



UNIVERSIDAD ACADEMIA
DE HUMANISMO CRISTIANO

tradición de pensamiento crítico

Autónoma

Tesis Reportaje

LA RUKA Y EL MACHI

UNIVERSIDAD
ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO
BIBLIOTECA

**UNA MIRADA A LA MEDICINA MAPUCHE
COMO INICIATIVA DE SALUD
INTERCULTURAL...**

A todos los que alguna vez me dieron “una manito” para cumplir con uno de mis más preciados sueños. Ser periodista.

Agradezco primeramente a la Sra. Irene Geis, Primera Directora de Carrera de nuestra Universidad, por su confianza y el apoyo que me dio en mi primer año de carrera. A los profesores que comprendieron, a mi familia, a los amigos que estuvieron, a mi marido que me dio el último empuje.

Pero, si debo agradecer y dedicar profundamente, es a mi querido hijo Daniel, al que sacrifiqué por largos cinco años, quitándole a su tiempo sus sonrisas, sus juegos y cuanta cosa de niño quiso en algún momento. Si tú no hubieses estado, ésto hoy, no tendría sentido.

Con amor.

Marcela

Quiero aprovechar estas líneas para dedicarte esta tesis a ti compañero a quien admiro mucho por la gran lucha de toda tu historia y vida , Victor Contreras Tapia, a tus noventa y seis años (mi abuelito). También a mi papá y mamá que adoro demasiado. A Victor y Camila, mis hermanos que quiero con toda el alma. Y a Lorena quien siempre fue de gran ayuda y amiga durante toda la carrera. Un abrazo a todos.

Lilly

...Queremos agradecer con especial cariño a Mireya Melipil, quien dedicó tiempo y amistad a nuestro trabajo. También a nuestro profesor guía, Dr. Alvaro Cuadra, por su paciencia y cooperación.



UNIVERSIDAD ACADEMIA
DE HUMANISMO CRISTIANO
tradición de pensamiento crítico
Autónoma

REPORTAJE: MEDICINA INTERCULTURAL

La Ruka y el Machi: una mirada a la Medicina Mapuche como iniciativa de salud intercultural.
Consultorio Santiago de la Nueva Extremadura. Comuna de La Pintana

TESIS REPORTAJE PARA OPTAR AL TÍTULO DE PERIODISTA

PROFESOR GUÍA: DR. ALVARO CUADRA

ALUMNAS: LILLIAN CONTRERAS G.

MARCELA ARANEDA G.

2002

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	3
1.-MEDICINA MAPUCHE EN LA IX REGIÓN Y REGIÓN METROPOLITANA	
<i>Medicina Indígena en la Modernidad</i>	9
1.2 NACIMIENTO DE LA SALUD INTERCULTURAL	
<i>¿ Cómo nace la interculturalidad en Salud?</i>	12
1.3 BREVE HISTORIA DE LA MEDICINA MAPUCHE	
<i>Una mirada a la historia...</i>	18
1.4 VIGENCIA DE LA MEDICINA MAPUCHE EN LA REGIÓN METROPOLITANA	
<i>En nuestros días</i>	27
1.5 TECNICAS Y METODOS DE CURACIÓN MAPUCHE	
<i>Se siente el perfume de carne y mudai, canelo, naranjo, corteza y quillay...</i>	31
2. SUPUESTOS TEÓRICOS	
2.1 TEORIAS MEDICAS TRADICIONALES Y CONVENCIONALES	43
<i>El mundo Mapuche</i>	50
<i>El mundo Mapuche en el Kultrung</i>	52
<i>Medicina Científica</i>	63



2.2 MEDICINA MAPUCHE Y SU VINCULACIÓN TEORICA CON LA MEDICINA CONVENCIONAL (SALUD INTERCULTURAL)	72
3. LA RUKA Y EL MACHI. COMUNA DE LA PINTANA (REPORTAJE)	77
3.1 ANTECEDENTES DEL PROYECTO: ORIGEN Y SITUACIÓN ACTUAL	
<i>Santiago de la Nueva Extremadura: El Consultorio y la Ruka.</i>	78
3.2 CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES Y MOTIVOS DE DERIVACIÓN	
<i>¿El Machi o el Médico?</i>	83
3.3 TIPOS DE PATOLOGÍAS Y MODELOS CURATIVOS	
<i>Enfermedad y Sanación.</i>	86
3.4 APRECIACIONES DEL CUERPO SOCIAL INVOLUCRADO.	
<i>Apreciaciones.</i>	88
REFLEXIONES FINALES	
GLOSARIO	
ANEXOS	
BIBLIOGRAFÍA	



INTRODUCCIÓN

El tema de la medicina mapuche en interrelación con el sistema médico convencional nos parece de gran alcance y trascendencia. Primero, porque no han sido pocos los esfuerzos que la cultura y el pueblo mapuche han hecho para poder sobrellevar y contrarrestar las innumerables intervenciones de las que han sido objeto en el desarrollo histórico de la nación. Pese al quiebre político, militar y económico que han debido sufrir, surgen algunos ejes de resistencia concentrados en torno a la mantención de la cultura, que se transforman en espacios de identidad y conservación para el grupo social.

Consideramos que la vigencia de una medicina propia de la sociedad mapuche es parte importante del proceso de mantenimiento de la cultura. El papel que desempeña la Machi en este proceso resulta decisivo, tanto por la conservación de conductas culturales y morales adecuadas, como por el cuidado de la salud y la medicina.

No cabe duda que nuestro tema es de una importancia notable y que para cualquier medio de comunicación este sería un gran tema, un gran reportaje o un gran golpe periodístico si la Machi decidiera mostrar sus actos curativos y expusiera sus facultades al público sediento de espectáculo. Es justamente ese aspecto o el hecho de que no ocurrirá así, el que nos motivó con más ahínco a conocer este espacio intercultural, este espacio de tradición e identidad mapuche, sabiendo que sobre todo se merecen la atención y el respeto único a sus creencias, valores y manifestaciones culturales.

Nuestro propósito es excavar profundo y para ello utilizaremos la metodología de reportaje.



En él se presentaran los diferentes objetivos que nos hemos propuestos recurriendo a entrevistas formales e informales, entrevistas en profundidad tanto de los actores indígenas como del sistema médico convencional, entrevistas a los usuarios - pacientes, administrativos, entre otros

También se hará una acuciosa recopilación de datos, tanto estadístico médicos como de historia y antecedentes del proyecto en sí.

Nuestra Tesis Reportaje de investigación fue seleccionada principalmente por las características trascendentales que la cultura mapuche ha tenido desde tiempos inmemoriales en nuestra sociedad. Por las características indómitas y por la perseverante lucha que ha tenido a lo largo de los siglos en busca de su reconocimiento y dignidad. Lucha que no puede dejar impertérito a nadie, menos a personas que en su diario vivir se relacionan con la historia, los conflictos sociales, los avances o retrocesos de una sociedad. Nosotras como periodistas no quedamos impávidas ante lo nuevo o curioso que pueda resultar un Machi en la ciudad. Tal vez ya son muchos, pero para nuestro objeto de investigación, éste es el principal acicate, la piedra angular que motivó conocer la cultura, sus dimensiones, sus creencias y su modo de percibir la salud y la enfermedad.

Entre los grupos étnicos nativos que habitaban originariamente el territorio chileno, los mapuches han sido, y son todavía, el grupo de más importancia numérica y el que ha sido objeto de mayor número de medidas legislativas, militares, políticas y socioculturales dentro del desarrollo histórico de la nación. Por esas medidas es que éste pueblo indígena ha sufrido una serie de transformaciones. Una de ellas y por efecto de las cuantiosas reducciones de tierras a las que se han visto sometidos, es la



migración del campo a la ciudad, lo que ha llevado a los mapuches a insertarse en una ciudad totalmente inhóspita y contradictoria respecto de sus creencias y sistemas de vida.

Aún así y pese a las grandes diferencias ambientales a las que se han tenido que adaptar, surge en ellos la necesidad de prolongar y preservar sus rituales, sus tradiciones y sus más recónditos anhelos de salvaguardar su cultura indígena.

Un ejemplo de ello es lo que daremos a conocer en nuestro reportaje: Una mirada desprejuiciada de lo que es la medicina mapuche y sus poderes terapéuticos. El cómo una comuna con altos índices de pobreza y donde además existe un elevado número de pobladores mapuches, ha logrado levantar un proyecto de salud intercultural, es decir, un fenómeno donde interactúan dos culturas o dos polos de interacción étnica: la mapuche, representada por los usuarios que acuden al Machi y la chilena-occidental, representada por el Sistema de Salud, sus equipos y los usuarios.

Es también nuestro propósito el dar a conocer cómo esta medicina, que nace principalmente en la IX región por la idiosincrasia natural de la etnia mapuche, logra, pese a las adversidades y dificultades con que se encuentran en las zonas urbanas, insertarse en la ciudad. Reconocer cómo ésta ha procurado, no sólo el bienestar de sus comunidades, sino además, comienza a ser una alternativa en el tratamiento de enfermedades para la sociedad en general y cómo se constituye en una alternativa de salud efectiva paralela y simultánea a la medicina científica oficial.



El estudio de las medicinas no convencionales y de las formas en que la población percibe el proceso de salud-enfermedad puede abrir también una perspectiva que abarque la comprensión, no sólo de las medicinas tradicionales sino también de las bases “étnicas” de nuestra medicina, que son fruto de una determinada línea de evolución de nuestra tradición cultural e ideológica.

Por esta razón, una parte importante de nuestra investigación está destinada al análisis del modelo médico occidental como un sistema cultural que se apoya en las estructuras socioeconómicas y culturales, los servicios y la sociedad. Por otro lado constituye un análisis de lo que ha sido el sistema médico tradicional mapuche, vinculado más con el hombre, la naturaleza y sus creencias sobrenaturales.

Hemos optado por la modalidad reportaje, porque consideramos que nuestra investigación se funda en el principio básico del periodismo que es informar. Tal precepto se basa en una mirada objetiva de los hechos y de la realidad. Un reportaje en profundidad podrá ser así el puente o herramienta fundamental para la proyección y expansión de ideas o proyectos de igual magnitud y trascendencia, como también la luz que la cultura mapuche necesita para comunicar su legado, su conquista, su transformación en la historia.

Del mismo modo, para el periodismo resulta imperiosa la necesidad de comunicar y proyectar realidades que se manifiesten fuera del ámbito de lo comercializable, alejado del marketing publicitario y comenzar a respetar aquello que se nos permite conocer.



Tal vez una de nuestras limitaciones se basen en que este reportaje está dispuesto a investigar, recopilar y describir sólo lo que nuestro objeto de estudio permita. Es decir, lo que la comunidad mapuche de la Pintana o de cualquier zona indígena esté dispuesta a enseñar y lo que nuestro ímpetu periodístico permita esclarecer.

Preocuparse por la conservación y desarrollo de la cultura mapuche significa no sólo responder a una deuda histórica, no sólo avanzar en la defensa de los derechos humanos de un pueblo, sino luchar por la defensa de un patrimonio cultural que pertenece a toda la humanidad y en la que estamos convencidas, encontramos una expresión de algo que nuestra civilización ha perdido y necesita urgentemente recuperar.



El Machi y la Ruka



FOTOGRAFIA RUKA. CONSULTORIO. LA PINTANA



Medicina Indígena en la Modernidad.

En el año 2001, una de las comunas con mayores índices de pobreza de nuestra capital, dio inicio a un proyecto de salud que comprendía la unión entre la atención médica convencional o científica y la atención medicinal *mapuche**.

Hablamos de la Comuna de la Pintana, ubicada al sur de nuestra capital y que según Censo de 1992, tiene 16.431 habitantes mapuches, una de las comunas con mayores registros de población indígena perteneciente a esta etnia. (cuadro N°1)

En el corazón de dicha comuna se encuentra el consultorio de salud **Santiago de la Nueva Extremadura** que atiende a cerca de 6.000 pobladores del sector, de los cuales aproximadamente el 15% son mapuches.

Si bien, esta iniciativa de salud no fue gestionada por el Ministerio de Salud, como lo fue con otras ocho comunas de Santiago, es sin duda el proyecto de interculturalidad¹ con mayor impacto y vigencia hasta estos días, que surgió como proyecto de investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica de Chile y el Departamento de Salud de la Municipalidad de la Pintana, a través de esta iniciativa se creaban nuevas opciones de salud para los usuarios de la comuna, mediante la atención de un agente médico mapuche. Ambas entidades presentaron el estudio para el financiamiento a la Universidad de Ottawa (Canadá). Ello dio como resultado el Programa de Salud Intercultural² que desde mediados de 2000 funciona bajo el patrocinio de dicha municipalidad.

* ver glosario

¹ Interacción social entre dos o más culturas en diferentes ámbitos; político, cultural, educacional y/o salud.



Luego de un año de marcha blanca y al comprobarse los buenos resultados obtenidos, la Municipalidad tomó la determinación de continuar con tan exitosa experiencia y dar "el vamos" a la concreción del proyecto.

Hoy, todos los miércoles y jueves, en el patio trasero del consultorio, tanto mapuches como "huincas" se atienden en la **Ruka**^{*} del machi Manuel Lincovil, la que cuenta con todo lo necesario para la mejor atención de sus pacientes. "Fue algo que nosotros exigimos. Era necesario para que el machi se sintiera en su ambiente. Es lo más parecida a las Rukas que tenemos en el sur, aunque pensamos en refaccionarla", dice Samuel Merinao, ayudante del **machi**[‡] y facilitador cultural³.

También cuentan con una señora mapuche que prepara los brebajes y los implementos que utilizará el machi y con un invernadero donde siembran las plantas que ayudaran a la curación de sus pacientes.

Los dos sistemas están constantemente coordinados. El único requisito que se exige para acceder a ellos es estar inscrito y aceptar las derivaciones que de ellos emanen. Para facilitar el trabajo en conjunto con los médicos profesionales, se realizaron ocho talleres educativos en el que aprendían unos de otros y se acordaron los términos de la relación. Por ejemplo, se acordó que no se haría **machitun**^{*}, debido a que es un consultorio de atención primaria y no se hacen operaciones. "El machitun es como una cirugía y necesita de implementos especiales y un equipo mayor", nos explica Samuel Merinao.

² **Programa de Salud Intercultural:** Programa auspiciado por el Ministerio de Salud y de Planificación desde mayo de 2001 en ocho comunas de la región metropolitana con el fin de unir e interrelacionar la medicina mapuche y la medicina convencional en el área de la atención primaria de salud.

^{*} ver glosario

³ Persona que facilita el intercambio cultural en los centros de atención primaria o consultorios. Debe saber mapudungun y español.



CUADRO N°1		AMBOS SEXOS			
DIVISIÓN POLÍTICO ADMINISTRATIVA	POBLACION DE 14 AÑOS Y MÁS	MAPUCHE	AYMARA	RAPANUI	NINGUNO DE LOS ANTERIORES
REGIÓN METROPOLITANA	3.848.121	409.079	12.308	11.648	3.415.086
PROVINCIA DE SANTIAGO	3.185.341	346.460	10.430	10.231	2.818.220
SANTIAGO	190.508	15.955	823	4.158	169.572
INDEPENDENCIA	61.058	5.485	221	134	55.218
CONCHALI	113.126	13.463	422	293	98.948
HUECHURABA	43.823	5.789	145	108	37.781
RECOLETA	122.759	13.503	424	228	108.604
PROVIDENCIA	94.604	4.044	229	120	90.211
VITACURA	62.356	2.333	117	51	59.855
LO BARNECHEA	35.188	2.719	128	48	32.293
LAS CONDES	162.678	7.365	325	141	154.847
ÑUÑO A	137.207	9.992	741	291	126.183
LA REINA	69.936	4.598	183	79	65.076
MACUL	90.503	9.647	312	191	80.353
PEÑALOEN	127.551	17.692	421	307	109.131
LA FLORIDA	232.812	28.339	762	405	203.306
SAN JOAQUIN	232.812	9.192	288	153	75.419
LA GRANJA	93.662	12.497	270	297	80.598
LA PINELANA	112.264	16.431	303	214	95.316
SAN RAMON	73.621	10.793	230	127	62.471
SAN MIGUEL	64.577	6.236	199	122	58.020
LA CISTERNA	71.822	6.768	241	104	64.709
EL BOSQUE	121.883	13.242	360	177	108.104
PEDRO AGUIRRE CERDA	96.319	13.691	421	349	81.858
LO ESPEJO	85.427	11.347	250	218	73.612
ESTACIÓN CENTRAL	106.968	12.176	369	212	94.211
CERRILLOS	53.673	5.302	161	100	48.110
MAIPU	179.446	20.958	499	279	157.710
QUINTA NORMAL	88.179	10.789	268	185	76.937
LO PRADO	82.654	12.744	389	287	69.234
PUDAHUEL	96.001	12.968	263	260	82.510
CERRO NAVIA	111.095	14.159	257	230	96.449
RENCA	90.881	13.283	332	332	76.934
QUILICURA	27.708	2.960	77	77	24.640

Cuadro N° 1 Población de 14 años y más, por sexo y grupo étnico declarado, según división político administrativa. Censo 1992.



¿Cómo nace la interculturalidad en Salud?

El caso de la Pintana puede ser excepcional y lo es. Pero también es un proyecto que se enmarca en la interculturalidad en salud que el Gobierno ha venido impulsando desde hace casi una década. Surge de las demandas que los pueblos originarios vienen haciendo desde tiempos inmemoriales y que hoy, cuando ya el siglo XXI aprendió a controlar su esfínter, se hacen realidad gracias al esfuerzo concomitado de varios sectores de la sociedad chilena.

Tras los procesos interactivos que hoy existen entre los sistemas médicos y que tienen como marco las relaciones entre las culturas de la IX Región, se planteó el problema de colocar dicha interacción en perspectiva. Recogiendo algunos de los avances y experiencias realizadas en torno a estos temas, tanto en el ámbito nacional como internacional, se plantearon varias interrogantes: ¿Cómo se podía planificar una adecuada integración y articulación entre la medicina tradicional y la medicina moderna?, ¿Era posible compatibilizar la cultura mapuche con la cultura nacional occidental?, ¿Era posible adecuar los servicios del sistema de salud oficial a la idiosincrasia cultural de la población indígena? Y finalmente, ¿qué significa interculturalidad en salud?

Haciendo un recorrido por la historia, sabemos que en Chile, hasta los años 70 existía un vacío absoluto en el reconocimiento jurídico de la realidad pluriétnica; se negaba que la sociedad estuviese constituida por múltiples formaciones étnico-sociales; se establecían relaciones asimétricas en las cuales un grupo -el dominante- intentaba imponer sus conocimientos y prácticas culturales sobre otro grupo -el indígena-, considerado inferior, y al que se debía incorporar a los beneficios del desarrollo científico.



Hoy se acepta generalmente el hecho de que en un país coexistan diferentes nacionalidades, sin considerar la pluralidad como una amenaza a la integridad territorial y sociocultural de una nación, pero, particularmente Chile, sigue siendo una sociedad fuertemente jerarquizada. En este contexto los sectores indígenas de la población representan aún el último peldaño de la sociedad nacional, sin que los avances ideológicos registrados en estas últimas décadas hayan logrado cambiar en forma sustancial su histórica condición de marginalidad y dominación.

Desde el inicio de la transición, el Gobierno de Chile ha impulsado un diálogo que surge de una demanda transversal y de gran importancia para las organizaciones y comunidades indígenas: El reconocimiento a la diversidad, al idioma, a los valores, a las prácticas de salud, a la literatura, en suma, a la realidad de una sociedad pluricultural en Chile.

La aceptación de la multiétnicidad va más allá de la comprensión de la existencia de otras realidades culturales; más bien ofrece un reto ideológico y ético mayor, que intente modelar el mundo en torno a sus propias realidades, cosmovisión, valores y metas.

Establecidas estas precondiciones de carácter político, obviamente de difícil realización, se consideró la necesidad de emprender una serie de medidas operativas para el desarrollo de una política intercultural en salud y de articulación entre medicina indígena y occidental. Quizás una de las pocas áreas donde la tesis del pluralismo cultural está encontrando una aplicación concreta.

La implementación de planes culturales en salud planteó la necesidad de una primera consideración de orden general: partir de la base que la medicina moderna no tiene por qué satisfacer por sí misma, todo el conjunto de las exigencias de salud de una población, invalidando el conjunto de recursos informales que existen dentro de una sociedad. Si no lo hace en contextos culturales homogéneamente ligados a la cultura occidental, donde es evidente la difusión de otros modelos y sistemas de interpretación y



manejo de la enfermedad como el naturismo, la iriología, la acupuntura, etc. Sería iluso pretender que lo hiciera en ámbitos pluriétnicos donde coexisten múltiples perspectivas culturales y concepciones distintas de la salud-enfermedad. El sector de la medicina tradicional, debidamente sostenido, debe ser por tanto, una alternativa autónoma para la solución de problemas de salud; en particular aquellos respecto de cuales la medicina oficial muestra escasa capacidad de intervención. Los agentes de salud tradicional o popular deberían por tanto ser considerados como parte del sistema local de salud que atiende a la población.

Vale la pena precisar que la idea de interacción entre los cánones preventivos y terapéuticos de la medicina occidental y la tradición médica mapuche empezó siendo una consecuencia de las fuertes presiones del movimiento mapuche -expresado preferentemente entonces por el *Aukiñ Wallmapu Ngulam*, Consejo de Todas las Tierras- de cara a la conmemoración de los 500 años del Descubrimiento de América.

En 1992, un equipo médico apoyado por facilitadores interculturales bilingües comenzó a apoyar a las familias pehuenches del valle de Quinquén, amenazadas de desalojo por los propietarios legales de ese vasto predio.

El entonces Director del Servicio de Salud Araucanía, el médico Fernando Porras, pensó en hacer extensiva la prestación de salud al resto del mundo mapuche de la Región y pidió a aquel equipo la formulación de una propuesta.

El paso siguiente se daría en 1993, tras un largo trabajo de investigación en cuatro comunas de La Araucanía: Lumaco, Galvarino, Saavedra y Lonquimay. Surgió de allí una línea de trabajo -que si bien



se ha incrementado, ha permanecido incólume en lo sustancial- basado en las necesidades y demandas detectadas en las comunidades indígenas de esos lugares.

En 1999, el entonces Presidente de la República Eduardo Frei Ruiz-Tagle destinó recursos económicos especiales para formar equipos facilitadores. Ese mismo año se realizó el Primer Seminario de Salud Intercultural y Políticas Públicas, organizado por el Ministerio de Planificación y Cooperación y el Ministerio de Salud, buscando dar respuesta a algunas de las demandas efectuadas por los pueblos indígenas, entre ellos los Mapuche. Desde esa fecha en adelante, han ido creciendo las experiencias recogidas en materia de salud y mayor ha sido también el impacto y reconocimiento de esta interculturalidad manifestada en ella.

Los facilitadores interculturales -Oficinas de Amuldungun- incorporadas a los hospitales de la IX y I Región, que entre otros objetivos tienen el de relacionar las prácticas de salud de los sistemas médicos mapuche y oficial; la traducción de material informativo a la lengua mapuche: el trabajo en salud intercultural del hospital de Maquehue; los encuentros nacionales de salud y pueblos indígenas realizados desde 1996, y la labor de estímulo y diseño de estrategias de largo plazo que desde ese mismo año lleva a cabo el Programa de salud y Pueblos indígenas del Ministerio de Salud.

A partir del Censo de 1992, sabemos que más del 80% de la población indígena reside en áreas urbanas. Se trata en parte de la población inmigrante en su mayoría en condiciones de allegados, apoyándose en redes familiares y étnicas de autoayuda.

La Región Metropolitana concentra casi el 50% de la población indígena, lo que incluye inmigrantes de a lo menos tres generaciones, que han ido paulatinamente abriendo espacios en el mundo



no indígena. Así encontramos que en varios municipios se han abierto oficinas de Asuntos Indígenas. La celebración del Año nuevo mapuche (*wetripantu**) o de *ngüillatun** en Santiago es una muestra de la presencia de las organizaciones indígenas que han surgido en los últimos años.

Desde esta perspectiva, el Gobierno del Presidente Ricardo Lagos, junto a la ex Ministra de salud Michelle Bachelet y a la ex Ministra de Planificación y Cooperación Alejandra Krauss, lanzo en mayo de 2001 el Plan de Salud Intercultural para las comunas de Peñalolen, Huechuraba, Pudahuel, Lo Prado, Cerro Navia, La Pintana, La Florida y El Bosque, incorporando por primera vez en la Región Metropolitana la cosmovisión y conocimientos de la medicina tradicional mapuche al sistema de salud convencional.

Si bien en la mayoría de los Servicios de Salud el proceso desarrollado por los equipos se caracterizó por la sorpresa ante el reconocimiento y encuentro con los pueblos indígenas, para los mapuches es la expresión de un sentimiento de auto identificación y de rescate de sus saberes originales.

Al respecto, Mireya Melipil, encargada del programa intercultural de las ocho comunas en el ámbito indígena, dice:

"Nacen de las demandas que se han hecho a lo largo de quinientos años que existe el pueblo. En el sur están trabajando hace diez o doce años el tema de salud intercultural y esto nace con el Gobierno de Ricardo Lagos cuando asume. Dentro de las cincuenta medidas, aparece el tema indígena, debido a las demandas que hicimos nosotros. De ahí surge este proyecto de salud intercultural para trabajar en la región metropolitana, pero esto es un trabajo que tiene su origen en el sur".

* ver glosario.



Adriana Dreckman, coordinadora de los proyectos a nivel regional-metropolitano del Ministerio de Salud, nos cuenta que para implementar los programas en las ocho comunas se capacitó a los profesionales a través de las mismas organizaciones mapuches que manejan los proyectos. Se hicieron talleres de capacitación en cultura y realidad mapuche, y también de mutuo conocimiento, que se implementaron mediante paneles señalíticos bilingües, *"aunque en un comienzo hubo muchas dificultades ya que todas las comunidades manejan un dialecto distinto y por lo demás, siempre fue un dialecto hablado, no escrito, lo que dificultaba aún más el entendimiento, por lo que, finalmente, se optó sólo por símbolos representativos"*. También, se incorporaron a los programas a los facilitadores culturales los que transmitían en forma más precisa lo que ambos sectores querían expresar. *"Se mejoró la cobertura, el número de beneficiarios indígenas que se atiende en los consultorios, especialmente en el área odontológica y oftalmológica"*.



Una Mirada a la historia...

Expresar nuestro reconocimiento a la cultura mapuche como tal es parte de nuestro trabajo. También reconocer su influencia de lo que es su medicina en nuestra cultura occidental.

Es necesario entonces, dar un vistazo a lo que ha sido a través de la historia, su reconocimiento, su influencia, el modo de insertarse en la sociedad dominante y el cómo hasta nuestros días se asienta en lugares cada vez menos ventajosos para su cultura.

Nuestra realidad sociocultural ha sido, desde la conquista, pluriétnica, conformada mayoritariamente por elementos europeos y en menor medida por grupos nativos: aymara, pascuense, mapuche, alacalufe y otros.

En épocas muy remotas, la organización social mapuche se basaba en linajes patrilineales que tenían alto nivel de autonomía, en que ejercía el poder un *longko*^{*}, o jefe del grupo de parentesco (normalmente de la generación más antigua del linaje), que administraba y regulaba la vida colectiva.

Del mismo modo, el o la *machi* desempeñaba un papel importante, en el plano del respeto a las leyes sociales y rituales del grupo, como también, en lo que respecta a la seguridad del linaje y la relación con el mundo sobrenatural, a través de la medicina.

La llegada de los españoles quebró las modalidades de vida y las relaciones intergrupales de los mapuches e impuso mecanismos y realidades de fuerte efecto demográfico: como consecuencia directa de la etapa inicial de conquista, los mapuches perdieron entre el 60 y 70 % de su población en dos generaciones. Esto debió tanto a las guerras, como a la difusión entre los grupos indígenas de enfermedades traídas por los conquistadores españoles.

^{*} ver glosario.



Desde el punto de vista socioeconómico, el periodo de la guerra de Arauco produjo transformaciones sustanciales en el ámbito de la sociedad mapuche, originadas tanto por la situación de conflicto como por los procesos de relación con los enclaves coloniales.

Sobrevino así un periodo de desarrollo como sociedad ganadera que originó modificaciones internas en la estructura social mapuche: aparecieron relaciones patrón - cliente; a veces jefaturas y liderazgo paralelos o en competencia con los tradicionales; sistemas de prestigios basados en el poder de reclutamiento de los líderes, en la riqueza y en las capacidades políticas para negociar alianzas con grupos similares o con el poder hispano.

Sin embargo, la constitución de la República, la guerra con los chilenos y finalmente la derrota militar de fin de siglo modificaron radicalmente el cuadro instaurado durante el régimen colonial.

Desde mediados del siglo XIX, el Estado chileno se preocupó de incorporar la Araucanía a la soberanía nacional, para lo cual adelanto las líneas de frontera mediante establecimientos militares desde el Bío-Bío al Malleco y en 1866 dictó las primeras leyes de radicación. Estas pretendían confinar a los indígenas en territorios no enajenables – abriendo el territorio restante a la colonización-, y regular el complejo y conflictivo proceso de apropiación de las tierras mapuches que se desarrollaban en la región. En 1869 los mapuches firmaron la paz y quedaron en condición de minoría dominada. Esta situación se vio reforzada en los inicios de los 80', cuando tras el último levantamiento indígena, el ejército chileno culminó la “*pacificación de la Araucanía*”.

Desde ese momento, el régimen republicano reglamentó la ocupación del territorio mapuche a través de una nueva ley de reducciones, que socavó la continuidad histórica de la sociedad indígena. La expropiación de las tierras nativas, la radicación arbitraria y forzada de los grupos indígenas en



“reducciones”, la constitución de latifundios y las medidas de colonización europea fueron los elementos fundamentales de la política de ocupación de la Araucanía.

Simultáneamente al proceso descrito, la medicina mapuche, así como la gran mayoría de las medicinas indígenas de América latina, sufrió un continuo proceso de cambio, disgregación y reformulación. El contacto con la sociedad cultural colonial y luego republicana provocó una transformación del sistema médico, en términos de su integración interna, división de roles y funciones, y de sus conceptos y prácticas.

A partir del siglo XVI, la medicina mapuche entra en contacto con otras tradiciones médicas introducidas por la colonia. Estas, aunque aportan nuevos elementos no modifican los aspectos esenciales de la medicina indígena: el sustrato mágico religioso que sustenta su modo específico de acción; el modelo etiológico que atribuye la causa de la enfermedad a fuerzas que operan de acuerdo a una lógica de carácter moral; la forma oral de transmisión de los conocimientos médicos; la presencia de agentes especializados como la machi, etc.

Pese a que, para el estudio de la medicina mapuche no contamos con fuentes propiamente indígenas, sí encontramos una vastísima bibliografía hecha por españoles, si bien, distanciada culturalmente, nos tributan valiosos datos en la descripción de la medicina entre los siglos XVI y XVIII.

Es así como Gerónimo de Bibar (1558), Mariño de Lobera (1595), Pedro de Oña (1596), González de Nájera (1614), Alonso de Ovalle (1646), Diego Rosales (1647) y Francisco Nuñez de Pineda y Bascañán escribieron extensamente sobre la medicina mapuche reconociendo en todo momento el amplio conocimiento de las plantas medicinales, las cuales incluso fueron utilizadas por los españoles.

No ocurre lo mismo con las creencias y prácticas chamánicas, ya que debido a la mentalidad cristiana dominante, las califican como “*salvajes y demoniacas*”.



Según las crónicas de estos autores, existían alrededor de 200 hierbas, arbustos y arboles (hojas, flores, corteza, raíces) utilizados por los mapuches como plantas medicinales. Gerónimo de Bibar (1558), quien fue testigo de la expedición conquistadora de Pedro de Valdivia, establece la existencia de variadas hierbas, comparándolas con las que había en España, menciona: “*centaura, hierba mora, llantén, apio, verbena, manzanilla, malvas, malvavisco y ecencio romano que los boticarios llaman cerrajas y achicoria, becdolagas, culantrilla, doradilla, lengua de buey, persicaria, ortigas, tomillo, romaza, juncia, coronilla del rey, suelda, carrizo, y otras muchas hierbas y raíces parecientes a la de nuestra España*”

Durante el siglo XVII, otro autor que se refiere a la efectividad que contienen las hierbas como medicina es don Alonso González de Nájera⁴, quien describe de la siguiente manera la sabiduría de los mapuche respecto a la herbolaria: “*produce aquella tierra muchas y muy buenas yerbas medicinales, con que hacer curas admirables especialmente en heridas y en particular con una hierba llamada quinchamali, nombre de un cacique que halló su virtud.*”

Otro que dedica bastantes páginas de sus escritos a las plantas y árboles de usos medicinales por los indígenas, es Diego de Rosales⁵, quien repara descriptivamente sobre el **quinchamali**: “*este simple de quien vamos hablando se levante del suelo poco menos de media vara, esparciéndose en delgadas ramas vestidas con menudas hojas con alguna semejanza a las hojitas del romero. Cada ramita se corona de una hermosa flor en forma de capullo, rojo y anaranjado, que todo el año conserva su amenidad y la viveza de sus colores. Créase en los valles y cerros, pero con más lozanía en las sierras altas... Saca la sangre molida y extravenada; facilita la regla; sana la hidropesía*”

⁴ González de Nájera, Alonso, Desengaño y reparo de la guerra del reyno de Chile. Editorial Andrés Bello, Santiago, Chile, 1971



Sin duda, las prácticas terapéuticas más usadas hasta el siglo XIX, eran a través de las plantas. Posteriormente; con el sometimiento, la reducción de los indígenas y la comercialización de los recursos por parte de los españoles; el ambiente ecológico fue cambiando y la herbolaria medicinal disminuyó por causa de la extinción de variadas plantas y llevó a la pérdida de práctica y conocimiento por los especialistas herbolarios.

A pesar de ello, se siguen ocupando en los siglos XIX y XX las hierbas como base en la elaboración de remedios por parte de la machi, la que conoce la propiedad terapéutica de toda la flora indígena.

Durante estos siglos los cronistas, si bien con menor interés que en el caso de la herbolaria, se dedicaron a describir otras prácticas empíricas de la medicina mapuche. El padre Gusinde⁶, que intenta reconstruir la tradición médica de los mapuches, señala la existencia de otro tipo de remedios, solos o combinados con hierbas, entre los que podemos nombrar piedras que se encuentran entre las heces del guanaco, huancura, baños termales, sangría, dietas alimenticias y greda. También se mencionan la utilización de cirugía, masajes y baños incluso con anterioridad al siglo XX.

Entre las técnicas terapéuticas se reconocen las sangraduras o sangrías, que era un recurso muy usado para sanar diversas enfermedades y se efectuaba con la delgada punta de un pedernal puesto en el extremo de una varilla con la que estancaban la sangre en el momento que les parecía conveniente y colocaban hierbas astringentes sobre la herida.

Otra forma terapéutica de curación es la cirugía, que según Gusinde, era su especialidad. Debido a la guerra, se presentaban frecuentes lesiones interiores y exteriores de toda clase, lo que ofrecía constantemente la posibilidad de practicar este arte. *"Los abscesos los abrían con una piedra afilada,*

⁶ Rosales, Diego de, Historia General del reino de Chile, Volúmenes I,II,III,IV, Imprenta de El Mercurio, Valparaíso, Chile, 1877



chupando la pus con la boca y lavando la cavidad con agua fría para llenarla después con yerbas machacadas".

Los actores relacionados con la vida mágico-religiosa calificadas como "supersticiosas" y los curanderos empíricos con un gran conocimiento herbolario y experimentados en el ámbito de enfermedades atribuibles a causas naturales serían hechiceros y /o machi.

Sin embargo, estas distinciones no son compartidas por todos los cronistas, lo que vuelve contradictoria la idea desarrollada en torno al modelo médico imperante en aquella época.

Guevara⁷ en el siglo XIX menciona un tipo de especialista, que podía ser hombre o mujer y ejercía la función de proporcionar información sobre robos y enfermedades, al que se conocía como **Inaimahue***

Aunque para la época reconoce el predominio de la **machi**, menciona otros agentes que seguirían ejerciendo.

Latchman⁸, como Guevara, difieren de Gusinde al señalar que antes del siglo XVIII existían diferentes categorías (a parte de las machi) de magos, cuyas funciones y modos de obrar variaban unos de otros, y que tenían sus denominaciones especiales: **el ampivoe*** o **ampiravoe** (de **am** espíritu y de **pivaln** mandar a decir: el que manda los espíritus), curaba por medio de invocaciones a los espíritus, quienes le indicaban los remedios que debían usarse en cada caso especial; el **nege** o **nessué**, el actual **ingerpin***, que según este autor era el verdadero chaman o sacerdote oficial; los **ingerguño***, dueños de las enfermedades o epidemias; que oficiaban, además, rogativas o cultos; el **pelotén***, quien profetizaba el futuro o adivinaba los hechos pasados, por medio de visiones o sueños provocados por

⁷ Gusinde, Martín, Medicina e higiene entre los antiguos araucanos, en Revista Chilena de Historia y geografía, Sociedad de Historia y geografía, Santiago, Chile, 1917

⁸ Guevara, Tomás, *Psicología del pueblo araucano*, Imprenta Cervantes, Santiago, Chile, 1908

* ver glosario.



marcóicos y otros medios artificiales; el *rantuvoe** (de *rantún** preguntar o investigar), era consultado con frecuencia sobre las causas de las muertes imputadas a la hechicería.

Tampoco queda claro si las funciones sacerdotales (mágico religiosas) estaban separadas de las médicas curativas (mágico empíricas). En cambio, la mayoría de los historiadores españoles coincidían en señalar que el papel de machi debía desempeñarlo un hombre, pero con rasgos no acordes a su sexo. Alonso de Ovalle,⁹ en cambio, es el único autor en mencionar a la mujer como machi y le atribuye efectividad como médicos y aptos en el manejo de conocimientos herbolarios.

También señalaban que un machi pasaba por un largo proceso de aprendizaje y que el origen sobrenatural de su poder, debía ser entregado por otro machi o hechicero. Posteriormente el aprendiz era reconocido públicamente por su maestro, quien, según versiones de investigadores españoles de aquella época, se cortaba la lengua y sacaba los ojos para intercambiarlos con el novicio y así finalmente ser "*graduado de hechicero y ordenado sacerdote del demonio*". Además, eran muy temidos y poseían gran prestigio, respeto y privilegio.

El *machitún*, según los mismos autores, era una ceremonia que consistía en diagnosticar a los enfermos y curarlos. Existen varias versiones de cómo se realizaba el machitún en siglos pasados. Una de ellas es la relatada en la obra "Cautiverio Feliz" por el autor español Francisco Nuñez de Pineda¹⁰, quien proporciona una descripción de tal ceremonia al ser testigo de ella en condición de prisionero:

"Entramos ya de noche al sacrificio del cordero, que ofrecían al demonio...Estaba cerca de la cabecera un carnero liado de pies y manos, y entre unas ramas frondosas de laureles tenían puesto un ramo de

⁹ Latcham, Ricardo, *La organización social y las creencias religiosas en los antiguos araucanos*, Tomos I-II, Imprenta Cervantes, Santiago; Chile, 1924

¹⁰ Ovalle, Alonso de, *Histórica relación del Reyno de Chile*, Editorial Universitaria S.A. Santiago, Chile 1974

¹¹ Nuñez de Pineda y Bascañán, *El cautiverio feliz: y razón individual de las guerras dilatadas del reino de Chile*, Editorial Universitaria S.A. Santiago, Chile, 1973



canelo de buen porte, del cual pendía un tamboril mediano, y sobre un banco grande a modo de mesa una quita de tabaco encendida, de la cual a ratos sacaba el humo de ella, y esparcía por entre las ramas y por donde el doliente y la música asistía...

Al cabo de haber incensado la rama tres veces, y al carnero otras tantas, que le tenía arrimado al banco que debía servir como altar de su sacrificio, se encaminó para donde estaba el enfermo, y le hizo descubrir el pecho y el estómago, habiendo cantado las cantoras, y mandó que volviesen a cantar otra diferente tonada, más triste y confusa, ya llegando al carnero sacó un cuchillo y le abrió por medio, y sacó el corazón vivo, y palpitando le clavó en medio del canelo en una ramita, que para el propósito había antes ahuzado, y luego cogió la quita y empezó a sahumear el corazón, que aún vivo se mostraba, y ratos le chupaba con la boca la sangre que despedía. Después de esto sahumó toda la casa con el tabaco que la boca echaba el humo; llegóse luego al doliente, y con el propio cuchillo que había abierto el carnero, le abrió el pecho, que patentemente ese parecían los hígados y tripas, y los chupaba con la boca; y todos juzgaban que con aquella acción había echado fuera el mal y le arrancaba del estómago..."

En la obra "*Vida y Costumbres de los Araucanos en la Segunda mitad del siglo XIX*"¹¹ se describen varios aspectos del machitún más parecidos a los actuales, como los cantos, que tienen un valor importante de invocación a la divinidad y a su voluntad para incidir en la recuperación del enfermo o los instrumentos, principalmente el *kultrung*^{*}, que ayudan a una mejor comunicación. Otros autores posteriores y contemporáneos dan a conocer el ritual a través de recopilación de cantos y oraciones y a

¹¹ Moesbach, Ernesto. *Vida y costumbres de los araucanos*. Imprenta Cervantes, Santiago, Chile, 1930, p.351.

^{*} ver glosario.



La vinculación de conceptos cristianos como dios padre. Un relato descrito por el padre Moesbach dice así:

"En una casa indígena hay un enfermo. Luego se le busca a la machi. Ella viene, se sienta al lado del enfermo y entra en la oración, primero por medio de un cigarrillo; fuma, sopla el humo hacia arriba y dice:

padre dios, tú nos has instruido; seas machi, has ordenado respecto de mí, por eso soy machi...

...sí uno se enferma, lo sanarás, me mandaste por eso lo hago...

...vosotras machi poseéis bastante poder para amparar enérgicamente a este enfermo: lanzad de él al demonio que tanto lo ha vejado. que sane por vuestra intervención, oh coadjutores, que estáis en el cielo y tenéis puesta vuestra mirada hacia abajo"

En este canto invocatorio queda claro que el machi es poseedor de un don divino, por lo que el mejoramiento del enfermo depende de la voluntad misma. Se puede también señalar la contraposición existente; por un lado las invocatorias al dios padre para la sanación del enfermo y por otro al demonio, como espíritu maligno que incide en la enfermedad y al cual se le hace la guerra para que desaparezca.



En nuestros días

En la actualidad la medicina mapuche sigue tanto o más vigente que en otras épocas, ya que además de estar inserta en la ciudad, es demandada cada vez más, para sorpresa de todos, tanto por mapuches como no mapuches e inclusive extranjeros.

El médico mapuche (machi), a diferencia de los occidentales, tiene métodos de diagnósticos que realiza a través de la orina, ropa, ojos o manos del paciente y de esta manera le prepara un remedio a base de hierbas, pero si nota que el paciente no disminuye su enfermedad lo deriva a un consultorio.

“para cada enfermedad hay un tipo de hierba o remedio, Algunas(os) machi lo preparan de inmediato, otros dan las hierbas para que la prepare la persona y la deja en tratamiento por un período, si no se sana por la vía del machi, se va al consultorio. Otro tipo de enfermedades más extremas como una peritonitis o un ataque a la vesícula, se manda enseguida a la persona a una posta o consultorio”,

relata Mireya Melipil. Coordinadora de los Programas Interculturales en la Región Metropolitana.

Es así como se produce la interculturalidad, pero según la entrevistada, aún falta que la sociedad chilena reconozca al machi como médico, para que la interculturalidad sea completa *“también pasa por que el médico no tradicional derive al machi, en el caso de que no vean clara la enfermedad de la persona, por ejemplo cuando la enfermedad es del alma o del espíritu”*

Actualmente, la tierra sigue siendo el núcleo central de la cultura mapuche. De ella emana su forma de conectarse con el mundo y su estilo de vida que lo define hoy como un pueblo agricultor. Sin embargo, el tamaño actual de las antiguas propiedades familiares ha disminuido notablemente y paralelamente,



muestra fenómenos de resistencia y vigencia de la identidad, concentrados en torno a la mantención de la cultura, que se transforman en espacios de identidad y conservación para el grupo social. La vigencia de una medicina propia mapuche y el papel que desempeña la machi en este proceso resultan decisivo, tanto por la conservación de conductas culturales y morales adecuadas, como por el cuidado de la salud y la medicina.

Hoy los machi no sólo tratan problemas de salud, sino una amplia gama de preocupaciones que tienen los mapuche en relación con la sobrevivencia, el trabajo, la identidad cultural, la desadaptación a la sociedad chilena, el racismo, el amor, las relaciones familiares y entre vecinos. Estas ansiedades que se atribuyen en gran medida al “mal”, se intensifican en las comunidades que están más cercanas a pueblos y ciudades donde hay más contacto con la sociedad chilena.

La difícil situación económica actual de los mapuches está socavando su estilo de vida rural tradicional, lo que les está obligando a interactuar cada vez más con el mundo chileno urbano moderno.

El empobrecimiento del mapuche, cuyas tierras son escasas e infértiles, causa conflictos entre vecinos por las tierras e incrementa los sentimientos de envidia hacia aquellos que, se cree, tienen más de lo que les corresponde. Esta acumulación de tensiones está mermando el ideal de solidaridad y reciprocidad social en las comunidades mapuche.

La escasez de las tierras y los problemas económicos han forzado a un número creciente de hombres mapuche a buscar trabajo en la ciudad o convertirse en jornaleros en campos ajenos. Muchas mujeres jóvenes migran permanentemente a las ciudades para trabajar como empleadas domésticas mientras



que las mujeres mayores tienden a quedarse en casa para trabajar la tierra y los huertos, hacer artesanía y realizar las faenas domésticas. Muchos mapuches tienen grandes expectativas con respecto a la ciudad, imaginan que ganarán dinero suficiente para mandarles algo a sus parientes pobres en el campo, o que van a tener éxito y lograr un estilo de vida más fácil. Sin embargo, la realidad urbana con que se encuentran es muy distinta.

En la actualidad el 80% de la población mapuche vive en la ciudad, pero la noción de identidad mapuche todavía se forja en torno a una noción fundamentalista de una comunidad rural, tradicional y estática en el tiempo. Esta noción ignora las complejidades de la etnicidad mapuche actual y produce discriminación y ruptura entre los elementos rurales y urbanos mapuches (José Ancan, 1997). Muchos mapuches continúan sintiéndose desarraigados en la ciudad. Van perdiendo contacto con su linaje, con los vínculos hogareños y con su sentido de pertenencia. Además, las diferencias fundamentales entre la cultura chilena y mapuche y la discriminación contra indígenas en la ciudad limitan sus oportunidades de trabajos valorados y bien remunerados.

Pese a estos antecedentes, la sociedad mapuche se ha organizado en las zonas urbanas, tal es el caso de la comuna de Lo Prado, que desde 1998 atiende a través de una machi que ve cada dos semanas a los pacientes de su etnia. También es el caso de dos machi que venían a Santiago y atendían en el local de la Corporación Nacional Indígena (Conacin) semana por medio. Esta modalidad permitía mantener la autenticidad de sus prácticas en un medio que es por naturaleza hostil.

Mireya Melipil agrega *"en las comunas como La Pintana está Alfonso Lincobil, machi que viene de Nueva Imperial. En la Florida trabaja el machi Manuel. En Peñalolén traen un machi del sur, al igual que en Cerro Navia. Lo Prado trajo otra machi que viene del sur. Y en mi comuna (El Bosque) el primer año trabajamos con varios machi del sur y de Santiago, el segundo año trabajamos con*



*Manuel Lincovil y este año no tenemos Machi porque es muy complicado que los machi salgan de su ambiente, dejar el **rewue*** solo y no todas las machi están aptas o con sus fuerzas para venir a Santiago a trabajar. Así que tratamos de reforzarlo con los machi que viven en Santiago, porque así los tenemos a mano y están cerca para darnos a conocer y para que nuestra gente tenga atención. También para que prevalezca el cargo de machi, que nuestra cultura, por medio del machi, no se quede en el olvido"*



Se siente el perfume a carne y mudai, canelo, naranjo, corteza y quillay...

¿Cómo ve el mapuche el fenómeno de la enfermedad? ¿Cómo cuida de los enfermos?,
¿Quiénes son los encargados de velar por la salud y el bienestar de sus comunidades?,
¿Qué elementos utilizan y basándose en qué síntomas o diagnósticos? Estas y otras preguntas son las que el hombre ávido de conocer esta cultura, se podría plantear.

Para dominar la medicina mapuche y todas sus implicancias, es necesario primero, conocer la percepción de su universo, la naturaleza, sus creencias. Cómo es que ellos se plantean la enfermedad y cómo es que la enfrentan.

Según la cosmovisión mapuche, el orden del universo se rige por una serie de fuerzas opuestas y complementarias que deben estar en armonía. Por lo tanto, una relación conflictiva entre el cosmos y el ser humano, entre el individuo y su medio social, puede llegar a alterar ese orden materializándose en la enfermedad, que en *mapudungun* se denomina **Kutran***. Es concebida como un estado en que el individuo no puede relacionarse normalmente con los demás o se encuentra imposibilitado de realizar sus tareas habituales. La creencia dice que el enfermo tiene cierto grado de responsabilidad en lo que se refiere a la causa ya que, comúnmente, es el que transgrede el orden de la naturaleza o las normas de su grupo social.

*ver glosario



Los mapuches categorizan en dos amplios tipos las enfermedades: *mapuche kutran** y *wingka kutran*.* Ambas, se diferencian en la percepción de su origen; como perteneciente al modelo mapuche o no mapuche o porque la terapéutica corresponde a uno u otro sistema médico.

Las primeras, *mapuche kutran*, pertenecen al dominio del sistema médico mapuche porque se perciben provocadas por fenómenos o fuerzas claramente identificables dentro de su cultura; por lo tanto, deben ser tratadas con elementos y técnicas mapuches. Las segundas, pertenecen al dominio del sistema médico oficial, son enfermedades que han sido introducidas por el contacto interétnico o pueden ser mejoradas por la medicina occidental. Sin embargo, en el tratamiento de una enfermedad mapuche complicada suelen intervenir ambos sistemas médicos: uno para resolver la causa y el otro para resolver la enfermedad desde el punto de vista biológico.

Las *mapuche kutran* suelen también dividirse según su origen. Existen entonces, *re-kutran** o enfermedades de origen natural en las que interviene un agente o fuerza intencional, *wenu kutran** enfermedades sobrenaturales (religiosas) donde la causa proviene de las divinidades o de los espíritus que se encuentran en el *wenu mapu** (tierra de arriba) y que sanciona a las personas que no cumplen con las normas tradicionales, y finalmente, *weda kutran** o enfermedades sobrenaturales (mágicas) que son provocadas por un agente, fenómeno o fuerza que proviene o tiene vínculos estrechos con el *minche mapu** (tierra de abajo), donde viven seres y espíritus malignos.

Las *re kutran* son en opinión de la gente "pura enfermedad no más"; aquellas leves y pasajeras que es posible curar a nivel casero o con poca intervención del especialista.

* ver glosario



Las **wenu kutran**, son enfermedades graves y difíciles de curar. El diagnóstico y tratamiento son del dominio del especialista machi. Entre las más comunes se encuentran: **machi kutran*** o enfermedad de machi, **kastikanten*** o enfermedad por castigo. (ver cuadro n°2)

Llamaremos prácticas terapéuticas a todos los procesos que lleven a la cura o sanación de una persona dentro de la tipología que la cultura mapuche hace de la enfermedad. Los procesos o técnicas empleadas varían según el tipo de enfermedad, es por eso, que encontramos tantos tipos de terapéutica como tipos de enfermedad existen. La herbolaria, es decir, el tratamiento de enfermedades con plantas medicinales, los procesos de adivinación a través de los sueños o la vista, la cirugía, practicada principalmente a través del machitún y la acupuntura, son en poca medida, algunos ejemplos de sus vastísimos métodos de tratar la enfermedad.

Tomando en consideración la extensa variedad de plantas con las que cuenta la cultura mapuche, se puede inferir que tienen un profundo conocimiento sobre su ecosistema y la forma de mantener el equilibrio de éste, lo que fue cambiando con la intervención de los españoles y posteriormente los chilenos y que trajo como consecuencia la pérdida de gran parte de tales recursos medicinales, tanto por la fuerte explotación para la generación de ingresos, como por el establecimiento de ciudades e intensificación de la agricultura.

En la actualidad vemos que muchas de las hierbas que los cronistas mencionan ya no se utilizan y que otras han sido exterminadas. Como también sabemos que, en menor medida existen todavía otras formas terapéuticas de tradición indígenas, como el uso de piedras, baños termales y cirugía.



Etnoclasificación de las enfermedades

Principio

Desarmonía

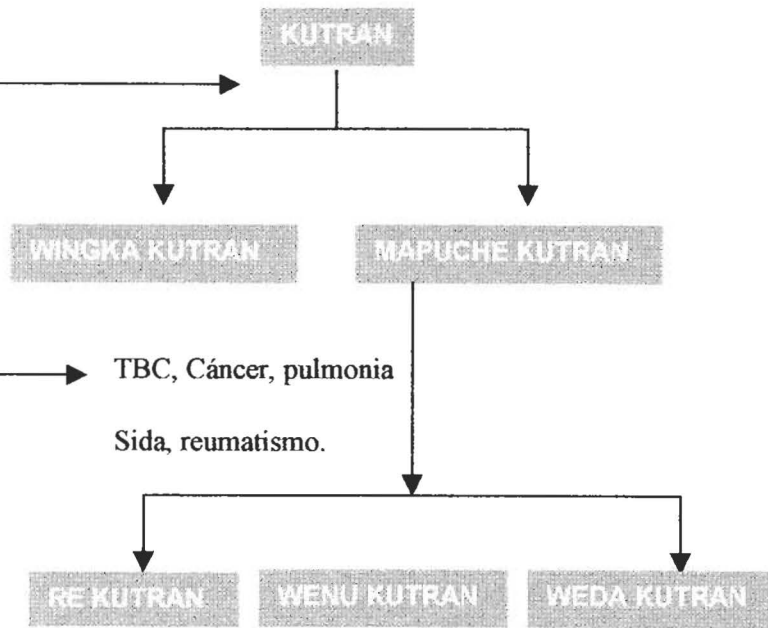
Física-social-psíquica

Etiológico terapéutico

Localización

Sintomatología

Duración



Longko

piwke

furi

pel

Putra, etc.

PICHI

(pequeñas)

LEF

(agudas)

FUTA

(grandes)

KUYFI

(crónicas)

Cuadro N°2: representa las tendencias de categorización de enfermedades de acuerdo al modelo médico mapuche.



En todos los rituales de curación mapuche son importantes tanto la eficacia (valor terapéutico) como la ejecución ritual de la machi (la atracción dramática y simbólica que ejerce sobre el enfermo y la comunidad) para que el enfermo se cure. Según la lógica tradicional consensual mapuche uno es inseparable del otro. Lo más importante para lograr que la curación surta efecto es mantener la fe y confianza del enfermo y convencerlo a él y a la comunidad del poder de la machi y de la eficacia del ritual

Los poderes, remedios y métodos de una machi también deben “funcionar bien” con el espíritu del enfermo para que la curación surta efecto. Antes de que una machi acepte tratar a un enfermo por una enfermedad espiritual, le da hierbas medicinales durante un período de tiempo y observa sus reacciones. Si el enfermo reacciona en forma negativa, ella le dirá que vaya a buscar ayuda en otra parte. Si reacciona en forma positiva, la machi realizará el tratamiento ritual. *"Hay que ver el fondo del por qué está enfermo. Porque hay una historia detrás de todo eso, viene de la familia, de algún lado viene, no es la persona. Tiene un origen, nosotros buscamos el origen de la enfermedad. Llegamos al origen, al ver de dónde desciende, cuál es su historia, si es casada o cómo es su familia. En una de esas, es alguno de su familia el que está realmente enfermo, pero recae en él, porque él tiene la capacidad de absorber"*, nos comenta Samuel Merinao, ayudante de machi en la comuna de la Pintana, con respecto al modo de diagnosticar de éste.

Durante los tratamientos usan varios tipos de hierbas medicinales para hacer infusiones que sus enfermos deben beber. O cataplasmas, que se aplican externamente, para curar o prevenir una enfermedad. Las hierbas tienen propiedades medicinales y también propiedades simbólicas y



espirituales. Existen diferentes maneras en que las machi adquieren los conocimientos sobre las hierbas medicinales. La más importante es por *peuma** o sueños.

Las hierbas medicinales más comunes que se usan en la ceremonia son aquellas que se creen efectivas contra el mal de las enfermedades espirituales. Entre ellas están el *foye** o canelo, el *triwe** o laurel y el maqui, todas provistas de propiedades sagradas. Por esta razón siempre se plantan alrededor del *rewé* (altar o árbol de la vida) de la machi.

En tanto los sahumeros (exorcismos con humo) son una manera bastante común de exorcizar al mal cuando afecta a toda una familia, o cuando se sospecha que anda acechando por la casa, y se usan en forma complementaria a cualquier ceremonia de curación. Aunque el propósito del sahumero siempre es el mismo, cada machi tiene su propia receta.

Ana Mariella Bacigalupo, Doctora en Antropología de la Universidad de California en su libro *La Voz del Kultrung en la Modernidad* refiriéndose a la técnica de sahumero, señala: *“En uno de los sahumeros que realizó machi Pamela, hizo una pila de hojas de foye, palco y maqui, les prendió fuego y les dijo a las mujeres presentes que le echarán sal y azufre al fuego. Aguardiente y vinagre fueron esparcido por dentro y por fuera de la casa con un foye iaf iaf. Que son ramas usadas en los machitún y otros contextos rituales. La machi, la llefu* o ayudante de machi y los otros participantes sacuden foye iaf-iaf (ramas de canelo) al son del kultrung. Los foye iaf-iaf también se usan para golpear las paredes de la casa durante un exorcismo. Los mapuche creen que los foye iaf-iaf ayudan a la machi a concentrarse y para darle fuerza y concentración en los rezos individuales que hace frente a su rewé. Los triwe iaf-iaf son ramas de laurel usados para calmar a la machi y hacerla volver a un estado normal de conciencia. La machi frota su cara y golpea su cabeza con triwe. En muchos casos se ponen*

* ver glosario



hojas de foye, palco y maqui junto con ají y sal a un brasero que es transportado en círculo alrededor de la casa para espantar a los malos espíritus”.

Otra técnica de curación muy común y que mantiene la misma secuencia y estructura básica de antaño, es la denominada *Machitún*, pero emplean símbolos distintos con significados diversos y sólo se realizan en casos de enfermedades graves o de enfermedades espirituales crónicas. Se ha incorporado el uso del caballo y las armas como cuchillos y, a veces, armas de fuego, para espantar a los *wecufe** (espíritu maligno). Algunos historiadores encuentran una relación entre el machitún y la guerra contra los españoles¹², o la disputa por la tierra¹³: *la confrontación física contra el “mal concebido como enemigo, los gritos y las armas usadas por los llefu y los otros ayudantes en el machitún son los mismos que usaron los guerreros mapuche contra sus enemigos en los siglos XVI y XVII. El grito ¡¡¡ ya, ya, ya, ya!!!! usado en el machitún es un grito de guerra, no el grito tradicional de oración que era ¡ooooomm!. Esto implica que el machitún es una verdadera guerra espiritual contra el mal y lo foráneo. Los gritos tienen una vinculación muy fuerte con la identidad mapuche y su lucha contra las imposiciones que vienen desde fuera”.*

Ana Mariella Bacigalupo, cuenta que observó nueve ceremonias de machitún. *“Todas mantienen la misma organización básica. Sin embargo existen variaciones de acuerdo a la machi, el tipo de enfermedad, la edad de la enfermedad, las características y las creencias del enfermo”.* Continúa con una descripción del machitún *“ los machitún se hacen de noche, siendo ésta la hora cuando se cree que los espíritus malignos aparecen, llevándose a cabo en la casa de la machi o del enfermo. Se pueden hacer sahumeros en forma simultánea para espantar el mal y beneficiar a toda la familia. Al*

¹² Métraux, Alfred, El chamanismo Araucano, en Revista del Instituto de Antropología, Vol XI N° 10, Tucuman, Argentina, pp309-362, 1942



atardecer, se acuesta al enfermo sobre un cuero de oveja o colchón con su cabeza hacia el Este donde se planta una rama de foye o canelo. Se colocan dos cuchillos filudos detrás de la cabeza o en el pecho del enfermo para exorcizar al mal".

Según la gravedad de la enfermedad, el origen de esta o el agente agresor, se conocen otros tipos de ceremonias chámánicas relacionadas con el machitún: *Ülutun**, *Datuwün**, *Füta Kudaw** o *Füta Datuwün** y *Malon o Malongkeo**.

Ülutun literalmente significa accionar por medio de cantos, aunque es frecuente que la gente traduzca este término como cura por medio de Kultrung o tambor mapuche que identifica a la machi, quien lo toca marcando con sus cambios de ritmo las diversas fases que experimenta como sanador en el transcurso del acto curativo. Se realiza contra aquellas enfermedades de origen mágico o sobrenatural detectadas en forma oportuna. Consiste en invocaciones a la Divinidad por medio de *machi ül* acompañados de toque de kultrung y del uso de remedios o sahumeros para alejar a los *wekiüfü* o espíritus malignos que siempre rondan el espacio vital de las personas enfermas o actúan contra éstas en el desencadenamiento de las enfermedades. La liberación del *wekiüfü* del enfermo es el efecto esperado de los cantos y sobre todo del sonido del instrumento, ya que al tocarlo la machi danza recorriendo toda la habitación y lo orienta hacia el techo, el suelo, los cuatro puntos cardinales y el cuerpo del enfermo, como si purificara el ambiente por medio del sonido. Estructuralmente, este ritual se compone de varios cantos precedidos de aspersiones de agua hacia los cuatro puntos cardinales o hacia izquierda y derecha.

A través de los primeros cantos, la machi invoca a la divinidad, rogándole por la salvación del enfermo. Terminada la oración, la machi se refresca con agua, hace aspersiones en señal de

¹³ Noviello, Oscar, Reflexiones sobre el machitun araucano y sus antecedentes sociales, Valparaíso, pp 161-165, 1973.



agradecimiento y da fin a la ceremonia. Posteriormente habla con el enfermo, determina el tratamiento herbolario a seguir y lo orienta sobre cambios conductuales que deberá introducir en su vida cotidiana para evitar que el mal vuelva a atacarlo.

El *Datuwün* se conoce también como machitún simple y es una curación especial en la que se establece el contexto espiritual de la enfermedad y el tratamiento a seguir. Se aplica a enfermedades de mayor complejidad causadas por *kalku**, *weküfe*. Está generalmente precedido de algún tipo de tratamiento a base de plantas medicinales, o bien de *ülutun*. Consiste en una batalla contra las fuerzas del mal desarrollada en dos planos: el terrenal o cotidiano, en que la machi precisa de la colaboración y fuerza de familiares y amigos del enfermo además de sus ayudantes rituales, y el plano sobrenatural, desde donde le asisten sus espíritus auxiliares que son antiguos machi y longko, quienes cumplen la función de intermediar entre la machi y *Ngenechen** o *Chao* Dios. Por último, la machi invoca y recibe la fuerza de espíritus a través de *perimontun** que puede estar representado en el rayo, un trueno, un cerro, el caballo, el toro, etc.

Después de la etapa invocatoria, asistida por sus ayudantes, ingiere el *lawen** o remedio ritual, que sirve de "contra" para ella, sus ayudantes y para todos los participantes, con el fin de evitar la acción del *wekufu* que rondan al enfermo. Posteriormente hace friegas u otras maniobras prácticas tales como succiones, masajes u operaciones simbólicas sobre el cuerpo del paciente mientras es reemplazada por su ayudante en el toque del *kultrung*. Siempre alentada por todos sus ayudantes, la machi recibe la fuerza de la divinidad cuando alcanza el *küymün** o trance, estado que se manifiesta con una serie de contorsiones corporales que le impiden mantenerse en pie. Luego que ha vuelto de su trance, la machi vuelve a realizar maniobras sobre el cuerpo del enfermo para llevar a cabo el proceso de curación o

* ver glosario



extracción del mal. Ocasionalmente, cuando la persona ha sido víctima de un *kalku kutran** la especialista extrae la enfermedad en forma de objetos: palitos, pelo, sustancias podridas- bichos- en una acción que se denomina *newtun kutran** (sacar la enfermedad) y se traduce como operar. Tales objetos extraídos deben ser eliminados a través del fuego. Posteriormente se da a beber al enfermo un remedio *-walwaytu-lawen-* o se le aplican cuatro gotas de remedio por la nariz- *wawyutu-lawen*.

El machitún doble o *Füta küdaw**, que significa trabajo grande, se caracteriza por ser de mayor complejidad que las anteriores y se realiza para actuar sobre enfermedades de *kalku* "pasadas" o de acción muy fuerte Al igual que el *datuwün*, el *füta datuwün* se inicia al anochecer y consta de varias etapas rituales que culminan al amanecer. En relación a la ceremonia anterior, el machitún doble transcurre con escenas muy similares, sin embargo, incorpora además otras acciones rituales, algunas de las cuales se realiza fuera de la casa y alrededor del rewe auténtico o el que se ha construido, si la ceremonia se lleva a cabo en otra casa. Después de una serie de acciones similares a las del ritual anterior, exceptuando la "operación", la machi realiza friegas, succiones y cataplasmas con hojas de *foye* o canelo y sus *likan**. Estas son pequeñas piedras con poderes mágicos, que poseen sólo algunas especialistas y que tienen la facultad de trasladarse hasta los escondites del *kalku* para traer las prendas sustraídas del enfermo con que le están haciendo mal, para posteriormente quemarlas.

Finalmente el *Malon o malongkeo* se refiere a un ritual específico dentro de un *machitun* doble, ejecutado para enfrentar enfermedades de extrema gravedad o que afectan a más de un individuo, por ejemplo a una familia completa. Puede tener carácter preventivo o exorcista. Aunque puede realizarlo una sola machi si es poderosa, es recomendable que este en manos de dos o más machi para así reunir más fuerzas.

* ver glosario



Es posible que esta ceremonia se realice con fines preventivos, para ahuyentar a los *wekufu* que pudieran existir en un espacio nuevo que se llega a habitar, o en caso que se desee ahuyentar los demonios que han quedado sueltos, y sin un nuevo amo, ante la muerte de un *kalku*.

En su estructura el rito es básicamente similar al machitun doble; varía principalmente en lo que se refiere a cantidad de ayudantes e intensidad en el combate con el *wekufu*, que requiere más tiempo y acciones como danzas con cuchillos, tiros y persecuciones. En estas últimas, generalmente la *machi* logra atraparlo corporizado en algún objeto, el que debe ser eliminado en el fuego.

* ver glosario



Capítulo II. Supuestos teóricos. (sustentos)



2.1 TEORIAS MEDICAS TRADICIONALES Y CONVENCIONALES

Los conceptos de cultura, medicina y sistema médico han sido tratados en distintas formas, a menudo contradictorias, por los más variados autores.

Si bien los enfoques teóricos que se expondrán tienen marcado énfasis antropológico, no podemos dejar de considerarlos dado el carácter cultural del tema.

Las medicinas indígenas y las convencionales se enmarcan en orígenes socioculturales que de una u otra manera son estudiados e investigados por diferentes visiones antropológicas. De ahí que estimemos señalar a grandes pinceladas cada una de ellas, para finalmente centrarnos en las definiciones de "sistemas médicos" como el conjunto de conocimientos, creencias, técnicas, roles, normas, valores, ideologías, actitudes, costumbres, rituales, símbolos y prácticas relativos al ámbito de la salud- enfermedad. ✕

Inicialmente, se puede sostener que hoy existe entre los especialistas un sustancial acuerdo sobre algunas proposiciones básicas que, concordando con una perspectiva amplia, 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 peculiares con el fin de enfrentarlas. Estas nociones, históricamente condicionadas, interactúan en un proceso dinámico con el patrimonio cultural propio del grupo, manteniéndose o modificándose de acuerdo a procesos complejos que involucran a la sociedad en su conjunto. ✕



Desde la segunda mitad del siglo pasado han surgido varias orientaciones ideológicas y de pensamiento que proporcionan aportes significativos a la historia de la medicina en lo que respecta a una definición de su campo de análisis y de un concepto compartido de salud-enfermedad. Cada una de ellas entrega además su propia interpretación de la medicina tradicional, además de diferir esferas de estudio y de interés específico. Tal es el caso de la Antropología médica que ha seguido su línea de investigación principalmente en lo que respecta al estudio de la herbolaria nativa y las plantas medicinales, con el afán de descubrir sus propiedades terapéuticas y principios activos, aunque, la gran mayoría de estos trabajos son de naturaleza descriptiva y no abordan el carácter simbólico y el uso de las plantas dentro del conjunto de los conceptos y prácticas médicas manejadas en el ámbito de los grupos indígenas.

Otro tipo de alcances los ha adoptado la antropología cultural, que 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 se realizan en la medicina indígena. En este campo se han realizado pocos intentos para una evaluación objetiva de 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 de valores, símbolos y sistemas de significación que unen al paciente con su terapeuta. Más aún, 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.



Desde otra óptica, en el ámbito de la antropología cognitiva aparece un enfoque novedoso al situar el estudio de los fenómenos salud-enfermedad en la perspectiva de la etnociencia, que se centra en la exploración del lenguaje y de las categorías de significado que están en la base de los conocimientos médicos. Dentro de esta línea de investigación, las organizaciones taxonómicas y las etnocategorías medicas producidas por la cultura se tornan en objeto privilegiado de estudio, tanto por lo que se refiere a clasificación e interpretación de enfermedades como los aspectos y fenómenos relacionados con la medicina.

Finalmente, el enfoque étnico¹⁴ 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. El enfoque étnico 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. Este último enfoque abre nuevos caminos, perspectivas y expectativas en la investigación de la medicina tradicional como una forma de etnociencia. Permite corregir apreciaciones etnocéntricas o sesgadas, contenidas en algunas investigaciones precedentes. Permite conocer las potencialidades de la medicina tradicional como antesala de la ciencia médica de occidente. Permite elaborar descripciones y diagnósticos más precisos sobre la



práxis médica tradicional, posibilitando la aplicación más efectiva de la etnociencia y estudios cognitivos a la solución de problemas médico-sociales.¹⁵

Los fenómenos de múltiples contactos y de transformación cultural y la necesidad de contextualizar los actos médicos en el más amplio ámbito de la cultura han llevado a otros estudiosos a abordar la problemática de la medicina indígena a través de la utilización de la perspectiva de “sistemas médicos” En esta línea de investigación se ha intentado profundizar algunos conceptos como el de sistema médico, medicina, cultura médica y otros. Una primera aproximación es la que nos proporciona Foster de la noción de “sistema” que según su punto de vista tiene que ser considerado como:

Un agregado o ensamblaje de objetos o partes relacionadas entre sí por alguna interdependencia o interacción regular permitiendo a la totalidad dirigirse hacia alguna meta o cumplir determinada función.¹⁶ (trad. del edit.)

La totalidad a la que hace referencia el autor, está constituida por el sistema sociocultural, o en términos más comunes, la cultura.

La definición de un sistema médico se inserta dentro de este contexto sociocultural refiriéndose, en lo específico, al conjunto de conocimientos, creencias, técnicas y prácticas relativos al ámbito de la salud-enfermedad.

¹⁴ Ver a este propósito a Kenneth Pike. *Puntos de vista étnicos y éticos para la descripción de la conducta*. En el ámbito mapuche recordamos los estudios de María Ester Grebe. (ver bibliografía)

¹⁵ Grebe, María Ester, *La medicina Tradicional, una perspectiva antropológica*, en enfoques en Atención primaria, Año 3, N° 3, PAESMI, Santiago de Chile, 1988, p, 9

¹⁶ Foster, George y Anderson Barbara *Medical Anthropology*, University of California, Ed. John Wiley and sons, Bekerley. U.S.A, 1978, p. 11



Pedersen identificó al sistema médico como aquella forma de sentir, interpretar y manejar la situación de salud-enfermedad que está integrada por un sustrato particular de conceptos y valores pertenecientes a una determinada cultura. Todos los sistemas médicos, según Pedersen,

“tienen un conjunto reconocible y más o menos organizado de tecnologías (materia médica, drogas, hierbas, o procedimientos tales como la adivinación, la cirugía o la acupuntura), practicantes (médicos, enfermeras, dentistas, farmacéuticos, terapeutas, brujos, curanderos, hueseros, herbolistas, parteras, etc...) integrados en un sustrato ideológico (conceptos, nociones e ideas), que forma parte indisoluble del repertorio cultural de la sociedad”¹⁷

Algunos autores han realizado una revisión compleja y reveladora de la literatura especializada en esta temática llegando a cuestionar la diferencia entre los conceptos de medicina y de sistemas médicos.

Otros, finalmente han establecido la utilidad de esta diferenciación, señalando que la medicina es una manifestación cultural de los fenómenos relacionados con salud, tales como conceptos, normas, valores, prácticas y materiales, mientras que los sistemas médicos son más bien una representación social de mayor vinculación con lo estructural y lo organizacional¹⁸

Concordamos también con Foster en que el concepto de sistema médico comprende dos subsistemas: el conceptual de la enfermedad y el de cuidado de la salud.

El primero se refiere al modelo ideológico de la enfermedad (de aquí el empleo de la noción de "modelo médico cultural" en el sentido de que sus bases últimas se generan y se explican culturalmente, y de que es compartido por la mayoría de los participantes de la cultura); al ámbito de

¹⁷ Pedersen, Duncan, *Elementos para el análisis de los sistemas médicos*, en Enfoques para atención primaria, año 4 N° 1, PAESMI, Santiago, Chile, 1989, pp 6-7



las creencias de las categorías etiológicas y explicativas que los especialistas y la gente común utiliza para justificar y racionalizar la aparición de la enfermedad, así como las estrategias que se ponen en marcha para combatirla y restablecer la salud y el bienestar. El segundo (subsistema de 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 y rehabilitación de los enfermos.

Luego de estas apreciaciones, consideramos que es útil para el estudio de las medicinas indígena y convencional el concepto de “sistema médico”. Y esto no sólo por su carácter ordenador, sino también porque su consideración antropológica hace referencias a cuerpos interrelacionados de creencias y prácticas pertenecientes al ámbito de la salud humana que se expresan en organizaciones de jerarquías, funciones, formas de reclutamiento y legitimación: en técnicas y procedimientos etiológicos, diagnósticos, terapéuticos: en actos y representaciones rituales y simbólicas; en conjuntos de supuestos acerca de la salud, la enfermedad, la vida y la muerte, y de los mecanismos y agentes causales intervinientes.

En este sentido consideramos que la noción de sistema médico nos permite tratar el estudio de la medicina por un lado a través de su vinculación con un ámbito sociocultural de referencia, en el cual los fenómenos médicos aparecen contextualizados en una cierta realidad “étnica” que condiciona y determina no sólo a la medicina del pueblo nativo sino también a la de la sociedad dominante occidental. Por otro lado, nos permite considerar la realidad de contacto dinámico de la medicina



indígena con otros sistemas médicos y más específicamente en lo que ha significado el nacimiento de la salud intercultural, en el contexto de la situación de cambio y transformación que caracteriza los últimos tiempos.

Dentro de este contexto, creemos necesario poner énfasis en un análisis profundizado de la medicina indígena mapuche en sus diferentes componentes y aspectos. Profundizando, por tanto, en la etiología de la enfermedad, en el rol chamánico, en las prácticas empíricas, en el estudio de las plantas medicinales y en la herbolaria nativa. A este respecto un enfoque "culturalista" proporciona interesantes perspectivas de interpretación de los fenómenos de la salud y la enfermedad, al relacionar los sistemas médicos con la realidad simbólica y cultural al interior de la cual se interpretan, curan y sana las dolencias y las enfermedades.

Por otro lado, el enfoque "histórico" aporta a este trabajo una dimensión diacrónica que permite insertar el desarrollo de las prácticas e instituciones médicas dentro del contexto más amplio de la conformación e interrelación de los grupos sociales y culturales presentes en la sociedad chilena. Es por este motivo, que en cada una de las secciones de la investigación, medicina mapuche y medicina occidental, se recogen aportes de la perspectiva histórica para esclarecer y contextualizar los criterios de análisis y los conceptos introducidos.



El mundo Mapuche

Para conocer el sistema médico de la cultura mapuche es necesario centrarnos en lo que es el mundo mapuche, su cosmovisión, su modo de concebir la enfermedad.

Los mapuches tienen claramente identificada la existencia de una tierra central llamada *Nag-mapu** o espacio visible donde habita el hombre y la naturaleza y en cuyo extremo existen otras tierras: el *Wenu mapu** y el *Miñche Mapu**. También, a través de su vivencia y experiencia milenaria, descubrieron que ni el hombre, ni los animales, ni el más pequeño insecto podría vivir si no estuviera permitido por el gran espíritu denominado *Elmapun, Elchen, Ngenemapun, Ngenechen*, quien conforma una familia divina, *Kuse*, Fücha*, Üllcha* y Weche**. Conciben además que la familia divina se reproduce en la familia mapuche: ancianos, ancianas, joven mujer y joven hombre. Los ancianos alimentan en sabiduría y conocimientos a los jóvenes y ellos a su vez entregan a la nueva generación lo aprendido de los ancianos.

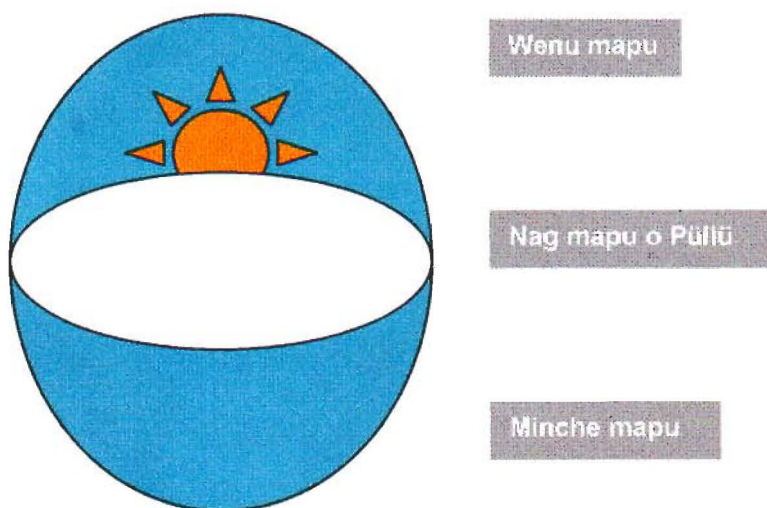
Cuando los ancianos desean explicar la conformación de la tierra o *Wall Mapu*, apuntan un dedo hacia el punto donde sale el sol, es decir, el *Puel mapu** y girando a la izquierda hasta completar la vuelta, demarcan el territorio del pueblo mapuche, es decir, la base fundamental donde se sustenta la cultura y la naturaleza. Para llevar a cabo el giro circular es necesario ubicarse en el cerro más alto y desde allí mirar el lugar donde según dicen, "la tierra y el cielo se unen". Una vuelta completa da forma al territorio o *Wall Mapu*. Este giro está representado en todos los bailes mapuches y está presente en la parte superior del *Kultrung*. El giro representa el movimiento 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*. Una vez conformado el territorio mapuche, comprendieron que este no permanecía en el aire. Así surge la idea de que la tierra es un espacio con materia orgánica sustentada por una base similar al cielo en posición opuesta, llamada *Miñche mapu*.*(figura n° 1)

Como un modo de representar el territorio mapuche, surge el *Kultrung*, el símbolo más importante y sagrado de la cultura mapuche, el cual permite comprender los elementos que explican y configuran su cosmovisión.

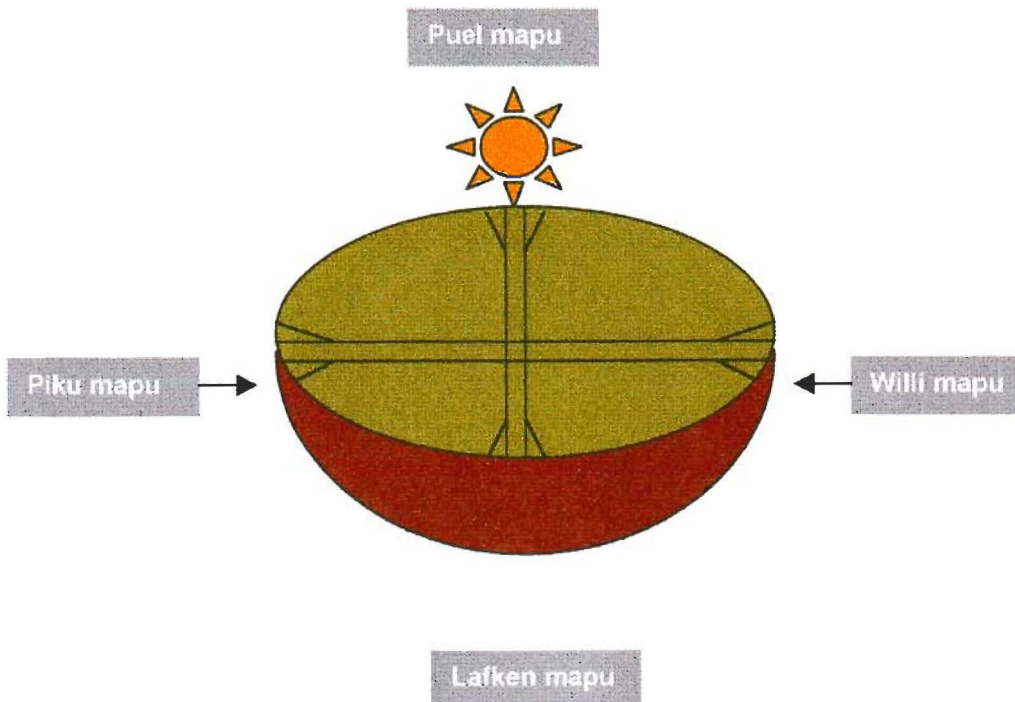
Figura N° 1. Las tres dimensiones del universo mapuche.



El mundo Mapuche en el Kultrung

El primer elemento que encontramos en el Kultrung, es la división del territorio, conocido como **Meli witrán mapu**, en cuatro partes: **Puel mapu**, (tierra ubicada al este); **Willi mapu**, (tierra ubicada al sur); **Piku mapu**, (tierra ubicada al norte) y **Lafken mapu**, (tierra ubicada al oeste) (Figura N°2)

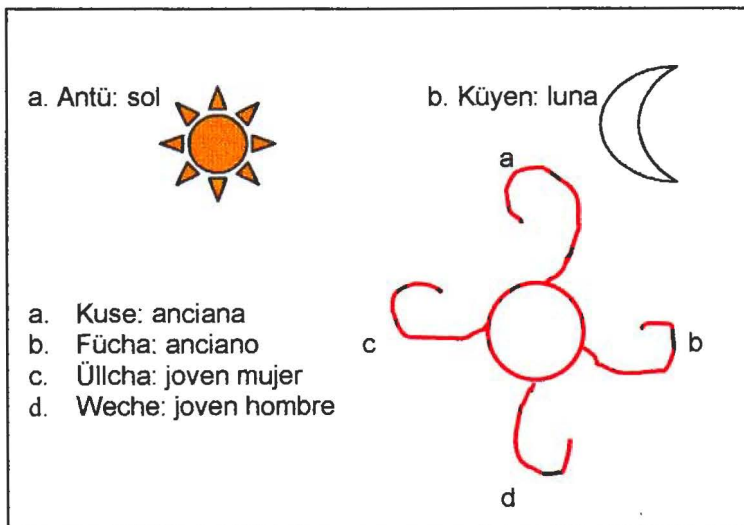
Figura N° 2. Meli Witrán Mapu



El segundo elemento presente en el *Kultrung* 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 Nayen, Küme Püllü y los antepasados y en este espacio del Bien también encontramos al sol (*Antü**) y a la luna (*Küyen**), estos son considerados sagrados por su condición de generadores y controladores de la vida y de la naturaleza, son utilizados para representar a la familia creadora. (Figura N°3)

Figura N° 3. La familia divina representada por el sol y la luna.



Tal cual se aprecia en la figura anterior, la unión de estos elementos -el sol y la luna- conforman la familia, es decir, los cuatro semicírculos representan a la anciana, el anciano, a la joven mujer y al joven hombre; el sol en el centro permite la interrelación.

Esta figura además, aparece cuatro veces en el *Kultrung*, porque significa el nexo entre el *Puel mapu* y el *Piku mapu*, del *Piku mapu* al *Lafken mapu*, del *Lafken mapu* al *Willi mapu* y del *Willi mapu* al *Puel mapu*. La familia divina hace de mediadora entre las distintas partes del *Nag mapu*; en lo concreto está presente y vive junto al hombre y a la naturaleza.

También en el *Kultrung* se encuentran representadas las etapas del año y los vientos del bien y el mal. Se dice que en el *Nag mapu*, espacio concreto y material, también actúan las fuerzas sobrenaturales en forma de viento o *Kürüf**; mejor dicho, éstas se poseionan de los vientos por lo que este fenómeno natural no es malo en sí mismo, sino, existe oposición entre dos fuerzas: el *Küme püllü** (espíritu del bien) y el *Weda püllü** (espíritu del mal). Naturalmente en la vida real de la cultura mapuche los vientos como fenómenos naturales y sobrenaturales permiten una orientación en el diario vivir, puesto que el curso del viento tanto en los sueños como en lo natural pronosticará algo bueno o malo.

Hechas estas distinciones sobre las concepciones del mundo mapuche, podemos sintetizar muy esquemáticamente que el pueblo mapuche fundamenta la existencia y la armonía de la vida, y por lo 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 afina en la relación con las divinidades que han donado al pueblo su lengua (*mapudungun**), su forma de vida y las leyes que lo rigen (*ad mapu*). Esta donación de la familia ancestral, originaria y rectora de todo lo que existe en el Universo, significa necesariamente que los seres humanos deben devolver este don originario clínicamente y continuamente, con el objeto de mantener el equilibrio entre ellos y lo creado. En términos normativos, esto significa el respeto de las obligaciones rituales y religiosas establecidas por la cultura. La reciprocidad, por otro lado, representa un elemento ordenador y normativo también en el plano de la vida social y económica del grupo. 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 este sentido, la reciprocidad sustenta el orden establecido por la cultura tanto en el plano de lo humano como en la relación con lo sagrado-sobrenatural.

Un segundo plano fundamental en la cosmovisión mapuche, guarda relación con la categorización del mundo. Así como acontece con otras culturas indígenas latinoamericanas, los mapuches categorizan el cosmos en términos de unidades conformadas por polos opuestos y complementarios. La naturaleza y los hombres existen en la dualidad y a la vez la contienen. El mapuche como sujeto que estructura su identidad en el plano de lo trascendente está determinado por una serie de fuerzas opuestas y complementarias; el mundo de arriba v/s el mundo de abajo, el sol v/s la luna, los vientos buenos v/s los vientos malos.

En este sentido, un primer paso 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 nos disponemos a mirar el fenómeno de la salud/enfermedad entre los mapuches.

Bien y mal son opuestos complementarios que dinamizan el cosmos, están siempre presente 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 polo complementario, su latencia. De ahí que la enfermedad sea percibida como algo constante, recurrente. 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 este estado está amenazado por la enfermedad, ***kutran***, del mismo modo que el bien está permanentemente asolado por la acción del mal, lo que explica que a su vez, la enfermedad y el mal sean combatidos y vencidos por el bien. De esta manera el bien se corresponde, de algún modo, con la salud y el mal con la enfermedad; en el entendido de que tales conceptos no tienen las mismas características morales ni religiosas que poseen en la cultura cristiana. Los agentes del bien son la divinidad, los espíritus de los antepasados y de algunos elementos de la naturaleza concebidos como benéficos. En tanto que el mal, se personifica en los espíritus malignos, ***weküfü***, que también puede corporizarse en fenómenos de la naturaleza.

Los hacedores del bien y el mal en la vida comunitaria son la ***machi*** (chamán) y el ***kalku*** (brujo) respectivamente, sin embargo a ambos se le atribuye también la propiedad de oficiar en el plano contrario. El ***machi***, en tanto conocedores de cómo se procede y cómo se combate el mal, suelen ser temidos como ***kalku***, de la misma manera que un conocedor de artificios para provocar desgracias y enfermedades puede eventualmente ser consultado por personas a las que está unido por lazos de parentesco o amistad para el restablecimiento de la salud.



Es, en todo caso, en la relación dinámica entre bien y mal donde la *machi* interviene. El mal ocupa un gran sentido en la vida del mapuche, toda vez que permanece en un estado de latencia frente al bien. El mal será quien ocasione la ruptura y funde el desequilibrio en el cuerpo. De este modo la enfermedad -*kutran*- dentro de la cosmovisión mapuche está inserta dentro de ese gran movimiento que pone en circulación las cosas y los seres que moran en el mundo, con la vida del hombre. Decir salud es aludir a la plenitud; pero detrás de ella, sigilosamente está el sentido de la enfermedad, su opuesto complementario.

La dinámica de este equilibrio dual, el tránsito hacia uno de los polos (del bien y del mal, de la salud o la enfermedad) depende de las acciones de los hombres. Es decir, del cumplimiento severo de las normas establecidas por la comunidad que pone fuertes restricciones al ámbito individual. De hecho, este conjunto de normas e interdictos regula en forma bastante estricta la vida del grupo humano.

En caso de una situación de desorden en cualquiera de los ámbitos de la cultura puede revertir el orden propio del individuo: el de su cuerpo. Esta conceptualización del origen de la enfermedad se torna posible a través de una peculiar concepción del cuerpo, característica del pueblo mapuche y de la culturas indígenas en general.

Según ésta, el cuerpo no es un elemento aislado, cuyo bienestar dependa simplemente de un buen funcionamiento biológico interno, sino que es una entidad "abierta" que está en constante relación, por un lado, con las fuerzas que rigen el universo sagrado religioso, y por otro con el mundo socioeconómico y ecológico que ordena la relación del hombre y su grupo. Entre las esferas exterior e interior del cuerpo existe por tanto un intercambio continuo.



Basándose en la conceptualización del cuerpo que maneja la cultura indígena se puede por tanto afirmar que la salud y la enfermedad para el mapuche no son simplemente 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.

Ello nos explica la atención particular que el mundo mapuche dedica a la etiología de la enfermedad, el origen y las causas que determinan la aparición del cuadro patológico. Al respecto debemos considerar que para el mapuche la enfermedad no tiene carácter casual, su origen se vincula a la acción de las fuerzas externas, provenientes del ámbito de lo sobrenatural o de lo social.

Por lo tanto, la sociedad mapuche identifica el elemento detonante de la enfermedad en el conflicto originado por una transgresión. A través de este concepto se plantea la estrecha vinculación que existe entre el orden creado por la cultura y el orden propio del cuerpo. Sin embargo, la transgresión no siempre se puede asociar a una acción propia; debe ser situada afuera, exteriorizada en el espacio de lo sobrenatural, donde el control del hombre se pierde para dejar paso a la fuerza de lo mágico y divino. 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". El mal, como espíritu o como elemento material se introducirá en el cuerpo, atacando en primer lugar un órgano y luego circulará comprometiendo los distintos puntos del organismo, contagiando un órgano tras otro.

Otro elemento de fundamental importancia para 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. La importancia del elemento



onírico en la evolución de la enfermedad, involucra tanto a los sueños del paciente como a los de los agentes de salud que han intervenido en el proceso de curación y a los de aquellos que de alguna u otra manera aparecen vinculados con la causa y el contexto de aparición de la patología. Los sueños 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 normativos de la cultura. También son parte de la historia que se construye en torno a la enfermedad. Los pacientes contribuyen al relato de ella y la vinculan a la historia de los individuos. A través de ellos es la cultura que habla, otra cara de la realidad en donde *ngenechen*, los antepasados, los miembros de la familia (vivos y muertos), los animales y seres vinculados al mal, interactúan en un mundo tan verídico como el de la vigilia. Los sueños expresan un mensaje a los hombres, que luego deberá decodificarse de acuerdo a la historia personal y trayectoria familiar y comunitaria.

Volviendo a la reconstrucción de la etiología de la enfermedad, se señala que entre las causas que más frecuentemente se citan para explicar su origen está la envidia de los otros: la envidia es una voz recurrente a la explicación de las causas atribuidas a la enfermedad, uno de los factores detonantes que pondrá en marcha el conjunto de fuerzas asociadas al mal. El concepto de envidia es entonces 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 explícita en un mismo discurso; el del paciente.

Como señaláramos anteriormente, ciertos acontecimientos y señales culturales significativos, previos o simultáneos a la aparición de malestares físicos, (sueños, visiones, encuentros y otros), permiten al individuo mapuche y a sus familiares hacer una interpretación sobre la naturaleza de su enfermedad, asumiendo dichos acontecimientos y señales, la calidad de signos diagnósticos sobre los cuales una



dilucidación adecuada y oportuna permitirá la prevención, o un tratamiento eficaz en el nivel casero. Si por el contrario, las señales aparecen confusas o el individuo no les ha prestado atención, por desconocimiento o desvinculación cultural, y la enfermedad no responde a los sistemas médicos empíricos, se hará necesaria la intervención del especialista tradicional, quien tiene capacidad de comunicarse con la divinidad y su *püllü* (espíritu) a través del *küymün* o trance, para descifrar los sucesos que rodean la vida de los seres humanos.

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 se traduce como adivinar, de manera que la efectividad adivinatoria del especialista es requisito fundamental para decidirse a iniciar un posterior tratamiento o, en su defecto, preparar al paciente para enfrentar la muerte. En este punto cabe señalar que la acción diagnóstica y terapéutica del machi no sólo apunta a dilucidar y/o resolver situaciones de orden mágico-religioso, sino también a enfrentar "mágicamente" situaciones de naturaleza empírica relacionadas con factores que hayan incidido en enfermedades o estados conducentes a la muerte.

En la realización del diagnóstico, se vale de la observación directa o indirecta, empírica o mágica, y por tanto, independiente o no de la conciencia del enfermo. En otras palabras, el paciente o el espíritu del paciente 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 ayudado de su *püllü* debería analizar e interpretar cuidadosamente, como a través de procedimientos complementarios o sustitutivos, que no requieren de la presencia de la persona afectada, pero que permitirán, mediante el uso de elementos impregnados del *püllü* del enfermo -como orina, saliva y prenda de ropa interior recién usada- conocer su versión de la enfermedad. En este



último caso, el elemento utilizado "habla" sobre las sensaciones y pensamientos de la persona afectada, recuerda acontecimientos significativos de su vida pasada y los relaciona con la enfermedad.

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

Ante situaciones de mayor gravedad, en las que la machi requiere de mayor información, el *küymün* o trance constituye su principal herramienta para develar los misterios que rodean la enfermedad. El trance es definido como un estado de autohipnosis, debido a que se alcanza tras un periodo de preparación a través del uso de instrumentos musicales rituales, exhalaciones de humo de cigarro, bailes y oraciones. El *küymün* se manifiesta por medio de contorsiones corporales, emisión de interdicciones tonales y uso de un lenguaje ritual ininteligible para el común de la gente, y se traduce entre otras en la experimentación de diversas sensaciones, como la de ascender al *wenu mapu* y comunicarse con las deidades.

¿Qué grado de eficacia ha de reconocerse a las prácticas terapéuticas de la medicina tradicional y en particular al *machitun*? y por otro lado, ¿cuáles son los mecanismos específicos que garantizan la eficacia terapéutica del *machitun* y cuáles al contrario, los comparte con la medicina occidental?

Para responder estas preguntas hay que retomar el postulado fundamental de esta investigación: los conceptos de salud-enfermedad, los modelos etiológicos, las formas de curación e, incluso la manera de conceptualizar el cuerpo, lejos de tener un contenido universal, reflejan de cerca un sistema de valores y representaciones de cada grupo humano; es decir, se basan en contenidos que están culturalmente determinados. 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.



Medicina científica

Para referirnos a las teorías médicas convencionales, es primordial comenzar por conocer algo sobre el nacimiento y luego desarrollo de la medicina occidental en nuestro país.

A la vez es necesario hacer una revisión histórica de la medicina científica, con el fin de entender en que medida es necesario cuestionar el paradigma de la medicina científica en otras sociedades, como las latinoamericanas, donde aún persisten formas tradicionales de concebir la salud –enfermedad.

Origen de la medicina occidental

Provenientes de las colonias griegas del sur de Italia y de Asia menor, se sitúan los orígenes de la medicina occidental y es a Hipócrates, al que se le atribuyen la mayoría de los escritos sobre medicina occidental de una colección conservada por mucho tiempo, en los cuáles se sugieren las siguientes preguntas: ¿Qué es la salud? Y ¿Qué es la enfermedad?

Las respuestas variaban en los contenidos, pero tenían algo en común que las diferenciaban con respecto a la interpretación de la enfermedad que se le dio en la antigüedad: excluían la magia, la mitología, la intervención del mundo sobrenatural. La enfermedad no era resultado de la hechicería, ni obra de espíritus malignos de carácter sobrenatural, ni tampoco la consecuencia lógica de infracciones a las reglas sociales comunitarias. Sino que era un proceso natural, sin diferencias sustantivas con otros procesos del ciclo vital del hombre. En este contexto, se produce la tarea de la medicina “racional”:



la búsqueda de la causa de la enfermedad a través de la observación y luego la aplicación de remedios apropiados. Ese enfoque se inserta en una corriente filosófica más general que pretendía explorar los fenómenos naturales, comprender el funcionamiento del mundo y prever su evolución.

Hipócrates consideraba la salud como un estado de equilibrio perfecto entre todos los componentes fundamentales del cuerpo humano. Los cuatro humores cardinales: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra, que eran dos pares de humores con calidades opuestas. 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 humores proporcionaba una visión integral de la relación entre hombre, salud y medio ambiente. Cada uno de los humores estaba relacionado 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 cuatro elementos: tierra, aire, fuego y agua. Elementos y humores tenían en común sus cualidades fundamentales; formaban el puente que unía el cosmos al macrocosmo.

El hombre gozaba de buena salud cuando los humores estaban normales en cantidad y calidad, produciéndose la condición de "Eukrasia"(equilibrio); pero sí por el contrario uno de los humores dominaba en forma anormal, venía una "Dyscrasia" (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 perdido¹⁹.



El proceso terapéutico en este contexto tenía como objetivo apoyar al principio opuesto a aquello que había originado la enfermedad: por ejemplo si la patología era debida a un exceso de frío y de flema en el cuerpo, se procuraba el restablecimiento de la armonía a través de “principios” o elementos calientes. Por el hecho de que la medicina hipocrática descansaba en el principio del equilibrio, limitaba drásticamente el uso de las drogas como forma de curación.

La consecuencia práctica más importante derivada de esta teoría fue que el médico aprendió a dirigir el tratamiento de sus enfermos de manera de ayudar al poder de autocuración del organismo y evitar lo que pudiera serle antagónico.

Es importante señalar la cercanía de estos conceptos con elementos teóricos que se encuentran en la base de otras medicinas; en particular las medicinas orientales, donde la enfermedad así como en el caso hipocrático, se concibe como resultado de un desequilibrio entre los componentes fundamentales del cuerpo y el medio ambiente. Por ejemplo: la teoría del ying y yang en el caso de la medicina china y por otro lado, en varias de las etiologías manejadas por sociedades indígenas latinoamericanas. Tal similitud es probablemente, la que determinó la gran influencia de esta concepción en los procesos de difusión de la medicina occidental que se realizaron con la Conquista y la instalación de los primeros enclaves coloniales en América Latina.

En este contexto hay que mencionar que los elementos que fueron absorbidos 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.

¹⁹ Sigerist, Henry, *Civilización y enfermedad*. Biblioteca de la salud. Instituto nacional de Salud Pública. Fondo de cultura



Es relevante destacar la importancia que tuvo la concepción hipocrática en el desarrollo de la cultura y la medicina occidental, durante la totalidad de la época medieval, hasta el siglo XVII. Galeno, fue quien hizo evolucionar la teoría de los cuatro humores, junto con los árabes, quienes influyeron en el desarrollo de la cultura occidental mediterránea.

La teoría de las cualidades elementales permitió a Galeno crear en el siglo II (D.C) un complicado sistema farmacológico que perduró por casi 1500 años. Esta evolución de la teoría humoral sostenía que las sustancias de la tierra derivan de cuatro elementos principales: (la tierra, el aire, el agua y el fuego); que se encuentran en alianza (agua tierra, por ejemplo) u oposición (agua fuego). Cada uno de estos elementos tiene una pareja de calidades primarias: calor-frío, húmedo-seco. A partir de estas bases los estudiosos de la medicina árabe proponían el esquema hipocrático de concepción del cuerpo formado por cuatro humores: sangre, bilis amarilla, bilis negra, y flema. Sin embargo, hay que señalar que estos avances en la profesión médica, registrados con la teoría hipocrática de Galeno y la medicina árabe, estaban destinadas a una elite. En el mundo occidental en particular, junto con estas prácticas, la mayoría de la población seguía respondiendo a sus problemas de salud-enfermedad dentro de esquemas tradicionales, ligados a la interpretación mágico-religiosa de la enfermedad. Más aún, según esta visión, todos los dioses de la Antigüedad, así como posteriormente ocurriera con el Dios Cristiano, estaban facultados para curar enfermedades. En la tradición occidental la medicina religiosa cristalizó en primera instancia en el culto de Esculapio, que utilizaba los mecanismos del ritual y de la sugestión para alcanzar el éxito terapéutico.

La misma tradición cristiana en los Evangelios alimentó, con la figura de Jesús, la creencia en el poder divino de curación de los enfermos, en los milagros y peregrinajes purificadores.

económica. México D.F. 1987, pp 178-179.



El pensamiento Judeocristiano llega al mundo como una religión sanativa, con poder para curar o redimir; que atendía a los enfermos, débiles y lisiados. En contraste con otras religiones del mundo antiguo el cristianismo no interpreta la enfermedad como una mancha, sino que la acerca al concepto de purificación, de aflicción que conduce a la gracia de Dios. En este contexto, la ciencia médica no tenía mucha cabida; buen médico era el sacerdote que acompañaba al enfermo, como filántropo, en el dolor. Las consecuencias prácticas de esta medicina llevaron a la casi extinción del saber médico en la Grecia Antigua y al nacimiento de un nuevo tipo de especialista: el monje médico agente de la medicina monástica, que compitió en toda Europa con la medicina secular, hasta los albores del Renacimiento. El desarrollo de estas creencias fue tal, que cada enfermedad terminó teniendo un santo especialista que poseía poder de intervención y resolución terapéutica.

Sin embargo, el aspecto que quizás representa el factor más limitante para el avance "científico" de la tradición medica occidental era la gran distancia que separó la teoría de la práctica médica; la falta de elementos de observación sistemáticos basados en la experiencia, de instrumentos terapéuticos concretos, anamnesis del paciente (diagnosis, terapias, evolución de la enfermedad, etc) que pudiesen apoyar al médico en su práctica cotidiana.

Durante todo el siglo XVII los médicos exploraron activamente, por medio de la física, las funciones vitales en la salud-enfermedad, influenciados, por una parte, por los nuevos alcances filosófico-científico de Descartes que separó los ámbitos de conocimientos y experiencia del hombre (alma-cuerpo) y por otro lado por los descubrimientos de William Harvey sobre la circulación de la sangre. Galileo había demostrado que los métodos científicos estaban en condiciones de proporcionar una interpretación mecanicista del mundo; Descartes no vio ninguna razón para no aplicar estos principios a los seres vivos y en particular al cuerpo humano.



Es así que se crea la dicotomía entre el ámbito de la mente (propio de una concepción divina 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 una de los componentes de la máquina corpórea que podía estar sujeto a la intervención reparadora de la medicina. Con Descartes el método de la observación racional de los fenómenos transformó el fin de la medicina, así como el de todas las ciencias: la tarea del médico no era ya interpretar el mundo en el cual vivía el hombre sino elaborar hipótesis sobre los fenómenos fisiológicos y patológicos, aplicables y controlables en la práctica.

El conjunto de los descubrimientos científicos contribuyó a fortalecer una nueva etapa de la medicina moderna: se modifica definitivamente la antigua concepción hipocrática que concebía la enfermedad como fruto de un desequilibrio entre el ser humano y su medio ambiente; los estados patológicos son, en cambio, clasificados dentro de un sistema que pretendía ser objetivo, pero en el cual el cuerpo del paciente se transforma en un objeto y la persona, como ser integral, en un aspecto secundario. 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 la cual el componente subjetivo emocional era secundario. Con el fin de cumplir con este nuevo objetivo de la medicina, se perfeccionan enormemente 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 de salud-enfermedad son los médicos (que se convierten en una clase cada vez 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.

El descubrimiento de los antibióticos, a partir de 1930 y su comercialización luego de la segunda guerra mundial, consolidan la hegemonía del 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 sociales de la enfermedad.

Los avances científicos y tecnológicos en los últimos cien años han sido enormes. Es así como el campo ideológico se ha caracterizado en este último tiempo por una gran fe en el poder de la ciencia y tecnología para la solución de problemas sociales y humanos. La química, por su parte ha abierto nuevos espacios a la fisiología y a la patología al hacer posible el estudio del metabolismo de los organismos sanos y enfermos; la bioquímica ha explicado la causa de muchas enfermedades, como disfunciones hormonales o de carácter genético; la química se ha convertido por otro lado en el eje básico en la investigación de una nueva farmacología que estudia el efecto de compuestos químicos en el organismo sano y enfermo. El estudio farmacológico ha sido decisivo en el combate de las enfermedades infecciosas y de otras índoles.

La medicina científica occidental ha tenido un proceso de expansión extraordinario, basado en una sofisticación tecnológica sin precedentes. Se llegó a pensar que, en cuestión de tiempo, la gran mayoría de las enfermedades habrían sido resueltas gracias a la ciencia y el progreso tecnológico. Por otra parte, esta sofisticación tecnológica ha permitido identificar el campo médico como uno de los campos de la



investigación científica donde se procesa una de las mayores acumulaciones de capital, con respecto a otros ámbitos sectoriales y de la ciencia.

Desde el punto de vista social, en forma coherente con los grandes avances registrados en el conocimiento, fue avanzando el proceso de expansión de 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 la salud del individuo, ya sea el saneamiento del agua, las condiciones de la vivienda o el régimen urbanístico y hasta las condiciones productivas de la población. Todos estos elementos se han transformado en espacios de intervención sanitaria.

En este contexto, el concepto de salud, en su sustancia, no ha variado y sigue anclado a la imagen mecanicista del cuerpo que explica el estado de salud-enfermedad según determinantes de tipo físico o bioquímico.

De ahí se desprende la hipótesis de que la medicina occidental no se impone tanto en el mundo a causa de su eficacia en el tratamiento de las enfermedades, sino que se torna eficaz luego de haber sido impuesta por las fuerzas sociales, económicas y culturales de su tiempo.

Lo anterior sirve de fundamento para plantear las bases culturales e históricas de nuestra medicina: los elementos fundamentales del paradigma médico actual se determinan durante el siglo XVII, al elegir un modelo mecanicista de observación del cuerpo que se concentra en el estudio de los determinantes bioquímicos de la enfermedad y, desde luego, en los principios que podían contrarrestarla. El desarrollo de la medicina occidental implicó un progresivo abandono de un enfoque integral del paciente y de la relación de éste con su medio ambiente. La química, la física, la biología son aún hoy consideradas las ciencias básicas de la medicina; las instituciones médicas están dominadas por la imagen del hospital y,



en términos reales, se otorga menor importancia a los factores ambientales, psicosociales y de comportamiento de la enfermedad y a las necesidades integrales de los enfermos, que no son consideraciones de un campo de análisis "objetivo" para investigaciones y tratamientos terapéuticos. Cabe señalar el carácter peculiar de este fenómeno, comparado con el enfoque de otras medicinas o sistemas médicos en el mundo: de las medicinas tradicionales y populares de Africa y Latinoamérica, de la acupuntura, de la homeopatía, de la medicina naturista etc. Todas ellas, al contrario, tienen un denominador común: concebir los fenómenos de la salud-enfermedad como dependiente de la relación, tanto de todas las partes del organismo entre sí, como de éste con su contexto sociocultural.

Este carácter peculiar del desarrollo médico occidental debería por tanto alertarnos acerca de la capacidad de expansión universal e ilimitada del sistema que se ha creado en estos dos últimos siglos, y obligarnos a mirar las medicinas provenientes de otras tradiciones culturales como recursos, válidos y dignos de ser estudiados y utilizados en un contexto de pluralidad de recursos y concepciones sobre la salud-enfermedad.



2.2 MEDICINA MAPUCHE Y SU VINCULACIÓN TEORICA CON LA MEDICINA CONVENCIONAL (SALUD INTERCULTURAL).

Los modelos y sistemas médicos como ya lo señalamos, son conjuntos de premisas, ideas, recursos y acciones que tiene la gente para organizar sus percepciones y experiencias de eventos médicos. En otras palabras son formas de definir los problemas de salud - enfermedad y de generar soluciones para ellos. Cada sistema es capaz de desarrollar un limitado rango de caracterización de los problemas y de las soluciones. En el caso del modelo médico mapuche se prioriza, por ejemplo, la búsqueda de las etiologías; es decir la identificación de los agentes causales de las patologías, del evento que originó la enfermedad y desencadenó el conjunto de síntomas somáticos.

Esta forma de comprender las patologías en el mundo cultural indígena se hace más compleja en espacios donde coexisten otros sistemas médicos. Hoy las formas de concebir la salud - enfermedad en las comunidades indígenas y aún en los sectores marginales de la sociedad urbana conforma un espacio de pluralismo médico.

La internalización de conceptos y prácticas médicas provenientes de otros sistemas médicos, y la exclusión de los propios, está orientada hacia lo que los enfermos y/o sus familias perciben como diferentes tipos de enfermedades, lo que implica tomar decisiones sobre consultar o no a determinados agentes médicos, de uno o más sistemas.

El enfoque de sistemas médicos ha procurado contextualizar los fenómenos de la salud - enfermedad y los recursos terapéuticos que se movilizan dentro del ámbito de la cultura, llegando a definir aspectos ideológicos y estructurales que componen los sistemas médicos: sustrato ideológico, agentes



terapéuticos, etc. En este sentido el pluralismo de sistemas está en primer lugar relacionado con formas diferentes de conceptualizar el fenómeno patológico: la etiología, el inicio de los síntomas, el pulso y el tratamiento terapéutico. Estas diferentes formas de conceptualización o modelos están determinados por la cultura.

La conceptualización de la enfermedad según un sistema clasificatorio u otro y la decisión de usar uno u otro sistema médico está relacionado con varios factores: el estado de la identidad cultural, en primer lugar, que determina la percepción y la interpretación de los fenómenos que se producen en el medio sociocultural; las características de los síntomas; el estado de integración del individuo con su grupo social y el cumplimiento de las normativas básicas comunitarias.

El resultado de la integración social entre los miembros de las familias es lo que decide la orientación y la lógica del futuro itinerario terapéutico; cuando una enfermedad aparece, tanto los síntomas como las causas y finalmente, las orientaciones terapéuticas a seguir son largamente debatidas dentro del grupo familiar. En algunos casos el uso de las diferentes medicinas es secuencial; en otros, simultáneo.

La relación entre los diferentes sistemas médicos ha sido abordado dentro de un enfoque tradicional²⁰, describiendo un proceso de impregnación bidireccional o "de permanente intercambio o interacción recíproca"²¹. 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 ("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"). Con esto se marca una

²⁰ Nos referimos por lo menos a los escritos de algunos autores como Duncan Pedersen, George Foster y A. Kleinmann.

²¹ Pedersen, Duncan. *Elementos para el análisis de los sistemas médicos* en Enfoques de atención primaria, año 4, PAESMI, Santiago, Chile, 1989, p. 12.



tendencia hacia el futuro, que plantea un proceso de hibridación y sincretización cada vez mayor de ideología, prácticas y recursos terapéuticos.

Al respecto, esta idea de relación y contacto, pese a introducir elementos de análisis muy interesantes, prescinde de las condiciones históricas en las cuales se siguen desarrollando las relaciones interétnicas en América Latina. Nos referimos en particular a un hecho fundamental para entender la situación actual de pluralismo cultural de las sociedades latinoamericanas: la situación de "hegemonía" que la tradición científico occidental ejerce respecto a las formas culturales nativas. Una situación de hegemonía que hace que muchas de las manifestaciones plurales se reflejen sólo en el sector indígena (o en los estratos socioeconómicos bajos) de la población, en un contexto en el que la co-presencia de elementos culturales representa uno de los estadios de un proceso de pérdida del control sobre su propio patrimonio cultural.

Por lo que se refiere a la relación entre sistemas médicos, pensamos que el análisis de los patrones de recurrencia y los "itinerarios terapéuticos" del paciente represente una mayor profundización. Entre esos patrones mencionados se puede suponer que la estrategia de demanda secuencial²² constituye un uso de la medicina occidental. Cuando el paciente recurre a un sistema médico en una determinada fase de la enfermedad, con expectativas medianamente claras acerca del rol que debería desempeñar el

²² El enfermo demanda recursos médicos (agentes, prácticas, medicamentos) en uno y luego en otro(s) sistema(s) médico(s), con o sin punto de retorno al primero. Patrón propuesto por Allan Young en *The Relevance of Traditional medical cultures to modern primary health care*.



agente terapéutico, elude las debilidades actuales de la medicina nativa y aprovecha la fortaleza del sistema ajeno (la atención al aspecto biofisiológico de la enfermedad) manteniendo la conceptualización nativa de los fenómenos de la salud-enfermedad.

El sistema médico occidental, sin embargo, puede validar, también de acuerdo a su lógica empírica racional, ciertas prácticas etiológicas o terapéuticas del sistema médico indígena. Ello, sin embargo no implica el fortalecimiento de este modelo ni de su sistema médico; se trata sólo de una apropiación o aprovechamiento por parte del sistema occidental, en tanto él no incorpora los elementos definitorios de los supuestos y del sistema médico cultural indígena. Este puede concebirse como un caso de cultura apropiada, pero desde el sistema occidental, que integra los elementos de otros cánones, pautas y marcos de su propio sistema. En este contexto estaría también la adopción por parte de la medicina oficial de la farmacopea indígena latinoamericana y la utilización de los principios activos de las plantas nativas, hecho que al contrario, Perdensen presenta como ejemplo de impregnación del modelo tradicional-popular hacia el modelo oficial.

Tras estas descripciones en torno a los procesos interactivos que hoy existen entre los sistemas médicos, se plantea colocar dicha interacción en perspectiva. Así surgen diversas interrogantes que dan cuenta del proceso que deben seguir los sistemas médicos para obtener una real vinculación cultural y medicinal. ¿Cómo se puede planificar una adecuada integración y articulación entre medicina tradicional y medicina moderna?, ¿Es posible compatibilizar la cultura mapuche con la cultura nacional occidental? ¿Es posible adecuar los servicios del sistema oficial de salud a la idiosincrasia cultural de la



población indígena? Y finalmente, ¿Es necesario en este contexto, plantear una reforma estructural del sistema de salud?



Capítulo III

LA RUKA Y EL MACHI. COMUNA DE LA PINTANA (REPORTAJE)



Fotografía de Ruka



Santiago de la Nueva Extremadura: El consultorio y la Ruka.

Situado en el corazón de la Pintana, se encuentra el consultorio de atención primaria de salud, Santiago de la Nueva Extremadura. Es un consultorio como cualquier otro, que a través de los años ha ido modernizándose, implementando nuevas estrategias, habilitando nuevas opciones de atención para hacer la vida de los pacientes un poco más llevadera en sus temas de salud.

No hace mucho terminaron las largas esperas por horas de atención. Se acabaron las largas filas al amanecer y los pagos a terceros para obtener un número. Hoy sólo el largo tono marcando ocupado podría molestar a ciertos pacientes aún impacientes.

También es relativamente nuevo el programa de salud intercultural que se lleva a cabo en el patio trasero del consultorio. Aunque todavía hay gente que no ha visto la ruka del machi Manuel, ya son muchos los que efectivamente, pueden decir que se atienden con él.

Es una iniciativa de salud que nace como proyecto de investigación de la Universidad de Ottawa (Canadá), en conjunto con la escuela de enfermería de la Universidad Católica de Chile dando como resultado el programa de salud intercultural. Es decir, un programa de salud que vincula la medicina convencional con la medicina mapuche.

Miguel Carrizo, Director del Departamento de Salud y Educación de la Municipalidad de La Pintana cuenta que *“todo comenzó cuando la Escuela de enfermería de la UC postula a un proyecto llamado **Decide** dependiente de la Universidad de Canadá, el que consistía en aumentar las opciones de*



decisión que tienen los usuarios en salud. Era un fondo –entre diez mil y quince mil dólares- que permitía financiar un proyecto concerniente a minorías culturales étnicas".

Obtuvieron el financiamiento, pero después de un año de funcionamiento y ante los buenos resultados obtenidos, la Municipalidad tomó la determinación de continuar con tan exitosa experiencia.

Desde ese momento y hasta nuestros días, son pocos los que aún no conocen la forma de operar de la ruka. Todos los miércoles y jueves atiende el machi Manuel con el único requisito indispensable: Estar inscrito en el consultorio.

La ruka cuenta con todo lo necesario para la atención de sus pacientes; una cocina para la preparación de los medicamentos, un escritorio y una camilla para el proceso de diagnóstico y el personal necesario para cada función. El machi, una secretaria, el ayudante que prepara junto al machi las infusiones a base de hierbas y lo principal, un canelo; árbol sagrado de los mapuches que ayuda al machi a conectarse con los espíritus de la sanación.

Dentro del programa también se contempló la implementación de un invernadero para el cultivo de las plantas medicinales. En él se sembraron todo tipo de hierbas de uso casero como ruda, llantén, toronjil, manzanilla, paico, maqui, etc.



"Fue algo que nosotros exigimos. Era necesario para que el machi se sintiera en su ambiente. Es lo más parecida a las rukas que tenemos, aunque pensamos en refaccionarla", dice Samuel Merinao, ayudante del machi y facilitador cultural²³.

Para facilitar el trabajo en conjunto con los médicos profesionales, se realizaron ocho talleres educativos en el que aprendieron unos de otros y se acordaron los términos de la relación. Por ejemplo, se acordó que no se haría machitún, debido a que es un consultorio de atención primaria y no se hacen operaciones. *"El machitún es como una cirugía y necesita de implementos especiales y un equipo mayor", explica Samuel Merinao.*

En un principio, se creyó que la atención médica tradicional mapuche, que se enmarca en el proyecto de Salud Intercultural, ya sea en el ámbito regional o específicamente en La Pintana, tendría más aceptación en la gente mapuche. Pero para sorpresa de varios, no fue así, ya que en su mayoría es la gente no mapuche la que se atiende con el machi.

Carrizo señala *"La idea original era abrir una opción de atención médica o de salud para "supusimos" las personas que se adscribían a la etnia mapuche. Lo instalamos hace casi dos años y lo que sucede en la práctica es que entre los que buscan atención del Machi, hay una proporción de gente mapuche, pero la más alta proporción es de chilenos que han pasado por la oferta de salud pública en general, y que no han encontrado respuesta a sus problemas y por tanto recurren a esta instancia, que*



²³ Facilitador cultural: agente mapuche bilingüe, que ayuda a la comunicación entre pacientes, doctores y machis.



es gratuita, pública y que tiene una propuesta o promesa distinta en términos de salud. Yo diría que el 80% de la gente que viene son chilenos o gente no mapuche”.

En el contexto nacional ha ocurrido lo mismo, pese a que se pensó como un programa de atención e integración indígena, tomando en cuenta el alto porcentaje de población mapuche en Santiago.

Mireya Melipil, encargada del programa de salud intercultural en la Región Metropolitana, señala que *“acá hay una tremenda contradicción, porque cuando pensamos en armar este proyecto, pensamos que las comunidades iban a llegar en masa a atenderse con el machi, pero ha ocurrido todo lo contrario, llega mucha gente no mapuche y eso para nosotros es algo novedoso, porque estamos creyendo que por fin se están dando cuenta que existimos”*

La demanda que se ha originado con relación a la medicina mapuche, que por cierto es bastante alta – 200 personas diarias en la Pintana- requiere que los días de atención se prolonguen, pero es aquí donde surge el problema del financiamiento.

Miguel Carrizo, señala al respecto *“ahora lo que estamos tratando de hacer es buscar más fuentes de financiamiento. Nos interesaría que el Ministerio de Salud, junto con el discurso de que le interesa la salud intercultural, nos envíe dinero para hacer salud intercultural, más efectiva. Y también que organismos externos que han venido a ver esta experiencia, colaboren con ella. Pero todos vienen a ver y nadie aporta y para esto se necesitan recursos financieros”*



Actualmente, la atención realizada por el machi Manuel, tiene una lista de espera de aproximadamente 300 personas, las que tienen fecha hasta enero del 2003. Siguen siendo dos días los que se atiende, miércoles para las personas que vienen por primera vez, que son alrededor de 50, y jueves, día en que los pacientes van a buscar su medicina regularmente hasta que el machi les dé el alta, y son alrededor de 200 personas.

El invernadero, actualmente no se encuentra en condiciones favorables, ya que hace tres meses se trasladó algunos metros dentro del mismo lugar, debido a la construcción de una sede comunitaria. Esto ocasionó la muerte de gran parte de las hierbas medicinales, por lo que hoy el machi debe encargarlas al sur.



¿EL Machi o el Médico?



Las características de los pacientes no difieren en lo absoluto entre los que acuden al médico del consultorio o al machi, ya que su preocupación es la misma, sanarse. La mayoría de los pacientes entrevistados del consultorio, no conocían la medicina mapuche. Otros sólo por comentarios de gente conocida, pero todos dijeron no tener problema en conocerla o acudir a ella si fuese necesario.

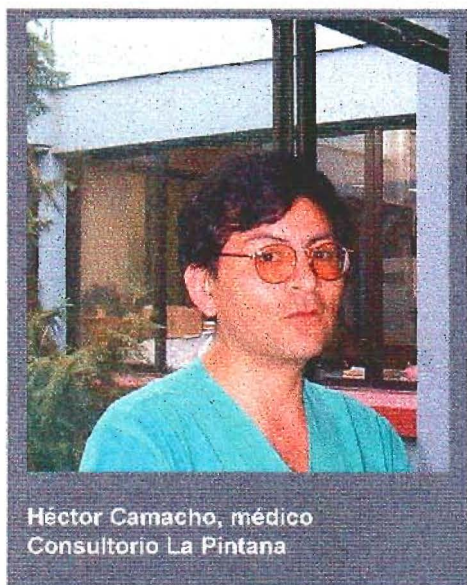
Respecto a los pacientes que van a ver al machi, la gran mayoría vienen luego de haber pasado ya por la medicina científica y no haber encontrado solución a su enfermedad.

Uno de los principios fundamentales de este proyecto de salud intercultural es que los dos sistemas, tanto mapuche como chileno se vinculen, de ahí el nombre, pero en la práctica no ocurre al cien por ciento, ya que la mayoría de las personas que van donde el machi ya no desean volver a la medicina occidental.



Samuel Merinao, ayudante del machi indica que *“la gente no concurre al médico, porque la mayoría ya vienen del médico y le dicen que no tiene nada o le dan pastillas”*. Al preguntarle si existe derivación de un sistema a otro dice que *“en primera instancia no, después comienza un trabajo más fijo donde el consultorio deriva al machi pacientes que no le encontraban enfermedad, también nosotros si veíamos que la gente no tenía solución y requería de un médico lo mandamos al consultorio”*.

Respecto a si los doctores del consultorio derivan a sus pacientes para atenderse con el machi, el doctor



Héctor Camacho, médico
Consultorio La Pintana

del consultorio Hector Camacho dice no tener inconveniente, siempre y cuando a la vez cumplan con sus indicaciones *“pero como atiendo a puros niños ya que soy pediatra no ocurre, debido a que generalmente vienen por problemas respiratorios que se tratan con antibióticos”*.

La médico cirujana Gladys Layana menciona que si el paciente psicológicamente se va a sentir bien, puede ir al machi, *“pero yo he conversado con muchos pacientes que me dicen la aguita que*

me dio... Yo también le puedo decir lo mismo, tómame un agua de manzanilla, que sé que es un buen sedante”.

Dice que ha recibido gente enviada por el machi, *“pero que de nuestras manos se haya ido al machi te mentiría si te digo que sí. No tengo conocimiento”*



Al preguntarle a don Manuel Lincovil, machi de La Pintana sobre si ha tenido casos de pacientes enviados o derivados desde el consultorio, indica que sí y además señala que *“la medicina nuestra tiene que ser un complemento de la otra, porque aquí nosotros no estamos compitiendo, sino que simplemente las dos medicinas deberían complementarse”*.



Enfermedad y Sanación

Los tipos de enfermedades más frecuentes según cuenta el machi Manuel Lincovil, son las denominadas por él, como las enfermedades espirituales, que en el caso de la medicina científica se conocen como enfermedades mentales, entre ellas la ansiedad, depresión, insomnio, etc. *“Son aquellas que se producen por situaciones económicas, drogadicción, alcoholismo, falta de oportunidades, violencia intrafamiliar, cesantía. Estas situaciones producen que la persona pierda el equilibrio entre cuerpo, mente y espíritu”* señala.

También acuden personas con diabetes, dolores al estómago y otras con enfermedades más extremas como el cáncer e incluso, casos de personas que han sido desahuciadas.

¿Qué se hace en esta situación? Es lo que nos relata Samuel Merinao, ayudante del machi *“en la cultura nuestra la persona es espiritual, por lo tanto la enfermedad es espiritual, no es la enfermedad del cuerpo si no que es un desequilibrio de uno con la naturaleza. Hay que ver el fondo, porque hay una historia detrás de todo eso. Viene de la familia, de algún lado viene, no es la persona. Tiene un origen. Nosotros vemos el origen de la enfermedad no a la persona. Al ver a la persona tú tienes que ver de donde desciende. También puede ser que sea alguno de su familia el que está realmente enfermo, pero recae en ella o él porque tiene la capacidad de absorberla”*.

A la vez, el machi también se enferma ya que recibe toda la carga espiritual negativa de sus pacientes *“tiene que absorberla, percibirla y canalizarla y hay días que es mucha y se enferma espiritualmente”*



cuenta Samuel. Por eso luego de atender a sus pacientes, se le ve salir de la ruca y hacer una oración frente al canelo pidiendo fortaleza espiritual. Además puede recibir ayuda de otros machis, en el caso de que fuese mucha carga espiritual.

Existen distintos tipos de tratamientos realizados por la medicina mapuche, ellos varían, según el lugar físico y el tipo de enfermedad que tenga la persona. En el caso específico de la comuna de La Pintana, obedeciendo a los convenios que se establecieron con la municipalidad, el tratamiento que lleva a cabo el machi Manuel consiste en la preparación de aguas medicinales a base de hierbas, *“Pero el machi tiene muchas formas de tratar a un paciente, nosotros tratamos con hierbas, oraciones, melodías, ritmos, cantos, reflexiología, aromaterapia, una infinidad de formas de sanar”* cuenta Don Manuel.

Mireya Melipil, encargada del programa de Salud Intercultural en la Región Metropolitana señala que los machi ven la enfermedad por intermedio de la orina, de la ropa, ojos, manos, *“al atenderse la persona que viene por alguna dolencia o enfermedad, el machi la ve y le prepara el remedio y se lo da al paciente. Para cada enfermedad hay un tipo de hierba, de remedio. Algunos machi lo preparan al tiro, otros dan las hierbas para que lo prepare la persona y la deja en tratamiento por un periodo, hasta que se sane”*



Apreciaciones

Las apreciaciones del cuerpo social involucrado en el programa de salud intercultural, en general son positivas. Ninguno de los entrevistados se opone o habla negativamente de este programa ni de la atención del machi.

La doctora América Alfaro, de medicina general, trabaja en el consultorio desde el inicio del programa. Señala que hay mucha gente que viene a ver al machi, ya sea de la comuna o de otras. *“Hay mucha gente que le tiene fe”*.

También nos cuenta que en la actualidad, cerca del noventa y ocho por ciento de los doctores del consultorio, no estaban cuando se dio inicio a este programa, por lo que no participaron de los talleres ni conversaciones que se mantuvieron entre los dos sistemas médicos. Esto provoca que la mayoría de los médicos al llegar al consultorio se extrañen o no comprendan la existencia de la medicina mapuche en él. *“Cuando comenzó esto hace dos años atrás, prácticamente de los médicos que participamos de este proyecto, sólo quedamos otro médico y yo. Todo el resto del equipo se ha renovado. Los nuevos que llegan de universidades tradicionales miran diciendo, qué es esto”*.

Dice que deben realizarse nuevamente los talleres y reuniones entre ambos sistemas, pues se hace necesario que se reactualicen los objetivos y el resto de los médicos participen de esta iniciativa.

Además acota no interferirles en lo absoluto la atención del machi, *“nosotros no tenemos nada que ver con él, porque nosotros hacemos nuestra medicina acá, él tiene su sitio allá. Entonces de ninguna manera nos interfiere a nosotros. Hay pacientes que vienen aquí y allá”*.

Al consultarle sí la medicina mapuche es efectiva dice: *“Sí. Da soluciones y la gente encuentra consuelo y encuentra muchas respuestas, porque que la gente viene acá y quiere rápido una solución y*



nosotros generalmente mandamos a hacer exámenes complementarios o radiografías, entonces no vamos solucionándoles los problemas al cacho, hay cosas que él las resuelve de inmediato". Asegura la Doctora.

Susana Carquemo, es ayudante del machi. Busca las fichas de los pacientes, les da un número para que se ordenen y adjunta el carnet de identidad a la ficha correspondiente. Opina que la inserción del machi ha sido buena ya que dice *"hay gente que no le tiene mucha fe a los médicos"*.

Además señala que deberían aumentar los días de atención, por la gran cantidad de gente que llega a atenderse con el machi *"hay horas tomadas hasta fines de enero del 2003"*.

Max, paciente del machi, se atiende con él desde principios de año y a veces oficia de ayudante, trasladando los fondos con agua para la preparación de los remedios, limpiando el patio para la mejor acogida de los pacientes o simplemente conversando con ellos para pedirles paciencia por la larga espera. Sobre la medicina y sus efectos nos cuenta: *"yo pienso que en la naturaleza están todos los remedios. También voy donde el médico. Si tengo un dolor de muela no voy a ir donde el machi, voy a un dentista, pero para el caso de mi soriasis, visité a muchos dermatólogos y no tuve ninguna mejoría. Con la crema que me preparó en base a hierbas, la soriasis desapareció"*.

La doctora del consultorio, Gladys Layana, respecto a la atención del machi señala *"son costumbres, culturas y creo que hasta cierto momento hay que respetarlas. Este es un sitio en que la mayoría de la población es mapuche y destruir las raíces sin mayores demostraciones que las cosas cambian y los*



conceptos se actualizan, es perjudicial. Hasta que ellos comprendan esa verdad, hay que aceptarlos. ¿Cuál sería esa verdad? Que en la actualidad existen medios para atender nuestra salud con bases científicas, ya no tan sólo con ilusiones, fantasías, inmadurez, sobre todo lo que es la realidad en salud”, establece.

La mayoría de las personas que van a visitar al machi no son mapuches, ya sean chilenos u extranjeros, todos han acudido a los médicos científicos o a otros tipos de medicinas sin encontrar curación, y por supuesto también acuden mapuches que pueden acceder a su medicina de origen.

La doctora Gladys Layana opina que la gente se dirige donde el machi por ignorancia. *“Haz un censo y te vas a dar cuenta de que es gente que no está preparada”.*

Pero a la vez señala que efectivamente la ciencia tiene su base en las plantas, y que puede curar el cáncer, dice *“Nuestro poder de curación es una gran verdad que está en nuestro cerebro, y si ese (la medicina mapuche) es un estímulo para que funcione ese poder de curación yo lo dejaría, pero haciéndole ver que no crea el cien por ciento en ella. Una de las cosas muy fundamentales para la curación es la inmunidad, cuando el paciente está deprimido bajan todas las defensas, pero sí el paciente se estimula mentalmente que eso lo va a curar sube su inmunidad y por ende ya se está curando”.*

Estas y otras apreciaciones son las que hemos podido rescatar de nuestro reportaje-investigación.



No obstante, creemos digno de destacar lo que el machi mencionara al concluir nuestra entrevista y que expresa en gran medida su aspiración última o máxima. *"Queremos que se nos reconozca como cultura, que valoren lo que nosotros podemos aportar a la sociedad. Nuestra medicina sólo busca el bienestar de los hombres y hacia ya apuntamos. Nuestro gran objetivo es ser reconocidos en forma legal, como médicos"*



Nos parece importante destacar, como consideración final, que este programa de salud es el que ha tenido mayor impacto y vigencia en el tiempo. Sus resultados han tenido tal magnitud que ha suscitado gran interés periodístico a lo largo de todo su desarrollo. Nosotras, aportamos un poco más al conocimiento de esta cultura al abocarnos a ella con detenimiento.



REFLEXIONES FINALES

Nuestro viaje por la cultura mapuche, comenzó con una invitación a un Nguillatún en Nueva Imperial, IX Región, donde, pese a no poder filmar nada de lo que ocurrió y presenciamos, fue el primer paso de un camino largo y enrevesado que nos permitiría no sólo plasmarnos del conocimiento de su cultura, sino también compartir experiencias inéditas e irrepetibles con integrantes de comunidades mapuches.

Como resultado, nuestro reportaje. Y algunas consideraciones finales...

Basándonos en los antecedentes recopilados a lo largo de nuestro reportaje, podemos señalar que todos nuestros objetivos específicos fueron cumplidos a cabalidad. Desde la descripción de las técnicas utilizadas por el machi en su acción curativa, el tipo de patologías a que se enfrenta, los fundamentos por los que los pacientes son derivados o cambian de sistema médico, los efectos que obtienen de la consulta con el machi, hasta las opiniones que tienen los representantes de la medicina mapuche y de la medicina oficial con respecto al trabajo simultáneo o paralelo de ambos sistemas.

Todos estos objetivos, nos permitieron tener una visión integral de lo que sucede concretamente en los Programas de Salud Intercultural impulsados por el Ministerio de Salud. Si bien, el caso de la Pintana, puede ser excepcional y no reflejar la realidad de los demás proyectos por comuna, puede sin embargo, ser el mejor exponente o representante de este tipo de programas al conservar por largo tiempo su lugar, su representación a través de una Ruka y un machi (pioneros en la ciudad), el patrocinio incondicional de la municipalidad y la continuidad ininterrumpida de su labor.

Nos propusimos y en gran medida hemos logrado a través de este reportaje, difundir los aspectos más relevantes de la cultura mapuche, originaria de la IX Región, en función de explicar los fundamentos de



su medicina y su asentamiento en la región metropolitana. El cómo ella ha ido materializándose a través del tiempo, a pesar de las grandes diferencias ambientales y sociales, en una alternativa médica efectiva, donde no sólo mapuches acuden a ella, sino también, una gran cantidad de chilenos e incluso extranjeros.

Nuestra hipótesis era si la medicina mapuche podía ser una alternativa de salud efectiva y posible de realizar como un intercambio simultáneo y paralelo a la medicina convencional o científica, es decir, una medicina intercultural

Después de un año de investigación profunda sobre el tema, podemos señalar, que para muchos de los entrevistados es efectiva, pero, esta efectividad depende del grado de conocimiento o aceptabilidad que de ella se tenga.

Según la mayoría de los pacientes entrevistados, los tratamientos a que se han sometido mediante la intervención del machi, han sido efectivos y concretos para cada razón de consulta. Sin embargo, la efectividad a la que ellos aluden tiene que ver con su predisposición y confianza depositada en ella. El interesarse y aceptar estos métodos como eficaces para la curación de sus males, la hace efectiva. También tiene gran importancia el itinerario o camino que han realizado en diversos sistemas médicos, principalmente el científico oficial, y los resultados obtenidos en él.



Un ejemplo de ello es el que nos narró Max, joven de aproximadamente 30 años, que adolecía de soriasis en todo su cuerpo. Llevaba cerca de dos años consultando a distintos dermatólogos, comprando todos los medicamentos que ellos recetaban y no obtenía ninguna mejoría. Se decidió a consultar al machi y luego de unas semanas empezó a experimentar notables mejoras en su piel. El no descarta la atención médica oficial para diversas dolencias, pero en su caso específico de soriasis, sólo el machi lo mejoró.

Si es posible realizar un intercambio simultáneo y paralelo entre la medicina científica y la mapuche, es decir, una medicina intercultural, podemos señalar que en la práctica todavía no se realiza en su totalidad y las opiniones varían, se contradicen y también se asemejan.

Respecto a que no se realiza en su totalidad podemos decir, que es efectivamente un programa que se ha ido desarrollando según los preceptos establecidos en el Ministerio de Salud, en el sentido de insertarse en cada comuna con mayor porcentaje de población mapuche, tener amplia receptibilidad y trabajar en forma paralela en los consultorios, pero, este trabajo aún no se concretiza en su totalidad, por lo menos en uno de los aspectos más relevantes de los planteamientos del programa, es decir, vincular ambas medicinas, complementando métodos y técnicas de apoyo en su diario accionar.

Según lo apreciado en el consultorio Santiago de la nueva Extremadura y la ruka del machi Manuel, esto aún no sucede, ya sea porque existe cierto escepticismo por parte del cuerpo médico oficial o



porque ese cuerpo médico ya no es el que fue capacitado en un comienzo del programa en visión o conocimiento del mundo mapuche.

Pese a ello, este mismo cuerpo médico reconoce que la medicina mapuche tiene cierto grado de efectividad ya que se basa en hierbas o plantas medicinales también presentes en las bases farmacológicas de la medicina científica. Además que puede ser utilizada en casos de enfermedades con un alto grado de dosis psicológica.

En cuanto a la derivación entre sistemas, sólo pudimos constatar que el machi deriva pacientes suyos al sistema médico oficial, ya que tiene conciencia de sus limitaciones en ciertas áreas, pero del sistema médico oficial, no se constató ninguna derivación.

El machi a pesar de respetar la medicina científica, concluye que no habrá una real interculturalidad, si no se le reconoce como médico en iguales condiciones y ambos sistemas se complementen.



GLOSARIO MAPUDUNGUN / ESPAÑOL

Ad-mapu: Normas y leyes sociales establecidas por la cultura

Antü: Sol.

Ampivoe: El que manda a los espíritus. Curaba, por medio de invocaciones a los espíritus, quienes le indicaban los remedios que debían usarse en cada caso especial

Datuwün: Se conoce también como machitún simple. Es una curación especial en la que se establece el contexto espiritual de la enfermedad y el tratamiento a seguir.

Foye: Canelo.

Fücha: Anciano

Füta Küdaw: Machitún doble, se caracteriza por ser de mayor complejidad.

Füta Datuwün: Ritual de sanación que consta de varias etapas, iniciándose al anoecer y culminando al amanecer.

Inaimahue: persona que proporciona información sobre robos y enfermedades.

Ingerpin: Chamán o sacerdote oficial.

Ingerguño: dueños de las enfermedades o epidemias, oficiaban además rogativas o cultos.

Kalku: Brujo.

Kastikanten: Enfermedad por castigo.

Konalen: Salud.

Kultrung: Instrumento de percusión. Uso en ceremonias o rituales)

Kuse: Anciana.

Kutran: Enfermedad. Dolor.



Küme Püllü: Espíritu del bien

Küruf: Viento

Küyen: Luna.

Küymün: El trance del machi; momento en el cual se comunica con sus püllü.

Lafken Mapu: Tierra ubicada al oeste.

Lawen: Remedio del ritual.

Likan: ciertas piedras negras, pulidas, usadas por el o la machi en sus trabajos ceremoniales.

Longko: Jefe. Superior. El principal. Cabeza.

Llefú: Ayudante de machi.

Machi : Persona elegida por un espíritu superior para asumir el papel de médico tanto en lo físico como en lo psíquico y social. En algunos sectores es también oficiante principal en el ngüillatún.

Machi Kutran: Enfermedad de machi.

Machitún: Ceremonia de sanación; diagnóstico y/o tratamiento de un enfermo.

Malongkeo: ritual específico dentro de un machitún doble, ejecutado para enfrentar enfermedades de extrema gravedad o que afectan a más de un individuo.

Mapuche: Gente de la tierra.

Mapuche Kutran: Enfermedad provocada por fenómenos o fuerzas identificables dentro de la cultura mapuche.

Mapudungun: Lengua mapuche.

Minche Mapu: Tierra de abajo.

Mudai: Bebida de trigo o maíz fermentado.

Nag Mapu: Tierra central.



Newtun - Kutran: Sacar la enfermedad.

Ngenechen: Dios.

Ngüillatún: Oración; rogativa comunitaria solemne que se realiza varias veces durante un año.

Pelotén: Profetizaba el futuro o adivinaba los hechos pasados.

Perimontun: comunicación o seña sobrenatural que se manifiesta en forma de sueño, visión u otro fenómeno similar.

Pewma: sueño en general; sueño premonitorio o que pone en comunicación con el mundo sobrenatural.

Piku Mapu: Tierra ubicada al norte.

Puel Mapu: Tierra ubicada al este.

Püllü: Alma; espíritu sutil que no se manifiesta en forma física, fuerza espiritual poderosa.

Rantuvoe: De rantún: preguntar e investigar. Era consultado con frecuencia sobre las causas de las muertes imputadas a la hechicería.

Re- kutran: enfermedad de origen natural, en la que interviene un agente o fuerza intencional.

Rewe: Tronco descortezado de árbol, labrado con peldaños (laurel, maquí, canelo) enterrado frente a la puerta de la ruca de la machi de la cual es instrumento o símbolo. En algunos lugares y ocasiones es también especie de pabellón o símbolo representativo de una determinada comunidad o sector.

Ruka: Casa habitación tradicional mapuche, hecha con paja y madera

Triwe: Laurel.

Ülutun: Ceremonia de sanación más simple y corta que el machitún.

Üllcha: Mujer joven.



Weda Kutran: Enfermedad sobrenatural (mágica) que son provocadas por un agente, fenómeno o fuerza que proviene o tiene vínculos con el minche mapu.

Weda Püllü: Espíritu del mal.

Weche: Hombre joven.

Wenu Kutran: Enfermedad sobrenatural (religiosa) donde las causas provienen de las divinidades o de los espíritus que se encuentran en el wenu mapu.

Wenu Mapu: tierra de arriba.

Wekufe: Fuerza maléfica que provoca enfermedades y muerte.

Wetripantu: Año Nuevo Mapuche.

Willi Mapu: Tierra ubicada al sur.

Wingka: persona no mapuche.

Wingka kutran: Enfermedad que ha sido introducida por el contacto interétnico o que pueden ser mejoradas por la medicina occidental



ANEXOS

1.- ENTREVISTAS: FORMATO CASSETTE

MIREYA MELIPIL

ADRIANA DRECKMAN

SAMUEL MERINAO

MACHI MANUEL LINCOVIL

2.- REGISTRO EN VIDEO FORMATO CD

REPORTAJE A LA ACTIVIDAD.



BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Bacigalupo, Ana Mariella, **La voz del kultrun en la modernidad**, Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile, 2001.
- 2.- Foster M, George, **Medical anthropology**, University of California, ed. John Wiley and sons. Berkeley, U.S.A., 1978.
- 3.-González de Nájera, Alonso, **Desengaño y Reparación de la guerra del reino de Chile**, Editorial Andrés Bello, Santiago, Chile, 1971.
- 4.- Grebe, María Ester, **Cosmovisión Mapuche** , en (separata) Cuadernos de la Realidad Nacional, N° 14, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile, 1972.
- 5.- Guevara, Tomás, **Psicología del pueblo araucano**, Imprenta Cervantes, Santiago, Chile, 1908.
- 6.-Gusinde, Martín, **Medicina e higiene entre los antiguos araucanos**, en Revista Chilena de Historia y Geografía, Sociedad de Historia y Geografía, Santiago, Chile, 1917.
- 7.- Latcham, Ricardo, **La organización social y las creencias religiosas de los antiguos araucanos**, Tomos I-II, Imprenta Cervantes, Santiago, Chile, 1924.
- 8.- Metraux, Alfred, **El chamanismo Araucano**, Revista del Instituto de antropología de la Universidad Nacional de Tucumán, Argentina, 1942.
- 9.- Moesbach, Ernesto, **Vida y costumbres de los antiguos araucanos** en la segunda mitad del siglo XIX, Imprenta San Francisco, Padre Las Casas, Temuco, Chile, 1959.
- 10.- Noviello, Oscar, **Reflexiones sobre el machitún araucano y sus antecedentes sociales**, en Revista de Ciencias Sociales # 4, Valparaíso, Chile, 1973
- 11.- Nuñez de P. y Bascuñán, **El cautiverio feliz: y razón individual de las guerras dilatadas del reino de Chile**, Editorial Universitaria S.A., Santiago, Chile, 1973.
- 12.- Ovalle, Alonso de, **Histórica relación del reino de Chile**, Editorial Universitaria S.A., Santiago, Chile, 1974.
- 13.- Pedersen, Duncan, **Salud y culturas médicas tradicionales en América Latina**, en Enfoques de Atención Primaria, Editorial PAESMI, Año 3, N° 2, Santiago, Chile, 1988.
Elementos para el análisis de los sistemas médicos, en Enfoques de Atención Primaria año 4 N° 1, PAESMI, Santiago, Chile, 1989.



14.- Rosales, Diego de, **Historia general del reyno de Chile**, Volúmenes I, II, III y IV, Imprenta de El Mercurio, Valparaíso, Chile, 1977.

15.- Sigerist, Henry, **Civilización y enfermedad**. Biblioteca de la salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Fondo de Cultura Económica, México. D.F, 1987.

