



Universidad Academia de Humanismo Cristiano
Escuela de Trabajo Social

***Medicina Mapuche y Salud Intercultural:
“Una mirada cualitativa de familias mapuches y no mapuches del seccional sur de
la comuna de La Pintana”***

Alumna: Carmen Orellana Pallaleo

Profesor Guía: Domingo Namuncura

Tesis para optar al Título de Asistente Social
Tesis para optar al grado de Licenciado en Trabajo Social
Santiago 2010

INDICE

INTRODUCCIÓN	4
ESTRUCTURA METODOLOGICA	10
1.1. Planteamiento del problema.....	10
1.2. Objetivos	18
1.3. Hipótesis.....	20
MARCO METODOLOGICO.....	21
2.1 Tipo de estudio.....	21
2.2 Unidad de Análisis	22
2.3 Localización de la investigación	23
2.4 Universo	23
2.5 Muestra.....	24
2.6 Consideraciones Éticas.....	24
2.7 Técnicas de recolección de la información	25
2.8 Técnicas de análisis de los datos.....	25
2.9 Variables de la investigación	26
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO	27
CAPÍTULO I: IDENTIDAD CULTURAL Y DIVERSIDAD ÉTNICO- CULTURAL	28
1.1 El concepto de cultura a través de la Historia	28
1.2 Elementos Universales de la Cultura	38
1.3 Universalidad, Particularidad y Generalidad	40
1.4 La idea del Contexto	41
2. La Identidad Cultural	44
2.1 Niveles de Identidad Cultural	45
2.2 Etnocentrismo y relativismo cultural	47
2.3 Los conceptos de etnia, identidad y nosotros versus otros.	47
2.4 La politización de la identidad y el movimiento indígena	48
2.5 La teoría del Control Cultural de Bonfill Batalla.....	50
3. Multiculturalidad en tiempos de globalización	66
4. La Interculturalidad como superación al Multiculturalismo	73
CAPÍTULO II: LA MEDICINA TRADICIONAL MAPUCHE	79
1. Cosmovisión Mapuche.....	79
2. Envidia y transgresión: la construcción de la experiencia de la enfermedad.....	85
3. La sanación: elementos para la interpretación ritual.....	91
4. La Machi en el contexto social mapuche	97
5. Etnoclasificaciones de la Enfermedad	102
6. La Herbolaria Medicinal Mapuche	103

CAPÍTULO III.....	106
SISTEMAS MÉDICOS EN UN CONTEXTO CULTURAL MULTIÉTNICO	106
1. Modelos médicos en atención de salud.....	106
2. El Modelo Occidental	111
3. La articulación entre medicinas en la actualidad	116
SEGUNDA PARTE: MARCO REFERENCIAL	121
CAPÍTULO IV: POLÍTICA DE SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS	122
1. Principios y Marco Conceptual.....	122
2. La Política de Salud para los Pueblos Indígenas.....	130
3. La salud en Chile: Síntesis de la problemática sanitaria en Chile	134
4. Programa de Salud Intercultural del Centro de Salud Santiago Nueva Extremadura.	139
TERCERA PARTE: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	146
CAPÍTULO V: IDENTIDAD CULTURAL, MEDICINA MAPUCHE Y SALUD INTERCULTURAL.....	147
1. Categoría Identidad Cultural	147
2. Categoría Medicina Mapuche	164
3. Categoría Salud Intercultural	189
CAPÍTULO VI.....	206
LA MIRADA DE LOS AGENTES MÉDICOS PERTENECIENTES A LA MEDICINA OCCIDENTAL Y TRADICIONAL MAPUCHE DEL CESFAM SANTIAGO NUEVA EXTREMADURA.....	206
1. Salud Intercultural.....	206
2. Motivo de Consulta.....	210
3. Perfil de los pacientes.....	210
4. Medicina Tradicional Mapuche	211
5. Cultura Mapuche.....	213
CONCLUSIONES	235
HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN	247
APORTE AL TRABAJO SOCIAL	251
BIBLIOGRAFÍA	265
ANEXOS	274

INTRODUCCIÓN

Los seres humanos nos encontramos en continuo crecimiento y desarrollo a lo largo de nuestras vidas. Es por esta razón que cuando se habla de la “salud” de las personas resulta tan fundamental, ya que mediante el goce de un pleno bienestar nuestro cuerpo, alma y espíritu se conjugan para dar una mejor satisfacción a nuestro accionar cotidiano. La salud no es un fin en sí misma, puesto que los seres humanos no vivimos para estar sanos, sino para realizar proyectos de vida y para poder hacerlo, necesitamos estar sanos y se esta sano en la medida que se goza del “suficiente bienestar”.

La OMS define salud:

“Como el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas, vale decir las afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales” (OMS citado en Alarcón; Astudillo; Barrios; 2004)

Por otro lado, el proceso de salud-enfermedad constituye un proceso continuo y multidimensional; la relación entre cuerpo, mente y entorno van otorgando un equilibrio constante de factores naturales que permiten al individuo la capacidad de funcionar en comunidad.

Chile en su último Censo del año 2002 un 4.6 % se declara perteneciente a alguno de los ocho pueblos originarios, este porcentaje equivale a 692.192 personas y de acuerdo a este dato estadístico, es que se definió al país como pluriétnico. (INE; 2002)

Las regiones con mayor concentración porcentual de grupos étnicos en su población total, son la IX, con el 23,5 %; la I, con el 11,5 %; la X con el 9,5 % y la XI con el 9 %. Los mapuches representan el 87,3%, los Aymará el 7, 0 % y los Atacameños el 3,05; las restantes etnias, en su conjunto suponen menos del 1 % de la población, siendo la Yámana, con 1685 personas, vale decir la de menor porcentaje (0,25). (INE; op. cit.)

El Estado, a través del Congreso Nacional, en el año 1993 explicita la valoración de la existencia de pueblos originarios como parte esencial de las raíces de la nación chilena, así como su integridad y desarrollo. (Ley Indígena N° 19253; 1993)

En la cosmovisión mapuche el proceso salud-enfermedad es visto como una dualidad complementaria, el bien y el mal, el día y la noche, etc., y en donde las fuerzas del universo o cosmos están siempre presentes en la vida de sus “hijos”. Así la idea de lo circular, holístico, cobra mucha fuerza e importancia en la vida cotidiana de los mapuches, por eso todas sus acciones están siempre enfocadas en la circularidad, ya que al final todo se transforma, nada muere y todo vuelve al principio. Para ellos la salud es vista como un bienestar integral que involucra al individuo en todo su ser, eso es la familia, comunidad, entorno natural y territorial.

La necesidad de desarrollar procesos interculturales en salud se ha generado tanto en Chile como en otros países latinoamericanos por diversas razones históricas, sociopolíticas y epidemiológicas, las cuales han motivado iniciativas tendientes a evitar que la identidad étnica y cultural del usuario constituya una barrera en el acceso y oportunidad a una mejor atención de salud.

De esta manera radica la importancia fundamental de la presente investigación en aras de dar a conocer, vislumbrar e identificar procesos de socialización que tiendan a una acción de “hibridación” sociocultural en contextos de globalización y modernización que mueven el transitar vital de las personas en toda la urbe actual; y

de cómo estos emergentes procesos de hibridación sociocultural permiten generar oportunidades explícitas a los individuos en todos los ámbitos de crecimiento y durante la presente investigación, lo que concierne al tema de la salud.

En general, todos los procesos de interacción social y cultural que involucren la existencia de diferentes y, a veces, antagónicos sistemas de creencias están sujetos a importantes fricciones. Sin embargo, los conflictos entre diferentes sistemas médicos no emergen sólo de las diferencias en los modelos explicativos que los sustentan, sino también de la dominación social de un modelo de salud sobre otro. Situaciones como rechazo y falta de adhesión a las prácticas médicas occidentales, conflictos de poder entre agentes tradicionales y médicos, desarticulación de la estructura social de la comunidad, son elementos frecuentemente descritos en la literatura de salud internacional, especialmente en países con altos índices de población indígena.

Así, la variable étnica cultural y el respeto a la diversidad en la implementación de políticas sociales están pesando fuertemente en las propuestas de desarrollo de los países emergentes. La experiencia de proyectos en salud internacional, muchos de ellos patrocinados por organismos como la OPS y OMS, y dirigidos hacia los sectores más pobres de la humanidad, da cuenta de importantes dificultades que se enfrentan al no considerar la cultura de los usuarios en el proceso de atención de salud.

El tema de la Interculturalidad en Salud a nivel de política nacional, está reflejado y materializado, a través de la Política de Salud y Pueblos Indígenas del año 2006; que pretende recoger todas las inquietudes de los pueblos originarios y traducirlas en acciones concretas que puedan dar pie a acciones conjuntas entre el Estado y las comunidades originarias para dar respuestas a las demandas surgidas de estos pueblos.

Por su parte, el Programa Orígenes constituye otra instancia de abordaje en materia de salud para con los pueblos originarios del país, claro que en este caso, se

contempla a las comunidades atacameña, aymará y mapuche en zonas rurales, ya que la ejecución del programa esta contemplada sólo para dichas comunidades indígenas.

En el componente de salud los objetivos planteados en el Programa Orígenes son: Mejorar la situación de salud de la población indígena, fortalecer su medicina indígena, la eliminación de barreras culturales, la ampliación del acceso físico a los servicios públicos y la pertinencia y adecuación de las prácticas de los funcionarios públicos en la atención de población indígena.(www.origenes.cl)

En la comuna de La Pintana se definen alrededor de 6000 personas como mapuches, lo que representa el 10% del total de la población local. Este dato motivó en el año 2002 a dar inicio a un Proyecto de Salud Intercultural, financiado con fondos canadienses, de la I. Municipalidad de La Pintana y la escuela de Enfermería de la Universidad Católica, el que se concretó en su tiempo con la instalación de una Ruka en la parte posterior del patio del Centro de Salud Familiar (CESFAM) Santiago Nueva Extremadura para acoger a la población que optase por esta otra alternativa de salud. Actualmente se ha transformado en un Programa de Salud Intercultural (PSI) estable y que depende de recursos municipales al alero del Dpto. de Salud de la Dirección de Salud y Educación de la I. Municipalidad de La Pintana. . (Beltrán; López; Soto; 2002)

Para generar conocimiento acerca de la contribución del Programa de Salud Intercultural (PSI) en la opción de utilizar los servicios de la salud tradicional de sus usuarios, se ha planteado un diseño metodológico que se basa en las percepciones de los beneficiarios del programa y la triangulación de esta información con elementos presentes en el diseño del programa y el marco teórico respecto de la relación salud-enfermedad.

Ello se justifica toda vez que se comprende que son los usuarios, en su calidad de ‘expertos’ respecto del PSI, quiénes pueden emitir un juicio certero acerca de los cambios producidos por este programa en términos de bienestar en su salud. A ello se agrega la visión de los individuos que se involucran en la relación salud-enfermedad respecto del Programa de Salud Intercultural, comprendiendo que estos mantienen una vinculación con los beneficiarios de este programa antes, durante y después de que las personas hagan uso del mismo, y por lo tanto, cuentan con información respecto del proceso que viven sus beneficiarios. De esta forma, se otorga relevancia fundamental al relato de los sujetos, y a su experiencia subjetiva.

El presente documento se estructura de la siguiente forma:

Se profundiza al lector en cada uno de los elementos que dan forma a la presente investigación, estableciendo la situación problema que dio origen a la misma, la pregunta guía y objetivos de investigación, así como también, el diseño metodológico empleado en la construcción de la investigación, como en el análisis de la información.

En la primera parte, se desea dar cuenta de las concepciones teóricas utilizadas como base de la presente investigación, para lo que se establecieron capítulos temáticos que entregarían un mejor conocimiento y entendimiento del incipiente fenómeno de estudio.

Luego, en la segunda parte, se establece un marco de referencia desde el cuál se sustenta y estructura la presente investigación, es decir, se entrega la mirada de las Políticas Internacionales, Nacional y Local orientadas a la atención en salud intercultural en nuestro país.

La tercera parte, la conforma el análisis de los resultados que arrojó la investigación mirada desde la óptica de los sujetos de estudios, y de acuerdo a la percepción que

cada uno de ellos tiene de lo que significa el proceso salud-enfermedad en sus vidas y cómo este se muestra en contextos de diversidad étnico-cultural.

Finalmente se entregan las conclusiones y hallazgos más relevantes que se encontraron en la investigación.

ESTRUCTURA METODOLOGICA

1.1. Planteamiento del problema

El contexto mundial ofrece actualmente una mirada muy diversa en aspectos sociales, económicos, políticos, culturales y otros, lo que a diario se puede observar a través del mundo de la globalización y la modernidad.

Cada día los seres humanos de todo el planeta tenemos que convivir con nuevas y variadas formas de avances tecnológicos y científicos, dando como resultado una gama de posibilidades y oportunidades para acceder a ellas en un sentido innovador o de exploración de nuevas cosas en nuestro cotidiano.

Lamentablemente este crecimiento y desarrollo socioeconómico que visto en el término estricto de exploración como forma de nuevos conocimientos y formas de adaptabilidad sociocultural, no es alcanzable, y por lo tanto realizable, por todos los segmentos de la población a nivel mundial.

Es aquí cuando cobra relevancia el sistema económico imperante que reviste condiciones de propiciar al máximo el crecimiento económico por sobre otros crecimientos, tales como el social, cultural, etc., en la vida de las personas, es decir, ante la lógica del sistema neoliberal la persona debiera alcanzar su desarrollo mediante un ascenso de tipo económico en primer lugar y este estaría supeditado a todos los otros ámbitos de expansión del ser humano, para eso se puede apoyar de diversas herramientas socioculturales que se encuentran mandatadas bajo la lógica de mercado o libre mercado.

Con esto, el sistema neoliberal ofrece a los individuos condiciones y alternativas que le permitan alcanzar este crecimiento económico mediante acciones de carácter psicosociales y culturales, en donde encontramos distintos enfoques sociales que sean

capaces de brindar tales necesidades humanas, es así como los conceptos de capital social, redes sociales y otros han sido la tónica sustantiva que daría respuesta a las “otros” tipos de crecimiento humano.

No obstante, y tal como se mencionaba existe una desproporción abismante cuando se trata de dar cuenta del crecimiento a escala humana a nivel mundial, ya que existen aproximadamente 2880 millones de personas que viven en situación de exclusión y marginalidad social, repartidas principalmente en los continentes Asiático, Africano, América del Sur y Centro América; constituyendo una brecha enorme y muy notoria de desigualdad social.

Uno de los temas que evidencia esta disyuntiva o contradicción es el lento proceso de reconocimiento pleno de los derechos de los pueblos indígenas en el contexto internacional. Actualmente se tiene conocimiento de que existen en el mundo aproximadamente unos 350 millones de indígenas que habitan extensas zonas del planeta en una superficie que va desde el Ártico hasta el Pacífico Sur y que comprende más de 70 países y representa más de 5000 lenguas y culturas. De esta cifra 40 millones corresponden a la población Indígena de América. Sin embargo, las diferencias culturales existentes entre cada uno de estos pueblos, las condiciones generales de discriminación, exclusión y pobreza en que se encuentran son similares. (Valenzuela, 2003)

Naciones Unidas (1998) los denomina pueblos indígenas o aborígenes porque estaban viviendo en sus tierras antes de que llegasen los colonizadores de otros lugares; por tanto serán por definición pueblos indígenas, los descendientes de las personas que habitaban un país o una región geográfica en el momento en que llegaron poblaciones de culturas u orígenes étnicos diferentes. Los recién llegados se convertirían más tarde en el grupo dominante mediante la conquista, la ocupación, la colonización o por otros medios.

Por otro lado se entenderá por pueblo indígena:

“Los pueblos en países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas”
(Conv. 169 de la OIT, Art. 1, l b citado en CONADI, 2009)

Una forma de dar respuesta a este imperativo ético y humano desde la perspectiva de los DDHH, es que los Estados del mundo tienen la obligación de respetar los sistemas culturales y normativos de los pueblos originarios, en especial deben reconocer el derecho de estas colectividades a su propio derecho, a sus idiomas, filosofías y concepciones lógicas como componentes de la cultura nacional y universal.

En este marco, y que ha sido establecido por el Convenio N° 169 de la OIT(CONADI, op. cit) en su artículo N° 2, los gobiernos deben establecer mecanismos y desarrollar acciones sistemáticas destinadas a recoger y respetar los derechos de los indígenas garantizando el respeto de su integridad, y asegurando que gocen en pie de igualdad, de los derechos y oportunidades que la legislación nacional otorga a los demás miembros de la población, promoviendo la plena efectividad de sus derechos económicos, sociales y culturales.

Uno de los puntos que concita acuerdo e interés a nivel internacional en poder recoger y establecer formas de respetar y reconocer los sistemas culturales y normativos de los pueblos originarios, es el tema de la “diversidad e integridad cultural” como derechos ejes de los cuales dependen la supervivencia e identidad de éstos pueblos. Es así como conforme a las conclusiones de distintas Conferencias y Comisiones Internacionales dedicadas al tratamiento del desarrollo, políticas y

diversidad cultural de los pueblos sean éstos originarios o no, es que se ha adoptado la siguiente definición de cultura:

“Cultura debe ser considerada como el conjunto de los rasgos distintivos espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o a un grupo social y que abarca, además de las artes y las letras, los modos de vida, las maneras de vivir juntos, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias” (Declaración Universal sobre Diversidad Cultural UNESCO, 1998: 1 en <http://sic.conaculta.gob.mx>)

El concepto de interculturalidad es un proceso permanente de relación, comunicación, conocimiento, valores y tradiciones distintas orientadas a generar, construir y propiciar un respeto mutuo y un desarrollo pleno de las capacidades de los individuos por encima de sus diferencias culturales y sociales. (Alarcón, Astudillo, Barrios, 2004)

Por otra parte, el concepto de Salud Intercultural, ha sido frecuentemente utilizado para identificar la estrategia que considera las variables étnico-culturales de la población indígena en el proceso de atención de salud. La Organización Panamericana de la Salud, en el año 1996, firmó un acuerdo con el Parlamento Indígena de las Américas, en donde estipulaba la preparación de una agenda legislativa para las políticas de salud y la producción de leyes que protegieran a las tradiciones indígenas. El tema de la pertinencia cultural del proceso de atención es un fenómeno que trasciende lo exclusivamente étnico pues implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad. (OPS en Alarcón et al, op. cit)

Según los expertos, a la hora de hablar de un enfoque intercultural en salud, es necesario aclarar los elementos y variables que entran en juego y que subyacen en ella, estos son los conceptos de cultura y diversidad cultural como elementos que se

encuentran en interacción en los dos modelos de salud, es decir el biomédico y/o tradicional. Esto porque la cultura constituye el eje neurálgico para entender los factores sociales involucrados en cualquier proceso de salud y enfermedad y a través del reconocimiento de las diferencias y similitudes culturales entre usuarios y proveedores es posible comprender, por ejemplo, el nivel y carácter de las expectativas que cada cual tiene del proceso, las percepciones de salud y enfermedad representadas en la interacción médico-paciente, etc.

Cultura se define desde la ciencia antropológica como un complejo y dinámico conjunto de creencias, conocimientos, valores y conductas aprendidas y transmitidas entre las personas a través del lenguaje y su vida en sociedad. La cultura se entiende como una entidad dinámica que se adquiere, transforma y reproduce a través de un continuo proceso de aprendizaje y socialización.

Dicha entidad contiene dos dimensiones, una “ideacional o cognitiva” que sintetiza el mundo simbólico de las personas, sus pensamientos, conocimientos y creencias adquiridas a través del aprendizaje, lo que corresponde al mundo de lo abstracto; y por otro lado “material” que corresponde a cómo lo simbólico se manifiesta en conductas, prácticas, artefactos culturales y normas de relación social entre las personas. (Ibíd.)

Por tanto, estas diferencias culturales entre pacientes y profesionales se observan también al interior de los grupos, lo que refleja el carácter dinámico de la cultura. Así como en toda construcción humana, los componentes cognitivos y materiales se transforman en la medida que el grupo social experimenta nuevos desafíos y problemas.

La cultura y la diversidad cultural finalmente, articulan modelos médicos que dan consistencia a las prácticas desarrolladas, tanto para médicos y usuarios para entender el fenómeno salud-enfermedad. Son los sistemas médicos, sean estos occidentales y/o

tradicionales los que procuran, pues así lo conforman en su esencia, ser un conjunto más o menos organizado, coherente y estratificado de agentes terapéuticos, modelos explicativos de salud-enfermedad, prácticas y tecnologías al servicio de la salud individual y colectiva, que éstos sistemas médicos terminen siendo coherentes en sus prácticas dependerá del modelo sociocultural en que se desarrolla la medicina y al final esta medicina termina siendo una construcción cultural que responde a un entorno social específico.

La medicina como construcción cultural distingue dos dimensiones, una conceptual que esta determinada directamente por la cultura de los pacientes y profesionales. Analíticamente corresponde a los modelos que explican y fundamentan la enfermedad. Esta dimensión está compuesta por dos elementos estructurales: axiomas y mecanismos de validación. En la biomedicina por ejemplo, los experimentos científicos, las pruebas clínicas y textos, constituyen importantes fuentes de validación del pensamiento científico. Sin embargo, otras culturas aceptarán como fuente de legitimación los sueños de un chamán, signos en la naturaleza, apariciones, etc. (O'Connor en Alarcón et al, op. cit)

La otra dimensión que comprende la medicina es la conductual en donde podemos distinguir, entre otros, aquellos procedimientos, acciones y agentes que utiliza un sistema médico para obtener un cierto resultado con los pacientes, el que ha sido denominado Proceso Terapéutico. Este implica: quién (machi, médico, meica, santiguadora, etc.), hace qué (cirugía, ritual, purgas, oraciones, etc.), a quién (individuo o comunidad) y con respecto a qué dimensión de la enfermedad (física, social, mental, espiritual, etc.). Un proceso terapéutico exitoso supone la eliminación de la condición subjetiva de enfermedad y consecuentemente la finalización del rol de enfermo.

En la cosmovisión mapuche el orden del Universo se rige por una serie de fuerzas opuestas y complementarias que deben estar en armonía. La intervención humana y/o

de otros entes de la naturaleza pueden llegar a alterar ese orden para dar paso a una relación conflictiva entre el cosmos y el ser humano, entre el individuo y su medio social. (Citarella, Conejeros, Espinossa, Jelves, Oyarce, Vidal, 2000).

Es la enfermedad, en mapudungun, **kutran**, donde se objetiviza ese conflicto y es concebida como un estado en que el individuo no puede relacionarse normalmente con los demás y/o se encuentra incapacitado de realizar sus tareas habituales.. Es posible distinguir una primera clasificación que se basa en un criterio etiológico y terapéutico, derivado del contacto interétnico a través del cual se podría hablar de dos amplias categorías de enfermedades: **mapuche kutran** y **wingka kutran**. Las primeras pertenecientes al dominio del sistema médico mapuche y se conciben como propias del mundo mapuche; las segundas pertenecen al dominio del sistema médico oficial, son enfermedades que han sido introducidas por el contacto y que pueden ser mejoradas por la medicina occidental. (Ibíd.)

Otro criterio que ayuda a entender el fenómeno de la enfermedad es el que dice relación con la cualidad de los elementos, según una perspectiva ideológica basada en los principios de dualidad y complementariedad. En el mundo mapuche, cobran importancia las propiedades de frío/caliente presentes en ambientes, alimentos, plantas, etc. Entre los alimentos por ejemplo, los ajos, las grasas y las carnes como la de cerdo, son considerados alimentos calientes; mientras que la mayor parte de las verduras verdes, el tomate, la harina tostada, el arroz y otros cereales son considerados fríos. (Ibíd.)

Si se ingieren grandes cantidades de algunos de los dos tipos de alimentos o si se come y se tiene contacto con elementos de la misma propiedad, el cuerpo pierde equilibrio frío/caliente generándose una enfermedad en el estómago que tiene que ser curada con elementos y plantas medicinales ricos en la cualidad opuesta para restablecer el equilibrio. La herbolaria utilizada por los mapuches poseen la cualidad caliente o fría, es por esta razón que su medicina esta basada fundamentalmente en

plantas medicinales, por ejemplo el *natru* se concibe como un remedio frío y se utiliza para bajar la fiebre. (Ibíd.)

Por lo anteriormente expuesto, es que se plantea la idea de una investigación para conocer empíricamente la relación salud –enfermedad que vivencian familias mapuches y no mapuches usuarias del Programa de Salud Intercultural del Centro de Salud Familiar Santiago Nueva Extremadura de la comuna de La Pintana, con la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo se manifiestan los factores de diversidad cultural y social en el proceso salud-enfermedad que vivencian familias mapuches y no mapuches en la utilización de los servicios médicos que la medicina tradicional mapuche ofrece a través del Programa de Salud Intercultural del Centro de Salud Familiar Stgo. Nueva Extremadura de la comuna de La Pintana?

1.2. Objetivos

- **Objetivo General N° 1:**

Describir los factores socioeconómicos de las familias mapuches y no mapuches usuarias del Programa de Salud Intercultural del Centro de Salud Familiar Stgo. Nueva Extremadura de la comuna de La Pintana.

- **Objetivos Específicos:**

1.1 Identificar los factores sociales de las familias usuarias del Programa de Salud Intercultural.

1.2 Identificar los factores económicos de las familias que optan por la salud intercultural.

- **Objetivo General N° 2:**

Describir los factores culturales de las familias involucradas en el proceso salud-enfermedad respecto del Programa de Salud Intercultural del centro de Salud Stgo. Nueva Extremadura de la comuna de La Pintana.

- **Objetivos Específicos:**

2.1 Establecer creencias y costumbres involucradas en el proceso salud-enfermedad de las familias usuarias del Programa de Salud Intercultural.

2.2 Identificar las manifestaciones de identidad cultural involucradas en el proceso salud-enfermedad de las familias usuarias del Programa de Salud Intercultural.

- **Objetivo General N° 3:**

Describir los elementos que conforman el Programa de Salud Intercultural del Centro de Salud Familiar Santiago Nueva Extremadura de la comuna de La Pintana.

- **Objetivos Específicos:**

- 3.1 Caracterizar los elementos que forman parte de la Medicina Tradicional Mapuche del Centro de Salud
- 3.2 Identificar el desarrollo del proceso salud-enfermedad en la Medicina Tradicional Mapuche

1.3. Hipótesis

Hipótesis N°1

La medicina tradicional y ancestral de los pueblos originarios o indígenas; está vigente en relación con su uso y permanencia en sus comunidades territoriales

Hipótesis N°2

El Estado Chileno en relación con otras realidades de países latinoamericanos con alta población indígena, se manifiesta a favor sobre las demandas de salud con pertinencia étnico-cultural

Hipótesis N°3

Las estrategias y acciones en contextos de diversidad étnico-cultural que eventualmente se aborden con los pueblos indígenas de nuestro país, plantean un cambio de paradigma con enfoque intercultural, con el propósito de que se trabaje, coordine y ejecuten políticas públicas con mayor pertinencia étnico-cultural.

MARCO METODOLOGICO

2.1 Tipo de estudio

La presente investigación se enmarca dentro de un estudio *exploratorio y descriptivo* (Hernández, Fernández y Baptista, 1998), ya que si bien se cuenta con algunos antecedentes en torno al PSI y la intervención desarrollada por este programa en la comuna de La Pintana, estos sólo dan cuenta de aspectos tales como recursos financieros disponibles, de la cantidad de población atendida , así como también, la información recogida en la evaluación de proceso realizada por el equipo médico encargado del programa en dicha comuna.

Sin embargo, no se cuenta con una mirada desde los usuarios del PSI y de los equipos médicos de salud (actores claves en el proceso desarrollado previo, durante y después de la utilización de la medicina tradicional), respecto de los aciertos y dificultades enfrentadas por este programa en la tarea de fortalecer la posibilidad de ofrecer una atención de salud tradicional como un sistema complementario en la relación salud-enfermedad de los usuarios del centro de salud.

El enfoque epistemológico a utilizar emerge desde la *fenomenología*, puesto que se otorga una primacía a la experiencia subjetiva inmediata de los usuarios del PSI y de los equipos de salud del Centro de Salud Familiar Stgo. Nueva Extremadura, con un énfasis por conocer cómo estos experimentan e interpretan el mundo social, en este caso la implementación del PSI, y su contribución a la posibilidad de atención complementaria a sus usuarios (Pérez, 2002). Así, la validez de los datos radica en la *intersubjetividad* del conocimiento obtenido, en cuanto se trata de conocer la acción social como una acción dotada de sentido subjetivo (Ibíd.).

Ahora bien, la perspectiva fenomenológica está ligada a una amplia gama de marcos teóricos y escuelas de pensamiento en las ciencias sociales. Uno de los enfoques

teóricos principales es el *interaccionismo simbólico* (Ibíd.). Este enfoque atribuye una importancia primordial a los significados sociales que las personas asignan al mundo que los rodea. En este sentido, se sostiene que el propio individuo construye su acción. Ante una situación el individuo interpreta y valora las cosas con las que tiene que contar para decidir su forma de actuar (Ibíd.).

La investigación busca la comprensión de los hechos mediante una epistemología fenomenológica, por lo que la metodología acorde con la finalidad de la investigación, se basa en un *modelo cualitativo*, el cual afirma que la realidad está constituida no sólo por hechos observables y externos, sino también por significados, símbolos e interpretaciones elaboradas por el propio sujeto a través de una interacción con los demás (Ibíd.).

De esta forma, el diseño de investigación es de tipo no experimental, vale decir no se manipularan las variables ni los sujetos de estudio y desde el punto de vista temporal, la investigación será de tipo transeccional descriptivo, ya que “se recolectan los datos en un solo momento, en un tiempo único” (Hernández et al, op.cit.).

2.2 Unidad de Análisis

Los sujetos de estudios son usuarios de atención primaria en salud ofrecida por los centros de salud del país para satisfacer las demandas de salud respectivas, en el caso de la presente investigación son los usuarios específicos del Programa de Salud Intercultural ofrecido por el Centro de Salud Familiar Stgo. Nueva Extremadura, ubicado en la comuna de La Pintana.

2.3 Localización de la investigación

Localización Espacial

La investigación se llevó a cabo en el Centro de Salud Familiar Santiago Nueva Extremadura, calle Avenida Juanita N° 1358, de la población Santiago Nueva Extremadura del seccional sur comunal correspondiente a El Castillo, en el paradero 5 de Avenida Gabriela Poniente, de la comuna de La Pintana.

Localización Temporal

Se realizó en el año 2006, contemplando una primera etapa de acercamiento de los sujetos a estudiar mediante *observación participante* y una segunda etapa en donde se aplicó las técnicas de recolección escogidas para la presente investigación, vale decir *entrevista semi-estructurada* a los usuarios mapuches y no mapuches y *entrevista en profundidad* a los equipos médicos involucrados en el funcionamiento del Programa de Salud Intercultural.

2.4 Universo

El Programa de Salud Intercultural (PSI) perteneciente al Centro de Salud Familiar Stgo. Nueva Extremadura, desde el año 2005 atiende a unos 1200 usuarios anualmente, mapuches y no mapuches respectivamente residentes de la comuna de La Pintana. De esta manera se trabajó con sujetos entre 18 y 70 años de ambos sexos. El sistema de atención es mediante la inscripción administrativa de los usuarios en el propio centro de salud, esto cabe para la atención de salud de ambos programas médicos, es decir el occidental y tradicional.

2.5 Muestra

El tipo de muestra fue de carácter intencionada y para la selección deliberada de los informantes, fue necesario el desarrollo de un perfil de los atributos esenciales que debían cumplir los entrevistados y la búsqueda de un sujeto que se adapte a ese perfil.

Así, los criterios de selección de los sujetos a entrevistar fueron los siguientes:

- ✓ *Un grupo de Familias Mapuches y no Mapuches:* Seis hombres y Seis mujeres mayores de 18 años inscritos en el Centro de Salud Familiar Santiago Nueva Extremadura y que fueran usuarios por lo menos hace 6 meses del Programa de Salud Intercultural.
- ✓ *Un agente Médico Occidental:* Un médico perteneciente al programa de salud occidental del centro de salud y que atendiera población usuaria del Programa de Salud Intercultural en cualquier fase que contemple la Medicina Mapuche.
- ✓ *Un agente Médico Tradicional:* Un representante del equipo del Programa de Salud Intercultural que atendiera a la población usuaria como agente médico, esto es el Machi, en cualquiera de las fases que contempla la Medicina Mapuche.

2.6 Consideraciones Éticas

Se guardó estricta confidencialidad de los datos obtenidos y la integridad de los datos personales de los entrevistados. Por otro lado, se utilizó un lenguaje claro y comprensible, y finalmente no se impusieron criterios que atentaran contra el respeto de las opiniones y percepciones que tuviesen todos los entrevistados.

2.7 Técnicas de recolección de la información

Las técnicas escogidas para la recolección de la información fue la *entrevista semiestructurada* y la *entrevista en profundidad*, en la cual la preocupación prioritaria residió en poder maximizar la calidad de la respuesta, en función de lograr capturar las percepciones de los individuos que se involucran en la relación salud-enfermedad de los programas de medicina occidental y tradicional.

En la realización de las entrevistas semiestructuradas se formuló preguntas sin esquema fijo de categorías de respuestas, controlando de esta forma el ritmo de la entrevista en función de las respuestas de los entrevistados, pudiendo alterar el orden y forma de las preguntas y añadir nuevas. No se evaluaron las respuestas, ya que éstas fueron abiertas por definición, y registradas conforme a un sistema de codificación flexible y abierta a cambios en todo momento. Por ello, el énfasis metodológico no estuvo puesto principalmente en las preguntas que se formularon, sino en la singularidad y sobretodo en la calidad y libertad de las respuestas que se desearon obtener. (Pérez, op.cit.)

2.8 Técnicas de análisis de los datos

El sentido del análisis de datos consistió en categorizar, sintetizar y comparar la información con el fin de obtener una visión lo más completa posible de la realidad del objeto de estudio. El análisis de los datos obtenidos a través de las entrevistas, se efectuó a través de un *análisis de contenido*, que pretende conducir a una descripción fundada del contenido manifiesto, expresado por los entrevistados. El análisis permite introducir clasificaciones y efectuar comparaciones entre la información obtenida, así como también, la formulación de inferencias acerca del emisor y de los receptores, del contenido o significado latente del mensaje (Pérez, op. cit.)

Además se complementó el análisis con el método de la *teoría fundamentada* de Glaser y Strauss en Taylor y Bogdan (1994). Esta teoría nos permite construir teorías, conceptos, hipótesis y proposiciones partiendo directamente de los datos y no de los supuestos a priori, de otras investigaciones o de otros marcos teóricos existentes.

Esta teoría no prueba ideas sino que pretende demostrar que son plausibles; posee dos grandes estrategias principales: El Método Comparativo constante, en donde simultáneamente se codifica y analiza los datos para desarrollar conceptos, de esta manera se refinan los “conceptos” pudiendo: identificar propiedades; explorar sus interrelaciones; lograr la integración en una teoría coherente.

Una segunda estrategia, la conforma el Muestreo Teórico, acá el investigador selecciona nuevos casos a estudiar según su potencial para ayudar a refinar o expandir los conceptos y teorías ya desarrollados, la recolección de datos y el análisis se realizan al mismo tiempo. (Ibid.)

2.9 Variables de la investigación

Para indagar en las percepciones que los sujetos atribuían a la medicina tradicional mapuche planteada por el Programa de Salud Intercultural y su contribución al desarrollo de un modelo complementario en la relación salud-enfermedad, es que se trabajó con las siguientes variables de investigación:

- **Perfil Socioeconómico (Anexo N° 1)**
- **Identidad Cultural (Anexo N° 1)**
- **Medicina Mapuche (Anexo N° 1)**

PRIMERA PARTE
MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

IDENTIDAD CULTURAL Y DIVERSIDAD ÉTNICO-CULTURAL.

Resulta primordial adentrarse en los numerosos esfuerzos que se han realizado en concensuar una definición de qué es lo que significa *cultura* y de qué modo influye o determina la vida de las personas, independiente de su etnia y condición socioeconómica. Es impresionante el sin número de significados y símbolos por los cuales están todos los individuos conformados bajo un entramado innumerable de ellos.

Por lo anterior, se pretende saber e identificar de qué manera las personas se van desarrollando a lo largo de su existencia, primeramente en el plano individual y luego en su faceta colectiva o comunitaria logrando adquirir los aprendizajes y conocimientos necesarios para interactuar con y en otros; y de esa manera socializar su propio aprendizaje y para con las demás personas.

1.1 El concepto de cultura a través de la Historia

Para un mejor entendimiento de lo que en la actualidad se entiende por diversidad étnico- cultural, es necesario revisar conceptos fundamentales que se comprende por cultura en las sociedades actuales y su respectiva consecuencia evolutiva a lo largo de la historia de los pueblos.

- ✓ El Concepto de Cultura es un concepto sobre el cuál aún no hay acuerdo o una definición única. Esto debido a la complejidad del fenómeno que implica.
- ✓ Al mismo tiempo, el concepto se ha analizado y discutido desde múltiples disciplinas → Antropología, Sociología, Lingüística, Psicología.

En una primera aproximación del concepto de cultura, se dará cuenta de las transformaciones conceptuales que ha sufrido históricamente. La historia muestra una fuerte división y diferencia entre el mundo de occidente y oriente, y cada uno de los cuales ha mostrado su propia evolución y transformaciones socioculturales en cada una de sus sociedades. Para efectos de la presente investigación, se desarrollará y utilizará el concepto de cultura desde la ciencia de la **Antropología**, de acuerdo a las fuentes bibliográficas consultadas, sería desde esta disciplina la que entregaría argumentos y fundamentos pertinentes al tema de estudio.

Las discusiones intelectuales acerca del concepto de cultura se remontan al siglo XVIII en Europa. En Francia y Gran Bretaña, el origen está precedido por la palabra **civilización** que denotaba orden político (cualidades de civismo, cortesía y sabiduría administrativa). Lo opuesto, era considerado barbarie y salvajismo. Este concepto se va articulando con la idea de la superioridad de la civilización, por lo tanto, de la historia de las naciones que se consideraban civilizadas. El concepto va evolucionando, se van introduciendo niveles y fases de civilización y el significado de la palabra se va asociando a progreso material. (Namuncura, 2004)

En Alemania, el concepto de *cultura* era similar al de *civilización* utilizada en Francia, pero con el tiempo se van introduciendo matices (derivadas de años de discusiones filosóficas) que terminan por diferenciar los significados de las dos palabras. Esta diferenciación estaba relacionada con el peligro que los alemanes veían para sus diferentes culturas locales el concepto de civilización transnacional francesa.

Para los alemanes, *civilización* era algo externo, racional, universal y progresiva, mientras que *cultura* estaba referida al espíritu, a las tradiciones locales, al territorio. Se dice que el término se tomó de Cicerón, quien metafóricamente había escrito la *cultura del animi* (*cultivo del alma*), *Kultura* implicaba una progresión personal hacia la perfección espiritual. (Ibíd.)

La Antropología es la disciplina más ligada al concepto de cultura. Asociaba el concepto de *cultura* a las artes, la religión y las costumbres. Aquel todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres, y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridos por el hombre. La situación de la cultura en las diversas sociedades de la especie humana, en la medida en que puede ser investigada según principios generales, es un objeto apto para el estudio de las leyes del pensamiento y la acción del hombre.

Desde la Antropología Simbólica

- ✓ La antropología simbólica es una rama de las ciencias sociales cuyo desarrollo se relaciona con la crítica al estructuralismo lévi-straussiano.
- ✓ Uno de los principales exponentes de esta corriente es Clifford Geertz. Comparte con el estructuralismo francés la tesis de la cultura como un sistema de símbolos, pero a diferencia de Lévi-Strauss, Geertz señala que no es posible para los investigadores el conocimiento de sus contenidos.

Geertz (1987) afirma que el hombre es un animal suspendido en tramas de significación tejidas por él mismo, por lo que considera que la cultura se compone de tales tramas, y que el análisis de ésta no es, por tanto, una ciencia experimental en busca de leyes, sino una ciencia interpretativa en busca de significado.

Lo que queda mejor entendido más adelante, cuando aclara que:

“La cultura se comprende mejor no como complejos de esquemas concretos de conducta --costumbres, usanzas, tradiciones, conjuntos de hábitos-- como ha ocurrido en general hasta ahora, sino como una serie de mecanismos de control --planes, recetas, fórmulas, reglas, instrucciones (lo que los

ingenieros de computación llaman "programas"-- que gobiernan la conducta" (Ibíd:51)

"Todos nacemos en comunidades de vida que son además comunidades de sentido porque nos va a dar instrumentos para dar sentido a la realidad de nuestro entorno. En las comunidades de vida se presupone la existencia de un grado mínimo de sentido compartido (...) la mayoría de las comunidades de vida, a través de distintas sociedades y épocas, anhelan alcanzar un grado de sentido compartido que se sitúe de algún modo entre el nivel mínimo y el máximo" (Ibíd.:20)

Al respecto el autor propone una mirada de la cultura complementada con la sociedad de los individuos y se refiere a este binomio como:

La cultura es la trama de significados en función de la cual los seres humanos interpretan su existencia y experiencia, así mismo como conducen sus acciones; la estructura social (sociedad) es la forma que asume la acción, la red de relaciones sociales realmente existentes. La cultura y la estructura social (sociedad) no son, entonces, sino diferentes abstracciones de los mismos fenómenos (Ibíd.).

De esta manera cualquier pregunta que uno tenga acerca de ¿qué significa tal o cual cosa, desde el punto de vista de tal cultura?, pasa a ser, ¿**qué sentido** tiene esa cosa para esas personas?

Como el concepto de **sentido** es eminentemente subjetivo, hay que tener presente que el sentido de algo siempre se compone de significados diversos y simultáneos, de manera que encontrar el sentido de algo consiste en descubrir el conjunto de significados simultáneos que ese algo tiene para el grupo de gente que lo vive.

Cuadro N° 1

El sentido cultural de los significados más frecuentes que utilizan las personas según el Sociólogo y Antropólogo Social Tomás Austin M

El significado de las cosas materiales	(Por ejemplo, una vieja máquina de coser, puede ser una herramienta para la abuelita, una máquina vieja para su hija y una hermosa pieza de antigüedad para la nieta);
El significado de las diferentes costumbres de la vida cotidiana.	Incluyendo las costumbres folclóricas, que si bien son apreciadas y tenidas en un alto valor, aunque no sean costumbres aceptadas por todos los miembros de la comunidad. Por ejemplo, casi todos los chilenos comemos <i>empanadas</i> a la chilena y bailamos <i>cuecas</i> para las fiestas patrias, pero ello no constituye una obligación moral para nadie, por muy chileno que sea. Es sólo una costumbre como numerosas otras, pero que tiene sentido emocional sólo para quien lo vive porque ha sido socializado en ello.
El significado de las normas que rigen nuestra vida en sociedad.	Exigidas para todos los miembros de una comunidad. De hecho lo que define si alguien pertenece o no a una comunidad o a un grupo humano es la aceptación y observancia del conjunto de reglas o normas que regulan la vida en común.

El significado de los sistemas simbólicos.	Cuyo sentido sólo es cabalmente comprendido y conocido por los miembros de la comunidad (incluyendo mitos y observancias religiosas).
El significado del sistema de valores	Que guía las normas, las costumbres, y los sistemas simbólicos compartidos.

Fuente: (<http://www.lapaginadelprofe.cl>)

Estos conjuntos de significados son los que dan *sentido* a la vida cotidiana, al mismo tiempo que proporcionan la identidad cultural de cada uno de los miembros del grupo humano que los comparte, porque su observancia identifica a cada uno como miembro de un grupo determinado.

Ya en el siglo XX, el concepto de *cultura* se amplía a una visión más humanista, relacionada con el desarrollo intelectual o espiritual de un individuo: *la cultura incluye todas las actividades características y los intereses de un pueblo*. La diversidad de conceptos sobre *cultura*, entre los años 1920 y 1950, ocupó a los científicos sociales norteamericanos creando no menos de 157 definiciones de cultura (Kuper, 2001).

En el siglo XIX, numerosos intelectuales reconocen el plural del concepto *cultura*, que equivale a reconocer la no existencia de una cultura universal y las diferencias de ver y vivir la vida por parte de los diferentes pueblos en el mundo. Por lo tanto, durante siglos y aún hoy, este avance en el conocimiento humano no ha sido suficiente y se ha intentado imponer la creencia de la existencia de una *cultura superior*, ligada al término civilización y progreso, que debe imponerse por deber, al resto de las culturas consideradas *inferiores*, obviando la riqueza de conocimientos que llevan intrínsecamente las diversas culturas de los pueblos en el mundo.

Hacia los años 50 el desarrollo era un concepto *economicista*. Hacia los años 80 se introduce el concepto de *desarrollo humano* y hacia los 90s, básicamente luego de la cumbre de Río, este evoluciona a un concepto de *sostenibilidad*, donde la cultura juega un rol fundamental.

El cambio y evolución del pensamiento se ve reflejado en esta declaración, realizada por expertos de la UNESCO en los años 90s:

“La UNESCO defiende la causa de la indivisibilidad de la cultura y el desarrollo, entendido no sólo en términos de crecimiento económico, sino también como medio de acceder a una existencia intelectual, afectiva, moral y espiritual satisfactoria. Este desarrollo puede definirse como un conjunto de capacidades que permite a grupos, comunidades y naciones proyectar su futuro de manera integrada. (Molano, 2006: s/p)”

De esta manera se va articulando un concepto de *cultura* que permite vislumbrar todo el quehacer humano desde y para todos los ámbitos de su desarrollo y evolución, lo que queda reflejado en la definición consensuada a nivel mundial de la concepción de cultura.

Se podría decir que la cultura tiene varias dimensiones y funciones sociales, generando:

- ✓ *un modo de vivir*
- ✓ *cohesión social*
- ✓ *creación de riqueza y empleo*
- ✓ *equilibrio territorial*

Algunas definiciones conceptuadas de la UNESCO:

Cultura: “es el conjunto de los rasgos distintivos, espirituales, materiales y afectivos que caracterizan una sociedad o grupo social. Ella engloba, además de las artes y las

letras, los modos de vida, los derechos fundamentales del ser humano, los sistemas de valores, creencias y tradiciones”.

Diversidad cultural: “multiplicidad de formas en que se expresan las culturas de los grupos y sociedades. Estas expresiones se transmiten dentro y entre los grupos y las sociedades”

Contenido cultural: “sentido simbólico, la dimensión artística y los valores culturales que emanan de las identidades culturales que las expresan”.

Expresiones culturales: “son las expresiones resultantes de la creatividad de las personas, grupos y sociedades, que poseen un contenido cultural”.

Actividades, bienes y servicios culturales: “Son los que desde el punto de vista de su calidad, utilización o finalidad específicas, encarnan o transmiten expresiones culturales, independientemente del valor comercial que puedan tener. Las actividades culturales pueden constituir una finalidad de por sí, o contribuir a la producción de bienes y servicios culturales”.

Interculturalidad: “presencia e interacción equitativa de diversas culturas y la posibilidad de generar expresiones culturales compartidas, adquiridas por medio del diálogo y de una actitud de respeto mutuo”. (www.unesco.com)

En la actualidad, Kottak (2002) nos presenta el mundo de la modernidad y la aldea global tal y cual es. En su libro Antropología Cultural, logra integrar conceptos clásicos de la antropología con la realidad circundante de nuestros días y de la vorágine que cada día nos sorprende a todos los seres humanos por igual.

Mantiene las mismas categorías de caracterización que se han estudiado por años acerca de cuales serían los componentes esenciales de la cultura. Sin embargo,

incorpora, actualiza y analiza el comportamiento de las personas de cualquier lugar del mundo. Con esta premisa queda de manifiesto que realiza o desarrolla una praxis de conocimientos y aprendizajes que las personas están teniendo día a día en todo el orbe; ya no es tan sólo como se comporta una tribu del Amazonas o del África, como fue el rol del antropólogo en sus orígenes.

Según Kottak (Ibíd.: 45-50), la cultura tendría las siguientes características:

“Es aprendida: Porque existe una dependencia del aprendizaje cultural, mediante la cual la gente crea, recuerda y maneja las ideas, controlando y aplicando sistemas específicos de significado simbólico. La observación constituye otra forma de aprendizaje y desde la infancia los individuos capturan comportamientos a través de la observación, por otro lado, la cultura absorbe lo consciente e inconsciente del comportamiento humano.”

“Es simbólica: El pensamiento simbólico es exclusivo y crucial tanto para los humanos como para la cultura. Un símbolo es algo verbal o no verbal, dentro de un particular lenguaje o cultura, que viene a representar otra cosa. Los símbolos suelen ser lingüísticos, sin embargo, también hay símbolos no verbales, como las banderas de los países en el caso de todos los símbolos se manipulan de forma arbitraria y convencional en la asociación entre un símbolo y lo que simboliza, ejemplo de ello es el agua bendita utilizada por los católicos.”

“Somete a la naturaleza: Todos los seres humanos tenemos que mediar entre las formas naturales y las culturales, por ejemplo no podemos orinar libremente en las calles, o bañarnos desnudos en una playa, estamos siempre sometidos a tradiciones culturales que han convertido los actos naturales en costumbres culturales”.

“Es general y específica: Todo grupo humano pertenece intrínsecamente a una cultura general, pero por otro lado pertenece también a una cultura específica donde

está *enculturada* en líneas diferentes. Todas las personas se desarrollan con la presencia de un conjunto particular de reglas culturales transmitidas de generación en generación.”

“Lo abarca todo: Vale decir la cultura no es excluyente de ninguna acción que el ser humano realice en su vida cotidiana, todo es significativo para su cotidiano vivir, por lo tanto nada debe excluirse.”

“Es compartida: La cultura es un atributo que no es del individuo sino que le pertenece al grupo humano en tanto es miembro de uno, lo que su condición de ser gregario, le permite estar siempre en contacto con el grupo y es en la interacción con el grupo donde es capaz de compartir su cotidiano vivir.”

“Esta pautada: Cada cultura posee un sistema pautado integrado de actitudes y comportamientos, las costumbres y creencias no son gratuitas, van siendo incorporadas en los individuos bajo un conjunto característico de valores centrales o básicos de cada cultura y va diferenciando y guiando el accionar de los individuos de otras culturas”

“Es cuna de creatividad humana: El sistema pautado que contribuye a diferenciar una cultura de otra y que sirve como guía a los individuos en su comportamiento, no significa que las personas lo adopten en forma mecánica, sino que al contrario, muchas veces se transgreden las normas, resultando una cultura de tipo ideal y otra real. En la real es cuando opera los principios de la creatividad humana para uso de su propia cultura.”

“Es adaptante y (mal) adaptante: Adaptarse a las tensiones medioambientales, puede significar beneficios en el corto plazo para el grupo humano, pero si usamos de mala manera los recursos naturales tendremos consecuencias nefastas en el largo plazo para nuestra supervivencia y reproducción humana”. (Kottak, op. cit)

Ahora bien las características mencionadas son un referente que permite entender algunas pautas de comportamientos y actitudes de las personas, indistintamente de su condición étnica, cultural, social y económica. Son como el componente genético que tienen los individuos para lograr sus proyectos de vida.

1.2 Elementos Universales de la Cultura

Los elementos universales de la cultura se encuentran en un nivel objetivo y otro subjetivo, dentro de lo cual, lo objetivo está dado por la cultura material, las normas, las costumbres, el lenguaje verbal y los sistemas simbólicos; y en el nivel subjetivo se centra en el sistema de valores de una determinada cultura.

1. **“La Cultura Material:** Está constituida por todos aquellos bienes materiales que son creados, producidos o anhelados porque tienen significados particulares, y a partir de ello su valor, para un grupo humano determinado. Un ejemplo de ello es la adquisición de ciertas vestimentas para adquirir otro status económico o algún patrimonio arquitectónico, como las iglesias, o el significado particular que le dan los mapuches a la “cazuela” al recibir algún invitado”.
2. **“La Cultura Normativa:** Una norma es un estándar de comportamiento compartido, de un grupo social, al que se espera que sus miembros adapten su quehacer por el significado que tienen para ordenar sus vidas cotidianas. Corresponden al “deber ser” y son la base de la ética y la moral de un grupo humano y son reconocidas por un grupo humano para guiar su comportamiento en lo cotidiano. Si bien no están escritas, se respetan de tal manera que el individuo que no lo haga, deberá ser sancionado. En la cultura mapuche se valora y respeta altamente la solidaridad y reciprocidad en la

convivencia comunitaria, la persona que no lo haga estará transgrediendo fuertemente los principios morales de su cosmovisión”.

3. **“Las Costumbres:** Son pautas de comportamiento socialmente adquiridas, altamente significativas para quienes las comparten o conocen, apoyadas por la tradición y generalmente exhibidas por miembros de un grupo social, que se caracterizan por ser actos voluntarios que no son sancionadas negativamente, cuando no son respetados. Es decir, son formas de comportarse aprendidas socialmente desde la infancia y transmitidas de generación en generación, y a diferencia de las normas no están supeditadas al control social. Ejemplo de ello son las costumbres alimenticias y que para cada cultura existen formas distintas de hacerlo”.

4. **“Lenguajes:** Sin lenguaje no existe la cultura y tampoco la existencia humana. El lenguaje es condición fundamental para el ser humano, a través de el realiza el proceso de comunicación para interactuar con los miembros de su grupo y generar el aprendizaje necesario para vivir. El lenguaje es acción por si mismo y gracias a el los individuos pueden participar en el proceso continuo del devenir. Cada cultura genera su propio lenguaje lo que también le da el sello distintivo entre una cultura y otra. En la cultura mapuche, existe el *mapudungun*, en los sectores populares, el *lenguaje popular*, entre los reos el *coa*”.

5. **“Los Sistemas Simbólicos:** Se refieren a los sistemas de representaciones empleados o al hecho de que la conducta social está pautada o amoldada en formas simbólicas. Por ejemplo, la vestimenta utilizada en un ritual religioso, estará cargada de simbolismos que serán propios de esa cultura. Por otro lado, está el *símbolo* y que es definido como cualquier cosa, objeto, gesto, palabra que se pone en lugar de o representa a otra cosa con la que no tiene conexión

intrínseca. Una bandera puede representar “una nación”, “fervor nacionalista” o “lealtad”.

- 6. Los Valores:** Son concepciones, explícitas o implícitas, distintiva de un individuo o característica de un grupo humano, acerca de lo que es *deseable* y que influencia la selección de cualquier forma disponible de modos, medios y fines de una acción. Cuando una persona o un grupo expresa una marcada preferencia por una manera de pensar o decir las cosas, a partir de su propia concepción de mundo, en perjuicio de otras formas, se habla de *juicios de valor*. En el caso de los pueblos originarios hay un marcado *antivalor* por parte de la cultura dominante, ya que muchas veces son seres “indeseables” dentro de esa cultura”. (Austin, 2008: s/p)

1.3 Universalidad, Particularidad y Generalidad

Los *rasgos universales* son todos aquellos que se encuentran contenidos en todas las culturas del mundo. Dentro de los rasgos sociales más significativos están la *exogamia* y el *tabú del incesto*, puesto que todos los humanos consideran que ciertas personas están emparentadas demasiado estrechamente como para casarse y formar una familia o tener relaciones sexuales entre ellas. La trasgresión de este tabú es *incesto*, algo nada aconsejable y que se castiga de diversas maneras según las culturas. Si se prohíbe el incesto, la exogamia (el matrimonio fuera del propio grupo) es inevitable. La exogamia vincula a las personas a redes más amplias y ha resultado vital en la evolución de la humanidad. Por otro lado, la vida en grupo y en familia constituye otro elemento universal y la organización de la vida social para su respectiva continuidad y evolución.

Todo aquel rasgo, patrón o integración distintivo o único forma parte de las particularidades de cada cultura. Cada cultura enfatiza y despliega diversidades y variaciones en sus rasgos culturales, volviéndolos únicos y particulares, lo que se

opone a la universalidad de la cultura. Muchas culturas tienen ritualizados una serie de costumbres y creencias en relación al ciclo vital, como son el nacimiento o la muerte, pero cada una resuelve cuál es más importante. En definitiva la diversidad cultural nos obliga a reevaluar nuestras formas familiares de pensamiento.

Entre la Universalidad y la unicidad, se encuentra un ámbito intermedio, que son las generalidades culturales, una de las más reconocidas es la *familia nuclear*, que es un grupo de parentesco conformado por los padres e hijos, pero claramente no es el tipo de familia que reina en el mundo, sabido es que en comunidades indígenas practican mayoritariamente la familia de tipo extensa. Estas generalidades se producen entre las culturas gracias a las difusiones culturales y que actúan en calidad de préstamos culturales, ya sea directamente o por intermediarios. (Kottak, op. cit)

1.4 La idea del Contexto

La palabra contexto es una palabra compuesta entre la unión de *con*= junto a y texto del latín *texere/texto*= paño y/o entramado, trama, tejido. De esta forma la palabra contexto se refiere al entramado o tejido de significados provenientes del medioambiente o entorno, que impresionan el intelecto o campo de conocimientos de un grupo humano, como parte integrante de su cultura y su visión de mundo o cosmovisión. En otras palabras el contexto cultural es todo aquello que forma parte del medioambiente o entorno y resulta significativo en la formación y desarrollo de la cultura de un grupo humano específico. Por lo que: “*contexto es el entorno ambiental, social y humano que condiciona el hecho de la comunicación*”. (Austin, op. cit.: s/p)

Se suele usar la palabra *entorno* para referirse a todo aquello que envuelve a un individuo o a un grupo humano, por el solo hecho de estar allí, pero sin examinar el grado de significado que sus componentes o elementos tengan para esos individuos o grupos humanos.

El entorno carece de “alma” cultural en forma de elementos y sistemas simbólicos compartidos, mientras que contexto incorpora todo lo simbólico, ya que representa algo para alguien bajo cualquier circunstancia. Por otra parte, conviene señalar que cuando se hace referencia sólo a los elementos naturales interrelacionados, del medio, incluyendo la fauna, flora y geografía se hablará de medioambiente, y cuando se incluye al grupo humano que lo habita es preferible hablar ya de contexto, porque incluye la cultura y comunicación humana. (*Ibíd.*)

El **contexto** incorpora todo lo simbólico o que "representa algo para alguien bajo cualquier circunstancia"(Ibíd., s/p), y ese alguien es capaz de interpretarlo y exteriorizar sus significados a través de su cultura de una manera completamente desapercibida para él o para ellos. Cuando uno trabaja con la cultura de cualquier grupo humano el concepto de contexto se hace importante porque es de allí, del contexto, de donde emergen los fenómenos o presiones más significativas para la vida cotidiana, es decir, es del contexto de donde surge la cultura como un manantial que no deja de fluir. Y además, el contexto cultural es una dimensión importante cuando se estudia a la identidad cultural como elemento de la cultura étnica. (*Ibíd.*)

Si la cultura es la red de significados, este entramado humano de sentidos tiene existencia en el contexto de una geografía, un clima, la historia y el conjunto de procesos productivos en que se da la existencia de esa cultura.

En la **geografía y clima** lo vemos reflejado de manera significativa en el cotidiano vivir de los individuos, como cuáles son sus alimentos más comunes, en qué época del año se cultivan, la vestimenta va a presentar particularidades, los estilos arquitectónicos de sus viviendas o construcciones locales (puentes, edificios públicos, etc.), accidentes geográficos que facilitan o dificultan la comunicación humana. Estos accidentes geográficos del lugar en que se vive, desierto, valle, pampa, zonas montañosas, y además el tipo de clima, templado, lluvioso, cálido, etc., pasan a

convertirse en fundamentales proveedores de significados específicos del diario vivir de una determinada cultura. (Kottak, op. cit.)

La **historia**, pasa a conformar la dimensión temporal de lo significativo, ligando los hechos pasados a los significados y valores, que le dan su parte de significados a los hechos del presente o bien proyectándose al futuro imaginario. El contexto histórico se refiere a los aspectos significantes que provienen del pasado, así los mitos, costumbres, folklore, y las versiones mismas de la historia que se cuenta o se escribe, la que sirve para decir quiénes somos y por qué hacemos y pensamos la vida de tal o cual manera.(Ibíd.)

Por otro lado, los **procesos productivos** proporcionan los sustratos significantes restantes, representan las transformaciones que la gente hace para poder vivir o sobrevivir y desarrollarse en los diferentes niveles de producción, ya sea a nivel primario, es decir extrayendo los recursos naturales de la tierra para trabajarlos como materia prima, o a un nivel secundario utilizando la actividad fabril de transformación en materia prima en bienes de uso y consumo, y por último una fase terciaria, de adquisición de servicios de unos para otros. Estos procesos productivos también aportan al significado del contexto cultural, ya que en la interacción e interrelación existente entre los individuos en el quehacer de las actividades productivas se generan estratificaciones, uniones, divisiones, sean estas objetivas o subjetivas. (Ibíd.)

Al tener en cuenta los elementos nombrados: geografía y clima, historia y procesos productivos, se explica que el concepto de identidad cultural sea a menudo definido o descrito a partir de la existencia de elementos que nacen de ellos, tales como territorio común, una lengua, un conjunto de tradiciones o costumbres y sistema de valores y normas comunes al grupo étnico.

En suma, la cultura es un entramado de significados compartidos, significados que obtienen su connotación del contexto (geografía, clima, historia y proceso

productivos), pero que habita en la mente de los individuos dándoles una identidad cultural específica; justificándose el argumento que dice que la cultura está tanto en la mente de los individuos como en el ambiente en que ellos viven.

2. La Identidad Cultural

La identidad cultural es la cultura “contextuada”, puesto que la extrema variabilidad del fenómeno cultural, tiende a confundir cuando se desea estudiar la (s) cultura(s), bajo ningún punto de vista se puede decir que un grupo humano es “idéntico” a otro, por similar o parecido que sea. En realidad la cultura de un grupo humano es como su huella dactilar, esto es que no existen dos grupos humanos que tengan la misma cultura. Cada grupo humano posee su propia **identidad cultural**, de manera tal, que todas las personas que hayan nacido y se hayan socializado dentro de esa identidad se sienten igual o pertenecientes a una misma comunidad humana. Lo que en realidad comparten y hacen sentirse iguales es el compartir los **mismos significados** para darle sentido a su vida cotidiana.

La identidad cultural viene a ser *aquellos rasgos culturales que hacen que las personas pertenecientes a un grupo humano y a un nivel cultural, se sientan iguales culturalmente.* (Ibíd.)

Austin (Ibíd.) hace referencia a distintos niveles de identidad cultural y los explica desde una perspectiva micro y macrosocial, en donde explicita el itinerario que cada persona realiza en su proceso de socialización. Destaca que la identidad cultural de las personas se va desarrollando en nuestro primer agente socializador que es la familia, para luego ir ampliándola a espacios que aún siguen siendo a un nivel más microsocioal como lo son el entorno inmediato o barrio y nuestra comunidad o espacio local; y posteriormente extenderla definitivamente a un espacio macrosocioal.

A continuación se define cada uno de los niveles culturales planteados por el autor:

2.1 Niveles de Identidad Cultural

1. ***“La Cultura Familiar:*** Cada familia es un mundo distinto lleno de significados propios de “esa familia”, la cultura que se genera en cada familia es de vital importancia para cada uno de sus miembros, pues se constituye en el primer nicho de socialización primaria. El niño aprende a contactarse con el mundo e interactuar con otros. Se parte de la premisa entonces que es en el núcleo donde inician su proceso de identidad cultural”.
2. ***“La Cultura del Barrio:*** Por otro lado, los vecindarios o barrios poseen una particular identidad cultural, dependiendo del grado de relaciones comunes, años de antigüedad del barrio, así podemos citar las celebraciones de fin de año que unen a ese grupo humano y se saludan muy alegremente, comparten bailes y fiestas, etc.”
3. ***“La Cultura Local:*** La localidad corresponde a un territorio más grande que el barrio, lo que permite que una sociedad humana pueda ser definida como una “localidad” en su identidad cultural, vale decir, que posee una cultura más o menos homogénea en cuanto a costumbres tradicionales y modernas, valores, normas de vida, lenguaje, simbolismos cultura material desarrollados, seguramente, a lo largo de una historia común”.
4. ***“La Cultura Regional:*** Al igual que la cultura local corresponde a un determinado territorio, pero con una porción territorial más extensa. Uno de los campos más inmediatos para apreciar los cambios o diferencias en la cultura a nivel regional, es en las costumbres culinarias. En Chile es conocida la marcada diferencias entre una región y otra, cuando hablamos de las regiones del norte, centro o sur”.

5. **“Las Culturas Nacionales:** La cultura nacional se refiere a las experiencias, creencias, patrones aprendidos de comportamientos y valores compartidos por ciudadanos del mismo país. Los alzos de unión son aquellos elementos o contenidos culturales comunes para todos los habitantes del país, dando origen de esa manera a la identidad nacional y otorgando la categoría de “nación”.

6. **“La Cultura Iberoamericana:** La profunda reflexión que provocó la conmemoración de los 500 años del Descubrimiento de América incluyó la búsqueda de los elementos de nuestra identidad. Al respecto después de varias controversias, se llegó a la conclusión que los países americanos de raigambre Ibérica y los pueblos de la Península Ibérica misma, constituyen *Iberoamérica*. Finalmente los elementos culturales que se comparten son una historia oral, del ritual y de la muerte, lenguajes ibéricos ¿castellano y portugués?, una religión cristiana y una historia de conquista común”.

7. **Cultura Occidental:** Proveniente de raíces filosóficas nacidas en la antigua Grecia, contiene lenguajes de raigambre absolutamente occidentales como las lenguas romances y germánicas que están en la raíz de todos nuestros idiomas, nuestra manera de escribir de izquierda a derecha y con el alfabeto latino, formas de saludarse, de cortesía, maneras de mesa y comidas comunes, etc.

8. **“La Cultura Universal:** Es la que nos identifica a todos los seres humanos del mundo y esta representada fundamentalmente por todos aquellos aspectos significativos que proporcionan sentidos compartidos y para todos los seres humanos, como todo aquello que compone el pensamiento científico, filosófico y el patrimonio estético o artístico e histórico, que conforman el patrimonio de la humanidad. La cultura universal estaría compuesta de ciertos rasgos biológicos, psicológicos, sociales y culturales que son universales, compartidos por todos los humanos en todas las culturas”. (Austin, op. cit.: s/p)

2.2 Etnocentrismo y relativismo cultural

El *etnocentrismo* se refiere a la tendencia a aplicar los propios valores culturales para juzgar el comportamiento y las creencias de personas criadas en otras culturas. El etnocentrismo es un universal cultural. En todas las culturas las personas piensan que sus creencias, explicaciones, valores u otros, son aplicables en todos lados y de la misma forma, no dejando lugar a lo distinto o diverso que pueda ocurrir en otras culturas, de esa manera se adoptan posturas socioculturales rígidas y obsoletas.

El opuesto a esta actitud sería el *relativismo cultural* que argumenta que el comportamiento en una cultura particular no debe ser juzgado con los patrones de otra. Esta posición también puede provocar problemas. Llevado al extremo, el relativismo cultural arguye que no hay una moralidad superior, internacional o universal, que las reglas éticas y morales de todas las culturas merecen igual respeto. Un ejemplo de relativismo extremo sería la Alemania Nazi. Desde estos enfoques universales se llega al consenso que los hombres no deben pasar por alto valores universales de justicia y moralidad, de esta forma se rechazan todas las formas de canibalismo, infanticidio, genocidio y tortura humana. (Kottak; op. cit)

2.3 Los conceptos de etnia, identidad y nosotros versus otros.

En Iberoamérica, los problemas interétnicos están preferentemente referidos al encuentro de la sociedad occidental con los pueblos originarios o indígenas, donde la "identidad y la etnicidad indígena, pasan a ser atributos económicos y socioculturales considerados propios de un grupo humano, que acepta un origen común, vive en un territorio definido y habla la misma lengua. Ello constituye un nosotros, diferente a otros. Es una percepción, una valoración. En este último punto se destaca el concepto de nosotros/otros, como referente al abismo que separa a los pueblos indígenas americanos con los surgidos de la conquista. (Austin; op. cit))

Esta perspectiva se refiere al "proceso a través del cual el yo descubre al otro y se descubre en él. Identifica también las etapas que engloban la experiencia de contacto". En América la alteridad descansa en el egocentrismo, si bien es posible detectar ejemplos tímidos en los cuales se establecen equivalencias entre aspectos culturales indígenas y europeos. Es decir, el nosotros de la cultura occidental, egocéntrico, que se ve a sí mismos como representante de lo correcto y que mira a los otros representando un accionar anómalo, raro, incorrecto o atrasado, lo que le resulta grave y vergonzoso si quienes así actúan son los grupos étnicos de su propia cultura y territorio nacional. Al revés, cuando el otro es el occidental y el nosotros es el indígena, se ve al otro a través del prisma de una historia de sufrimientos, persecuciones, desdén y negación de sí mismo. (Ibíd.)

2.4 La politización de la identidad y el movimiento indígena

La mayor fuerza del movimiento por el respeto de los Derechos Humanos, un clima más democrático y niveles más altos de educación, han provocado, según varios expertos, una mayor presencia política de los sectores indígenas iberoamericanos

El indígena surge por primera vez como un actor político, debido a la ocupación gradual y persistente del territorio indígena. La identidad étnica, como cualquier otra, cuyos portadores sean miembros de grupos minoritarios o socialmente desfavorecidos, posee características propias, como su fuerza y capacidad movilizadora y su noción de pueblo. La identidad étnica puede ser una relación social de contraste entre identidades minoritarias o, sobre todo, ante las identidades mayoritarias, convirtiéndose en un actor político importante, tanto para los líderes de la sociedad mayoritaria como para los líderes indígenas. La condición de actor político se ve favorecida por la intervención del Estado y de la Iglesia. El Estado crea entidades de protección y apoyo a los indígenas, aún cuando en una primera instancia era como forma de pacificarlos y civilizarlos. La Iglesia, gracias al apoyo misionero, promueve un surgimiento del liderazgo indígena independiente.

En Chile la imagen estereotipada de los mapuches ha variado a lo largo de la historia del país, pudiéndose observar cinco periodos en que los indígenas chilenos han sido vistos con diferentes matices discriminatorios:

1. El periodo de los *guerreros valientes y bravos*, desde el comienzo de la Conquista, hasta aproximadamente la década de 1840.
2. El periodo de los *bandidos sanguinarios*, desde 1840 hasta la llamada "pacificación" del territorio mapuche.
3. El periodo de *los indios flojos y borrachos*, desde 1893, hasta aproximadamente la década de 1920.
4. El periodo de la *carga y responsabilidad del hombre blanco*, desde la década de 1920 hasta 1960, y
5. El periodo de *salvajes gentiles*, a los que falta sólo la educación, de la década de los años sesenta (Ibíd.)

La realidad chilena parece indicar que se está formando un verdadero movimiento indigenista nacional, con actores indígenas y no indígenas, comprometidos, por diversas razones, con éstos. Al mismo tiempo, puede observarse que entre los sectores indígenas chilenos surgen dos grupos con características de variables de identidades: los políticamente comprometidos, entre los que se encuentran numerosos indígenas urbanos, y los no politizados, más ligados a la cultura rural tradicional; lo que necesita mayor investigación, porque esta gravitando en el campo de las relaciones interculturales e interétnicas del país. (Ibíd.)

Es importante ir despejando y aclarando conceptos que en la actualidad son mas pertinente para el estudio de variables étnico-cultural, señalar por ejemplo que el concepto de *raza* se encuentra obsoleto por considerar que apunta a un criterio de discriminación y no de integración como se pretende abordar las temáticas socioculturales de las sociedades modernas.

Por otro lado, el vocablo *pueblo* tiene muy poco uso en castellano, más bien se utiliza en la antropología anglosajona o inglesa para nombrar a los pueblos originarios, como por ejemplo: *The mapuche people of Chile* (El pueblo mapuche chileno).

La *cultura* conforma una forma de vida y pensamiento, compuesta por una malla de sentidos organizados en significados; y la *etnia* constituye un grupo humano diferenciado por lengua, religión, costumbres y territorio propios. La *sociedad* es un conjunto organizado de individuos con un modo determinado de vida y donde se destaca el componente humano como lo es la *sociedad campesina*, donde se destaca la organización social. Por último, la *comunidad* refiere a un espacio temporal de la vida colectiva que debe darse con condiciones mínimas de concordancia con respeto a fines comunes. Si decimos la *comunidad campesina*, lo que acentuamos es la idea de que una comunidad *vive con fines comunes*. (Ibíd.)

2.5 La teoría del Control Cultural de Bonfil Batalla

La condición de cultura superior y su relación subalterna con la supuesta cultura inferior, queda clarificada en la conceptualización de *control cultural* que realizó el antropólogo latinoamericano, Guillermo Bonfil Batalla, en donde el autor describe y analiza en varios niveles la relación entre pueblo dominado y pueblo dominante y caracteriza el estado de la relación interétnica entre los pueblos.

Por *control cultural* Bonfil Batalla (1989: 11), entiende “el sistema según el cual un grupo ejerce la capacidad de decisión sobre los elementos culturales...”. Tales elementos culturales van desde los aspectos materiales hasta los componentes ideológicos de la cultura. Más que en describirlos, el autor se interesa en hacer una distinción fundamental entre un ámbito de la *cultura propia* que constituye el repertorio peculiar del grupo y otro de *cultura ajena* que representa, en cambio, los elementos culturales externos con los cuales el grupo entra en contacto.

Los *elementos culturales* pueden ser *propios* o *ajenos*. Son elementos propios los que la unidad social considera que ha recibido como patrimonio cultural heredado de las generaciones anteriores y los que produce, reproduce, mantiene o transmite, según la naturaleza del elemento cultural considerado. Inversamente, son elementos culturales ajenos aquellos que forman parte de la cultura que vive el grupo, pero que éste no ha producido ni reproducido.

Sin embargo, se consideran parte de la cultura propia no sólo los elementos que representan originariamente la cultura autónoma del grupo, sino que también aquéllos definidos como *apropiados*, sobre los cuales el grupo adquiere capacidad de decisión. Un ejemplo de estos últimos es la utilización *sincrética* de múltiples aspectos de la ritualidad cristiana, en un sustrato religioso que mantiene su originalidad nativa.

Al contrario, se consideran parte de la cultura ajena no sólo aquellos componentes culturales impuestos en los cuales ni los elementos ni las decisiones son propias del grupo (como parte de la enseñanza escolar), sino también aquéllos que siendo parte del repertorio original del grupo, se ponen en juego a partir de decisiones ajenas. En la situación de un grupo dominado los ejemplos son variados: la fuerza de trabajo que se somete a reglas de funcionamiento que escapan a la lógica del grupo, o la *folklorización* de fiesta y ceremonias para fines ajenos, como el aprovechamiento turístico, la retórica nacional, spots publicitarios y otros.

En el caso mapuche es evidente, por ejemplo, ciertos aspectos de la cultura indígena como son el uso de algunas vestimentas, la producción de artesanía y tejidos, la utilización de algunas figuras sociales, como la de la *Machi*, representan elementos que obedecen a intereses relacionados con la creación de una imagen “exótica” de la IX región que pueda fomentar el turismo regional y atraer al visitante. De todos modos la misma situación se puede evidenciar en la mayoría de los pueblos originarios del país y también a nivel latinoamericano, debido a fenómenos mundiales como son la globalización, la modernidad y el desarrollo económico de las Naciones.

El autor relaciona el universo de los elementos culturales a disposición del grupo con la condición propia y ajena de las decisiones sobre esos mismos elementos y establece cuatro ámbitos aproximativos de la *cultura global*, que se presenta a continuación:

Cuadro N° 2

Los ámbitos de la cultura en función del control cultural

Elementos Culturales	Decisiones	
	Propias	Ajenas
Propios	<i>Cultura Autónoma</i>	<i>Cultura Enajenada</i>
Ajenos	<i>Cultura Apropiada</i>	<i>Cultura Impuesta</i>

Fuente: La teoría del control cultural, Bonfil Batalla, G. (1989).

En el cuadro N° 2 podemos observar que la interacción propia de elementos propios y ajenos y junto a su respectiva toma de decisión del grupo, se van interrelacionando elementos culturales distintos y diversos lo que conlleva a generar situaciones socioculturales que van a desencadenar nuevas formas de vivenciar la cultura del grupo o comunidad. A continuación se detallará conceptualmente cada uno de esas situaciones socioculturales:

1. Cultura Autónoma

El grupo social posee el poder de decisión sobre sus propios elementos culturales; es decir, es capaz de producirlos, usarlos y reproducirlos. La realización del ritual chamánico en el caso mapuche, puede ser un ejemplo de esta situación porque los elementos que se ponen en juego y las instancias de decisión que lo determinan están bajo el “control” de la sociedad indígena.

2. Cultura Apropriada

Los elementos culturales son ajenos en el sentido de que su producción y/o reproducción no están bajo el control cultural del grupo. Sin embargo, el grupo los usa y decide sobre ellos. La introducción de elementos y simbología religiosa cristiana en el panteón religioso mapuche o en la realización de prácticas rituales puede describir bien esta situación. Otros ejemplos son el uso de la cruz cristiana dentro del *Ngillatun* o la utilización de elementos terapéuticos de la medicina occidental como son los *remedios* en el contexto de la curación tradicional.

3. Cultura Impuesta

En este caso ni los elementos culturales, ni las decisiones sobre ellos están bajo el control del grupo social. Tampoco existe capacidad de producción y reproducción de dichos elementos. El caso de asistir a la escuela y la incorporación a la educación formal, al menos en la forma en que se imparte en el ámbito indígena ilustra esta situación. La subdivisión e individualización de las tierras dentro de la comunidad indígena representa otro fenómeno histórico característico de la imposición cultural.

4. Cultura Enajenada

Aunque los elementos culturales siguen siendo propios, la decisión sobre ellos es expropiada y puesta al servicio de fines ajenos. Así ocurre con la “*folklorización*” de algunos elementos de la cultura indígena como la música, las danzas, los trajes o su utilización para fines de atracción turística.

En términos más generales y con la finalidad de aclarar los aspectos de la cultura sobre los cuales se ejerce el control, Bonfil Batalla (Ibíd.:11), postula la existencia de un plano general o *matriz* cultural específica que, inserta en el devenir histórico, articula y da sentido a los diversos elementos, particularmente en el ámbito de la cultura *autónoma* que se analiza más adelante. Dicha matriz o núcleo de la cultura

autónoma, desempeña un papel decisivo en la conformación de la cultura, porque sin ella no sería posible el proceso de *apropiación*, vale decir representa el reducto, *el germen* que hace posible el proceso de *innovación* y *creatividad* cultural.

El conjunto de niveles, mecanismos, formas e instancias de decisión sobre los elementos culturales y, en particular, la capacidad de producirlos y reproducirlos en una sociedad dada constituye el sistema global de relaciones que se define como *control cultural* (Ibíd.:11). La definición de la situación del grupo étnico se debería dar, en este sentido, a partir de su relación con un ámbito de cultura autónoma, aquel sobre el cual se mantienen niveles y estructuras de decisión propios en instancias que se reconozcan como internas y legítimas del grupo. Con base en este ámbito de cultura autónoma el grupo étnico puede generar un espacio de cultura apropiada. La relación significativa, no es entonces con la cultura etnográfica en su totalidad, sino con los campos de ella en los que el grupo ejerce control cultural. El punto nodal es sin duda, la cultura autónoma, en tanto presupone la existencia de elementos culturales propios que son distintivos del grupo.

Ahora bien, se produce el proceso contrario con los elementos culturales ajenos, ya que si bien son parte del grupo, no han sido ni producidos ni reproducidos por el grupo. Y en situaciones de interacción interétnica, especialmente cuando las relaciones entre los grupos son asimétricas, es decir de dominación-subordinación, la cultura etnográfica (inventario de los elementos culturales presentes en la vida del grupo), incluirá tanto elementos propios como ajenos (Ibíd.:12). Por lo tanto, se puede sostener que la *identidad étnica* no es una condición ideológica sino que una *práctica cotidiana*, ya que permite el *ejercicio* de la cultura propia. (Ibíd.:23-24)

Si extrapoláramos el citado enfoque a la realidad histórica de la Araucanía, podríamos afirmar que, como resultado de la derrota militar del siglo XIX y de la ocupación del territorio, la sociedad mapuche pierde ámbitos y mecanismos de control cultural. Los grupos mapuches no habían alcanzado formas de organización social de carácter

superestructural, como fue el caso de otras etnias latinoamericanas (Incas, Mayas, Aztecas); sin embargo uno de los efectos más evidentes de la **ocupación del territorio**, es la desarticulación de los mecanismos de solidaridad socioeconómica entre los diferentes grupos y la reducción del conjunto de la sociedad a un conglomerado disperso de comunidades locales vinculadas entre sí solamente, a través del gobierno nacional, es decir, de una **estructura ajena**.(Citarella et al; op. cit.)

Esta situación de desarticulación, trajo como consecuencia negativa lo siguiente:

“un grupo de tipo arcaico, se incrustaron, por la necesidad de radicar a los indígenas, porciones extrañas que vinieron a debilitar poco a poco la cohesión de las familias emparentadas. Inclusive los núcleos de parientes que no habían recibido este elemento ajeno a las generaciones consanguíneas, trabajados por nuevas necesidades, intereses y gustos, perdieron su consistencia de otros tiempos y entraron a un proceso de individualización. Esto llevó finalmente a constituir la comunidad actual en centros indígenas bastante incoherentes, que viven encerrados dentro de sí mismos. La comunidad consta de una familia o de varias y aún comprenden personas agregadas. Los hábitos constituidos se han modificados, por cierto, con este cambio radical de organización (...) en esta evolución se perdieron las atribuciones reales del cacique; sólo le ha quedado ahora cierta autoridad moral y la que da su categoría de jefe de familia” (Guevara, citado en Bengoa, 1985:368). El prestigio de la fortuna se ha sobrepuesto al concepto del mando del cacique. Ha desaparecido por tanto, la *aristocracia* de los araucanos, que se basaba en la antigüedad y en el poder de los abolengos. (Bengoa; op.cit.)

Además, como consecuencia de la ocupación de la Araucanía, se impuso en el territorio indígena una serie de medidas, en cuestiones tan fundamentales como fueron el manejo de las tierras, las expresiones religiosas, el ejercicio de la justicia, etcétera, que restringían el ámbito autónomo de las decisiones y las sujetaban a códigos determinados por el grupo dominante. La intención básica de la legislación

consistía en radicar a los indígenas en espacios delimitados, llamados *reservaciones*, de modo tal de tener el resto del territorio libre y expedito para la colonización. El Estado era el encargado de realizar este proceso. Las tierras que no eran entregadas directamente a colonos extranjeros o nacionales se sacaban a remate al mejor postor y las adquirían chilenos o inmigrantes extranjeros que disponían de fondos acumulados y ahorros, a veces derivados de actividades productivas en los terrenos donados por el Estado. (Ibíd.)

También tuvo consecuencias determinantes para la población nativa, el modo de aplicación de la *ley de reducciones*, que trajo consigo arbitrariedades y medidas burocráticas inimaginables. Lo más grave fue sin duda la arbitrariedad del agrupamiento de las personas a las cuales se les incluía en un solo título de merced. La comisión otorgó títulos a jefes de hogar considerados como caciques locales y radicó bajo ese título a todas las personas que le pertenecían, aunque formaran familias aparte. La arbitrariedad consintió en radicar bajo ese título de merced a todas las personas de diferentes familias y, por lo tanto, que no reconocían para ningún efecto en el cacique a un jefe. (Ibíd.)

Este hecho y lo que implicaba respecto a los límites de los suelos asignados, provocó a veces serios conflictos en las reducciones recién constituidas. La radicación de los indígenas en reducciones, despojados totalmente de sus bases productivas, transformó a la sociedad mapuche en una sociedad de campesinos pobres, el sistema ganadero que se había instaurado durante la época colonial resultó destruido por el nuevo régimen de ocupación de las tierras que constreñía a los mapuches en pequeños territorios, por lo que la *pauperización* de la sociedad mapuche fue la consecuencia más evidente del paso al *minifundismo*. (Ibíd.)

La tierra sigue siendo el núcleo central de la cultura mapuche, de ella nace su forma de conectarse al mundo y su estilo de vida que lo define hoy como un pueblo agricultor. El 80% de la población económicamente activa en el área rural manifiesta

desarrollar actividades agropecuarias. Sin embargo, el tamaño actual de las antiguas propiedades familiares ha disminuido notablemente, como consecuencia de los procesos de expropiación y usurpación, la subdivisión del predio familiar, la venta de tierras y baja calidad de los terrenos. Además, los problemas de riego y la falta de fertilizantes y tecnología apenas permiten la subsistencia del grupo familiar. (Citarella et al; op. cit.)

En la actualidad se puede evidenciar que la sociedad mapuche ha ido experimentando una fuerte incorporación de pautas occidentales en sus costumbres y condiciones de vida. Sin embargo y paralelamente, muestra fenómenos de resistencia y vigencia de su identidad cultural.

El proceso de pérdida de control cultural se expresa en ámbitos específicos que se señalan a continuación:

A) Identidad Lingüística

La mantención de la lengua materna nativa constituye un pilar fundamental en la comunicación a la hora de evaluar relaciones interculturales desiguales, ya que con ella se puede medir el sentimiento de pertinencia del hablante a su grupo étnico y el nivel de apego a la identidad cultural. Aunque no existen estadísticas sobre el conjunto de la población mapuche y el estado de la identidad lingüística, las investigaciones realizadas concuerdan en identificar una clara tendencia al desplazamiento de la lengua materna nativa, a favor de un bilingüismo ***castellano-mapugundum*** o de un ***monolingüismo castellano***.

Un estudio realizado en 4 distritos seleccionados de la IX región como son: Labranza, Metrenco, Maquehue y Molco; revela algunas tendencias: de un total de 2714 jefes de hogares, un 49 % declara hablar ambos idiomas; un 4 % dice hablar más frecuentemente el castellano, y un 10 % declara que la lengua más hablada es el

mapudungun; es decir en el 90 % de los hogares encuestados, se habla la lengua hispana. (CELADE, UFRO, INE, PAESMI, FII; 1990)

En un estudio posterior, efectuado en los mismos distritos citados anteriormente, refiere a 117 mujeres entre 15 y 54 años de edad, y señala que el 8 % declara que la lengua más hablada en el hogar es el *mapudungun*, un 49 % utiliza ambos idiomas en el hogar; mientras que un 44 % corresponde al grupo que habla más el castellano. En relación a los niños de las madres encuestadas, sólo un 4 % hablaba el *mapudungun* y un 67 % reconoce que habla el castellano. (Oyarce, Pérez; 1991)

No obstante, estos datos recopilados no proporcionan, para los hablantes bilingües, datos de carácter sociolingüístico relativos a actitudes hacia las lenguas, niveles de competencia, fenómenos de migración, ubicación geográfica del hablante, etcétera, aun cuando es posible presuponer que así como acontece en la gran mayoría de los contextos indígenas latinoamericanos, en los cuales las lenguas nativas se mantiene una relación de carácter *diglósico* con el castellano, los hablantes bilingües de la IX región por ejemplo, lo sean de carácter asimétrico.

Debido a lo anterior, es posible que los resultados de las encuestas referidas subdimensionen el número de hablantes nativos, ya sea por los notorios fenómenos de autovergüenza étnica y que por otro lado, exista dentro de la población bilingüe un relevante porcentaje de monolingües con limitados nivel de acceso al castellano. En consecuencia, se genera dentro de la población nativa mapuche una clara tendencia al desplazamiento del *mapundungum* como lengua materna, y finalmente la adopción a la castellanización, revelando una pérdida de control cultural, producto de la situación de marginación y proscripción en la cual se encuentra la lengua indígena y al predominio de la lengua castellana como prestigio para el acceso a las estructuras sociales de la sociedad nacional, esto es acceso a la educación, salud, justicia, etcétera.

B) Tenencia de la tierra

La política de conquista del territorio de la Araucanía y la sumisión de la población indígena se manifiesta, mejor que en cualquier otro aspecto, en la apropiación y conversión de los territorios que antes pertenecían a los grupos mapuches. Se calcula que en los primeros 50 años del siglo XX, casi un tercio de las tierras concedidas originalmente en mercedes fueron usurpadas por particulares. Analizar el binomio ***indígena-tierra*** es esencial por tanto para encarar las relaciones históricas entre etnia mapuche y sociedad nacional (Vidal, 1991). El largo y secular proceso de persecución sistemática, despojo abierto y explotación de los bienes y del trabajo indígena culminó con la enajenación de las tierras mapuches; este proceso de enajenación adquirió un nuevo y más intenso ritmo desde fines del siglo XIX, al encontrar apoyo en una serie de mecanismos que otorgaron legalidad jurídica a la expropiación y expulsaron paulatinamente las fragmentadas comunidades hacia las zonas más improductivas y en algunos casos a las más inhóspitas.

El censo del año 1976 realizado por el Servicio Agrícola Ganadero, SAG, y el Instituto de Desarrollo Indígena, IDI, calculan un promedio de 11.2 hectáreas por hogar dividido por 5 personas, da un promedio de 2.2 hectáreas por persona. (Citado en Citarella et al; op. cit). Por otro lado, el estudio de Vidal (op. cit) señala que si bien la población mapuche es de alrededor de un 56 % de la población rural de la IX región, se concentra en el 11 % de la superficie regional, con un promedio de 2.3 a 2.9 hectárea por persona.

En otro estudio efectuado en el año 1981, el Grupo de Investigaciones Agrarias, GIA, obtiene para reducciones de los distritos de Truf Truf y Maquehue, un promedio de 3.0 a 3.9 hectáreas por hogar, lo que dividiendo por 5 personas por hogar arrojaría un 0.6 y 0.8 hectáreas por persona respectivamente. (Citado en Citarella et al; *Ibíd.*). Finalmente, en un estudio realizado en 1989 sobre 117 familias de reducciones de Metrenco, Labranza, Molco y Maquehue, el % de hectáreas por familia fue de 2.6 por

familia con una relación hombre-tierra de 0.41 hectáreas por persona. (Oyarce, Pérez; op. cit)

Actualmente la condición de pobreza y marginalidad de los mapuches se vincula con la escasez de tierras en las comunidades o *reducciones*, aunque no existen censos actualizados sobre el tamaño de las propiedades familiares, los diferentes estudios y cálculos mencionados arrojan cifras promedios que oscilan entre menos de 1 hectárea por persona y 2.2 hectáreas por persona; o menos de 1 hectárea hasta 2.9 hectárea por persona. Por otra parte, los promedios en algunos sectores reduccionales pueden ser muy superiores, por ejemplo en el área cordillerana, o muy inferior, de 0.8 y 0.6 y 0.4.

La disminución del recurso suelo, sumada a la imposibilidad de contar con un adecuado sistema de riego para sus predios, el deterioro y pérdida de recursos naturales, y la escasez o simplemente inexistencia de tecnología apropiada, permite apenas satisfacer sus necesidades en un nivel de subsistencia. Si se agrega el problema de la inequitativa distribución, ya sea de las tierras, como en general de los recursos disponibles para los pobladores de la región, la situación se presenta aún más precaria y desoladora. Sin embargo, este proceso de usurpación atroz a lo largo de la historia, ha significado fenómenos de recomposición culturales y de resistencia indígena, mediante una toma de conciencia sobre la situación de marginación y explotación en la cual se encuentra el pueblo mapuche. Es uno de los elementos centrales en la formación de la conciencia étnica del siglo XX. Independientemente de que las tierras usurpadas sean muchas o pocas, en relación a la cantidad, en la conciencia mapuche la usurpación ha actuado como elemento catalizador y centralizador de su cultura. La conciencia étnica postreduccional se forma a partir del *robo de las tierras*. (Bengoa; op. cit.)

C) El fenómeno de la migración rural-urbana

Este fenómeno afecta a toda la población en edad activa y constituye una de las características sociodemográficas más relevantes de la situación actual entre la población de reducciones indígenas. En particular afecta más a la población femenina, incluso en edades más tempranas que a la población masculina. En términos absolutos y relativos, la mayor migración se da en jóvenes entre los 14 y 20 años de edad. (Oyarce, Pérez; op.cit.)

La migración masculina se caracteriza por:

- ✓ Ser temporal
- ✓ La escasez de tierras entre las familias
- ✓ La inequitativa distribución de los predios en los campos
- ✓ Las pautas tradicionales de herencia
- ✓ La falta de oportunidades laborales
- ✓ La difusión de una cultura que desprestigia lo rural-tradicional frente a lo urbano

En tanto, la migración femenina se caracteriza por:

- ✓ Un sistema de herencia patrilineal lo que genera una escasez de suelos y recursos
- ✓ Falta de oportunidades laborales
- ✓ Falta de un sistema de inserción social adecuado

Como consecuencia del fenómeno de emigración es la pérdida de control sobre un vasto sector productivo y reproductivo de la población, que comienza muy tempranamente y pasa a transformarse en mano de obra barata con condiciones laborales precarias, lo que produce a través del tiempo, escasas posibilidades de un mejoramiento socioeconómico.

Finalmente se puede afirmar que el fenómeno de la migración rural-urbano, instala problemáticas específicas dentro de la población mapuche, como son:

- ✓ Una disminución de la población residente en las propias comunidades rurales
- ✓ Pérdida del control de la estructura social básica mapuche
- ✓ Debilitamiento de los mecanismos de solidaridad y reciprocidad que regulan la red social comunitaria.
- ✓ Asunción de patrones de rechazo a la tradición local
- ✓ Se favorecen comportamientos y actitudes ligados a la tradición cultural dominante.

D) El cambio de tipología familiar extensa a familia nuclear

Este fenómeno viene a representar el proceso de dedisbujamiento de la red social tradicional propia del pueblo mapuche, expresamente en el antiguo *lof* (clanes). Sabemos que la familia es considerada hoy por hoy como la célula básica del grupo social y también de la sociedad. El sistema social mapuche, tanto en el período puramente recolector como ganadero, combinaba una enorme autonomía familiar y un fuerte espíritu de cuerpo, esto es, un alto sentimiento colectivo, se poseía una solidaridad total y férrea en los terrenos ceremonial y en todas las acciones colectivas (Bengoa; op.cit.)

El fenómeno de la *campesinización mapuche* debilitó estructuralmente los principales mecanismos de solidaridad interna entre las familias *extensas*. Es así como la relaciones de alianzas económicas y matrimoniales y de redistribución de bienes, que unían territorios y grupos sociales distintos, y además distantes geográficamente, no pudo resistir a la *reducción de los mapuches en reducciones*. El sistema de jerarquía

intra y extra familiar se quebró, desapareciendo en particular el poder de los caciques principales, así como el poder de las agrupaciones. (Ibíd.)

A consecuencia de la sedentarización forzada en suelos escasos del pueblo mapuche, usufructuados individualmente por cada familia de la reducción, a lo largo del tiempo se originó una relación desigual entre la población y los suelos, que llevó a la pérdida del patrón tradicional de residencia y existencia de hogares y familias extensas, respondiendo necesariamente a un nuevo patrón de estructura familiar, vale decir la ***familia de tipo nuclear***. Tal transformación se ve reflejada dramáticamente en la década de los 80, en donde el censo nacional de población del período arrojaba resultados de que los hogares nucleares en la población mapuche constitúan alrededor de un 50 % en el sector rural. Actualmente este proceso ha continuado y la gran mayoría de las familias mapuches vive y convive bajo un patrón de familia nuclear. (Citarella et al; op.cit.)

Sin embargo, otros aspectos de la cultura mapuche nos llevan a la comprensión y vigencia de un núcleo autónomo, basado sobre decisiones propias del grupo, como son la *medicina tradicional*, la *reciprocidad social*, la *transmisión de la cultura* y las *prácticas mágico-religiosas*. (Ibíd.)

- ✓ ***La medicina tradicional:*** la existencia de una estructura tradicional médica está enlazada en un sistema ideológico y un conjunto de prácticas médicas y agentes de salud que desempeñan un rol fundamental en la salud de la población mapuche. Como consecuencia del quiebre político, militar y económico del pueblo mapuche, mencionado anteriormente, va de alguna manera produciendo la existencia de algunos ejes de resistencia, concentrados fundamentalmente en la mantención de su cultura, lo que se va transformando espacios nuevos de identidad y conservación para el grupo social. La vigencia de una medicina tradicional es sin duda un legado importantísimo del proceso de mantenimiento de la cultura. El rol que

juegan las *Machi* en dicho proceso resulta decisivo, ya sea por la conservación de conductas culturales y morales propias, como por el cuidado de la salud y la medicina. Las *Machi*, incluso más que los *Longko*; cuyo poder ha disminuido enormemente y se ven más afectados por las múltiples presiones e injerencias de la sociedad nacional; posibilitan dentro del grupo la realización de aquellos eventos públicos, rituales, en los que la *comunidad* se hace realidad y se renueva socialmente la estructura cultural del pueblo, ejemplo de esto son diversos rituales festivos con carácter mágico-religiosos como el *ngillatun* y *Machitún*. (Ibíd.)

Las *Machi* se han transformado así durante las últimas décadas en los elementos culturales claves del grupo, que tratan de mantener la articulación comunitaria y, en general, las estructuras culturales y los sistemas de valores que ordenan la vida de la comunidad nativa.

- ✓ ***La reciprocidad social:*** en algunos sectores la preservación de mecanismos de solidaridad social y económica entre familias, sobre todo lo que se refiere, en particular, al intercambio de fuerza de trabajo, como el *mingako* y la vuelta de mano, en momentos cruciales del ciclo agrícola. Gracias a estos mecanismos se relacionan también algunas formas de *mediería* que permiten acceder a fuerza de trabajo o recursos productivos como suelos, animales y otros, entre las familias de las reducciones. Por ejemplo, un estudio realizado en 117 familias del sector de Maquehue, constató que un 70% de ellas mantenía relaciones de mediería con parientes y vecinos. (Oyarce, Ibacache, Romaggi, Vidal; 1989)

- ✓ ***La transmisión de la cultura:*** como sucede en todos los grupos indígenas latinoamericanos el proceso de aprendizaje y socialización del niño indígena se realiza en estrecha conexión con su inserción en las actividades productivas de la familia y la comunidad. Los niños se incorporan

tempranamente a las actividades productivas del grupo familiar y van asumiendo distintas responsabilidades en tareas domésticas como buscar agua, leña, verduras, trozar leña, y otras. Luego, colaboran en el cuidado de los terrenos productivos y animales, en la preparación de la tierra para la siembra y la cosecha, en la comercialización de los productos, etcétera. Por lo que en el contexto del trabajo el niño *aprende- haciendo* y no sólo aquellos conocimientos tecnológicos necesarios para el buen éxito de las actividades productivas, sino también, los relacionados con actitudes, normas morales y de compartimiento que son característicos de la sociedad mapuche.

- ✓ ***Prácticas mágico-religiosas:*** éstas se mantienen como punto de referencia fundamental para la vida cotidiana y las conductas morales de este pueblo. El estudio mencionado antes, ocurrido en el pueblo de Maquehue, arrojó en un grupo de 117 madres jóvenes, que nueve de cada diez mujeres declara creer en dos de los entes fundamentales de la cosmogonía mapuche: ***Weküfü*** y ***Kalku***, el 70 % de éstas madres, también participaba en ceremonias mapuches, principalmente en ***Ngillatunes***. (Ibíd.)

Los puntos citados y desarrollados anteriormente reflejan una interpretación acerca de las relaciones interétnicas, no cabe duda que este recuento esquemático no da cuenta de la variedad de situaciones *aculturativas* y de modelos intermedios que es posible encontrar en contextos de diversidad étnica, sin embargo se ha querido entregar antecedentes que han sido recabados empíricamente a través de distintas investigaciones y estadísticas que han pretendido entregar un conocimiento sistemático y de integración sobre los aspectos influyentes a la hora de comprender fenómenos interétnicos.

3. Multiculturalidad en tiempos de globalización

Como ya hemos visto, el concepto de *cultura* marca sustantivamente la vida de los seres humanos, sobre todo si pertenecen a un grupo étnico en particular, recalcando su acerbo cultural aún más en los pueblos originarios latinoamericanos. Es entonces, cuando cobra real importancia los alcances que fruto de la Modernidad del mundo actual han generado en las últimas décadas en los seres humanos de todo el planeta.

Así, el fenómeno de la Globalización mundial ha repercutido cambios significativos en el comportamiento humano y de paso en la identidad cultural de los individuos y, los *pueblos originarios* no han estado ajenos a esta realidad, ya se explicitaban algunos ejemplos en el desarrollo de la conceptualización de cultura a través de la historia y particularmente en los últimos 50 años. Los *Mass Media* han reportado grandes y profundos cambios a nivel mundial en los seres humanos de todo el orbe, esto debido a su gran influencia en la vida cotidiana de las personas, su carácter reiterativo que producen sus “mensajes”, desarrollan un estado casi catártico de reproducción y un cambio en el comportamiento de las acciones socioculturales que necesariamente tienen que vivir y asumir los individuos.

Como consecuencia *sus elementos culturales* van resistiendo cada vez más transformaciones en sus vidas. La interacción de estos *nuevos elementos culturales* como bien lo señalaba Bonfil Batalla (op.cit.), produce en los seres humanos diferentes *estados culturales* (cultura impuesta, enajenada, autónoma y propia), dicha interacción va propiciando nuevas formas de relacionarse y de reproducción cultural, lo que evidencia nuevos fenómenos socioculturales, uno de ellos es el nacimiento de contextos multiculturales en la interacción de los individuos en contextos interétnicos.

Para Ianni (1998), la globalización sería la intensificación de las relaciones sociales en un contexto mundial, al unir localidades distantes, de tal manera que los acontecimientos locales son modelados por eventos que ocurren a muchas millas de

distancia y viceversa. Es un proceso dialéctico, ya que los acontecimientos locales pueden trasladarse en la dirección inversa a las relaciones apartadas que las modelan.

- ✓ En sentido estricto es el proceso resultante de la capacidad de ciertas actividades de funcionar como unidad en tiempo real a escala planetaria
- ✓ En Latinoamérica → Por un lado, transformaciones productivas y las innovaciones tecnológicas y, por el otro, el lado oscuro conformado por el déficit de equidad, por la pobreza y la exclusión social.

Asimismo el fenómeno de la Globalización, como en toda interacción humana, produce efectos y consecuencias, de los cuales se desprenden diversos ámbitos de acción, como son:

1. **Globalización social:** Mejoras de sistemas de comunicación y transportes generan mayor interconexión e interdependencia.
2. **Globalización Política:** Difusión y crisis del estado nación.
3. **Globalización Económica:** Capitalismo y mercados financieros. Críticas a la globalización confunden proceso social con ideología neoliberal.
4. **Globalización cultural:** Homogeneización versus diferenciación e hibridación. Tesis del imperialismo cultural (colonialismo pasa a ser neo-colonialismo). Des-territorialización (desacoplamiento, localidad y cultura)

La globalización es un fenómeno pluridimensional. Tiene por escenario al mundo. Su conceptualización se asocia a “aldea global”, “economía mundo”, “nueva Babel”, “fábrica global”. En su dimensión económica, puede ser entendida como una nueva fase de expansión del sistema capitalista, que lleva al aumento de la interdependencia entre países o economías diferentes y la consolidación de una definida tendencia a la formación de polos económicos regionales. Un movimiento planetario en que las sociedades renegocian su relación con el espacio y el tiempo por medio de concatenaciones que ponen en acción una proximidad planetaria bajo su forma

territorial (el fin de la geografía), simbólica (la pertenencia a un mismo mundo) y temporal (la simultaneidad) (Ibíd.)

En sus dimensiones cultural, social y política, la **globalización** alimenta la **desterritorialización y los cambios de identidad**. La **globalización cultural**, por ej., provoca nuevos tipos de desarraigo. Un tipo de desarraigo se produce entre los segmentos económicos y culturales elevados respecto de las sociedades nacionales, integrándolos a una totalidad que los distancia de los grupos sociales más pobres, más marginales al mercado de trabajo y al consumo. El consumo virtualmente simultáneo de los mismos productos culturales sería una expresión de un cierto desarraigo e incidiría también sobre la **desterritorialización y la pérdida de identidad local**.

Una variable determinante en el desarrollo y subdesarrollo es la **concentración y distribución de poderes** reinantes, tanto en el plano internacional y regional como nacional. Esta estructura de poderes ha ido surgiendo históricamente vinculada al poder en el plano económico (dominación sobre los medios de producción), generando dependencia cultural, social y política. Según esto, superar el subdesarrollo implica cambiar la estructura de poderes existentes, desconcentrándola o descentralizándola.

El eje **individuación-globalización** representa las fuerzas que tensionan la vida de las comunidades locales, las organizaciones sociales, la religión, la política, las regiones y los países. Por un lado, la vida cotidiana está cada vez más dependiente de la biografía individual, se hace más privada y centrada en el desarrollo autónomo personal y familiar, y por otro lado, la economía mercantilizada y competitiva, el aparato científico –tecnológico, las comunicaciones y en general el poder se concentra y se globaliza.(Namuncura; op. cit.)

El eje **exclusión-integración** tiene que ver con la exclusión de personas, comunidades, regiones y países que no logran adecuarse a los cambios en curso; y

con la integración de individuos y segmentos importantes de las sociedades que se insertan en el nuevo proceso y escenario mundial. (Ibíd.)

- **Concepto de Multiculturalidad**

Es un concepto sociológico o de antropología cultural. Significa que se constata la existencia de diferentes culturas en un mismo espacio geográfico y social. Sin embargo, estas culturas cohabitan, pero influyen poco las unas sobre las otras y no suelen ser permeables a las demás. Se mantienen en guetos y viven vidas paralelas. La sociedad de acogida suele ser hegemónica y suele establecer jerarquías legales y sociales que colocan a los otros grupos en inferioridad de condiciones, lo que lleva al conflicto, al menosprecio, a la creación de estereotipos y prejuicios dificultando la convivencia social, siempre en detrimento de los grupos más débiles. En los casos en que exista equidad y respeto mutuo se puede pasar de la multiculturalidad al multiculturalismo.

- **Concepto de Multiculturalismo**

Pluralismo cultural o multiculturalismo es aquella ideología o modelo de organización social que afirma la posibilidad de convivir armoniosamente en sociedad entre aquellos grupos o comunidades étnicas que sean cultural, religiosa o lingüísticamente diferentes. Valora positivamente la diversidad sociocultural y tiene como punto de partida que ningún grupo tiene por qué perder su cultura o identidad propia. (Jiménez, Malgesini; 1997)

Los fundamentos esenciales del pluralismo cultural/multiculturalismo se pueden sintetizar en:

- 1) Aceptación de las diferencias culturales, étnicas, religiosas, lingüísticas o raciales y su valoración positiva. La organización de la vida en sociedad se realiza

sobre bases comunes y respetando las tendencias diferentes así como las complicaciones que ello conlleva.

2) Defensa y reivindicación explícita del derecho a la diferencia, el derecho a ser distinto en valores, creencias, adscripción étnica, etc. Se pone el acento en la diferencia como derecho, al mismo nivel que otras situaciones, por ejemplo de sexogénero.

3) Reconocimiento general de la igualdad de derechos y deberes, elemento esencial en todo pluralismo.

El fenómeno de la globalización, como se ha señalado, produce y desarrolla diversas acciones de interdependencia como también de dependencia en los seres humanos de todo el orbe, y que nuevamente en su interrelación cotidiana nacerán otros procesos socioculturales, uno de ellos y de acuerdo a la pertinencia de la investigación, es el proceso de **Hibridación** que nace especialmente en contextos multiétnicos.

En términos generales, se la puede definir como procesos socioculturales en los que estructuras o prácticas discretas, que existían en forma separada, se combinan para generar nuevas estructuras, objetos y prácticas. Una manera de describir el significado de *discreto* a *hibrido* y a nuevas formas discretas, es que existen antes de la transformación, *procesos de hibridación*, de esta manera se pueden entender que pasaríamos de formas heterogéneas a formas más homogéneas, y luego relativamente a formas más heterogéneas, sin que ninguna sea pura o totalmente homogénea. (García, 1989)

La multiplicación espectacular de hibridaciones durante el siglo XX no facilitaría precisar de qué se trata. Siempre es tan complejo agrupar en un solo concepto procesos socioculturales, es demasiada la pretensión, y uno no podría explicarse hechos sociales tales como ¿casamientos mestizos, la combinación de ancestros africanos, figuras indígenas y santos católicos en el umbanda brasileño, la utilización

del spanglish, los spots publicitarios de occidente con alusiones de culturas orientales, la fusión de melodías étnicas con música clásica o contemporánea?

Entonces cuál sería la utilidad de unificar un solo término para describir ciertos fenómenos, ¿conviene la utilización del término híbrido, tomando en cuenta el rechazo que podría producir el término al asociarlo con algo infértil poco fecundo desde biología y trasladar el término a la esfera social y cultural de las personas? Para resolver dicha cuestión es que la *construcción lingüística*, ha colaborado a salir de los discursos biologicistas y esencialistas de la identidad, la autenticidad y la pureza cultural. Contribuye a identificar y explicar múltiples alianzas fecundas: por ejemplo, del imaginario precolombino con el novohispano de los colonizadores y luego con el de las industrias culturales, de la estética popular con la de los turistas, de las culturas étnicas nacionales con la de las metrópolis y con las instituciones globales. (Ibíd.)

Pues bien, la Hibridación fusiona estructuras o prácticas sociales discretas para generar nuevas prácticas y estructuras, de procesos creativos individuales y colectivos, más allá de resultados imprevistos de procesos migratorios, turísticos o de intercambio comunicacional o económicos. Se trataría, según Bourdieu, de una *reconversión cultural*, es decir de usar estrategias que al individuo le permitan desarrollar dicha reconversión, así se podría entender que un pintor se convierta en diseñador, o las burguesías nacionales adquieren idiomas y otras competencias necesarias para reinvertir sus capitales económicos y simbólicos en circuitos transnacionales. (Ibíd.)

Otros ejemplos de reconversión se pueden citar en los sectores populares, como por ejemplo, los migrantes campesinos que adapten sus saberes para trabajar y consumir en la ciudad, o vinculan sus artesanías con usos modernos para interesar a compradores urbanos, los obreros que reformulan su cultura laboral ante las nuevas tecnologías productivas, los movimientos indígenas que levantan sus demandas

históricas haciendo uso de Internet, radio o televisión con el fin de reivindicar sus demandas a un nivel transnacional.

Por los ejemplos citados anteriormente es que se hace necesario en tiempos de modernidad y globalización mundial poner el acento en los llamados *procesos de hibridación*, puesto que a la larga importaría tanto a los sectores hegemónicos como a los sectores populares que desean indistintamente *apropiarse* de los efectos de la modernidad.

Estos procesos variados, vertiginosos e incesantes, han llevado a relativizar la noción de *identidad*, cuestionando inclusive la posición antropológica de los estudios referentes a procesos identitarios. La hibridación no sólo clausura la idea de establecer identidades auténticas o llamadas puras, sino que también rechazaría la idea de delimitar identidades locales autocontenidas que se sientan radicalmente opuestas a la globalización o sociedad nacional. (Ibíd.)

El enfoque identitario desde la hibridación narra que la historia de los movimientos identitarios revela una serie de operaciones de selección de elementos de distintas épocas articulados por los grupos hegemónicos en un relato que les da coherencia, dramaticidad y elocuencia. Se plantea que no se trataría de hablar de las identidades como si sólo se tratara de un conjunto de rasgos fijos, ni afirmarlas como la esencia de una nación o etnia. (Ibíd.)

En definitiva estudiar procesos culturales, más que llevarnos a afirmar identidades autosuficientes, sirve para conocer formas de situarse en medio de la heterogeneidad y entender como se producen las hibridaciones culturales y por tal motivo hay varios autores que se plantean desde las acciones heterogéneas que los individuos adoptan en la interrelación con los otros y también acerca de la hibridación cultural respectivamente, y trasladarían el objeto de estudio a estos aspectos en vez de la “identidad cultural”.

Desde la hibridación, y al hablar de fusiones, no puede descuidarse lo que resiste o escinde. La teoría de la hibridación debe tomar en cuenta también los movimientos que la rechazan, ya que no provienen solo de fundamentalismos que se oponen al sincretismo religioso y el mestizaje intercultural. Existen resistencias a aceptar estas y otras formas de hibridación, porque generan dudas en las culturas y conspiran contra su autenticidad y autoestima etnocéntrica. También es desafiante para el pensamiento moderno analítico, acostumbrado a separar binariamente lo civilizado de lo salvaje, lo nacional de lo extranjero, lo anglo de lo latino. (Ibíd.)

Al respecto se debe ser cuidadoso con las generalizaciones y caer en una especie de “hibridación restringida”, pues como ya se ha señalado somos partícipes a diario de la increíble fluidez de los procesos comunicacionales interplanetario del que nos facilita o favorece aún más apropiarnos de elementos culturales de otras culturas, pero esto no significa tampoco que las aceptemos a todas de forma indiscriminada. De todas maneras, la intensificación de la interculturalidad propicia intercambios, mezclas mayores y más diversificadas que en otros tiempos de la humanidad. (Ibíd.)

4. La Interculturalidad como superación al Multiculturalismo

Se señalaba que producto de los cambios vertiginosos del siglo XX, producto de la instalación y emancipación de los fenómenos de la Globalización y Modernidad; los individuos han registrado inevitablemente cambios en sus elementos culturales y han ido adquiriendo nuevas y diversas formas de vivir procesos socioculturales de toda índole. Estos cambios han sido menester de muchos autores preocupados de los estudios relacionados con las manifestaciones culturales de los individuos, y que por supuesto se ha transformado en una titánica labor para coronar un eventual consenso logrado hasta nuestros días. (Austin; op.cit.)

Al momento de registrarse la explosión de procesos sociales, culturales, económicos y políticos de la Globalización, se evidenció sin duda una interdependencia e

interrelación entre los individuos del mundo y más aún en contextos multiétnicos precisos y específicos.

Se resuelve entonces consensuar el concepto de Multiculturalismo para dar respuesta a los fenómenos que estaban emergiendo, pero como los estudios nunca son acabados, se comenzó con nuevas interrogantes que no daban respuestas a los fenómenos socioculturales, un ejemplo de eso surge de la problemática de los inmigrantes árabes en Europa, principalmente en España, y es que si bien había un reconocimiento étnico de “otra cultura” inmersa en medio de la cultura dominante o mayoritaria, no había un reconocimiento pleno o profundo de su cultura, orígenes, formas de vida, derechos ciudadanos de sus integrantes. Tal situación desencadenó hechos brutalmente sancionables de parte de la cultura dominante, llegando incluso a la negación absoluta de esos individuos distintos. (Ibíd.)

Dentro de las aulas de los colegios se manifestaron episodios de discriminación que ejercían los niños españoles con sus pares, pero étnicamente distintos. Los niños identificaban la diferencia pero no la aceptaban y generaban altos niveles de intolerancia con sus compañeros “raros”, “negros”, etc.

Nace nuevamente la discusión y se levanta un nuevo enfoque que soslayara estas situaciones de alta discriminación e intolerancia sociocultural, y se plantea el fenómeno de la ***Interculturalidad*** como vehículo social que permitiera dar respuesta a la interrelación de los individuos en contextos pluriétnico y que fuese sentando bases bajo una perspectiva *del derecho* primeramente, reconociendo que todo ser humano pertenece a una cultura originaria y que ella debe ser respetada y cautelada bajo cualquier premisa que no adopte la Declaración Universal de Derechos Humanos.

El primer problema que enfrentamos, al tratar temas de interculturalidad es el de definir a qué nos referimos. Resalta inmediatamente que hay referencia a algún tipo

de contacto, interacción o comunicación entre grupos humanos de diferentes culturas, pero en un contexto problemático, a nivel de la vida social cotidiana o para la teoría social. (Ibíd.)

Para la vida social, la interculturalidad se encuentra asociada a:

- ✓ Problemas de comunicación deficiente (por desconocimiento de la cultura del otro) en proyectos y programas variados: salud, educación, producción, etc. y,
- ✓ Problemas relacionados con discriminación a grupos étnicos o raciales diversos.
- ✓ Relaciones usualmente asimétricas entre grupos étnicos o culturales distintos

La primera forma de interculturalidad es la que se encuentra entre grupos étnicos diferentes, debido a que representa al mayor grado de disimilitud.

De manera que se pueden distinguir tres tipos de diferencias a partir del origen del grupo humano:

1. Diferencias y contacto entre la cultura occidental dominante y **grupos vernaculares, originarios**.
2. Diferencias y contacto entre la cultura occidental dominante y grupos **inmigrantes, incorporados**, que pueden o no ser también occidentales (Como Italianos, judíos, polacos u otros en Nueva York, que han sido considerados como grupos étnicos diferentes).
3. La diferencia cultural en el **contexto Iberoamericano** (donde se unen étnias originales, criollos, grupos occidentales europeos y descendencia africana; sin contar los grupos étnicos asiáticos).

De lo cual se desprende que:

La Multiculturalidad refiere la coexistencia de grupos de diferencia cultural, social, económica y étnica; el contacto interracial son las sociedades modernas plurales, formadas a partir de corrientes de emigrantes, como USA, países europeos, etc. El contacto interétnico son sociedades modernas con minorías originales, formadas a partir del encuentro entre corrientes europeas y poblaciones aborígenes, como América Latina y algunos países de Europa. Y el contacto Intercultural correspondería a América Latina, la antropología periférica y el indigenismo actual. (Ibíd.)

La Interculturalidad en Salud se define como:

“La práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud y los enfermos, donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y donde se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería), sea satisfactorio para las dos partes”. (Campos, 2004: 129)

Para este autor, la relación social que se genera entre una cultura y otra, debe darse en la pretensión de un mutuo entendimiento y comprensión, que se basa en el pleno respeto a los respectivos saberes, valores y creencias de los actores sociales involucrados.

Sentada las bases sociales para la respectiva legitimación y acuerdo del nuevo fenómeno, se entenderá por **Interculturalidad** a la interrelación (interacción comunicativa) existente entre diversas y distintivas culturas, bajo el imperativo ético de generar relaciones socioculturales en un plano de complementariedad y reciprocidad mutua, de modo que en la interrelación que se establezca entre las culturas participantes, tienda a estrechar condiciones de igualdad, rompiendo de esa forma la asimetría perjudicial, permitiendo que la coexistencia dialógica determine las relaciones dinámicas de la sociedad, de modo permanente, dando lugar a una

participación real de los distintos actores sociales que conforman el estado democrático de una sociedad.

Por tanto, el ejercicio pleno de llevar a cabo relaciones interculturales recoge el *interés* por las minorías del asimilacionismo y *el respeto por la diferencia* de la multiculturalidad y en su dinámica pretende que:

- ✓ Exista un espacio y tiempo común para todas las culturas, es decir, favorece no sólo el *contacto* sino también el *encuentro*
- ✓ Abarca a las minorías, pero junto a la gran mayoría, y por tanto incide en las discriminaciones personales, familiares e institucionales del conjunto social
- ✓ Promueve el conocimiento de las distintas culturas que conviven aceptando las diferencias culturales como algo positivo y enriquecedor del entorno social y ambiental
- ✓ Favorece la toma de conciencia de un mundo global e interdependiente, accediendo a claves de desigualdad económica y a la necesidad de paliar las desventajas
- ✓ Enseña a afrontar los conflictos de forma positiva, no negando el conflicto, que existe y es real, que puede ser motor del cambio a mejor (Austin; op.cit.)

Los destinatarios de la ***Interculturalidad*** son, por tanto, las mayorías y las minorías, y por lo mismo debe incidir en todos los campos del desarrollo humano. Precisamente porque supera al dilema del o “sólo homogeneización” o “sólo yoismo identitario” y lo trasciende en un ente *tercero interactuado e interactuante*, es por lo que se eleva a la categoría del mejor antídoto contra la conflictividad actual. Quien convive no sólo coexiste, sino que interactúa con el vecino y entorno próximos y lejanos para inspirar alteridad ajena y expirar la bocanada de la propia personalidad, transmitida a los semejantes en un gesto de hermandad. No conviven las culturas por sí solas, a no ser que estén dinamizadas por actitudes interculturales. No se enriquecen los que simplemente firman el acta notarial de haber existido uno junto a otro; sino aquellos que quieren estar juntos para convivir. (Ibíd.)

Lejos de ser violento, es diálogo y comunicación. Se alimenta de altruismo y crece él mismo recibiendo de y dando vida a los demás. El *interculturalismo* es el nosotros, engendrado en el yo más el tú. Por eso, está “entre” dos o tres o más sujetos, grupos y culturas, produciendo superioridad con-sentida al dar sentido a la trayectoria propia y ajena.

Aquí radica la importancia del *inter-culturalismo*: en ser puente de unión entre el uno y el otro, entre lo uno y lo otro, entre la autoestima y la socioestima, entre los distintos temas o elementos significativos de un escrito hasta construir el párrafo completo que relaciona sílaba con sílaba, palabra con palabra, parte con parte, expresión con expresión, generando el enriquecimiento o la criatura de un documento, de un texto, de un libro, de una teoría, de una cosmovisión explicativa del todo. (Ibíd.) En definitiva se puede afirmar que representa la síntesis de nuestros tiempos, porque el *Interculturalismo o valor transversal*, dimensión derivada de la cultura de paz, al mismo tiempo que acepta la globalización de la vida, asume la aportación de todas las culturas, de todas las diferencias, de todas las identidades.

CAPÍTULO II

LA MEDICINA TRADICIONAL MAPUCHE

En este capítulo, se establece la importancia que favorece adquirir conocimiento sobre la visión de vida que posee el pueblo mapuche para plantearse su filosofía de vida y de cómo ésta va determinando su quehacer en el mundo, ya sea a nivel natural como sobrenatural, recordando que ellos definen una cosmovisión bastante particular y específica a la hora de interactuar con el mundo occidental.

Es fundamental entonces adentrarse en su “propio mundo” para tener un mejor entendimiento y comprensión de cómo ellos explican y viven su existencia. Se entrega información recabada fidedignamente a partir de supuestos teóricos elaborados por intelectuales mapuches y no mapuches que se han preocupado de la tarea de rescatar los principios básicos que permiten obtener un conocimiento integral de la cultura mapuche como pueblo.

1. Cosmovisión Mapuche

1.1 Articulación del Mundo Mapuche

A lo largo del tiempo, los antepasados mapuches llegaron a determinar y explicarse la estructuración de su propio mundo, es decir, lograron comprender, articular e interrelacionar todos y cada uno de los elementos que conforman el actual *Mundo Mapuche*. De esta manera, lograron comprender cómo se vincula él (mapuche) con la tierra y el medio que le rodea, de dónde emana el poder que le permite la vida a la naturaleza, en qué contexto se ubican el sol, la luna, el día, la noche y el hombre; además determinaron la existencia de poderes y espíritus sobrenaturales y en qué medida apoyan o perjudican al hombre.

Identificaron claramente una tierra central llamada *Nag- Mapu* que es el espacio donde habita el hombre y la naturaleza y en cuyo extremo existen otras dos tierras: *Wenu-Mapu* y el *Miñche-Mapu*. Comprobaron también que ninguna existencia ni animal ni del hombre podía existir sin la presencia del *Gran Espíritu*, denominado: *Elmapun, Elchen, Ngenemapun y Ngenechen*, quien conforma una gran familia divina: *Kuse, Fücha, Ülcha y Weche*, esta familia también se reproduce en la familia terrenal mapuche como ancianos (as), joven mujer y joven hombre. Ellos son los encargados de transmitir sus conocimientos y sabiduría de generación en generación. (Ñanculef, 2003)

Para definir un “mundo propio”, los antepasados mapuches comenzaron como primer punto de referencia, la “demarcación o conformación de su territorio” o *Wall Mapu*, y constituye la base fundamental en donde se sustenta la cultura y la naturaleza; para poder explicarlo apuntan su dedo hacia el punto donde sale el sol, es decir, hacia el *Puel Mapu* y girando hacia la izquierda hasta completar la vuelta. Para llevar a cabo el “giro circular” se ubican en el cerro más alto y desde allí miran el lugar donde la tierra y el cielo se unen. Una vuelta completa da forma al territorio o Wall Mapu. (Ibíd.)

El mapuche al hacer el giro representa el nacimiento del sol, el cual sale desde el *Puel Mapu* siguiendo hacia el *Piku Mapu*; del Piku Mapu pasa al *Lafken Mapu*; del Lafken Mapu al *Willi Mapu* y del Willi Mapu al *Puel Mapu*. Cabe destacar que este “giro” está representado en todos los bailes mapuches y en la parte superior del *Kultrung*. Conformado el territorio mapuche, había que entender que éste no permanecía sólo, o en el aire, así surge la idea de que la tierra es un espacio con materia orgánica sustentada por una base mayor similar al cielo en posición opuesta llamada *Miñche-Mapu*.(Ibíd.)

Surge entonces el *Kultrung*, como el símbolo más importante y sagrado del pueblo mapuche, el cual permite comprender los elementos que explican y configuran el

Mundo Mapuche. El **Kultrung** posee impreso todos los aspectos del entorno, visibles e invisibles, tangibles e intangibles: **Meli witran Mapu**, la familia divina, las etapas del año y el **We- Tripantu** (Año Nuevo Mapuche), los vientos del bien y del mal, la organización estructural (religiosa, social, político y cultural, actividades religiosas, socioculturales y políticas, autoridades religiosas, etcétera), otros.(Ibíd.)

1.2 El Mundo Mapuche en el Kultrung

a) **Meli Witran Mapu:** Es el primer elemento que encontramos dibujado en el Kultrung, y constituye la división del territorio en 4 partes:

- **Puel Mapu:** Tierra ubicada al este
- **Willi Mapu:** Tierra ubicada al sur
- **Piku Mapu:** Tierra ubicada al norte
- **Lafken Mapu:** Tierra ubicada al oeste

Todos estos lugares reciben su nombre por los elementos que los caracterizan, así también las comunidades o **Lof** que se encuentran ubicadas en cualquiera de estos sitios reciben el nombre correspondiente: **Willi che** (gente del sur); **Lafken che** (gente del mar); **Puel Che** (gente del este); **Pikun che** (gente del norte). (Citarella et al; op. cit.) (Ver Anexo N° 5, Fig. 3)

b) **Küme Fücha Püllü:** Segundo elemento del Kultrung y es la representación del gran espíritu del bien: **La Familia Divina** (**Kuse**, anciana; **Fücha**, anciano; **Üllcha**, mujer joven; **Weche**, hombre joven). También reciben el nombre de **Elmapun**, **Elchen**, **Ngenemapun** y **Ngenechen** (creador y sostenedor del hombre y de la tierra).

Como el espacio de arriba es considerado tierra del bien donde habitan el **Wenu Kuse**, **Wenu Fücha**, **Küme Reyen** y **Küme Püllü**, y los antepasados y en este espacio del bien encontramos también al Sol (**Antü**) y a la Luna (**Küyen**), estos son considerados sagrados por su condición de generadores y controladores de la vida y la

naturaleza, y por tanto, son utilizados para representar a la familia creadora. Para el mapuche esta familia no se puede representar como personas, aunque deja ver su rostro en algunos de sus hijos, *Choyün*, especialmente, *Machi*, *Longko*, *Pelom* y otros. (Ibíd.) (Ver Anexo N° 5, Fig., 2)

c) *We- Tripantu*: Las etapas del año se dividen en 4 partes: *Pukem* (tiempo de lluvias), *Pewü* (tiempo de brotes), *Walüng* (tiempo de abundancia) y *Rimüngen* (tiempo de rastrojos) y comienzan su desarrollo con el *We-Tripantu* a partir del tiempo de *Pukem* luego al *Pewü*, pasa a *Walüng* y termina con el *Rimüngen*. Este círculo es el mismo y se reproduce continuamente en el *Ngillatun*; se gira persiguiendo la mano derecha hasta completar una vuelta que representará al año completo con sus 4 etapas. Posteriormente, al completarse las 4 vueltas en torno al *Rewe* se representará la Familia Divina. (Ibíd.)

d) *Los vientos del bien y del mal*: Las fuerzas sobrenaturales están presentes por los vientos: Sur- Norte y Este-Oeste. En el espacio concreto y material; el *Nag- Mapu*; también actúan fuerzas sobrenaturales en forma de viento o *Kürüf*, éstas se poseionan de los vientos, por lo que este fenómeno natural no es *malo* en sí mismo, sino que existe oposición entre dos fuerzas: *Küme Püllü* (espíritu del bien) y *Weda Püllü* (espíritu del mal). Por tal razón, se dice que todo lo que corresponde al *Willi Kürüf* (viento sur), representa la fuerza del bien y todo lo que corresponde al oeste es la oposición del bien; es el espacio del mal *Weda Kürüf* (viento malo). (Ibíd.)

1.3 Conceptualización de las 3 dimensiones del Mundo Mapuche

(Ver Anexo N° 5, Fig. 1 y 5)

- *Wenu Mapu: Tierra de Arriba*

Este espacio es el *Küme Newen* o fuerzas del bien. Es un espacio sagrado en donde habitan la familia divina, los antepasados y los espíritus del bien. Es una *tierra*

originaria, porque con ella la familia divina reproduce el *Nag- Mapu* y es ella misma quien se reproduce en la familia mapuche. (Ñanculef, op.cit.)

a) Denominaciones que recibe la familia divina: Como ya se señaló y según el *AD-MAPU* o Ley Mapuche, a ésta familia se le conoce con los nombres de: Kuse, Fücha, Ülcha y Weche; pero además recibe otras denominaciones: *Elmapun* (creador o reproductor de la tierra invisible y creador de la tierra visible), *Elchen* (creador, autor y reproductor del hombre), *Ngenemapun* (sostenedor, aquel que mantiene la tierra por su voluntad propia) y *Ngenechen*(sostenedor del hombre por su voluntad propia).(Ibíd.)

b) La familia divina reproductora de la familia mapuche: Los ancianos mapuches comentan que la familia divina representa el *principio* de la gente *Llituche*, es decir, representa la generación de los adultos y de los jóvenes. *Kuse/Fücha* (anciana, anciano. Representan a nuestros abuelos y mayores, quienes alimentan de sabiduría y conocimientos a nuestros jóvenes). *Üllcha/Weche* (joven mujer, joven varón. Ellos representan a los jóvenes y a los niños que son el futuro del pueblo o simplemente la proyección de la especie). (Ibíd.)

c) Los espíritus del bien: Dentro de las fuerzas sobrenaturales, existen espíritus del bien y del mal. En el Wenu Mapu, están los espíritus del bien: *Küme Püllü* (es el que protege al hombre de los espíritus malos; *Küme Reyen* (es el que alimenta y da la vida al hombre); *Küme Kürüf* (es el que purifica al hombre y a la naturaleza). (Ibíd.)

- *Nag Mapu: Tierra de Abajo*

En este lugar habita y desenvuelve la vida cotidiana mapuche y su cultura, es también el escenario de los conflictos del bien y el mal. (Ver Anexo N° 5, Fig., 4)

a) Origen Mapuche: El relato del **epew *Treng-Treng*** y ***Kay-Kay*** narra precisamente el origen de la cultura mapuche: *Se dice que hubo una gran inundación provocada por la fuerza negativa, es decir, se produjo una disputa entre el mal, representada por Kay- Kay, quien deseaba matar a todos los seres vivientes y Treng-Treng que era un aculebra del bien que trataba de salvar a la gente. Kay- Kay hizo subir el agua y Treng-Treng, hizo subir el cerro para que la gente se salvara. Así estuvieron muchas lunas peleando, hasta que un día Kay-Kay se dio por vencido. Al bajar el agua se quedaron solamente 4 sobrevivientes, 2 ancianos, una mujer y un hombre (Kuse y Fücha) y dos jóvenes, una mujer y un hombre (Ülcha y Weche). Sólo los dos jóvenes fueron autorizados para ser el principio de la gente y los ancianos para alimentar en conocimiento y sabiduría a los jóvenes. Así surgió la cultura mapuche. (Ibíd.)*

- ✓ **Relación o vínculo tierra-hombre-naturaleza:** El hombre es parte de la naturaleza y esta interrelacionado con todos los elementos que lo rodean. Por eso el hombre mapuche es muy respetuoso con la naturaleza, pide permiso primero y agradece al ***Mapun Kuse-Fücha***, luego coge sólo lo que necesita, lo justo y necesario (un animal, un pájaro, árbol, etc.). Utilizando el habla de la tierra, los animales, los ríos, el viento, etc., el pueblo mapuche creó un sistema de comunicación que le permitiera dialogar, recibir y transmitir mensajes y es lo que hoy conocemos como ***mapudungun***. (Ibíd.)

- ✓ **Sistema Organizacional Mapuche:** Existen dos tipos de organizaciones dentro del mundo mapuche. Organización ideológica-religiosa y una organización sociopolítica-cultural. Todas las organizaciones tienen una base y un principio religioso, pero están determinadas por el ***AD-MAPU***, es decir, la forma propia que tiene cada lugar o sector de concebir, desarrollar y promover su organización. (Ibíd.)

- ***Miñche Mapu: Debajo de la Tierra***

En este espacio inferior, habita el *Weda Newen* o fuerza del mal: *Weda Püllü*, *Weda Neyen* y *Weda Kürüf*; también recibe el nombre de *Inuma* que hoy se conoce como *Weküfü*. El hombre y la naturaleza estarían involucrados con estas fuerzas negativas. El ser esta compuesto por tres elementos: *Am* (imagen-retrato); *Püllü* (fuerza-newen-espíritu); *Alwe* (cuerpo inerte). El *Weda Neyen* es un espíritu maligno que habita y se apodera del *Am* y del *Püllü*; es el lado negativo de la persona que fluye una vez presionado el mal. Cuando alguien muere el *Am* queda en el recuerdo de las personas como imagen, durante un tiempo queda viviendo como el otro yo de la persona y luego desaparece. (Ibíd.)

El *Püllü* se va en forma invisible, sigue viviendo en la eternidad representando a la persona en toda su magnitud. *Alwe* es la carne, es lo humano, es lo que se queda como materia y se vuelve tierra; el cuerpo muerto que a veces es posible transformar en un cuerpo visitante *witran alwe*. Entre las personas pertenecientes al *Weda Neyen* están los (as) *Kalku* y pueden asumir simultáneamente tres funciones: *Kalkutufe*, *Dawfe* y *Choñchoñ*. Dentro de la obra realizada por el *Dawfe* están el *Witran alwe* y el *Anchimallen*. (Ibíd.)

2. Envidia y transgresión: la construcción de la experiencia de la enfermedad

El pueblo mapuche fundamenta la existencia y armonía de la vida, y por tanto también la salud de los hombres, sobre dos planos principales. Un primer plano originario es la relación de los hombres con lo divino y sobrenatural y esta relación de carácter fundacional se estructura en torno a la noción de *reciprocidad*. El sentido de la vida del ser mapuche se construye en la relación con las divinidades que han donado al pueblo su lengua, *mapudungun*, su forma de vida y las leyes que lo rigen, el *ad mapu*. (Citarella, et al, op. cit.)

La *reciprocidad* sustenta el orden establecido por la cultura, tanto en el plano de lo humano como en la relación con lo sagrado-sobrenatural. De manera tal, que todo lo que la *Familia Sagrada* dona, significa que necesariamente los seres humanos deben devolver este don originario cíclica y continuamente, con el objeto de mantener el equilibrio entre ellos y lo creado. En el plano normativo significa el respeto de las obligaciones rituales y religiosas establecidas por la cultura, vale decir opera como un elemento *ordenador y normativo* en la vida social y económica del grupo. Apunta a la conservación de los mecanismos de solidaridad de la comunidad, a su integración económica y cultural y a la vigencia de la identidad del individuo dentro de su grupo social. En definitiva fundamenta el equilibrio de todas las parejas duales que pueblan el mundo y el orden que les pertenece. (Ibíd.)

Un segundo plano fundamental en la cosmología mapuche dice relación con la *categorización del mundo*, así como ocurre en otras culturas indígenas latinoamericanas, los mapuches categorizar el cosmos en términos de *unidades conformadas por polos opuestos y complementarios*. La naturaleza y los hombres existen en la dualidad y a la vez la contienen. El mapuche como sujeto que estructura su identidad en el plano de lo trascendente, está determinado por una serie de fuerzas opuestas y complementarias (*wenu mapu vs. miñche mapu; puel mapu-lafken mapu; küse- fñme fñcha; antü vs. küyen; los vientos del bien y los vientos del mal*). (Ibíd.)

En este sentido un primer acercamiento hacia la comprensión del *modelo etiológico*, de interpretación de la enfermedad parte de este supuesto: salud y enfermedad en el mundo mapuche son en sí una *dualidad*, pareja de *opuestos complementarios* en la cual se define la vida de los individuos. Ambas realidades coexisten y no pueden ser separadas, es desde esta perspectiva de la dualidad que se dispone en la presente investigación, mirar el fenómeno de la *salud/enfermedad* entre los mapuches. Bien y mal son opuestos que dinamizan el cosmos, están siempre presentes en las actitudes de las personas, en la sociedad y en la naturaleza. El concepto de salud-enfermedad se

construye entre dos espacios como un orden que tiende a uno de estos opuestos- el bien- pero que supone la permanencia del otro complementario, su latencia. (Ibíd.)

La salud, *konalen*, representa el estado de equilibrio biológico y psicosocial del ser humano, el adjetivo que simboliza la plenitud, la vida, la feracidad del mundo, pero esta siempre amenazado por su opuesto complementario, la enfermedad, *kutran*, del mismo modo que el bien está permanentemente asolado por la acción del mal, lo que explica que a su vez, la enfermedad y el mal sean combatidos y vencidos por el bien. Los agentes del bien son la divinidad, los espíritus de los antepasados y algunos elementos de la naturaleza concebidos como benéficos, en tanto que el mal se personifica en los espíritus malignos, *weküfü*, que también pueden corporizarse en fenómenos de la naturaleza.(Ibíd.)

Los hacedores del bien y del mal en la vida comunitaria son la *Machi* (chamán) y el *kalku* (brujo) respectivamente, aunque se sabe de casos en que ambos poseen la facultad de officiar indistintamente sus atributos, la *Machi* como conocedora y combativa del mal, suele ser temida como *kalku*, a su vez el *kalku* como conocedor de artificios para provocar el mal, si se trata de personas a las que este unido por lazos de parentesco podría eventualmente officiar con el bien. La *machi* actuará dependiendo del grado de respeto y prestigio social del cual goza en el grupo o comunidad, más aún cuando se producen contextos sociales con alto grado de conflicto y desintegración social o la estructura tradicional de poder se encuentra en crisis. (Ibíd.)

La relación con *Ngenechen*, es una relación recíproca, así como también lo creado por él, ese “don”, la naturaleza, el hombre, su forma de vida, fue otorgado con un orden y la reciprocidad implica el respeto a ese orden, a las normas que lo conforma. Cuando una parte de ese orden se quiebra los equilibrios duales que se fundamentan en la relación recíproca con las divinidades, entran en crisis y se accede al espacio del

mal, es en ese momento de conflicto que la enfermedad vinculada al mal y a la transgresión, ocurre y se desarrolla. (Ibíd.)

Las leyes del *AD MAPU*, vale decir el orden prescrito, son los principios que regulan la *reciprocidad*, el contexto que permite acceder al intercambio con el objeto de mantener los equilibrios duales. Estas normas llegan a adquirir formas de verdaderos tabús, cuya transgresión genera situaciones inmediatas de crisis o enfermedad por intervención directa de dioses o espíritus del lugar. (Ñanculef, op. cit.)

En el campo de lo social se debe: mantener buenas relaciones con parientes y vecinos, respetar las alianzas o círculos de lealtades, no alterar y respetar la estructura de la autoridad tradicional.

En lo sagrado: tanto *Machi* y longko, como miembros de la comunidad, deberán respetar deberes y obligaciones rituales, como acatar el llamado a machi, en general fortalecer el vínculo del hombre con la divinidad y los espíritus a través de la celebración de rogativas de carácter comunitario, *Ngillatun*, tomando en cuenta que en la sociedad mapuche, la obligación ritual es fundamental, existen testimonios de personas que atribuyen la pobreza y enfermedades individuales y comunitarias al hecho de no cumplir con los rituales comunitarios.

En el plano de lo cotidiano, mantenerse en el ámbito de las normas significa, por ejemplo, no aceptar comida o bebida (vía privilegiada del mal) de extraños o gente que no forme parte del círculo más cercano, cuidarse de los cambios de temperatura, no pasar del calor al frío y viceversa bruscamente, no dejar pelos, uñas, restos de sangre menstrual, al alcance de otros, tener como norma socializar siempre los sueños y en ayuna, las mujeres no deben andar solas por los caminos, no deben dirigirse la palabra a extraños, los hombres deben cuidarse de no entablar relaciones con mujeres desconocidas, etc. (Ibíd.)

Dentro de la cosmovisión indígena el cuerpo no es un elemento aislado, por consiguiente el concepto de órgano físico se refiere a un sistema funcional integral que ha de ser considerado en su totalidad, junto con las partes más importantes del sistema de correspondencia. Por lo tanto, para el mapuche la salud y la enfermedad no son sólo estados internos del cuerpo, sino el reflejo de su “estar en el mundo”, fruto de la dinámica y evolución constante de las acciones humanas que hacen que éste transite de un espacio a otro.

La enfermedad no tiene un carácter *causal* sino que su origen se vincula a la acción de fuerzas externas, provenientes del ámbito de lo sobrenatural o de lo social. El conflicto sería el detonante de *kutran* originado por una *transgresión*, aunque no siempre será asociada a una acción propia de la persona, es necesario situarla afuera, en el espacio de lo sobrenatural, el origen de la enfermedad estará entonces asociado a algo externo que penetra en el cuerpo, dañándolo y que obedece a una acción voluntaria de otro: “*le hicieron mal*”. En definitiva, el mapuche no sólo atacará los síntomas de la enfermedad sino que también identificará la causa originaria. (Citarella, et al, op. cit.)

Al hablar de la enfermedad el paciente *construye una historia* según la cual los factores biológicos se originan a partir de hechos sociales, morales y religiosos que son explorados en toda su complejidad y multicausalidad. La historia del paciente se conforma entonces como un espacio en donde se ubican los elementos explicativos de la enfermedad. Su origen, su vinculación con el mal o no, el momento y el contexto en los que surge. No es posible aislar el relato de la enfermedad de la propia experiencia de vida, la trayectoria de la enfermedad se reconstruye a partir del relato de la vida del paciente. (Ibíd.)

Un elemento fundamental en la reconstrucción del sentido de la enfermedad lo constituyen *los sueños*, que representan al mismo tiempo un mecanismo de manifestación del poder sobrenatural en el desarrollo de la vida humana y de la

enfermedad. Los sueños en este sentido entregan elementos que permiten establecer el carácter de la enfermedad, al tiempo que son incorporados al campo de los signos, de la sintomatología, de un campo de significados normativizado por la cultura. Habitualmente los sueños están vinculados al mal, a la posibilidad de enfermar, a la muerte, a la curación, a la lucha contra el mal y a la experiencia hospitalaria, entre otros. (Ibíd.)

Dentro de la reconstrucción etiológica de la enfermedad otra de las causas más frecuentes es la *envidia*, este concepto es fundamental para entender la forma de operar de la transgresión, ya que se presenta como un elemento encubridor, que reúne tanto las causas implícitas como explícitas en un mismo discurso: el del paciente. La envidia motiva enfermedades que afectan la parte física y psicológica del individuo no sólo por transgresiones vinculadas con el ámbito socioeconómico, sino también a las reglas que guardan relación con el campo ritual o religioso. (Ibíd.)

La envidia opera como un mecanismo de exteriorización y racionalización que permite al individuo situar la transgresión en otro, al que traspasa la responsabilidad. Un ejemplo de esto, es cuando una persona de una comunidad determinada desea “*surgir o salir adelante en lo económico*” y ese deseo si prospera inevitablemente sus bienes incrementaran en relación al resto de los miembros de la comunidad, lo que traerá consigo la respectiva actitud de envidia de los integrantes de la comunidad para con ella o él y su grupo familiar. Esto se explicaría desde la cosmovisión mapuche, ya que aquella persona *transgredió una regla originaria*, y que dice relación con la acumulación de poder y riqueza, pues la desigualdad *altera la reciprocidad* entre los miembros de la comunidad y sitúa a la persona fuera del lugar en donde puede establecer un intercambio equivalente, por lo tanto, la transgresión radica en la instauración de esa desigualdad que tendrá como proyección la envidia del otro, o de los otros. (Ñanculef, op.cit.)

3. La sanación: elementos para la interpretación ritual

1.1 La eficacia terapéutica del ritual chamánico

Sabemos que la medicina tradicional mapuche basa su eficacia en un enfoque integral del paciente: la enfermedad es concebida como consecuencia de la ruptura de un desequilibrio fisiológico, social, cósmico que quiebra la integridad física de la persona, la que es causada por la intervención de un agente sobrenatural agresor. Cualquier medición del éxito de las terapias empleadas debe partir de esta premisa.

*¿Qué grado de eficacia se le reconoce en la cultura mapuche al **machitun** y cuáles son los mecanismos específicos que garantizan la eficacia terapéutica del mismo y cuáles al contrario, los que comparte con la medicina occidental?*

Para responder a estas interrogantes hay que retomar el postulado de la cosmovisión mapuche: los conceptos de salud-enfermedad, las formas de curación, el modelo etiológico e incluso la manera de conceptualizar el cuerpo, lejos de tener un contenido universal, reflejan el **sistema de valores y representaciones** de cada grupo humano; es decir se basan en contenidos que están **determinados culturalmente**. De acuerdo a este postulado, las prácticas terapéuticas empíricas o mágicas desarrolladas por cualquier grupo humano, vinculadas a un sistema de creencias o substrato ideológico, pueden resultar efectivas, dependiendo de la **validación** de éstas por parte del enfermo, su familia y su grupo social.(Levi-Strauss, 1995)

La eficacia terapéutica del ritual se basa en un conjunto de creencias y elementos culturales tales como:

- ✓ Creencia en el origen mítico-religioso de la enfermedad y en la capacidad de intervención del mundo sobrenatural
- ✓ Capacidad en el rol y la función del especialista médico, el chamán- **machi**
- ✓ Manipulación del lenguaje ritual y

- ✓ Manipulación del entorno social del enfermo y de su familia.

Mediante el mecanismo de la *eficacia simbólica*, se ponen en juego un conjunto de elementos en el ritual que finalmente repercute de manera significativa en la esfera del cuerpo biológico y en el ámbito sensorial del paciente. Este concepto ampliamente difundido y estudiado por la antropología, se fundamenta en la introspección por parte del enfermo de un conjunto coherente y socialmente compartido de representaciones, valores y elementos, capaces de dar un sentido a experiencias psíquicas y corporales, como la enfermedad, de otra forma incomprensibles, vale decir, poner en un dinamismo ámbitos de la existencia humana generalmente separados entre sí, como son las emociones, procesos psíquicos y biológicos. La *eficacia simbólica* se refiere por tanto, a la capacidad de uno o varios elementos culturales utilizados en un contexto ritual para producir modificaciones orgánicas al servicio del estado de salud del paciente. (Ibíd.)

La creencia en el *mundo sobrenatural* sobre el proceso ritual representa el primer fundamento de la *eficacia simbólica*, y a este objetivo apuntan las primeras oraciones de la *Machi*, quien busca ser un puente entre los espíritus y los seres humanos a través del fenómeno de la posesión, esto quiere decir mediante el *trance* o *küymün*: (Citarella et al; op.cit.)

Yallemai, yallemai, yallemai
Mëleimi, wenu Dios,
Ah, fferreneaffimi mi familia

¡Ea, arriba, arriba, arriba!
Elévate, corazón mío;
Chau-Dios Altísimo, que vives
Y estás reinando en el cielo,
te pido con todo fervor
de mi alma, mente y corazón,
que tengas gran misericordia
de tu familia adolorida.

La *Machi* en su rol de especialista tradicional basa la eficacia de su acción en su condición espiritual que ha sobrepasado la condición humana profana, y esta relacionada por tanto, a su historia personal (forma de recibir el llamado de iniciación, espíritus auxiliares, poderes, etc.), y al resguardo de ciertas normas rituales que favorecen o pueden limitar el resultado de su acción, lo que determina su prestigio social como *chamán*, de ahí que en los cantos iniciales revive su experiencia iniciática y pone de manifiesto el cumplimiento que hace de las normas rituales. (Ñanculef, op.cit.)

Se ha establecido un paralelismo entre la cura sicoanalítica y la cura chamánica. En ambas el itinerario del especialista, sea un chamán o un sicoanalista, apunta a la búsqueda del alma y de un conflicto que hay que solucionar. En ambas, el procedimiento busca crear una *catarsis*: la enfermedad es interpretada como un atochamiento negativo de las emociones y será resuelta en la medida en que estas emociones vuelven a fluir. El objetivo que alcanzan ambas partes es común: *reconstruir la historia del conflicto que generó la crisis*. En el primer caso, es el chamán el encargado de reconstruir el mito que desencadenó la enfermedad, a través de la revelación que le hacen los espíritus cuando alcanza el *trance*. Mediante el *machi ñil (canto-oración)*, la *Machi* hace presente su vocación de sanador por designio divino y el cumplimiento de normas rituales para lograr el objetivo de sanar a los enfermos, es decir, complementa su historia como especialista mágico-religioso con la del enfermo. En el segundo caso, en cambio, el *analista* acompaña al paciente en un proceso de introspección que debe conducir a lo que se conoce técnicamente como “*abreación*”. (Ibíd.)

1.2 El símbolo transaccional

El *símbolo transaccional* es aquel que puede ayudar al paciente a *transar/vivir* emociones reales que ofrecen una salida a su estado patológico. En el contexto de la curación mapuche, la manipulación de los símbolos culturales estaría dada por la

identificación del espíritu responsable de la enfermedad, *kalku* o *weküfü*, y la extracción del mal del cuerpo. La *Machi* succiona la parte afectada y arroja por la boca elementos tales como palos, bichos, pelos u objetos descompuestos; también suele someter al enfermo a tratamientos herbolarios de efecto vomitivo para limpiar el organismo; en caso de robo del alma o del espíritu mediante sustracción de prendas, si tiene el poder necesario, las recupera mediante piedras mágicas llamadas *likan*, o por medio de su propia fuerza, expresada en el *machi ül* y en el ritmo del *kultrung*.(Citarella et al; op. cit)

Cualquiera sea el procedimiento utilizado en la identificación y obtención de objetos dañinos, la *Machi* debe destruirlos a través del *fuego*, constituyendo otro elemento simbólico para la destrucción de la enfermedad. Al eliminar la causa de la enfermedad, comienza la sanación: la *Machi* debe hacer una *limpieza del espacio* del enfermo, para alejar a los *weküfü*. Para ello emplea tres elementos rituales: ruidos, con choques de bastones de chueca o *palín*, tiros de escopeta y gritos a cargo de ayudantes rituales y la totalidad de los participantes; objetos y remedios *contra* que en este caso son hierbas como el *canelo* y *laurel*, y finalmente, el canto y sonido del *Kultrung*.(Ibíd.)

Sin duda a los ojos de un observador externo la manipulación de símbolos culturales como los mencionados, pudiera parecer dudosa y hasta ridícula, es aquí donde los *elementos culturales* propios del enfermo que se somete a tratamiento, constituyen una experiencia de *alto significado*, que gatilla la *curación* o *sanación simbólica*. (Levi-Strauss, op.cit.)

3.3 Manipulación del Entorno Social

La *manipulación del entorno social* del paciente constituye otro elemento clave para entender la eficacia terapéutica de la curación chamánica, ya que la redefinición social que el ritual desencadena en dos aspectos básicos: por un lado la adhesión del

individuo al conjunto de valores, símbolos y patrones que forman su identidad cultural; y por otro lado, lo reinserta en el grupo social, cuya armonía había sido quebrada por la aparición de la enfermedad. De esta manera la estrategia de curación conducida por la *Machi* enfatiza el proceso de socialización de la enfermedad. El paciente no debe estar aislado de su contexto social. La familia, tanto la más íntima como la más amplia, tiene que participar activamente en las fases de diagnóstico y gestión de la curación, brindando apoyo en la formulación de hipótesis sobre la causa de la enfermedad y en todos los momentos posteriores que caracterizan el desarrollo de la patología en su conjunto.

El individuo al ser reinsertado en su contexto familiar y comunitario por medio del ritual, se sana en una primera instancia desde el punto de vista sociocultural y psicológico. En el plano psicológico, se reestablece al otorgarle un espacio de expresión o exteriorización de la enfermedad. La *Machi*, en éste espacio sociocultural realizará las prácticas terapéuticas destinadas al equilibrio biológico del cuerpo. Sin embargo, sólo una intervención en lo cultural y social permitirá aplicar con éxito en la esfera de los síntomas del cuerpo del enfermo.

En el cuadro N° 3 se esquematizan los tres planos principales a través de los cuales opera la eficacia simbólica:

Cuadro N° 3
Planos de la eficacia simbólica

Creencia/confianza del chamán en la eficacia de sus prácticas	Creencia/confianza del paciente en las capacidades del chamán	Creencia/confianza del grupo en la eficacia de las prácticas chamánicas
Se basa en la relación con el Wenu Mapu, es decir con la familia originaria en donde	Produce modificaciones/cambios orgánicos que pueden	Se materializa con la adhesión colectiva al proceso de curación o

habita el mundo sobrenatural	mejorar o no, al paciente. (Mal de ojo, transgresión, envidia)	sanación. (Machitun, Guillatún)
---------------------------------	--	------------------------------------

Fuente: Antropología Estructural, Levi-Strauss, 1995.

En definitiva, la estrategia curativa de la *Machi* opera en el ámbito de la identidad individual, espacio que se convierte en el lugar de convergencia de lo psicológico, cultural, social y biológico, a través del mecanismo de la eficacia simbólica: el individuo responde a la crisis que había provocado la enfermedad mediante una renovación de su identidad con su grupo social durante el proceso ritual, con la utilización de símbolos, vale decir de elementos culturales capaces de proporcionar una adecuada identificación del paciente con la *Machi* y su grupo social y de provocar una salida *cultural* a la enfermedad de acuerdo a la cosmovisión mapuche.

Lo importante es señalar como conclusión que la eficacia del ritual de curación y en el caso específico de la medicina mapuche, el *machitún*, al igual que la gran mayoría de las prácticas terapéuticas tradicionales, se orienta a lo que la cultura occidental define como ámbito psicosocial de la enfermedad o un enfoque integral del proceso curativo. Por lo que el grado de eficacia que poseen las prácticas médicas tradicionales se concentra en la manipulación y transformación del contexto que ha provocado la enfermedad, más que a apuntar a los síntomas patológicos de la misma. Es por eso que el chamán amplía al máximo sus principales destrezas cuando conduce su ritual tradicional para los resultados de la acción terapéutica.

Por otra parte, en los mecanismos terapéuticos se puede aseverar que así como en la cultura se encuentran los factores que permiten hacer una lectura de la enfermedad y explicar sus orígenes en los procesos de la transgresión social y envidia, en la cultura es posible identificar los mecanismos de resolución del orden transgredido, y de esta forma la posible curación.

4. La Machi en el contexto social mapuche

Rol de la Machi

En el ejercicio de este don están involucrados tanto hombres como mujeres, éstas últimas más numerosas de acuerdo a la tradición histórica mapuche. Lo primero que se debe señalar, es que la *Machi* posee una capacidad de entrar en *éxtasis*, característica por la que se le define como un *chamán*, en tanto intermediaria entre la divinidad y los hombres, se cree que es la única que tiene la facultad de que su alma abandone el cuerpo para *ascensiones al cielo o descendimientos al infierno*. El *Wenu Mapu* o espacio superior la han *elegido* para comunicarse con las personas que viven en el espacio terrenal o *Mapu*, con el propósito de enviar mensajes, recomendaciones o sanciones, lo que se realiza a través de revelaciones oníricas, visiones y estados de trance. En suma es la representante del grupo social que trata con lo sobrenatural para regular la vida de los individuos y de toda la comunidad. (Ñanculef, op.cit.)

La función de controladora de la tradición, en la actual situación de contacto interétnico, guarda relación directa con la tarea de rescate y defensa de la identidad cultural. Por ello la *Machi* sanciona el abandono de las creencias, de la lengua, del vestuario tradicional, el no cumplimiento de las prácticas ceremoniales rituales comunitarias que son herencia de divinidades y ancestros en esta tierra. La pérdida de la identidad cultural, el abandono de las costumbres, ritos y creencias, el incumplimiento de derechos y obligaciones, han sido interpretados por las *Machis* como la causa de la aparición de enfermedades, epidemias, muertes y/o malestares físicos. Cuando alguna de éstas faltas este relacionada con lo oral la *Machi* oficiará el rito religioso del *ngillatun*, a su vez cuando tenga una causa mas bien espiritual se hará necesaria su participación en ritos de curación como el *machitun*.

La **Machi** estará obligada a ejercer su rol independiente si desea o no hacerlo, ya que es un mandato divino y no hacerlo sería una transgresión muy grave para ella y su familia, también debe procurar ejercer su rol para asegurar la continuidad del rol chamánico mediante el traspaso de sus poderes a las nuevas generaciones. (Ibíd.) (Ver Anexo N° 5, Fig., 6)

Asunción del rol de Machi

Para la que la aspiración de ser **Machi** se concrete, la persona tiene que pasar por tres etapas básicas: el llamado o **perimontun**, el período de aprendizaje o **llawenma-üllcha**, y el de la consagración o **machi lüwün**. (Citarella et al; op.cit.)

La primera es el llamado inicial que puede ser adquirido por herencia o revelado directamente por dioses y espíritus. El poder se manifiesta a través de fenómenos como **pewma** o sueño, **perimontun** o visión y **kutran** o enfermedad. El llamado por lo general se presenta en la niñez, en la adolescencia e inclusive cuando el bebé está en el vientre de la madre, en este caso en revelaciones de sueños se le indica a la madre que su hijo(a) debe ser **Machi** y le entregan algunas recomendaciones para que sean cumplidas en el futuro. (Ibíd.)

A propósito del llamado inicial, una persona así elegida tiene su destino trazado, por lo que difícilmente no asumir significa que estará expuesta a graves riesgos personales, como que su futuro estará mediado por una enfermedad que puede llevarla a la muerte. La única norma tradicional que le queda es solicitar ayuda a un consejo de ancianos, compuesto por cuatro hombres y cuatro mujeres que analizaran sus argumentos y pedirán ayuda a los agentes del **Wenu Mapu** para que la dejen tranquila, sin **pewma machi**, sin **kutran** y sin **perimontun**. Esta petición se realiza con dos ceremonias sacrificales donde es necesaria la ofrenda de alimentos y la presencia de varios miembros de la comunidad para que la demanda sea escuchada y

debe repetirse cada cuatro años. No obstante, es muy difícil que una persona con espíritu de *machi* logre convencer al consejo para que la dispensen. (Ibíd.)

La segunda etapa corresponde a la iniciación, en la cual se realizan los *aprendizajes* que permitirán al aprendiz ejercer su papel dentro del grupo social. En este proceso existen dos niveles de realidad que la elegida (o) debe tener presente: *el onírico* y *el social*. No se conoce un tiempo definido de lo que puede durar este proceso de aprendizaje, podría tardar un año o varios. Habitualmente quien enseña es una *Machi* experimentada a quien deberá pagársele por sus servicios. Se tienen conocimiento de que durante la etapa pre-iniciática los postulantes en su mayoría, eran catalépticos y tenían la facultad de hipnotizarse o por autosugestión producir un estado de trance. Esas características hacían que su educación fuese destinada a desarrollar y aumentar esa facultad, lo que se hacía por medio de frecuentes ayunos, por el constante uso de narcóticos, por ejercicios violentos, por una intensa concentración mental y por autosugestión, ayudada por los poderes hipnóticos de los maestros. (Ibíd.)

En el nivel onírico los conocimientos y símbolos distintivos de la *Machi* son entregados por espíritus ancestrales, ya sea hombres y mujeres, jóvenes y viejos, quienes muestran por ejemplo, las plantas medicinales y el uso que debe hacerse de ellas; las partes del cuerpo humano, y elementos chamánicos distintos, como banderas, indumentaria, *rewe* e instrumentos musicales. (Ibíd.)

Por consiguiente, el aprendizaje de la técnica del trance, el lenguaje ritual, las curaciones, el conocimiento herbal, el poder para sacar los *weküfütun* del cuerpo de los enfermos en las ceremonias de curación (*machitun*), llamar a los espíritus ancestrales y a *Ngenechen* son algunos de los aspectos que toda (o) *Machi* debe manejar para tener éxito en su vida como chamán.

La tercera etapa se cumple concluida la etapa de aprendizaje, con la ceremonia de consagración llamada: *machilüwün*, esto es, la presentación de la nueva *Machi* a la

comunidad, donde acompañada de su formadora ejecutará su primer ritual, *ascenderá al rewe* y logrará el primer trance en su espacio social. Para consagrarse, la candidata deberá ser apoyada por su red social: parientes, vecinos y amigos y contar con los siguientes elementos: *rewe*, que consiste en una escalinata con varios peldaños, adornado con ramas de canelo y laurel, copihue y cereales y deberá ser similar al que la candidata vio en sus sueños revelatorios; un *chamall*, rebozo, joyas y cintas para adornos; *Kultrung* (timbal-sonaja), *trutruka y pifullka* (vientos) y *kadkawilla* (cascabeles); y *weño* o palos de chueca para alejar el mal.(Ibíd.)

También necesitará de ayudantes entre los que destacan: el *dungunmachife* o traductor y es su ayudante permanente y es el que descifra el lenguaje ritual mientras la *Machi* esta en estado de trance; *llangkañ*, que son dos hombres y dos mujeres que asisten a la *Machi* en diferentes ritos y ejecutan sus instrumentos musicales, pueden ser permanentes o esporádicos; *koyon*, hombre que cumple la función de policía ritual, es elegido por la comunidad y es reemplazado cuando ésta lo determine, hace uso de un atuendo especial que incluye máscara y utensilios para mantener el orden; y finalmente esta el *afafafe* o *kuriche*, son los que en rituales alejan a los *weküfü* del espacio sagrado con el fin de proteger a la *Machi*, su voz y los *weño* son sus principales herramientas para realizar su función.(Ibíd.)

Técnicas de diagnóstico utilizadas por la Machi

Para referirse a la acción que hace posible a la *Machi* conocer la etiología, futuro tratamiento y pronóstico de la enfermedad, los mapuches utilizan el término *pewtuwün*, que en castellano significa *adivinar*, de manera que la efectividad taumatúrgica (facultad de hacer prodigio) del especialista es requisito fundamental para decidirse a iniciar un posterior tratamiento, o en su defecto, preparar al paciente para enfrentar la muerte. De manera tal que la *Machi* no sólo apunta a dilucidar y/o resolver situaciones de orden mágico-religioso, sino que también a enfrentar “mágicamente” situaciones de naturaleza empírica relacionadas con factores que

hayan incidido en enfermedades o estados conducentes a la muerte. Se vale de la anamnesis directa o indirecta, empírica y mágica, y por tanto, independiente o no de la conciencia del enfermo. (Ñanculef; op.cit.)

El paciente o espíritu del mismo es siempre quien proporciona la información sobre aquellas interrogantes que la *Machi* debe responder, ya sea a través de una conversación inicial directa que incluya preguntas significativas, cuyas respuestas ayudada de su *püllü* deberá analizar e interpretar cuidadosamente, como mediante de procedimientos complementarios o sustitutivos que no requieran de la presencia afectada. En este sentido las técnicas de diagnóstico más conocidas por la *Machi* son las siguientes:

1. Por medio de la *orina* o *pewtuwün willenmeo*: la *Machi* busca información en las partículas presentes, en el espesor y olor, orientada por su espíritu protector le permite observar la parte afectada, si el daño es orgánico y también conocer sus pensamientos y su disposición a ser tratado.
2. Por medio de la *ropa* o *pewtuwün tukunmeo*: acá observa todas las caras o lados de la prenda y entrega la información como si estuviera leyendo sobre ella los pensamientos del enfermo y que dicen relación con sus desconfianzas, temores y hábitos, estableciendo transgresiones de normas rituales o empíricas.
3. Por medio de la *saliva* o *pewtuwün Kewün*: mediante esta técnica la *Machi* requiere de instrumentos rituales como el *kultrung*, en el que vaciará la saliva del enfermo y mediante percusión o toque del *kultrung*, la saliva “hablará”. Además necesitará la colaboración de cuatro hombres pariente de la enferma que sostengan su *ikilla* o chamanto en cada uno de los extremos. Ella se ubicará debajo de la prenda, ejecutando el *kultrung* y orando hasta alcanzar el estado de *trance*, dialogando con la enferma a través de la saliva la que responde sobre el *kultrung* en zonas significativas.

4. Por medio de la *fotografía*: esta técnica es poco difundida, pero deja ver la apropiación que los mapuches han hecho de un elemento *cultural ajeno*, producto del avance tecnológico de la cultura occidental. La *Machi* trabaja en especial con la fotografía de la cédula de identidad, la que sitúa en una mesita de frente al oriente y sentada a una distancia de tres metros aproximadamente y ejecuta su *kultrung* y a entonar oraciones que hablan del *püllü* que siempre la acompaña. (Ibíd.)

En general todas estas técnicas requieren de procedimientos y elementos rituales: tienen que ser llevados a cabo frente al *rewe* o altar ritual, el que la *Machi* incienca con humo de cigarrillo previamente a la realización de rogativas a las deidades. Se acompaña de sus instrumentos musicales u otros elementos mágicos y/o naturales.

5. Etnoclasificaciones de la Enfermedad

Dentro de la cosmovisión mapuche una primera clasificación de enfermedad se basa en un criterio etiológico y terapéutico, derivado fundamentalmente del contacto interétnico a través del cual se han incorporado nuevas interpretaciones y elementos que hacen posible la distinción de dos amplias categorías de enfermedades: *mapuche kutran* y *wingka kutran*. La diferenciación esta dada por si pertenece al modelo mapuche o no y porque la terapéutica corresponde a uno u otro sistema médico. (Citarella et al; op.cit.)

Todas las enfermedades *wingka* son potencialmente “mapuches”, ya que pueden ser producidas directa o indirectamente por una *transgresión*, pero las enfermedades mapuches no pueden tener una causa *wingka*. Las enfermedades *mapuche kutran* se dividen en:

1. *Re kutran*: son en opinión de la gente “pura enfermedad no más”, y son leves y pasajeras y son posibles de curar a nivel casero o con una baja intervención del especialista.

2. *Wenu kutran*: son graves y difíciles de sanar. El diagnóstico y tratamiento son del dominio de la *Machi*. Entre las más comunes se encuentran: *machi kutran* o enfermedad de machi, *kastikanten* o enfermedad por castigo y el *koniün*.
3. *Weda kutran*: son graves y difíciles de sanar, aquí aparecen todas las enfermedades de origen sobrenatural. En general son diagnosticadas por la *Machi* y entre ellas están: *kalkutun* o enfermedad por brujería, *weküfütun* o enfermedad del diablo. (Ibíd.)

Para la clasificación de algún tipo de enfermedad diagnosticada se considera lo siguiente: el estado físico, alteraciones biológicas y psicológicas asociados a historias de vida, su relación con el medio ambiente y sus semejantes.

Una segunda clasificación reconocible es la que se hace desde el punto de vista sintomatológico e incluye tres tipos de enfermedad:

1. Según la parte del cuerpo afectada: *longko kutran* que incluye enfermedades mentales hasta cefaleas; *piwke kutran* o enfermedad del corazón y esófago; *pütra kutran* o enfermedad del estómago; *furi kutran* o enfermedad de la espalda y otras.
2. Según la intensidad de los síntomas: *pichi kutran* o enfermedades leves y *füta kutran* o enfermedades graves.
3. Según la duración de la enfermedad: *kuyfi kutran* o enfermedades largas o crónicas y *lef kutran* o enfermedades agudas o de menor duración. (Ibíd.)

6. La Herbolaria Medicinal Mapuche

La herbolaria medicinal indígena fue sin duda uno de los aspectos que más atracción produjo a los conquistadores europeos desde su contacto inicial con los grupos originarios. Comentaban que existía una gran variedad de hierbas medicinales y eran

utilizadas para distintas enfermedades, ya sea por la población mapuche en general al igual que los especialistas.

Se deduce que las yerbas medicinales abarcaban un amplio espectro de problemas de salud: dolencias físicas (heridas, enfermedades de los dientes, postemas), problemas psíquicos (melancolía) y también enfermedades de brujería (contra veneno y para purgas) evidenciando un efectivo manejo empírico y simbólico.

El aprendizaje y conocimiento de las plantas, independiente de los distintos niveles de especialización, se logra por dos caminos: uno empírico, entregado por las familias y otro mágico-religioso, a través del *pewma*, *lawen*, *perimontun*, y en el caso de la *Machi*, el *küymün*. No obstante, ambas vías no son excluyentes, sino complementarias. (Ibíd.)

Las plantas poseen un papel integral, puesto que no sólo se da en términos de su acción terapéutica sino que también hay un efecto sinérgico de lo empírico y lo simbólico. Como se puede apreciar en el relato de una paciente: “ *cuando chica estaba muy pasada de frío, muy decaída, flaca y muy enferma con diarrea, me vio un curioso y el meico le recetó a mi mamá que me diera un **lawen**, **kolli mamül**, debía prepararlo con agua hervida tibia. Si al fregar el remedio con el agua daba espuma, significaba que había vida, si por el contrario no había espuma, había muerte. Por suerte a mí me dio espuma, me hizo las lavas con el **lawen** y sané*”. (Ibíd.)

Claramente en el relato anterior se puede observar la eficacia terapéutica y simbólica de la planta medicinal en la sintomatología de la mujer y su posterior sanación de su enfermedad.

Las propiedades de las yerbas medicinales apuntan a tres enfoques separados: uno farmacológico cuya finalidad es la búsqueda de propiedades demostrables desde el punto de vista químico farmacéutico; otro que recoge aspectos simbólicos y mágico-

religiosos y un tercer enfoque basado solamente en el uso empírico. Sin embargo, para la comprensión total del papel terapéutico de las plantas en la medicina mapuche debe tender a un enfoque que combine los distintos aspectos. (Ibíd.)

Como se pudo apreciar en éste capítulo se entregó los elementos constituyentes que conforman la cosmovisión mapuche con el fin de aportar un conocimiento veraz e integral para una mejor comprensión del fenómeno intercultural en lo que respecta al proceso salud-enfermedad de las personas que hacen uso de la medicina tradicional mapuche, sean éstas mapuches y no mapuches.

Al igual que el médico occidental posee un método para diagnosticar y dar respuesta a los episodios de morbilidad de la población que atiende; también la *Machi* cuenta con un sistema terapéutico que posibilita la atención médica a sus pacientes, otorgando una clara y eficiente opción de tratamiento a las enfermedades.

CAPÍTULO III

SISTEMAS MÉDICOS EN UN CONTEXTO CULTURAL MULTIÉTNICO

Los conceptos de cultura, medicina y sistemas médicos si bien han sido tratados por diversos autores, lo han abarcado de distintas formas y muchas veces de manera contradictoria, es que en la actualidad se ha logrado llegar a consenso y establecer bases conceptuales y epistemológicas.

En este sentido la temática planteada tiene marcado énfasis antropológico, debido al carácter y connotación étnico y cultural que subyacen en cualquiera de los modelos médicos, estos modelos inevitablemente van generando “*construcciones culturales*” lo que permite desde un enfoque teórico el entendimiento de la diversidad de culturas que coexisten en la población mundial actualmente en contextos de modernidad y globalización.

1. Modelos médicos en atención de salud.

Es la *Antropología médica* quien a través del tiempo ha ido develando los orígenes socioculturales que se enmarcan en las medicinas convencionales y las tradicionales. Llegando a definir que un sistema médico: *es el conjunto de conocimientos, creencias, técnicas, roles, normas, valores, ideologías, actitudes, costumbres, rituales, símbolos y prácticas relativos al ámbito de la salud-enfermedad.* (Citarella et al; op.cit.)

Entre las investigadoras y especialistas, como son Ana María Alarcón, Enfermera y Antropóloga Médica, del Dpto. de Salud Pública; Paula Astudillo, Enfermera y Magíster en Salud Pública, del Dpto. de Cirugía y Traumatología; y Sara Barrios, Enfermera y Magíster en Educación, del Dpto. de Pediatría y Cirugía Infantil, todas profesionales de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Frontera, UFRO, de la ciudad de Temuco, Chile; existe un sustancial acuerdo sobre posiciones básicas

que, concordando con una amplia perspectiva, sitúa los principios universales del comportamiento y las nociones médicas en particular en el contexto de la cultura.

A partir de la aceptación de la enfermedad como rasgo universal del hombre se establece que todos los grupos humanos desarrollan métodos, creencias, conocimientos y percepciones culturales con el fin de enfrentarlas. Estas nociones han sido determinadas históricamente en los grupos humano, van interactuando en un proceso dinámico con el patrimonio cultural propio del grupo, conservándose o sufriendo modificaciones de acuerdo a procesos culturales altamente complejos que involucran a la sociedad en su conjunto.

Según este modelo la coexistencia de múltiples tradiciones médicas en territorios interculturales se refiere más bien a las diferencias de mundos socioculturales de referencia que afectan los conceptos, creencias y praxis sobre salud y enfermedad. La relación desigual que tipifica las diferentes tradiciones culturales se van relacionando con un sistema de poder dominante establecido desde hace siglos y que subsume a una grupo social de otro.

La cultura se encuentra profundamente enraizada en el contexto socioeconómico y de desarrollo social de una sociedad determinada y es sin duda el instrumento fundamental para la reproducción social y la lucha por la *hegemonía*. Al respecto Gramsci (Citado en Citarella et al; *Ibíd.*), analiza este fenómeno bajo el concepto de *hegemonía cultural*, en donde sostiene que la hegemonía de una clase no puede basarse únicamente en el poder económico sino que se complementa con una serie de otros mecanismos resultantes del poder cultural que van a dar ciertos elementos de análisis, esto son:

- ✓ Imponen las normas culturales ideológicas y de comportamiento que reglan la vida de los miembros de una comunidad dentro de una estructura social determinada

- ✓ Legitiman el modelo sociocultural dominante, haciéndolo percibir como forma natural y única de organización social, encubriendo de esta forma su arbitrariedad
- ✓ Legitiman la situación de exclusión y marginalización en la cual se encuentran las formas sociales y culturales presentes en los sectores que no acceden a las estructuras de poder.

A partir de la segunda mitad del siglo XX surgieron varias orientaciones ideológicas y de pensamiento que proporcionan aportes significativos a la historia de la antropología médica, la definición de su campo de análisis y de un concepto concensuado de salud-enfermedad. La línea investigativa que ha concitado mayor interés es el estudio de la *herbolaria nativa y las plantas medicinales*, con el fin de describir sus propiedades terapéuticas y principios activos. Cabe destacar que en América Latina son muy variadas las referencias bibliográficas y los estudios que tratan de las plantas medicinales, de su uso terapéutico, con el apoyo de identificaciones botánicas y farmacológicas, en su gran mayoría son de carácter descriptivos y no abordan el componente simbólico y el uso de las plantas dentro del conjunto de los conceptos y prácticas médicas manejadas a nivel de los grupos indígenas y se quedan al margen del modelo de interpretación, manejo y uso de la herbolaria nativa. (Ibíd.)

El *enfoque botánico y farmacológico de las culturas médicas tradicionales*, si bien es necesario en algunos casos, resulta unilateral y fragmentario para identificar la medicina y los sistemas médicos de los pueblos latinoamericanos. No se puede desprender a las plantas y sus usos terapéuticos intrínsecos, del conocimiento popular sobre las enfermedades y sus causas, ni del contexto social del acto terapéutico, y menos todavía de las propiedades adscritas por los usuarios y sus curanderos. Si bien el enfoque botánico farmacológico ha representado un indudable beneficio en el tratamiento y manejo de algunas enfermedades y síntomas, es preciso evitar el aislamiento de las experiencias en el laboratorio, *desarticulándolas de los datos*

culturales y del contexto etnográfico complejo que domina las transacciones enfermo-curandero-curador. (Pedersen, 1988)

Por otra parte, la *Antropología Cultural* se ha dedicado al estudio del aspecto mágico ritual, enfatizando las dimensiones místicas o simbólicas del acto médico, además de su relación con el ámbito de la cultura, sin embargo generalmente no lo ha complementado con el estudio del conjunto de prácticas de carácter empírico que también realizan en la medicina indígena. En este campo se han realizado pocas acciones que pretendan objetivizar la eficacia terapéutica de las prácticas chamánicas, más allá del aspecto fenomenológico que valida estas prácticas por el mero hecho de ser parte de un complejo conjunto de valores, símbolos y sistemas de significados que unen al paciente con su terapeuta. Es más, han sido escasas las oportunidades en que las investigaciones realizadas han logrado superar las buenas descripciones etnográficas y extrapolar alcances teóricos y metodológicos de carácter más general. (Pedersen; op. cit)

Otro enfoque novedoso de situar el estudio de los fenómenos de salud-enfermedad de la etnociencia, es la *Antropología cognitiva* y se centra en la exploración del lenguaje y de las categorías de significado que están en la base de conocimientos médicos. Dentro de esta línea de investigación las organizaciones taxonómicas y las etnocategorías médicas producidas por la cultura se tornan en objeto privilegiado de estudio, tanto por lo que se refiere a clasificación e interpretación de enfermedades como a los aspectos y fenómenos relacionados con la medicina, por ejemplo las taxonomías botánicas. (Ibíd.)

Finalmente el *enfoque Émico* hace un importante aporte al estudio de la medicina indígena al contraponerse a la orientación *ética* que, de alguna forma había guiado los estudios antropológicos en las últimas décadas, siguiendo una óptica manejada por el observador externo. Este enfoque apunta, en cambio, al estudio de los fenómenos culturales a través de la perspectiva, las categorías conceptuales y lingüísticas de los

propios representantes de la cultura. Esta perspectiva, ambiciona rescatar significados profundos explicados e interpretados por el actor.

Abre nuevos caminos, perspectivas y expectativas en la investigación, ya que permite corregir apreciaciones etnocéntricas o sesgadas, contenidas en investigaciones precedentes. Reconoce las potencialidades de la medicina tradicional como antesala de la ciencia médica de occidente. Elabora descripciones y diagnósticos más precisos sobre la praxis médica tradicional, posibilitando la aplicación más efectiva de la etnociencia y estudios cognitivos a la solución de problemas médicos-sociales. (Ibíd.)

Desde un punto de vista antropológico la totalidad a la cual hay que hacer referencia para hablar de un *sistema médico* estaría constituida por el sistema sociocultural de un grupo social o mejor dicho de su propia cultura, por tanto la definición de un sistema médico se inserta dentro de este contexto sociocultural refiriéndose, en lo específico, al conjunto de conocimientos, creencias, técnicas, roles, normas, valores, ideologías, actitudes, costumbres, rituales, símbolos y prácticas relativos al ámbito de la salud-enfermedad.

Posteriormente Pedersen (Ibíd.) identificó al sistema médico como aquella forma de sentir, interpretar y manejar la situación de salud-enfermedad que está integrada por un usuario en particular de conceptos y valores pertenecientes a una determinada cultura. Según este autor todos los sistemas médicos tienen un conjunto reconocible más o menos organizado de tecnologías como son la materia médica, drogas, hierbas procedimientos tales como la adivinación, la cirugía y la acupuntura; por otra parte están los practicantes que serían los médicos, enfermeras, dentistas, farmacéuticos, terapistas, brujos, curanderos, queseros, parteras, herbolistas y otros; e integrados por un sustrato ideológico como las concepciones, nociones e ideas; que forma parte indisoluble del repertorio cultural de la sociedad.

Un sistema médico comprendería entonces dos subsistemas: **el conceptual de la enfermedad y el cuidado de la salud**. El primero se refiere al modelo ideológico de la enfermedad, de ahí el empleo de la noción “modelo médico”; al ámbito de las creencias de las categorías etiológicas y explicativas que los especialistas y la gente común utilizan para justificar y racionalizar la aparición de la enfermedad, así como de las estrategias que se ponen en marcha para combatirla y reestablecer la salud y el bienestar. El segundo, vale decir el cuidado de la salud, tiene que ver con la enfermedad en cuanto hecho social que involucra, entre otras cosas, la interacción de un cierto número de personas, la movilización de recursos, la realización de actos médicos, la consulta con especialistas, una infraestructura para la investigación biomédica y servicios de distinta complejidad para la prevención, curación, cuidado y rehabilitación de los enfermos. (Citarella et al; op.cit.)

2. El Modelo Occidental

Su origen se sitúa en las escuelas de médicos que surgieron en las colonias griegas en el sur de Italia y en Asia Menor. Los muchos escritos que se conservaron fueron posteriormente atribuidos a **Hipócrates**, el célebre pensador griego, precursor y para muchos el padre de la medicina occidental. El intelectual comenzó sus trabajos preguntándose ¿Qué es la salud? ¿Qué es la enfermedad? Su respuesta la basó en la creencia del Mundo Antiguo, que excluía la mitología, la magia y la intervención del mundo sobrenatural. La enfermedad por tanto, era un proceso natural, sin diferencias sustantivas con otros procesos del ciclo vital del hombre. Bajo ese contexto la tarea de la **medicina racional** consistía en llevar a cabo dos procedimientos para buscar la causa de la enfermedad mediante la observación y luego la aplicación de remedios apropiados. (Sigerist, 1987)

De esta manera Hipócrates, consideraba la salud como un estado de equilibrio perfecto entre todos los elementos fundamentales del cuerpo humano, lo que se denominaba los **cuatro humores cardinales**: sangre, flema, bilis amarilla y bilis

negra. Se decía que la sangre tenía su origen en el corazón, la flema en el cerebro, la bilis amarilla en el hígado y la bilis negra en el bazo. La *teoría de los cuatro humores* resultaba fácil para entregar una visión integral de la relación entre hombre, salud y medio ambiente. Estos humores estaban asociados a cualidades fundamentales: la sangre era húmeda y caliente como el aire; la flema, húmeda y fría como el agua; la bilis amarilla, caliente y seca como el fuego y la bilis negra, fría y seca como la tierra.

El hombre era parte integral de la naturaleza, compuesta a su vez de estos cuatro elementos: *agua, fuego, aire y tierra*. Elementos y humores tenían en común sus cualidades fundamentales; formaban parte del puente que unía el cosmos al macrocosmos. (Sigerist; op. cit)

“El hombre gozaba de buena salud cuando los humores estaban normales en cantidad y calidad, produciéndose la condición de “Eukrasia” (equilibrio); pero por si el contrario uno de los humores dominaba en forma anormal, venía una “Dyskrasia” (desequilibrio) y la persona enfermaba. Entonces el organismo, en virtud de sus cualidades de autocuración, llamadas posteriormente “vis medicamentrix naturae”, pugnaba por recuperar el equilibrio perdido” (Sigerist, 1987:178-179)

En este contexto, el proceso terapéutico tenía como objetivo apoyar al principio opuesto a aquello que había originado la enfermedad: si el enfermo presentaba un *exceso de frío y flema* en el cuerpo, se aplicaban *elementos calientes* que procuraban el restablecimiento de la armonía del ser humano. El hecho que la medicina hipocrática descansaba en el *principio del equilibrio*, limitaba abruptamente el uso de drogas como forma de curación o sanación en el ser humano. (Ibíd.)

Como consecuencia elemental de esta práctica médica hipocrática, es que contribuyó a dirigir el tratamiento de sus enfermos de manera de ayudar a la autocuración del organismo y evitar lo que le fuese antagónico. Es importante señalar la cercanía de

estos conceptos con elementos teóricos reconocibles en otras medicinas, particularmente en las orientales, como por ejemplo la *teoría del ying y el yang* en el caso de la medicina china, y por otro lado, en varias de las etiologías usadas en sociedades indígenas latinoamericanas, en donde claramente la enfermedad se concibe como un *desequilibrio* entre los componentes fundamentales del cuerpo y el medio ambiente.

Dicha similitud es probablemente la que determinó esa concepción en los procesos de difusión de la medicina occidental que se realizaron durante la época de la Conquista y la instalación de los primeros enclaves coloniales en América Latina. Vale decir, se ajustaban a una concepción dualista del mundo y a una manera de dividir los elementos de la realidad en categoría previamente difundida entre muchas culturas indígenas latinoamericanas.

Esta concepción hipocrática alcanzó su máximo desarrollo, tanto cultural como médico, durante la época medieval y hasta el siglo XVII. Galeno fue quien procuró la evolución de la teoría de los cuatro humores junto a los árabes, quienes influyeron en el desarrollo de la cultura occidental mediterránea.

En correspondencia al pensamiento de la época medieval, los hombres de entonces, creían que el mundo giraba en torno a la idea de un Dios divino y supremo y todas sus acciones como seres humanos estaban vigiladas por dicho ente superior. De esta manera los monjes, agentes de la medicina monástica, compitieron en toda Europa con la medicina secular hasta los albores del Renacimiento. Adoptaban funciones filantrópicas, respondiendo así a las dolencias de sus devotos y cristianos, trayendo como consecuencia un retroceso a la concepción hipocrática emergida en la Antigua Grecia y se quedó sin mayor alcance.

Posterior a la concepción hipocrática, se dejan sentir cambios fundamentales en la concepción de la medicina occidental producto de los cambios de paradigmas de la

época Renacentista, nace entonces una *concepción mecanicista* de la medicina, apoyada y fundamentada por el nuevo pensamiento filosófico-científico de Descartes, que separó los ámbitos de conocimientos y experiencias del hombre (alma-cuerpo) y por otro lado, por los métodos científicos alcanzados por Galileo y también a los descubrimientos de Harvey sobre la circulación de la sangre.(Ibíd.)

Nace la dicotomía entre el ámbito de la mente (propio de la mente y fuera del alcance de la ciencia) y el ámbito del cuerpo (un organismo imperfecto que obedecía a leyes mecánicas). Dentro de este esquema, la enfermedad aparece como una perturbación de uno de los componentes de la máquina corpórea que podía estar sujeto a la intervención reparadora de la medicina.

El *método de la observación racional de los fenómenos*, postulado por Descartes, transformó todo el quehacer de la medicina y de las otras ciencias también. La tarea del médico ahora no descansaba en los principios fundantes de la concepción hipocrática, vale decir interpretar el mundo en el cual vivía el hombre, sino elaborar hipótesis sobre los fenómenos fisiológicos y patológicos, aplicables y controlables en la práctica. (Ibíd.)

La enfermedad dejó de ser considerada como una situación que relacionaba una totalidad biológica con un ámbito sociocultural y pasó a ser diagnosticada exclusivamente como una correlación objetiva de síntomas, en el cual el componente subjetivo emocional era secundario, esto es el cuerpo del paciente se transforma en un objeto y la persona, como ser integral, en un aspecto secundario. Para dar cumplimiento al nuevo objetivo de la nueva medicina, se perfeccionan ampliamente las técnicas terapéuticas empíricas y se desarrollan una serie de nuevos instrumentos para el examen interno y externo. Sin embargo, el paciente deja de ser el elemento central de la anamnesis médica, los protagonistas del proceso salud-enfermedad son los médicos, convirtiéndose cada vez en una clase más especializada y poderosa, y las enfermedades aisladas de los pacientes.

La medicina hospitalaria y de laboratorio, a través de la utilización del método experimental, se convierte en una ciencia natural que concentra su atención en conceptos etiológicos unicausales, basados en la teoría de los gérmenes. A partir de 1930, el descubrimiento de los antibióticos y su comercialización después de la segunda guerra mundial, vienen a consolidar el paradigma mecanicista, que enfatiza un concepto de salud-enfermedad basado en el descubrimiento de antídotos específicos para agentes patológicos específicos, dejando de lado los componentes ambientales y socioculturales de la enfermedad.

Los avances científicos y tecnológicos en los últimos cien años han sido enormes y siguen siendo insospechados en la actualidad, el aporte de la química ha abierto espacios para conocer el estudio del metabolismo de los organismos sanos y enfermos; la bioquímica por su parte ha explicado el origen de muchas enfermedades como disfunciones hormonales y de carácter genético; y el estudio farmacológico ha sido decisivo en el combate de enfermedades infecciosas y de otras índoles. De esta manera la medicina occidental ha tenido un proceso de expansión extraordinario, basado en una sofisticación extraordinaria, sin límites, ni precedentes.

Desde el campo social, en forma coherente con los grandes avances registrados en el conocimiento, se ha expandido también los papeles y funciones del sistema médico de la mano con el concepto de responsabilidad del Estado y de la sociedad sobre la salud de los miembros de la población. En términos generales, se puede afirmar que hoy, se ha convertido en objeto de intervención médica todo lo que garantiza el bienestar del individuo y por tanto su salud, no como un fin en sí mismo, sino como un vehículo o canal para realizar proyectos de vida. Consecuencia de esto, el saneamiento del agua, las condiciones de la vivienda o el régimen urbanístico y hasta las condiciones productivas de la población, se han convertido en espacios de intervención sanitaria.

En este contexto, la sustancia del concepto de salud no ha variado y se puede afirmar que sigue anclada a la teoría mecanicista del cuerpo que explica el estado de salud-enfermedad según determinantes de tipo físico y/o bioquímico. De ahí se desprende la hipótesis que la medicina occidental no se impone tanto en el mundo debido a su eficacia en el tratamiento de las enfermedades, sino que se torna eficaz una vez que ha sido impuesta por las fuerzas sociales, económicas y culturales de su época.

3. La articulación entre medicinas en la actualidad

3.1 Informalidad, desigualdad y conflicto

Un hecho fundamental para entender la situación actual de pluralismo cultural de las sociedades latinoamericanas es la situación al parecer irremediable de *hegemonía* que la tradición científico-occidental ha ejercido desde su nacimiento, respecto a las formas culturales nativas, sumado a los conflictos socioculturales históricos entre los pueblos originarios y sus conquistadores y colonizadores del mundo occidental, como se ha mencionado en otros capítulos. Una situación de hegemonía que hace que muchas de las manifestaciones plurales se refleje sólo en el sector indígena o en los estratos socioeconómicos precarios de la población, en un contexto en el que la co-presencia de elementos y valores culturales representa uno de los escenarios de un proceso de pérdida de control sobre su propio patrimonio cultural.

La relación entre los diferentes sistemas médicos ha sido abordada dentro de un enfoque tradicional, describiendo un proceso de impregnación bidireccional, esto es de permanente intercambio e interacción recíproca. Tal proceso llevaría por un lado a la introducción de una serie de elementos del modelo biofarmacológico, dentro de la praxis de los sistemas tradicionales y populares, a través de la medicalización de los cultos tradicionales; y por el otro, determinaría una serie de influencias de estos últimos dos modelos en las prácticas médicas oficiales (popularización del modelo oficial). (Citarella et al; op. cit.)

Con esto se marca una tendencia hacia el futuro, que plantea un proceso de hibridación y sincretización cada vez mayor de ideología, prácticas y recursos terapéuticos y que se debería manifestar mediante una ampliación del modelo popular y tradicional. Esta idea de contacto y relación, pese a introducir elementos de análisis muy interesantes, al plantear una situación de relación horizontal entre sistemas, prescinde de las condiciones históricas en las cuales se sigue desarrollando las relaciones interétnicas en América Latina.

3.2 El itinerario terapéutico en la interacción entre sistemas médicos

En lo que se refiere a la relación entre sistemas médicos, el análisis de los patrones de recurrencia y los *itinerarios terapéuticos* del paciente representa un elemento que permite una mayor profundización. Los episodios de enfermedad reflejan un patrón conductual que presenta al menos los siguientes elementos:

1. Lo que el paciente percibe de su enfermedad
2. La eficacia percibida de su tradición médica y de sus agentes en la enfermedad en particular y el prestigio que ella detenta
3. La posibilidad de acceso económico y geográfico de diferentes sectores al sistema médico.
4. Los costos-beneficios percibidos por la familia del enfermo y el agente, en los cuales se incluyen criterios respecto de la categoría de la persona que se trata: (edad, género, etc.)
5. La cercanía social o cultural del tratamiento y del agente respecto del tipo de persona que lo consulta. (Ibíd.)

Esta realidad es coherente con el estado de la identidad de la población, hoy en día sometida a vertiginosos procesos de cambios y contacto que se presentan en todos los ámbitos de la cultura.

Bajo este contexto la adopción, por parte de las familias mapuches, de elementos originariamente ajenos, como es la medicina occidental, puede ser considerada parte de un proceso de adaptación de la cultura indígena que se mantiene enraizada a su matriz originaria, la medicina mapuche, dentro de una estrategia de innovación cultural; es decir, de incorporación de nuevos elementos culturales que no modifican dicha matriz. Pero claramente se puede dar todo lo contrario, el puntal inicial hacia la pérdida de los patrones tradicionales, la desintegración y la adopción de nuevos elementos culturales que favorecen la integración al ámbito del grupo dominante.

3.3 Sistemas Médicos como Sistemas Culturales

Son los sistemas médicos, sean estos occidentales y/o tradicionales los que procuran, pues así lo conforman en su esencia, ser un conjunto más o menos organizado, coherente y estratificado de agentes terapéuticos, modelos explicativos de salud-enfermedad, prácticas y tecnologías al servicio de la salud individual y colectiva. La forma en que estos elementos se organizan internamente, otorgando coherencia al sistema depende del modelo sociocultural en que se desarrolla la medicina. Finalmente las medicinas terminan siendo construcciones culturales que responden a un entorno social específico y en los cuales es posible distinguir una dimensión conceptual y otra conductual.

1. Dimensión Conceptual: Está determinada directamente por la cultura de los pacientes y profesionales. Analíticamente corresponde a los modelos que explican y fundamentan la enfermedad. Se sugiere que esta dimensión está compuesta por dos elementos estructurales: axiomas y mecanismos de validación. (Alarcón, et al. op. cit.)

En la biomedicina por ejemplo, los experimentos científicos, las pruebas clínicas y textos, constituyen importantes fuentes de validación del pensamiento científico; raramente un médico aceptará como prueba de una diarrea la intervención de un espíritu maligno en las comidas. Sin embargo, otras culturas aceptarán como fuente

de legitimación los sueños de un chamán, signos en la naturaleza, apariciones, etc. La lógica que opera en la definición de salud y enfermedad es la misma en ambos sistemas (una lógica que busca causas, alternativas y consecuencias), sin embargo difieren en las premisas culturales y pruebas de validación; por ello distintas percepciones y observaciones del mismo fenómeno resultan en diferentes explicaciones de la enfermedad.

2. Dimensión Conductual: Podemos distinguir, entre otros, aquellos procedimientos, acciones y agentes que utiliza un sistema médico para obtener un cierto resultado con los pacientes, el que ha sido denominado Proceso Terapéutico. Este implica: quién (machi, médico, meica, santiguadora, etc.), hace qué (cirugía, ritual, purgas, oraciones, etc.), a quién (individuo o comunidad) y con respecto a qué dimensión de la enfermedad (física, social, mental, espiritual, etc.). Un proceso terapéutico exitoso supone la eliminación de la condición subjetiva de enfermedad y consecuentemente la finalización del rol de enfermo. (Ibíd.)

3.4 La Interculturalidad en Salud como acercamiento entre modelos médicos

En general, todos los procesos de interacción social y cultural que involucren la existencia de diferentes y, a veces, antagónicos sistemas de creencias están sujetos a importantes fricciones. Sin embargo, los conflictos entre diferentes sistemas médicos no emergen sólo de las diferencias en los modelos explicativos que los sustentan, sino también de la dominación social de un modelo de salud sobre otro.

En este contexto la cultura biomédica expresada a través del sistema médico occidental, se ha establecido mundialmente como el modelo capaz de resolver si no todos, la mayoría de los problemas de salud de la población independientemente de los contextos sociales y culturales en que se desarrolle la enfermedad. No obstante, la experiencia de proyectos en salud internacional, muchos de ellos patrocinados por organismos como la OPS y OMS, y dirigidos hacia los sectores más pobres de la

humanidad, dan cuenta de importantes dificultades que se enfrentan al no considerar la cultura de los usuarios en el proceso de atención de salud.(Ibíd.)

Situaciones como rechazo y falta de adhesión a las prácticas médicas occidentales, conflictos de poder entre agentes tradicionales y médicos, desarticulación de la estructura social de la comunidad, son elementos frecuentemente descritos en la literatura de salud internacional, especialmente en países con altos índices de población indígena.

Así, las variables étnicas culturales y el respeto a la diversidad en la implementación de políticas sociales están pesando fuertemente en las propuestas de desarrollo de los países emergentes. (Ibíd.) En nuestro país ésta práctica de ejecutar una política social que involucre variables culturales y étnicas, afortunadamente se está realizando, a través de la Política de Salud y Pueblos Indígenas del MINSAL desde el año 2006. En lo particular se están implementando y ejecutando diversos programas de atención intercultural, ya sea para la población indígena como para el resto de la población.

Las experiencias del Hospital de Makewe y de algunos Servicios de Salud de la IX Región como de Programas de Salud Intercultural de Centros de Salud Familiar de las comunas de Estación Central, Cerro Navia, La Florida, La Pintana, entre otras, en la Región Metropolitana; constituyen un claro ejemplo de que el país avanza en la construcción de un modelo de salud más inclusivo, equitativo y eficiente en la atención intercultural.

SEGUNDA PARTE
MARCO REFERENCIAL

CAPÍTULO IV
POLÍTICA DE SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS
MINISTERIO DE SALUD.

En este capítulo se entregan los principales hitos a nivel internacional y nacional que han marcado la Política de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud que data del año 2006, como el primer esfuerzo institucionalizado que el Estado realiza en materia de salud intercultural en nuestro país.

Sin duda que este tipo de iniciativas favorecen el diálogo y el respeto de los pueblos indígenas, contribuyendo al desarrollo de acciones que apunten a reconocer su cultura, patrimonio y medicina ancestral, como también para tomar el resguardo necesario para la preservación de éstos pueblos originarios.

1. Principios y Marco Conceptual

Con la aprobación de la Iniciativa de salud de los Pueblos Indígenas en el año 1993, la OPS y los Estados Miembros se comprometieron a trabajar con las poblaciones indígenas para mejorar su salud y bienestar, reconociendo el valor de patrimonio cultural y el saber ancestral de los pueblos indígenas y la necesidad de preservarlos.

Los Principios de la Reunión Hemisférica de Winnipeg y que han sido ejes trazadores de muchos procesos en la Región de las América son:

- ✓ Mejorar el acceso a la salud de los pueblos indígenas
- ✓ Reconocer su derecho a controlar sus propios asuntos y desarrollo, como también lo es la salud, siguiendo su propia cosmovisión

- ✓ Valorar la Medicina Indígena en sí y por sus aportes a la sociedad mayor, no tan sólo a un nivel académico, sino que también protegiendo su propiedad intelectual y patrimonio cultural.(MINSAL, 2006)

Numerosos gobiernos en la última década han manifestado una creciente inquietud y muestras de reconocimiento y preocupación por las condiciones de vida y deficiencias en salud que afrontan la mayoría de los pueblos originarios, donde aún se observa que los *determinantes sociales*, han sido insuficientemente estudiados.

Los Determinantes Sociales parten de un modelo explicativo de la pérdida de salud o bienestar y se ha llegado a un consenso mundial que serían los siguientes:

- ✓ **Estilos de Vida:** Principal determinante en la salud, porque es el más modificable. Mediante actividades de promoción en el accionar de cada ser humano. Un ejemplo sería el sedentarismo, la drogadicción, los hábitos nutricionales. Estas conductas dependen en gran medida de la cultura, el empleo, la educación, los ingresos que posea cada persona; es decir, ambiente y estilo de vida tienen una estrecha interacción y vinculación en la vida de las personas.
- ✓ **Biología o Genética:** No es modificable, es la carga genética, cuya importancia esta en continuo crecimiento, cada vez son más las enfermedades que se identifican con un componente genético: el cáncer, la diabetes, el alzheimer, la artritis, entre otras, no obstante, existen expectativas de que éste determinante pueda ser modificado en la actualidad, gracias a los avances de la ciencia y la tecnología médica.
- ✓ **Atención Sanitaria:** Es el determinante que menos influye en la salud de las personas y es el que más recursos económicos recibe para cuidar la salud de la población.
- ✓ **Medio Ambiente:** Se refiere a cualquier contaminación producida en el aire, suelo, agua, que afecte la salud de las personas.

- ✓ **Determinantes Ambientales Comunitarios:** Se consideran a la familia, la escuela, el barrio, el vecindario, las instituciones locales.

En el modelo explicativo que considera distintos determinantes de salud, existe una integración entre salud-enfermedad-persona-comunidad; lo cual nos lleva a analizar estos procesos de otra perspectiva, desde otro enfoque, ya no biomédico, sino que de un proceso de bienestar desde un prisma distinto, esto es a un nuevo enfoque, el biopsicosocial. (Dragicevic, 2005)

- **Hitos Nacionales**

1. Chile al igual que otros países del continente, es un país pluriétnico, según el último Censo 2002, el 4.6 % de la población se declara perteneciente a alguno de los 8 pueblos originarios que la Ley Indígena N° 19.253 del año 1993, reconoce en el territorio nacional, esto equivale a 692.192 personas.
2. Retomada la democracia al país durante el gobierno de Patricio Aylwin Azócar, se formó la Comisión Especial de Pueblos Originarios, CEPI, y con ella se formuló la Ley Indígena y se creó la CONADI, que sería la institución responsable de velar por el cumplimiento de dicha Ley.
3. A partir del año 2000, se crea el Programa Tolerancia y No Discriminación cuyo objetivo central es aportar a la superación de la discriminación en Chile, formulándose un Plan Nacional para superar la discriminación en Chile 2001-2006.
4. El año 2001, se crea la Comisión Verdad Histórica hacia los Pueblos Indígenas y Nuevo Trato durante el gobierno de Ricardo Lagos Escobar, mediante el Decreto Supremo N° 19 del año 18/01/2001, propuesta que en el Congreso Nacional dio origen a la Política de Nuevo Trato con los Pueblos Indígenas presentada en abril del 2004, y en donde se destaca que el “reconocimiento constitucional” es el punto de partida para la

profundización de los derechos de los pueblos originarios en este sentido: “la necesidad de ratificar por parte del Congreso Nacional, el Convenio 169 de la OIT, como también el mejoramiento de la pertinencia e impacto de las políticas públicas dirigidas a los pueblos indígenas, entre otras”.

Recogiendo los llamados internacionales en especial de la Resolución V de OPS/OMS de avanzar desde los Ministerios de Salud en generar estrategias de salud para los pueblos indígenas.

En Chile, entonces los procesos desarrollados a nivel de la IX región, en el Servicio de Salud de la Araucanía por el Programa con Población Mapuche iniciado en el año 1992 y el mandato de la Ley Indígena, es que comienza a implementarse en el país a contar del año 1996, una línea de trabajo ministerial en esta materia, y que deriva en un Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas dedicado a la generación de orientaciones técnicas y políticas en salud intercultural a nivel nacional con el propósito de contribuir a mejorar la situación de salud y medio ambiente de los pueblos indígenas que habitan el territorio nacional.

Actualmente el Programa Especial opera en las Regiones I, II, II, V, VIII, IX, X, XI, XII y RM, con la participación de 22 servicios de salud en cuyas áreas geográficas tienen mayor concentración de población indígena.

A nivel de gobierno se crea el Programa Orígenes o Programa de Desarrollo Integral de Comunidades Indígenas, en el año 2001, a través de un convenio BID/MIDEPLAN para sectores rurales de comunas de alta concentración indígena y en especial con las Áreas de Desarrollo Indígena (API). Actualmente, se desarrolla la primera fase del programa en las regiones I, II, VIII, IX y X. (www.origenes.cl)

Sus componentes son: educación, salud, desarrollo productivo y fortalecimiento institucional. El programa tiene como fin mejorar las condiciones de vida, a través de

un desarrollo integral con identidad y gestión participativa de los pueblos Aymara, Atacameño y Mapuche en el área rural. (Ibíd.)

En el componente de salud, su propósito es contribuir a que las comunidades rurales de los pueblos indígenas mencionados mejoren su situación de salud mediante la implementación de modelos de salud intercultural co-gestionados con los servicios de salud; los subcomponentes son:

1. Desarrollo de Modelos de Atención y Gestión Interculturales
2. Mejoría de calidad, sensibilidad y pertinencia cultural de los servicios de salud del territorio indígena
3. Fortalecimiento de la Medicina Indígena
4. Mejoría del acceso y capacidad resolutive de la red de servicios interculturales (Ibíd.)

Todas estas acciones están enfocadas a ser complementarias a los que en el ámbito de la salud intercultural esta desarrollando el programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas.

Por su parte, FONASA (www.fonasa.cl) en el marco de sus políticas de modernización, ha focalizado programas tendientes a mejorar el Seguro Público de Salud y relevar los derechos de los usuarios, en aquellas comunas con alta concentración de población indígena.

- **Demandas de Salud de los Pueblos Indígenas en Chile**

En diferentes instancias de diálogo con organismos de gobierno y numerosas reuniones y encuentros convocados por salud a nivel local, regional y nacional; las demandas en materia de salud manifestadas por diversos representantes de los pueblos indígenas son:

- ✓ Demanda por respeto, valoración y preservación de la Medicina Indígena y del Medio Ambiente.
- ✓ Demanda por respeto y valoración de la cosmovisión, en un marco integral de la concepción de salud- enfermedad práctica de los pueblos originarios.
- ✓ Demanda por participación en las decisiones acerca de programas de salud orientados a los pueblos originarios.
- ✓ Demanda de mejoría de la calidad y calidez humana de la atención en los establecimientos de salud y respeto como personas, por parte del personal sanitario.
- ✓ Demanda de mejoría de la capacidad resolutive de la atención, a nivel de atención primaria y del conjunto de servicios de salud; y en mejoría del acceso a la atención, aumento de frecuencia de rondas rurales, mayor disponibilidad de exámenes médicos y atención de especialidades.
- ✓ Demanda por participación y control, en el desarrollo de investigaciones con pueblos originarios debe ser bajo el consentimiento y la aprobación; en el desarrollo de proyectos de salud participación de sabios y autoridades de los territorios indígenas.
- ✓ Demanda por incorporación del parto tradicional de los pueblos originarios en la atención hospitalaria; incorporar en la certificación de los nacimientos, registrar el lugar de residencia de la madre, para su inscripción en el Registro Civil.
- ✓ Demanda de formulación y aplicación de instrumentos de medición de pobreza y desarrollo con parámetros acorde a la realidad cultural y cosmovisión de los pueblos indígenas y a que exista una tarjeta que acredite el acceso gratuito al sistema de salud público considerando la aplicación de los parámetros mencionados.

- **La Reforma, los objetivos sanitarios y la salud de los pueblos Indígenas**

En el marco legal de la reforma sectorial, la incorporación de la interculturalidad en salud en la Ley de Autoridad Sanitaria N° 2763, constituye sin duda un hito importante para la operativización de la Política de Salud y Pueblos Indígenas. (MINSAL, 2002)

En el artículo 16, se establece que es deber del MINSAL “formular políticas que permitan incorporar un enfoque intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena en el país.” (MINSAL, 2004)

Además el MINSAL, dentro del proceso de reforma sectorial, ha formulado los objetivos sanitarios que orientaran el quehacer del sector público en los próximos años. Dichos objetivos son:

- ✓ Mantener y mejorar los logros sanitarios alcanzados
- ✓ Enfrentar los nuevos desafíos derivados del envejecimiento poblacional
- ✓ Reducir las desigualdades en situación de salud y en acceso a la atención de salud
- ✓ Proveer servicios acordes a las necesidades y expectativas de la población (Ibíd.)

- **Equidad e Interculturalidad: un enfoque necesario en salud**

El enfoque adoptado en la formulación de la Política de Salud y Pueblos Indígenas en Chile, reconoce como puntos centrales estos dos conceptos orientadores:

- ✓ Por un lado, la **equidad**, apunta a la construcción, a partir de acciones concretas de un sistema de salud que disminuya efectivamente las brechas de equidad en la situación de salud entre sectores sociales, áreas geográficas y comunas. Esto significa generar acciones en el ámbito del

acceso, la calidad, cobertura y efectividad de la atención de salud para los pueblos indígenas.

- ✓ Por su parte, la *interculturalidad*, apunta a un cambio de actitud y un cambio cultural en el sistema de salud, que permita abordar la salud desde una perspectiva amplia y establecer otras redes de trabajo para proveer servicios acordes a las necesidades de los pueblos originarios, respetando la diversidad cultural. (Ibíd.)

El enfoque de equidad en salud y pueblos indígenas se sustenta en el reconocimiento de la existencia de mundos socioculturales diversos, en donde se encuentran formas de entender y enfrentar el proceso de salud-enfermedad distinta; por un lado el sistema médico alópata occidental y por otra, la visión holística de los pueblos originarios.

El desafío actual es poner a disposición de la población indígena, la equidad en acciones específicas, vale decir, considerar el enfoque intercultural en la organización y provisión de atención en la Red Asistencial de Servicios de Salud.

El enfoque intercultural en salud, releva el reconocimiento y respeto de las particularidades y diversas características de cada pueblo originario y pretende crear un ambiente donde estas diferencias puedan coexistir y aportar a la mejoría de la salud de toda la población, aún cuando se da en un escenario no resuelto de asimetrías de poder, en lo que se refiere a la hegemonía del sistema médico oficial y occidental. (Ibíd.)

La interculturalidad en salud será entendida como un proceso social interactivo que reconoce como principales características de interacción social:

- ✓ La voluntad
- ✓ El reconocimiento mutuo

- ✓ La interacción
- ✓ El aprendizaje mutuo
- ✓ La reciprocidad
- ✓ La horizontalidad
- ✓ La cooperación

Finalmente la interculturalidad en salud conlleva los siguientes elementos:

- ✓ Integralidad en el concepto salud-enfermedad
- ✓ Visión holística
- ✓ Sistema de salud incluyente, abierto, que es capaz de reconocer, respetar y aplicar concepciones y prácticas de salud de otras culturas.
- ✓ Oferta de servicio regular, equitativo y con pertinencia cultural.
- ✓ Colaboración entre sistemas médicos oficial e indígena.
- ✓ Personal de salud calificado y sensible a la necesidad de salud de la población. (Ibíd.)

2. La Política de Salud para los Pueblos Indígenas

El fundamento de la creación de una política de salud para pueblos originarios esta basada en el reconocimiento que ningún sistema médico es capaz de satisfacer por sí solo las demandas de la población, el modelo oficial, no sería el único deseable y válido.

Los ejes ordenadores de la esta política pública son:

1. La equidad
2. La Interculturalidad
3. La Participación Comunitaria (MINSAL, op. cit.)

La aplicación de los conceptos de *equidad* e *interculturalismo*, no sólo está relacionada con la salud, sino también, con otros aspectos del desarrollo de las personas, lo que requiere de esfuerzos multisectoriales, en lo social, político y económico.

Propósito

Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos originarios a través del desarrollo progresivo de un modelo de salud, con enfoque intercultural que involucre su activa participación en la construcción, ejecución, control y evaluación del proceso. (Ibíd.)

Objetivos Principales

- ✓ *Incentivar la participación y construcción de un modelo de salud con finalidad intercultural*
- ✓ *Participación garantizadas de los pueblos originarios, en la planificación, implementación, seguimiento y evaluación de estrategias, con fines de mejorar el estado de salud, accesibilidad, calidad y pertinencia de las acciones sanitarias orientadas a la población indígena*
- ✓ *Desarrollar en materia de promoción de la salud y enfoque familiar, estrategias que garanticen el fortalecimiento y respeto a la cosmovisión y cultura específica de los pueblos originarios.*
- ✓ *Incorporar en los establecimientos de la Red de servicios de salud, una visión intercultural que oriente su quehacer hacia los pueblos originarios y hacia el medio ambiente en que viven*
- ✓ *Incorporar los criterios de pertinencia cultural a las inversiones y desarrollo de los modelos médicos-arquitectónicos para establecimientos de salud.*
- ✓ *Contribuir al reconocimiento, protección y desarrollo de los conocimientos y prácticas ancestrales en salud de los pueblos originarios*

- ✓ *Mejorar la calidad y pertinencia cultural de las acciones de salud, a través de estrategias de formación, perfeccionamiento y desarrollo de recursos humanos*
- ✓ *Favorecer la participación de los pueblos originarios en las estrategias desarrolladas por FONASA para mejorar el seguro público de salud*
- ✓ *Generar programas de recuperación y protección del medio ambiente, con pertinencia cultural y participación de los pueblos originarios que involucre recursos económicos y humanos*
- ✓ *Acrecentar la coordinación de acciones intra e intersectoriales, orientadas al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de los pueblos originarios. (Ibíd.)*

Estrategia

Dar apoyo a la formulación, financiamiento e implementación de programas, planes y actividades, que permitan el desarrollo de los objetivos (Ibíd.)

- **Modelos de Atención con enfoque intercultural**

Estrategias

Cambios en los establecimientos de salud, con enfoque intercultural:

- ✓ *Reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y las prácticas de los sistemas médicos de los pueblos originarios*
- ✓ *Participación social*
- ✓ *Salud familiar*
- ✓ *Promoción de la salud*
- ✓ *Aspectos programáticos y de gestión*
- ✓ *Salud ambiental*
- ✓ *Inversiones e infraestructura*
- ✓ *Recursos humanos*
- ✓ *Facilitadores interculturales (Ibíd.)*

- **Marco Político y Legal**

Antecedentes históricos: hitos nacionales e internacionales

La creación de una política de salud y pueblos originarios en Chile, se sustenta en variados antecedentes, tanto en el contexto de procesos nacionales e internacionales de movilización de los pueblos indígenas, como de la legislación y acuerdos internacionales sobre reconocimiento y derechos de estos pueblos y también en el marco de la generación de políticas estatales a nivel nacional en diversos ámbitos de desarrollo.

Es de interés señalar, que desde la Independencia de España, en general la política indigenista de los países americanos fue liberal e integracionista en lo político-cultural, pretendiendo la integración de los grupos originarios a la sociedad dominante. En nuestro país, los continuos conflictos por propiedad de la tierra, respecto a las políticas colonizadoras, que aconsejaban la conveniencia de un arbitraje, llevaron a la restitución de la figura colonial del “protector de indígena” año 1852, y más tarde, a la creación de los juzgados de indígenas en 1930. (Ibíd.)

Instrumentos Internacionales vigentes

Son numerosos los instrumentos internacionales que abordan directa o indirectamente el tema de los pueblos indígenas. Entre ellos, cabe destacar como hitos esenciales, dada su integralidad las implicancias que tiene para el sector salud, las siguientes:

1. *Convenio OIT N° 169, sobre Pueblos Indígenas y Tribales en países independientes (1989)*
2. *Designación del Decenio Internacional de las Poblaciones indígenas del Mundo, 1995-2004(Resolución ONU N° 48/163 de 1993)*

3. *Resolución V OPS/OMS sobre la Salud de los Pueblos Indígenas en las Américas(SAPIA) que a su vez se basa en la Reunión de trabajo sobre Pueblos Indígenas y Salud, realizada en Winnipeg-Canadá 13-17 abril de 1993*
4. *Designación del Segundo Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del mundo, 2005-2015(ONU 59 Asamblea General que se inicia el 1 de enero del 2005(Ibíd.)*

3. La salud en Chile: Síntesis de la problemática sanitaria en Chile

La responsabilidad directa y total, en el mantenimiento, control y cuidado de la salud en el país, corresponde al Ministerio de Salud. Las máximas autoridades de esta Secretaría de Estado, son el Ministro(a) de Salud, secundado por el Subsecretario(a), quienes delegan las funciones ejecutivas, en funcionarios competentes e idóneos, algunos con el rango de Subsecretarios, quienes gestionan los planes, modelos y sistemas que dan vida y ponen en ejecución el importante y complejo proceso de velar por la salud de los chilenos, en todo el territorio nacional, como ejemplo: el Subsecretario de Redes Asistenciales del MINSAL.

La población cada vez más instruida e informada de sus derechos, tiene expectativas crecientes respecto a los servicios de salud. En la actualidad las personas exigen ser tratadas con dignidad, que se les informe respecto de sus opciones terapéuticas y que se les otorgue la oportunidad de decidir respecto de su salud. También desean que se les atienda en forma oportuna y con una calidad de servicio adecuada y, sobre todo, que se les de una respuesta adecuada a sus necesidades en materia de salud.

La autoridad para la salud, tomando en consideración la imperiosa necesidad de mejorar al máximo la atención, control y servicio en beneficio de los usuarios a nivel nacional, y asumiendo en plenitud el mandato y disposición de la Constitución Política del Estado, que establece, sin lugar a dudas que la salud, es un **derecho**, para toda la comunidad nacional. A partir de la presente década, puso en marcha un nuevo

modelo de atención en salud, con el fin de fijar objetivos claros, medibles y practicables, lo que ha permitido grandes avances en la salud de la población. (MINSAL; op. cit.)

El actual Modelo de Atención de Salud que debe finalizar al año 2010, se debe orientar hacia los siguientes objetivos nacionales:

- ✓ Disminuir las desigualdades en salud
- ✓ Enfrentar los desafíos del envejecimiento de la población y los cambios en la sociedad
- ✓ Proveer servicios acordes con las expectativas de la población
- ✓ Mejorar los logros alcanzados

Es necesario dejar en claro, que un rol importante para el cumplimiento de estos objetivos, lo tiene el *Régimen General de Garantías en Salud*, el que define un conjunto de prestaciones y orienta recursos a las actividades de mayor impacto sanitario. Dentro de éste, mención especial corresponde a las *Garantías Explícitas en Salud*, las que norman igualitariamente las condiciones de acceso, oportunidad, calidad de las acciones en salud y protección financiera, para los beneficiarios del sistema público y privado de salud. (Ibíd.)

Es interesante señalar que la autoridad sanitaria, ha puesto en esta década un amplio plan con cobertura hacia todos los objetivos que digan relación con una creciente calidad y eficiencia en la población de servicios a los usuarios. Al respecto, en la actualidad, se desarrolla un *Modelo Integral de Atención*, sobre la base de un esquema implícito, arraigado en los equipos de salud y que en el contexto del proceso de la Reforma del sector, requiere de un cambio de paradigma, que ofrezca una perspectiva más amplia y apropiada, en orden a enfrentar los nuevos desafíos en salud. (Ibíd.)

El paradigma **Biopsicosocial** de la salud, sobre el que se basa este nuevo modelo, ofrece una visión integral del proceso de salud-enfermedad, el cual sin desconocer sus aspectos biomédicos, incorpora otras dimensiones, imprescindibles para el estudio y abordaje del complejo panorama epidemiológico, del avance tecnológico y del cambio hacia un usuario más pro- activo, responsable de su propia salud y de la salud de la sociedad. (Ibíd.)

En este amplio plan de mejoramiento general e integral de la salud, se incorporó en el contexto de la Reforma y nuevos Modelos de atención de Salud, algunos aspectos de la problemática sanitaria, como:

- ✓ Fundamentos para la transformación del Modelo
- ✓ Perfil epidemiológico y cambios demográficos
- ✓ Obsolescencia del Modelo
- ✓ Motivos nacionales de salud

Estos aspectos y problemas incluidos en la temática del Plan Integral, fueron analizados y fundamentados, en su mérito, en forma separada e individual. El Modelo de Atención es una descripción de la forma óptima de organizar las acciones sanitarias, de modo de satisfacer los requerimientos y demandas de la comunidad y del propio sector. (Ibíd.)

- ***El Modelo Integral de Atención de Salud***

En el contexto de la Reforma, se define como: el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, mas que al paciente o la enfermedad, como hechos aislados a las personas, consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familias y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio físico, social y cultural. (Ibíd.)

Este modelo de Salud Integral, se orienta a la mejoría de la calidad de vida de las personas, las familias y las comunidades, y constituye uno de los pilares fundamentales para el logro de los objetivos de la reforma del sector de salud. La *atención integral* (Biopsicosocial) centrada en la familia, necesita ser complementada con el enfoque multidisciplinario, para responder de manera más eficiente a las personas, ya que toma en cuenta su historia de vida, su entorno familiar, ambiental y desarrolla acciones en los ámbitos de la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados domiciliarios.(www.minsal.cl)

Cuadro N° 4
Modelo de Atención Integral de Salud
Ejes para la transición del Modelo

Enfoque Curativo	➡	Promocional y preventivo
Enfoque Biomédico	➡	Biopsicosocial
Enfoque Asistencialista	➡	Comunitario de la salud
Enfoque Hospitalario	➡	Atención Primaria
Enfoque de Niveles	➡	Concepción de Redes

Fuente: www.minsal.cl

- ***La evolución de los establecimientos de Salud Primaria***

La Reforma a la salud refuerza la necesidad de transformación de los **consultorios y centros de salud a centros de Salud Familiar** como un paso fundamental, al instalar en los equipos de cabecera la responsabilidad del cuidado continuo de la población. El proceso de transformación de Atención Primaria de Salud (APS), contempla el reconocimiento como **Centros de Salud Familiar (CESFAM)**, a aquellos centros de

salud que cumplan con una serie de exigencias de motivación, capacitación, mejora de calidad progresiva, e incorporación de la familia como unidad de atención.(Ibíd.)

El reconocimiento de estos nuevos centros de salud implica necesariamente un proceso de certificación, por lo que los CESFAM estarán sujetos a procedimientos de evaluación periódica y re-certificación cada 5 años. Cada CESFAM es responsable del cuidado permanente de su población adscrita o usuaria, a través de un conjunto de prestaciones, denominado Plan de Salud Familiar, que además de las prestaciones tradicionales, incorpora otras en el ámbito de la salud de las familias.(Ibíd.)

Para mayor claridad se explica lo que es un Centro de Salud Familiar (CESFAM) a través de las siguientes características:

- Dependiendo del lugar donde se ubican, son construcciones de 1.800 metros cuadrados aproximadamente, pensadas para atender hasta 30 mil usuarios, sectorizadas en tres áreas, donde en cada una se atiende hasta 10 mil usuarios.
- Ofrecen una atención personalizada, centrada en el grupo familiar.
- Poseen “boxes multipropósito” y “recintos de atención compartida”. Fomentan la interacción con la comunidad, para lo que cuentan con salas destinadas a estos fines.
- Resguardan la salud ocupacional con recintos adecuados para la alimentación, servicios higiénicos, vestuarios y reuniones del personal.
- Generan espacios acogedores para el usuario, al disponer de recintos con iluminación, ventilación natural, ya sea en espacios de atención individual, como en salas de espera, incorporando vegetación como parte del proceso terapéutico y esta condición ayuda además al uso eficiente de los recursos energéticos.
- Emplean tecnología de información y comunicación para llevar sus estadísticas, de modo de descentralizar los SOME, y facilitar el manejo de fichas familiares. (Ibíd.)

Cuadro N° 5

Principios Guías de los Centros de Salud de Atención Primaria

- Enfoque familiar y comunitario
- Compromiso con una población a cargo, definida numérica y territorialmente
- Continuidad de los cuidados
- Cuidados de salud con énfasis en la promoción y prevención
- Trabajo en equipo
- Comunidad partícipe del proceso de cuidados sanitarios
- Involucramiento intersectorial
- Excelencia clínica

Fuente: www.minsal.cl

4. Programa de Salud Intercultural del Centro de Salud Santiago Nueva Extremadura.

En la comuna de La Pintana se definen alrededor de 6000 personas como mapuches, lo que representaría el 10% del total de la población local. Este dato motivó en el año 2002 a dar inicio a un Proyecto de Salud Intercultural financiado con fondos canadienses, de la I. Municipalidad de La Pintana y de la escuela de Enfermería de la Universidad Católica, el que se concretó en su tiempo con la instalación de una Ruka en la parte posterior del patio del Centro de Salud Familiar Santiago Nueva Extremadura para acoger a la población que optase por esta otra alternativa de salud mapuche. Actualmente se ha transformado en un Programa de Salud Intercultural estable y que depende de recursos municipales al alero del Dpto. de Salud de la Dirección de Salud y Educación del Municipio Local. (Melinao, 2006)

- **Situación Actual**

Actualmente este programa ofrece una atención tanto a usuarios mapuches como a no mapuches, ya se mencionó anteriormente que partió como una iniciativa piloto para atender a las demandas de salud de la población indígena que se identificaba como mapuche residente de la comuna y que se pensó, requería de una atención en salud desde su propia cultura ancestral.

Desde tiempos ancestrales el uso de las plantas medicinales era una práctica común en las culturas originarias, lo que ha permitido que aún en nuestros días, muchas de las actuales plantas medicinales, sean procesadas por la industria farmacológica. (Melinao; op. cit)

El pueblo Mapuche tradicionalmente ha utilizado las yerbas medicinales para el tratamiento de sus dolencias y desequilibrios *espirituales*, hoy este conocimiento y uso de la medicina mapuche se ha incorporado progresivamente en la población general. La medicina mapuche cuenta con sus propios agentes de salud, ellos son reconocidos por sus comunidades de origen y al mismo tiempo cuentan con un control ético basado en la opinión de la comunidad de origen. Culturalmente cuenta con una historia e identidad propia y con sistema metodológico diverso de acuerdo a sus principios de tipo territorial y cósmico. (Ibíd.)

El proceso y avance de la medicina mapuche en Chile durante los últimos años ha marcado un cambio profundo en el sistema de Salud chileno; tales avances se manifiestan y demuestran cuando en las grandes ciudades como es el caso de la Región Metropolitana en donde existen actualmente experiencias de Salud Intercultural Mapuche en trece comunas conformadas en una Red de Salud Intercultural (La Pintana, Peñalolén, Huechuraba, Cerro Navia, Pudahuel, Lo Prado, La Granja, San Bernardo, Ñuñoa, Maipú, Recoleta, Conchalí y Quilicura) trabajando conjuntamente con el MINSAL y sus respectivos Servicios Territoriales. Por otra

parte, en la Novena Región se puede mencionar la experiencia del Hospital Makehue, la iniciativa del Centro de Salud *Filu Lawen de Boroa*, la construcción de la Unidad de Salud Mapuche en el Hospital de Nueva Imperial, entre otras. (Ibíd.)

Es así como el objetivo, que se propuso para tal experiencia y que hoy en día persiste y no tan sólo como una experiencia aislada o focalizada a los habitantes mapuches de la comuna sino que se ha logrado ampliar a toda la comunidad pintanina, es: *“Ofrecer una atención de salud alternativa a personas indígenas y a quienes estén interesados en la medicina natural mapuche como un sistema complementario en el proceso de salud-enfermedad de los usuarios del centro”*. (Ibíd.)

- **Descripción del Programa**

Está localizado en el Centro de Salud Familiar Santiago Nueva Extremadura, calle Avenida Juanita N° 1358, de la población Santiago Nueva Extremadura del seccional sur comunal correspondiente a El Castillo, en el paradero 5 de Avenida Gabriela Poniente. Cuenta con una *Ruka* arquitectónicamente mapuche, que es también un espacio de encuentro para la comunidad y que promueve la valoración de la cultura mapuche. En ella se ofrece una atención individual y familiar con un tratamiento de tipo integral y en donde la atención entregada a las personas que asisten es fundamental, por lo que se procura darles una atención acogedora estableciendo un vínculo estrecho con el paciente.

El sistema de atención está basado en la unidad del equipo profesional de salud mapuche, apoyado y reforzado por el conocimiento básico del sistema de salud occidental. Este equipo profesional cuenta con un sistema de control propio basado en el sistema de salud mapuche y donde cada integrante del equipo cumple funciones específicas y una comunicación fluida con respecto al trato con cada paciente y entorno del lugar. Los usuarios que acuden a la medicina mapuche se adecuan a los

principios valóricos de la cultura mapuche, vale decir toda persona es tratada como un todo integral.

La atención al paciente es tratada directamente por el *Machi* en todas sus etapas, el primer paso es el diagnóstico o *Inarrumewn o Pewutuwn*, para el resultado del diagnóstico el paciente debe recurrir y acompañarse de su orina obtenida en ayuna, más una persona que pueda acompañar al paciente en el momento de su atención. De acuerdo al resultado del diagnóstico, al paciente se le ofrece un tratamiento que se realiza en base a yerbas medicinales y quienes optan por seguir el tratamiento se le recomienda llevar un control adecuado en donde cada tres meses el *Machi* evalúa la enfermedad o problema tratado. (Ibíd.)

El sistema de procedimiento para recibir la atención de salud mapuche, es a través de una previa inscripción, en la cual el paciente queda citado para su atención con el *Machi* en un plazo de 7 días, pero esto dependerá de la demanda que exista. Los pacientes que acuden por primera vez son atendidos sólo los días miércoles de cada semana, así quienes asisten solicitan su control de evaluación.

Por otra parte, los pacientes que se encuentran en tratamiento constante deben acudir cada 7 días, pero los días martes y a cada paciente con su enfermedad respectiva que fue determinada por el *Machi*, se le hace entrega gratuitamente de una cantidad de remedios consistentes en yerbas medicinales y que puede ir desde un litro y medio a seis litros de yerbas por paciente atendido y que es preparado especialmente por el *Machi*.

- **Equipo del Programa de Salud Intercultural**

El equipo de salud lo conforman: El *Machi*: Manuel Lincovil Collipal, la encargada de preparar y entregar las Hierbas Medicinales: María Nahuelhuen Caniuqueo y un Facilitador Intercultural: Samuel Melinao Zavala.

Este equipo de salud tradicional mapuche pone un énfasis de trabajo integral y cooperativo en relación a la función y rol que desempeña cada uno, como también en el ámbito grupal de sus funciones. Además de incorporar permanentemente evaluaciones de proceso que dan cuenta de las debilidades y fortalezas que deben tener presente para poder brindar una atención de calidad a los usuarios del PSI del Cesfam Santiago Nueva Extremadura.

Cuadro N° 6

Evaluación de Proceso

Equipo de salud tradicional mapuche

PSI Cesfam Santiago Nueva Extremadura

Facilitadores	Oportunidades	Debilidades	Amenazas
Sensibilidad de ambas culturas	Reconocimiento de asumir y enfrentar la reciprocidad de amabas culturas	Falta de infraestructura adecuada que permita al equipo de salud intercultural entregar una mejor atención a los usuarios del programa	La demora constante en la gestión de los trámites administrativos con respecto a las necesidades del programa
Voluntad de formar una organización de salud intercultural conformada por representantes del equipo de Salud Intercultural y del centro de Salud y la comunidad	Esfuerzo por mejorar la calidad de atención a los usuarios	Falta de conocimiento de ambas culturas	La inseguridad física en el entorno de la Ruka
	La voluntad de superar los obstáculos por	Falta de apoyo técnico profesional para la entrega de una base	Permanente problema de delincuencia

	parte del equipo	estadística	debido a la vulnerabilidad social del sector generando constante alerta al interior del consultorio por delitos de robo
	El deseo de lograr un sistema de salud complementario para la comunidad	Falta de tiempo y voluntad para realizar talleres y reuniones	Mala ubicación de cerco metálico frente a la Ruka, obstaculizando el paso y adecuado funcionamiento del invernadero y área de descanso
		Falta de señalética Bilingüe que incorpore la imagen y presencia de una diversidad cultural	
		La inexistencia de un proceso de derivación recíproca de parte de los equipos de salud, es decir el occidental y mapuche	
		Un mayor compromiso del Centro de Salud Santiago Nueva Extremadura para con el Programa de Salud Intercultural	
		La inexistencia de trabajo en conjunto de ambos equipos de salud	

Fuente: (Melinao, 2006.)

El equipo de salud tradicional mapuche, en su evaluación de proceso resalta las principales dificultades como también los logros obtenidos desde su implementación a la fecha. Mediante un análisis *FODA*, identifican y reconocen las problemáticas que les impide llevar a cabo un Programa de Salud Intercultural con real alcance intercultural como lo plantea la Política de Salud y Pueblos Indígenas (op; cit.). En lo que respecta a las debilidades detectadas resalta claramente un problema de *gestión* de parte de la Dirección o Jefatura a cargo del Cesfam Santiago Nuevo Extremadura.

El problema de gestión se manifiesta en el reconocimiento que el equipo de salud tradicional mapuche realiza al analizar la carencia de elementos fundamentales que propician acciones y estrategias que reflejen una salud intercultural en el Cesfam citado. Ejemplo de esta insuficiencia de elementos, esta centrada en la inexistencia de un proceso de derivación mutua entre los equipos de salud, vale decir el occidental y mapuche, razón por la cual el principio de *equidad* planteado en la Política de Salud y Pueblos Indígenas (Ibíd.) simplemente se objeta y contradice.

Por otro lado, el desconocimiento de ambas culturas entre los equipos de salud existente, vale decir occidental y mapuche, favorece la escasa *complementariedad* y *reciprocidad* que requieren tener ambas culturas para el desarrollo de una interacción e interrelación con enfoque intercultural.

Por lo que es casi imposible entablar relaciones de apoyo y colaboración mutuas, que a fin de cuenta dan como resultado final un precario trabajo tendiente a establecer de manera eficaz un puente de acciones y estrategias en la línea de la interculturalidad en salud, como también a la expansión intercultural de otras áreas dentro de nuestra sociedad pluriétnica.

TERCERA PARTE
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

CAPÍTULO V

IDENTIDAD CULTURAL, MEDICINA MAPUCHE Y SALUD INTERCULTURAL

En el presente capítulo se entrega el resultado del análisis de las entrevistas que se realizaron a familias mapuches y no mapuches durante la investigación; con el propósito de esclarecer los significados y elementos culturales que adquieren durante sus historias de vida.

Para una mayor comprensión del fenómeno se establecieron tres grandes categorías de análisis que están directamente relacionadas con las variables de la investigación. A continuación se especifica cada una de ellas:

1. Categoría Identidad Cultural

La identidad cultural representa y orienta los pensamientos, actitudes y conductas de los seres humanos, puede ser tanto personal como colectivo, a través de ella, el individuo siente que pertenece a un ente colectivo. A decir verdad, los individuos y los colectivos no tienen plena conciencia de sus identidades culturales. Sin embargo, gracias a ellas, los seres humanos poseen una orientación básica y confiable sobre su existencia en el mundo. Es ella la que proporciona la “célula básica” para dar sentido a la existencia vital del ser humano. Somos primero creencia (conciencia) y luego idea (pensamiento); como dice Ortega y Gasset (Citado en Dahse, 1999: 12):

“... En la creencia se está y la idea se tiene y se sostiene...Pero la creencia es quien nos tiene y nos sostiene a nosotros”

Durante la realización de las entrevistas semi-estructuradas, las familias usuarias del PSI ante la pregunta de **¿por qué y cómo llegaron a consultar al Machi Manuel?**, la mayoría respondió aludiendo a un tema de fe y confianza:

“Por la medicina ancestral natural digamos por eso llegué allá donde el Machi... todos sabemos que es buena, porque de hecho aquí mi mamá siempre usa hierbas para tomar” (Sra. Mariana, mapuche)

“Yo llegué acá porque resulta de que a mí no me encontraban lo que yo tenía, yo fui al consultorio y no me encontraban nada, me hicieron exámenes, ecotomografías y no me encontraban nada y yo de repente decaía volvía al hospital al Sótero y na... después llegué acá donde don Manuel y me encontró lo que tengo... con él me he sentido bien gracias a Dios...obvio que le tengo que tener fe” (Sra. Rosa, wuinka)

Los usuarios del PSI, independiente de la etnia, en este caso desde la concepción mapuche, sean *mapuches* o *wuinkas*, responden bajo la convicción que su fe o “creencia” es la guía de cómo ven su existencia en el mundo; aquí claramente se manifiesta el carácter “religioso” de las creencias, ese que consagra la devoción a la necesidad inherente del ser humano de creer en algo que dé sentido a su existencia en el mundo. (Dahse, op.cit.)

Por consiguiente, las creencias son la génesis del ser humano para emprender un camino que le permita orientar y guiar su existencia, todas las orientaciones de cómo llevar su vida se desprenden de la conciencia de su propio ser, de su relación primaria con su familia y su contexto (entorno); a través de las interacciones e interdependencia que cada uno de estos elementos constituye y conforma su devenir a lo largo del tiempo. Es así como los usuarios manifiestan reminiscencias de su infancia y formación primaria dada por su familia, entendida ésta como cualquier ente humano que haya sido significativo para ellos.

“Mi abuelita era mapuche...soy sureño, tenía idea ya de que ellos eran ehhh entendió en esta materia de remedios, de hierbas, entonces uno viene con fe digamos viene a sabiendas...” (Don José, mapuche)

“...No me había tratado nunca con un Machi, yo escuchaba no más los Machi estaban, daban remedios, cuestiones, pero nunca me había tratado con ningún Machi...no si yo tengo fe en los Machi es bueno Don Manuel...” (Don Manuel, wuinka)

“Mapuche neto de la tierra...porque me sentía mal de lo de mis huesos como se puede decir...tengo fe en Dios, tengo fe en el Machi también, yo pienso que ahora es del campo entonces uno sabe todo de su campo uno, los médicos, los que se dedicaban, entonces confianza hay mucho en el Machi” (Don Miguel, mapuche)

De esta manera se puede evidenciar que la mayoría de los usuarios, sino todos, de alguna u otra forma han traído “significados” desde su enseñanza primaria que les permite hasta el día de hoy, dar respuesta a su actual existencia y experiencia, no importando el grupo étnico ni situación sociocultural, dado que las doce familias entrevistadas, son un grupo heterogéneo conformado por familias mapuches y no mapuches.

Estos “significados” contienen la materia prima con la que los seres humanos entienden y comprenden el mundo, desde ellos (significados) son capaces de interrelacionar de forma constante entre el pensamiento y su cotidianeidad. Así están preparados para la producción de “sentidos”, y, en especial, la creación de ideas e imágenes que posteriormente se convierten en creencias, vale decir en sistemas de valores asociados a ellas, en símbolos y en mitos; orientaciones todas que van constituyendo su “identidad cultural”.(Ibíd.)

Los usuarios del PSI, mencionan como ejemplos las formas que sus madres, padres, abuelos, hermanos, tíos y otros seres cercanos, utilizaban para sanar sus dolencias en su infancia; así como también para el resto de la familia; es decir, hierbas medicinales o “agüitas” o “hierbitas” como las denominan ellos (as). Las “hierbitas” eran recolectadas en el campo o en los cerros aledaños a su residencia, y eran usadas para tratar dolencias tales como dolor de estómago, fiebre, gripe, dolor de oídos y garganta, empachos, y otras dolencias. Cuando las dolencias o enfermedades tomaban un carácter más grave, se recurría recién a un “especialista”, que podía ser un componedor de huesos, una meica, un santiguador.

“Yo puro mapuche, pura hierba tomaba cuando nos enfermábamos, antes la gente entre ellos se atendían y mi abuelita sabía también de la enfermedad, sabía de quebrao, de acupuntura, sabía de los pies, de las rodillas, cualquier cosa nos arreglaba ella” (Don Sergio, mapuche)

“Antes se medicinaba con puras hierbas, los antiguos gente de campo porque yo me crié con mi abuela en el campo... entonces ella buscaba hierbas en el monte ¿me entiende? y ella decía esto es bueno para esto, esto bueno para otra cosa... ella tenía su creencia” (Sra. María, wuinka)

Los usuarios mapuches comentan que también ellos recurrían a los mismos especialistas en una primera etapa de la enfermedad, la última instancia era la **Machi** o el Machi, recordando que ya en el siglo XX este rol podía cumplirlo tanto una mujer; como había sido por siglos la asunción de ese rol; así como también podía ejercerlo un hombre. Afirman que por los orígenes de su cultura ancestral, sabían que tenían que acatar las normas establecidas desde el AZ-MAPU (Leyes que regían el orden de la universo, la naturaleza y de los hombres), esto es, responder al estado de bienestar constante que su cosmovisión dictaba; cuando dejaban de hacerlo entonces enfermaban gravemente. (Ñanculef, op.cit.)

Otra forma de reflejar la “*batería de significados*” asociados a sus creencias y la manera de ver y apreciar el mundo de las familias entrevistadas, es a través de la familia, concebida como el núcleo básico y constituyente al punto de ser capaz de reproducir socialmente mediante el efecto espejo todas las formas de interacción e interrelación del ser humano desde lo individual a lo grupal (Lewis, 1961). Estas formas de reproducción social, dice relación con la forma de comunicar y enseñar hábitos, estilos de crianza, maneras de aprender y actuar; modelos estrechamente vinculados a la dinámica familiar que cada una de las familias demostró tener en su convivencia cotidiana.

“una de las cosas que mejor hizo (mi ex-esposo) fue enseñarle el respeto con la gente, con los demás...él le decía que tenía que respetar a su abuelita, abuelito aunque sea malo, no importa igual tienes que respetarlo, y siempre le inculcó el respeto por la gente y todavía es así, cuando yo me refiero a alguien, me dice hay mamá refiérete con respeto esa persona” (Sra. Mariana, mapuche)

“vivo con una hija que es casada, somos cinco con ellos, pa mí es importante que tienen que estudiar, tiene que ser responsable ella, no son niñitas (nietas) que andan en la calle, son muy del hogar, ellas tienen sus deberes, porque hay que enseñarles a los niños y no dejar que ellos hagan lo que quieran, por algo tienen papás y una abuela. Yo tuve que criar a mis hijos sola, trabajar, mi marido se fue y mi hermano mayor me ayudó” (Sra. Rosa, wuinka)

Las familias aludidas, en sus relatos destacan sus valores de vida, los más fundamentales, los que pudieran favorecer, tanto el crecimiento de ellos como padres, al igual que el de sus hijos, y posteriormente sus nietos. Referencias valóricas que en algunas familias fueron heredadas de sus familias de origen y en otras aprendidas a partir de la constitución de sus propias familias.

“yo llegué a Santiago en el 1946, tenía trece años, a esa edad me vine porque mi papá era muy mañoso conmigo, con todos los hijos era así...entonces yo le tenía miedo, me pegaba mucho...porque la gente antigua eran medios salvajes pa criar a los niños y yo por eso me vine, no aguanté más y me vine con mi hermano mayor que ya murió, no por hambre...yo por parte de mis familiares no son pobres todos de plata, mucho terreno, cualquier animal y criaero ”(Don Miguel, mapuche)

*“yo tenía un trabajo, ganaba plata, no no los hijos míos no los hice sufrir, y tuve 15 hijos y jamás nunca le levanté la mano a ellos, porque cuando los niños los castigan sufren mucho, porque yo sufrí por esa custión por eso yo no soy amigo de andar pegando a niños”
”(Don Miguel, mapuche)*

Es el caso de Don Miguel, que decidió transformar un contravalor (a juicio de la construcción social del modelo sociocultural occidental) que le fue entregado por su padre, al castigarlo físicamente cuando él era sólo un niño al igual que a sus hermanos. Don Miguel, entonces resuelve no repetir esa pauta de comportamiento para con su propia familia, y cambia de manera positiva su rol como padre y esposo, entregando otra manera de criar y proteger a su familia y especialmente el cuidado de sus hijos, y se autodenomina un buen padre y conforme con la crianza de sus hijos, destacando que actualmente todos sus hijos trabajan y que lograron estudiar un promedio de 10 a 12 años de estudios.

“soy viuda hace diez años ya y tengo cinco hijos, una vive al lado de mi casa con su suegra, otro en Sto. Tomás, otro en San Bernardo, otra en Puente Alto y una que vive conmigo...bueno mi esposo murió porque era alcohólico, claro que cuando ya no podía trabajar se puso a tomar firme me entiende? Pa mí que fue el aburrimiento...pero fue

buen marido, buen dueño de casa y buen papá...él no molestaba...se preocupaba de que los hijos estudiaran, que fueran otros mejor que él...que no fueran mandaos que tuvieran su profesión les decía...pero ninguno hizo caso, pero son todos mueblistas, son buenos, él dejó buena semilla...” (Sra. María, wuinka)

Las otras familias resaltaron valores relacionados con el respeto hacia sus familiares directos y sus relaciones con el entorno; el valor de la educación y el trabajo como factores decisivos de superación en la vida y vehículos para sortear dificultades de tipo económicas y sociales en el sentido de generar nuevas oportunidades en sus capacidades de emprendimiento personal como colectivas, a la hora de interactuar con otros en instancias propias de socialización e interacción con otras personas.

Claramente se van tejiendo redes de aprendizajes socioculturales que toda cultura lleva consigo para con los individuos pertenecientes a una cultura y sociedad determinada más allá de su etnia originaria. Un ejemplo de ello es que a pesar de que una familia sea mapuche o no, los elementos culturales han sido de igual manera transmitidos de acuerdo a un *entramado de significados* que les permitieron formarse como individuos con una identidad cultural en particular.

Se puede evidenciar entonces que, como mencionaba Kottak (op.cit.), todos los seres humanos llevan consigo características culturales indistintamente de su etnia, y en el caso de las familias estudiadas, se replica claramente el postulado del autor al afirmar por ejemplo que la cultura es distintivamente humana, transmitida a través del aprendizaje, tradiciones y costumbres que rigen su comportamiento y sus creencias.

En el proceso de salud-enfermedad, las familias estudiadas, al mencionar por ejemplo, que al tratar algunas enfermedades ocupaban “*recetas caseras*” que fueron transmitidas y enseñadas por generaciones familiares anteriores, y que era la utilización de hierbas que sus abuelas, madres, y otros familiares cercanos

recolectaban en los cerros o en el campo del lugar donde habitaban. Aquí se da la característica cultural de un aprendizaje compartido vinculado con los beneficios médicos que la naturaleza aportaba para tratar sus dolencias y enfermedades físicas y espirituales, y que fueron sistemáticamente transmitidas de generación en generación, vale decir, fueron a lo largo del tiempo integrando los conocimientos entregados y aprendidos.

En el caso de las familias mapuches debe hacerse la diferencia del rescate sociocultural de sus creencias, mitos y valores, debido a su propia cosmovisión, y que responde a otros parámetros de **significación** que las familias no mapuches. Cuando se trata de un nivel religioso, de imágenes, condiciones morales y éticas, y también estéticas; la significación cambia y se transforma; puesto que ellos conciben la existencia humana en directa relación con su entorno (comunidad) y la naturaleza. Toda respuesta a esa existencia esta dada por **dualidades y opuestos complementarios**, que van conformando un todo integral y transformando la realidad de un modo cíclico, vale decir nada se pierde ni se agota sólo se transforma, convierte o transmuta.

Tiene que ver con la “forma de estar en el mundo” de las familias mapuches, por lo que el proceso salud-enfermedad no sólo corresponde a un estado interno del cuerpo. La motivación de sus vidas es fruto de una constante y permanente dinámica y evolución propias de sus actos vitales que van reflejando ese “estar en el mundo”. Un ejemplo es el caso de Don Miguel, cuando narra que su padre había sido un padre castigador; él de acuerdo al principio de **reciprocidad** de la cosmología mapuche “*transforma esa acción*” que le producía daño físico como emocional y espiritual cuando él era niño, y vuelca su rol de padre, a uno que le entregara una connotación reconciliadora y ejemplificadora para con él mismo y sus futuros hijos.

Sin embargo, de igual forma se puede manifestar que, por diferente que sea su cosmovisión, desde el punto de vista sociocultural; responden a los códigos de

aquella malla de entramados de significados que encierra toda cultura; puesto que la necesidad de *creer en algo* es inherente al hombre y a los pueblos, y está enraizada en las condiciones básicas de la existencia de la especie humana.

Durante la investigación se pudo constatar también, la *connotación sociocultural negativa*, que algunas familias estrictamente no mapuches y familias mapuches con contacto occidental (mapuches casados con wuinkas y viceversa), esto es, relaciones de parentesco generado por la vinculación entre distintas culturas; manifestaron en relación al reconocimiento de la cultura mapuche respectivamente. Esta connotación negativa resalta notoriamente actitudes que mermaron la convivencia familiar al interior del grupo familiar en su minuto, y que de paso entorpecieron el reconocimiento de la cultura mapuche de manera constructiva y/o positiva.

“mi ex-esposo no era mapuche, ese era el problema porque no me dejaba si yo tenía que ir a una reunión no podía, todo era negativo para él, me decía no tenía que hacer con los mapuches esos tal por cual, son cahuineros, son pesados...si a las finales sabi lo que hacen es puro tomar y yo no quiero que tú estés entremedio, no te vayan a dar un vaso de vino” (Sra. Mariana, mapuche)

La señora Mariana alude que su suegra vivía en Villarrica y que en ese lugar su esposo tuvo la oportunidad de conocer a muchos mapuches y lamentablemente fue una muy mala experiencia. Entonces su esposo quedó marcado para siempre con eso y por esa razón le prohibió todo contacto a ella con sus amistades mapuches, incluso con sus familiares mapuches, y de paso se lo transmitió conscientemente a su hijo. La señora Mariana comenta que hasta el día de hoy su hijo cree que los mapuches se comportan de esa forma y que no vale la pena conocerlos ni tampoco compartir con ellos.

Por otra parte, la Sra. Mariana es un claro ejemplo de identidad cultural propia con más elementos de enculturación que aculturación. Lo que en teoría de Bonfill Batalla (op. cit.), se aproximaría a una *identidad cultural propia con rasgos de cultura adecuada*. Esto, porque ella a pesar del distanciamiento que producto de la migración a la ciudad tuvo que hacer su familia de origen en busca de mejores condiciones de vida; ella siempre tuvo la inquietud desde su adolescencia de saber y conocer sus orígenes ancestrales, aunque su madre no le aportará mucha información y sufriera la discriminación de niña y después de adolescente en el colegio y con su grupo de pares.

Actualmente ha logrado rescatar el suficiente conocimiento como para desenvolverse con sus *hermanos mapuches*, como les dice ella, y es más, se ha incorporado al trabajo del rescate de la cultura mapuche, a través de la participación de reuniones bilaterales entre el mundo mapuche y el occidental en el ámbito de la salud, aportando sus ideas en la Mesa de Salud constituida en el Servicio de Salud Sur del Hospital Soterró del Río, acerca de los aportes que la medicina tradicional mapuche puede entregar a la salud de las personas en su proceso de salud-enfermedad.

Otro ejemplo de connotación sociocultural negativa lo relata Don Mario al señalar que una de sus hijas contrajo matrimonio con un wuinka:

“se casó con un wuinka y eso es lo que uno no quiere, la familia quiere que se vaya al lado de la sangre de uno, entonces no es así, ella no, busca sus comodidades, su propio camino y entonces se pierde la cultura mapuche”
(Don Mario. Mapuche)

En el caso de Don Mario se podría decir que su familia posee *elementos culturales propios e impuestos*, con énfasis en las diferencias claras entre una cultura y otra, más que manifestar las similitudes. Es lo que en la conceptualización de control cultural de Bonfil Batalla podría entenderse como la asimetría de la relación

interétnica basada en un patrón de hegemonía de la cultura dominante, en el caso de nuestro país, la del Estado chileno. Por cuanto se refleja claramente la condición subalterna para con la cultura mapuche, mostrando un alto impacto en el menoscabo de la identidad cultural del pueblo mapuche.

El padre de esta familia, hace referencia a que ojala su hija no haya adoptado deseos de obtener condiciones socioeconómicas ajenas e impuestas a su propia condición de mapuche, anhelo que se ejemplifica cuando el padre responde a las razones por las cuales su hija, si bien ella decide de manera autónoma, contraer matrimonio formal con un wuinka: *“ella prefirió buscar sus comodidades, su propio camino”*. Además hace mención a la discriminación que sus hermanos mapuches sufrieron durante la etapa de la migración a Santiago, cuando necesitaban de atención en salud para ellos y sus familias:

“no los atendían bien, donde uno iba lo miraban mal, porque al mapuche no lo atendían, no si en eso siento el dolor que yo tengo siempre, por mi parte no me lo hicieron, pero hay personas mas enredadas de vocabulario de su lengua y no lo dejaban pronunciar el castellano, entonces los miraban como cualquier cosa a nosotros, me incluyo porque también soy mapuche” (Don Mario, mapuche)

Otra familia no mapuche con vínculo directo con familia mapuche, es decir la hermana de la usuaria entrevistada, comenta lo siguiente:

“tengo una hermana que vive en Temuco y es casada con un mapuche...y yo he ido dos veces no más para allá, porque me daba miedo, porque me insultan en su lengua y uno no haya que decir porque uno no sabe su lengua de ello, yo antes de ir para allá yo le dije a mi hermana, mira yo no quiero que me habli en mapuche en tu

lengua tuya porque yo no sé lo que tú me estas diciendo” (Sra. Rosa, wuinka)

En esta familia se puede observar que la connotación negativa hacia la cultura mapuche, está dada por un notable desconocimiento del mundo mapuche. Lo que le ha significado a la hermana *wuinka* que contrajo matrimonio con un mapuche, el distanciamiento de toda su familia de origen y no por conflictos familiares entre ellos, sino más bien por un temor a la reacción que la “otra familia” (mapuche) pueda tener con ellos y al parecer prefieren no resolver la situación y quedarse tal y como ha sido por años, al punto de “olvidarse” (distanciarse) de aquella hermana.

Lo que en definitiva la hermana de la Sra. Rosa hace es adoptar una cultura que le es ajena a ella, en este caso la cultura mapuche, y convertirla en una cultura apropiada para ella y su nuevo grupo familiar. Esto significa que los elementos culturales que la hermana haya adoptado en su proceso de socialización primaria y posterior, los produce y reproduce, pero una vez que ella decide por adoptar una “**nueva cultura**” (**ajena**), transforma inevitablemente sus elementos culturales de origen y pasa a adquirir otros de origen “**apropiados**”.

Un ejemplo de ello es la adopción y utilización de un nuevo lenguaje, el *mapudungun*, y la consecuencia de adquirir matrimonio con un miembro de la cultura mapuche, adoptar las creencias, costumbres y valores que la cultura mapuche posee desde su cosmovisión. Aún cuando desde su propia familia de origen (*wuinka*) desconozcan esta nueva forma de existencia para su hermana, en este sentido, de igual forma para esta familia *wuinka* se reflejarán indirectamente, producto de la decisión de una hermana, elementos culturales ajenos a ellos en el sentido de que su producción y reproducción no están bajo el control cultural del grupo(en este caso la familia de origen); sin embargo, la Sra. Rosa los usa y decide sobre ellos al momento de ser usuaria del PSI, recibir atención de Machi y creer en los resultados de la medicina tradicional mapuche y que en su caso como ella misma ha relatado, ha sido

satisfactorio, y más aún le da plena confianza y bienestar para su salud, y se lo manifiesta además a sus hijos y hermanos.

Como se describe, todas las familias usuarias entrevistadas, ya sea mapuches y no mapuches, respondieron a una “trama de significados”; que validaban y confiaban; bajo la premisa de reconocer el origen de su propia cultura. De manera tal que, eran capaces de asociar sus experiencias de vida, de acuerdo a su sistema de creencias, mitos y valores. Demostrando que ese entramado de significados, daban claramente sentido a sus vidas. Lograron afirmar que sus experiencias en el proceso de salud-enfermedad han estado dadas por su historicidad reafirmada en una visión de mundo que les ha permitido un acercamiento o aproximación a la explicación de los fenómenos naturales que afectan a la salud de las personas y por consiguiente, su estado permanente de bienestar para con sus quehaceres cotidianos, para con ellos mismos y como para los que les rodean.

Desde una mirada pragmática, los usuarios no mapuches comentaban que habían logrado acceder al PSI para atención de Machi, razones tales como el “dato” de una vecino (a), o de una amiga de la vecina, o bien mencionaban que cuando acudían al consultorio a realizar cualquier trámite, veían en el patio que había una ruka y que atendía un Machi, es decir, lo divisaban a él y a las personas que él atendía; destacando que se reunía harta gente siempre.

“no si a él acá (consultorio) yo lo conocía al Machi pero de vista no más nunca había estado con él” (Sra. Rosa, wuinka)

“un vecino allá me dijo sabi que allá en el castillo hay un Machi... i porque yo vivo acá en la Pablo de Rokha y entonces vine pa acá y me ha ido bien” (Dn Manuel, wuinka)

“¿nosotros? (la familia) yo llegué a donde el Machi por una amiga, conversando conversando por ahí salió el tema y pregunté cómo era para llegar allá entiende?...si poh yo recomendé a una comadre, la comadre también va conmigo (Sra. María, wuinka)

Nuevamente se puede apreciar *elementos culturales* que guiaban el comportamiento de estos usuarios, puesto que en sus relatos se deja entrever que desde su percepción había “*alguien*” que les daba confianza y creían en él como para poder darles una respuesta a sus enfermedades; y que ellos observaban (Machi) mediante el comportamiento, comentarios y experiencias de *otros*; que tal *medicina* era efectiva y ayudaba a curar las enfermedades que esos *otros* padecían. Con esto se reafirma la idea de que las personas acuden constantemente a su sistema de creencias para validar o no una forma de actuar.

En ellos se reflejaba la clara necesidad de resolver un tema en común que era la de su bienestar físico, emocional y espiritual, es decir, el estado de salud por el cual se encontraban ellos y sus seres queridos. De esta manera podían generar redes de aprendizajes que les permitía conocer nuevas formas de sanar a sus distintos tipos de dolencias en su proceso de salud-enfermedad.

Cuando al conversar con “*otros*” podían apreciar mediante la experiencia de esos mismos “*otros*”, que por ejemplo las famosas “*agüitas*” ayudaban a curar muchas enfermedades que padecían y que compartían de igual forma con ellos. Enfermedades crónicas como deabetes, hipertensión arterial; enfermedades de tipo nerviosas, úlceras, estrés; enfermedades de salud mental, depresión, neurosis, trastornos del ánimo en general; y dolencias físicas desconocidas por los médicos occidentales.

Este acercamiento de experiencias en relación a los tipos de dolencias y enfermedades de los pacientes en general del Centro de Salud Familiar Santiago Nueva Extremadura; esto es aquellos que son usuarios del PSI como también los

pacientes que no acudían aún al PSI; concuerdan finalmente que el intercambio de opiniones y vivencias entre unos y otros, les significó pensar en acercarse a “*otros*” tipos de ayuda para aquellos pacientes que no acudían a los servicios ofrecidos gratuitamente para la comunidad del PSI del mismo centro de salud.

Como puede reflejarse en el Anexo N° 2, las familias estudiadas pertenecían a un grupo étnico que fluctuaba entre los 45 y 75 años de edad, vale decir, un grupo étnico que responde a una población adulta y adulta mayor, de las cuales el 60 % de las familias estudiadas pertenecen a la cultura occidental o *wuinka* versus el 40 % pertenece a la etnia mapuche y en equivalencia de género en términos de %.

Tanto para aquellos usuarios del centro de salud que llevaban algún tiempo de tratamiento en el PSI, como para con aquellos pacientes que se fueron incorporando después de la interacción que tuvieron con los pacientes antiguos; los motivos de consulta eran enfermedades catalogadas en el lenguaje de la atención primaria de nuestro país como crónicas, es decir, diabetes, asma, bronquitis obstructiva; también estaban las relacionadas con la salud mental, estrés de la vida actual, diferentes adicciones, trastornos del ánimo en general; y finalmente las enfermedades de tipo físicas que comprometían algún sistema del organismo de los pacientes, mareos, dolor de piernas, dolor de huesos, dolor al estómago, dolor a la próstata, nódulos al hígado, dolor de espalda. (Anexo N° 2)

De lo anterior, se constató los diversos diagnósticos a los cuales llegó el *Machi* para con estos pacientes: Trombosis cerebral, adicción a las drogas y poliadictiva, alcoholismo severo, gastritis aguda, depresión, problemas al sistema urinario, afecciones al riñón y páncreas, asma, afecciones agudas al pulmón, retención de líquidos, mal de ojo y en un caso no se especifica su diagnóstico. (Anexo N° 2)

El tiempo de tratamiento fluctuó en un promedio de entre los seis años a un mes de atención, en el caso de los pacientes que llevaban años de tratamiento había algunos

que de manera espaciada llevaban su tratamiento a cuestras. Es importante destacar que todos los pacientes consultados afirmaron de manera unánime que estaban muy contentos y satisfechos con los resultados de su tratamiento.

Ellos aludían motivos tales como el buen trato que el *Machi* les entregaba a la hora de atenderlos, como también el grado de confianza que él les generaba a la hora de diagnosticarles su enfermedad. Se sentían acogidos personal y espiritualmente, tratados con dignidad y necesariamente hacían la comparación con el trato que recibían en el sistema occidental de atención, que podía ser tanto en el consultorio que se atendían o como en el Hospital que acudían cuando la enfermedad requería de un nivel de especialización mayor ofrecida en un centro de salud primaria.

En lo que respecta a la caracterización de los pacientes y sus respectivas familias, se constata que la situación sociofamiliar de acuerdo a su ciclo vital, arrojó tipologías de familias principalmente nucleares de tipo monoparental, biparental y simple; también se pudo apreciar familias de tipo extendidas, ya sea simple, ampliada y biparental. Referente al ciclo vital de estas familias un 60 % presentó la característica de tener hijos adolescentes, un caso con hijos adolescentes en etapa escolar, y un 40 % que presentó la etapa del ciclo vital del nido vacío. (Anexo N° 3)

Los grupos familiares estaban constituidos entre 2 y 5 miembros por cada familia, con ingresos que iban entre los \$100.000 y los \$ 330.000, haciendo hincapié que el promedio bordeaba \$150.000, y con un per cápita familiar que oscilaba entre los \$ 20.000 y los \$ 150.000. La mayoría de los pacientes consultados no presentaba una actividad económica productiva, puesto que eran jubilados y pensionadas, correspondiente a un 60 %; dos pacientes eran dueñas de casa representado un 20 %, y otros dos pacientes trabajan, uno de forma dependiente y otro de forma independiente, constituyendo el 20 % restante de la muestra total de entrevistados. (Anexo N° 3)

El nivel de escolaridad de los pacientes entrevistados es de enseñanza básica completa, a excepción de 3 casos con enseñanza básica incompleta, y un caso sin estudios formales. Sus relaciones significativas en términos de apego y vínculo con sus redes más cercanas e íntimas, un 90 % manifestó que su principal fuente de red cercana y directa, es su propia familia y la familia extensa, seguido de sus vecinos con un 45 % y al final mencionaron a sus amistades, pero sólo en tres de las familias consultadas, equivalente a un 30 % del total de la muestra. (Anexo N° 3)

En cuanto a las redes sociales externas el 50 % manifestó no participar en ningún tipo de red social existente a su entorno más cercano; el otro 50 % restante respondió positivamente a la participación de redes sociales externas como por ejemplo iglesias ya sea católicas o evangélicas, clubes de adulto mayor y dos familias mapuches participaban directamente en sus organizaciones de base. (Anexo N° 3)

Aquí se puede evidenciar que las familias que participaban de redes sociales externas lo hacen mediante sus propios credos religiosos, independiente de la etnia, con lo que se comprueba el sincretismo inevitable que se produce en la interacción interétnicas entre grupos asociados a la necesaria interdependencia que propicia encuentros entre una cultura y otra dentro de una misma sociedad.

De esta manera no es extraño ver que una familia mapuche asista a ritos de corte religioso en donde se usan elementos culturales ajenos a su propia cultura contravenida con su propia cosmovisión. Por ejemplo, la veneración a la virgen en la religión católica, la utilización de una cruz de la religión católica en una ceremonia de ritual de la cultura mapuche, como es el caso del Guillatún. Nuevamente se pone al servicio de las personas pertenecientes a una sociedad determinada, pero de diferentes culturas y por ende de la valorización y connotación de distintos elementos culturales como parte de su propio entramado de significados que le dan coherencia a su propia existencia humana.

2. Categoría Medicina Mapuche

La medicina mapuche esta considerada como una de las medicinas de los pueblos originarios de nuestro país y también dentro de los pueblos originarios de Latinoamérica. (MINSAL, 2006)

Todas las tradiciones espirituales indígenas o chamánicas han encontrado su fuente de inspiración honrando la naturaleza como manifestación de lo sagrado. Estas tradiciones espirituales afirman que el estado de conciencia influye en las facultades perceptivas y cognitivas del individuo en relación directa: a mayor nivel de conciencia, mayores capacidades. (Jiménez, 2009)

Como ya se ha señalado, en la cosmovisión del mundo mapuche el ser humano para lograr una armonía con su bienestar físico, emocional y espiritual, tiene que estar en sintonía con su entorno cercano y las leyes de la naturaleza, de lo contrario enferma.

A continuación, algunas apreciaciones de las familias entrevistadas sobre la medicina tradicional mapuche:

“La medicina mapuche, bien o sea muy bien porque ehh hacía falta, porque hacen años atrás ehh uno buscaba hierba y no encontraba por lo menos acá, ahora se va a buscar al sur si es que no se encuentran acá...igual han desaparecido bastante las hierbas en el sur, tengo un pariente en el sur que me decía que nunca esas hierbas debieron sacarlas los wuinkas casi terminaron con las hierbas” (Sra. Mariana, mapuche)

“yo recomendaría a la gente cuando no encuentra que es lo que tienen, yo les diría venga a ver a Don Manuel, venga a ver al Machi porque es bueno, obvio que es gente pa la que crea en esta

medicina...porque si yo no encuentro solución en un lado, tengo que ir donde a mí me mejoren y si yo veo que él me está haciendo bien, obvio que voy a seguir con él (Machi)...mi familia toda se ha dado cuenta que he ido bien, entonces están contentos porque lógica si yo vivía en la posta, en el Sótero del Río(hospital) con suero, con la pila de payasa y ahora no tengo necesidad de na de eso” (Sra. Rosa, wuinka)

Un claro ejemplo de esta construcción de historia lo manifiesta la Sra. Rosa, al explicar que la persona tiene que saber buscar donde la puedan sanar de sus enfermedades, no quedarse con el primer intento, ella da alta valoración a la capacidad del *itinerario terapéutico* que puedan tener las personas en la búsqueda de su sanación y recuperación de las enfermedades que pueda padecer en algún momento de sus vidas.

La situación que plantea la Sra. Rosa es un signo de que actualmente las personas poseen más capacidades y habilidades a la hora de enfrentar episodios mórbidos en el proceso de salud-enfermedad a lo largo de sus vidas.

“aaahhh que era muy nervioso y eso eehhh hace sentirse mal la persona, de mal carácter, mal genio, yo era mal genio con mi señora, cualquiera cosa y me enojaba y ahora me he sentido tranquilo relajado, claro los remedios no más serán así que me he sentido mejor, no siento esa rabia que me daba como le decía, yo sé que son, yo le vi hierbas...claro ehheh si entonces porque sabía que daban buenos remedios y ellos son capacitao en eso” (Don José, mapuche)

“claro si nosotros con mi señora vinimos el mismo día, ya después trajimos a la niña yyy ahí se esta sintiendo bien la chica” (Don Miguel, mapuche)

“yo puro mapuche pura hierba tomaba cuando nos enfermábamos antes la gente entre ellos se atendían mi abuelita sabía también de la enfermedad, sabía de quebrao de acupuntura de los pies, de las rodillas cualquier cosa nos arreglaba ella. Buscaba antes allá en el pueblo no no era Machi así sabía la gente si o si” (Don Sergio, mapuche)

Las familias entrevistadas demuestran que a partir de sus relatos ellos **construyen una historia**, en donde van explicitando los factores físicos, psicológicos, emocionales y espirituales, que representan sus enfermedades a partir de ciertas situaciones vividas, ya sea de tipo social, moral y religiosos que son explorados en la complejidad y multicausalidad que provocó la enfermedad. Por consiguiente, no es posible aislar el relato de la enfermedad al de la propia existencia de vida, la trayectoria de vida de la enfermedad, se reconstruye a partir de la narración de la historia de vida del paciente. (Citarella et al, op. cit.)

“lo encuentro bueno que este dentro del policlínico porque se ayuda entre las dos medicinas. Porque creen en él, en las hierbas y todo la misma gente dice antes antiguamente nos se usaba o sea no había doctores en los campos imagínese no habían doctores, con hierbas se mejoraban ahora no habían matronas no había hospitales, había cuanto que se llama eso ehhe una partea que le decían en los campos si si claro y yo creo que con el tiempo va a ser de lo antiguo yo creo si, creo yo no se...” (Sra. María, wuinka)

La Sra. María por su parte, destaca los avances que la medicina occidental ha tenido desde su infancia hasta ahora, lo que corrobora que las personas en la actualidad logran visualizar más opciones de recuperación y sanación para sus dolencias o enfermedades. Ella también cree y tiene fe de que la medicina natural va a volver a utilizarse como antaño, para el tratamiento de algunas enfermedades, esto por las

contraindicaciones que tienen algunos medicamentos de la medicina occidental. Bajo esa línea de creencia y fe, lo que ella está asimilando es que la medicina ancestral mapuche tiene validez y efectividad en la curación y sanación de las enfermedades que trata, y por esa razón el utilizarla le provoca sentimientos de alta creencia sociocultural y de credibilidad a la sanación de sus enfermedades.

Ciertamente estos relatos afirman la teoría de la *Eficacia Simbólica* que planteaba Levi-Strauss (op. cit.), al manipular elementos culturales que producen un efecto a nivel cognitivo y sensorial en las personas que vivencias situaciones contenidas en rituales de sanación a nivel natural y ancestral. Esta construcción social de comprender la realidad, se puede conceptualizar en tres dimensiones que plantea el autor: la creencia/confianza a nivel del chamán, a nivel del paciente y a nivel del grupo social de pertenencia del paciente.

De esta manera las familias basan la relación que el *Machi* tiene con el mundo sobrenatural y la comunicación sagrada y ancestral con la familia sagrada, y entonces las familias estarían otorgando *su creencia y confianza* en la eficacia de sus prácticas. En segundo lugar estaría las manifestaciones orgánicas que pueden provocar o no el mejoramiento del estado del paciente, y por lo tanto, se coloca al servicio la creencia y confianza nuevamente del paciente, pero esta vez directamente en el *Machi* como el agente médico que lo sanará de su enfermedad o dolencia, *manipulando psicológicamente su órgano enfermo*. Y en último lugar, esta la validación del entorno social, basado en el grupo social de pertenencia del paciente y cómo este grupo social adhiere o no al proceso de curación durante el ritual de sanación por parte del *Machi*.

Con lo que respecta a las familias mapuches entrevistadas ellas evidentemente creen y dan fe de que les dará resultado para el mejoramiento de sus enfermedades. Esta actitud responde sin duda a que tienen un sentido de pertenencia ancestral para con la cultura mapuche y por lo tanto, con su medicina. Ellas simplemente acuden a donde

siempre han encontrado una solución favorable para el tratamiento de sus enfermedades, ya sean de tipo física, espiritual y emocional.

En la cosmovisión mapuche hay dos elementos que dan respuesta a qué motivos o causas estarían influyendo en la enfermedad de la persona, que son *la envidia y la transgresión*. (Citarella et al, op. cit.)

El mecanismo de la transgresión debemos nuevamente mirarlo desde la cosmología mapuche, éste apunta a que las personas cuando transgreden normas a nivel normativo, vale decir el respeto por las obligaciones religiosas y rituales, se transforma en un elemento ordenador y normativo en la vida social y económica del grupo. La noción de *reciprocidad* es la que entrega sentido a la vida del ser mapuche; puesto que esta relación de reciprocidad con el mundo sobrenatural y social es lo que sustenta el orden establecido por la cultura mapuche. Es por último el equilibrio de todas las parejas duales que pueblan el mundo y el orden que les pertenece.

Don José manifiesta esta transgresión cultural y social, al manifestar que “*andaba mal genio con mi señora*”, aquí se puede explicar el fenómeno de que él transgredió una norma social sagrada en la cultura mapuche, que es tener buenas relaciones familiares. Al no hacerlo y tal como lo manifiesta él, “*hace sentirse mal a uno*” y hace que finalmente se estrese y enferme.

Otro plano en la cosmología mapuche que permite entender cómo las personas llegan a enfermar por fenómenos de transgresión o envidia, tiene que ver con la *categorización del mundo*. La cultura mapuche categoriza el cosmos en unidades conformadas por polos opuestos y complementarios, vale decir la naturaleza y los hombres existen en la dualidad y a la vez la contienen, la interpretación de la enfermedad parte de este supuesto: salud y enfermedad son en sí una dualidad, una pareja de opuestos complementarios que definen la vida de las personas.

Por su parte el fenómeno de la envidia, opera como un elemento encubridor de alguna transgresión a alguna norma socioeconómica, sino también a las del los campos religiosos y de ritual.

Al respecto la Sra. Ester comenta lo siguiente:

“vine a sacar hora y me vio el Machi y yo más encima que a mí me hicieron un mal, que en esas cosas yo no creía no, no creía y mi propia suegra me hizo un mal, me tenía una muñeca, una pepona dentro de su pieza con pura muñeca y oscura en la pieza, una pepona fea y flaca y me daban una cosas horribles en mi cuerpo porque me subía de la punta de los dedos hasta hacia arriba una cosa horrible, un miedo, terror...eso me dijo él (Machi)”(Sra. Ester, wuinka)

Lo que sucedió con la Sra. Ester tiene relación con un transgresión que la suegra realizó con ella, de manera que la suegra exteriorizó y racionalizó su propia transgresión para con otra persona que pretendía **“hacerle un mal”**, en este caso su nuera”. En el relato se puede contemplar ambos fenómenos a la vez, transgresión y envidia, lo que en la Sra. Ester provocó definitivamente la situación de ***kutran*** (enfermedad) y su opuesto complementario, ***konalen*** (salud) se vio con un alto grado de afectación lo que generó el desequilibrio total en su organismo.

En general a lo largo de la investigación, a través de la observación directa y las entrevistas a las familias, si bien no todas manifestaron situaciones tan explícitas como la de la Sra., Ester; indirectamente tenían incorporado frases tales como: *“la gente es tan mala, UD. sabe”*, *“tienen que haberle hecho algún mal”*, *“puede ser que sea un mal de ojo, uno nunca sabe, no cree UD”*.

Todas estas frases significan una clara evidencia de que en su proceso de socialización validaron creencias que podrían responder a ciertos fenómenos de

enfermedades, dolencias o situaciones a veces incomprensibles por las personas o agentes médicos occidentales. Esta socialización de creencias tiene que ver con un mundo esotérico o místico que desde tiempos inmemorables las personas han asumido como atracción a las respuestas de su existencia, y que tiene que ver con contenidos determinados culturalmente. De esa manera se explica que no sólo una familia, sino varias, hayan atribuido razones de tipo sobrenaturales a enfermedades de algunas personas que conocían.

Ñanculef (op.cit.), postula que en la cosmovisión mapuche existirían dos teorías que serían planteadas como hipótesis para poder fundamentar lo que desde el punto de vista occidental no podemos fundamentar. La primera teoría se denomina **del mito al rito**, mediante la cual en los **Epeu**, está la base del pensamiento, *está la lectura del pasado, y en los rituales propios mapuche se explicita ese pensamiento*; el **Guillatún** por ejemplo, como lectura de un saber muy antiguo, milenario, se hace realidad, y a través de metáforas se explica ese pasado.

El autor hace una aclaración con respecto al significado de la palabra **Epeu**, según él, ha sido traducido al castellano como **mito o cuento**, y lo considera un tremendo y nefasto *error*, puesto que en mapuzugun, se dice **Epeu** a la lectura del pasado. Por el hecho de haber sido traducido como mito, ha constituido un grave error histórico que **rebaja**, que pierde trascendencia al sentido real de la lengua, de la palabra, daña y tergiversa.

El **Epeu** es un hecho real, una verdad, que narrado de generación en generación, termina siendo una leyenda, es cierto, pero según el autor es un suceso real. Al respecto cita la leyenda originaria de cómo nació la cultura mapuche, es decir el Epeu **Txeng-txeng y Kai-Kai**, es por ejemplo, la lucha universal en el tiempo de los tiempos, del agua y la tierra, y la lucha de por vida de preeminencia del agua y la tierra.

El autor extrapola el Epeu originario de la cultura mapuche a la formación de los glaciares y que gracias a la ciencia occidental se ha descubierto que hace unos 9 mil a 10 mil años se produjo el último glaciar. Resalta que esa lucha es tan real que en pleno siglo XXI aún esta vigente. El mar avanza hacia los continentes, y estos ceden a la presión de las olas todos los días, quienes en representación de Kai-Kai, carcomen todos los días las riberas.

La segunda teoría la denominan como el **valor del verbo**, o el **valor de la palabra**, mediante la cual el autor plantea que lo que está en la lengua vernácula, en el sustantivo del lenguaje, es porque de ello el pueblo mapuche tuvo y tiene aun un amplio, y muy desarrollado conocimiento. Por el contrario si no está, de ello nada se sabe.

El valor de la palabra en el pueblo mapuche, es decir lo que está en la palabra, en el **Mapuzugun**, el verbo del mismo, es porque es de él, de esa palabra, de ese verbo, vale decir, el autor le atribuye un conocimiento ancestral en muchos campo, como las matemáticas, la química, la filosofía, la biología, etcétera al pueblo mapuche. Sin embargo, para poder buscar analogías con el mundo de occidente se han visto como cultura gravemente perjudicados, porque nunca se va a poder entender su cultura si se traduce en otros términos que poco y nada tienen que ver con los códigos del Mapuzugun, que puede revelar la verdadera historia y conocimientos de la cultura mapuche, cultura que en actualidad está altamente cuestionada en términos de existencia por varios investigadores y por el mismo Ñanculef al afirmar que *“ fuimos un pueblo sabio, tuvimos tantos conocimientos, que hoy es casi imposible recuperarlo”* .

2.1 El rol de la Machi y su valorización como agente médico tradicional

Dentro de la medicina tradicional mapuche existe un agente médico que desde la visión occidental es considerado como el “doctor” que diagnóstica y da un tratamiento para la cura o sanación de la enfermedad del paciente.

En lo que respecta a la cosmovisión mapuche, el o la **Machi**, es aquella persona que es capaz de ver qué es lo que le pasa a la persona, tanto interiormente como exteriormente, a través del don que se le ha entregado y encomendado desde el *Wenu Mapu*, vale decir desde la *Familia Sagrada u Originaria*, y que el chamán en este caso logra conectarse con el mundo sobrenatural que le entrega toda su sabiduría para esclarecer las enfermedades de las personas que tiene que tratar. De manera tal que, es un *guía*, un *vehículo* entre el mundo natural y sobrenatural capaz de servir de intermediario entre ambos mundos para lograr el anhelado equilibrio del ser humano en su existencia de vida.

Cabe destacar el caso de la Sra. Mariana, mapuche, antes de atenderse con el **Machi** Manuel Lincovil, comentó una mala experiencia que tuvo hace un par de años con un **Machi** que atendía en otro sector de la comuna de La Pintana:

“yo mucho tiempo, años anteriores como cinco años atrás, tuve una mala experiencia con un Machi, iba tan mal yo y me dice: que sabe que le quedan dos años de vida, entonces yo le digo, pero como me puede decir eso ta bien que me vaya a curar, hacerme cualquier cosa, no sé poh si no es dios, no es nadie ehh fue en realidad una muy mala experiencia porque a mi me dejó con mucho temor ese año estuve mal y después el otro igual pensando que me quedaba un sólo año no más de vida y yo sabe que le creía y no y después nunca fue así tampoco”

En el relato de la Sra. Mariana se puede apreciar la connotación negativa que hace al **Machi** y lo desacredita totalmente como figura sagrada dentro de lo que es la cultura ancestral mapuche, al respecto continúa su relato agregando:

“incluso me dijo que me habían hecho algo muy feo y me pidió muy caro y que tenía que venir a la casa pa sacar la maldad, le pagué y me

conseguí la plata porque no la tenía y era un buen montón y en ese momento lo agarre porque estaba tan mal y yo pensaba que todo lo que me decía era verdad...entonces ahí yo perdí la confianza pasó ese año, pasó el otro, el otro y bueno gracia a dios no me pasó nada, pero ya después tampoco no me importó la plata ni na, lo que me daba rabia es que se burlen así de la gente y hacen que uno pierda la confianza en alguien que siempre creyó...paso poh y no por una persona van a ser todos iguales no...”

Luego de haber superado la situación relatada, la Sra. Mariana logra reponerse y confiar nuevamente en la figura sagrada que se le atribuye facultades para poder sanar a las personas:

“pa nosotros, pa la comunidad es como la persona sabia, la persona que entiende de enfermedades, entiende mucho de hierba ehh eso es lo que entiendo yo, o sea que lo entendemos yo creo la mayoría de la gente, con la que podemos contar para nuestra sanidad pero ehhe que más hace no sé poh fuera de ver a la gente, mejorarla es como la no sé poh la cabeza de alguna comunidad porque también son ellos dirigentes muchas veces es eso lo que pienso yo” (Sra. Mariana, mapuche)

El relato anterior es un claro ejemplo de cuando en una comunidad la figura del *Machi* no está validada social y religiosamente, entonces se desacredita su autoridad sagrada y la comunidad deja de creer en esa figura, inclusive se ha sabido de casos en que la comunidad cree que algunos *Machi* offician de **kalku** (brujo) y terminan no cumpliendo con su rol de entregar **konalen** (salud), sino que es capaz de crear una **kutran** (enfermedad) a las personas o comunidades. Recordemos que muchas veces en las comunidades indígenas de hoy en día, después de la desarticulación de las figuras ancestrales producto de los procesos de colonización y poscolonización, en

donde figuras sagradas y ancestrales tales como los Lonkgo, Toqui y otros, simplemente han desaparecido. Por lo que la figura y presencia de la Machi viene a sustituir ese rol sociopolítico y no tan sólo médico como le compete al ser la representante ante la comunidad para sanar las enfermedades de sus hermanos mapuches.

Es fundamental en éstos tiempos en que se están realizando los máximos esfuerzos por efectuar y desarrollar un rescate de la cultura mapuche, que casos como el relatado por la Sra. Mariana no sigan sucediendo ni menos ocurran con sus propios hermanos mapuches, ya que como se ha mencionado en capítulos precedentes, la pérdida y desvalorización de la cultura mapuche a lo largo de nuestra historia desde nuestra sociedad chilena, ha trastocado toda valoración y respaldo para con el pueblo mapuche como también al resto de los pueblos originarios del país.

Así lo manifiestan también los pacientes mapuches y no mapuches que el *Machi Manuel Lincovil* ha atendido en el *PSI* ofrecido por el Centro de Salud Familiar Santiago Nueva Extremadura y que fueron entrevistados durante la investigación:

“hay una creencia muy grande en el Machi porque creemos eso solamente dios le da ese espíritu a ellos para que ello sean médico o Machi, porque eso le dan en sueño, entonces la Machi no estudia...como le digo en puro sueño que le daban a ello entonces de eso vienen los. Linaje tendría que ser porque ellos levantan a la persona enferma si UD le habla mal, son negativo y hacen magia negra no todos si poh, a pesar que no hay mucho Machi en el campo, entonces no hay que confiarse mucho tampoco” (Don Miguel, mapuche)

En el relato de Don Miguel se deja entrever que muchas de las leyes originarias del AD MAPU que guían y rigen el comportamiento de los mapuches en la actualidad

en las zonas rurales o en algunas comunidades de origen no están presentes del todo y lo que es peor habría una transgresión de aquellas normas originarias, lo que revela que ya no tan sólo el mapuche urbano ha visto trastocado su normas originarias por razones socioculturales, económicas e históricas. (Saavedra, 2000)

“primera vez que me atiende con él, bien si yo sé que va mucha gente ehhh como le dijera he conocido muchas enfermedades que las personas han llevado para allá entonces las han tratado como le dijera yo, el mal que hacen la gente y yo creo en esas cosas, pero hay personas que no creen, pero eso es verdad porque yo lo vi y o sea que yo vi a esa señora que como iba tan mal y el Machi la mejoró yo creí que él se enojaba, pero no poh uno tiene que ir preguntándole...” (Sra. María, wuinka)

Queda de manifiesto entonces, que los pacientes entrevistados confían plenamente en las bondades terapéuticas que el *Machi* les ofrece cada vez que son atendidos por él. Incluso agradecen su buen trato, cercanía y confianza al momento de contarles sus situaciones más íntimas y difíciles.

Ellos sienten una clara diferencia a cómo los atiende el médico occidental, manifiestan que con él, no pueden hablar abiertamente, ya que señalan que el médico occidental casi siempre coloca una barrera entre el paciente y el médico. Esta situación hace que ellos muchas veces no le cuenten todo lo que les pasa, sintiendo que el omitir información tarde o temprano les traerá consecuencias negativas y creen que no podrán mejorar del todo de sus enfermedades.

2.2 Técnicas de diagnóstico del Machi

La o el *Machi* como agente médico de la medicina ancestral mapuche, posee diversas formas de realizar los diagnósticos a sus pacientes, como por ejemplo: la orina,

principalmente de la mañana, también utiliza como medio de diagnóstico las manos, la saliva, observando una fotografía del enfermo, entre otras.

En el caso del *Machi* Manuel, él habitualmente utiliza como técnica de diagnóstico la orina de la mañana y visualizando las manos del paciente. Recordando que al momento de hacer el primer contacto inicial, el *Machi* no tan sólo le solicita la orina y ver sus manos, sino que es fundamental para él, el *diálogo constante y cercano* durante la consulta. De manera tal que, el *Machi* va *construyendo la historia de vida* del paciente, revisando todos los pasajes de su vida, ya sea a un nivel individual, familiar y comunitario.

Se detallan a continuación algunos relatos de las familias entrevistadas:

“Cuando vine a control aquí donde el Machi él me vio la mano, me vio la orina, me dijo que sí, que era verdad, me decía no si a ti te hicieron algo yo sé que te hicieron algo y me dijo por dios el hombre malo y yo le dije que tiene el hombre mi marido el único que tengo. Me dijo, pero tu marido es muy malo, lo que está haciendo esta claro...entonces el Machi me hizo bañarme con unas hierbas eehhh sal de mar, eehhh matico, cuatro en total de hierbas, pero no me recuerdo, tenía que bañarme los martes cuatro días y los viernes, lo hice hoy día lo hice porque hace tiempo ya ya pasó eso, pero yo le dije si acaso yo lo podía hacer cuando me sintiera mal, pero una vez no tanto tiempo, una vez a la semana o una vez al mes, entonces yo lo hecho y él me dijo que tenía que cuidarme” (Sra. Ester, wuinka)

“cuando llegué acá yo, Don Manuel me dijo UD. tiene el hígado malito y su páncreas malito me dijo así sin decirle nada porque a mí él me vio la mano y él a uno le ve a los ojos y de ahí le sale a uno por

la orina, uno tiene que traer la orina exactamente” (Sra. Rosa, wuinka)

“ahí me dirá él, porque él ve la orina, por intermedio de la orina ve y también mira la mano, de esa forma eco eco le dice a uno el diagnóstico” (Don José, mapuche)

Se puede señalar que en los relatos de las familias, sean estas mapuches y no mapuches, supieron responder sin problemas a cuáles son las técnicas utilizadas por el ***Machi***, para realizar el diagnóstico de cada una de las enfermedades que padecían. Esta situación confirma que las familias tienen claridad acerca de cómo el ***Machi*** puede conocer la enfermedad que tienen, ya sea a un nivel manifiesto o latente.

Por consiguiente, se aprecia que las familias usuarias del PSI, poseen un aprendizaje colectivo en relación a las técnicas de diagnóstico y sus usos. Aprendizaje que las familias reconocen haber aprendido, a través de la interacción con los otros pacientes usuarios del PSI, a propósito de la característica de involucrar a la persona enferma, su familia, la comunidad y su entorno natural, como vías de conocimiento e intercambio mutuo entre las personas.

“yo le pregunté por mi casa, tu casa esta bien me dijo , entonces uno no le puede mentir porque en la mano le ve uno y cuando la casa esta carga a uno le dice altiro lleva contra yo estaba carga no la primera vez que llegué yo allá, me dijo tú estás cargada así que me dio hierbas pa hacerme baños de hierbas que tenía que hervir y bañarme con eso tres días si poh yo creo en esas cosas si eso o sea que uno no le miente a él ni aunque quiera eso...”(Sra. María, wuinka)

En el relato de la Sra. María, se evidencia que el contacto más cercano entre médico-paciente propicia un vínculo que ayuda a entregar mayor

información de las posibles causas que aquejan en su momento al paciente. Lo ayuda a desencadenar con más detalle lo que le acontece a él o ella como también lo que este afectando a sus cercanos.

“pero si uno tiene problemas con algún hijo, con la nuera; él al tiro le dice o sea uno le pregunta y tiene que llevar una foto o el carne de ello, ahí le dice cómo es, porque hay personas que han ido, han llevado fotos y le dice después, por eso se yo que él sabe las cosas que a uno le pasa” (Sra. María, wuinka)

Con esto se cumpliría uno de los objetivos del PSI, en relación a que cualquier paciente que opte por la atención de un médico tradicional mapuche, se vea involucrada también en una instancia de conocimiento recíproco entre cada uno de los pacientes que concurran a solicitar atención con el **Machi** (Melinao, op. cit.).

Al respecto se destaca algunos factores que contribuyen a dicho objetivo, el PSI, cuenta con una arquitectura tradicional de la cultura mapuche, vale decir, una **ruka**, instalada y dispuesta para ofrecer y entregar la atención adecuada a la comunidad que opte por la medicina tradicional mapuche.

La **ruka** se encuentra ubicada en el patio trasero del Centro de Salud Santiago Nueva Extremadura y cuenta con todos los implementos necesarios para atender a los pacientes, la disposición de un espacio para la elaboración inmediata de hierbas medicinales, que finalmente se convertirán en la medicina que se les entrega a los pacientes y sus familias.

Se recuerda que el PSI, cuenta con un equipo médico de tres personas, cada una de las cuales cumple con un rol y función específica que responde a las demandas de los pacientes y sus familias, como también a la comunidad en general.

2.3 Del conocimiento y reconocimiento desde la cosmovisión de la cultura mapuche como cultura ancestral y originaria

Saavedra (op. cit.), explica de manera muy detallada y fundamentada este fenómeno de que hoy por hoy, ya no existiría la **cultura mapuche**, sino que habría una **población mapuche**. Él realiza una caracterización de los asentamientos humanos en donde habría población mapuche, ya sea en áreas tradicionales y de emigración:

- ✓ Población mapuche en áreas tradicionales
- ✓ Población mapuche en las ciudades de sus regiones ancestrales
- ✓ Población mapuche en las ciudades alejadas de los territorios ancestrales
- ✓ Población mapuche rural en zonas no mapuche

Según el autor, las familias mapuches entrevistadas con las que se trabajaron en la investigación, están focalizadas en el grupo **población mapuche en las ciudades alejadas de los territorios ancestrales**. Esta población mapuche urbana está formada por emigrantes y por hijos y nietos de emigrantes de las reducciones, se trata de una población que, aunque mantiene algunas relaciones con sus localidades de origen, se encuentra separada de éstas, y dispersa entre una población mayoritariamente wuinka.

“la idea es que todos corramos pal mismo lado, porque somos hartos, entonces cada uno tiene su religión, la mitad diría que estamos con mi mami, ya que ella siempre ha guardado sus costumbres mapuches claro y la sigo yo, porque yo soy la que le da ánimo y ando metida en todo, en los guillatunes, los planes del watripantu, en la organización kiñe liwen, bueno lo que sea” (Sra. Mariana, mapuche)

“El que no vaya más gente tiene que ver, me decían, que muchas de las mujeres mapuches trabajaban y no tienen tiempo para ir, por ejemplo había una señora que trabaja de lunes a viernes y me decía:

yo dejaría todo tirado para ir a verme con el Machi, pero yo no más trabajo...”(Sra. Mariana, mapuche)

La mayor parte de los mapuches urbanos, se cree que tienen relaciones sociales con no mapuches, lo que ha traído más mestizaje, lo que en términos culturales va mermando cada día más las costumbres y tradiciones mapuches, y que en la práctica se constata que en las familias mapuches entrevistadas acuden a ceremonias y rituales ancestrales sólo a nivel anecdótico. (Ibíd.)

En las familias no mapuches, la situación no difiere mucho, ya que mencionan un nivel básico de conocimiento de las costumbres y tradiciones mapuches, responden que lo que saben, lo aprendieron de diferentes agentes socializadores, como la escuela, la televisión, los relatos familiares y otros. Al participar por ejemplo en la ceremonia del Xe-tripantu, ellas comentan que su participación es escasa y más bien se traduce en compartir *“un ratito y saber un poco más de lo que uno poco y na sabe”* y que si no reciben una invitación formal de algún miembro de la organización o grupo mapuche, ellos por motivación propia no acudirían. (Ibíd.)

Esta realidad podría demostrar la escasa participación de la comunidad en general en actividades y ceremonias ancestrales, tanto del pueblo mapuche como de otros pueblos originarios del país. En la práctica la interacción entre ambas culturas se da en un nivel muy básico y distante; de esta manera no es viable una amplitud de conocimientos entre ambas culturas, vale decir, instancias o prácticas cotidianas que acerquen acciones concretas bajo un paradigma intercultural en contextos de diversidad cultural étnico-cultural, llevada al cotidiano vivir de las personas.

A continuación algunos comentarios de las familias al respecto:

“No es que no sé na de la cultura porque yo soy tan mala pa leer...me he fijado cuando daban las noticias y cosas así. No me ha llamado la

atención, no sé realmente, no sé si me gustaría aprender como son ellos, porque estoy recién no más, a lo mejor más adelante” (Sra. Rosa, wuinka)

La Sra. Rosa demuestra que sus conocimientos acerca de la cultura mapuche se traducen en una forma funcional, puesto que ella misma explica que en realidad no hay un interés real por profundizar en sus conocimientos, más que nada le interesa resolver su tema puntual que es su afección o enfermedad. Cuando se trata de su propia enfermedad, entonces demuestra un cierto interés por saber de qué manera el *Machi*, la va a mejorar o sanar de su enfermedad, de manera tal que su manifestación al saber de la cultura mapuche en otros ámbitos que no sea el de la salud-enfermedad, se evidencia a un grado menos cercano o simplemente no existe el interés y la motivación suficiente como que pueda ampliar sus conocimientos sobre la cultura mapuche.

Cuando se trata de las familias mapuches, se confirma la hipótesis de la que hablaba Saavedra (op. cit.). Existen variaciones entre las familias mapuches urbanas y cómo estas vivencian su *identidad cultural en contextos de modernización y globalización*. Don José, respondería al caso de familias mapuches que una vez que emigraron a la capital, sus atributos o elementos culturales sufrieron fuertemente el mestizaje que trae consigo las oleadas de inmigrantes a zonas fuera de su lugar o comunidad de origen.

Él durante la entrevista citó en varias ocasiones la frase con el vocablo “*del criollismo*”; lo que revela que adoptó en su proceso de *aculturación* elementos culturales más ajenos e impuestos, propios del mestizaje, con una marcada tendencia a la *hibridación de su identidad cultural*, esto según fundamentos teóricos o conceptuales en contextos de globalización que pretenden buscar líneas explicativas y de análisis acerca de los nuevos fenómenos que se están desarrollando en las personas, no tan sólo ha llevado a los pueblos indígenas, sino que a todo

conglomerado humano que concite una denominación y caracterización de diversidad étnico-cultural en las sociedades del siglo XXI, (minorías sexuales, derechos de las mujeres, inmigrantes, blancos, árabes, gitanos, etc.).(García, op. cit.)

Don José, tendría y asumiría una identidad cultural con elementos culturales propios e impuestos, pero que logra “apropiarlos positivamente” a su cotidiano vivir, es decir, él le da una connotación positiva y logra dar el valor, reconocimiento y respeto por la existencia de otras culturas. Lo que se deduce que a él y su familia la condición de mestizos o “*chaspurriados*” como le dicen ellos (mapuches) a las familias mezcladas entre wuinkas (chilenos u otra nacionalidad) y mapuches. (Bonfil Batalla, op.cit.)

“mi padre era mapuche como le digo, mi abuelita también. Son cariñosos, cuando le toman buena a uno. A veces en las fiestas, en los Guillatunes criollo digamos, cuando uno no puede servirse más comida, tiene que llevársela no más en un bolsito y ahí quedan contentos, porque sino, no quedan conformes, como que a uno lo miran que uno tiene desconfianza” (Don José, mapuche)

En relación al saber ancestral de su cultura y el respectivo reconocimiento que ha tenido a lo largo de la historia, Don Manuel valora altamente que la cultura mapuche en la actualidad esté mejor considerada, respetada y reconocida.

Hace una interpelación muy profunda a la sociedad occidental, en cuanto a que aún no ha logrado responder a las heridas del pasado, que producto de la colonización que tuvieron los pueblos originarios de América Latina, dejó como consecuencias, la indolencia, el menoscabo, la extirpación y abolición abrupta y en momentos macabra, para con las autoridades que representaban al pueblo mapuche en esa época.

Durante la entrevista se emociona y sensibiliza profundamente por episodios históricos que él mismo menciona, como lo fueron la matanza de líderes tales como

Lautaro, Caupolicán y Galvarino; lo que revela que para ellos el tiempo transcurre de manera distinta a la sociedad occidental.

“Bien me parece una cosa de que ellos quieran darse a saber, a entregar lo que ellos saben, que le comprendan la medicina, seguramente también quieren hacer competencia en cuanto a la medicina, pero no creo tanto eso, lo que quiero decir es que ellos también están aportando con algo no cierto?, que yo reconozco que es bueno...que lo hayan hecho acá en La Pintana, entonces se esta dando una vez más un paso a la gente sureña, a los mapuches. ...Que ellos no son ignorantes como antes se les creía” (Don José, mapuche)

Prosigue de manera más profunda con su relato:

“yo me siento muy bien y uno tiene que decirlo con orgullo, porque es la sangre que corresponde acá en nuestro país, si eso es más histórico, sabemos que la raza araucana, la mapuche fue la más fuerte y cualquier país alrededor ha reconocido mundialmente; ahí tenemos un Galvarino, Lautaro, Caupolicán, en las condiciones que lo mataron, pero no ha habido ninguna señal, muestra de dolor y eso no se olvida jamás, queda reconocido criollamente y no creo que se vaya a olvidar porque vienen los renuevos y los renuevos y sigue lo mismo que hubo las historias pasadas”(se emociona, le tiembla la voz y hay un dejo de tristeza). (Don José, mapuche)

En otro caso representativo de familia mapuche se puede decir que su caracterización implica elementos de identidad cultural propios e impuestos, enfatizando las diferencias culturales y aclarando que las similitudes aún siguen siendo pocas entre ambas culturas. Se manifiesta un claro desapego de su cultura ancestral en el contexto urbano, ya que Don Miguel lo atribuye al distanciamiento forzado que tuvo que hacer

por motivos socioeconómicos cuando tuvo que emigrar de su comunidad de origen a la ciudad. (Ibíd.)

Este distanciamiento de tipo geográfico y sociocultural, le significó a él y posterior a su propia familia consecuencias negativas en relación a la continuidad de prácticas ancestrales de su cultura, puesto que todos los elementos culturales que tuvo que adoptar o vivenciar fueron mayoritariamente de tipo “impuestos”, lo que mermo en un grado mayor las prácticas de sus costumbres y tradiciones como elementos propios de su cultura. En definitiva lo que él manifiesta es que a lo largo de su estadía en la capital, él ha tenido que asumir mas bien elementos culturales impuestos que los pertenecientes a su cultura de origen, es decir a la mapuche.(Ibíd.)

Para reconciliar esta situación de su alejamiento con su identidad cultural de origen, él lo resuelve volviendo cada cierto tiempo a su comunidad de origen, en donde se encuentra su familia de origen, y es ese lugar en donde logra retomar todas sus prácticas que constituyen sus elementos culturales propios. También destaca que a pesar de su distanciamiento cultural en la ciudad, él no ha perdido ni anulado su batería de elementos culturales propios de su cultura, ya que deja bien en claro que él vino a cumplir con una tarea acá en la ciudad y esa tarea la ha podido realizar junto a su esposa que conoció acá en Santiago y que también es de origen mapuche. (Ñanculef, op. cit.)

Lo que él expresa en el fondo tiene que ver con el principio de *reciprocidad* del que habla la cosmovisión mapuche, cuando él comenta “*que tiene deseos de volver al campo junto a su señora, ya que trabajaron duro ambos, entonces ahora es tiempo de poder volver con la tarea cumplida, sin las manos vacías, con esfuerzo se lograron las tareas y ahora las llevaríamos a la tierra y las entregaríamos a ella por el tiempo de nuestra existencia*”.

Dentro de las tradiciones y costumbres él ha conservado el uso de su lengua originaria, vale decir, el *mapudungun*, porque afirma que es algo que no debe perderse por más que se haya alejado de su comunidad de origen, así como también la preservación de las comidas tradicionales, para que se constituya en un resguardo y rescate a la cultura mapuche para las generaciones venideras, sean estas mapuches y no mapuches. (Ibíd.)

“no participo en las ceremonias mapuches acá en Stgo, lo que estoy haciendo ahora es que siempre estoy desembarcando todos los meses a mi campo, donde están mis familiares y comunidad. El lugar se llama Ralco y nosotros vivimos casi puros mapuches, wuinkas hay pocos, casi siempre estamos los de nuestra sangre y todo con confianza, uno siempre ve nuestra sangre para conversar. Con el deseo de irme pal campo, de volver, claro, porque ya tengo todo lo que quise tener, no será mucho, pero hay bastantes cosas de valor. Con mi esposa, mapuche también gracias a dios, pero la conocí acá en Santiago, trabajamos los dos codo a codo...nos propusimos tareas, entonces que no nos vayamos con las manos vacías. Uno va a representar algo, esto es lo que me costo y esto traigo aquí a dar a mi tiempo que es lo que me queda” (Don Miguel, mapuche)

Acerca de las tradiciones y costumbres de la cultura mapuche aporta lo siguiente:

“conservo la lengua, la hablo y la lengua de nosotros es muy difícil para aprenderla, para traducirla o para escribirla, es difícil y ni uno mismo a veces lo entiende, conversamos mucho la lengua de nosotros. Nosotros siempre hemos guardado las tradiciones, las cosas que comíamos en el campo, cuando éramos niños, la harina tostada, el pan, las tortillas; claro que acá en la ciudad cuesta hacer estas cosas ahora, porque no está permitido hacer fuego y que se yo.

La familia que está en el campo, mi madre usa los prendedores, trapelakucha, que el trarilonko, ellos están haciendo actividad siempre, todos los años, se usa mucho eso para los guillatunes. Aquí no porque la ropa no se usa, claro sería sólo para mostrarlo (exhibición), pero no como yo. Ellos también conservan la tradición de matar un cordero, se prepara adentro del coso y se le pone ajicito machacado con ají y se le pone adentro y de una se le corta un güero, eso es lo que yo le llamo el ñache y el caritun, hay tres cosas que se sacan en el crudo. También están la cazuela de gallina, la trillita picado y el milkao, la papa rallada, el catuto y el chuño, se sacan en el campo, pero todo es natural. ” (Don Miguel, mapuche)

El caso de las dos familias no mapuches que se citan a continuación, se considera que poseen un conocimiento muy básico acerca de la cultura mapuche en general, y que lo poco que reconocen saber ha sido a un nivel de primario de socialización, a través del colegio o de la interacción con grupos de pares o medios de comunicación como la televisión. Sin embargo, Don Manuel por ejemplo apunta bajo una cierta ironía de que lamentablemente ellos podrán tener sus formas de vida y otras cosas (elementos culturales), pero que acá en la ciudad tienen que “acatar no más o adaptarse”. (Saavedra, op.cit.)

Lo que él transmite tiene relación con que deben en cierta medida tratar de “apropiarse” de los elementos culturales de la cultura occidental a favor o para beneficio de ellos mismos y no verlo como una desventaja; en el fondo lo atribuye a una “oportunidad cultural” que los mapuches debieran tomar o hacer uso de ellos, ya que si lo ven de esa manera no tendrían porque perjudicarlos, sino que al contrario ampliarían más sus conocimientos a nivel sociocultural.

Esta apreciación de Don Miguel, apuntaría a lo que Bonfil Batalla (op. cit.) denominaría como “cultura apropiada”, esto es cuando una cultura subordinada a otra

mayor, aprovecha los elementos culturales de la cultura hegemónica en beneficio propio sin que éstos atenten contra sus propios elementos culturales y logran ampliar su batería de significados culturales.

Por otro lado, la Sra. María, apela a ampliar sus conocimientos sobre la cultura mapuche, saber más acerca de sus tradiciones y costumbres y poder participar de manera activa. Señala que cuando ha querido participar ha sentido cierta aprehensión, ya que según el relato popular, la comunidad mapuche se caracterizaría por ser más bien hermética en su dinámica de funcionamiento hacia las relaciones con el exterior, esto es fuera del ámbito interpersonal entre hermanos como ellos mismos se autodenominan.

Esta situación hace que muchas personas no mapuches, al igual que la Sra. María, se repriman o distancien de un eventual acercamiento y participación de actividades interculturales, entre ambas culturas, debido a que por ese factor cultural de creer que los mapuches no acogerían a otras personas de su propia etnia, se incrementan aún más las brechas socioculturales que apuntan a prácticas con menor acento intercultural en contextos de diversidad étnico-cultural.

Es urgente aclarar situaciones como éstas y más aún superarlas en pos de crear instancias que se propicie y favorezca encuentros interculturales. En ese sentido la experiencia del PSI del CESFAM Santiago Nueva Extremadura, contribuye a que se produzca este acercamiento tan necesario y urgente en una sociedad cada vez más multicultural y pluricultural.

La contribución que el PSI realiza con las familias mapuches y no mapuches que atiende es el de generar un aprendizaje conjunto y recíproco sobre las vivencias que las personas alcanzan en sus vidas en el proceso de salud-enfermedad. El tema es que falta mucho por hacer todavía, puesto que tal como el equipo de salud del PSI indicaron, a propósito de un análisis FODA, habrían debilidades todavía en el ámbito

de poder difundir con mayor eficacia y cobertura acerca de la cosmovisión mapuche a la comunidad en general para que ésta tome conciencia y logre un mayor nivel de sensibilización al respecto. (Melinao, op. cit.)

“la gente comenta que ellos tienen otra sistema de vida, se alimentan de otra forma, pero yo creo que Don Manuel come lo mismo que nosotros no más, allá en el sur comerán otras cosas, pero acá se tienen que adaptar no más(risas).(Don Manuel, wuinka)

“no nada ninguna cosa, solamente en el colegio, cuando nos conversaban, nos hacían historia de Chile, nada más, por ejemplo: las armas que tenían, su cultura...como le dijera yo ahí se comentaba en cuanto a las comidas de ellos, pero nada más. Por televisión si estoy viendo un poquitito más, pero conozco la Ruka, el mate, (risas)... el catuto también es de ellos, lo que pasa es que se me va la película un poco, es que ya no me acuerdo. Yo tengo una hermana que vive en Temuco y yo he ido dos veces no más allá, y ella hace sopaipillas, catutos, tortilla de rescoldo. Ella es casada con un mapuche y hablan en su idioma y a mí me daba miedo que me insultaran en su lengua y es difícil su lengua. ellos dan tarjeta para ir, ¿me entiende? (Sra. María, wuinka)

Se puede constatar que los pocos conocimientos que puedan tener las familias entrevistadas sobre la cultura mapuche, sean éstas mapuches y no mapuches, responde en muchos casos a una especie de *folclorización* de ella. Esto se refleja en los efectos determinantes de los medios de comunicación masivos, como lo es la televisión, que tratan de inducir ciertas tendencias en la audiencia, de manera tal que influyan directamente en su reperto sociocultural, mermando profundamente los verdaderos arraigos de identidad cultural de las personas, sobre todo en aquellas que por origen poseen otros elementos culturales a los de la cultura dominante

3. Categoría Salud Intercultural

Los entrevistados reflejaron la importancia fundamental de implementar en los centros de salud, la medicina tradicional mapuche y que pueda complementarse con la medicina convencional para la población usuaria del sector primario de los servicios de salud. Esta situación la manifestaron desde el minuto en que reconocen una separación de sus comunidades o lugares de origen, ya sea para las familias mapuches como las no mapuches que tenían residencia originaria en el sur de nuestro país, y que en la presente investigación coincidió con que todas las familias no mapuches tenían residencia fuera de Santiago, y en consecuencia arraigo cultural de creencias, costumbres y tradiciones rurales distintas a las de la capital. Componente que les permitió identificar una serie de elementos culturales que unidos al poco conocimiento que tenían de la propia cultura mapuche, les significó integrar más fácilmente las formas culturales que las familias mapuches tenían también a la hora de vivenciar su proceso de salud-enfermedad.

Esta integración de elementos interculturales permitió entender en un primer momento porque las familias no mapuches usuarias del PSI validaban la utilización de la medicina mapuche.

De todos los entrevistados declararon mayoritariamente que, un factor determinante a la hora de reconocer la propia cultura, ya sea mapuche o no; dependía de la consecuencia que tanto para ellos como para sus familias; trajo la dificultad que conlleva la migración de la ciudad de origen y principalmente emigrar del campo a la ciudad más importante del país.

Entre las experiencias relatadas por los entrevistados se mencionan las siguientes:

“mi mama es de Nueva Imperial de allá es, si todos nosotros somos de allá, ella se vino jovencita y se vino embarazada de mi hermano mayor y para que mi papá no fuera a dañarla, si se quedaba podía

matarla, y mi abuelo también era muy malo el viejo así que tuvo que arrancarse pa atrabajar y acá trabajando tuvo a su guagua y ahí conoció a este loco (papá)” (Sra. Mariana, mapuche)

Aquí claramente se puede confirmar que el éxodo campo-ciudad trajo como consecuencia para la madre de la Sra. Mariana y su posterior familia constituida en Santiago, la desvinculación de su cultura originaria debido a varios problemas de orden socioeconómicos y familiares principalmente, lo que se tradujo en una grave fisura de intercambio cultural ancestral para con sus hijos, sumado a la desacreditación que su esposo wuinka tenía y sigue teniendo de los mapuches en general.

“yo tenía un problema en el campo para trabajare no me lucía el trabajo nada de mi trabajo siempre había poco campo pa trabajar entonces era mucho hermano y tuve que salir a buscare cosas más otras oportunidades y aquí estoy poh” (Don Miguel, mapuche)

Don Miguel tuvo que emigrar a la ciudad por serios problemas económicos, de ello dependía su sustento para poder mantenerse y luego desarrollarse, afortunadamente, comenta ahora, que debido a su esfuerzo y conciencia sociocultural logró formar una familia y sacarla adelante, destacando que su gran y mayor logro fue haber logrado entregar la máxima educación a su hijos, citando a su hijo mayor, que actualmente es Alcalde en la comuna de Puerto Saavedra.

En ambas familias mapuches que vivieron el tema del éxodo, se comprueba que hubo connotaciones positivas y negativas para ellos y sus posteriores familias. En el caso de la Sra. Mariana no pudo sino hasta entrada su adolescencia conectarse con sus antepasados y su familia de origen, a través de contactos que pudo tener con su familia extensa, en su caso, sus abuelos maternos. Sin embargo, su madre vio absolutamente cercenada su vida ancestral y su propia identidad cultural, produciendo

un daño muy grande al estilo de vida que se le había entregado en su infancia y por tanto, a la posibilidad de transmitirla a sus hijos y otros seres más cercanos.

En el segundo caso expuesto, Don Miguel menciona que fue afortunado y su migración la vio siempre como una oportunidad para poder surgir y salir adelante de sus aprietos socioeconómicos. Hace alusión a la discriminación negativa que tuvo que sufrir y vivir en su comunidad de origen, puesto que para los “mapuches” no había muchos cupos de trabajo y más se le complicaba a él, ya que provenía de una familia numerosa. Transforma entonces su problema en una oportunidad y se sujeta a la filosofía de vida de su pueblo mapuche, él sabía que para él siempre las cosas le iban a costar el doble por pertenecer a una etnia y cultura distinta que a la dominante. Perseveró a lo largo de su existencia y también enseñó esa cosmovisión a los suyos, su esposa e hijos, y entre todos obtuvieron los resultados que siempre anhelaron tener.

En los casos de relatos de familias no mapuches se puede apreciar fenómenos similares:

“he sido casado dos veces y la primera señora se me le murió cuando estaba en el campo yo soy de aquí de Curico no más y me vine acá a Santiago con los hijos mayores y aquí me encontré a esa señora años después y me terminó de criar a los hijos mayor y con ella tuve tres más, dos mujeres y un hombre y con la primera esposa, dos hombres y una mujer” (Don Manuel, wuinka)

Don Manuel al igual que las familias mapuches antes descritas, también aludió una razón por la cual tuvo que emigrar a la capital, a él lo afectó una situación grave familiar, la muerte de su primera esposa significó que tuviera que asumir el doble rol parental y además de proveer económicamente al sustento de su hogar y familia, y buscar apoyo en la red familiar para compatibilizar sus tareas laborales además de la crianza y cuidado de sus tres hijos en ese entonces. Luego radicado en la capital,

forma una segunda familia con la que tuvo tres hijos más y se dedicó a traspasar valores tales como el respeto y la educación a todos sus hijos, que fruto de sus dos matrimonios fueron seis hijos.

Las otras familias no mapuches, si bien mencionan experiencias y vivencias de la infancia y adolescencia en sectores rurales y principalmente en localidades del sur de nuestro país, no especifican un lugar, más bien relatan vivencias que sólo nombran de manera indirecta algunas localidades rurales de procedencia.

Otro factor relevante que las familias entrevistadas recalcaron a la hora de dar importancia a la emergencia y utilización de la salud intercultural en nuestro país, tiene que ver con las transformaciones tecnológicas que ha experimentado la medicina occidental. Varias familias recuerdan cómo era la atención de la salud primaria en los consultorios y lo comparan con la atención ofrecida en la actualidad en esos mismos centros de salud, al respecto se destacan algunas apreciaciones:

“ahora la ciencia esta mas adelante según los cálculos míos hay lógicamente más adelanto y otra cosa que hay mejores remedios, los mismos médicos están por supuesto con más desarrollo no cierto, entonces es favorable a uno y en ese sentido la gente de ahora a lo mejor podemos durar también un resto más, ya no hay tantas enfermedades” (Don José, mapuche)

“esta muy civilizado la cosa, si claro se organizó por allá, en todas partes hay ahora de estos consultorios, yo cuando nací no habían, que yo me vine muchos años atrás y aquí en Santiago tenía trece años no existía por ese lado el policlínico” (Don Sergio, mapuche)

Estas familias enfatizan los cambios cualitativos que ha tenido el sistema médico de salud oficial u occidental a lo largo de los años y de qué manera ha reportado

beneficios para ellos y sus familias en el proceso de su salud-enfermedad hasta el día de hoy. Señalan que para acceder a la atención de un médico es menos demorosa y engorrosa que hace algunos años, resaltan los avances tecnológicos en la atención en salud, agradecen la atención preferencial y focalizada a ciertos grupos étnicos de la población, como son los adultos mayores, los enfermos crónicos y las embarazadas, la cobertura de la atención primaria en salud a través de los consultorios a lo largo del país, sobre todo a sus lugares de origen que en su mayoría eran lugares rurales y aislados, aluden la importancia fundamental de que la ciencia médica ha avanzado muchísimo como para que los médicos puedan resolver más y de mejor forma las enfermedades conocidas y aquellas que puedan presentarse en el futuro.

“yo encuentro que se ha arreglado harto la cuestión de la salud en los consultorios, antes estaba peor porque yo me acuerdo que cuando llegamos ahí al Pablo de Rokha se veía un consultorio harto rasca y nos amanecíamos casi haciendo cola afuera pa que nos atendieran, después llegábamos cerca (ventanilla de atención) y decían no hay no más(horas médicas), ahí teníamos que hacer juego pa poder aguantar el frío y ahora no poh ahora a andado todo más tranquilo, mejor...hay computadores si no le dan pa hoy día, para mañana altiro... y si va grave lo examinan bien y le atienden altiro, no si se ha arreglado harto la salud”(Don Manuel, wuinka)

Cabe destacar que las familias han adquirido a lo largo de sus enormes episodios de morbilidad en sus vidas, que muchas de las enfermedades que sufrían cuando niños, hoy las pueden curar o sanar con mayor conocimiento y seguridad, incluso sin necesidad de acudir a una atención médica en el consultorio. Estos conocimientos han ayudado a las familias usuarias del PSI a valorar altamente el bienestar de su salud y la de todos sus integrantes, es decir, responden a una lógica de autocuidado que favorece la continuidad en el tiempo de ese bienestar en su estado de salud, se dan cuenta de que es responsabilidad de ellos mantener un bienestar físico y emocional

que les permita realizar otras actividades cotidianas, como son estudiar, trabajar, viajar, participar en actividades sociales de interés, y otros.

Desde ese punto de vista, se distingue una clara valoración de estas familias mapuches y no mapuches en la búsqueda de aprender y conocer cada vez más alternativas que ayuden a enfrentar de manera más preparada y eficiente cualquier episodio de morbilidad.

En esta línea de análisis se puede concluir que las políticas de salud que hoy se practican y que recordemos tienen como líneas de acción la *promoción y prevención* de las enfermedades que afecten en su conjunto a las familias usuarias del sistema público de salud chileno, están respondiendo a dichas líneas de acción. Situación que en la práctica de la política estatal de traduce como deseable y aspirable hacia la población objetivo, conlleva que se sigan haciendo los mayores esfuerzos por acercar cada vez más a la población en sus propios intereses de ir resolviendo sus enfermedades y cómo debieran trabajar y responder los centros de salud de atención primaria.

En la tarea de abordar las necesidades e intereses de la población usuaria del sistema de salud chileno, las familias entrevistadas visualizan la urgencia de seguir implementado y ejecutando iniciativas como las que el Centro de Salud Familiar Santiago Nueva Extremadura ha llevado a cabo mediante el PSI, rescatando las ventajas comparativas con respecto a otros consultorios de la comuna y también las similitudes y diferencias con el otro modelo de salud, vale decir con el sistema occidental.

A continuación, algunas manifestaciones:

“ojala en todas las comunas hubiera un consultorio con un Machi trabajando, lo que es difícil, pero se esta logrando o sea de a poco esto empezó hace cinco años atrás no más” (Sra. Mariana, mapuche)

“a mí me parece bien porque si uno no encuentra la solución en los médicos y hay una persona que lo pueda sanar excelente, fabuloso, con mayor razón que sea gratuita porque ahora como esta la vida, como esta la situación a veces no hay como para estar pagando, yo que soy sola, no tengo jubilación, no tengo na, entonces tendría que depender de mis hijos” (Sra. Rosa, wuinka)

Las familias entrevistadas rescatan claramente la relevancia de que en cada uno de los centros de atención primaria del país se implementen programas de salud intercultural tendientes a reforzar y sobre todo diversificar las formas y sistemas médicos en la atención de salud hacia la población usuaria de los centros de salud

“cinco años claro, yo llevo un año aquí y claro yo escuchado en contacto con los que estamos haciendo hablar entre los wuinkas, una facilidad que nos están dando a nosotros no sé será el gobierno creo supongo no??? Porque antes no existía esto” (Don Miguel. Mapuche)

“yo porque pa mi me da remedio el caballero aquí mejor no me cobran niun veinte así que no hay problema pa mi poh...yo creo que no le dijeron niuna cosa le dieron permiso a ellos parece en el consultorio” (Don Sergio, mapuche)

La diversificación está orientada a dar respuesta a las exigencias y demandas que la población usuaria requiere para satisfacer sus demandas de salud, en la posibilidad cierta de acceder a otros sistemas médicos de sanación y recuperación de los episodios mórbidos de la población usuaria y sus familias y por ende de lograr un estado de bienestar pleno que le entregue las condiciones necesarias para poder

abordar sus actividades cotidianas y tener la oportunidad de desarrollarse en todos los ámbitos de su vida.(MINSAL, op. cit.)

“lo encuentro bueno que este adentro del policlínico porque se ayudan entre los dos poh (los dos sistemas médicos) porque creen en él poh, en las hierbas y toda la misma gente dice antiguamente no se usaba o sea no había doctores en los campos, imagínese con hierbas se mejoraban, ahora no había matrona no había hospitales en los campos, había una cuanto se llama eso una partera que le decían...si si claro y yo creo que con el tiempo va ser de lo antiguo yo creo”(Sra. Rosa, wuinka)

Las familias entrevistadas identifican acertadamente los costos –beneficios que el PSI, ha reportado en ellos. Hacen mención principalmente a que pueden acceder de manera gratuita a la atención con el Machi en todas las etapas del proceso de salud-enfermedad, vale decir, desde el diagnóstico al término del tratamiento. Con esto se logra dar una cobertura universal a la población usuaria del centro de salud estudiado, lo que responde eficientemente a uno de los ejes ordenadores de la política pública para los pueblos originarios, esto es la *equidad* en salud.

La equidad en salud para los pueblos originarios está planteada en la necesidad de que el Estado chileno reconozca que la sociedad es pluriétnica y por lo tanto, debe otorgar atención en salud con pertinencia cultural para todas las etnias que habiten en el territorio nacional y para aquellas personas que se sientan identificadas socioculturalmente con alguna de esas etnias. (Ibíd.)

Este principio ordenador, ha servido para dar a conocer otras formas de atención en salud para la población chilena occidental, con el propósito de contribuir a ampliar el espectro de alternativas de sanación y tratamiento en el proceso salud-enfermedad de las personas, haciendo hincapié en que el sistema médico occidental no es el único

que puede satisfacer y responder a todas las enfermedades que enfrenta la población usuaria. (Ibíd.)

“...en primer lugar si uno tiene otra enfermedad grave ya el Machi eehh conversa con los doctores ahí poh ya le dice esta persona tiene esto y esto otro... los médicos también van allá donde el Machi poh las enfermeras, las doctoras también van, nosotros lo hemos visto que retiran los remedios” (Sra. Rosa, wuinka)

“la atención es casi igual yo creo es poca la diferencia porque cuando lo hace la consulta los médicos me dice cualquier cosa que saben y ta bien eso...igual que don Manuel...señoritas del consultorio vienen a buscar remedios yo he visto a varias claro y llevan botellas de agüitas ta bien eso” (Don Manuel, wuinka)

Acá se puede apreciar que las familias entrevistadas, de forma muy cautelosa, manifiestan que los médicos, paramédicos y auxiliares del sistema oficial de salud, están utilizando también la medicina tradicional mapuche y lo ven como un elemento complementario a la medicina occidental. Para estas familias es un signo evidente y positivo de que el cuerpo médico de la medicina convencional se atreva a usar y complementar los métodos ancestrales y occidentales de salud para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la población usuaria.

Aprecian de manera notable que los médicos sean más cercanos a la gente que años atrás, como cuando querían consultarle algo de su enfermedad y no recibían respuesta o si lo hacían, era de modo esquivo y distante. Entonces que los médicos realicen acciones concretas, como la de acercarse físicamente a la ruka donde atiende el *Machi* y su equipo, y se interioricen de cómo atiende a los pacientes, qué tipo de remedios entrega, cómo es la relación médico-paciente, el funcionamiento del equipo

de trabajo, la tipología de enfermedades que atiende el *Machi*, el porcentaje de éxito en el tratamiento de las enfermedades.

El fenómeno mencionado anteriormente, hace que las familias entrevistadas guarden una seguridad y tranquilidad en el sentido de que si los médicos del sistema occidental acuden a conocer y hacer uso de la medicina tradicional mapuche, con mayor razón validarán la atención hacia ellas como otra forma de poder dar respuestas a sus enfermedades. Por lo tanto, se observa como un elemento conciliador y facilitador a la hora de complementar ambas medicinas en el centro de salud y hacer que esta experiencia se haya sustentado en el tiempo y más aún se pretenda extenderla y replicarla a otros centros de atención primaria de salud donde haya un alto porcentaje de población indígena. (Ibíd.)

La Sra. Rosa especifica en términos comparativos las ventajas y desventajas de ambas medicinas en la práctica:

“en los policlínicos en realidad también hace bien para una cosa y mal para otra porque resulta que las pastillas hacen mal pal estómago, allá tuve que volver donde la doctora a decirle que me hacían mal y ahora yo no siento nada del estómago con los remedios estos (hierbas medicinales)” (Sra. Rosa, wuinka)

“a mí por ejemplo las pastillas me hacen muy mal, o sea me produjeron úlcera varias cosas al estómago y ya dejando de tomar pastillas es como que ya me siento mucho mejor con puras hierbas” (Sra., Mariana, mapuche)

Una de las familias entrevistadas explicita la ventaja comparativa entre la medicina tradicional mapuche y la medicina occidental, atribuyendo por ejemplo que la medicina tradicional funciona de manera integral en el organismo y no altera o

produce efectos adversos a otros órganos del cuerpo. Resalta esta ventaja sobre todo cuando la enfermedad tratada es de larga data y con un período de tratamiento a largo plazo. (Citarella et al, op. cit.)

Esta ventaja hace que los pacientes usuarios del PSI, tengan más confianza en el tratamiento de sus enfermedades, factor fundamental a la hora de adscribir o elegir una “nueva medicina” que no sea la convencional u occidental. Además de producir un efecto de mayor bienestar, tanto físico, como emocional y espiritual al proceso de sanación o curación de su episodio mórbido.

Cabe señalar que también las familias entrevistadas y siguiendo la misma línea de confianza en la relación médico-paciente, está la de atribuir a dicha relación; un vínculo más estrecho y cercano que el que se da en el vínculo médico-paciente de la medicina occidental. Las familias consideran que la atención inicial y posterior que ofrece el *Machi*, es una relación que apunta a una atención integral y empática, puesto que el *Machi*, pregunta a sus pacientes no tan sólo por los síntomas de la enfermedad, sino que también aborda las relaciones familiares y cercanas, las laborales, las comunitarias y con el entorno inmediato, revisa la historia de vida de cada uno de ellos.

Dicha integralidad es utilizada para entregar una atención pertinente y eficiente a todas las variables que estén interviniendo en el proceso salud-enfermedad de los pacientes que acuden al PSI. Al respecto se establece que dicha integralidad está vinculada estrechamente a la cosmovisión de la cultura ancestral mapuche, que pretende interrelacionar todos los aspectos personales y sociales que estén eventualmente atentando al estado de bienestar de la salud de las personas. (Ibíd.)

Hoy es de suma importancia para la medicina tradicional mapuche conocer la historia de vida que hay detrás de cada paciente, para poder entender y comprender de manera más acertada la situación que le esta provocando una enfermedad al paciente. Las

familias logran establecer relación e importancia de la interrelación de los diferentes factores que están produciendo un mal estar en su proceso salud-enfermedad. Son capaces de identificar las situaciones que provocan o desencadenan episodios mórbidos en su organismo y cómo éstos alteran su calidad de vida para con ellos, sus seres queridos y la relación con su entorno inmediato. (Ibíd.)

Situaciones específicas de conflictos familiares producto de alguna adicción al consumo de drogas; formas de comunicación agresivas o distantes entre los integrantes del grupo familiar; la situación de pobreza en relación a acceder a una mejor calidad de habitabilidad en sus viviendas, como es el tema del hacinamiento, el acceso a una mejor calidad de la educación y la continuidad de los mismos; la oportunidad de acceder a un empleo no precario, son algunos ejemplos que las familias entrevistadas citaron a la hora de dar a conocer las situaciones desencadenantes de episodios mórbidos.

Sostienen que para ellos la atención que les brinda el equipo médico del PSI, esto es el facilitador cultural que oficia como secretario y que entrega las horas médicas, y también la asistente que prepara las hierbas medicinales; es altamente valorada, puesto que la califican de muy buena y genera en ellas un sentimiento de empatía, gratitud, amabilidad, repercutiendo favorablemente a la autoestima de ellas como pacientes de la atención primaria de salud.

Aluden que las “señoritas” que atienden a las personas que llegan a solicitar una hora al médico, matrona o toma de exámenes, las tratan “mal y muy mal a veces”; lo que en vez de sentirse acogidas, se sienten menospreciadas y menoscabadas en sus derechos como usuarios del sistema público de salud. Lo que en la práctica no contribuye al mejoramiento de la relación entre usuarios, técnicos y profesionales del sistema de salud médico occidental, generándose prácticas tediosas y muchas veces irregulares que perjudican una óptima y adecuada atención de salud hacia los pacientes. (MINSAL, op.cit)

Al respecto la Sra. Mariana, mapuche, explicó:

“yo voy al Hospital, cuando voy, llego peor porque es mucha la gente que tiene diabetes y todos en la misma que me siento mal, es enfermante así poh, más encima atienden como la mona”

Claramente se constata otra ventaja entre el modelo médico occidental y el tradicional mapuche, esta vez de carácter cualitativo, ya que afecta directamente al bienestar de los pacientes que acuden a buscar salud al servicio público. En la práctica, las familias comentan que se encuentran con situaciones de maltrato que perturban aún más su salud y muchas veces no persisten en los tratamientos para sus enfermedades debido a lo mismo.

Otro elemento cualitativo que destacaron las familias tiene que ver con la dinámica relacional que se da entre los pacientes que acuden al PSI. Mientras esperan su atención con el *Machi* o la entrega respectiva de sus hierbas medicinales; se genera un momento de intercambio significativo de experiencias vividas en el “otro sistema de salud”, como también de sus experiencias de vida, las razones por qué llegaron donde el *Machi*, las enfermedades que les afectan, cómo son sus relaciones familiares y otros. Dinámica comunicacional que contribuye favorablemente a la satisfacción y credibilidad de la medicina tradicional mapuche.

En términos cuantitativos, las familias usuarias del PSI destacaron los tiempos de espera en la atención, considerándolos prudente, ya que insisten en que hay un respeto por la hora otorgada a cada paciente y la frecuencia que se le da a cada paciente para seguir su tratamiento es adecuada a la enfermedad que se padezca.

Debido a la situación de alta vulnerabilidad social que las familias poseen, agradecen la oportunidad de poder acceder gratuitamente a un nuevo modelo de atención en salud y que se este implementando en su propio centro de salud. Estos factores hacen que las familias usuarias del PSI, visualicen las ventajas comparativas de utilizar este

otro modelo médico de salud, por lo que todas las familias llegan a un consenso en relación de utilizar la medicina tradicional mapuche. (Ibíd.)

Se constata también que estas familias responden satisfactoriamente al tratamiento entregado por el *Machi* a través de las hierbas medicinales en la etapa de tratamiento y sanación de sus enfermedades. El grado de satisfacción generalizado en las familias usuarias del PSI, se ha expandido no tan sólo a ellas mismas, sino que se percibe que hay una intencionalidad de ampliar sus experiencias a toda la comunidad. Prueba de ello es que la gran mayoría, sino todas, llegaron a su primera consulta mediante la recomendación de algún vecino o pariente cercano a ellas.

Intercambio que al PSI le ha significado incrementar el número de sus pacientes sustantivamente desde que comenzó a ejecutarse como un Programa de Salud tradicional y complementario desde el año 2002 a la fecha aproximadamente.

Con respecto a los avances que se están llevando a cabo en materia de establecer alianzas entre organizaciones mapuches y equipos de salud occidental, una de las familias entrevistadas, se ha incorporado recientemente al trabajo emergente de la Mesa de Salud del Hospital Sótero del Río, en donde se pretende abordar un trabajo intercultural en salud en la zona sur. (Ibíd.)

Da cuenta de eso la Sra. Mariana que es representante de la organización mapuche Ichin Mapu y relata lo siguiente:

“yo recién el año que pasó no más me integré a esa mesa, entonces yo he visto que es súper bueno las conversaciones, hay muy buena relación con el Director del hospital, con la Dra. Baeza que es la que trabaja con nosotros, la Sra. Edita, hay dos doctoras”

En el relato se puede concluir que los equipos médicos del sistema de salud occidental están integrando otros conocimientos a su quehacer médico y han traspasado las barreras culturales que desde hace muchos años han existido entre ambas medicinas. Como ejemplo lo constituye la participación en ceremonias de rituales ancestrales mapuches:

“cuando hicimos la otra vez el xe-tripantu pequeño, si fueron hartos doctores, participan les gusta harto, están muy de acuerdo, no se oponen”

Este ejemplo resulta un elemento decidor a la hora de generar un puente de entendimiento entre ambas medicinas, ayudando a alianzas estratégicas que aborden las enfermedades que afectan a la población objetivo de la atención primaria de salud. La participación que los médicos occidentales han asumido en estos encuentros interculturales ha sido plena, ya que, como narra la Sra. Mariana, ayudan a organizar las actividades y dan opiniones, sugerencias de cómo hacerlo para llegar más a la comunidad. (Ibíd.)

La Sra. Mariana además participa en conjunto con otros dirigentes mapuches en un Proyecto Comunitario de Cosmovisión Mapuche en el CESFAM San Rafael, ubicado en el seccional centro de la comuna de La Pintana. Al respecto se ha abordado un trabajo de sensibilización hacia la comunidad en general, vale decir, mapuches y no mapuches, que deseen conocer más acerca de la cultura ancestral mapuche, al respecto menciona:

“este año con el consultorio aquí con el personal nos ha ido súper bien, están bien motivados quieren seguir este año porque están interesados, también les propusimos que más adelante a lo mejor podía ser igual que el Castillo...que podría haber una pequeña Ruka para que fuera atendido con Machi la gente que quisiera”

Como se puede apreciar en el relato, el segundo paso en esta línea de ampliar la atención intercultural a otros centros de salud de la comuna, sería la implementación de la medicina mapuche, como otro modelo médico de atención en salud para la comunidad. Para llevar a cabo esta iniciativa, se requiere obtener los recursos materiales y humanos necesarios para dar paso a la ejecución de un segundo PSI en la comuna de La Pintana. El MINSAL deberá evaluar la pertinencia y el costo-beneficio que dicha iniciativa requiera para ser ejecutado bajo el alero de la Política de Salud para Pueblos Originarios del país.

“no le comento no le he dicho a los médicos que me ve el Machi es que en Flor Fernández voy poco porque a mí me controlan más en el Hospital...no tampoco el Machi me ha preguntado, pero él dice que no tengamos miedo de comentarles a los doctores que la ven a uno, de los remedios de ellos (hierbas medicinales)” (Sra. Rosa, wuinka)

Al igual que las familias mapuches valoran y agradecen que se estén impulsando acciones concretas en relación a implementar en los servicios de salud del país, otros sistemas y modelos médicos que ayuden a ampliar el repertorio de la oferta existente en materia de salud; las familias no mapuches también están apuntando en esa línea y de acuerdo a los antecedentes recabados durante la investigación habrían varias razones por las cuales ellas apelan.

En primer lugar, se confirma que la atención para los pacientes no es la más adecuada, en términos de otorgar un mejor trato que incida en una buena calidad de ésta. Lo que afecta directamente a los pacientes de los centros de salud, puesto que ellos alegan que el personal que recepciona sus demandas de salud en una primera instancia no posee la capacitación y conocimientos necesarios.

Otro punto a destacar es que los pacientes alegan que la relación médico-paciente sigue siendo muy impersonal, lo que impide un vínculo más cercano que favorezca

esclarecer con mayor profundidad los motivos de sus enfermedades, y de esa forma poder establecer nuevas e innovadoras formas de tratamiento a sus episodios mórbidos.

CAPÍTULO VI

LA MIRADA DE LOS AGENTES MÉDICOS PERTENECIENTES A LA MEDICINA OCCIDENTAL Y TRADICIONAL MAPUCHE DEL CESFAM SANTIAGO NUEVA EXTREMADURA

Primero que nada se debe aclarar algunos aspectos a considerar en este análisis, si bien la investigadora elaboró en su pauta de entrevista un guión que facilitara la conducción de la propia entrevista, los entrevistados respondieron muy acorde al guión propuesto y no hubo dificultad en responder a las inquietudes de la investigadora.

Los temas a tratar en el siguiente análisis son los siguientes:

- Salud Intercultural
- Motivo de consulta
- Perfil de los pacientes
- Medicina Tradicional Mapuche
- Cultura Mapuche

1. Salud Intercultural

En esta categoría cada especialista entregó su propia apreciación al respecto, destacando que si bien no hay una confrontación entre ambos, si se resalta más sus diferencias que similitudes.

A continuación el médico occidental reflexiona:

“La verdad es que se han hecho esfuerzos considerables y se está avanzando cada día más, creo yo al respecto. Sin embargo, creo

también que falta mucho por hacer y habrían varios factores para que eso pueda concretarse aún más” (Médico Occidental)

Sobre los factores que hay que trabajar y profundizar, el médico argumenta lo siguiente:

“Creo que a nivel de política pública se ha implementado una serie de estrategias y acciones tendientes a ofrecer una alternativa de salud con pertinencia cultural a los pueblos indígenas como también para la población que se sienta identificada con la medicina alternativa o tradicional. Son esas estrategias y acciones que en la actualidad se están recién adoptando en la realidad de cada servicio público del país, en donde haya una alta concentración de población mapuche a lo largo del país. Entonces que es lo que pasa, se está en pañales, por así decirlo. Los equipos de salud occidental, aún están asimilando entre ellos, que el sistema médico occidental alópata, ya no sería el único en abordar las problemáticas de salud de la población chilena, sino que habrían otros más y hay que darles cabida para que puedan implementarse y ejecutarse en los distintos servicios del país”.
(Médico occidental)

El médico expresa una clara evidencia de que sus conocimientos en interculturalidad en salud son incipientes y de un nivel básico. Menciona los avances que ha habido al respecto, a un nivel muy generalizado en lo que a políticas públicas se refiere. Sin embargo, no se pronuncia en relación a cómo es esa política, cuándo se llevó a cabo, sólo se refiere a que eventualmente algo está pasando, que ya se percibe en los equipos de salud occidental que, el modelo médico occidental no es el único deseable para acoger y resolver las demandas de la población, tanto indígena como no indígena, en materia de salud.

“Por otro parte, el área de las capacitaciones con pertinencia cultural a los equipos de salud, se encuentra en una etapa básica diría yo, por lo que hay mucho desconocimiento al respecto de la medicina tradicional y en este caso, acá en el consultorio, la medicina mapuche. Si bien uno como médico posee conocimientos generales sobre la cultura mapuche, también sabemos que, por ejemplo el personal administrativo tiene falencias al respecto a la hora de atender al público indígena y hay una cierta discriminación que ellos mantienen con esos pacientes”(Médico occidental)

Dentro de las carencias importantes en los equipos de salud, está el tema de las capacitaciones a todos los profesionales, técnicos y administrativos, que aludan a la pertinencia étnico-cultural de los pueblos indígenas de nuestro país. Comenta que a nivel de los funcionarios administrativos, es fundamental estas capacitaciones, puesto que son los que proveen el primer filtro de atención con la población usuaria que acude al sistema público de salud. Reflexiona que en lo que le compete a la realidad del CESFAM Santiago Nueva Extremadura, él ha visualizado que una de las falencias con el público va por esa línea, en la atención de público adecuada para los pacientes que llegan día a día.

En ese sentido, agrega que él cree que es una de las razones por las que los pacientes del centro de salud, optan por atenderse con el *Machi*, ya que los mismos pacientes le han mencionado que allá los “tratan mejor y más rápido”. Desde esa perspectiva el médico entrevistado, apunta a que por ahí podría estar generándose una cierta complementariedad entre ambas medicinas, porque el que los pacientes acudan a atenderse donde el *Machi*, ayuda a que las demandas de la población sean acogidas por una u otra medicina.

“Cuando los pacientes no encuentran horas médicas en nuestro sistema médico, ellos acuden donde ellos, y los atienden,

contribuyendo a ampliar la cobertura de los pacientes que solicitan atención médica acá en el consultorio. También he sabido de varios casos, que por lo que mencionaba anteriormente, por recibir una mala atención de parte de los funcionarios que están en la ventanilla, se van y resuelven ir atenderse con el Machi”(Médico occidental)

Como se puede apreciar, el médico hace alusión que en la práctica el equipo de salud tradicional mapuche atiende a aquellos pacientes que el equipo occidental no puede, contribuiría, según él, a que haya una eventual complementariedad entre ambas medicinas. Lo que en la práctica, se estaría dando una interculturalidad en salud. No obstante, de acuerdo a las experiencias de interculturalidad en el quehacer de los servicios de salud, sobre todo en los ubicados en la región de La Araucanía, en el caso específico del CESFAM investigado no sería tan efectivo, puesto que faltarían los principales principios regidores de la interculturalidad en salud, como son el tema de la reciprocidad y complementariedad entre las medicinas, según varios expertos.

Estos principios regidores, están dados como se señalaba, por la reciprocidad y complementariedad de las medicinas que entran en el ejercicio de la interacción de más de un sistema médico de salud entre varias y diversas culturas. La reciprocidad está dada por la validación y reconocimiento del otro sistema médico que se encuentra en una situación de subordinación, en este caso la medicina mapuche frente a la medicina alópata occidental. Este reconocimiento y validación debiese darse en tres ámbitos, jurídico, antropológico y politológico, ya que podrían eventualmente sentarse las bases de construcciones socioculturales que resuelvan el dilema de la hegemonía entre culturas. (Zambrano, 2005)

Por otra parte, la complementariedad se fundamenta en una relación de intercambio con equidad entre ambas medicinas, sin excluir ningún elemento constitutivo de una u otra medicina. De esta manera, se lograría una relación social en contextos de

diversidad étnica y cultural, basada en la construcción estructural de las culturas comprometidas que provocan la interculturalidad entre ellas.

Por lo visto entonces, el médico entrevistado, lo que sugiere como interculturalidad en salud estaría muy lejos de ser así, y tampoco habría una complementariedad entre ambos sistemas médicos operando en el centro de salud estudiado.

2. Motivo de Consulta

De acuerdo a los datos proporcionados por el médico, los motivos de consulta de los pacientes que acuden donde el *Machi*, son principalmente por temas de salud mental, tales como depresiones, angustias, trastornos de ánimo, casos de VIF (violencia intrafamiliar), alcoholismo y drogadicción. Plantea que conoce muy pocos casos de enfermedades físicas o biológicas que hayan sido atendidas por el *Machi*, aunque relata que en algunos el *Machi* le ha consultado por algunos casos y se los ha derivado, como por ejemplo casos de bronquitis crónica, otitis y gastroenteritis.

“Generalmente los casos que he conocido de cerca que acuden a atención de Machi, tienen directa relación con enfermedades de salud mental, casos específicos o puntuales de depresión, trastornos de angustia, adicción a las drogas y alcohol. El Machi me ha derivado casos clínicos en donde hay un factor más biomédico o físico, como casos de otitis, bronquitis crónicas y de gastroenteritis” (Médico Occidental)

3. Perfil de los pacientes

Según el médico, los pacientes que acuden no representan un perfil específico, sino que podría ser cualquier paciente usuario del centro de salud.

*“Por mi experiencia acá en el consultorio, no existe un perfil marcado de qué tipo de paciente consultaría al Machi. Cualquier paciente usuario del consultorio acude si lo estima necesario”
(Médico occidental)*

En este punto el médico, como se aprecia en el relato no refiere un perfil específico de los pacientes que acuden al PSI.

4. Medicina Tradicional Mapuche

“La verdad es que creo en ella, porque es sabido que las plantas medicinales son efectivas, actúan muy eficazmente a nivel del sistema nervioso central y en general son bastante toleradas en el organismo de las personas. De hecho, la farmacología se sustenta en las propiedades de las plantas y flores que existen en nuestro medioambiente y esto ha sido demostrado por años” (Médico occidental)

En el relato, el médico señala que es un convencido del poder efectivo que tanto las plantas como las flores que provee la naturaleza, entregan elementos contundentes que propician la sanación o curación de las enfermedades de las personas. Comenta que los medicamentos que fabrica y elabora la industria farmacológica se sostienen en las propiedades curativas de la herbolaria nativa en general.

Por lo tanto, basa su creencia en la medicina tradicional mapuche, en que la estrategia curativa que entrega es a base de hierbas medicinales, por lo que descansa su efectividad, en que existen conocimientos empíricos referentes a las propiedades que ellas entregan, sobre todo en el sistema nervioso central. Al respecto, relata que por ese motivo las personas que padecen de enfermedades relacionadas con su salud mental, serían tan asiduas a ser atendidas por el *Machi*.

“Las personas que habitualmente tienen problemas de violencia en sus casas o entorno cercano, van desarrollando síntomas que se aproximan a eventuales enfermedades de salud mental, principalmente, se sienten más ansiosas, con un alto grado de angustia, y van de a poco decayendo y llegan a un estado emocional muy comprometido. Al final es común que presenten síntomas de alguna depresión severa o mayor, y es ahí cuando estos pacientes consultan bastante al Machi” (Médico occidental)

Cuando el médico se refiere a la eficacia terapéutica que ofrece la medicina mapuche, dice no tener desconfianza en el rol que cumple el **Machi** como agente médico, pero que tiene cierto escepticismo cuando se trata de los elementos y formas que el **Machi** utiliza en sus rituales de sanación, como por ejemplo en un Machitún, el invocar al diablo o manipulación de elementos físicos que supuestamente ayudarían en la curación del enfermo.

Al respecto dice que es lo que más le cuesta entender o mejor dicho comprender, como para eliminar su escepticismo de no creer completamente en la eficacia terapéutica y que en la medicina mapuche tiene una alta cuota de simbolismo, como se ha señalado anteriormente durante la presente investigación.

“Lo que me pasa a mí es que me cuesta mucho creer cuando los Machi o chamanes que cumplen el rol de médicos en las culturas de los pueblos indígenas, es el asunto de que utilizan cantos, gritos o evocan al diablo para poder realizar la curación de la enfermedad que padece el enfermo. Entonces no tengo problema en validar el rol que como agente médico cumple el Machi en este caso, y he visto que efectivamente el trato que tiene con los pacientes es muy cordial y cercano, lo que los pacientes agradecen mucho, por lo que le

comentaba hace un rato, cuando ellos se sentían maltratados por el personal que atiende público” (Médico occidental)

Durante su narración el médico deja entrever que por sus dudas a la eficacia simbólica que utiliza el *Machi*, no está basado en el conocimiento de la cosmovisión mapuche que él puede tener y que sin duda facilitaría su comprensión de por qué durante la realización de un Machitún se invocan los espíritus del bien y del mal, sus rogativas, cantos, danzas y otros elementos culturales que conforman la dinámica organizacional y ancestral de la cultura mapuche para sanar a sus enfermos.

Desde ese punto de vista el médico no estaría en una posición de *alteridad* frente a la comprensión del fenómeno que encierra el proceso de sanación terapéutica con fuerte carga simbólica que se ejerce en la medicina mapuche. El concepto de alteridad apunta a que el médico, en este caso, sea capaz a través del diálogo y el entendimiento, de establecer una relación recíproca y complementaria con el *Machi*, basada en el conocimiento y comprensión de la cosmovisión de cada uno y la interacción que pudiese darse entre ambas culturas a las cuales cada uno de ellos pertenece. Sólo de esta forma se podrá dar el principio de la interculturalidad, como forma de relacionarse en contextos de diversidad étnico-cultural.

Con el principio de alteridad el médico, podría entonces, derribar todas aquellas dudas que le suscitan la efectividad de la cura chamánica e incluir en su repertorio sociocultural una mejor y mayor comprensión del fenómeno de la interculturalidad en salud.

5. Cultura Mapuche

Al preguntarle sobre los conocimientos que él creía tener de la cultura mapuche, el médico relacionó lo aprendido durante su formación escolar primaria y secundaria y a nivel de cultura general. Expresa haber estado en contacto con comunidades

mapuches en la IX región, haber participado de ceremonias como el Xe Tripantu o Año Nuevo Mapuche, y recuerda haberlo pasado muy bien, que se sintió muy acogido por la comunidad, que aprendió de las comidas típicas mapuches y de por qué ellos celebraban en esa fecha el año nuevo.

“Yo he participado de la celebración del Año Nuevo Mapuche o Xe Tripantu como le llaman ellos en su idioma, compartí bastante con ellos en una comunidad de la IX región y aprendí de sus comidas típicas y el motivo de por qué ellos celebran en esa fecha el año nuevo. Sé algunas frases de cortesía o saludo, como peñi, Mari Mari y otras que se me han olvidado. El resto de los conocimientos los adquirí durante mi formación escolar completa y lo que uno sabe a nivel general. Sin embargo, durante mi formación universitaria nunca tuve una cátedra o electivo que me enseñara acerca de otras medicinas o de cosmovisión de otros pueblos, creo que hay mucho prejuicio todavía al respecto y siento que debiese incorporarse en el plan de estudios de los estudiantes de medicina actualmente, tengo entendido que en algunas universidades algo se esta haciendo ya”
(Médico occidental)

Como se puede apreciar, los conocimientos del médico sobre la cultura mapuche son los que habitualmente tiene el común de la gente y sus fuentes de socialización también, vale decir la formación que recibió mientras estaba en la enseñanza escolar primaria y secundaria. Durante la entrevista, la investigadora percibió un sentimiento de que sus conocimientos sobre la cultura mapuche, los manifestaba a un nivel mas bien anecdótico o folclórico, pero no percibió un real conocimiento o con más consistencia en su relato.

Lo que releva como necesario es que a los nuevos alumnos de las carreras del área de la salud, se les incorporé en sus mallas curriculares, temáticas sobre medicinas

tradicionales y alternativas y la cosmovisión que tiene cada una de ellas. Cree que sería una gran oportunidad de revertir el gran desconocimiento que se tiene desde la formación universitaria acerca de la medicina tradicional.

A continuación se da a conocer la narración del *Machi*:

- Salud Intercultural
- Motivo de consulta
- Perfil de los pacientes
- Medicina Tradicional Mapuche
- Cultura Mapuche

1. Salud Intercultural

“Primeramente nosotros, cuando hablo de nosotros, estoy hablando de mapuches. Constitucionalmente no estamos reconocidos como un pueblo originario mapuche, si no existimos, mal podríamos estar haciendo salud intercultural. En segundo lugar, nuestra medicina, todavía no está aceptada, reglamentada y validada dentro del Código Sanitario y dentro del sistema de salud del Ministerio. Recién esta en estudio, no cierto, de cómo se valida, cómo se relaciona con la otra medicina occidental; entonces al no haber una interrelación entre ambas medicinas no hay interculturalidad” (Machi)

El *Machi* expresa que producto de que aún no están reconocidos constitucionalmente y no se han sentado las bases jurídico-legales para reconocer y validar a la medicina tradicional mapuche, no se está frente a un escenario de poder ejercer una interculturalidad en salud.

A juicio del *Machi*, están influyendo varios factores por los cuales aún no se da una interculturalidad en salud en nuestro país. Él primero apunta a la situación jurídico-legal en términos de poder reconocer, validar y legitimar a la medicina mapuche como otro sistema médico capaz de resolver problemáticas de la población usuaria del sistema de salud público chileno en contextos de diversidad étnico-cultural.

En segundo lugar recalca que existiría una voluntad política del Estado y durante el presente gobierno de la presidenta Bachellet; de regular legalmente la situación de ellos como pueblo originarios e insertarlos en el Código Sanitario y la Reforma de Salud del Ministerio, pero que hay muchos sectores que aún tiene cierta reticencia a establecer acciones que apunten en esa dirección. Él relata que el Colegio Médico principalmente es uno de los sectores en donde todavía no habría consenso al respecto, ya que según él, los médicos están en una postura confrontacional y competitiva, en relación a la eficacia y credibilidad de la medicina mapuche, y por otro lado sectores políticos.

“Aquí, lo que estamos haciendo es una salud complementaria cierto, tratamos de nosotros de poner nuestra sabiduría ancestral, nuestros conocimientos al servicio del público, al servicio del usuario, en complementación con la otra medicina, pero nada más que eso. Todavía no hay una interculturalidad. Todavía el Machi no puede derivar a un paciente a los centros hospitalarios, porque no se valida. El otro día, la semana pasada específicamente, derivamos un paciente al consultorio Santo Tomás, para que lo viera un otorrino, allá en el consultorio se le dijo al paciente, no esto no tiene ninguna validez para nosotros, entonces de que interculturalidad me hablan” (Machi)

En el plano local, vale decir en el propio centro de salud estudiado, se ha logrado implementar a partir del año 2006 un sistema de derivación entre ambas culturas que facilite los procesos de atención de los pacientes que se atiendan indistintamente en

ambos sistemas. Con este sistema de derivación, se estaría desarrollando un incipiente trabajo de complementariedad entre ambos sistemas. No obstante, relata el caso de un paciente que no tuvo acogida en la red social, es decir en otro centro de salud de la comuna.

A partir de este año (2006) por lo menos acá en el consultorio, creamos un sistema de derivación hacia el sistema convencional u occidental como también al sistema mapuche. Hay un documento incluso de qué manera se derivan los pacientes. Los médicos de repente derivan y nosotros también lo hacemos. De esa manera estamos tratando de hacer un complemento. (Machi)

A partir de la aceptación actual de que la enfermedad es un rasgo universal del individuo independiente de su condición étnico, cultural, social, político y económico, es que se ha logrado establecer que todos los grupos humanos desarrollan métodos, creencias, conocimientos y percepciones particulares con el fin resolver las enfermedades que padezcan las personas.

Estas nociones históricamente condicionadas, interactúan en un proceso continuo y dinámico con el patrimonio cultural propio de cada grupo, ya sea manteniéndose o modificándose de acuerdo a procesos complejos que atañen a las sociedades en su conjunto. Dicha situación se hace más notoria cuando la coexistencia de múltiples tradiciones médicas en territorios interculturales, en relación a las diferencias de mundos socioculturales que afectan a los conceptos, creencias y praxis sobre la salud y enfermedad. En el caso de la medicina tradicional mapuche que tipifica las diferentes tradiciones culturales relacionadas con un sistema de poder dominante establecido desde hace siglos, la coloca inevitablemente en un plano inferior y no validado ante el sistema médico occidental dominante. Lo que queda de manifiesto cuando el Machi comenta que aún hay que derribar muchos obstáculos

socioculturales arraigados desde la cultura hegemónica (occidental/medicina convencional):

“En el presente gobierno si creo que esta la voluntad política, pero hay muchas cosas que romper, muchos mitos, muchas barreras todavía, de parte de muchos médicos, del propio colegio médico, de los políticos también. Pero esta la voluntad de muchos sectores, lo veo yo así, yo creo que vamos a llegar, como se llama optimista de que lleguemos a la interculturalidad, pero para eso va a pasar un buen tiempo todavía, es un proceso, estamos muy en pañales.

La cultura, entonces, se encuentra profundamente enraizada en el contexto socioeconómico y de desarrollo social de una sociedad determinada y es sin duda el instrumento primordial para la reproducción social y la lucha por la hegemonía. (Gramsci citado en Citarella et al: op. cit)

“No falta la gente que siempre esta en contra, es lógico, lo entiendo, porque son dos culturas distintas y que siempre a una nunca se le aceptó (mapuche) y ahora entonces empezó a meterse. Es lo que la otra cultura de parte de los médicos dicen: nosotros estudiamos doce o quince años, no cierto, y que venga un señor que nunca ha pasado por la universidad y que venga a competir. Entonces lo ven de esa manera y eso es lo que cuesta entender, que el sistema nuestro es totalmente distinto. (Machi)

Al respecto Gramsci analizó el fenómeno de la hegemonía desde una perspectiva cultural, sosteniendo que la hegemonía de una clase no puede basarse únicamente en el poder económico sino vendría siendo el complemento con una serie de otras formas resultantes del *poder cultural* que:

- a) Imponen las normas culturales ideológicas y de comportamiento que reglan la vida de los integrantes de una comunidad dentro de una estructura social determinada
- b) Legitiman el modelo sociocultural dominante, haciéndolo percibir como forma natural y única de organización social, encubriendo de esa forma su arbitrariedad
- c) Legitiman la situación de exclusión y marginalización en la cual se encuentran las formas sociales y culturales presentes en los sectores de la sociedad que no acceden a las estructuras de poder (Ibíd.)

Lo que expone Gramsci, claramente queda de manifiesto cuando el *Machi* explica que ha tenido que pasar por situaciones altamente discriminatorias por parte de los médicos del modelo convencional u occidental que en nuestra sociedad vendría siendo el dominante, cuando le cuestionan que ellos (los médicos occidentales) han estado en un plantel académico por diez o más años y él no, y que los conocimientos que él dice poseer son también cuestionados o simplemente merecen sospecha como para que ejerza desde la óptica dominante de ellos, un rol de tipo “médico”.

2. Motivos de Consulta

“El tipo de enfermedades que estamos tratando acá en La Pintana son varias y variadas, y las agrupamos en cinco grupos de tipologías: primero estarían las relacionadas con el sistema digestivo, vale decir con aquellas enfermedades al hígado, riñón, úlcera, colón y estómago. Después tenemos otro grupo que serían las enfermedades respiratorias, asma, bronquios y pulmón. Luego un tercer grupo sería referente al sistema nervioso y circulatorio, porque el sistema nervioso siempre esta afectando al corazón. El sistema nervioso tiene que estar bien y tiene relación con la depresión, con los problemas, con el insomnio. Hay un cuarto grupo que tiene que ver con el sistema reproductivo de la mujer, todo lo relacionado con el aparato

urinario, el útero, ovario y matriz. Y por último, tenemos un quinto grupo que es el sistema reproductor masculino, todo lo relacionado con la próstata, la vejiga y en general su aparato urinario y reproductor. (Machi)

Para conocer un detalle más específico acerca de los motivos de consulta y los tipos de enfermedades que ha tratado el *Machi* a las familias entrevistadas, se sugiere ver Anexo N° 2.

En este caso el *Machi*, trabaja con sus pacientes en base a los casos que le van llegando y ha querido establecer una tipología que le permita responder a las exigencias del sistema médico occidental alópata, ya que según él, en la cosmovisión mapuche no es necesario, ya que simplemente su estrategia, por así llamarlo, es utilizar un enfoque integral del ser humano relacionado con su propio ser, su relación con su comunidad y la relación que establece con la naturaleza, no habrían recetas ni reglas.

“El ser humano, en su género es único, por tanto no se puede decir que todos son iguales. La otra medicina trabaja mucho con estadística, entonces dicen ellos (médicos occidentales), el 40% sabemos es resistente a esto, por ende el otro porcentaje es menos resistente o más resistente. Y nosotros no trabajamos así, porque la persona es única, no se puede comparar con otro, hay mucha gente que se muere tomando alcohol y nunca les dio cirrosis hepática; y hay otra que se muere fumando y no le da cáncer al pulmón, pero hay otra que toma un par de vasos de vez en cuando y le da cirrosis, ¿me entiendes o no?; y otro que nunca ha fumado y le da una enfermedad pulmonar” (Machi)

Lo que explica y manifiesta el *Machi*, es sin duda que como cultura ancestral subordinada a la cultura occidental por años en nuestro país, se siguen repitiendo y tal vez implícitamente perpetuando formas de control cultural y hegemonía hacia la cultura mapuche y a un nivel más global, se extendería a toda la Región, entendiendo como tal a todos los pueblos originarios de Latinoamérica. Situaciones similares de hegemonía sociocultural se encuentran también en los continentes africano y asiático.

Hecho lamentable considerando que en nuestro país supuestamente se ha implementado y ejecutado desde el año 2006 una Política de Salud para Pueblos Originarios, una Ley Indígena, y a contar del año 2006 también, se incluiría la Norma Administrativa General N° 16, que aprobaría la interculturalidad en los servicios de salud del país. Sin embargo, ante todas estas disposiciones legales y administrativas, la percepción del *Machi* sigue siendo la de un *no reconocimiento y validación real* de su cultura y medicina mapuche, por parte de la sociedad chilena.

El simple ejemplo que coloca que tuvo que *categorizar* o incluir una tipología de las enfermedades que él atiende a los pacientes consultantes del PSI, como prueba concreta de que es así, nos hace preguntarnos si se están haciendo bien las cosas o no, o qué acciones faltan para que efectivamente en la práctica, en el quehacer cotidiano, los equipos de salud de ambas medicinas, no se sigan entrapando con situaciones tan reveladoras como las que relata el *Machi*.

No obstante, él no cede ante los obstáculos y como a buen entendedor, pocas palabras, resuelve no preocuparse y se ocupa de las adversidades que día a día debe sortear para seguir avanzando en la carrera de la interculturalidad en salud y también en todos los planos que como cultura ancestral requieran par un real reconocimiento de la sociedad chilena.

Entonces cabe la pregunta, ¿por qué una vez más son las culturas subordinadas las que tienen que ceder ante la hegemonía que los atañe?, ¿qué condiciones

socioculturales faltan a la sociedad chilena para que se lleven a cabo procesos reales y efectivos de interculturalidad?, ¿estaremos frente a un nuevo saludo a la bandera o manifestación de principios, que en la práctica no se traducen en acciones y estrategias de superación a la hegemonía sociocultural existente en la sociedad chilena?

3. Perfil de los pacientes

“En general los pacientes que acuden acá a nuestro programa, son pacientes que primero que nada tienen confianza en el Machi, porque ellos lo ven un poco más místico que el doctor, porque el Machi te dice las cosas no te pregunta como el doctor. Como mencionaba anteriormente, aparte de la enfermedad física del paciente, se ve también como el todo, el conjunto de la persona en su integridad, como cuerpo físico, cuerpo vital y el espíritu. Su entorno, su familia, todo lo relacionado con su historia de vida, lo que sucede en el entorno, en el pasado, que tiene que ver con el presente. En definitiva qué está funcionando mal en su casa, en su trabajo, con su pareja, con su hijo o con su hermano, con su madre o padre, o sea con la familia en general y eso de alguna manera tiene mucho que ver con su enfermedad; lo que la otra medicina no ve” (Machi)

El perfil de los pacientes atendidos por el *Machi*, responden claramente a la cosmología mapuche, puesto que él primero que nada deja claro el tema de la fe y la creencia que sus pacientes depositan en él, con evidentes comparaciones entre él y el médico de la otra medicina. Los pacientes sienten que van a ser escuchados sin temor a que se les responda de mala manera, ya que como en la entrevista que se realizó al médico occidental, él mismo comentaba que una de las grandes razones que los pacientes acudían donde el *Machi*, era por un tema de que los pacientes se sentían

mal tratados o no escuchados en sus demandas de salud y por eso había un alto número de pacientes que optaban por atenderse con el *Machi*.

El *Machi* en su análisis aporta otros antecedentes más, explica que en su origen el PSI fue pensado para entregar atención de *Machi* a la población mapuche residente de la comuna, desde que se implementó el programa, se ha dado todo lo contrario, acuden más wuinkas que mapuches.

“Aquí nosotros estamos atendiendo un 80 % de población no mapuche, es harto, sólo un 20% de mapuches. Cuando se pensó tener una posibilidad a los indígenas de acá de la comuna, para que tuvieran atención de Machi, se creía que así iba a ser, pero no, se equivocaron, aquí los wuinkas llegaron en masa, es más en un principio ellos eran un 85 % de los pacientes del PSI. Es ahí donde el otro sistema de salud está muy mal. Muchos de los jefes se preguntaron, bueno ¿que esta pasando con nuestro sistema de salud?, si aquí llegan personas que tienen problemas de VIF(violencia intrafamiliar), drogadicción y falta de oportunidades; entonces nosotros tenemos psicólogos, asistente social...Pero no, la gente anda buscando otra cosa, primero alguien que les escuche, segundo alguien creíble, alguien espiritual, alguien que hable otro idioma, otro lenguaje, que entienda a la masa del pueblo, digamos a la gente común y corriente.(Machi)

Este antecedente que aporta el *Machi*, no deja de asombrar y replantearse qué está pasando con las personas en su búsqueda incesante de tener un bienestar que no atente contra su proceso de salud-enfermedad. Efectivamente algo sucede en el colectivo de las personas de nuestra sociedad que cada vez más busca otras formas de entregar respuestas a sus inquietudes existenciales, sobre todo cuando se trata de su bienestar espiritual, físico, emocional y afectivo.

Habiendo un capital humano en términos de recursos humanos que están al servicio de la comunidad para enfrentar las necesidades y demandas en salud de la población usuaria del centro de salud investigado. ¿Por qué ellos no han sido capaces, a juicio del *Machi*, de recoger y dar respuestas efectivas a esas demandas y necesidades de los pacientes del centro de salud?

Para responder a las acciones ineficaces que tienden actualmente los Estados Nacionales en contextos de una globalización hegemónica, el postulado de la **desigualdad y exclusión**, que están viviendo las sociedades capitalistas como la nuestra, es una proposición que da bastante sentido a las falencias de las políticas públicas en general en los Estados Nacionales, y que en la práctica actúan a un nivel focalizado y paliativo, ejerciendo una **gestión controladora**, como forma de sobrellevar las contradicciones que el mismo sistema capitalista les impone a las sociedades imbuidas en su mecanismo de acción.(Souza Santos, 2005).

“La desigualdad y la exclusión son dos sistemas de pertenencia jerarquizada. En el sistema de desigualdad, la pertenencia se da por la integración subordinada, mientras que en el sistema de exclusión la pertenencia se da por la exclusión. La desigualdad implica un sistema jerárquico de integración social. Quien se encuentra abajo está adentro, y su presencia es indispensable. Por el contrario, la exclusión presupone un sistema igualmente jerárquico, pero dominado por el principio de la exclusión: se pertenece por la forma como se es excluido. Quien esta abajo, está afuera. Así formulados estos dos sistemas de jerarquización social, son tipos ideales, pues en la práctica los grupos sociales se introducen simultáneamente en los dos sistemas formando complejas combinaciones. (Ibíd.: 10)

El autor no puede ser más claro y categórico a la hora de responder a todas las formas de desigualdad y exclusión existentes en el mundo, y es aplicable a todos los fenómenos sociales a estudiar e investigar. Si el *Machi* asegura que su población

objetivo son más wuinkas que mapuches, habrían detrás razones socioculturales de peso, para explicar este fenómeno, como cuando él ejemplifica que la gente llega donde él porque lo ven como alguien cercano, capaz de entablar una relación empática con ellos y que no los va a juzgar ni nada, por el contrario lo ven como un guía espiritual.

Dichas razones socioculturales están basadas en las relaciones verticales que los profesionales y funcionarios en general de la salud, habitualmente ejercen sobre la población objetivo que atienden, una relación marcada por el poder o autoridad que en su rol la misma sociedad le confiere y que las personas que acuden a los servicios de salud entienden también de esa forma, generándose una relación viciosa y controladora que sólo atentan contra la posibilidad de establecer relaciones con énfasis sociocultural más adecuado y eficaz en las prestaciones de salud que se ofrece a la población usuaria en los centros de salud.

La desigualdad está dada por un fenómeno socioeconómico, la exclusión es un fenómeno cultural y social, que apela a la civilización actual de los seres humanos en esta gran aldea global. . (Ibíd.).

4. Medicina Tradicional Mapuche

A continuación el Machi informa de qué manera realiza la recolección de las hierbas medicinales para posteriormente transformarlas en remedios naturales que entregará a lo pacientes que acudan a él:

“A ver dentro de la medicina mapuche hay varios que el Machi debe considerar para abordar a sus pacientes. Partamos por la recolección de las hierbas medicinales que es uno de los métodos de tratamiento en los pacientes. Actualmente hay que ir a buscarlas porque están muy escasas, se están extinguido mucho, y hay mucha gente que se

está dedicando a la recolección de las hierbas, tanto en el sur como en la cordillera, en la costa y en el centro, entonces tenemos que rebuscarlas. En mi caso, cuando tengo tiempo salgo al campo a recolectar las que necesito. Hay gente que se dedica a eso y nosotros le estamos encargando, en estos momentos la Machi del campo también no tiene como recolectar en radios cercanos y tiene que ir a otro lado lejano y mandar a alguien que conozca el uso de las hierbas para traerle las que va necesitando. Está muy complicada la cosa porque las transnacionales están usándolas para la venta en farmacias, tú puedes ver que hoy hay muchos de estos tesitos y de distintas hierbas que la venden como infusión, entonces de alguna manera hay una sobreexplotación de las hierbas nativas” (Machi)

El **Machi** nos propone empezar a entender la medicina mapuche desde la recolección y uso de las hierbas nativas como una de las formas de sanar a las personas, ya que explica que es sólo una forma de sanar que tiene el **Machi** como agente médico. Pasa revista a la sobreexplotación que las hierbas nativas están teniendo producto del afán comercial que empresas transnacionales quieren imponer como una nueva forma tal vez de imprimir un sello de bienestar en las sociedades capitalistas y que en los últimos años hemos visto como ellas han realizado todo tipo de artimañas de levantar y potenciar el uso casi mesiánico de toda forma natural posible que el ser humano pueda acceder (por que ellas no las dan, el bienestar se adquiere y en este caso se comercializa) para, según el enfoque capitalista, tener una mejor calidad de vida, bajar los niveles de estrés, mejorar las condiciones emocionales y fisiológicas del organismo de las personas.

Al fin y al cabo nuevamente “venden una imagen” que hace que las personas “crean” que el tomar esos tesitos les cambiará la vida. Lo lamentable de todo esto es que estas empresas transnacionales al alero del sistema capitalista imperante en la mayoría de las sociedades modernas, no escatiman el perjuicio que provoca en los recursos

naturales, dejando nula la posibilidad de que estos recursos naturales puedan volver a ser renovables, sino que de manera nefasta los extinguen sin juicio alguno. (Ibíd.)

“No hay una reserva, no hay alguien que las pueda ir reponiendo (las hierbas nativas), sino que se van terminando, así vamos a llegar a un momento en que no vamos a tener hierbas(es categórico), como todos los recursos naturales. No previenen (las empresas transnacionales) que se pueden extinguir y no sólo eso, también las grandes forestales están destruyendo los bosques nativos al plantar pinos arrasan con eso, con todo y entonces debajo del pino, del arbolito no crece nada de nada, los suelos quedan inservibles y todo es complicado, al igual que el asunto de las hierbas” (Machi)

“Bueno, como mencionaba antes el Machi tiene muchas formas de sanar: la palabra, la oración, los ritos, las melodías, sus ritmos y canciones. También están los masajes, en fin hay tantas formas. Con hierbas son usados los masajes, otras veces con barro, otras veces con otro elemento, si son preparaciones técnicas, pero son preparaciones de hierbas que están adentro y que le pone no cierto, agua ardiente o alcohol, y se macera, ahí entonces eso se inhala para eliminar infecciones de sinusitis, o todas las enfermedades de tipo respiratorio. Entran en las prácticas de sanación, también los sahumeros, el humo, los baños, el fuego, el agua, toda. El Machi determina en que momento se hace eso, el sahumero generalmente es utilizado para enfermedades espirituales. Claro que la persona no se carga solamente con el mal, también se puede cargar solo, si tú te pones muy negativa, te cargas negativamente, que no creo, que esto otro, todo, entonces tú te estás cargando por tu propia negación.”(Machi)

El uso de elementos naturales como el agua, el fuego y la manipulación de éstos en otras formas de curación, son métodos que el chamán en la cultura mapuche produce y reproduce como respuesta de reciprocidad a los designios de sus ancestros o familia sagrada que se encuentran en el *Wenu Mapu*, para guiarlo y dotarlo de toda la sabiduría necesaria al servicio de los enfermos que tendrá que sanar. (Citarella et al, op. cit.).

Se conjugan todos los elementos rituales que el *Machi* pone en práctica para lograr llegar a dar respuesta de la enfermedad del paciente, y por qué la padece y de qué manera está relacionado con su comunidad o entorno más cercano y de su relación con la naturaleza. Será competencia de él, saber a qué tipo de enfermedad dentro de la etnoclasificación de enfermedades correspondería, según la cosmología mapache. (Ibíd.)

Alude que la espiritualidad o el estado de esa espiritualidad, puede desencadenar en la persona daños tan graves al punto de negarla o no visibilizarla.

“Hay enfermedades en donde nuestra medicina no puede llegar porque son competencia de la otra medicina, por ejemplo un caso de apendicitis grave casi peritonitis, indudablemente que si me llega un paciente con esas características no podré hacer nada. Acá sólo una cirugía podría salvarlo, incluso de la muerte, no hay hierba que lo pueda salvar en esa instancia. En mi consulta particular tengo varios casos de sida que estoy tratando, uno que se ha mejorado, que se ha salvado totalmente, y otros de cáncer terminal también he logrado estabilizarlos. Acá en el consultorio no hemos tenido casos; pero hemos salido adelante con mucha gente crónica, asma crónica, neurosis crónica, depresión crónica” (Machi)

En el relato anterior, se puede constatar que la medicina mapuche también al igual que la occidental alópata, tiene alcances de curación y tratamiento. Menciona como situación límite casos de apendicitis o peritonitis, que sin duda dependen de una cirugía médica para que el paciente no muera o se agrave aún más. No obstante, recalca que hay otras enfermedades igual de gravísimas que si puede sanar la medicina mapuche, al respecto cita ejemplos de casos de sida y cáncer avanzados o terminales.

5. Cultura Mapuche

Para efectos de la presente investigación, se ha preferido consultar sobre los aspectos relevantes o concernientes a la estructuración de la cosmovisión mapuche y cómo ésta influye determinadamente en la orgánica y dinámica de la medicina ancestral mapuche. Esta explicación cabe, para que los lectores no crean que el tema de la cultura mapuche se acota a eso solamente, sino que por el contrario, hay muchos otros senderos que conocer al respecto y este relato, pertenece sólo a una parte de la amplia significación que la cultura mapuche posee y que de paso, es tarea de todos indagar y conocer aún más sobre ella. Tomando en cuenta que vivimos cada día más en contextos de diversidad étnico-cultural con dinámicas sociales muy complejas y pluriculturales, no tan solo aquí en nuestro país, sino que en todo el orbe.

“Voy a hablar del tema de la religiosidad de nuestra cultura, que es bien compleja, pero necesaria para que se entienda un poco la cosmovisión nuestra por la que nos paramos para poder, en mi caso ver que le sucede a una persona cuando enferma. Esto tiene que ver con la sabiduría, tiene que ver con la energía, tiene que ver con la fe y tiene que ver con la magia. ¿Qué es lo que es la magia?, es transformar un elemento en otro, eso es la magia, entonces cómo se transforman los elementos de una cosa a otra cosa. Nosotros estamos haciendo magia en todo momento, en la vida práctica, en la vida

diaria. Cuando tú tomas una hoja de hierba y le echas agua hervida y le pones otra cosita, entonces tú dices: este es un remedio o un medicamento, tú en ese momento estas haciendo magia de transformar eso en medicamento. En la otra cultura(occidental), cuando tú vas a misa, el cura también hace magia durante la misa, usa el pan, usa el vino, a través de un rito, de oraciones y la fe de la gente, no cierto, convierte el pan en cuerpo y convierte el vino en sangre. Cuando de repente el cura dice: bueno este el cuerpo de cristo, que pasa en ese momento, todo el mundo vio eso, y eso es fe y creencia, eso es ritual. Para los que no creen es una tontera, pero para los que creen en eso no” (Machi)

El *Machi* extrapola la magia ritual a la cultura occidental, aludiendo al tema de la fe y la creencia de las personas, entonces apela a que la identidad cultural que construyen las personas no importando su etnia o cultura, construyen de la misma manera su identidad cultural, ese sello característico y propio que les hace ser únicos e irrepetibles. Mediante sus diferentes procesos de socialización desde los más primarios a los más elaborados luego de ser adultos, vale decir su capacidad más abstracta de entender y comprender los significados de las cosas o elementos culturales que están influyendo constantemente en su cotidiano vivir.

El ejemplo que instala de la transformación de elementos culturales que el cura utiliza en la celebración de misa, es un muy buen ejemplo que responde a la eficacia simbólica cuando se manipulan elementos culturales en pos de entregar elementos culturales significantes para la construcción de identidades en los seres humanos. Estas creencias que van forjando nuestras identidades culturales no son cuestionables ni juzgadas por los otros, ya que todos los seres humanos estamos conformados bajo un entramado de significados, de un mundo simbólico único, distinto y diverso que responde a nuestra existencia en el mundo. Por lo que nadie podría plantear que los

seres humanos no estamos constituidos de creencias o algo por el estilo, es nuestro ADN, nuestro sello distintivo.

El tema muy distinto es que mis creencias no subordinen a otras creencias de otros seres humanos, y esa es la gran tarea de nuestras sociedades actuales, sobre todo en las de corte capitalista, ya que bajo el sistema neoliberal, se pretende o se quiere hacer ver a las personas que vivimos en una aldea global diversa e interconectada. Si bien esa premisa que los capitalistas se jactan en una primera lectura es cierta; en una segunda lectura más profunda y analítica no lo es, por cuanto ellos disfrazan la realidad de estas creencias humanas, pretendiendo hacerlas homogéneas, cuando por naturaleza son heterogéneas, sino no se explicaría que nuestro mundo cada día tiene más y más contextos de diversidad étnico-cultural en todo el mundo.

Esa es la gran debilidad y deuda que las sociedades capitalistas tiene hoy en día, bajo el alero de un modelo de desarrollo económico miope que sólo busca garantías económicas, la máxima rentabilidad de las ganancias, de esas que sólo tienen las grandes empresas transnacionales que literalmente se *comen al mudo y de paso arrasan con todas las identidades culturales de los seres humanos que habitamos el mundo actual*.

El ***Machi***, en un lenguaje muy sencillo, fue capaz de reflexionar, sobre cómo las formas de interactuar entre las personas, a través de la fe y sus creencias son capaces de construir mundos simbólicos compartidos, absolutamente comprensibles y aceptados socioculturalmente.

Entonces la pregunta es por qué nos cuesta tanto entender a los que por su conformación étnica o cultural es distinta a la impuesta en el mundo de occidente. Tal vez la hegemonía implantada por siglos en la humanidad, han elucubrado formas de acción tendientes cada vez más a confundirnos y andar bajo un velo inconsciente de conocimientos y comprensión verdadera del mundo en el que actualmente existimos y nos conformamos como sujetos diferenciados socioculturalmente, pero

incapaces de accionar cambios que nos unifique a quitarnos este velo o manto de ignorancia. O bien es que si tenemos claridad la gran mayoría de los seres humanos que habitamos el orbe; y son algunos, los que ostentan el gran poderío económico y de poder político; que quieren seguir entregándonos fragmentos de una sociabilidad profunda que permita cambiar el paradigma de construcción e interacción social entre los seres humanos.

Posteriormente el relato del *Machi*, apunta a comprender la religiosidad que está implícita en la cultura mapuche, en casos que atenten o no contra el proceso de salud-enfermedad de los seres humanos.

“Eso es lo que la gente llaman brujo y que en la cultura mapuche no existen, pero en este caso podríamos asimilarlo como el Kalku, pero ellos son personas con mucha sabiduría, con muchos conocimientos que saben aplicar distintas técnicas. Con su energía divina, tienen que transformar un elemento en otro, a través de la oración, de un rito, convertir no cierto, una cosa en otra, eso lo saben los sabios, los que conocen los secretos de cada materia de cada energía, como usarla, si para el bien o el mal. No es lo mismo que un Machi, son conocedores de muchos secretos, en el fondo son sabidurías ancestrales que manejan. De ahí nace lo que se llama la ciencia oculta, de ahí nacen todas las magias negras, la magia blanca. Entonces eso depende como usen estos conocimientos, el nombre que le van dando. El Machi, sana, esta haciendo todo lo contrario de los (largo silencio, continúa), también no tendría por qué no, porque ambos son dos sabios, dos conocimientos, y es que en definitiva en nuestra cultura no existe el mal o el bien, hay muchas cosas que son malas para algunas personas y que para otras son buenas. Por ejemplo: si tú quieres casarte con un joven bueno, Juan Pablo y él no te pesca y tú estás locamente enamorada de él, entonces tú vas donde

el kalku, donde una mujer sabia u hombre de estos sabios, y le comentas yo quiero casarme con Juan Pablo porque estoy enamorada, quiero que él se me acerque y me diga que sí quiere casarse conmigo. Entonces el kalku arma muñeco, es una de las técnicas, le pone nombre al muñeco, Juan Pablo, y ella o él con toda su energía llama a Juan Pablo y tú tienes que querer a esa mujer, te lo ordeno y que te cases con ella; y la fe tuya y la del kalku o el brujo hace que eso sea posible. Entonces eso es bueno o es malo, para esa mujer será muy bueno y para otras será malo, exacto son situaciones que se van planteando en la vida con lo que esta ahí; tú lo utilizas, simplemente le das sentido” (Machi)

En este párrafo, el **Machi** da la explicación concerniente a cómo se van construyendo realidades desde un plano de la fe y las creencias llevado a un plano cotidiano de las personas. Comenta que es un complejo mundo de comprender sobre todo para la cultura occidental, que tiene otros parámetros de religiosidad en lo que respecta a la categorización del bien o del mal.

Tal como señala él, en la cultura ancestral mapuche no existe ni el bien ni el mal. Por eso coloca el ejemplo de un kalku que oficia de brujo para ejecutar una magia, en este caso magia negra para dar respuesta a una petición sentimental de una mujer que se encuentra enamorada de un hombre que no le corresponde. Aquí queda de manifiesto como en la cultura mapuche operan mecanismos de creencias ancestrales y sagradas que van articulando su existencia en el mundo y de cómo los seres humanos que pertenecen a esta cultura, conocen y entienden que las cosas funcionan de tal manera, sin cuestionamientos si son buenos o malos, para ellos es el significado de la vida, por así llamarlo el destino de cada ser en esta tierra, en el **Neg Mapu**.

La similitud que él sigue manifestando entre ambas culturas y en realidad en todas las culturas del mundo, operan bajo la misma lógica de las creencias y la fe, esa *malla de*

significados individuales y luego colectivos que van conformando la identidad cultural de las sociedades o de los pueblos.

CONCLUSIONES

Al finalizar la presente investigación, lo primero que hay que manifestar es que en nuestro país todavía existe un trabajo incipiente en relación a la práctica efectiva de una salud intercultural entre el sistema biomédico que pertenece a la cultura occidental y el sistema médico tradicional mapuche que responde a la cosmovisión de la cultura mapuche.

Lo anterior, se fundamenta en que las estrategias de acción que ha implementado el Estado chileno, a través de la Política Pública de Salud para los Pueblos Originarios, impulsada durante el gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet en el año 2006; en el Centro de Salud Santiago Nueva Extremadura, no se está llevando a cabo el enfoque necesario que la misma política planteaba como deseable para la construcción de un modelo con *equidad e interculturalidad* en salud en contextos socioculturales diversos como lo es nuestro país.

Situación muy lamentable, ya que como relataba el Machi, se está “*muy en pañales*” en el país en lo que a interculturalidad se refiere, puesto que él parte de la base de que si bien existe una Ley Indígena N° 19253, no “reconoce” a los pueblos originarios existentes en el territorio nacional, sólo los menciona a modo de una declaración de principios. Lo que por supuesto, para todos aquellos pueblos indígenas del país, perjudica en el ánimo de cualquier intención de integrarlos a la sociedad chilena, muy por el contrario ellos se sienten segregados o excluidos de cualquier política pública que impulse el Estado chileno.

Durante la presente investigación se constató que sigue habiendo una línea unilateral para proponer estrategias y acciones tendientes a la construcción de una interculturalidad ampliada a todas las áreas necesarias de integrar para con los pueblos originarios. Esto es: se sigue pensando y actuando desde la óptica de la

sociedad y cultura dominante, la cultura occidental, con un fuerte acento hegemónico para con las culturas de los pueblos indígenas.

Persisten prácticas de subordinación hacia esos pueblos y no se les concibe como pueblos socioculturalmente distintos, se vuelve a plantear y se habla desde una perspectiva “idealista”, pero desde la visión de la cultura occidental. Dicho idealismo en la práctica se transforma en una falacia que engaña a todos los actores involucrados, en el sentido de que se cree que se está trabajando bajo un paradigma intercultural, pero lamentablemente no es así.

Se les propone a los pueblos originarios iniciativas, programas e intervenciones que son pensadas desde la óptica occidental y no a partir del conocimiento recíproco que supuestamente debiese existir en contextos de diversidad étnico-cultural como lo es nuestro país.

A modo de ejemplo, el mismo médico convencional que trabaja en el centro de salud investigado, reconoce, que la instalación del PSI, les ha servido a ellos como equipo de salud occidental “*resolver problemas de mala atención al público y cobertura*”, que son falencias de su propio sistema de salud. Sin embargo, la génesis de implementar un PSI en el centro de salud investigado, respondía a la necesidad de otorgarle a la población indígena de la comuna, atención médica tradicional de su cultura, vale decir atención de Machi. (Melinao, op.cit.)

De manera tal que, desde que nació el PSI en el año 2001 a la fecha, se ha ido distorsionando o derechamente cambiado los principios regidores que impulsaron la iniciativa piloto de ofrecer a la comunidad un centro de salud con enfoque intercultural. Ahora bien, al decir de los propios relatos de las familias entrevistadas, ellas no visualizan estas problemáticas, sino que declaran lo que ha significado para ellas el atenderse con el Machi, como otra opción de saber a cerca de sus

enfermedades y como poder enfrentarlas desde la perspectiva de la medicina tradicional mapuche.

Se puede constatar que en las familias no mapuches entrevistadas, hay una valoración importante en relación a la cultura mapuche como tal, pero también hay mucho desconocimiento acerca de ella, vale decir, de su cosmovisión, de su medicina, de sus creencias y formas de vida. Los conocimientos que estas familias poseen son a un nivel muy básico y que lograron incorporar mediante sistemas de socialización primario y secundario, como son la familia, la escuela, medios de comunicación y en muy pocos casos se comprobó la participación de actividades y festividades mapuches.

De lo que practican las familias mapuches urbanas y las rurales, aún se mantiene la creencia que todas funcionan de la misma manera y claramente no es así, hay claras diferencias entre una familia mapuche urbana y otra rural actualmente. (Saavedra, op. cit.)

En este punto se puede desprender la idea de que existe bastante desconocimiento de la sociedad chilena en general acerca de los pueblos indígenas del país. Entonces cabe preguntarse ¿por qué si se han promovido una serie de estrategias y acciones que incluso están institucionalizadas como programas o políticas públicas para el abordaje con estos pueblos, aún hay una percepción de qué no se han hecho las acciones pertinentes a establecer un puente de interacción eficiente entre ambas culturas?

Nuevamente se comprueba que el control cultural que ha establecido la cultura occidental como cultura dominante hacia la cultura mapuche, ha generado consecuencias nefastas para el pueblo mapuche, produciendo una fuerte pérdida de identidad, e incluso ha favorecido cambios generacionales de las familias mapuches rurales a las urbanas, grandes fisuras entre ellas, producto de los procesos de migración y por ende desculturación, que ha traído consigo la adopción de prácticas

occidentales en contextos de modernización y globalización. (Bonfil Batalla, op. cit; Saavedra, op. cit.)

Como ejemplo de dichas prácticas se puede mencionar el consumismo, los bajos niveles de solidaridad entre las propias familias, la connotación negativa que las familias mapuches urbanas le dan a su origen indígena cuando han sufrido fuertes discriminaciones a nivel social. Sin ir más lejos las familias mapuches entrevistadas, narraban, que padecieron de actos de discriminación cuando fueron a la escuela, en la búsqueda de un trabajo o en otra instancia social cuando debían interactuar con personas occidentales o *wuinkas* como les denominan ellas.(Ibíd.)

Inclusive hubo una familia mapuche que rememora los alcances y triunfos históricos que tuvo el pueblo mapuche durante la conquista de los españoles y lo recalca con una fuerte carga emocional y que, según él, hasta el día de hoy, esa indeferencia e indolencia de la sociedad chilena occidental, duele en lo más profundo de ellos como pueblo indígena que luchó históricamente por mantener a su pueblo sin el dominio de la conquista española y posteriormente de la colonización, que terminó menoscabando toda forma de resistencia y lucha por mantener su independencia como pueblo.

Las contradicciones y discordancias más marcadas se evidencian en los relatos, tanto del médico representante del modelo occidental como del Machi, como agente médico de la medicina mapuche.

Por un lado, el médico occidental declara que la interculturalidad en salud es necesaria y favorable para trabajar entre ambos equipos médicos que conforman ambos sistemas médicos, él reconoce también que aún no se alcanzan niveles de complementariedad y reciprocidad entre ambas medicinas que permitan efectivamente trabajar, desarrollar y abordar prácticas con un enfoque intercultural en salud.

Comenta que debiese ampliarse el campo de adquirir los conocimientos en los planteles universitarios, en las carreras relacionadas con el ámbito de la salud, acerca de su cosmovisión, sus propios sistemas de salud y agentes médicos, para poder comprender de mejor manera cómo entienden las culturas originarias el proceso de salud-enfermedad.

El médico occidental, alude también las falencias del propio sistema de salud occidental, como son la adecuada capacitación a los equipos de salud en sistemas de salud con enfoque étnico-cultural, cosmovisión de los pueblos originarios, identidad y lengua originaria, prácticas de formas de vida, con el propósito de que los equipos de salud occidental comprendan mas adecuadamente la realidad sociocultural que viven los pueblos indígenas en nuestro país.

Apuesta a que desde los auxiliares, asistentes, administrativos y profesionales debiesen recibir capacitaciones de calidad y con carácter culturalmente pertinente para poder acoger y resolver de forma óptima las demandas y necesidades de la población usuaria indígena en los servicios de salud a lo largo del país y sobre todo en donde hay una alta densidad poblacional indígena.

Con respecto al análisis que emite el Machi, considera que lo más relevante para él es que de una vez por todas se les reconozcan constitucionalmente como pueblos indígenas en la Ley Indígena N° 19253, ya que es el primer paso decisivo para poder encaminar procesos verdaderos de reconocimiento, valoración y legitimación de todas las prácticas socioculturales que les pertenece como culturas distintas y diversas en términos étnico-cultural en la sociedad chilena.

Para él, el logro jurídico-legal sentaría las bases que propicien construcciones institucionales entre ambas culturas (la occidental y la mapuche) que lleven a establecer acciones específicas en la organización y provisión de los servicios públicos y estamentos del Estado chileno para la promoción de estrategias de acción

que favorezcan una real apertura a la definición de programas sociales en las diferentes áreas que los pueblos indígenas requieran resolver como legítimas necesidades y demandas para mejorar sosteniblemente su calidad de vida con un enfoque de identidad cultural y territorial.

Particularmente en el ámbito de la salud intercultural, él explica que, a partir del reconocimiento constitucional del Estado chileno, las tareas pendientes en términos de validación y legitimación que ellos necesitan como agentes médicos de la medicina tradicional mapuche capaces de resolver las demandas de salud de la población mapuche y también la no mapuche, son la inserción en el Código Sanitario y la Reforma de Salud del Ministerio.

Cabe señalar que al momento de la entrevista realizada al Machi estaba en proceso la aprobación de la Norma Técnica Administrativa N° 16, que establece que en todos los servicios de salud del país, debiese incorporarse el enfoque intercultural, principalmente donde existan altas concentraciones de población indígena y también como contribución a la sociedad en su conjunto en el entendimiento de que es otro sistema de salud que está al servicio de la población usuaria de los servicios de salud público del país.(Norma General Administrativa N° 16, 2006)

Finalmente, debido a los antecedentes teórico-prácticos que se han recogido y, de las políticas nacionales y locales que se están impulsando e implementando, en relación a cómo debiera darse en la práctica la Interculturalidad en Salud en los Centros de Salud que se encuentran abocando sus esfuerzos para que se den las condiciones necesarias y generar una política y estrategia de salud intercultural; es que se ha concluido que efectivamente en el Centro de Salud Santiago Nueva Extremadura no se está desarrollando un proceso de acercamiento entre los modelos biomédicos y tradicional.

Se apreció una escasa complementariedad entre ellos, lo que finalmente juega en contra de un supuesto avance en el desarrollo actual del PSI que se está llevando a cabo en dicho centro de salud. Razón por la cual, se requiere llevar adelante un proceso de conocimiento, descripción y validación que permita generar, favorecer y entregar un verdadero reconocimiento de la importancia y de la proximidad que debiera existir en contextos de pluralidad étnica entre ambos modelos médicos.

Con respecto a las tres Hipótesis planteadas en la investigación, se procederá a su validación o no.

En la **hipótesis N° 1** se comprueba totalmente, ya que de acuerdo a las diversas investigaciones que están realizando muchos profesionales tanto del área de la salud, como de las ciencias sociales y otras especialidades, se constata que la medicina tradicional mapuche y la de otros pueblos originarios está aún vigente, rompiendo con cualquier mito o escepticismo occidental que no avale su existencia.

Reconocidas y avaladas son las investigaciones que por ejemplo están realizando profesionales de la Universidad de la Frontera en la ciudad de Temuco en la IX Región de nuestro país. Gracias a estos estudios se ha podido conocer y comprender de qué modo la medicina tradicional mapuche impacta directamente en la salud de las personas, sean éstas mapuches o no mapuches. (Citarella et al; op. cit.)

De esta manera se ha podido apreciar como la o (el) Machi, adquiere sus conocimientos ancestrales y milenarios para dejarlos a disposición de su comunidad y sanar sus enfermedades.

Sabemos entonces que el uso de plantas medicinales es un arte transmitido de generación en generación sólo entre las (o los) Machis. (Ibíd.) También se está al tanto de que de acuerdo a la cosmovisión mapuche la o (el) Machi concibe la enfermedad de manera integral y que entre sus métodos de diagnóstico, el más

importante es el análisis de la orina, no un análisis a través de los cinco sentidos, sino al sentir la esencia de la misma. (Ibíd.)

En definitiva la importancia y relevancia que la medicina tradicional de los pueblos originarios ha concitado en distintos sectores de la comunidad científica de nuestro país ha favorecido y enriquecido notablemente el conocimiento acerca de ella y de sus actuales manifestaciones como otra forma eficaz de sanar las enfermedades de las personas pertenecientes a comunidades indígenas como a la población usuaria del sistema de salud público chileno en general.

Con respecto a la **hipótesis N° 2** se prueba a medias, puesto que si bien el Estado chileno ha realizado considerables esfuerzos para con las demandas de los pueblos indígenas no son suficientes para abordar en plenitud la concreción de ellas. Esto se demuestra principalmente en el aspecto jurídico-legal al compararla con otras realidades de países latinoamericanos.

La eventual manifestación a favor del Estado chileno de las demandas de salud y otras temáticas con pertinencia étnico-cultural de los pueblos originarios, se queda en un plano de mera declaración de principios, puesto que el argumento más veraz es que aún el Estado chileno *no* logra el pleno reconocimiento de las 9 etnias citadas en la Ley Indígena que data del año 1993.

En ese sentido el Estado chileno aún está en deuda con los pueblos originarios de nuestro país y es fundamental promover cambios sustantivos a nivel político y que esos cambios puedan traducirse en una nueva Ley Indígena o de lo contrario que se produzcan modificaciones que contemplen efectivamente un reconocimiento jurídico-legal para con los pueblos indígenas del país.

Sin ir más lejos y a modo de ejemplo, se puede citar la experiencia en términos jurídico-legal de la legislación colombiana, en donde en ese país Latinoamericano se

han realizado notables esfuerzos de equiparar las igualdades jurídico-legales para con sus pueblos originarios y con todos aquellos ciudadanos que socioculturalmente son distintos a la clase dominante de su país.

La experiencia colombiana se ve reflejada en su código penal que estableció: *“la inimputabilidad por diversidad sociocultural para delitos de comprensión cultural; la inimputabilidad establece que quien comete un hecho antijurídico, si argumenta diversidad sociocultural, debe ser inimputable y la pena que se establece es el reintegro a la comunidad de origen”*. (Vladimir, op.cit.: 90) *“Es decir, en el caso de un indígena, él debe purgar la pena en el resguardo, debe ser resguardado sin salir del territorio bajo la vigilancia policiva de la autoridad indígena, o lo que es lo mismo que obtener domicilio por cárcel”* (Ibíd.: 90).

No obstante, se aclara que si bien ese país ha logrado una interpretación más inclusiva y pertinente a los casos de delitos por comprensión cultural en los indígenas de ese país; ni la norma ni la misma interpretación ofrecen protección a los actos culturales cometidos fuera del territorio indígena y es precisamente fuera de los territorios donde los indígenas son vulnerables y propensos a cometer errores culturales; lo que sería válido para todo ser humano culturalmente definido y un error de carácter cultural no procede como un crimen. (Ibíd.)

La experiencia colombiana nos demuestra que al Estado chileno le cabe tomar como fiel ejemplo ésta y otras experiencias de diversidad sociocultural y replicarlas bajo el contexto chileno, para comenzar a trazar nuevos caminos que lleven efectivamente a una comprensión en materia de interculturalidad más amplia y compleja.

Finalmente la **hipótesis N° 3** también se comprueba a medias, ya que ni las estrategias y acciones que el Estado chileno ha implementado a través de sus políticas públicas han logrado un verdadero enfoque intercultural que permita abordar con mayor inclusión y pertinencia la diversidad sociocultural que presenta nuestro país.

Un ejemplo concreto de ello es lo que está sucediendo en el ámbito de la salud intercultural en los servicios de salud del sistema público del país; en cada uno de los Programas de Salud Intercultural implementados en los servicios de salud, como son por ejemplo en la Región Metropolitana y IX región, aún sigue predominado la cultura dominante, es decir la cultura occidental.

Lo anterior se ve reflejado en que los médicos occidental cada acción sociocultural que establezcan con los pacientes indígenas lo hacen desde la mirada occidental y no desde un enfoque intercultural, lo que claramente atenta contra el principio fundamental de *equidad* que la Política de Salud y Pueblos Indígenas se había propuesto como eje ordenador de la misma política. (MINSAL; op. cit.)

Durante la investigación se constató a través del relato del Machi que, como médico de la medicina ancestral mapuche, ha presentado varias dificultades a la hora de ser reconocido y validado como tal entre los médicos occidentales del centro de salud Santiago Nueva Extremadura de la comuna de La Pintana. Señala que en una oportunidad él derivó al médico occidental un paciente que, según él, su diagnóstico era que presentaba problemas al oído, por lo que correspondía la intervención del especialista; y el médico occidental lo rechazó, por lo que la *reciprocidad* y *complementariedad* entre sistemas médicos no procedió en tal caso.

Para lograr un verdadero enfoque intercultural entre el sistema occidental y tradicional mapuche, lo primero que se constata es que aún persiste falta de información y por tanto de conocimiento pleno e integral de lo que constituye un cambio de paradigma en la atención de salud en contextos de diversidad sociocultural.

La concepción de *alteridad* dentro de contextos de diversidad étnico-cultural, esto es la capacidad de empalzar, entender y comprender la cosmovisión del otro y otros sin menoscabar la propia ni la de los otros (Vladimir, op.cit), aún no es comprendida en

el Estado chileno como el camino primero para emprender un puente eficaz de un cambio de paradigma que permita establecer relaciones de construcción socioculturales con una interculturalidad consciente y real.

Los equipos médicos occidentales aún poseen insuficientes conocimientos que puedan entregar una mejor y mayor comprensión del fenómeno de la diversidad sociocultural, lo que claramente imposibilita cualquier avance en pos de concretar acciones y estrategias que permitan un abordaje intercultural en materia de salud.

Llama la atención el carácter de promoción y prevención que los usuarios del PSI tenían a la hora de optar por un modelo de medicina tradicional mapuche, por cuanto al trabajo social se le incorpora una nueva arista de intervención, es decir la mirada socio-antropológica que esta inserta en cada cultura y sociedad con la que se pueda trabajar e intervenir. En ese sentido se contempla como desafío, ya que estaría rompiendo con el carácter asistencialista que históricamente la profesión ha venido ejerciendo en la población objetivo de su intervención.

Es en este contexto que se hace urgente conocer previa y seriamente las representaciones socio-culturales que tienen las personas, cuando se requiera desarrollar una intervención social con ellos, sea cualquiera la índole de esta. Sólo así, se logrará una verdadera comprensión de los fenómenos sociales y culturales que presenciamos a cada minuto a nivel mundial, no hay que olvidar que las minorías que en la actualidad constituyen los nuevos actores sociales de los tiempos de la globalización, como son las mujeres, los jóvenes, las minorías sexuales y étnicas, por el alto contenido simbólico que estos grupos sociales encuentran en las sociedades.

Es hora de atender a los nuevos escenarios que nos entrega la sociedad moderna y así ir recogiendo, a través de un proceso de *investigación-acción* el devenir de los individuos pertenecientes a culturas y sociedades en particular, como también a la gran sociedad y cultura que el sistema mundial imperante viene construyendo hace

años. No se puede obviar que estamos ante la presencia de fenómenos socioculturales fundamentales para comprender los comportamientos de los grupos humanos y sus respectivas necesidades y problemáticas, que sin duda ya no son las de antaño.

En la comprensión del relato de uno de los usuarios del PSI, hacía mención a que simplemente él se atendía con el Machi porque lo escuchaba y el médico occidental del consultorio lo atendía en “*cinco minutos*”; entonces en su relato se manifiesta claramente el principio básico de la cosmovisión mapuche como pueblo originario, y es que todo ser debe ser escuchado y tratado en toda su dimensión, como un ser integral y no como un objeto que viene y va.

En este ejemplo se puede dar una lectura sociocultural en el sentido de que esa persona va atenderse por una enfermedad determinada, pero es la consecuencia de algo mayor y más profundo y él mismo responde que es su propia familia, ya que se comunican muy poco y que cada uno hace lo que quiere, pues bien para encontrar una respuesta socioculturalmente adecuada a él, recurre a una lugar en donde sabe que lo van a tratar como si ellos fueran “*su familia*”.

Es de esperar que el desafío en los equipos médicos occidentales de los servicios de salud del país se manifieste y profundice aún más, al igual que el trabajo incipiente pero conciente y pleno que han podido desarrollar algunos equipos occidentales multidisciplinarios en el ámbito de la salud en la IX Región principalmente y de la Red de Salud Intercultural de la Región Metropolitana.

Finalmente se anhela que el desafío intercultural se amplíe a todos los sectores de la sociedad chilena para que realmente podamos señalar y manifestar que somos un país pluriétnico.

HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN

Durante la presente investigación los hallazgos encontrados son varios y responden a los cambios que se han suscitado en el mundo entero, producto de la globalización y sus procesos de modernización, tecnologización e Internet. Se pretende dar a conocer las nuevas realidades que las familias mapuches urbanas presentan y sus diferencias con aquellas familias mapuches rurales en la actualidad.

Además de estar al tanto de cómo las familias no mapuches viven sus propios procesos de salud-enfermedad, al igual que las familias mapuches, frente al fenómeno del mestizaje ocurrido hace siglos en la historia de nuestro país, y cómo este fenómeno, transformó toda forma de vida, tanto para familias mapuches y no mapuches, en lo que respecta a su identidad cultural.

Otro elemento a considerar es el rol que cumple la política pública actualmente para con los pueblos originarios en relación a la salud intercultural en nuestro país.

Como primer hallazgo se ha constatado que actualmente asistimos a una especie de *folclorización* de las costumbres y tradiciones de los pueblos originarios en nuestro país, y como tal esta realidad se extiende en el resto de los países latinoamericanos con población indígena.

A excepción de muy pocos casos, se estaría usurpando de los conocimientos ancestrales de los pueblos indígenas para fines estatales, comerciales, políticos, turísticos, bajo el alero de un modelo capitalista que sólo pretende folclorizar a estos pueblos y entregar a los Estados Nacionales a los cuales pertenecen, un mero rol redistributivo con el fin encubridor, según los acreedores del sistema capitalista, de focalizar o paliar medidas sociales que apuntan a un fuerte asistencialismo y exclusión social que sólo acrecienta más la pobreza y marginación de los pueblos indígenas.(Kottak, op.cit; Souza Santos, op.cit).

En segundo lugar, se plantea el descubrimiento de que existen importantes diferencias entre las familias mapuches urbanas y rurales en nuestro país, ya que como primer elemento de análisis se verifica este hecho producto del fuerte y tal vez nefasto mestizaje que se generó en la época de colonización y post-colonización.

El mestizaje trajo consigo hechos históricos con fuertes y marcados procesos de aculturación que fueron paulatinamente mermando la identidad cultural ancestral de la cultura mapuche y también de otros pueblos originarios del país y Latinoamérica.

Se ha confirmado que las familias mapuches entrevistadas en la presente investigación, han asimilado elementos culturales de naturaleza *impuestos y ajenos* en su experiencia de aculturación, pero que han sabido transformar en un repertorio sociocultural *adecuado* en su experiencia de enculturación. (Bonfil Batalla, op.cit)

Otro descubrimiento que apunta a esta misma línea, tiene que ver con las diferencias existentes entre las familias mapuches urbanas y rurales, en términos de cómo viven actualmente su identidad cultural, puesto que las familias mapuches rurales, en un alto porcentaje han mantenido los elementos culturales que le son propios a su cultura originaria; su lengua originaria, el mapuzungun, sus costumbres y tradiciones las han seguido practicando y enseñando a las nuevas generaciones con el fin de perpetuar y contribuir a la preservación de la cultura ancestral mapuche.(Ibíd.)

De esta manera, no es extraño que la mayoría de los programas gubernamentales, ong's y entidades internacionales, pongan sus ojos en las comunidades mapuches de origen, ya que cada uno de los programas de desarrollo, social, económico y cultural, han ofrecido mayores y mejores resultados en términos de logros para con las comunidades mapuches. A juzgar por la verdad, claro esta, que los logros debiesen ser más efectivos, pues la pertinencia del contexto y las condiciones de mantener la vigencia de los elementos culturales que conforman la cultura ancestral mapuche están vivas y presentes en estas comunidades.

Al contrario, esta el escenario en el cual se encuentran inmersas las familias mapuches urbanas, que con el ritmo de la vida moderna, no favorece establecer condiciones que le permitan a éstas familias desarrollar sus tradiciones y costumbres como lo pueden hacer las familias rurales.

No obstante, las familias mapuches urbanas dejan de manifiesto que si bien han tenido que adaptarse a las condiciones de vida de la cultura occidental y tomando en cuenta que además opera como cultura dominante; ellos han mantenido sus creencias firmemente. Situación que les ayuda a no olvidar ni sepultar su cultura originaria, como ellas mismas señalan, se han tenido que alejar un tiempo, pero la llevan consigo siempre.

Indistintamente de las condiciones socioculturales, económicas y políticas que se puedan encontrar tanto en las familias mapuches urbanas como las rurales, la cosmovisión de la cultura mapuche ancestral no ha sufrido cambios, se mantiene intacta y esto se explicaría por el proceso inherente del ser humano de creer en algo y por consiguiente formar su propia identidad cultural. (Dahse, 1991; Kottak, op.cit)

En esta incesante búsqueda en inherente necesidad de todo ser humano de creer en algo que oriente su existencia, es que no es difícil de comprender porque asistirían más familias no mapuches al PSI, como señalaba el Machi, y las propias conclusiones que entregaba el médico occidental del centro de salud, cuando aludía problemáticas relacionadas con una mala atención, poco personalizada, a cada paciente que acudía al centro de salud. (Ibíd.)

Por último, cabe mencionar el hallazgo referente a cómo está operando la Política Pública de los Pueblos Originarios específicamente en el tema de la salud intercultural.

Se puede exponer que hay avances y logros, pero aún no se encaminan las estrategias de acción, bajo una concepción desde la cosmovisión de los pueblos indígenas, es decir, con un enfoque de un paradigma intercultural que responda a las demandas y necesidades de los pueblos indígenas y de todas personas que manifiesten otras formas de concebir el mundo. Lo que en la práctica se anula cualquier acción tendiente a trabajar bajo una perspectiva intercultural en contextos de diversidad cultural y étnica.

APORTE AL TRABAJO SOCIAL

Desde que el ser humano ha existido, siempre ha existido también el misterio de su existencia, lo que encierra su ser, por qué se conmueve junto a todas sus emociones y sentimientos frente al quehacer de su vida cotidiana.

Se entiende, de qué maneras va resguardando sus modos de vida, de organización, de interacción con otros seres humanos, de amar, de procrear, de conocer también otras formas muy distintas a las que asume para con él y sus más cercanos.

Todo ser humano, independiente, de su momento histórico, su lugar de origen, sea este demográfico, social, político, económico, étnico; conlleva este misterio humano que tiene como pilar sustantivo un *“entramado de significados”* que le permiten desplazarse hacia los más recónditos lugares de su interior y lograr desentrañar cada día el misterio de su existencia.

Cuando el ser humano va logrando entender y comprender, este fenómeno, está en presencia de su propia *“identidad cultural”*, que no es más que la identificación o manifestación de adscribir a ciertos modos de vida, organización y desplazamiento de sus propios intereses en pos de su desarrollo y crecimiento como ser humano.

Lograda su *“identidad cultural”*, comienza cada vez más a manifestar sus anhelos, inquietudes, frustraciones, aciertos y desaciertos. Se va impregnando de códigos o símbolos que su entorno le entrega y lo interrelaciona con “su propio mundo de simbólico”. En este mundo simbólico, él va otorgando cada vez más trascendencia a los significados de su existencia en todos los planos de ella.

De esta manera va desarrollando una *“batería de significados”* que no son más que aquellos elementos culturales que el entorno, la interacción con otros semejantes y él

mismo, van creando y recreando con el fin último de ir conformándose como un *individuo cultural*.

A lo largo de la investigación, este proceso se pudo demostrar, ya sea a través de teorías que trataban de explicar el fenómeno conceptual de la palabra *cultura* y, la posterior cabida a una identidad cultural de los seres humanos.

Asimismo se pudo apreciar en los relatos de cada uno de los sujetos de estudio al manifestar sus diferentes y diversas formas de existencia. Esto constató que se lograba coherencia entre las teorías planteadas versus los relatos de los entrevistados, vale decir existe actualmente una consistencia entre la teoría y la práctica.

Por lo tanto, no ha sido en vano todos aquellos postulados que desde el siglo XVIII, cuando en tiempos de la Ilustración, ya connotados y avezados intelectuales de esa época, vislumbraron la tarea titánica de develar aquella palabra tan compleja y fundamental para el ser humano desde que ha habitado el mundo, vale decir la palabra "*cultura o kultura*", según la corriente ideológica con la que se le quiera mirar.

Desde esa labor que aquellos intelectuales se propusieron en el siglo XVIII, le sucedieron otros siglos y décadas de dificultoso avance en lo que a bases conceptuales se refiere. Diversos campos de la ciencia, han querido entregar su significativo aporte a tamaña tarea, con la única conclusión al día de hoy, que nada se puede dar por sentado completa y definitivamente. Aún la comunidad científica concuerda que queda mucho por hacer y descifrar en torno al concepto.

No obstante, ha logrado llegar a acabadas conclusiones y concesiones que hacen posible seguir desentrañando lo que *cultura* significa para nuestros días a cada uno de nosotros.

Sólo citando algunos ejemplos de diversos estudios, se comprueba que la cultura es inherente al ser humano, que es fuente de aprendizaje y por tanto compartida, que genera significados y significantes que abarcan todos los ámbitos de desarrollo del ser humano, que no está separada ni anexa a la relación con la naturaleza, que ayuda fidedignamente al ser humano en su integración social.

Constituye el más fundamental “capital” que todo ser humano posee, ya que independiente de su ideología político, social o económica, sus creencias, van a estar siempre ligadas a su existencia, es decir, no puede desvincularse de su identidad cultural porque profese alguna religión o ideología determinada. El ser humano siempre llevará consigo a lo largo de “su propia existencia”.

Está demostrado que a estas alturas es un equívoco decir que ésta u otra persona “tiene o no” cultura, ***todos los seres humanos somos culturales***, lo que si se puede distinguir sin temor a equivocarse; sobre todo en el contexto mundial que atravesamos hoy por hoy; que **todos** procedemos de distintas y diversas culturas. Lo que no implica la extirpación, degradación, menoscabo, desprecio de una cultura u otra, simplemente debemos apreciar el enorme abanico de posibilidades que tenemos en nuestros ojos cada vez que interactuamos con otros seres humanos en diferentes circunstancias que nos encontremos, llámese: capacitación, conciertos, viajes, estilos de vida, de comunicación, etc.

Lo anterior, nos lleva a preguntarnos por qué motivo en la actualidad la mayoría de las personas afirma tal aseveración: ***“esa persona no tiene cultura o tiene poca cultura, no tiene educación, es un roto”***.

¿De qué manera las personas van conformando a lo largo de sus vidas y que en el más amplio de los sentidos comunes se sigue perpetuando semejante aseveración?

¿Cómo lograr que las personas realmente hagan el reconocimiento y diferenciación de calificar a otro ser de no poseer cultura, si todos los seres humanos son culturales?

¿Por qué si existe un sin fin de métodos y formas de avances tecnológicos, no se logra derrotar tal manto errático?

Todas estas interrogantes llevan necesariamente a plantearse en primer lugar y replantearse en segundo lugar, ¿de qué manera se puede avanzar en resolver tal error comunicacional? Con lo agigantado y vertiginoso que son nuestros tiempos, en contextos de modernización y globalización, es casi prehistórico que se siga escuchando frases como que tal o cual persona es “inculto o no”, y peor aún vincularlo con educación, status o clase social y etnia.

Uno de los pilares que posee el trabajo social como forma de transformación en las personas y comunidades que interviene, es el de saber entregar los conocimientos y herramientas necesarias para que las personas y grupos intervenidos logren visualizar sus propias fortalezas y debilidades, de manera tal de lograr un desarrollo que le favorezca conocer y reconocer en su integralidad, el máximo de sus potencialidades humanas para su plena autonomía, y en virtud de eso contribuir a un cambio existencial significativo para él, su comunidad y entorno, ya sea a un nivel emocional, espiritual, social, económico y cultural.

Este trabajo socioeducativo que ejerce el trabajo social para con sus sujetos y comunidades de atención, es el que contribuye permanentemente a mejorar la calidad de vida de ellas y que a lo largo de sus historias, también lo ha hecho sin reparos ni dudas. En la actualidad cobra mayor importancia este pilar socioeducativo, debido a todos los avances científicos y tecnológicos que se nos presentan día a día a cada uno de nosotros.

Las formas de comunicación e interacción social en la última década, han avanzado y cambiado de manera extraordinaria, los métodos comunicacionales entre generación y generación ya no son los mismos a partir de ahora. Esto queda de manifiesto en los cambios que han experimentado los niños y adolescentes de hoy.

Ellos exigen formas de comunicación más interactivas, lúdicas e inmediatas, son sin duda formas muy distintas a las utilizadas por las generaciones de sus padres y/o abuelos. Entonces se empiezan a asomar las enormes brechas comunicacionales que se producen entre las familias chilenas de hoy y las de antaño.

Al igual que en el ejemplo de los niños y adolescentes de hoy, podemos citar muchos más que atiendan a la problemática planteada. Sin embargo, se hace pertinente ajustarla a la temática abordada durante la investigación, vale decir, las vivencias que experimentan las personas en sus proceso salud-enfermedad a lo largo de sus vidas.

La etapa de análisis de la investigación arrojó interesantes miradas de las personas que eran pacientes del PSI del Centro de Salud Familiar Santiago Nueva Extremadura, al manifestar sus percepciones acerca de optar por el uso de una medicina tradicional, en este caso la medicina mapuche.

Desde un principio supieron plantear la necesidad de que existan otras posibilidades de optar a “otras medicinas”, sean éstas tradicionales o alternativas, puesto que todos los entrevistados dejaron claro que el sistema de salud chileno por sí solo no está dando abasto para tratar todas las enfermedades que atraviesa la población usuaria, independiente de su condición social, económica, cultural y étnica, para precisar en esta investigación.

Todos coincidieron en que no es sólo necesario, sino que urgente, implementar más experiencias de ese tipo, en otros consultorios del país, sobre todo cuando exista un alto porcentaje de población indígena como también en sectores aislados, en donde la

población queda marginada y excluida por la escasa conectividad existente entre esas localidades y los centros de salud pertenecientes al MINSAL. Lo que agrava aún más la situación, debido a las condiciones socioeconómicas precarias en las que viven.

Los entrevistados precisan entonces, que debieran llevarse a cabo cambios urgentes y pertinentes para resolver problemáticas de salud específicas por las cuales están pasando los usuarios del sistema de salud público chileno.

La implementación de una política de salud adecuada a los cambios que presenta la población objetivo, responde ciertamente a los cambios específicos que la población chilena requiere en el sector de salud. Si bien es cierto, el MINSAL ha realizado significativos esfuerzos por ir implementando e incorporando cada vez más las necesidades que la población usuaria requiere en el proceso de atención de su salud; no es una tarea que esté finiquitada ni mucho menos.

Un gran avance, ya sea en términos cuantitativos como cualitativos, ha significado la reorientación de modelos de atención en salud para la población usuaria, esto desde la perspectiva de un Modelo Biomédico a un Modelo Biopsicosocial, y desde un enfoque asistencial mirado desde la mirada práctica; a uno con enfoque integral, familiar y comunitario y con claros programas de salud para cada grupo etáreo de la población, ha sido sin duda una contribución sustantiva para la población usuaria de nuestro país.

El trabajo social por tanto, puede seguir contribuyendo a la tarea de dinamizar procesos que respondan a las necesidades prioritarias y/o emergentes de la población usuaria. Como se señalaba antes, bajo un enfoque socioeducativo y que se ajustaría de manera pertinente al enfoque que actualmente el MINSAL está impulsando en lo que respecta a la salud de la población usuaria, es decir, un enfoque a dos pilares fundamentales, la promoción y prevención, por la que se sostiene la política de salud pública actualmente.

El trabajo social debiese generar un puente que permita trabajar específicamente atendiendo un sector en la aplicación y ejecución de una política intercultural, de manera tal que, adquieran conocimientos de ambas culturas, con la aplicación de instrumentos técnicos que registren efectivamente una caracterización definida de cada paciente o usuario de algún programa de salud intercultural.

El trabajador social contemporáneo, debiese entonces, reconocer la brecha que produce la dicotomía de atender a más de una población con elementos socioculturales diferentes; en pos de entregar una adecuada atención a los pacientes que deba atender. Por lo que el perfil y rol del trabajador social actual, debiera propender a la apertura de nuevas instancias de diálogo entre autoridades y población usuaria, para favorecer las problemáticas que se susciten.

Debe reeducarse constantemente, con el propósito de responder a los desafíos que se le presenten con mayor fuerza en contextos de globalización. Es principalmente una labor desafiante la que debe asumir a la hora de hacerse cargo de temáticas que la actualidad presenta. La temática planteada en la presente investigación, es justamente un enorme desafío para cualquier trabajador social que se precie de tal, puesto que conlleva tener la capacidad de asombrarse día a día y no al revés de lo que se piensa, que una vez que el trabajador social se inserta en una población o comunidad determinada, el proceso de inserción con el sólo repertorio entregado y adquirido durante su período de pre-grado, está finalizado; por el contrario es urgente reorientar sus conocimientos para la consecución de logros más acertados a las problemáticas que deba abordar en su quehacer profesional.

La capacidad crítica y autocrítica a los problemas actuales debe hacerla una constante, para que pueda visualizar con precisión hacia donde tiene que orientar y reorientar sus procesos de intervención, su accionar, etc. El trabajo social hace bastante tiempo que se encuentra en deuda con las problemáticas actuales que aquejan a la población, ya que se ha limitado a la ejecución simplista de diversos

programas sociales que implementa el Estado, a través de sus Políticas Públicas y/o Sociales, pero que claramente no responden a las necesidades reales de la población.

El rol que le compete, entonces, al trabajador social contemporáneo es uno que le permita desafiar aquellas, sino todas, políticas sociales que el Estado implemente y ejecute para con la población objetivo y que no ayuden efectivamente a mejorar la calidad de vida de ellos. Desafiar de manera proactiva, crítica, para replantear el trabajo de intervención social que se está haciendo por décadas en el país desde que se produjo el golpe militar en adelante.

En concordancia y en respuesta al planteamiento que el MINSAL se propuso en la creación de una política de salud para los pueblos originarios del país, y fundamentada en el reconocimiento de que ningún sistema médico es capaz de satisfacer por sí mismo las demandas de la población, por lo tanto, el modelo occidental no es el único deseable y válido.

Este reconocimiento y respeto por la diversidad cultural del país, estaría bajo el alero de tres ejes ordenadores de la política pública de salud: la equidad, la interculturalidad y la participación ciudadana.

Con el propósito de que el trabajo social materialice su accionar en el proceso salud-enfermedad de los sujetos de atención, es que se plantean algunas estrategias de acción:

1. *Justicia Social y reparación histórica*

Amparado en el principio ético de que el trabajo social debiese procurar que la población usuaria del sistema de salud sea atendida bajo la premisa de que las personas deben ser escuchadas en sus demandas de salud porque son sujetos de derechos y porque el Estado chileno debe amparar y resguardar todos y cada uno de

los derechos que le corresponda a las personas, con el fin último de recibir una adecuada y eficiente atención de salud.

En el caso puntual de los pueblos originarios de nuestro país, es sin duda una parte de la sociedad chilena que más dañada ha resultado en el devenir histórico de la nación.

El trabajo social en su rol histórico de velar por la justicia social, es que comprometidamente puede utilizar su capacidad de relevar los derechos constitucionales que le competen a los pueblos originarios, resaltando o develando el enorme perjuicio histórico al cual han tenido que sufrir desde el período hispánico, esto es, la era colonial y poscolonial respectivamente.

Por consiguiente, una línea de acción que el trabajo social puede desarrollar, tiene que ver con su rol de reconstrucción histórica de éstos pueblos, para que el resto de la sociedad chilena conozca, valide y legitime sus propios derechos, ya que una tarea urgente que se requiere actualmente es comprender de una vez por todas que debemos reconocernos distintos y diversos culturalmente.

2. Conocimiento de la cosmovisión de los pueblos originarios y el paradigma intercultural

Debemos trabajar en la ardua tarea de hacer todo lo que sea posible, en aras a facilitar cada vez más, procesos comunicacionales que orienten acciones adecuadas de reconocer que la cosmovisión de estos pueblos originarios es diametralmente distinta y opuesta a la concepción de realidad de occidente.

Es el primer paso concreto para sentarse a dialogar bajo un paradigma intercultural que permita generar instancias reales de acción.

Al conocer la filosofía que ampara la cosmovisión, podremos entender de qué manera estos pueblos originarios han perdurado en el tiempo, a pesar de todos los altibajos sufridos a lo largo de su historia.

Es sorprendente la cosmovisión que los pueblos originarios poseen, se comprueba que su filosofía de vida la plasman en cada acto cotidiano, ya sea a nivel personal, comunitario y con su entorno.

Por citar algunos ejemplos fundamentales de su cosmovisión se encuentran:

1. La demarcación de su territorio o WALL MAPU, que es la base donde ellos sustentan su cultura y su relación con la naturaleza.
2. El KULTRÜNG es el símbolo más sagrado del pueblo mapuche, puesto que le permite comprender los elementos que explican y conforman el mundo mapuche. Posee impreso todos los aspectos del entorno, la familia divina, las etapas del año y el WE-XIPANTU, los vientos del bien y del mal, la organización estructural (social, político, cultural, religioso, etc.).
3. El AD-MAPU o ley del pueblo mapuche, en donde rigen todos los principios éticos y morales que guían el comportamiento de sus miembros.
4. La concepción holística, circular y cíclica que comprende, articula e interrelaciona todos y cada uno de los elementos que conforman el actual mundo mapuche.

De esta manera el trabajo social podría eventualmente trabajar en una política Intercultural basada en el conocimiento de ambas culturas, en el caso de la investigación, la cultura mapuche y no mapuche. El realizar una intervención social bajo un paradigma intercultural, facilita la pertinencia de acciones orientadas a ofrecer respuestas a las demandas y necesidades sentidas de la población, tanto mapuche como no mapuche.

El nivel de conocimiento que se tenga, acerca de la cultura mapuche, será de vital importancia para desarrollar un trabajo social adecuado y eficiente para con esa población indígena. Con dichas prácticas se busca favorecer la equidad social en salud y la promoción de la participación comunitaria.

3. Elaboración de nuevos instrumentos de registros médico-psicosocial con variables interculturales

En el plano operacional del trabajo social se propone la elaboración y confección de fichas médicas-sociales diferenciadas que contengan conceptos claves de ambas culturas; llevar registros de atención con conceptos interculturales; realizar informes sociales y visitas domiciliarias con variables interculturales a observar, por ejemplo, establecer si la convivencia familiar de una familia específica, es determinante en la salud de esos miembros, en relación a si esa convivencia familiar que se evidencia es fruto de responder a sus propias creencias, costumbre o tradiciones, o si por el contrario hay factores externos y ajenos que estarían dañando el estado de salud de esos miembros.

Se ha detectado en varios estudios sobre la salud mental de las personas con ascendencia indígena que emigran a vivir y trabajar en zonas urbanas lejos de su comunidad de origen, que después de un corto tiempo inclusive, éstos pacientes y su grupo familiar ven altamente alterado su dinámica familiar con trastornos afectivos y emocionales graves, lo que claramente incide en su salud mental y por ende a su salud en general.

En el hospital psiquiátrico de Santiago Dr. Eduardo Horvitz, se realizó un seguimiento a 20 pacientes que presentaban diagnósticos de psicosis severa, trastornos del sueño, del ánimo, y que demostraron que el desarrollo de su enfermedad tenía directa relación con el desapego de su comunidad de origen y por lo

tanto, de sus creencias, costumbres y tradiciones más fundamentales en su filosofía de vida.

Esto confirmaba que efectivamente el tema del desarraigo cultural de su comunidad de origen de los pacientes pertenecientes a un pueblo originario, calaba muy hondo en su desarrollo evolutivo y por sobre todo en su estado de salud. La utilización muchas veces arbitraria (puesto que por razones socioeconómicas se veían obligados a emigrar a la ciudad en busca de mejores oportunidades) de tener que incorporar elementos culturales ajenos e impuestos; como señalaba Bonfil Batalla en su teoría del control cultural; repercutía de manera nefasta en los individuos que lamentablemente debían pasar por presiones socioculturales apremiantes.

4. *Establecimiento de alianzas estratégicas con la Red Social*

Establecer alianzas estratégicas con la Red Social que apunten a elaborar propuestas de acciones concretas y adecuadas para la población mapuche usuaria del sistema de salud público. Pues bien, las áreas que se propone trabajar y afianzar con la Red Social son: salud y educación principalmente. Esto en razón de que son áreas que en la práctica se encuentran interrelacionadas constantemente, a modo de ejemplo podría establecerse una alianza entre los centros de salud local y los jardines infantiles y colegios de enseñanza básica y media respectivamente.

Se plantea trabajar en forma aliada con los jardines infantiles, puesto que los niños que asisten se encuentran en la etapa del ciclo vital en que comienzan a explorar el mundo y aún no han “sellado” o “cerrado” su espectro cognitivo para abrirse a otros conocimientos diferentes y diversos a los propios.

Los párvulos estarían en mayor sintonía con la cosmovisión mapuche, a través de metodologías lúdicas apropiadas para ellos. Un ejemplo sería: la enseñanza de la

lengua mapuche, vale decir el mapudungun en su etapa más básica da aprendizaje, enseñanza de las creencias, costumbres, tradiciones y mitos de la cultura mapuche.

En el caso de los educandos de educación básica y media, se pretende seguir la misma línea de acción, pero con conocimientos más específicos y extendidos en el tiempo. Además de incorporar fundamentos éticos que faciliten el trabajo analítico de los educandos básicos y medios, bajo el paradigma del interculturalismo.

Cabe señalar que además se desea integrar a toda la comunidad escolar en el aprendizaje intercultural, esto es no sólo los alumnos sino que también a los padres y apoderados, profesores, administrativos y auxiliares.

Por cierto que también se anhela extrapolar metodología y fundamento ético al área de la salud, haciendo hincapié fundamentalmente en las prácticas de atención a la población usuaria, sea ésta mapuche y no mapuche.

El equipo de salud en su conjunto, es decir, médicos, profesionales, administrativos, auxiliares, paramédicos, deben estar capacitados constantemente y sistemáticamente en todos los procesos de atención que lleva a cabo con la población usuaria. Desde la primera acogida o consulta, luego con la atención específica y especializada hasta el seguimiento de los usuarios.

En ese sentido se hace urgente y necesario implementar capacitaciones de calidad al equipo de salud que apunten a resolver situaciones disímiles o adversas a la hora de ofrecer una adecuada y pertinente atención de salud intercultural.

5. *Establecimiento de un nuevo Marco Jurídico-Legal*

Por último, y como gran desafío del trabajo social y que debiese agrupar a la sociedad en su conjunto, se debe consignar que es imperioso relevar todas las prácticas de

atención en salud en el ámbito jurídico –legal, ya que lamentablemente en nuestro país, si bien existe la Ley Indígena N° 19253, no satisface todas las necesidades jurídico-legal de la población mapuche y del resto de los pueblos originarios.

Es vital establecer un nuevo marco jurídico-legal que abra camino a necesidades contemporáneas de todos los pueblos originarios de nuestro país. Notables son las experiencias que se han practicado en otros países latinoamericanos, en donde a modo de ejemplo cuando se quiere dictar sentencia a un ciudadano indígena, se le dicta sentencia con parámetros contenidos en su propia cultura, siempre y cuando el individuo lo haya cometido dentro de sus patrones culturales. Si cometió una falta grave con su familia, es juzgado desde el tribunal comunitario y con una condena acorde a la falta cometida, y no tiene porque ser juzgado en tribunales occidentales que poco y nada entiende de la cosmovisión de su pueblo o de los pueblos originarios.

En el país latinoamericano, se reconoce un desconocimiento importante al respecto. Experiencias como esas son absolutamente urgentes replicarlas en nuestro país y ojala en otros países latinoamericanos.

El Convenio N° 169 de la OIT en su artículo 25 punto 2, señala que: *“Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales”* (CONADI, op. cit: 47)

En definitiva, sólo de esta forma, se podrá aspirar a una sociedad más justa y equitativa, sin aprietos socioculturales que sólo obstaculizan y entorpecen el crecimiento de una sociedad pluralista y multiétnica como la nuestra.

BIBLIOGRAFÍA

- Beltrán, M; López, C; Soto, I., “*Diagnóstico de Salud Comunitario, Centro de Salud Santiago Nueva Extremadura*”, (2002): Documento de trabajo de Residentes de Medicina Familiar, Santiago de Chile, PUC.
- Bengoa, J. (1985): *Historia del pueblo Mapuche*, Santiago de Chile, SUR.
- Bonfil Batalla, G. (1989): *La teoría del control cultural en el estudio de procesos étnicos*, Caracas, Arinsana N° 10.
- Campos, R. (2004): “Experiencias sobre Salud Intercultural en América Latina”, En Fernández, G: *Salud Intercultural en América Latina: perspectivas antropológicas*, 129-135, México, ED. Abya Yala.
- CELADE, UFRO, INE, PAESMI, “*Censo de Reducciones Indígenas Seleccionadas: Análisis Sociodemográfico*”, Santiago, Chile, 1990.
- Citarella, L., Conejeros, AM., *Medicinas y culturas en la Araucanía*, Espinossa, Trafkin, IX región, Chile, Sudamericana, 2 ED.
- B., Jelves, I., Oyarce, AM et. al., (2000):
- Clifford, J. (1999): *Itinerarios transculturales*, España, Gedisa.

- CONADI, (2009): “Ley Indígena, Convenio N° 169”, Cuaderno del Programa Fortalecimiento de los Derechos Ciudadanos Indígenas N° 1, Santiago, CONADI.
- Dahse, F. (1991): “Las identidades culturales: algunas aclaraciones conceptuales”, Corporación de Promoción Universitaria, *Estudios Sociales* N° 69, Trimestre 3 1991, Santiago de Chile, (9-22).
- Dragicevic, F.(2005): “Los determinantes de la salud”, cátedra docente de Salud Pública del 08 de noviembre de 2005, Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Chile.
- Errázuriz, G. (2006): “El pueblo Mapuche: Historia, medicina y proyectos de coexistencia en el área de la salud”, *Revista Chilena de Pediatría*, N° 3, junio 2006, Santiago de Chile, (290-294).
- García, N. (1989): *Culturas Híbridas: estrategias para entrar y salir de la modernidad*, México, Grijalbo
- Geertz, C. (1987): *La Interpretación de las culturas*, México, Gedisa.
- Guevara, T. (1912): *Las últimas familias y costumbres araucanas*, Anales de la Universidad de Chile, volumen 80, Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- Hernández, R., Fernández, C., *Metodología de la Investigación*, Colombia, Baptista, P., (1998): McGraw- Hill.

- Ianni, O. (1998): *Teorías de la globalización*, México, Siglo XXI.
- Jiménez, C; Malgesini, G. (1997): *Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad*. Madrid, ED. La cueva del oso.
- Jiménez, R. (2009, febrero): “Espiritualidad Indígena y Plantas Maestras”, En Revista Uno Mismo N° 230, (22-25), Chile, ED. Austral S.A.
- Kottak, CP., (2002): *Antropología cultural*, México, McGraw- Hill, 9ª ED.
- Kuper, A. (2001): *Cultura, la versión de los antropólogos*, España, Paidós Básica.
- Levi-Strauss, C. (1995): *Antropología Estructural*, España, Paidós Básica.
- Lewis, O. (1961): *Antropología de la Pobreza, cinco familias*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Ley N° 19253 (1993): *Establece normas sobre protección, fomento y desarrollo de los indígenas, y crea la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena*, Diario Oficial de la República de Chile, de 12 Abril 1994, Chile.
- Melinao, S. (2006): Programa de Salud Intercultural, Centro de Salud Familiar Santiago Nueva Extremadura. Santiago 2006, Chile.

- Ministerio de Salud, (2002): Hacia un Nuevo Modelo de Gestión en Salud, Contenidos del Proyecto de Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión en Salud y Medidas Administrativas Inmediatas. Junio 2002, Chile. MINSAL.
- Ministerio de Salud, (2004): Ley de Autoridad Sanitaria N° 2763, 2004, Chile. MINSAL.
- Ministerio de Salud, (2005): “Modelo de Atención Integral en Salud”, Serie Cuadernos Modelo de Atención N° 1, Santiago, MINSAL.
- Ministerio de Salud, (2006): Política de Salud y Pueblos Indígenas, Resolución Exenta N° 91, 10 de febrero de 2006, Chile, MINSAL, 2ª ED.
- Namuncura, D.(2004): “El concepto de cultura”, cátedra docente de Procesos Culturales del 15 de agosto de 2004, Universidad de Academia Humanismo Cristiano, Chile.
- Ñanculef, J. (2003): “La cosmovisión y la filosofía Mapuche: Un enfoque del Az-Mapu y del Derecho Consuetudinario en la cultura Mapuche”, *Revista de estudios Criminológicos y Penitenciarios*, N° 6, Mayo 2003, Santiago de Chile, (37-58).
- Norma General Administrativa N° 16, (2006): “Aprueba Norma General Administrativa N° 16, sobre Interculturalidad en los servicios de salud”,

Resolución Exenta N° 261, MINSAL, Chile.

- Orellana, C. (2006): *“Sistematización de Práctica Profesional, Programa de Salud Intercultural, Centro de Salud Santiago Nueva Extremadura”*, Documento de trabajo de alumna en práctica profesional, Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago de Chile.
- Oyarce, AM; Ibacache, J; Romaggi, M; Vidal, A. (1989): *“Cómo viven los mapuches”*, Análisis Sociodemográfico de Población en Reducciones Indígenas de la IX Región, CELADE, Santiago, Chile, 1989.
- Oyarce, AM; Pérez, G. (1991): *“Descripción de características de la población de Reducciones Indígenas de la IX Región y relaciones con el uso de la lengua materna”*, en *Sobre Culturas Indígenas*, CONICYT-Universidad Católica de Temuco-UFRO, Temuco, Chile, 1991, (127-139).
- Pedersen, D. (1988): *“Salud y culturas médicas tradicionales en América Latina”*, Enfoques en Atención Primaria, Año 3, N° 2, PAESMI, Santiago de Chile, (9).
- Pérez, G. (2002): *Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes. II Técnicas y Análisis de Datos*, España, La Muralla.

- Rodríguez, G; Gil, J; García, E. *Metodología de la Investigación Cualitativa*, (1999): Málaga, ALJIBE.
- Saavedra, A. (2000): “Notas sobre la Población Mapuche Actual”, *Revista Austral de Ciencias Sociales*, N° 4, 2000, Santiago de Chile, (5-26).
- Sigerist, H. (1987): “Civilización y enfermedad”, México D.F, Fondo de Cultura Económica.
- Souza Santos de, B. (2005): “Desigualdad, exclusión y globalización: hacia la construcción multicultural de la igualdad y la diferencia”, *Revista de Interculturalidad*, N° 1, Oct. 2004-Enero 2005, Universidad de Chile, Santiago, Chile, (9-44).
- Taylor, S.J; Bogdan.R. (1994) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, España, Paidós Básica.
- Valenzuela, M. (2003): “Derechos de los pueblos indígenas en el contexto internacional, especialmente “Derechos de los pueblos indígenas en el contexto internacional, especialmente en lo relativo a los aspectos penales”, *Revista de estudios Criminológicos y Penitenciarios*, N° 6, Mayo 2003, Santiago de Chile, (09-36).
- Vidal, A. (1991): “*Situación Demográfico-Cultural de la población mapuche rural de Chile: fluctuación crítica en sistemas reproductivos*”, en Coloquio sobre

Culturas Indígenas, Universidad Católica de Temuco, UFRO, CONICYT, Temuco, Chile, 1991.

Zambrano, C. V.(2005): “Interculturalidad, reconocimiento y diversidad ampliada”, *Revista de Interculturalidad*, N° 1, Oct. 2004-Enero 2005, Universidad de Chile, Santiago, Chile, (89-105).

FUENTES ELECTRÓNICAS

Alarcón, AM., Astudillo, P., Salud Intercultural: Elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev. Méd. Chile.* Barrios, S., (2004): [Consultada 30 mayo 2006]
<http://www.scielo.cl/scielo.php>

Alarcón, AM., Astudillo, P., Política de Salud Intercultural: Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX Región, Chile. *Rev. Méd. Chile.* [Consultada el 12 de agosto 2008]
Barrios, S., Rivas, E.,(2004)
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000900013&lng=es&nrm=iso

Austin, T. (2008): “Etimología del concepto de cultura”. [Consultada el 12 de agosto 2008]
<http://www.lapaginadelprofe.cl/cultura/indexcultura.html>

Declaración de Cherán (2002): “En defensa de la Medicina Tradicional”. [Consultada el 10 Agosto 2009]
<http://www.biodiversidadla.org/Principal/Contenido/documento>

Declaración Universal (1998): “Sobre Diversidad Cultural”, UNESCO. [Consultada el 08 de junio 2010]
http://sic.conaculta.gob.mx/centrodoc_documentos/132.pdf

- FONASA (n.d.): [Consultada el 08 de junio 2010]
<http://www.fonasa.cl>
- INE (2002): Censo de población y vivienda, síntesis de resultados, 2002. [Consultada el 08 de junio 2010]
<http://www.ine.cl/cd2002/sintesisencensal.pdf>
- MINSAL (n.d.): [Consultada el 08 de junio 2010]
<http://www.minsal.cl>
- Molano, O. (2006): La Identidad cultural: Uno de los detonantes del desarrollo territorial. [Consultada el 15 diciembre 2006]
<http://www.rimisp.org/getdoc.php>
- ONU (1998) [Consultada el 15 mayo 2006]
<http://www.un.org/es/>
- Programa Orígenes (n.d.): [Consultada el 15 mayo 2006]
<http://www.origenes.cl>
- UNESCO (2006): [Consultada el 15 mayo 2006]
<http://www.unesco.cl>

ANEXOS

					2.2 Funcionamiento Familiar	2.1.2 Práctica de comunicación 2.1.3 Resolución de conflictos 2.2.1 Normas 2.2.2 Toma de decisiones 2.2.3 Espacios de recreación y esparcimiento	
				3. Vinculación con Redes Sociales	3.1 Redes Sociales a las que esta vinculada la familia	3.1.1 Relaciones Significativas 3.1.2 Participación de grupos u organizaciones sociales 3.1.3 Recursos comunitarios del Municipio	
				4. Clasificación de familia	4.1 Tipología	4.1.1 Nuclear Simple 4.1.2 Nuclear Biparental	

						4.1.3 Nuclear Monoparental 4.1.4 Extendida Simple 4.1.5 Extendida Biparental 4.1.6 Extendida Monoparental 4.1.7 Extendida amplia 4.1.8 Reconstituida	
				5. Ciclo vital de la Familia	5.1 Fase	5.1.1 Formación de la pareja 5.1.2 Crianza Inicial de los hijos 5.1.3 Familia con hijos pre-escolares 5.1.4 Familia con hijos escolares 5.1.5 Familia con hijos adolescentes 5.1.6 Período medio de la Familia (Nido Vacío)	

			Condición Demográfica	6. Edad	6.1 Rango etáreo	6.1.1 18 a 29 6.1.2 30 a 49 6.1.3 50 a 70	
				7. Escolaridad	7.1 Nivel de Educativo	7.1.1 Sin educación 7.1.2 Básica completa 7.1.3 Básica incompleta 7.1.4 Media completa 7.1.5 Media incompleta 7.1.6 Superior completa 7.1.7 Superior incompleta	
				8. Ocupación	8.1 Tipo	8.1.1 Cesante 8.1.2 Dueña de casa 8.1.3 Estudiante 8.1.4 Trabajador dependiente 8.1.5 Trabajador independiente 8.1.6 Jubilado 8.1.7 Pensionado	

						8.1.9 Sin actividad	
						8.1.10 Otro	
				9. Ingresos	9.1 Rango del nivel de ingresos	9.1.1 0 a 100.000	
						9.1.2 100.000 a 200.000	
						9.1.3 200.000 a 300.000	
						9.1.4 Sin ingresos	

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Ítem	Instrumentos
Medicina Mapuche	Sistema médico organizado, coherente y estratificado que articula una construcción socio-cultural de una sociedad determinada; dando consistencia a las prácticas, tecnologías y agentes terapéuticos utilizados en al Medicina Mapuche	Conjunto de procedimientos, tecnologías y agentes terapéuticos empleados en el proceso de diagnóstico, tratamiento y sanación de los individuos de una sociedad determinada que optan por la utilización de la Medicina Mapuche	Sistema Médico	Tradicional	Medicina Tradicional Interculturalidad en Salud Conocimiento de la Medicina Mapuche Creencias Mapuches relacionadas con la salud y enfermedad		
			Agente Médico	Machi	Rol médico Rituales curativos del Machi		

					Tipología de Enfermedades		
					Procedimiento de atención (Diagnóstico, Tratamiento y Sanación)		
			Proceso terapéutico	Tratamiento y Sanación	Técnicas de tratamiento y sanación		

ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

**TABLA DE MORBILIDAD DE LAS FAMILIAS USUARIAS DEL PSI
SEGÚN REGISTRO DE FICHAS DE LOS PACIENTES PERTENCIENTES AL PSI**

ANEXO N° 2

Nombre o apodo	Etnia	Edad	Motivo de consulta	Tipo de enfermedad	Tiempo de tratamiento	Resultado del tratamiento	Centro de Salud	Actividad
Sra. Rosa	Wuinka	49 años	Personal	Adicta, drogas, nerviosa, problemas familiares	6 años	Satisfactorio	SNE	Dueña de Casa
Don José	Mapuche	58 años	Mareos, pierna, posible mal de ojo	Trombosis cerebral, problema al cerebro	6 meses	Satisfactorio	SNE	Jubilado
Sra. Josefina	Mapuche	50 años	Diabetes y dolor de espalda	Diabetes, retención de líquido	3 meses	Satisfactorio	San Rafael	Ceramista Mapuche
Don Mario	Mapuche	68 años	Dolor cuerpo en general	No se especifica	1 año	Satisfactorio	SNE	Jubilado
Sra. Ximena	Wuinka	56 años	Nódulos al hígado	Problemas al riñón y páncreas	1 mes	Satisfactorio	SNE	Dueña de Casa
Don Juan	Wuinka	69 años	Por la presión	Nervios, mal genio	4 meses	Satisfactorio	San Rafael	Jubilado
Don Pablo	Wuinka	56 años	Por consumo de alcohol	Alcoholismo	6 meses	Satisfactorio	Juan Pablo II	Guardia
Sra. María	Wuinka	67 años	Dolor al pulmón	Respiratorio, asma	4 meses	Satisfactorio	Flor Fernández	Jubilada
Don Víctor	Wuinka	74 años	Dolor de estómago	Gastritis aguda	3 años	Satisfactorio	Pablo de Rokha	Jubilado
Don Ramón	Mapuche	75 años		Respiratorio, asma	3 años	Satisfactorio	SNE	Jubilado
Sra. Laura	Wuinka	48 años	Sin ánimo, apetito	Mal de ojo, depresión, nervios	6 meses	Satisfactorio	SNE	Pensionada
Don Héctor	Mapuche	63 años	Dolor a la próstata	Próstata, vejiga	3 años	Satisfactorio	SNE	Pensionado

Fuente: INVESTIGACIÓN DIRECTA (Orellana, C. 2006: 161)

**TABLA DE CARACTERIZACIÓN SOCIFAMILIAR Y ECONÓMICA
DE LAS FAMILIAS USUARIAS DEL PSI**

ANEXO N° 3

Usuario	Tipo de Familia	Ciclo Vital	N° Total de Integrantes	Nivel de Escolaridad	Relaciones Significativas de la Familia	Participación en Redes Sociales de la Familia	Promedio Ingreso Familiar	Per capita Familiar
Sra. Rosa	Extendida ampliada	Familia con hijos adolescentes	3	Enseñanza Básica	Familiares	No registra participación	\$180.000	\$60.000
Don José	Extendida simple	Familia con hijos adolescentes	4	Enseñanza Básica	Familiares Vecinos	No registra participación	\$100.000	\$20.000
Sra. Josefina	Nuclear Monoparental	Familia con hijos adolescentes	2	Enseñanza Básica	Familiares	Organización Mapuche Kiñe Liwen	\$150.000	\$75.000
Don Mario	Nuclear Biparental	Familia con hijos adolescentes	3	Enseñanza Básica	Familiares Vecinos	Iglesia Católica	\$180.000	\$60.000
Sra. Ximena	Extendida ampliada	Familia con hijos escolares y adolescentes	5	Enseñanza Básica	Familia	No participan	\$125.000	\$25.000
Don Juan	Nuclear Biparental	Familia con hijos adolescentes	3	Enseñanza Básica	Familiares Vecinos Amistades	Iglesia Evangélica, Club Adulto Mayor “ Las Camelias”	\$148.000	\$49.000

Don Pablo	Nuclear Simple	Nido Vacío	2	Enseñanza Básica	Familia	No participan	\$330.000	\$165.000
Sra. María	Extendida Biparental	Familia con hijo adolescente	3	Enseñanza Básica Incompleta	Familia	No participan	\$100.000	\$33.000
Don Víctor	Nuclear Biparental	Familia con hijo adolescente	3	Enseñanza Básica Incompleta	Familiares Vecinos	Capilla San Agustín, Club de Adulto Mayor "Las Carmelitas"	\$200.000	\$66.000
Don Ra	Nuclear Simple	Nido Vacío	2	Sin estudios	Familia	No participan	\$280.000	\$140.000
Sra. Laura	Nuclear Monoparental	Nido Vacío	1	Enseñanza Básica	Vecinos Amistades	Iglesia Evangélica	\$45.000	\$45.000
Don Héctor	Nuclear Monoparental	Nido Vacío	1	Enseñanza Básica Incompleta	Familia Amistades	Organización Mapuche	\$70.000	\$70.000

Fuente: INVESTIGACIÓN DIRECTA (Orellana, C. 2006: 162-163)

ANEXO N° 4

PAUTA DE ENTREVISTAS

1. Entrevista en profundidad

➤ Grupo de estudio 1

Representaciones Culturales

1. ¿Qué valores como médico son importantes para UD?
2. ¿Qué valores identifica con la cultura mapuche?
3. ¿Se siente identificado con alguno de ellos?
4. ¿En cuánto a las creencias de la cultura mapuche cuáles conoce?
5. ¿ha tenido la oportunidad de presenciar alguna?
6. ¿qué costumbre mapuche conoce en relación al vestuario, comida, música, otros?
7. ¿ha participado de rituales mapuches? ¿En qué lugar? ¿Hace cuánto tiempo?
¿Asistió sólo o acompañado?

Medicina Mapuche

- 1 ¿qué sabe UD sobre las medicinas tradicionales?
2. ¿Qué importancia tiene para UD la existencia de otros tipos de medicina?
3. ¿Cree UD que existen políticas de salud apropiadas para la atención n salud de los pueblos originarios?
4. ¿Conoce sobre las políticas de salud intercultural orientadas a la atención de salud hacia los pueblos originarios?
5. ¿Qué significa para UD la Interculturalidad en salud?
6. ¿conoce alguna experiencia?
7. ¿En relación al PSI que funciona acá en el consultorio ¿qué es lo UD conoce?
8. A su juicio, ¿cree que esta ejerciendo interculturalidad en salud ¿
9. Según UD ¿qué elementos son necesarios para llevar adelante una estrategia de salud con un enfoque étnico y de pertinencia cultural?

10. ¿Ha derivado algún paciente al PSI? ¿Por qué?
11. ¿Posteriormente ha habido seguimiento del paciente?
12. Según UD. ¿Cuál es el rol médico de un Machi?
13. ¿conoce algún ritual curativo o religioso que realice el machi?
14. ¿Conoce procedimientos y formas de diagnóstico a los pacientes que realice el machi?
15. ¿Cuál (es) serían las técnicas empleadas en el proceso terapéutico que utilizaría el Machi par el tratamiento de las enfermedades?

Salud Intercultural

1. ¿Qué importancia le da UD. a la incorporación de un enfoque intercultural en salud?
2. ¿Conoce la existencia de la Política de Salud y Pueblos Indígenas impulsada por el Estado?
3. ¿Cree que es posible la coexistencia de ambos sistemas médicos en la práctica médica?
4. ¿A su juicio, se esta llevando a cabo la salud intercultural en nuestro país. De no ser así, cuáles serían las deficiencias en el sistema de salud que no permiten desarrollarla?
5. ¿Cuáles serían los beneficios que le reportaría a los equipos de salud y a la población en general, la práctica de la salud intercultural?

2. Entrevista semiestructurada

➤ Grupo de estudio 2

Características Sociofamiliares

1. ¿Cómo se dan los roles en su hogar?
2. ¿Cómo es la convivencia al interior del hogar?
3. ¿Existen en la familia prácticas cotidianas de conversación?
4. ¿De qué manera enfrentan los conflictos?
5. ¿Existen normas claras de convivencia al interior de la familia?
6. ¿Quién toma las decisiones en el hogar?
7. ¿Comparten espacios de recreación y esparcimiento?
8. ¿Cuáles son sus relaciones significativas?
9. ¿Participa en algún grupo? ¿Cuál?
10. ¿Conocen los recursos comunitarios y los programas disponibles del municipio?

Sistemas De valores y creencias

1. ¿Qué valores son importantes para UD?
2. ¿Identifica alguno de ellos con la cultura mapuche?
3. ¿Se siente identificado con alguno de ellos?
4. ¿Conoce alguna de las creencias que del pueblo mapuche?
5. ¿Ha asistido alguna vez a una ceremonia o ritual mapuche?
6. ¿Ha consumido comidas mapuches?

Modelo Médico Tradicional

1. ¿Qué sabe UD acerca de las medicinas tradicionales?
2. ¿Antes de llegar a atenderse al PSI qué sabía de la medicina mapuche?
3. ¿Sabía que en el consultorio atendía un Machi?
4. ¿Cómo llegó al PSI? ¿Por qué motivo?
5. ¿Había utilizado anteriormente la medicina mapuche?
6. ¿Cómo se ha sentido en el tiempo que lleva atendiéndose por el PSI?

7. ¿Cuáles son los remedios que tiene que tomar?
8. ¿hay alguien mas de su familia que se atienda?
9. ¿Ha recomendado el PSI a alguien que conozca?
10. ¿Qué es un Machi para UD?
11. ¿Conoce algún ritual curativo, fuera de las yerbas medicinales, que utilice el Machi para sanar?
12. ¿Cómo realiza el diagnóstico de la enfermedad?
13. ¿Por qué tipo de enfermedad esta siendo tratada?
14. ¿Desde cuándo al padece?
15. ¿Cuánto tiempo lleva en tratamiento?
16. ¿Qué cosas ha usado el Machi para sanarlo?
18. ¿Según el Machi hasta cuando debería durar su tratamiento?

ANEXO N° 5

Figura N° 1
Las tres dimensiones del universo mapuche

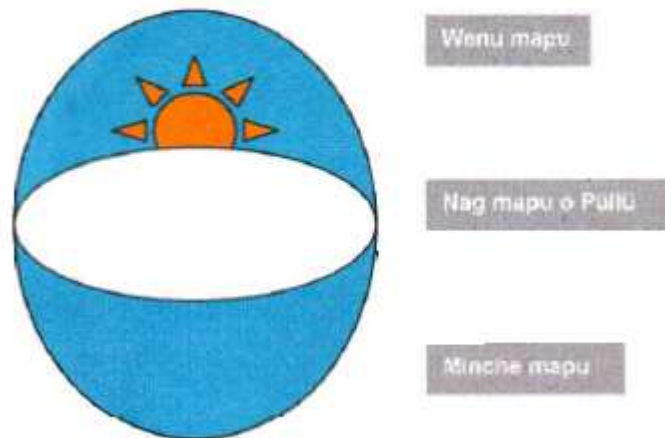


Figura N° 2
La familia divina representada por el sol y la luna

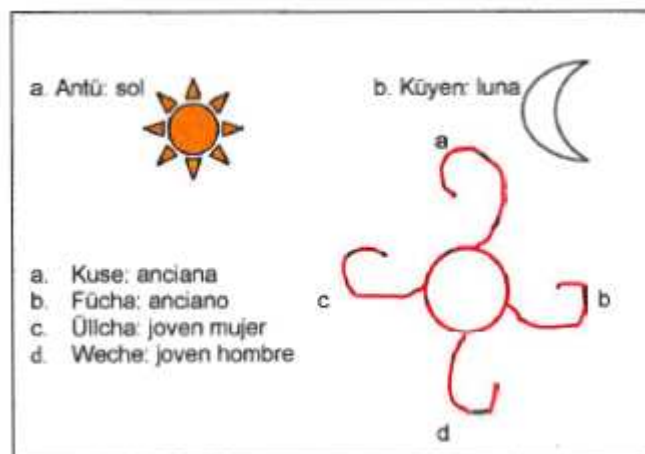


Figura N° 3
Meli Witran Mapu

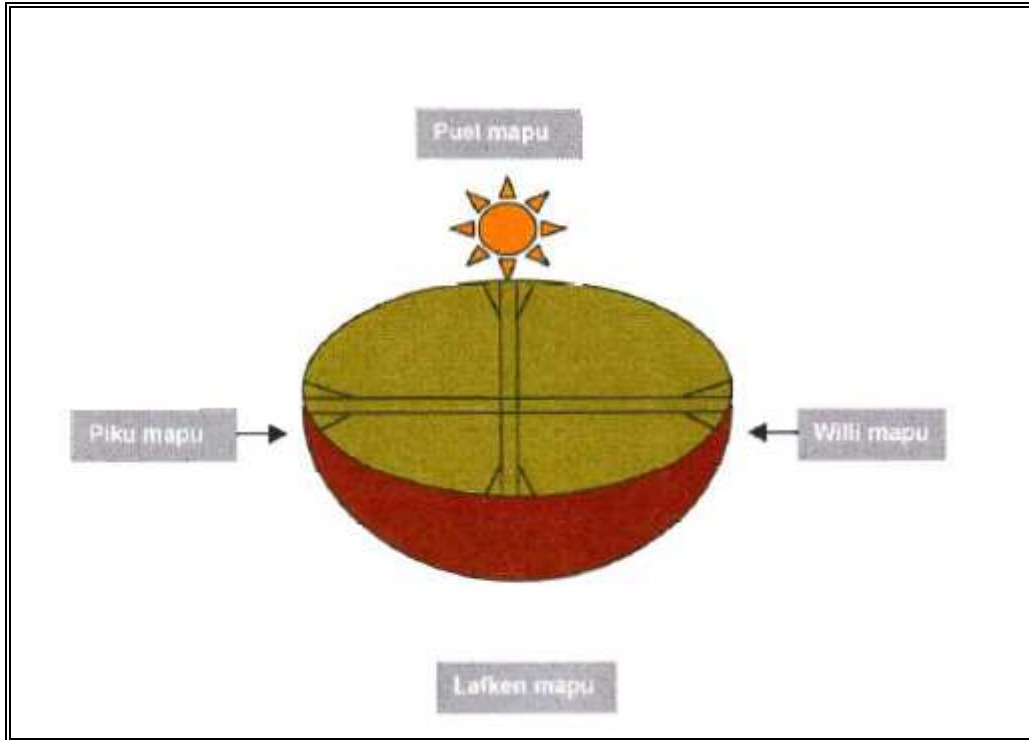


Figura N° 4
El Nag Mapu (Espacio Territorial) Reproducción del Wenu Mapu

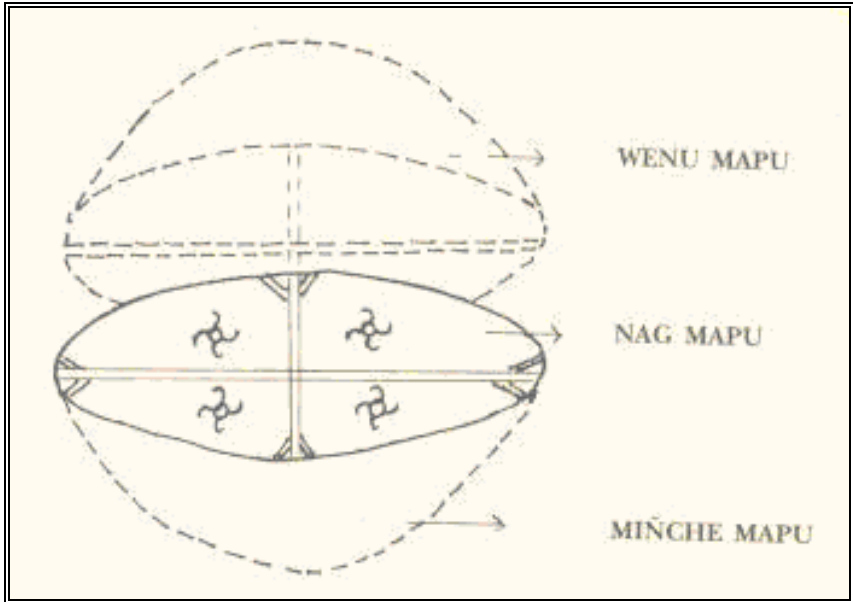


Figura N° 5
El Mundo y sus tres dimensiones

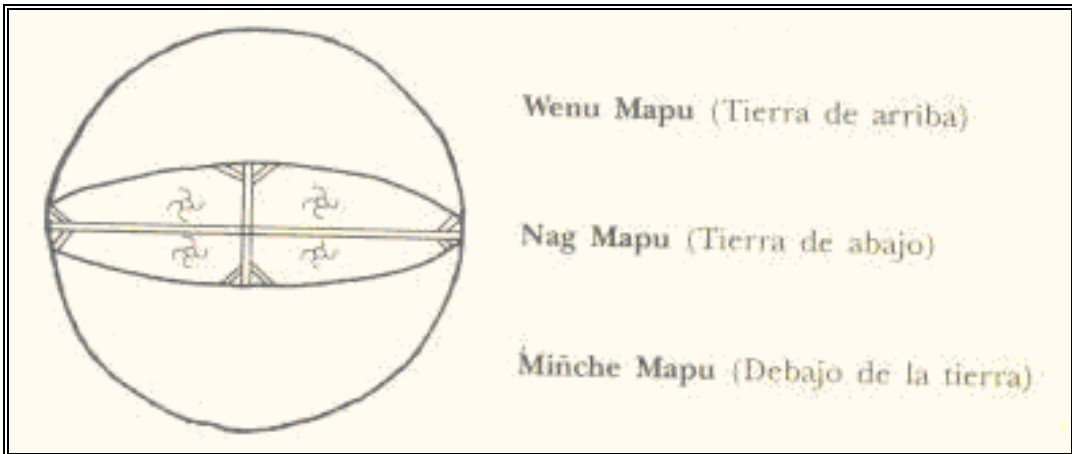


Figura N° 6
Esquema de circulación de poderes de la Machi

