problema. Ella argumenta que actualmente las/los *machi* prosperan en las comunidades cercanas a los centros urbanos debido a que han logrado adaptar sus prácticas y creencias tradicionales “a los problemas que enfrentan los mapuche debido a su enajenación” “porque curan enfermedades espirituales... más frecuentes entre mapuches empobrecidos, desarraigados, desadaptados y ansiosos...” (118). Agrega que “la *pérdida del alma* y la *posesión* (producida por *wekufetun*) son enfermedades *frecuentemente* asociadas con el enajenamiento” (118, las cursivas son nuestras: destacamos los términos empleados y la tendencia a generalizar desde el examen de unos pocos casos). En otras palabras, las enfermedades espirituales estarían en aumento “en las zonas donde el mapuche siente angustia por el rechazo de la sociedad chilena contemporánea” (119).

Otra de las conclusiones de la autora es que mientras mayor sea la especialización de las/los *machi*, menor será la competencia entre ellas/ellos al interior de zonas con alta presencia de estas/estos. Entre las *machi* que se especializan, destacan a juicio de la autora las que practican adivinaciones, magia de amor y suerte y las que hacen venganzas rituales –las que responden a un perfil específico, como ser: haberse iniciado tras o durante una catástrofe haber tenido visiones y “por incorporar muchos elementos de la medicina popular... se les acusa de realizar hechicerías / brujerías” (119, 120).

En cuanto a las prácticas y conocimientos especializados de las/los *machi*, Bacigalupo se refiere a los “mecanismos de intervención” o “métodos de intervención” de espíritus positivos y negativos. Siguiendo de nuevo a Citarella et al (Op. cit.), Bacigalupo identifica, como los principales mecanismos de intervención, los *pewma*, los *perimontun* y los *xafentun*. De acuerdo a lo que señala la autora, podríamos decir que los “mecanismos de intervención” indican la gravedad de la enfermedad así como la intención del causante de la misma y su relación con la víctima, y se relacionan con el grado de compromiso étnico-cultural o con la urgencia del llamado en el caso de la *machi* (52).

En general, vemos que la anterior es una formulación algo ambigua, debido a que puede llevar a entender el fenómeno como parte de la terapéutica como cuando la expresión hace alusión a los medios como la enfermedad es intervenida por el agente u otras veces como un elemento indispensable para la realización del diagnóstico. Dados los requerimientos de la investigación –los que vemos fuertemente ligados a una conciencia más o menos reflexiva acerca de la realidad contemporánea referida a un modelo ideal (el modelo *kuyfi* señalado por Gabriel en un par de oportunidades) históricamente vivenciado y conceptualmente re-actualizado-, pensamos que será mucho más útil centrarnos en las propias distinciones que de estos conceptos sensibles de la realidad hacen los agentes especialistas (*machi*, entre otros). En el fondo, debemos indagar en las diversas conexiones que hacen los actores de los símbolos que usan para ordenar, comprender y hacer inteligible su mundo antes que asociarlos a las categorías conceptuales con que nosotros mismos ordenamos *nuestro* mundo. En este sentido, hemos aprendido que, en el contexto *wenteche*, las/los *machi* y la gente de comunidades mapuche distinguen entre *pewma* y *perimontun* respecto del *xafentun*, el que asocian a una *mapuche kuxan*.

Aun cuando sobre lo anterior se abran algunas inquietudes de conocimiento, nos parece útil inferir que la existencia de un sistema ideológico profundo simbolizado a través del conjunto de términos asociados a la experiencia especializada de las/los *machi* y al continuo (más que binomio) salud-

enfermedad. Nuestra hipótesis es que la presencia o ausencia de algunas categorías etnolingüística y socioculturalmente significativas van a ser indicativo del estado de la medicina *mapunche* contemporánea y su relación con la salud y el medio ambiente.

Al señalar “son el primer síntoma de *machi kutran*”, “su llamado espiritual...”, “mecanismo a través del cual *cacique*, *machi*, *nguenpin*, *dungumachife* y otras personas de la comunidad reciben avisos” (53), la autora confunde más su idea de considerar los *pewma* como “mecanismos de intervención”. Finalmente, no aclara si *pewma* producen enfermedad.

Tras definir y describir cada mecanismo identificado –*pewma*, *perimontun* y *xafentun*–, la autora incorpora un cuarto mecanismo: el *ñiwin* “o extravío temporal” (55). En esta parte, Bacigalupo se refiere al fenómeno que describe en el contexto de “mecanismos de intervención de agentes etiológicos”. El *ñiwin* sería un producto de la acción del *wekufe*; no sabemos si en los otros casos los mecanismos también están asociados a “agentes etiológicos” identificables. En otra parte se asume que hay “enfermedades de *perimontun* provocadas como castigo por violación de un espacio salvaje poseído por un espíritu” (54). En todos y cada uno de los casos se aprecia la siguiente ambigüedad conceptual: a veces los llamados mecanismos de intervención pueden producir la enfermedad, otras ayudar a prevenirlas. Tras vacilar entre ambas definiciones, queda más o menos sentada la idea de que *perimontun*, *pewma*, *xafentun* y *ñiwin* son medios mórbidos usados por deidades y espíritus (podemos decir *newen*, *gen?*) para causar enfermedad (55).

En cuanto a la definición que Bacigalupo da acerca de las enfermedades espirituales más comunes, estas corresponderían a los *kalkutun* o enfermedades “provocadas por la envidia, los celos y la venganza de un tercero” a través de un *kalku* contratado para hacer “el mal”. Esta práctica tiene un impacto normativo al interior de la estructura de reciprocidad y solidaridad mecánica atribuida a las sociedades tradicionales.

De acuerdo a la “concepción tradicional” mapuche de las enfermedades, existe un tipo de *kalkutun* llamado *illeluwun* o “mal por bocado”, “envenenamiento con *funapue*” (56). Otro tipo es el *infitun* o “mal tirado” (57). En estos tipos de enfermedad operan la magia simpática y por contagio. Según Bacigalupo, “varias *machi*... sufrían de este tipo de “mal”” (58). El *kalkutun* se produce también bajo la forma de “*dawuntun*” o mal provocado en espacios habitacionales o productivos. Sería sinónimo de *infitun* o “mal tirado” –el que, a juicio de Bacigalupo, sería un mal muy común entre las *machi*.

Un cuarto tipo de *kalkutun* identificado por la autora es *punon namun* o “mal por raspado” del polvo de la pisada de una persona maldecido luego en el cementerio *renü* (59).

Siguiendo la línea de identificación de las enfermedades espirituales o bien, al interior de éstas, Bacigalupo distingue las *wekufetun* o “enfermedades producidas por *wekufe*” o “espíritu maligno”... “espíritu de persona o de la naturaleza poseído por una *kalku*” (60). Bacigalupo afirma que *wekufetun* son las enfermedades espirituales más peligrosas. Señala que actualmente *wekufetun* tiene connotaciones muy negativas asociadas a la “pérdida del alma y posesión de espíritu maligno” (63). De acuerdo a ella, el *wekufetun* se caracteriza, pues, porque el enfermo “pierde su alma temporalmente” y actúa bajo las intenciones del *wekufe*, las que pueden estar en complicidad con los siguientes *kalku*: *anchimajen*, *wixanalwe*, *alwe wekufe*, *mewlen*, *cherufe*. Siguiendo a Citarella y colegas, Bacigalupo distingue los siguientes *wekufe* autónomos, que no requieren de *kalku* para actuar: *gürü filu* (zorro-culebra), *wayjepen* (oveja deforme), *xilke filu* (cuero acuático), *piwichen* (serpiente alada o pollo negro) (Citarella et al, 1995). Entre estos, ella incluye el *chonchon* o *wajipen* (vaca oveja). Finalmente, Bacigalupo sugiere incluir *wekufe* “neutros” debido a que son objeto de la intencionalidad de terceros o *kalku* (60). Bacigalupo atribuye la intencionalidad de estos *wekufe* a “su asociación con un espacio salvaje, no productivo o como defensores de algún aspecto de la naturaleza” y reitera la misma interpretación de Citarella respecto a que estos *wekufe* son *gen*, “entes defensores del espacio natural... bosques, pantanos y lagos, lagunas y ríos” (61). Sin embargo, agrega, “generalmente actúan bajo mandato de un *kalku*” (62).

Una característica común de los *wekufe* es, según la autora, que se mueven en *pewma*, *xafentun* y *ñiwin* (61), atacando “el cuerpo productivo, social y biológico de la persona “desde dentro” (61).

Un tercer tipo de enfermedades espirituales identificado –y que nos lleva a cierta confusión- se refiere a las *wenu mapu kuxan*, que la autora define y describe explícitamente como “enfermedades espirituales”, las que serían “dolencias producidas por deidades y espíritus mapuche a personas mapuche, formando parte de las llamadas *kastikutran*” (64), debidas fundamentalmente al incumplimiento de normas y tradiciones, agregando que sería una innovación reciente que refleja una moralidad cristiana, un medio de control moral (65). En esta parte, Bacigalupo vuelve a una de sus tesis centrales, afirmando que las enfermedades espirituales como *kalkutun* y *wekufetun* “están directamente relacionadas con la cercanía de la ciudad” (65).

Por último, Bacigalupo ubica como enfermedades espirituales las *machi kuxan* o “enfermedad de la *machi* que refuerza su llamado”. La autora identifica *kisu kuxan* como *machi kuxan* “para presionarla a que asuma su vocación y se convierta en *machi*”. Siguiendo a Grebe (1975), menciona también *perimontun kuxan* como un tipo de *kisu kuxan* (67).

Detrás de la descripción que hace la autora en cuanto al concepto y tipos de enfermedad mapuche, subyace el supuesto de la relación entre pares opuestos o lo que, en general, ha sido caracterizado por los autores que se han ocupado del tema como el modelo de la dualidad complementaria. Este modelo se ve representado, por ejemplo, en la siguiente serie de correlaciones conceptuales: interno/externo => ser social mapuche/ foráneo, ajeno => positivo/negativo => productividad/infertilidad => salud/enfermedad => bienestar/ desgracia => norma/transgresión.

Por otro lado, interesante resulta ser la afirmación de que para los mapuche “el cuerpo social y productivo es conceptualizado como un cuerpo biológico y que el mal se produce al invadir el espacio productivo y biológico mapuche” (58).

La insistencia de Bacigalupo en definir la enfermedad como “mal” quizá tenga un aspecto positivo: mostrar las ataduras socio-morales que la enfermedad tiene al interior de la sociedad mapuche y, por ende, la conexión entre cuerpo bio-psicosocial y moral propia de un sistema cultural que articula e integra dimensiones de la realidad en vez de disgregarlas y tratarlas separadamente, como esferas totalmente autónomas.

En cuanto a las “formas de diagnóstico tradicionales y modernas”, Bacigalupo distingue de partida aquellas históricas respecto de las actuales. Las primeras consistían, a su juicio, en adivinaciones hechas observando la saliva de animales o sus órganos internos (68). Las segundas se conforman a partir de tres formas: 1) *wijentun* (por orina), 2) *pewuntun* (mirando la ropa usada de la persona), y 3) *saahatun* (otro tipo de 2 hecho durante el ritual de sanación) (68). La *machi* también sueña con la dolencia del enfermo. La forma más común es, a juicio de Bacigalupo, diagnosticar por la orina del enfermo. Tal práctica no compromete la experiencia de trance (*kuymín*). Bacigalupo dice que esto último es importante en las cercanías a centros urbanos, donde hay más competencia con otras medicinas (70). De todas estas formas de diagnóstico, Bacigalupo afirma que el *saahatun* es el “más precioso” (72).

Siguiendo a Grebe (Op. cit.), Bacigalupo distingue entre tratamientos o “rituales de curación” aquellos empíricos rituales usados para el tratamiento de enfermedades corrientes, respecto de aquellos profilácticos usados contra enfermedades espirituales y la prevención de enfermedades de la naturaleza.

Bacigalupo destaca dos aspectos –que requieren ser indagados- fundamentales para el tratamiento de la enfermedad: 1) el valor terapéutico, o la eficacia del tratamiento, y 2) la ejecución del ritual de la *machi*. En este sentido, identifica la prestidigitación como “una forma de curación simbólica” (74), como “representación simbólica de un acto de curación tiene eficacia como un acto de magia simpática” (75). En esta parte, la autora insiste en que la autoridad, prestigio y respeto de las “curanderas depende de su habilidad para absorber y neutralizar la ansiedad del individuo y de la comunidad” (75). De este modo,

necesitamos saber si efectivamente siguen operando los principios de la conducta mágica y si estos principios son estimados y valorados de tal modo que eventualmente son actualizados y re-actualizados como principios que explican y hacen inteligibles ciertas conductas y hechos asociados a la salud de las personas. Al mismo tiempo, debemos problematizar en torno a la afirmación de que toda la eficacia de la medicina recae únicamente en la capacidad individual de quien la ejerce o si más bien se trata de un complejo sistema de creencias compartidas profundamente aceptadas como las apropiadas para el manejo y solución del problema.

Respecto de las implicancias que tiene el hecho de que a una *machi* se le muera un paciente durante su tratamiento (76), en el actual marco de relaciones interétnicas, Bacigalupo sólo ve lo que su marco teórico le permite ver, a saber, los efectos que este hecho tendrá en la reputación de la *machi*. Se desconocen, así, las sendas implicancias sociopolíticas y jurídicas que un hecho de esta naturaleza puede acarrear, dado el actual y complejo marco de relaciones interétnicas dominantes.

En este mismo apartado, Bacigalupo se refiere a los *lawen* y lo hace desde un punto de vista fundamentalmente reduccionista. Para ella, si bien los *lawen* tienen propiedades terapéuticas, simbólicas y espirituales, estos son “remedios de hierba”, “hierbas medicinales” (77), cuyo conocimiento se adquiere a través de sueños o por el contacto con *machi* instructoras.

Desde su visión a las plantas medicinales, Bacigalupo advierte cuales son las “plantas más efectivas”. Se refiere al canelo, al maqui y al laurel, a sus propiedades medicinales y simbólicas –el primero “duro”, los restantes “suaves”... (78-79). Sin embargo, la autora no hace ninguna referencia o alusión a la relación estrecha existente entre *lawen* y medio ambiente. No indaga, pues, en la teoría cultural mapuche, ni coloca el uso de *lawen* en su contexto de definición, uso y manipulación contemporáneo por parte de los especialistas tanto mapuche como no mapuche.

Otro de los métodos de curación identificado, el cual corresponde a un método complementario “a cualquier ceremonia de curación” son, de acuerdo a Bacigalupo, los sahumeros o “exorcismos con humo” usados por lo familia para “exorcizar el mal” (79), agregando que estos son adaptaciones “a las necesidades de los *wigka*” (79). Este tipo de afirmaciones requieren a nuestro juicio ser problematizadas con los propios especialistas.

En cuanto a la práctica del *machitun* “o saahatun”, la autora parte señalando que esta este corresponde a una práctica conocida desde el siglo XVII y que “consistía en un exorcismo al mal y frotación del enfermo con hierbas medicinales”. Tras describir un ritual de *machitun* (81), advierte que el mismo procedimiento ritual sigue vigente en su “secuencia y estructura básica” (82), pero se han incorporado “símbolos distintos con significados diversos” como el caballo, cuchillos, armas de fuego “para espantar *wekufe*”. Bacigalupo afirma que el *machitun* “es una verdadera guerra espiritual contra el mal y lo foráneo” (82).

Un aspecto interesante rescatado de esta parte del libro tiene que ver con la dimensión económica ligada al uso de los servicios de las/los *machi*. Además de conocer los rangos de costos que tienen los diversos tratamientos de enfermedades con *machi*, nos parecer imprescindible explorar en las ideas y pensamientos de estos respecto de los cambios experimentados en la economía terapéutica en el tiempo y la identificación y atribución de factores condicionantes de tales cambios. Desde nuestra perspectiva, diríamos que una relación probable en términos de los eventuales cambios y/o continuidades en materia de la economía del ritual de curación debiera considerar el factor del deterioro ambiental, así como el de la coexistencia de variadas ofertas de sistemas de salud.

Una interpretación general que queda abierta relativa a la naturaleza simbólica del *machitun* se refiere a que este, en tanto conducta ritual, correspondería al espacio simbólico en que se expresa y proyecta la concepción mapuche de la existencia, en que tiene lugar el mundo cosmovisional (83-84).

En cuanto al *ulutun*, Bacigalupo afirma que éste se trata de un “ritual de curación simple” (87), pues en él la *machi* no requiere llegar al estado de *küymín* ni necesita de la ayuda del *zugumachife*. Igual que en todas las prácticas presentadas por Bacigalupo, en esta también hay presentes objetos rituales simbólicos que la autora parece nombrar con autoridad. Ella señala que en el *ulutun* se usan hierbas complementarias y de equilibrio “duras y suaves” –recuérdese el principio lógico ya consignado de los opuestos complementario atribuido como principio subyacente al pensamiento mapuche-, se conduce una “curación con rezos” y “peticiones por el enfermo” (88). Sostiene que, para las *machi*, las palabras habladas tienen un poder, “es considerado como un hecho tangible y representativo de una relación, una persona, una realidad, una comunidad, una dolencia” (88). Agrega que los *ulutun* son preferidos a los *machitun* porque son menos costosos –entre 7 y 20 mil pesos, a diferencia, según la autora, de estos últimos cuyo costo ascendería hasta los 90 mil pesos.

En este mismo capítulo, la autora nos habla de los “rituales de curación para *machi*” o *machi purun*. En cuanto a estos se proponen varias objetivaciones, tales como “baile de *machi*” o “remedio de *machi*”, acabando por quedarse con la idea de que este sería una ceremonia de “*machitun* para los espíritus de *machi*” (89) tendiente a “fortalecer a su espíritu o *fileu*” (89).

De acuerdo a Bacigalupo, la ceremonia destinada a curar a la *machi* de su *machi kuxan* y, por lo tanto, iniciarla en su rol, es la ceremonia de *machiluwun*. Este *machiluwun* es, a juicio de la autora, distinto del *geykurewen* –que es entendido como “ceremonia de renovación”- realizada a petición de la *machi* para revitalizar su poder “generalmente cada cuatro años”.

Respecto de cada una de estas prácticas ceremoniales y rituales, Bacigalupo proporciona y resalta interesantes aspectos del simbolismo inherente a las mismas. Destaca, por ejemplo, la funcionalidad de cada elemento de la cultura material y su significado en el éxito ritual: flores de *kopiwe* rojo colgadas de ramas, cuellos de *machi* y animales auxiliares, y al *rewe*; pintura facial de color azul; joyas y ornamentos de plata; pañuelos azules o morados atados a la cabeza (89-90). (Una descripción detallada de las fases y elementos que modelan las ceremonias de iniciación y renovación se encuentra entre las páginas 92 a 94.)

De lo anterior se desprenden algunas interesantes cuestiones relativas, fundamentalmente, a la institución de la *machi*, su constitución, funcionamiento y desenvolvimiento en tanto agente médico que condensa en su persona las creencias profundas de que la cosmovisión está constituida, a saber: la necesidad de alcanzar y mantener legitimidad de la *machi* ¿depende de su “iniciación” (*machi luwun*) y su capacidad de renovar sus fuerzas constantemente (*geykurewen*)?, ¿la práctica del *machi purun* está asociada a una “hermandad” de *machi*? ¿Acrecienta su poder la organización y realización del *machi purun*?

Hasta aquí me parece que el tratamiento dado a la temática induce a pensar que la figura de la *machi* es realmente muy controvertida, aunque culturalmente sensata. A pesar de que no proporciona todos los elementos del caso, podemos afirmar que, sin duda, se trata de un sujeto rodeado de poder (real y simbólico) con capacidad de soportar y combatir la enfermedad, el deterioro o decadencia, la corrupción del cuerpo biológico y social al interior de su sociedad. Será necesario saber las circunstancias, los actores y propósitos que circundan cada uno de los rituales hasta aquí identificados. Saber dónde, cuándo, entre quiénes y para qué se hace tal o cual, así como determinar su vigencia territorial y temporal en cada caso que corresponda.

En el capítulo dedicado a discutir la práctica de las *machi* contemporáneas, titulado “La enajenación mapuche y el rol de la *machi* como curandera”, es donde Bacigalupo vuelca y desarrolla -parcialmente, a nuestro juicio- sus principales hipótesis. Aquí la autora enuncia algunos factores que llevan al mapuche a tal estado de cosas. Entre ellos, menciona la precariedad económica sustentada en la falta de tierras, la migración urbana asociada a expectativas de mejoría de las condiciones económicas, los problemas de adaptación al estilo de vida urbano con una economía capitalista basada en la competencia, una educación formal sostenida en la escritura, etc. Lo que no se advierte, sin embargo, es el papel que

tienen dimensiones como lo medioambiental, así como el de la coexistencia de varios sistemas y tradiciones médicas en la región o que juegan las fuerzas sociopolíticas y la formación, dinámica e impactos del movimiento étnico-cultural local en la vigencia y/o deterioro del sistema propio y, por ende, de la salud de los mapuche. Nos gustaría saber también ¿cuál es el papel de las concepciones de reciprocidad y solidaridad entre los mapuche y si estas concepciones son o no opuestas a la de acumulación? De acuerdo a la autora, la identidad cultural de los mapuche se basa en la existencia de los dos primeros conceptos, solidaridad mecánica y reciprocidad (95-98). Por nuestra parte, en cambio, hemos observado que la idea de acumulación no necesariamente es contraria u opuesta a las anteriores. Más bien, pensamos que el concepto de acumulación está íntimamente ligado a estos. En otra parte, podremos mostrar evidencias valiosas que sugieren que los mapuche desarrollaron y aún sostienen amplias concepciones en torno a cuestiones como la riqueza y la pobreza en un sentido genuino y, al mismo tiempo, culturalmente modulado, las que están relacionadas con concepciones acerca del bienestar en general y, por lo tanto, de la salud – enfermedad de quienes viven en torno a tales concepciones¹.

Aunque Bacigalupo reconoce que los mapuche producen varias estrategias adaptativas para insertarse al medio urbano, asegura que “la sensación de desasosiego, tensión, ansiedad y enajenamiento permanece” (97). En el esquema de Bacigalupo, este estado de cosas desencadena en un mapuche la envidia y los celos de los mapuche rurales que, a juicio de la autora, enviarán el “mal” – *kalkutun* y/o *wekufetun* (97). Como nos lo han hecho saber algunos *kimche* (*machi* y *logko*) de la zona *wenteche* y según lo hemos comentado en reiteradas ocasiones en nuestra reuniones de trabajo habitual, no nos parece indicado usar el concepto de envidia como un factor desencadenante del desequilibrio. Creemos que tal fenómeno responde a una apropiación de un contenido y no apunta necesariamente a la forma constituyente del fenómeno desde el punto de vista de la teoría cultural o mapuche *kimün*.

En este marco de diagnóstico que Bacigalupo describe como un marco de modernidad, cambio y/o adaptación, las *machi* desarrollan tres tipos de respuestas orientadas a enfrentar tales circunstancias: 1) adaptación del rol tradicional a la situación actual; 2) atenuación del rol tradicional; y 3) asunción de roles paralelos (98). Al respecto, nos gustaría saber o llegar a determinar cuál es la tendencia actual en cuanto a su perfil psicociocultural, dadas las implicancias que tendría asumir como útil la tipología propuesta por la autora.

Desde el esquema esbozado arriba Bacigalupo afirma, sin dar pruebas adecuadas o concluyentes, que 1) “mientras más fuertes sean los sentimientos de enajenación... más enfermos tendrá la *machi*” y que 2) en la medida en que empeora la situación económica y emocional de los mapuche “las *machi* prosperan y se hacen más numerosas” (99). Desde luego, tales correlaciones son para nosotros algo que debe examinarse empíricamente y considerando las diferencias espaciales en una muestra que, al menos teóricamente, considera la variabilidad interna de la sociedad mapuche.

Como otra de sus generalizaciones acerca de las características de la *machi* en el contexto de vida contemporáneo, Bacigalupo propone que “las *machi* incorporan elementos no mapuche a las tradiciones porque sienten que así aumentan su poder” (101). Y, en esta misma línea relativa a las adaptaciones del rol, señala que algunas *machi* que hacen propaganda en la radio y en la TV lo hacen “como un recurso para reforzar sus propias tradiciones” –y agrega de un modo casi caricaturesco que “casi todos los mapuche tienen un televisor que conectan a una batería de auto...” (102)-; otros medios usados son los videos y las fotos. De nuevo, cada una de estas afirmaciones merecen, desde nuestro punto de vista, ser examinadas cuidadosamente a la luz del pensamiento variado y al mismo tiempo compartido existente entre los propios especialistas y *kimche* y, sobre todo, ser sometido a una evaluación por parte de ellos.

En esta parte, nos permitimos hacer el siguiente comentario crítico: en cuanto a su estructura método-lógica, se observan varias inconsistencias, siendo quizá la más relevante la relativa a la

¹ Los datos provienen básicamente de nuestros acercamientos al *wichan mapu* de Xuf – Xuf.

ambivalencia interpretativa respecto del rol de la machi en la modernidad. Así, aunque sabemos que su enfoque es (en cierto modo) psicologista –ella habla de un enfoque etnopsicológico-, Bacigalupo se refiere a algunas condiciones ambientales –sociales, culturales y económicas- que hacen posible la existencia de tal rol por parte de la *machi*... Dicha ambivalencia la observamos más concretamente, por ejemplo, en las afirmaciones (hipotéticas) respecto de que la *machi* tendrá más enfermos en la medida en que aumente la enajenación, la que, hasta donde hemos podido entender, está asociada a las condiciones de vida contemporánea ligadas a un marco desequilibrado de relaciones interétnicas entre los mapuche y la sociedad urbana nacional; estas afirmaciones no son coherentes con aquellas trazadas desde el modelo individualista desde el cual se plantea que el rol de la machi se refuerza “siempre y cuando las machi sigan teniendo fe en sí mismas”, pues, de acuerdo a la autora, ahora resulta que “la fe es el punto clave” –sostiene convencida (103)... En este marco de ideas, la vigencia del sistema descansa en la existencia y/o cultivo de un elemento propio de la metafísica occidental que es la fe. Afirma Bacigalupo, pues, que “es sólo cuando los mapuche pierden la fe en sus tradiciones que el sistema se desmorona y las *machi* comienzan a desaparecer”. Entonces, cuando eso ocurre, el contacto con la sociedad nacional se vuelve nocivo. No obstante, este juicio no es demostrado con la evidencia del caso.

En cuanto a los roles identificados por Bacigalupo, se afirma que el rol tradicional de la machi está en riesgo de desaparecer, pues no se ajusta a las necesidades de los pacientes y a la competencia con los otros sistemas. En relación a los roles emergentes, Bacigalupo parte definiendo estos como “aquellos que aparentan satisfacer las necesidades vigentes de las personas y pueden incluir varias de las funciones de roles previos” (109). Sostiene que las machi son agentes culturales capaces de realizar varias funciones, tales como hacer magia y hechizar, adivinar el futuro, oficiarse ceremonias, hacer autopsias, operar y acomodar los huesos (109-110). Cada una de estas funciones deben determinarse en cuanto a su vigencia o pérdida en el presente, pues, ellas han sido tomadas del estudio documental de las crónicas.

El relativismo de Bacigalupo en esta parte la lleva a afirmar que hoy “no es posible trazar una clara línea divisoria entre la medicina popular chilena y la medicina nativa mapuche” (112). La base de esta afirmación estaría dada principalmente por el proceso de contacto.

Las elecciones de los sistemas identificados por Bacigalupo (occidental, popular y nativo) obedecen a un criterio (implícito y externo) de funcionalidad y/o eficacia: así, la medicina occidental “ofrece mejor tecnología y medicamentos para el tratamiento de traumatismos. La medicina popular ofrece una terapia integral y un tratamiento con hierbas medicinales... sin el componente espiritual... las *machi* “yerbateras comunes y corrientes... son consideradas “sanadoras espirituales” y por esta razón son mucho más poderosas que los practicantes de la medicina popular” (112).

No obstante lo anterior, Bacigalupo incluye a las machi como un agente más de las prácticas de medicina popular. Perpetúa así uno de los más comunes estereotipos sociales en torno al lugar de las machi en la medicina. No obstante, Bacigalupo parece contradecirse al usar la verbalización que hacen dos *machi* en torno a las diferencias de ellas con las meicas en las que resaltan los símbolos mapuche como el *kulxug* (114).

Bacigalupo afirma que hoy día algunas *machi* se especializan en la adivinación, magia de amor y sacar la suerte (116). Advierte que la otra tendencia es a “oficiarse como “sacerdotisas” en las ceremonias de *gijatun*” (117). Al respecto, nos preguntamos si lo primero corresponde a un proceso general y objetivable en cada territorio donde hay machi; respecto de lo segundo, pensamos que la autora está abiertamente equivocada y que su equivocación proviene básicamente de la falta de contextualización espacial y sociocultural adecuada de los datos.

Entrevistas en profundidad con los expertos del *bawehtuwün*, posibles de entrevistar y con otros agentes mapuche que posean conocimiento reconocido en este campo:

- En el sector *bafkehche* se hará con la *puñeñelchefe* transformada en meica
- En la zona *wenteche* con el *machi* Víctor de *Kijem* y con el *machi* Fermín de Puente Negro; con la *Machi* Carolina de *Rupukura*
- En el sector *Pewenche*, con un *genpin* o con familiares de *machi* Don Mario.
- En estas entrevistas se debe indagar sobre la permanencia del sistema y sus cambios, sean derivados estos del cambio del medio ambiente, como provenientes de los problemas sociales y políticos.
- En el plano técnico – metodológico, el equipo ha avanzado en la elaboración, prueba y aplicación inicial de los instrumentos de recolección de la información elaborados. (Ver Anexo.)

4. En relación a los objetivos específicos 2 y 4

Estos son, respectivamente:

- Evaluar el estado contemporáneo de la medicina mapuche respecto de la implantación y actualización de las políticas estatales de la medicina oficial, así como de políticas de explotación de recursos naturales en cada territorio.
- Evaluar las políticas de interculturalidad en salud.

4.1. La política nacional y regional de salud y su contextualización. Política de salud intercultural

La intención de este apartado es la revisión crítica de la política tanto nacional como regional en salud dirigida hacia la población mapuche. Para estos efectos y siendo coherente con el tratamiento general del proyecto hemos efectuado la revisión de bibliografía relativa al tema, el propósito propuesto es develar el enfoque oficial de salud hacia pueblos indígenas y su contextualización en la región.

Un primer elemento que hemos podido rescatar de la revisión de documentos oficiales a los cuales hemos tenido acceso:

Políticas de salud Intercultural. Documento Borrador Preliminar

En el que se presentan las disposiciones para mejorar el documentos oficial de políticas orientadas hacia la población indígena.

La revisión de este documento aporta la visión que desde los estamentos institucionales en cuenta a cómo conciben al sujeto indígena dentro de sus acciones oficiales de salud, de cómo incorporan la visión cultural de salud, como conciben su articulación dentro del sistema oficial y aún se encuentra en proceso de análisis

Ley N° 19.300. Ley de bases del Medio Ambiente

Esta ley sobre Medio Ambiente ha sido promulgada en el año 1994, como dispositivo legal bajo el carácter de Ley de la República debe ser aplicada y respetada por los miembros de la nación chilena. Regula los marcos en los cuales pueden desarrollarse actividades industriales y de explotación del medio natural, con el resguardo de no dañar o mermar los recursos medio ambientales a fin de que se proporcione un medio ambiente óptimo para quienes viven en el país.

Este documento es de consulta enmarcado en una lógica legal los comportamientos tanto de los individuos en forma individual, como colectiva a través de empresas el uso y resguardo del medio, frente a esta situación se definen las acciones socialmente permitidas y las que son sancionadas. Es

interesante efectuar un análisis del marco legal, pues este permite determinadas conductas que tiene incidencia en diversidades de población, las que no son consideradas, sino dentro de un marco general que es la protección del medio natural, como también define un corpus conceptual que margina concepciones propias de los pueblos indígenas sobre la concepción y relación con el medio natural.

Agenda Ambiental País. Por un desarrollo limpio y sustentable 2002 – 2006

Este documento da cuenta de las líneas de acción en el tema medio ambiental a desarrollarse hasta el año 2006 y que centra sus líneas en: recuperación ambiental de las ciudades, preservación y protección del patrimonio natural, modernización y agilización de la gestión ambiental, cultura ambiental y medio humano.

Este documento es tomado como referencia por la COREMA IX región para la elaboración de la política ambiental regional, y desde allí arrancan las directrices que deberán considerarse en lo específico de las acciones medio ambientales locales.

Política Ambiental de la región de la Araucanía

En este documento se incluyen los lineamientos locales para abordar el tema de medio ambiente, de este documento nos encontramos recatando las nociones que se explicitan acerca de la concepción desde el marco institucional de medio ambiente, y de los grupos humanos a los cuales se hace referencia en cuanto al uso y relación con el medio natural. El documento hace referencia al perfil medio ambiental regional, el contexto regional tanto geográfico como poblacional, nos encontramos recogiendo la visión que allí se hacen tanto del medio como de los sujetos mapuche, develando tanto el trasfondo en el cual se proponen insertar la diversidad cultural regional, la pregunta es ¿se considera y cómo?.

Encuentros Nacionales de Salud y Pueblos Indígenas

Estos documentos corresponden a encuentros regionales a los cuales asistieron diversos representantes de la sociedad regional, instituciones públicas, universidad, departamentos de salud pública, dirigentes, personas de comunidades. El marco de estos encuentros es la discusión de la temática de salud intercultural o salud para población indígena. Serán considerados como antecedentes en los cuales se articulan espacios de discusión en torno a la temática.

Aún nos encontramos en proceso de una discusión crítica de los documentos anteriormente señalados, así como de otros que a los que se ha tenido acceso, pues se espera contar con la visión de la sociedad chilena a través de las instituciones públicas en cuanto al abordaje de la medicina mapunche y los impactos que estos tienen en la sociedad mapunche, también interesa develar si las políticas estatales en el ámbito de la salud y medio ambiente posibilitan experiencias catalogadas como interculturales.

Los primeros lineamientos que hemos podido recoger al respecto nos señalan respecto de la primera línea, que los impactos de las políticas públicas han transgredido una forma de practicar la salud por parte de la población mapuche, se han impuesto formas de tratar el cuerpo y se han legalizado entramados relativos a la forma por la cual se deben hacer estos tratamientos. En la actualidad se perciben en los documentos institucionales de salud pública una tendencia a la inclusión de la diversidad étnica dentro de líneas de acciones que se piensan en base a los a las formas de atención, no aparecen explicitadas formas de derivación, aunque no se niega que localmente puedan existir estos mecanismos de derivación hacia agentes tradicionales de salud.

Por lo demás la forma en la cual se abordan las concepciones de salud–enfermedad intentan recoger pe, pero no de la manera adecuada desde lo cultural mapunche el sentido y orientación de la medicina tradicional.

El tratamiento que se hace desde las políticas institucionales estatales de salud sobre de la población mapuche bajo el concepto de usuario, es decir, la visualización de individuos que acceden a través de canales oficiales de salud a la atención médica. Se presenta un reconocimiento a la diversidad étnica presente en la región y en el país, desde la perspectiva de la política que a nivel nacional el gobierno de la concertación ha asumido, sin embargo, se aprecian diferencias sustanciales entre las políticas medio ambientales y las que enfrenta el Ministerio de Salud. La primera no hace mención a la especificidad de la población mapuche en relación al uso y relación cultural que tienen los individuos con el medio natural, en tanto en la segunda, se aprecian intensiones de redireccionar una lineamiento de salud pública que ha estado asentado en la forma occidental de enfrentar el tema de salud enfermedad.

En general, los documentos oficiales no recogen la complejidad de las condiciones culturales en las cuales opera la salud mapunche y la relación del hombre con el medio.

El acercamiento metodológico

La base metodológica se constituye, en base a la revisión bibliográfica de los textos, los que han sido seleccionados en base a la representatividad que puedan ofrecernos de los espacios institucionales a los cuales hacen alusión, es por ello que una buena parte de ellos corresponden a documentos emitidos por la institucionalidad pública de salud y medio ambiente.

Se han comenzado por explicitar los conceptos centrales que en ellos se contienen, a fin de hacer explícita la lógica en la cual se construyen los discursos de la institucionalidad pública. El análisis de lenguaje y contenido nos dará cuanta de las imágenes que la institucionalidad traslada al mundo social para que sean operacionalizadas.

Paralelamente al estudio de las políticas públicas, este estudio se plantea caracterizar a lo menos tres experiencias en las cuales se articule el sistema médico tradicional mapuche y el moderno occidental, sea por la iniciativa de cualquiera de ambos sectores. En lo específico, interesa:

- Caracterizar el modelo de articulación en salud que sustenta la implementación de cada experiencia
- Caracterizar el modelo de atención puesto en práctica en el contexto de cada experiencia en particular
- Caracterizar la composición socio-étnica y las formas de interacción social y cultural que articulan las relaciones entre los diferentes actores involucrados en la experiencia
- Identificar la percepción y la valoración que la población mapuche posee respecto de las experiencias de salud analizadas.

A la fecha se han identificado los indicadores de análisis, que son los que a continuación se indican:

- Niveles de autogestión de la sociedad mapuche
- Mecanismos de participación de la sociedad mapuche
- Niveles de reconocimiento de la tecnología y del conocimiento indígena en la experiencia
- Estrategias que garanticen el conocimiento intelectual mapuche en su forma tradicional
- Mecanismos de control y criterios de evaluación de la experiencia a través de la población usuaria
- Relaciones institucionales de la experiencia
- Formas de articulación de la experiencia con los procesos generales en los cuales se inserta la sociedad mapuche en el contexto de las relaciones interétnicas con la sociedad nacional.

En complementación, se encuentra también elaborado el instrumento de entrevista semi-estructurada para ser aplicada a los dirigentes mapuche y no-mapuche participantes en las experiencias de articulación en salud.

5. En relación al objetivo 3

Este es el siguiente:

- Evaluar el estado contemporáneo de la medicina mapunche respecto de la implantación, actualización y vínculo de / con los sistemas de medicina popular en cada territorio.

5.1 Medicina popular

La medicina en la antropología

La búsqueda por lograr un equilibrio entre el bienestar físico, psíquico y social y el deseo del hombre por prolongar su vida ha sido la base que ha conducido a éste a profundizar y usar diversos procedimientos para remediar los males que le aquejan. Se puede decir que las enfermedades han sido y son parte indisoluble de la vida del hombre, con lo cual podemos explicar el hecho de que todas las sociedades humanas, en todos los tiempos y lugares, "...han generado alguna forma de respuesta dirigida a interpretar, controlar, prevenir, tratar o reparar el daño, la lesión, las enfermedades o la muerte". En pocas palabras, esta premisa de características tan generalizadoras nos enfrenta a que no existe sociedad ni cultura en las cuales ésta no se cumpla, debido básicamente a que los fenómenos de salud y enfermedad son universales.

Junto a este proceso se fueron desarrollando, al interior de estos grupos, especialistas encargados de interceder, luchar y actuar ante los males que los aquejaban, a través de prácticas mágico – religiosas y desde un conocimiento profundo de la herbolaria y el ecosistema. Diversos han sido los estudios dentro de la disciplina antropológica sobre estos especialistas, principalmente, en torno a las figuras de los *Medicine-Man* o shamanes y sus prácticas rituales cuyos conocimientos están sustentados en la experiencia y en el saber cosmovisional de cada cultura.

Investigadores de diversas partes del mundo y de gran importancia dentro de la disciplina antropológica como Evans-Pritchard, Claude Lévi-Strauss, Mircea Eliade, Ernesto De Martino, A. Metraux, Erwin H. Ackernecht, Menéndez y otros, se dedicaron al estudio de estos especialistas. Sus principales resultados conducían a comprender el tema de la "magia" y la "hechicería", presentando la visión de su morfología dentro de los modelos culturales particulares a los que pertenecían y el papel que juegan en la reproducción de la estructura social descrita generalmente como de tipo tribal. Estos estudios se caracterizaban por centrarse en aquellas sociedades denominadas "primitivas" o "tradicionales", con las cuales Occidente entró en contacto durante los siglos XV al XX.

El estudio de la medicina popular en América Latina

Uno de los primeros antropólogos en focalizar sus reflexiones e investigaciones sobre la dinámica y vigencia de la medicina popular ha sido Ernesto De Martino. Para los antropólogos Joseph M^a Comelles y Ángel Martínez Hernández (1993), la única antropología europea que revisó precozmente la noción de medicina popular, degradada por el folklore médico positivista, fue la italiana.

El antropólogo Eduardo Menéndez advierte que, dentro del contexto de los estudios antropológicos en América Latina, se percibe un estancamiento del desarrollo del campo de la antropología médica en las últimas décadas, y sobre todo, una limitación conceptual y teórica con relación a los países del norte.

* Duncan Pendersen, "Elementos para el análisis de los sistemas médicos", Pág. 6.

Considerando las características históricas y socioculturales propias de nuestro continente, los autores han descrito un contexto en el cual sobreviven elementos tradicionales que conviven con elementos externos introducidos por Occidente. Este contexto se inscribe, según Néstor García Canclini (1992), dentro de un complejo proceso de "hibridación cultural". Este proceso también puede evidenciarse a través del análisis de los sistemas médicos existentes hoy en día en América Latina ya que, en la mayoría de los países latinoamericanos, coexisten distintas prácticas médicas. No pensamos que este enfoque teórico llegue a explicar la totalidad de nuestro problema; creemos, más bien, que será una ayuda para comprender el modo como se inserta y llega a ser usado un sistema médico foráneo, en este caso el popular, al interior de la sociedad mapuche.

Dentro del abanico de prácticas médicas que se hayan operando en el continente, encontramos una medicina popular, resultado del contacto de tradiciones médicas llegadas al continente junto al hombre de occidente con tradiciones médicas propias de los pueblos originarios:

"En América latina, las tradiciones médicas indoamericanas se conjugaron con otras medicinas traídas a lo largo de la conquista y expansión colonial europea en un proceso de compleja hibridación del saber médico (de extracción griega, ibérica y luego también africana), sumergido en el sincretismo religioso de divinidades prehispánicas y santos cristianos".

El estudio de la medicina tradicional latinoamericana comienza a gestarse a fines de la década de los setenta y a principios de los ochenta. "... destacan los trabajos de Estrella en Ecuador (Estrella 1977; 1981) en los que el saber médico indígena y el saber popular se analizan desde categorías histórico - sociales y en articulación a los procesos más amplios de la sociedad global; y los aportes que desde 1984 realiza el programa de posgrado en Antropología Médica de la Universidad Central de Venezuela (Castellanos, 1986)". Las áreas de estudio parecen localizarse en pequeñas comunidades rurales con composición indígena y, en un segundo término, en áreas urbanas caracterizadas por la pobreza y la marginalidad. Estos principalmente se habrían llevado a cabo en México, Guatemala y las áreas andinas del sur, en Colombia, Ecuador y Perú.

En el caso de las experiencias llevadas a cabo en México, desde ya hace un tiempo el antropólogo mexicano Eduardo Menéndez, viene insistiendo en la necesidad de construir una "epidemiología sintética" que incluya lo que denomina como una "epidemiología popular".

Su investigación además da cuenta de cómo la aculturación, el aumento de demandas insatisfechas, las crisis económicas y sociales que han afectado a los contextos urbanos latinoamericanos y a los contextos particulares producen e intensifican el fenómeno de impregnación e interpretación entre el saber científico y popular, generándose de esta forma un sustrato ideológico o modelo explicativo popular sobre la salud y las enfermedades, el cual se encuentra en un continuo proceso de producción, acumulación, intercambio y transformación, por lo cual la medicina popular "constituye no sólo un patrimonio cultural ni el producto de una crisis, sino también una estrategia vital para la supervivencia de un grupo humano". Este fenómeno de impregnación se puede observar en que muchos de los conceptos, medicamentos y elementos materiales o simbólicos asociados con la medicina científica occidental han penetrado y se encuentran en el modelo médico popular:

"El sector popular integra continuamente recursos terapéuticos provenientes de la medicina profesional y de la medicina folk. Por ejemplo, los atributos "frío" y "caliente", vigentes en la medicina humoral de casi toda América Latina, se utilizan en relación no sólo con estados corporales, enfermedades, alimentos y hierbas medicinales, sino también con medicamentos de patentes, como se demuestra en los estudios de casos

* Duncan Pendersen, "Elementos para el análisis de los sistemas médicos", Pág. 87

* Mabel Grimberg, "Teorías, propuestas y prácticas sociales", Pág. 34

* Ibid Pág. 14

hechos por Tadlock, en Guatemala. El segmento popular, toma “prestada” información de los sectores profesional y “folk”, para mezclar en el mismo plan de tratamiento, medicamentos de la farmacia, con hierbas compradas en el mercado, cultivadas en el patio, o traídas de áreas rurales remotas. Mientras las hierbas medicinales son utilizadas solas sin medicamentos de patente. Rara vez los medicamentos son utilizados sin hierbas, de tal manera que el medicamento moderno lejos de reemplazar a las plantas medicinales, ha sido incorporado o agregado al tratamiento”^{*}

En el caso de nuestra región, el libro *Culturas y Medicinas en la Araucanía* (Citarella, Op. Cit.) nos muestra que:

“Ahora bien, en la IX Región de Chile; como lo hemos señalado en la presente sección, han estado en contacto y en conflicto durante el último siglo diferentes tradiciones culturales. En términos formales actualmente podemos distinguir tres sistemas médicos principales: la medicina indígena mapuche, la medicina tradicional popular y la medicina científica u oficial. Por cierto, entendemos estos sistemas como áreas de referencia conceptual y no como estructuras rígidas operantes en la realidad: los datos de terreno nos muestran un mosaico de modelos intermedios, resultantes del manejo simultáneo por parte de la población de múltiples de conceptos y recursos médicos. Esta multiplicidad de formas culturales y de modos de accionar utiliza la riqueza de tradiciones culturales presentes en la región, que lejos de ser un vestigio indeseable de un pasado remoto, representa una expresión cultural dinámica y cambiante que forma parte también de estrategias de sobrevivencia de la población nativa frente a los procesos de aculturación actualmente en marcha en este territorio” (Op. cit.: 47).

A modo general, uno de los objetivos de este libro es mostrarnos como coexistieron, y como coexisten hoy en día los sistemas médico mapuche, popular y occidental oficial dentro del contexto de la Novena Región, otrora territorio mapuche. Además, se tenía como objetivo conocer de qué manera se combinaron e intercambiaron técnicas y costumbres terapéuticas mapuche, occidentales y populares.

El nacimiento de una visión crítica sobre la medicina occidental, será uno de los mejores reflejos del cambio sufrido por la antropología médica. Centrada en la causalidad y la significación cultural de la enfermedad, para la antropóloga Mabel Grimberg (1995)^{*}, la Antropología Médica cuestionará a la medicina occidental lo siguiente:

La falta de consideración de los aspectos socioculturales implicados en la enfermedad, frente a lo cual privilegiará conceptualmente la causalidad cultural y correlativamente la necesidad de una visión integral en la asistencia médica. Más recientemente planteará la necesidad para la medicina “científica” de integrar los “saberes tradicionales” y desarrollar un trabajo de cooperación con los curadores.

La estructuración marcadamente etnocéntrica de la relación médico - paciente, puesta en evidencia en el no reconocimiento del saber y la capacidad terapéutica de los sistemas tradicionales, en el uso de un lenguaje técnico alejado de la experiencia cotidiana de los pacientes, y en la ausencia de comunicación e información.

El supuesto de la homogeneidad cultural y el correlativo no-reconocimiento de las diferencias culturales.

Este énfasis ha conducido a que antropólogos como Aguirre Beltrán planteen que: “El personal médico no entiende los síndromes de la nosología popular, que sirven a los pacientes para describir sus

^{*} *Ibid* Pág. 15

^{*} Mabel Grimberg, “Teorías, propuestas y prácticas sociales. Problemas teóricos metodológicos en Antropología y Salud” en *Cultura, Salud y Enfermedad*, Pág.39

dolencias, ni las ideas sobre la naturaleza sobrenatural de sus padecimientos, con los conceptos que consideran apropiados para tratarlos” *.

Definición especializada de medicina popular

Pretendiendo delimitar el campo de investigación, estaremos de acuerdo en considerar como medicina popular, aquellas prácticas terapéuticas que no son consideradas dentro de las normativas administrativo-políticas oficiales y cuya utilización están relacionadas con las clases y/o grupos subalternos y marginales de la sociedad que operan dentro de los escenarios tanto urbanos como rurales.

En un artículo titulado “Sobre hechiceros y curanderos o el antropólogo y su estrategia”, Nebreda (1995) asume la tarea de confirmar la validez del esquema anteriormente expuesto presentándolo como un marco teórico útil para tratar el fenómeno del curanderismo.

Para Nebreda la medicina popular, al igual que el complejo médico chamánico, sería un fenómeno de *consensus*, en el cual el punto fundamental es la creencia. Del mismo modo, se encontraría organizado en dos polos, uno representado por el agente médico popular o curandero, y el otro representado por el enfermo o paciente, el cual no representa a una figura simplemente individual, sino cuya individualidad se nutre y se refleja en una colectividad de sentido (*consensus* colectivo), en un simbolismo cultural compartido sin el cual el individuo mismo se disuelve padeciendo de un déficit de significado.

El campo de actuación de la medicina popular estaría en el campo dejado libre por el sistema médico científico, el cual insistiría en tratar al enfermo exclusivamente bajo el aspecto somático y en no tener en cuenta los problemas emocionales.

En su artículo titulado “Los curanderos, psicoterapeutas populares”, Blanco Cruz (1992) reflexiona sobre las razones subyacentes al florecimiento del curanderismo y la medicina popular en España. Desde su análisis nos encontramos con los siguientes factores que influirían directamente en la utilización de la medicina popular por la población española:

- Factores económicos: ya que un gran número de personas que sufren de dolencias o trastornos puramente psíquicos que desencadenan en patologías físicas, no pueden acceder a psicoterapias, como el psicoanálisis, debido a su elevado costo y escasez de profesionales con una formación sólida.
- Otro factor es el lenguaje académico y estético de los psicoterapeutas: ya que la mayoría de éstos, sobre todo los psicoanalistas, utilizan un lenguaje académico, florido, estético, pero que no está al alcance de las amplias capas de la población.
- Y por último quizás el factor fundamental es la actitud de la medicina científica oficial, la cual insiste en tratar al enfermo exclusivamente bajo el aspecto somático y en no tener en cuenta los problemas emocionales y culturales. Como resultado de esto se crea en la población consultante, una sensación de inseguridad, descontento y decepciones, obligándola a buscar ayuda extramédica para poder dar solución a sus conflictos. La situación, a veces desagradable para ambos actores, termina desencadenando un escenario de negociación política y económica, en donde la falta de recursos cognitivos y/o infraestructurales del sistema médico oficial, terminan por acordar en qué términos quedará el paciente con el sistema social al cual pertenece y no a la relación entre salud y enfermedad que era en un comienzo lo que debería haber emanado de la relación formal médico-paciente.

* *Ibid* Pág. 31

Desde el punto de vista de Duncan Pendersen, una característica de Latinoamérica es que ha existido una ambigüedad con respecto a la adopción de políticas a favor de la integración de un sistema médico descentralizado y pluralista de atención, con participación de curanderos, parteras y otros especialistas de la medicina tradicional, dentro del sistema oficial de atención médica. Esto se debería principalmente a que desde el momento en que la medicina moderna logra posesionarse institucionalmente en el continente, comienza a tratar de imponerse sobre la medicina ancestral indígena y la medicina popular nacida de los distintos contactos entre culturas diferentes al interior del continente.

El análisis de Pendersen nos permite reconocer que en Latinoamérica, caracterizada por ser una sociedad estratificada y culturalmente diversa, existen distintos sistemas médicos operando y cómo la relación entre sistemas revela una distribución asimétrica del poder en la sociedad, ya que existe un sistema médico dominante y hegemónico (medicina científica occidental) y uno o más sistemas médicos subordinados (medicina indígena-tradicional y medicina popular). De esta manera, si bien algunos países muestran tolerancia y/o indiferencia ante las medicinas Indoamericanas, en otros países prevalecerá la intolerancia ante la medicina tradicional y la mentalidad expresada en ésta.

La medicina popular en Chile

En nuestro país, quizás una de las primeras reseñas que encontramos con respecto al surgimiento de una medicina popular criolla es la de B. Vicuña Mackenna en su libro *Los Médicos de Antaño en el Reino de Chile* (1932). El objetivo del autor en este libro es entregar una serie de antecedentes con relación a lo que fueron las instituciones médicas en Chile desde 1556 a 1830.

Junto con revisar los primeros capítulos dedicados a la medicina indígena y las extraordinarias facultades curativas de la herbolaria nativa, así como la llegada y establecimiento de los primeros eruditos que sembrarían en estas tierras la ciencia médica europea, Vicuña Mackenna se ocupa de un tipo de medicina que denomina "ciencia divina" y en la cual se pueden observar rasgos y agentes terapéuticos característicos de la medicina popular chilena. En sus propias palabras, ésta se ubicaba "en medio de los empíricos y los charlatanes, de los bachilleres y de las machis".

Entre los agentes de esta denominada "ciencia divina" encontramos a las Parteras, Médicas o Meicas y Aliñadores o Componedores. Con relación a las *Médicas* o *Meicas*, Vicuña Mackenna relata que entre los siglos XVI y XVIII su gremio era tan numeroso que eclipsaba a todos los demás agentes terapéuticos (incluidos los médicos) presentes en el territorio. "Las médicas eran las agoreras de la vida y la muerte, como las gitanas, y por lo que tenían de brujas y de adivinas, ejercían un predominio social vasto y temible. Sus víctimas más frecuentes, después del indio que le pertenecía por entero, era la mujer, porque ésta había bebido con su sexo la copa de las supersticiones hasta sus heces"(Ibid: 36).

Descendientes legítimas por vía materna, según describe el autor, *de las machis de Arauco y Huelén*, para las Médicas o Meicas existirían cinco grandes ramas de enfermedades:

- Los *Chavalongos*, que eran todas las fiebres
- Las *Reumas*, que eran todos los dolores arteriales
- Los *Vichos*, que eran todos los fenómenos del vientre
- Las *Roturas del Pulmón*, en las cuales entraban las aneurismas y las aplopegías, las anginas y las neumonías
- Y las *Melancolías* que eran todos los males caracterizados por el enflaquecimiento o malestar indefinible del paciente.

Sin embargo, agrega Mackenna, el punto de partida del sistema curativo de esta medicina es el "daño". El "daño" consistiría en el mal deseo de alguien en contra de alguna persona, por motivo de envidia o celos, a través de mecanismos como pociones, cadejos de cabellos, alfileres, ropas, etc.

Con relación a los mecanismos terapéuticos de las médicas, el autor menciona que utilizaban los conceptos de lo frío y lo caliente; diagnosticaban a través de la densidad de la orina y utilizaban hierbas para sanar, partes de animales y oraciones:

“A ejemplo de las machis, sus predecesores, mezclaban el uso de algunas yerbas imperfectamente cocidas y que se neutralizaban entre sí por efectos contrarios, la práctica de ritos y oraciones y de sustancias fabulosas, como los cocimientos de prendas de oro, la oración del magnificat y la “uña de la gran bestia”, cuyo polvo imaginario había reemplazado para los males de melancolía a la piedra bezoar de los guanacos. Preferían por esto mismo, cuando usaban sustancias naturales, aquellas que ofrecían algún fenómeno en su formación como las yerbas que abren su flor en la noche (el metrun o diegodenoche), y las producciones de ciertas aves y animales que incluían al sortilegio, como el hígado del alcatraz, la enjundia de gallina, la bolsa de hiel, el sebo de león, la sangre de cordero negro, las cantáridas recogidas en los campos, y otras fantasmagorías, que le servían para mantener su oficio de impostoras y de pitonisas” (Ibid.: 37).

El oficio de Componedores o Aliñadores consistía en aliviar y componer lesiones de pies, costillas, hombros o columna, a través de masajes y presiones manuales en huesos y músculos. En las palabras de Benjamín Vicuña Mackenna:

“...con el nombre especial de aliñadores, componen y aliñan los huesos aun más delicados, como el de choquezuela del pie, la islilla de los hombros o la espina dorsal, con una pujanza que iguala la crueldad con el acierto. – Cuéntase de estas operaciones, que se hacen generalmente sobre los ladrillos o en un cuero, poniendo al paciente boca abajo, curaciones verdaderamente maravillosas de dislocaciones, aberturas de carnes y paguachas que son las apostemas, - herencia del campo y de sus violentos ejercicios en el trabajo, en el rodeo o en la cancha. No hay hacienda en Chile que no tenga de esta suerte, un cirujano para su peonada, como tiene un diestro amansador para sus potros” (Ibid.: 47).

Como se puede observar en los extractos presentados, la opinión del autor acerca de la acción de estos agentes terapéuticos, tanto en las zonas rurales, como urbanas del territorio chileno a través de los siglos, no se caracteriza por ser imparcial. Desde su prisma, la superstición, la ignorancia y la charlatanería representados principalmente en la figura de la médica, se representaron en un gran número de vidas.

A continuación dirigimos nuestra atención a aquellas investigaciones orientadas al estudio y comprensión de la medicina popular. Si bien éstas se caracterizan por tener un carácter exploratorio, sus reflexiones y conclusiones nos entregan elementos útiles para nuestra indagación y posterior análisis sobre el estado actual de la medicina popular en el contexto de la medicina y la salud mapuche.

“Estudio preliminar de la población consultante al sistema de Medicina Urbana/ Conocimientos, Creencias y Motivaciones”

Este estudio llevado a cabo por Susana Henríquez (Bachiller en Antropología de la Universidad Austral, Valdivia) y Angélica Monreal (Médico Becado en Psiquiatría, Hospital Psiquiátrico de Santiago), se realiza en la ciudad de Santiago y busca:

- Conocer los conocimientos y creencias que subyacen a la consulta de la Medicina Tradicional y su hibridación con conocimientos de la Medicina Oficial.
-

- Conocer las motivaciones y causas directas de la consulta a la medicina tradicional y conocer la apreciación que los consultantes hacen de la Medicina Tradicional.

Por *consultantes* se entenderá toda persona que ha acudido, o acude a algún agente de Medicina Tradicional y/o que utiliza en forma rutinaria, medicamentos o prácticas vinculadas a las creencias populares o no oficiales frente a un problema de salud.

Por otro lado, el concepto de agente médico tradicional o popular abarcará a toda persona que de respuesta (diagnósticos y/o terapéuticos) a las personas consultantes por problemas de salud, que no correspondan al sistema Médico Oficial, tanto por su formación, como por sus prácticas actuales (Iriólogos, Yerbateros, Componedores, Médicos Naturalistas, Vendedores de Yerbas Medicinales, etc.).

Desde el punto de vista de ambas investigadoras, lo que permite que exista la Medicina Popular es el arraigo de conocimientos y creencias populares en algunos sectores de la población. De este modo la población consultante se convierte en un factor esencial en la existencia y transmisión de este cuerpo de creencias y conocimientos: "(...) la vigencia de la medicina tradicional está validada por la población que consulta, y su permanencia en el seno de la sociedad cumple una función importante para ésta y para el grupo social que acude a ella frente a problemas de salud" (Ibid.: 114).

Los resultados de este estudio indicarían que en la población consultante de la medicina popular urbana, se entremezclarían sin contradicciones conceptos y conocimientos derivados de la tradición popular, a través de la endoculturación, así como también conceptos y conocimientos derivados de la medicina moderna por los contactos con el sistema médico oficial. Sus motivaciones fundamentales para consultar este tipo de medicina se encontrarían, como hemos dicho anteriormente, en la vigencia de conocimientos y creencias populares, por lo cual la elección terapéutica no se debería a un difícil acceso al sistema médico oficial o a la falta de recursos económicos. Además, existiría una alta apreciación sobre la efectividad diagnóstica y terapéutica de la medicina popular, la que se debería al éxito que está ha mostrado en el tratamiento de los padecimientos psicosomáticos y en los cuales la medicina oficial no habría tenido tan buenos resultados. Por otro lado, la población consultante sería capaz de diferenciar, según la característica de su padecimiento, en qué momento consultar a la medicina tradicional popular o a la medicina científica oficial.

"Estudio exploratorio acerca de las actitudes y el contacto existente entre dos sistemas de salud paralelos: la perspectiva de sus agentes de salud"

Realizado por Ximena Peñalillo (médico becado en Psiquiatría, Hospital Psiquiátrico de Santiago) y Vivian Saidel (Antropóloga Universidad Austral), el contexto de estudio es la ciudad de Santiago.

Tomando como base que la mayoría de los pacientes o consultantes utilizan en forma paralela la medicina popular y la medicina oficial, el objetivo del estudio pretende conocer desde la perspectiva de sus agentes médicos la actitud ante el desempeño profesional del otro.

Uno de los ejes principales en los que se basa la reflexión de las investigadoras, es que existe una actitud de recelo recíproco entre los agentes. De este modo, tanto los agentes del sistema médico oficial, como los del sistema médico tradicional presentan en la mayoría de los casos una actitud de escepticismo y rechazo ante la eficiencia y veracidad curativa de ambas medicinas.

Los resultados que arroja su estudio, validan la actitud de escepticismo y rechazo existente entre los agentes de ambas medicinas. Con relación a la medicina oficial, ésta y sus agentes parecieran no desconfiar de las hierbas medicinales que utiliza la medicina tradicional, sino más bien de sus agentes y sus conocimientos. En el caso de la medicina tradicional, sus agentes creen y reconocen el conocimiento de los médicos, pero rechazan el uso de elementos químicos por considerarlos antinaturales.

Basándose en los resultados obtenidos en su trabajo, concluyen que la posibilidad de un contacto entre ambos sistemas médicos se ve (por aquellos años) como algo lejano a corto y mediano plazo.

“Cada uno de los sistemas de salud mencionados continua actuando con total independencia una de la otra. La naturaleza de un contacto que fuera fructífero para hacer más eficaz la atención en salud de la población chilena, es aún difícil de imaginar y proponer de manera concreta. El primer paso es, de todos modos, superar las actitudes reticentes entre ambos sistemas de salud. El segundo paso es plantearse el tipo de contacto que quiere obtenerse y si esta es posible y necesaria. Ambos sistemas cumplen funciones que satisfacen las necesidades de parte de la población que demanda salud. Su acción paralela tiene amplitud en el tiempo y puede seguir manteniéndose sin modificaciones, a no ser que por parte de cada uno de dichos sistemas surja la inquietud y el deseo de formalizar cierto contacto mutuo” (Ibid.: 163).

“Aspectos conceptuales de la enfermedad en tres yerbateros”

Este estudio realizado por M. Angélica Cardemil Lastre (Antropóloga, Universidad de Chile), la investigación tiene como objetivo, detectar los contenidos del subsistema teórico de la enfermedad que dominan tres yerbateros del área metropolitana de Santiago.

Su investigación le permite concluir que con relación a la etiología de las enfermedades, se encuentran causas como el desequilibrio entre lo frío y lo caliente, los aires, la idea de la mente y el cuerpo interrelacionados, los temores (a la brujería y el cáncer), los celos y la luz.

Para diagnosticar se ven las aguas, la iriología, la expresión y color de la cara, el pulso y el color de las manos. Además, se ha comenzado a integrar algunas nociones de astrología para detectar enfermedades. El diagnóstico se confirma a través de mecanismos de indagación y preguntas al paciente o anamnesis.

Con relación al aspecto terapéutico, para tratar las enfermedades se utiliza básicamente las yerbas y en algunos casos remedios homeopáticos. Paralelamente, esto iría acompañado de un régimen alimenticio recomendado por el agente y consejos de cómo afrontar los problemas y la vida en general.

Como conclusión central de su investigación nos encontramos que en el subsistema teórico de la enfermedad de los yerbateros se están integrando y conjugando permanentemente elementos externos, por medio de un proceso aculturativo, y elementos internos proveniente innovaciones originales:

“... los distintos elementos tanto formales como conceptuales que se han integrado a la medicina tradicional, hace posible observar que este sistema médico se ha relacionado a muchos otros. Por ejemplo, el sahumerio proveniente del sistema indígena; el tratamiento de baños y vahos de la medicina natural, explicaciones etiológicas, de la medicina moderna; procedimientos diagnósticos de la iriología, etc... Además de las relaciones con los sistemas médicos, se aprecian actualmente algunas vinculaciones con sistemas de creencias esotéricas, como la secta Hare Krishna y el centro de meditación trascendental” (Ibid.: 26).

“Medicina popular en contexto mapuche”

El estudio de la medicina popular en contextos mapuche rurales en tres identidades territoriales de la Novena Región pretende dar cuenta de las potencialidades que tiene el conocimiento local para mantener un buen estado de salud, así como registrar los cruces y los itinerarios que supone la coexistencia de sistemas médicos. Lo que interesa evaluar desde este punto de vista es, en última

instancia, cómo está la salud mapuche y cuán vigente puede estar el sistema nativo respecto de la implantación y uso de los sistemas alternativos de salud.

Por otra parte, las transformaciones en las técnicas y prácticas terapéuticas y las posibilidades de generar trabajos interdisciplinarios orientados al rescate y revaloración de los sistemas médicos mapuche son demandas emanadas por los mismos habitantes de comunidades mapuche, las que serán recogidas y valoradas en sus propios términos.

Con respecto a la medicina popular en población mapuche, de los trabajos realizados anteriormente por otros investigadores, como los que están compilados en Citarella (Op. cit.) y, por la experiencia investigativa y de trabajo de campo preliminar que hemos estado realizando fundamentalmente con comunidades identificadas dentro de la identidad territorial *wenteche*, podemos evidenciar similitudes, por un lado, y diferencias, por otro.

Los antecedentes obtenidos en un sector rural de población eminentemente mapuche, con organización intra e inter-societal y con líderes tradicionales como *logko*, *zugumachife*, *guillatufe* muestra que allí coexisten, por una parte, un número representativo de agentes médicos mapuche tales como *machi*, *püñeñelchefe*, *gütamchefe*, *lawentuchefe*; existiendo también agentes médicos populares como “quebradores de empacho” y “santiguadores”, entre otros; que operan tanto bajo contextos públicos, como privados o a nivel casero y familiar.

5.1.1. Establecimiento de iglesias evangélicas en territorio mapuche

El establecimiento de iglesias evangélicas al interior de la población de nuestro país, y al igual que en casi la totalidad del continente, ha tenido una explosiva expansión en las últimas dos décadas, lo que ha llamado la atención de las ciencias sociales siendo diversas las interpretaciones que existen sobre el crecimiento y auge del pentecostalismo en América Latina.

Entenderemos por evangélicos o iglesias evangélicas a los “grupos eclesiásticos de la tradición europea (conocidos como protestantes), los de la tradición misionera (surgidos especialmente del trabajo misionero evangélico norteamericano), y los del movimiento Pentecostal (que tienen su origen en un cisma producido en la Iglesia Metodista a comienzos de siglo)”¹.

En 1994 el Centro de Investigación de la Realidad del Norte (Iquique, Chile) publica en su Cuaderno de Investigación Social un trabajo titulado “*Estudios sobre el Movimiento Pentecostal en América Latina*” del investigador Bernardo Guerrero Jiménez y que forma parte del Proyecto FONDECYT N° 1920306. En el se entregan antecedentes sobre los diversos estudios que tanto desde la sociología, como de la antropología se han realizado sobre el movimiento pentecostal en el continente.

Uno de los primeros posicionamientos sobre la temática en ser abordado por Guerrero, es el trabajo de Christian Lalive D' Epinay titulado “*El Refugio de las Masas*” (1968). En este estudio se analiza el movimiento pentecostal chileno desde el prisma de que el éxito y arraigo que ha tenido este movimiento religioso en el país se debe a la existencia de dos tipos factores interrelacionados entre sí, los factores externos y los factores internos.

Con relación a los factores externos, Lalive D' Epinay se refiere a la existencia de condiciones estructurales que han permitido que el movimiento pentecostal florezca. Estas condiciones estarían dadas por el lento derrumbamiento al interior del “país de la hacienda”, lo cual habría conducido a que personas acostumbradas a reglas y normas propias de este modo de vida cambien paulatinamente migrando desde los campos a las ciudades, en las cuales se convierten en extraños: Como consecuencia de esto se generaría una situación de crisis en los individuos, caracterizada por la desorientación y la

¹ Lagos, Humberto y Chacón, Arturo (1987), “*Los evangélicos en Chile: Una lectura Sociológica*”. Pág. 7

falta de identidad y, es justamente en este contexto donde el pentecostalismo se presenta como una nueva estructura que permite la reconstrucción de una identidad basada en reglas y normas alternativas a las pre-existentes.

“Hombres y mujeres quizás acostumbrados a un modo de vida paupérrimo, aunque con reglas y normas de convivencia injustas pero claras, son expulsados y atraídos por la ciudad. La vida allá sigue siendo paupérrima, pero además son extraños. No hay reglas de convivencia consensuada. Carecen no solo de nombres y de apellidos, sino también de raíces. En este contexto de anomia, de orfandad y de falta de orientación valorica, el pentecostalismo se presenta como una nueva estructura con reglas claras y mejor aún, con un mensaje que asegura la salvación y la nueva vida de cada una de las personas. Es, en fin, un remedio contra la anomia”².

Como se puede observar un supuesto básico y central dentro de la propuesta de Lalive D’ Epinay, es que las masas populares del país viven en función a la antigua imagen de la organización social denominada “hacienda”. De este modo asumirá que este estado de anomia en que se encuentran las personas en conjunto con factores internos al pentecostalismo, como es el de articularse en torno a una familia extensa cuyo jefe local esta representado en la figura del “pastor”, son la clave para entender su expansión por el continente. La estructura básica de organización de las comunidades evangélicas permitiría que el “pastor” sea concebido como el “patrón”, elemento característico de la hacienda, el cual es capaz de recrear una red social que da protección y confianza. De este modo, el patrón se transforma en pastor y la vieja hacienda, en la nueva comunidad pentecostal.

“Lalive D’ Epinay, le da al concepto de anomia una importancia crucial. Desde este punto de vista, el autor tipifica la sociedad latinoamericana viviendo una situación transitoria de anomia, producto de sus transformaciones, donde el habitante expulsado de la sociedad rural llega a vivir a la ciudad. Pero esta anomia siempre es transitoria y pronto el orden se impone. Es decir, la sociedad tendría la capacidad para establecer el orden y de este modo continuar su existencia.

El crecimiento del pentecostalismo se explica por esa situación. El esquema sería entonces el siguiente: la anomia produce la aparición del pentecostalismo que actúa como un nomos Lalive D’ Epinay ve en la iglesia Pentecostal la continuadora del orden feudal decadente –la Hacienda- pero esta vez en la ciudad. El Patrón deviene en el Pastor”³.

Otro de los posicionamientos abordados por Guerrero es el del holandés Hans Tennekes. En su libro *El Movimiento Pentecostal en la sociedad Chilena* (1984), afirma que si bien se puede reconocer fácilmente que el movimiento pentecostal ejerce una atracción sobre las clases populares, debido a la necesidad de éstos por pertenecer a una comunidad, no se le puede atribuir a este único factor la expansión de este movimiento religioso.

Desde el punto de vista de Tennekes, el éxito del movimiento pentecostal en los sectores populares se debería a las similitudes existentes entre éste con la religiosidad popular, principalmente a la preocupación por problemas concretos de la existencia diaria. De este modo, la vigencia de la religiosidad popular en un importante sector de la población de Chile daría paso a la germinación de las comunidades pentecostales, las cuales sin embargo proporcionan una nueva solución a los problemas de la sociedad a través de la acción directa del Espíritu Santo.

“Siempre en conexión con lo anterior, Tennekes hace un interesante aporte al concebir el movimiento Pentecostal como una variante de la religiosidad popular. Este autor cree

² Guerrero, Bernardo, “Estudios sobre el Movimiento Pentecostal en América Latina”. Pág. 10

³ Guerrero, Bernardo, “Estudios sobre el Movimiento Pentecostal en América Latina”. Pág. 26

hallar en la relación entre pentecostalismo y religiosidad popular. Este autor cree hallar en la relación entre pentecostalismo y religiosidad popular, como son el culto a las animitas, la práctica de las mandas y el peregrinaje a santuarios populares, una compatibilidad bastante interesante y evidente. El mundo de la religiosidad popular está lleno de demandas por la solución de problemas concretos, tales como salud, alcoholismo cesantía, etc. El movimiento Pentecostal también se hace cargo de esta demanda, pero con la radical diferencia de que la causa de la solución del mal aquejado ya no se imputa a la Virgen, animitas o a los santos, sino a la acción directa del Espíritu Santo. Hace mención además al tema de las curaciones que juegan un rol importante tanto en la religiosidad popular como en la Pentecostal⁴.

Nos hemos remitido específicamente a estas dos interpretaciones entre las presentadas por Guerrero, debido a que se refieren al desarrollo del fenómeno en el ámbito nacional. Como se puede observar, si bien se pueden encontrar elementos comunes, existen diferencias importantes, principalmente en el factor o los factores que han permitido el masivo desarrollo de comunidades pentecostales a través de todo Chile.

Otros investigadores interesados en el tema han sido los sociólogos Humberto Lagos Shuffeneger y Arturo Chacón Herrera. En su libro *“Los evangélicos en Chile: Una lectura Sociológica”* (1987), consideran relevante para la explicación sobre el crecimiento numérico de los evangélicos dentro del país, lo que podría denominarse el “síndrome de fin de milenio” en las masas populares, ante lo cual la Iglesia Evangélica comienza a generar una evangelización fundada en el “miedo a la perdición eterna” y ante lo cual la única esperanza de un bienestar *post mortem* es el abrazar el evangelio. De esta manera para el medio social urbano, la oferta evangélica se presentaría sumamente atractiva y movilizadora de voluntades.

También opinan que el crecimiento del pueblo evangélico se ha visto favorecido por su principio eclesial que se centra alrededor de la congregación local. Esto permitiría la participación de cada fiel en un universo social “propio” que promueve la reproducción del ser ideológico respectivo.

Intentando condensar sus observaciones sobre el crecimiento del pueblo evangélico Lagos y Herrera concluirán lo siguiente:

“Pasión proselitista, proyecto de sociedad coherente y simple, afirmación en el nivel emocional, participación y promoción social en el grupo, incorporación al universo de los carismas, vida de relación personalizada y plenamente fraternal, invasión de todos los rincones vitales por el proyecto salvífico, certezas y sentido de superioridad que compensan carencias en el sentido en el “mundo”, son sólo algunas de las características que explican la acogida del mensaje evangélico en la sociedad chilena, y particularmente en el medio popular⁵.”

Con relación al impacto y desarrollo de estos grupos religiosos en la población indígena del continente, las investigaciones y propuestas teóricas no parecen detenerse en demasía con respecto a este contexto histórico/espacial específico. Sin embargo, los trabajos realizados se centrarán, de una u otra forma, en los principios interpretativos ya presentados. Aquí revisaremos algunos de éstos, poniendo principal énfasis en los trabajos desarrollados con relación a la población mapuche.

En su artículo *Los caminos religiosos de los inmigrantes en la gran Lima, el Caso de El Agustino* (1988), el antropólogo peruano Manuel Marzal planteará que los movimientos pentecostales han

⁴ Guerrero, Bernardo, “Estudios sobre el Movimiento Pentecostal en América Latina”. Pág. 14

⁵ Lagos, Humberto y Chacón Herrera, Arturo, “Los evangélicos en Chile: Una lectura Sociológica”. Pág. 9.

instalado una especie de “pastoral de sanidad” en la cual el Pastor, invocando el nombre de Dios, expulsa el mal, la enfermedad cargada de sentido ético.

Sumado a esto la autoridad que asume la palabra de la Biblia en un marco cultural ilustrada en el cual el libro posee una autoridad casi incuestionable, Marzal argumenta que en estos dos elementos se encontrará la razón que ejerce el pentecostalismo sobre las poblaciones indígenas andinas que migran a la ciudad.

En un artículo titulado “*Cambio religioso y revitalización de la comunidad entre los Aymaras de Arica 1996-1990*” (1993), Patricio Tudela planteará enérgicamente que la explicación del auge del pentecostalismo en la sociedad andina, debe basarse y brindar una principal atención en los conceptos de anomia y de deprivación (al igual que Lalive D’ Epinay). Desde su posición el auge del pentecostalismo se basa en que la comunidad andina ya no es la misma de antes, debido a que la sociedad chilena la ha aniquilado. De este modo los movimientos pentecostales vendrían a dar respuesta a este estado de crisis o anomia social, por lo cual más que destruir la comunidad el pentecostalismo la revitalizará: “Desde esa perspectiva, esta presencia debe ser concebida con un nuevo y renovado impulso que favorece a la comunidad”².

Con respecto al posicionamiento de Tudela, Bernardo Guerrero planteará que este ofrece una explicación funcionalista a la aparición del movimiento pentecostal. Para él, lo importante para Tudela es la gestación de un orden social no importando los ejes sobre los cuales se articula éste. En otras palabras el tema pasará por la capacidad que posee el pentecostalismo para devenir en comunidad. Lo paradójico del caos será que la revitalización que supone Tudela, primero que nada necesita de la destrucción de la comunidad tradicional.

El antropólogo chileno Rolf Foerster en su artículo “*Pentecostalismo mapuche: ¿fin o reformulación de la identidad étnica?*” (1986), es quizás el primero, y uno de los únicos, en abordar esta temática con relación al pueblo mapuche.

Para Foerster, el crecimiento vertiginoso de las sectas pentecostales entre los mapuche plantea diversas problemáticas, entre las cuales él se interesará en dos: la primera, ¿Hasta que punto el pentecostalismo representa una ruptura o una continuidad con la religiosidad mapuche?, la segunda ¿qué consecuencias puede traer para su identidad cultural?

Para responder a las primera de estas problemáticas Foerster se centrará en tres elementos o dimensiones constitutivas de estos dos modelos religiosos, con el objetivo de demostrar que si bien a primera vista el pentecostalismo plantea una ruptura o quiebre con la religiosidad mapuche al profundizar en las manifestaciones de ambas religiones se puede encontrar una cierta continuidad entre ellas.

La primera dimensión en ser abordada es “la lucha entre el bien y el mal”. Desde su punto de vista tanto la religión mapuche como la pentecostal se centran en una eterna lucha entre el bien y el mal. En pos de evitar que las fuerzas del mal rompan con el orden social ambas manifestaciones religiosas hacen uso de sus medios rituales para hacer frente a estas fuerzas y el peligro representan.

“La observación más aguda de Titiev fue precisamente que los araucanos creen en una especie de dualismo en el cual los poderes buenos o positivos que sostienen la sociedad se oponen a las fuerzas del mal que rompen con el orden social. Ahora bien los pentecostales mapuches sostienen lo mismo... incluso están más preocupados que sus hermanos no pentecostales en que hay que luchar, con todos los medios rituales, para evitar los estragos de las fuerzas del mal. Justamente la creación de una nueva

² Tudela, Patricio, “*Cambio religioso y revitalización de la comunidad entre los Aymaras de Arica 1996-1990*”. Pág.20

comunidad ritual tiene como sentido combatir las máximas manifestaciones de lo numinoso impuro en la cultura mapuche: la enfermedad” (Ibid.: 126).

A pesar de estas similitudes, Foerster reconocerá que las diferencias observables en la religiosidad de mapuche pentecostales y mapuche no pentecostales radica en el uso de los medios rituales. En los pentecostales predominaría las prácticas religiosas y en los no pentecostales las prácticas rituales mágicas.

La segunda de estas dimensiones tiene relación con *el papel de los antepasados*. Por su experiencia adquirida en sus trabajos de campo en comunidades Huilliches, Foerster afirmará que la importancia que la cultura mapuche entrega a sus antepasados no se ve afectada en los casos en que la población mapuche participa en cultos pentecostales.

“...Los pentecostales mapuche están muy lejos de valorar de un modo negativo (como es común, por ejemplo, entre los protestantes de la zona andina). El pasado religioso de los ancestros es considerado como “puro”, “limpio” y “lleno de fe” El presente en cambio, es valorado negativamente: los nguillatunes y los machitunes se han “degenerado”, “corrompido” por el uso del alcohol, por la falta de “fe”, etc. El pasado, entonces, para el pentecostal de nuestra comunidad, aparece como un arquetipo del presente (de la comunidad cáltica), el cual solo puede ser recreado por los nuevos ritos de la comunidad pentecostal (se establece así la continuidad con los antepasados)” (Ibid.: 132).

La tercera y última de las dimensiones en ser abordadas es “el sentido de la comunidad ritual”. Si bien para Foerster existirán diferencias entre la comunidad ritual tradicional mapuche y la comunidad cáltica pentecostal, en las dos se puede encontrar una misma representación de las coordenadas espacio-tiempo.

En conclusión el pentecostalismo sería capaz de generar un tipo de continuidad étnico-cultural con los elementos considerados fundamentales dentro de la cultura mapuche, lo cual favorece en la población mapuche los procesos masivos de conversión al pentecostalismo, especialmente en aquellos sectores en donde los constructos culturales constitutivos de la religiosidad mapuche se han debilitado por el contacto con la sociedad occidental que pretende reducir su identidad cultural.

Con el objetivo de definir algunos de los rasgos peculiares de los movimientos religiosos evangélicos en territorio mapuche, que lo diferencian de la forma de operar que actualmente posee la iglesia católica, nos remitiremos a la caracterización presentada por Luca Citarrella (Op. cit.) en el libro *Medicinas y culturas en la Araucanía*:

“... fundamentalismo bíblico y mesianismo, cuyo mensaje se centra en el anuncio de la salvación, el reino de Dios, cuya garantía terrestre es la curación de la enfermedad. Relación muy estrecha entre el ámbito de lo sagrado y el ámbito de la medicina, que vincula las prácticas religiosas con el mantenimiento de la salud y la curación de los individuos”.

5.1.2. Los procesos de conversión religiosa

El fenómeno de la multiplicación de estos movimientos religiosos a través del mundo, y especialmente en los países subdesarrollados o los también denominados tercer mundistas, ha generado que distintas ramas de las ciencias sociales se hayan ocupado extensamente sobre los procesos de conversión.

El proceso de conversión religiosa puede definirse “como una modificación del concepto que una persona tiene de si misma, de modo tal que llega a definir su propia identidad en términos de la visión de

mundo que le proporciona una nueva religión⁹. El cambio sufrido por la persona implicará necesariamente modificaciones en sus creencias y en su visión de mundo, debido a que es en término de estas nuevas creencias que el individuo se redefinirá.

Tomando como base esta definición y reconociendo la diversidad en el comportamiento humano, podemos establecer que no toda persona incorporada a un grupo religioso o iglesia se ha transformado inmediatamente en un convertido debido a que no todos los individuos asumen un compromiso similar con el grupo o la iglesia en cuestión.

Basados en las problemáticas conceptuales y operativas que puede presentar la categoría de *convertido* o *conversión* religiosa, algunos investigadores ven la necesidad de generar una distinción entre esta última y la de "reclutamiento". "Cuando la gente se une a un culto religioso y pasa a ser un reclutado cambia su comportamiento adoptando un nuevo rol en determinados contextos. Los cambios pueden ser dramáticos, pero no están necesariamente basados en modificaciones en las creencias o en la visión de sí mismo"¹⁰. En contraste, la conversión conlleva un compromiso religioso que supone que la nueva identidad religiosa se convierte en el principal motor para las acciones del individuo, las cuales estarán destinadas a cumplir con lo que percibirá como obligaciones en relación con su nuevo grupo.

La diferenciación realizada entre conversión y reclutamiento, apunta principalmente a superar las dificultades evidenciadas en los primeros estudios realizados al respecto. En la mayoría de estos estudios se asumía que la afiliación con un grupo religioso necesariamente involucraba una transformación de la identidad, razón por la cual muchos estudios que intentaron constituir estudios de conversos eran realmente estudios de reclutados a ciertos grupos religiosos.

Dentro de la Sociología de la Religión, los estudios sobre los procesos de conversión difieren entre sí de acuerdo a la perspectiva que los autores, explícita o implícitamente, han asumido en relación a los conversos y particularmente conforme al grado de libertad y responsabilidad por sus actos que les han adjudicado a los mismos¹¹. Para los sociólogos argentinos María Julia Carrozi y Alejandro Frigeiro (Ibid.) se pueden individualizar cuatro posiciones alrededor de las cuales se agrupan los trabajos sobre el tema, con lo que se puede observar que los estudios de conversión se han diferenciado entre sí de acuerdo a si conciben a los conversos como víctimas de la acción de estos grupos religiosos; como sujetos determinados por sus características psicológicas y sus relaciones sociales previas a la conversión; como sujetos condicionados por sus relaciones sociales actuales o como individuos activos que eligen los cursos de acción a tomar de acuerdo a sus objetivos y apetencias.

Para quienes conciben a los conversos como víctimas de la acción de estos grupos religiosos entienden el proceso de conversión como un "lavado de cerebro", adoptando por lo tanto una perspectiva psicopatológica a través de la cual se pone el acento sobre la carencia de y debilidades personales de quienes son reclutados y sobre la sofisticación de las técnicas de reclutamiento utilizada por estos grupos

Para aquellos que perciben a los conversos como sujetos determinados por sus condicionamientos psicológicos, su socialización y su situación social previa al contacto con el grupo religioso, adoptando de esta forma una perspectiva psicosocial que pone el acento en las condiciones psicológicas y sociales de los individuos que empujaría a los individuos a transformarse en un converso, conceptualizando la conversión como un proceso que los individuos atraviesan de forma en cierta medida independiente de su voluntad y mediante el cual resuelven crisis, tensiones y frustraciones.

Con relación al enfoque o eje de análisis que concibe a los conversos como sujetos condicionados por sus relaciones sociales, este adopta una perspectiva funcionalista poniendo su acento en la

⁹ Frigeiro, Alejandro y Carrozi, María Julia (1994), "Estudios de conversión a nuevos movimientos religiosos: perspectivas, métodos y hallazgos". pág. 5

¹⁰ Ibid. Pág. 6.

¹¹ Ibid. Pág. 10.

caracterización de los contextos organizacionales que favorecerían la conversión religiosa, la cual es entendida un proceso por el cual, mediante la interacción con un grupo el sujeto asume como propia la cosmovisión del mismo y la identidad que este le asigna. Desde esta perspectiva, los requisitos organizacionales que las instituciones religiosas parecen reunir para favorecer la conversión aparecen similares a los de otras organizaciones, como las agrupaciones políticas.

Por último, quienes ven a los conversos como individuos activos han adoptado una perspectiva interaccional simbólica, poniendo el acento en las elecciones y consideraciones que los individuos realizan al contactarse con un grupo religioso, adoptar sus creencias, modificar su identidad personal en términos de las nuevas creencias y comprometerse en las actividades del grupo. Desde esta perspectiva, se concibe la conversión religiosa como una experiencia mediante la cual los individuos transforman su visión de mundo, sus relaciones sociales y su concepto de sí mismos.

En cuanto a la influencia que la práctica de los credos religiosos no mapuche tiene en el campo de la salud, el estudio exploratorio realizado en el sector wenteche antes referido indicaría lo siguiente.

La adscripción religiosa no mapuche de quienes que practican algún tipo de rol terapéutico mapuche, es católica; pareciera que la fe católica no les prohíbe practicar su cultura. Es más, la mayoría de las y los *machi* son católicos, pero no operan bajo la lógica católica occidental, sino que más bien adecuan esta pertenencia a la cosmovisión mapuche.

Las observaciones realizadas indicarían que la pertenencia a las órdenes religiosas occidentales estarían incidiendo en la frecuencia con la que se hacen los *gijatun*, ahora se hacen cada cuatro años y cada vez con menos participantes; pareciera que cada vez hay más convertidos evangélicos y los jóvenes en su gran mayoría no se interesan y no participan. No pueden hacerse cargo de los *gijatunes* porque no lo entienden.

En relación a la evaluación que hacen los mapuche no evangélicos de los evangélicos es que *ellos* han perdido su condición de mapuche, ya que ser evangélicos los hace automáticamente negar la cultura, no reconocer las autoridades espirituales y políticas tradicionales.

En definitiva, el no practicar las tradiciones, la lengua, o sea la cultura mapuche, según los habitantes de esta comunidad *wenteche*, hace que las persona pierdan su condición de mapuche y, por tanto, generan pérdida de cohesión social, la que sistemáticamente conlleva a divisiones entre los habitantes de la población.

El estudio de la influencia de sistemas médicos no mapuche y de creencias religiosas no mapuche ha avanzado con la construcción de instrumentos de indagación orientados a contrastar y triangular información en las tres identidades territoriales, proceso que está en marcha.

6. En relación al objetivo 5

Este es el siguiente:

- Evaluar las modalidades de investigación científica hacia o respecto de la población mapuche en los últimos diez años en el campo de la medicina y de la herbolaria.

El equipo se ha aproximado a este objetivo buscando la colaboración de expertos que, en el campo de la biomedicina y la herbolaria, han tenido acceso a información relevante particularmente en casos donde esta investigación compromete información o referencias a población mapuche. En el primer caso, se logró un estudio orientado a determinar el “perfil de las investigaciones en salud hacia la sociedad mapuche desde el sistema biomédico de salud”. El propósito último de este estudio consiste en develar el tipo y calidad de investigación médica que realiza el sistema de salud nacional hacia la población mapuche. El problema a investigar consiste en verificar de qué modo las variables étnicas influyen y/o

determinan los proyectos de investigación médica realizados en los últimos años en Chile, y particularmente, en la IX región. La hipótesis profunda de este estudio afirma que, por una parte, existe desconsideración de las variables étnico – culturales al formular los proyectos de investigación y, por otra, esta variable constituye valor agregado a los resultados de investigación.

Ambos tipos de respuestas serán indirectas en el caso de la investigación formulada dejando abiertas las posibilidades de avanzar a una comprobación exhaustiva, tomando en cuenta que lo que está en juego son los derechos indígenas ante la ciencia oficial en el campo de la práctica y el conocimiento biomédico. La argumentación que apoya la hipótesis profunda señala que ya existen precedentes acerca del uso explícito de material genético indígena para propósitos científicos, a través de métodos no negociados con los propios indígenas, lo que va en contra de la ética científica (caso Genoma Humano).

En consideración a lo anterior, los objetivos de la primera investigación en este campo son los siguientes:

Objetivo general:

- Describir el tipo y calidad de la investigación médica realizada por el sistema de salud chileno hacia la población mapuche en los últimos 10 años.

Objetivos específicos:

- Ilustrar el tipo de investigación médica realizada hacia la población mapuche en los últimos 10 años.
- Categorizar la participación (directa e indirecta) de la población mapuche en las investigaciones médicas en el país.
- Identificar los aspectos éticos involucrados en las investigaciones que consideren la variable cultura y etnicidad.

En cuanto al estudio de medicina herbolaria, y en una perspectiva similar a la anterior, interesa hacer un registro de proyectos teóricos y/o aplicados que determinan características y principios activos de herbolaria reconocida como parte del patrimonio cultural mapuche. Interesa, por tanto, caracterizar los proyectos identificando la institución financiadora y ejecutora y los resultados y productos obtenidos, así como, de un modo principal, indagar acerca del tipo de relación del proyecto con el conocimiento mapuche y, más aún, determinar el tipo de participación de la población mapuche, sea en calidad de informante o participante.

Este estudio ha logrado identificar 51 proyectos relacionados con el tema, de los cuales 45 lo hacen de un modo más directo. La consulta ha sido mayoritariamente electrónica, pero también se han considerado consultas a investigadores. El catastro inicial revela que el tipo de estudio es válido para el propósito general del proceso que se informa; e aparecen las principales universidades de Chile involucradas, como lo hacen también los museos, instituciones extranjeras, ONG's y organismos del gobierno que, en elevados montos, han financiado diversos tipos de proyectos orientados al mercado desde la farmacopea tradicional mapuche. Destaca la no participación de parte de la población mapuche en la mayoría de los proyectos identificados.

7. En relación al objetivo 6

Evaluar el comportamiento étnicamente diferenciado en salud de la población mapuche en cada territorio, respecto del estado contemporáneo de la medicina mapuche.

Debemos partir de la asunción de que en el territorio mapuche hoy día coexisten sistemas médicos en competencia (Citarella Op. cit.; Carrasco 1998), entre los cuales se reconocen el propiamente mapuche en sus distintas formas; el popular y el biomédico.

El estudio exploratorio en un sector *wenteche* de la región indica que la población, en su gran mayoría, consulta ambos sistemas: el sistema médico mapuche y el sistema médico occidental.

Los *machi* derivan a sus pacientes cuando no existe posibilidad de mejorar a un enfermo con su sistema médico; actitud que es reconocida por parte de la población como positiva ante la responsabilidad que le cabe de preocuparse por la salud de las personas. Lo anterior indicaría que existe por parte de los/las *machi* conciencia de los límites de su propio sistema terapéutico, lo que obligaría a consultar o considerar los conocimientos de la medicina *wigka*. Al mismo tiempo, las personas evidencian esta diferencia con los médicos, pues éstos en su gran mayoría no derivan al paciente hacia la *machi*, ya que no creen en esta posibilidad y no aceptan que existan conocimientos acerca de ciertas patologías que la ciencia occidental desconozca. El supuesto apuntaría a que los agentes del sistema médico occidental sólo confían en sus propios métodos experimentales y terapéuticos y anulan todo conocimiento que no halla sido proporcionando por los métodos científicos convencionales.

El estudio exploratorio también ha permitido avizorar, en lo que respecta sistema médico mapuche y específicamente en lo relativo al rol de la *machi*, algunas modificaciones estructurales que nos hacen comprender o graficar de mejor forma el por qué en ciertos casos el modelo médico mapuche ha pasado a llamarse “medicina popular”.

Inicialmente, se ha podido constatar que ciertas nomenclaturas de enfermedades reconocidas por los especialistas, no son necesariamente representativas para los sectores mapuche sin que podamos dilucidar si se trata de un problema relativo a la indagación o a la comunicación lingüística. Esto ocurre en el caso de las enfermedades registradas por Citarella que no son reconocidas por toda la población como la envidia, el susto y el antojo.

Las personas mayores tienen muchos conocimientos acerca del autocuidado o atención de la enfermedad a nivel casero, por lo que muchas veces no necesitan acudir a un especialista. Para el caso del Pasma las personas pueden atenderse solas o por algún miembro de su grupo familiar. Para el caso del *Katrifün* y la Tifus es lo mismo, se puede atender en el domicilio del enfermo sin necesidad de tener que acudir a un especialista. Generalmente las hierbas que se necesitan están en los propios huertos o cerca de sus casas, por lo que el acceso a estos insumos naturales sólo requieren del conocimiento de las especies herbáceas y de otras condiciones de tipo cultural cuando se necesita ingresar a algún espacio que está restringido porque su uso significa la transgresión de normas. El comportamiento incorrecto de estos rituales muchas veces desencadena enfermedades producto de la transgresión cometida (Carrasco, Op. cit.).

Otro de los agentes médicos mapuche en territorio *wenteche* es el de la/el *gütamchefe* o “componedora de huesos”; la que realiza su labor terapéutica de la manera tradicional mapuche y no incorpora elementos foráneos.

La vigencia del modelo médico mapuche puede hallarse presente en una sola familia; en P. N. hemos encontrado a un *zugümachife* que además es *guillatüfe* y santiguador, sin considerar sus roles tradicionales de *Logko* de su comunidad, así como también Presidente Sectorial e incluso Panteonero de su comunidad. Por otro lado, está su esposa, conocedora de las hierbas medicinales que crecen en el

entorno y *gütamchefe* de huesos. Esto sumado a las 5 *machi* y 3 *machi* varones, constituyen un sector dentro de la identidad territorial *Wenteche* que da cuenta de la riqueza cultural y de la vigencia del modelo médico mapuche.

Con respecto a la opinión que se tiene de la *machi*, esta es positiva, aunque sí aparece el problema de los costos como una limitante para las personas, que muchas veces no acuden por no tener dinero. En todo caso, se nos explica que una buena *machi* nunca ha de dejar a un enfermo sin atención y que siempre existen formas de retribuir por los servicios otorgados.

Un aspecto importante de señalar con respecto a las *machi* es que no siempre se dimensiona la cantidad de personas que acuden a ellas o ellos, ya que en la mayoría de las veces los enfermos prefieren ir sin que las otras personas de la comunidad lo sepan; esto hace que el número de personas sea siempre mayor del que se piensa. Por otro lado, también existe el factor que en una gran cantidad de casos los enfermos acuden a *machi* de otro sector, que es un mecanismo propio de los mapuche para lograr una mayor efectividad en los tratamientos; a su vez, esto también es un indicador de que no siempre se está en conocimiento de quiénes son los que actualmente se encuentran teniendo tratamientos con *machi*.

7.1.1. Demandas en salud y medio ambiente en el marco del movimiento mapuche actual

7.1.2. Justificación del tema

El propósito investigativo es indagar acerca de las principales demandas concernientes a la Salud y al Medio ambiente, y las dinámicas que éstas han asumido al interior del movimiento social mapuche durante las últimas décadas. Se busca conocer los objetivos y los principales procesos de acción de este particular movimiento social en la trama interétnica de la Araucanía, conociendo las principales demandas y los motivos de su gestación por parte de los actores mapuche en el contexto multicultural e interétnico local.

7.1.3. Problematicación del contexto

La Araucanía como la mayoría de los contextos de concentración de población indígena y “criolla”, se ha transformado en las últimas décadas en un espacio vital de relaciones confrontacionales. Desde el tiempo de la Colonia, la realidad de las poblaciones indígenas se fue subsumiendo a una estandarización en categorías que los diversos grupos de los países latinoamericanos, sobre todo los de elites políticas y económicas, fueron definiendo como tales e implantando en ellas sus características como las de primer orden definicional. La negación del otro, o lo que han denominado la “negación del indio”, fue un proceso político y social que fue impulsado desde el tiempo de la gestación de los Estados–Naciones, como también un motor del denominado auge del progreso. Desde el tiempo de la implementación de las ordenanzas republicanas, la presencia del sujeto indígena no era considerado como un actor trascendente de la trama local, sino más bien como un actor de segundo orden definido como tal según los intereses que sostenían las jerarquías dominantes en las unidades nacionales recién implantadas.

El ideario de la mayoría de las realidades coloniales era la implementación de ciertas categorías políticas que se reflejaban en la confluencia de tres conceptos que fueron asumiendo gradualmente diversos niveles en las nuevas sociedades latinoamericanas. Nos referimos a los conceptos de Pueblo, Estado y Nación. En este escenario, las poblaciones locales tuvieron que situarse y buscar acomodos que llevaban a una clara diferenciación en prácticas y clases sociales que en la gran mayoría de los casos, y en el indígena de todos modos, fueron de un modo asimétrico y unilateral.

A diferencia de lo que han planteado diversos investigadores de estos fenómenos en Latinoamérica (Bengoa, et al.) no consideramos que durante esta primera fase de contacto forzado las diversas identidades étnicas precolombinas hayan desaparecido, sino más bien se vieron opacadas y altamente

vulneradas por la agresiva tendencia nacional de asimilación cultural, reflejadas en las articulaciones jurídico – sociales que ellos mismos ideaban. Debemos considerar que las realidades republicanas de los diversos países han estimulado a lo largo de sus historias, una mirada centrada en un ordenamiento jurídico–social monocultural, el cual se ha manifestado en los diversos cuerpos legales, que han jerarquizado un orden en el cual lo étnico se ha debido subyugar a lo nacional.

Sin embargo, en los contextos de amplitud del espacio cultural, es decir, en los lugares naturales de asentamiento indígena, y en aquellos en los cuales las manifestaciones aculturizadoras no lograron penetrar de un modo tan notorio, continúan apreciándose hasta el presente nichos de uso de conocimientos y de prácticas étnicas, en los cuales se desarrollan las identidades, en este caso mapuche, en un actuar más bien solapado a sus manifestaciones sujetas a las condicionantes políticas, jurídicas y sobre todo económicas que la nación colonial impulsó. De este modo, las poblaciones indígenas fueron desarrollando un actuar interétnico sujeto al contexto de dominación en el cual vivían, distinguiéndose etapas en ellas, las cuales en el caso de Chile fueron desarrollándose, en este doble estándar, a medida que el Estado iba generando las diversas opciones programáticas hacia la población indígena.

De igual modo, la concepción de Estado progresista o abierto a la modernidad, tuvo que entrar en dialogo con el “indio”, identidad por éste definida a la luz del pensar y actuar de los grupos étnicos que en el territorio nacional se encontraban organizados. Sin llegar a desarrollar lo que en otros países latinoamericanos han denominado la “etapa indigenista en las políticas locales”, Chile se mantuvo alerta al actuar y operar de las organizaciones, como un medio de control a los ejercicios que ellos mismos comenzaban a levantar. En el caso chileno, se comienza a gestar un movimiento social mapuche que inicia un camino de impacto más notorio en las políticas o programas que el Estado implementa desde comienzos del siglo pasado. Avanzando hacia la mitad de la década de los ‘60 y la primera parte de la de los ‘70, a través de los planteamientos reformistas de parte del Estado chileno en el ámbito rural, como también las propuestas contra-reformistas de la década de los ‘80 en el periodo del gobierno militar, las agrupaciones mapuche en la región comienzan a implementar un cuerpo más concreto de peticiones al Estado donde la búsqueda de reconocimiento como tales, es decir, como Pueblo, es la demanda que se desprende de las experiencias observadas en otros pueblos del continente, como también surge como respuesta a un proceso largo de reflexiones que habían sido iniciadas alrededor de la década de los ‘50. Desde estos tiempos, la actitud de las organizaciones mapuche se desarrolla de un modo directo y en pleno resguardo de sus características culturales, donde no dejan de estar presente las necesidades concretas que poseen en cuanto a la manutención de la vida mapuche en los contextos naturales de vida, como son las comunidades. Es decir, la demanda que surge al interior de las agrupaciones con mayor fuerza, es la oportunidad de implementar formas de apoyos económico – productivos para mitigar el deterioro que atraviesan las unidades domésticas mapuche y, por tanto, su natural estructura social.

Es en este contexto que las organizaciones mapuche y los propios *lof* o comunidades, van a impulsar un cambio en los patrones de relaciones entre Estado y Sociedad Mapuche, el cual se manifiesta claramente en los primeros años de los ‘90, con el pacto de Nueva Imperial, que trae como principal consecuencia la actual legislación indígena (Ley 19.253).

El desarrollo de una idea de legislación que fue fruto de una incansable tarea comunicativa de parte del movimiento mapuche y sus comunidades con el Estado chileno, fue estableciendo una nueva forma de comunicación entre ambas sociedades –proceso animado desde las propias elites político-partidistas de la sociedad chilena- que otorgan espacio de liberación y cautiverio ideológico hasta el presente.

Demandas y movimiento mapuche van de la mano y son parte de una misma dinámica socio–política, en la cual los distintos actores mapuche buscan levantar voces de participación, conocimiento y de sabiduría para responder a sus necesidades múltiples, sea desde visiones sectoriales o globales.

Las principales demandas de los líderes respecto de la vida mapuche, aunque en la forma se pueden supeditar a las necesidades económicas, abarcan también cuestiones jurídicas, vitales para la reproducción natural y social de los grupos mapuche. No obstante lo anterior, la demanda por salud no está presente en la actual legislación indígena y ha sido motivo de discusiones particulares de parte de las organizaciones mapuche, en gran medida impulsadas por estrategias participativas de parte de los organismos públicos en salud.

Durante el desarrollo de nuestra investigación esperamos dar cuenta de cómo estas demandas se han desarrollado y han impactado a la propia población mapuche y a la nacional, diferenciando las respuestas estatales que se han dado.

Para la gran mayoría de los mapuche, la forma natural de enfrentar el problema es de un modo más orgánico no disociador, donde “para analizar porque el mapuche está mal en lo que se refiere a su salud, se debe contextualizar el problema, ya que la salud tiene que ver con la vida y la práctica diaria, y esto tiene que ver con la tenencia de la tierra y el modo de explotarla...” (D.R., *Logko bafkehche*, 1996). De igual modo, la negación mapuche en cuanto a las prácticas en salud desde el sistema nacional es un elemento de crítica permanente en las diversas agrupaciones mapuche y se distingue principalmente en los siguientes términos:

- El desencuentro del sistema de salud chileno con las necesidades indígenas. La negación de la medicina mapuche como una forma válida de práctica y conocimiento en salud.
- El empobrecimiento de la tierra por la paulatina escasez del agua, lo que genera bajas expectativas de permanencia en los contextos rurales, amenazando cuadros de migración forzada.
- La negación y sanción de los conocimientos mapuche en Salud y el uso local inapropiado del ecosistema, con impactos negativos en la salud.
- La discriminación de lo indígena como una práctica general al interior de la sociedad chilena y que también reproducen el Estado y sus instituciones.
- Incumplimiento del espíritu que motivó la Ley Indígena y a la Ley de Bases del Medio ambiente, en cuanto al resguardo de la naturaleza y su entorno.

El estilo de sistematización de las demandas mapuche parece provenir de la participación de los actores que han participado en un Encuentro Continental sobre Pueblos Indígenas y Salud, realizado en Canadá en 1993. El movimiento mapuche ha reaccionado favorablemente a ellas intentando asumirlas y en encuentros locales reiteradamente ha formulado de manera sintética las siguientes demandas:

- “Abordaje integral de la salud”. Se ha planteado un concepto holístico el cual debe incluir la perspectiva indígena en cuanto al tratamiento del tema.
- “Autonomía y Autogobierno de los pueblos indígenas”. Se ha definido como el derecho a participar en la definición e implementación de políticas de salud.
- “Derecho de los Pueblos Indígenas a la participación sistemática” dentro de las comunidades y frente a las instituciones en Salud.
- “Revitalización de la cultura”. El derecho de los pueblos indígenas a que se respeten sus lenguas, tradiciones, costumbres y religiones. Esos elementos culturales deben servir de base para la construcción de los modelos alternativos de desarrollo y salud.

- “Reciprocidad”. Es la conceptualización de que ambas sociedades se necesitan, con una clara intención de trabajo conjunto.

De este modo, las principales actividades de esta línea de la investigación intentará dar cuenta del estado de las demandas anteriormente enumeradas, como también de las dinámicas que se han desarrollado entre ellas y el Estado, por un parte y entre ellas y las propias comunidades, por otro. Dentro de este marco analítico se incluirán, análisis a los cuerpos legales principales que operan en la jurisdicción chilena e internacional (Ley Indígena, Ley de Bases del Medio ambiente y Ley de Uso del Suelo y Subsuelo).

En cumplimiento de lo anterior, se han establecido como principales líneas de indagación las siguientes:

Revisión de la bibliografía concerniente a los movimientos sociales indígenas internacionales y nacionales, desarrollando una revisión antropológica de los textos *La Emergencia Indígena en América Latina* de José Bengoa (2002) y el texto *Conciencia Étnica* de Fernando Mires (1995).

En estos dos textos se hará una revisión de los conceptos de: etnia, cuestión indígena, movimiento indígena, identidades étnicas, pueblos indígenas y estados nacionales, entre otros.

En una fase posterior, la revisión bibliográfica será confrontada con las versiones que de estas relaciones conceptuales establezcan algunos dirigentes mapuche de la actualidad, quienes puedan otorgar la mirada interpretativa propia que complemente los alcances de la revisión hecha en la fase anterior. En este nivel se distinguirán tipos de dirigentes según sus identidades territoriales y perfiles de organizaciones a las cuales pertenecen. De igual modo lo más importante será relacionar las demandas locales en Salud y Medio Ambiente que promuevan los diversos actores y las dinámicas que ellas han ocupado en el movimiento mapuche en general.

Un tercer nivel que se ha desarrollado desde el inicio de la definición de la unidad de análisis, ha sido la revisión de los principales Encuentros Nacionales de Salud y Pueblos indígenas desarrollados en los últimos diez años -Encuentro de Puerto Saavedra (1996) y el de Villarrica (1999). A su vez se revisará fuentes periodísticas que den cuenta del impacto de estas demandas en el aparato público en salud como en el propio movimiento mapuche.

8. En relación al objetivo 7

- Incorporar e identificar un abordaje en torno a los conceptos de riesgo/fortaleza del sistema de la medicina mapunche ante las influencias múltiples a que se ve sometida.

Este es un objetivo eminentemente interpretativo que será desarrollado a partir del trabajo de campo y hacia el final de la investigación. No obstante lo anterior, se dispone de antecedentes preliminares sobre el tema.

9. Aprendizajes a modo de conclusiones

A medida que avanza la ejecución del presente estudio aumenta el entendimiento de su importancia social, al mismo tiempo que de su complejidad en el ámbito metodológico.

Tanto el conocimiento especializado sobre los sistemas culturales mapuche y, particularmente, sobre el de la salud, como las prácticas que caracterizan a las instituciones que atienden la salud de la población, son indicativas de que no existe un entendimiento profundo de los supuestos culturales y cosmovisionales que le dan sentido al comportamiento propiamente mapuche.

En cuanto a la importancia social, ésta estriba en la posibilidad de que la sociedad nacional disponga de un acervo de conocimientos sistemáticos que permita caracterizar las particularidades del sistema y medicina mapuche, así como las prácticas diferenciadas de la población en cuanto a la recurrencia a sistemas distintos, así como de búsqueda de articulaciones propias en pos de una mejor salud. Parece altamente significativo hacer un esfuerzo por presentar una imagen coherente acerca del ámbito de la salud relacionando éste con los factores que dentro del propio sistema cultural mapuche lo condicionan y, al mismo tiempo, esclarecer la incidencia de factores sociales, culturales y políticos han intervenido e intervienen este sistema perturbando su eficacia preexistente y comprometiendo la salud de la población en los momentos actuales.

De un modo paralelo, hemos constatado que aun la propia antropología, en tanto ciencia social, se ve imposibilitada de representar apropiadamente la lógica del comportamiento médico y, al mismo tiempo, demandante de salud por parte de la población mapuche.

Las instituciones sociales, por su parte, especialmente las de salud y, en general, las biomédicas, actúan bajo la confianza de que sus instrumentos conceptuales y metodológicos son aptos para comprender y conocer las realidades sociales y culturales mapuche.

En este contexto, el presente estudio ha representado uno de los esfuerzos más significativos del equipo CES en intentar articular diversos niveles de conocimiento y discusión con importancia social, proceso en permanente revisión. En este sentido, la importancia del estudio apunta a intercalar la superposición de la metodología cuando de discursos propiamente mapuche y de discusiones sociales y políticas se trate, para luego acudir a la legitimidad metodológica cuando ello sea necesario para que el estudio avale las afirmaciones que origina. Esta es una práctica metodológica auto-exigida por el equipo bajo la convicción de que es necesaria no sólo para la sociedad mapuche sino también para la sociedad nacional.

Textos dispersos, desconocidos, lógicas incoordinadas, asunciones no demostradas, demandas largamente insatisfechas, etc. no pueden ser condiciones dignas de reproducirse en el tiempo.

II Parte

Metodológicamente hablando se hará una presentación de forma y contenido referida al proceso de los talleres y a los ámbitos particulares que fueron considerados en ellos. En general, todos los talleres incluyeron **propuestas interpretativas desde COTAM, informaciones y re-percepciones acerca de los principales campos que el estudio global incluye: territorio, salud y medio ambiente, derecho y religiosidad y propuestas**. En este Informe se privilegiará el tema que corresponde, salud y medio ambiente, desde lo general a lo particular en términos de las propuestas recogidas, particularmente en el último taller de *Fu xono* y se incluye una síntesis de hallazgos según territorios y niveles de realidad, específicamente en torno al modelo de la medicina *mapunche* y sistema médico.

Antecedentes

En el período, el equipo ha participado en los Talleres de Carahue, Mehuin, San José, Imperial, Lonquimay y *Fu xono*. En estos talleres, el tema de la salud ha sido abordado de acuerdo al tipo de organización que COTAM ha logrado levantar en cada territorio dependiendo de las relaciones con los grupos locales. Así, el tema de salud apareció tratado por los especialistas en San José, Imperial, Lonquimay, Mehuin y en *Fu xono*, contándose, además, con la participación de la población asistente, procedentes de las tres identidades territoriales. Simultáneamente, el equipo que asistió a los talleres sostuvo entrevistas y conversaciones con la población concurrente, registrando la información para ser utilizada en el cumplimiento de los objetivos del Informe. Esto significa que se ha tenido una participación casi en la totalidad de los talleres, aunque incidental con las personas de los diferentes sectores representantes del *mapun kimün* en relación con la salud y de acuerdo a la programación hecha por COTAM.

En lo práctico, revisando los distintos encuentros organizados por COTAM, en relación al tema de salud y medio ambiente, se han visualizado niveles generales del estado del sistema médico *mapunche* y otros aportes más específicos en palabras de las propias personas “representantes de los sectores” en la modalidad de trabajo de la COTAM y adscritas en el estudio.

Presentación conceptual y político-cultural del modelo y sistema de salud *mapunche*

Esta presentación, como en todos los talleres, estuvo a cargo de uno de los miembros de la COTAM, en su calidad de *machi* o especialista de la salud *mapunche*, cuya presentación siempre fue complementada por los aportes de otro miembro de COTAM en lo organizacional y sociopolítico. De los cinco talleres, en tres de ellos esta temática fue particularizada a través del enfoque metodológico de tres miembros del equipo que aquí elabora el Informe y en el marco de la programación previa hecha con COTAM.

El especialista *machi* presentó, en el marco del concepto de *mapu* y abarcando el ámbito más amplio que sería el planeta, *wajontu mapu*, se identifican las zonas clave tanto para la religiosidad como para la salud: *pwel mapu*, *wiji mapu*, *pikun mapu*, *wayweh kūrūf*, *wajon mapu*, conceptos que son fijos y al mismo tiempo relacionales, fundando la espiritualidad y del mismo modo las condiciones simbólicas de la salud. El *wayweh kūrūf* y el *pikun mapu* indicarían las zonas de menos luz, de mayor oscuridad y de mayor rigurosidad, y respecto de las cuales no sólo hay que cuidarse en lo espiritual sino en lo físico-orgánico. En términos globales el concepto de salud aparece definido de un modo tan amplio que está asociado a la organización territorial, por un lado, y de persona, por otro, en sus distintas organizaciones sociales. Si existen en estos espacios los *newen*, estas fuerzas tendrán de igual modo un papel que cumplir en la conservación y disturbación de la salud. El concepto de salud emerge así como un estado condicionado por fuerzas externas al individuo mismo, pero influyentes y presentes en su vida personal y social-familiar.

Los especialistas en este terreno demuestran haber adquirido ciertas metodologías para producir el proceso antropológico de trans-cripción, es decir, asociación y expresión de significados distintos. Por ejemplo, cuando se explica que el espacio apropiado para que emerja la familia y el *lof che* como es el *kiñe el mapu*, se explica que en este concepto debe contemplarse una doble dimensión: un espacio dado, por una parte, y un espacio por establecer, por otra, dando a entender que existe un dinamismo permanente entre lo inmanente y lo contingente. En este plano se detectan discusiones entre los especialistas de COTAM y algunos de los asistentes a los Talleres, en el sentido de preguntarse acerca del papel que cumplirán las variantes significativas al interior de las identidades territoriales para efectos de la propuesta política y, al mismo tiempo, el papel de las distinciones de niveles de realidad, que serían perceptibles hoy día mayormente para quienes están asumiendo de un modo consciente una relectura de su ser social y cultural mapunche respecto de quienes, siendo mapuche, no lo hacen y, particularmente, respecto de la propuesta política en construcción.

Es interesante dejar constancia de que una discusión del carácter como la que ha generado el trabajo de los especialistas de COTAM, asumiendo la particularidad de la cultura mapunche de la no mapuche y, al mismo tiempo, la diversidad interna, ha sido de gran valor en la perspectiva de clarificar un posicionamiento no sólo respecto de ellos mismos como miembros de la cultura particular, culturalmente diversa, sino a su vez respecto de la distinta y, a su vez, dominante. Al respecto, se observa que el posicionamiento sociopolítico y cultural emerge en una discusión con altura de miras entre miembros de distintas identidades territoriales y respecto de una condición en la cual no necesariamente se cuenta con las condiciones para diferenciar los procesos de aprendizaje de la endoculturación, diferenciados entre los distintos individuos, y los factores externos en un espectro histórico amplio a partir de la Conquista que, naturalmente, dificultan los procesos indispensables de clarificación respecto del conocimiento en emergencia en los debates.

En síntesis, el tema de la salud en el modelo *mapunche* ha ido exponiéndose de modo sentar sus bases conceptuales e ideológicas en el trasfondo mismo de la filosofía mapunche, filosofía que además recoge los aspectos universales y clave en la conformación de una cultura: concepciones de espacios para la vida social y cultural, concepciones de factores filosófico culturales condicionantes del ser de las personas y del ser social del pueblo. En este sentido, el análisis y comprensión de riesgos y fortalezas en la temática procede precisamente de estas consideraciones, las que han sido vivenciadas por los actores y distinguidas por los observadores y participantes (Talleres de Carahue y San José).

En la misma perspectiva anterior, cabe mencionar el papel que ha jugado la conciencia de la pérdida del conocimiento cultural. Cuando el especialista, por ejemplo, plantea que “el *machi* antes mayormente diagnosticaba los estados de desequilibrio o *kuxan* y era la familia la que debía hacerse cargo de la búsqueda de los remedios y de la preparación de los *baweh*, para a su vez destacar el hecho de que el modelo de la medicina debía ser de responsabilidad del *lof che* y no exclusivamente del *machi* como es en la actualidad”, constituye un punto controvertido y que llama a la reflexión acerca de las debilidades contemporáneas que incluso derivan en sospechar de la intencionalidad del *machi*. En otras palabras, este factor de conciencia de pérdida, asumido en los talleres constituyó un factor de impacto no sólo respecto de la propuesta sociopolítica en el marco de la sociedad mayor sino respecto de la propia sociedad mapuche.

En síntesis, en todos los talleres se vivieron momentos de gran perplejidad, valoración de lo que se tiene, sentimientos de pérdida, impotencia respecto a cómo instalar de nuevo el modelo en sus fundamentos y expresiones más auténticos, gracias al aporte franco, profundo y auténtico de parte de los especialistas de COTAM. Dado que los talleres, en cuanto a este aspecto, tenían la intencionalidad de compartir fortalezas y debilidades y, al mismo tiempo, buscar en conjunto una salida a la encrucijada contemporánea fueron de gran valor para la etapa que queda aún pendiente. Varias de las personalidades participantes frente a esta situación se manifestaron en el sentido de que estos talleres han sido históricos y de gran significación e impelen a un pronunciamiento profundo de parte de todas las personas involucradas. La búsqueda de posibilidades de superar un proceso tremendamente dañino para la dignidad de la pervivencia del pueblo en la sociedad dominante, al ser manipuladas por ésta, ha

contribuido significativamente a una pérdida de los marcos de referencia que debieran orientar las condiciones de vida en la época contemporánea. En otras palabras, la sola emergencia de oportunidades y personalidades interesadas en orientar hoy día tales procesos, evitando confusiones y cruces culturales dañinos, bien valía la pena los actuales esfuerzos. En este sentido, podría decirse que una perspectiva más inmediatista, de manejo más contingente, que siempre apareció en los talleres, constituyó un punto que focalizó un debate trascendental sólo superable por los propios participantes.

Aportes de los participantes mapuche en los talleres

Uno de los aportes de modo más general que se ha encontrado dice relación con la vigencia y/o permanencia del sistema de salud *mapunche* en los distintos sectores de estudios por la COTAM y para el equipo. Entendemos por **vigencia aquí la revalidación otorgada al modelo conceptual y lingüísticamente comprendido y, particularmente, a la inmersión parcial y/o total a nivel intra cultural a través de las prácticas y al posicionamiento valorativo del mismo**. Así, por ejemplo hemos escuchado de parte de la gente, la existencia de “personas” encargadas de asumir tanto el conocimiento acerca de los distintos *baweh*, como en algunos casos de su tratamiento. Así, en el sector *bafkehche* y *wenteche*, se habla de *machi*, como la persona que asume el sistema médico *mapunche*. En el sector *bafkehche* (San José de la Mariquina), está la presencia de la “meica”.

No así en el caso de los *Pewenche*, donde no existe la figura de la o él *machi*. Ello fue expuesto en el encuentro de Lonquimay, donde fundamentalmente participaron *logko* de: *Mari menuko*, *Galletue*, *Quinken* y *Pewenko*. También participaron algunas mujeres, principalmente en representando a sus maridos y otras acompañando al hombre. En relación con la *machi* y su papel en Lonquimay, las personas desconocen, dicha figura. No obstante, se habla del *bawehchefe*, como la persona que asume el papel de conocimiento en relación con lo medicinal y el tratamiento de enfermedades; además de este aparece el *gütamchefe* (“componedor de hueso”). En el caso del *bawehchefe* las personas han señalado que es la principal figura reconocida por ellos, aunque más adelante señalaron que hoy día el tratamiento ante enfermedades las personas acuden a los centro médicos no mapunche (postas, consultorios y hospitales). Por último, una averiguación más cercana se obtuvo en Icalma, en conversación personas ancianas y *logko*, en el que nuevamente se señala la inexistencia de la figura de la *machi*.

En cambio en los otros sectores en que se tuvo relación y un acercamiento, existe la figura de la *machi*, no solo asumiendo el papel del sistema médico, sino que además el rol socio religioso, por ejemplo en el *gijatun* en el que ordena en forma más particular el modo de realizar el ceremonial, otros sectores como *Xuf Xuf*, si bien no participa directamente en el *gijatun*, la *machi* asume el papel de realizar el *tayül*.³

Por otra parte, se ha encontrado la figura de personas como *püñeñelchefe* que asumen en forma más específica el tratamiento del parto.

A modo de síntesis, respecto de los antecedentes recogidos en los talleres y observaciones de terreno, se presenta un ordenamiento de los principales hallazgos diferenciados según los territorios y según niveles de realidad, necesarios de distinguir en el campo del modelo de medicina y el medio ambiente.

³ *Tayül*, en forma general es un tipo de ñil que se observa en los ceremoniales como el *gijatun*, particularmente cuando se realiza el *choyke purun*, allí las *tayülfe* van animando a éstos.