



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA

***SALUD Y ENFERMEDAD EN UN CONTEXTO
INTERCULTURAL***

***“UN ACERCAMIENTO A PARTIR DEL CASO MAPUCHE EN EL
CONSULTORIO PONIENTE DE PUDAHUEL”***

Tesis para optar al título de Antropóloga social

JUAN LE-BERT
DIRECTOR DE TESIS

LISETTE WINKLER
TESISTA

SANTIAGO, ABRIL 2010

Índice de contenidos

Introducción

Capítulo I

Antecedente de la investigación.....	4
1. La emergencia mapuche urbana.....	5
1.2 Antecedentes del Programa de salud y pueblos indígenas.....	7
1.3 Programa de salud y pueblos indígenas en Pudahuel.....	10

Capítulo II

Marco teórico

1. Recuperación de la medicina tradicional: la importancia de los factores culturales.....	13
2 Medicina intercultural: Una nueva alternativa de curación.....	16
3 El espacio intercultural como vía de entendimiento en torno a la salud/enfermedad de la población.....	19
4 El diagnóstico y el tratamiento: Una aproximación simbólica a la “cura”.....	26
5 Principales demandas en torno a la medicina intercultural: Una mirada desde la perspectiva de género.....	28

Capítulo III

Marco Metodológico

1. Perspectiva metodológica.....	33
2 La experiencia del trabajo de campo y la selección del universo de estudio.....	36
3. Técnicas de recolección de datos.....	37
-Observación	
-Entrevista semi-estructurada	
4. Características del universo de estudio.....	39

Capítulo IV

1. Acercamiento al espacio terapéutico.....42
2. Recepción del programa de salud intercultural
en la comuna de Pudahuel.....47

Capítulo V

- La construcción de un espacio terapéutico.....48
1. Inversión del Estado en la emergencia indígena.....49
 2. Ampliación de las coberturas en salud.....50
 3. La construcción del espacio terapéutico.....53
 4. El reclutamiento de pacientes.....57
 5. La mirada de la medicina alópata frente a la atención del machi.....60

Capítulo VI

La consulta del machi: Espacio y contenido:

- Relación terapéutica entre el machi y sus usuarias.....62
1. Medicina alópata v/s Medicina Tradicional.....63
 2. Reutilización y nuevos conceptos en salud /enfermedad.....66
 3. El diagnóstico y la aparición de nuevos
conceptos de salud/enfermedad.....71
 4. El machi de Pudahuel: la “cura simbólica” de la enfermedad.....74
 5. El cuerpo femenino como receptor de enfermedades.....77

Conclusiones.....82

Anexo Fotográfico.....88

Introducción

La historia de la medicina se ha ido construyendo paralelamente a la historia de la enfermedad. Tanto enfermos como médicos han ido configurando un corpus de denominaciones que cambian y crecen de acuerdo a las condiciones sociales y políticas de cada país. Con la imposición del modelo de salud hegemónico, se incorporan e imponen en la medicina alópata una serie de clasificaciones y denominaciones de enfermedades, que niegan conceptos y saberes médicos tradicionales. Esta historia, particular en cada país, se ha ido transformando drásticamente producto de la emergencia de políticas multiculturales que aparecen en los últimos 20 años. Se instalan programas destinados a fortalecer y potenciar las distintas formas culturales, trasladándose los saberes médicos tradicional al interior de los centros de salud. Los objetivos se orientan a la recuperación del patrimonio cultural indígena, como también hacia los beneficios que pueden entregar éstas medicinas a la población.

Introducir nuevas formas de medicina, implica en primer lugar la creación de un espacio terapéutico para su desarrollo, visibilizando modos opuestos de cuidados y comprensiones del cuerpo. La administración proveniente del Estado, reproduce formas de poder, que bajo un discurso que valora la diferencia y la libre elección en materias de salud /enfermedad, continúan con el principio hegemónico de control y clasificación, buscando identificar y acercar a la población al interior de los centros médicos.

Gilles Deleuze, señala que la historia de la medicina es doble. “Existe una historia de las enfermedades, que desaparecen, retroceden, cambian de forma, o la recuperan según circunstancias sociales y los avances de la terapéutica. Pero, entrelazadas con esta historia, hay otra que es la de la sintomatología, y que muchas veces precede y otras sucede a las transformaciones de la terapéutica o de la enfermedad: los síntomas son bautizados, desbautizados o clasificados de otro modo”. (Deleuze, 2001:19)

Retomando ésta reflexión agregamos que no son solo las enfermedades y los síntomas que se bautizan, sino que más acá o más allá de éstos, se producen los espacios donde estas clasificaciones se vuelven prácticas médicas. La introducción del multiculturalismo en el campo de la salud inaugura un espacio terapéutico inédito que, apelando a la recuperación de saberes ancestrales instituye un nuevo tipo de enfermedades, síntomas y tratamientos. Si invertimos la proposición Deleuziana, habría que decir que, en el caso de la medicina intercultural no es ya el médico el que bautiza sus descubrimientos sino el espacio, habilitado por una política pública, el que precede e instala al chamán y su “cultura médica”.

En Chile la intervención de políticas públicas en salud se da en las regiones con mayor población indígena, donde se crean equipos y espacios denominados de “salud intercultural”. A este fenómeno hay que sumarle la emergencia del mundo indígena urbano, especialmente en el caso de la comunidad mapuche. La incorporación de medicinas tradicionales, conlleva la aparición de nuevas figuras indígenas, que se crean con el fin de facilitar la comunicación e información hacia los usuarios/as. El facilitador intercultural en este caso, reutiliza atuendos tradicionales que recuerdan y familiarizan su presencia en los centros de salud. Se trata de una serie de transformaciones políticas y culturales, que enfrentan dos saberes médicos (alópata y tradicional) con el objetivo de potenciar los beneficios en salud, disminuyendo las brechas en relación a la población indígena y los centros de salud.

En Santiago se ha ido construyendo, lejos de la comunidad de origen, una nueva identidad “mapuche urbana”. El “saber médica tradicional” ha sufrido, producto de su negación, prohibición y persecución, alteraciones históricas que han generado, en términos de Sahlins, una “transformación estructural”. “La alteración de algunos significados modifica las relaciones posicionales entre las categorías culturales, produciendo un “cambio del sistema”. (Sahlins, 1988: 9) Esto quiere decir, a modo de hipótesis, que la recuperación de ciertos saberes médicos, en este caso en la ciudad, se reproduciría diferente al saber ancestral, adaptándose a las condiciones existentes y creando una nueva forma “cultural mapuche”.

Comprender las dinámicas involucradas en éstos espacios, hacen necesaria la descripción, tanto del funcionamiento del programa que los posibilita (discursos y

prácticas asociados a la creación de un nuevo espacio terapéutico) como del universo de personas que lo componen (equipo intercultural y usuarias/ os). En el segundo punto pretendemos develar el corpus lingüístico existente en estos espacios, dando a conocer una nueva forma de clasificaciones visibilizadas y construidas con el médico “tradicional”.

Estos nuevos conceptos entregan claves para una mejor comprensión de los cuidados e interpretaciones del cuerpo y sus enfermedades por los médicos alópatas. Las implicancias que han tenido estas transformaciones en la salud pública, resultarán enriquecedoras para la comprensión de la salud pública en nuestro país. En la actualidad cubren un sector de la población que ha menudo se ha mantenido en silencio.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

La “medicina intercultural” en Chile se enmarca en un contexto de multiculturalismo global en el que minorías diversas (raciales, sexuales, religiosas, étnicas) han capitalizado una presencia pública y, en algunos casos una participación política inéditas. Las respuestas de los estados han variado según las regiones, pero todas comparten el hecho de tematizar estas demandas a nivel político y legislativo. “El desafío que enfrentan las democracias es encontrar respuestas moralmente defendibles y políticamente viables” (Kymlicka, 1995: 26)

El debate en torno al multiculturalismo ha generado diferentes perspectivas teóricas. En términos generales, los que se oponen suelen afirmar que éste encapsula a las minorías en un gueto, impidiendo su integración en el grueso de la sociedad, los partidarios en cambio responden que la preocupación por la integración es un reflejo del imperialismo cultural. De hecho “ambas acusaciones constituyen generalizaciones excesivas que ignoran las diferencias entre grupos minoritarios y malinterpretan sus auténticas motivaciones” (Kymlicka, Op. Cit: 25) En este panorama, interpretado por Citarella como el contexto natural de las sociedades contemporáneas, el autor constata que éste carácter es propio de las grandes civilizaciones, lo cual permite afirmar que la diversidad étnica forma parte de un modo de ser de la sociedad humana que ha sido parte de los desarrollos civilizatorios (Kymlicka, Op. Cit: 538)

Respecto a la construcción de la identidad en Chile, Sonia Montecino, a partir de la reflexión de varios autores señala; “Somos una cultura ritual cuyo nudo fundacional es el mestizaje acaecido durante la conquista y colonización” El mundo indígena en nuestro país y en América latina, debe entenderse desde una posición de subalternidad respecto al español, al conquistador. Su historia

ha estado marcada por innumerables sucesos que han dado como resultado la negación y consecuente pérdida cultural. (Montecino, 1993: 39). Valdés agrega que el latinoamericano construyó su identidad en la Colonia, al identificarse con el español y percibir su diferencia” (Valdés, citado en Montecino, 1993: 39).

Las demandas provienen de la emergencia de grupos indígenas, se orientan a problemáticas como el desarrollo sustentable, educación y salud principalmente. Los discursos reivindicativos incorporan una visión ancestral “Son apuestas a una combinación de temas relacionados con la recuperación de las más diversas culturas que componen la diversidad” (Bengoa, 2000:21) Como respuesta, los gobiernos han creado políticas públicas orientadas a reconstruir lo más fielmente las culturas de origen.

En lo que respecta a la recuperación de la medicina tradicional mapuche, ésta se reincorporado a través de programas “interculturales” ubicados en las regiones con mayor densidad étnica. Se trata de entregar una alternativa a la población, con la atención de “curadores/as” al interior de los centros de salud alópata. La existencia de dos culturas hace necesaria la figura de un mediador, denominado facilitador intercultural y asesor cultural, claves en ésta nueva estructura de salud. Este escenario está acompañado de ceremonias y rituales ya que el saber tradicional se ubica con frecuencia en el centro de la “cosmovisión” y por ende referente clave de la cultura.

Uno de los fundamentos de esta investigación, es que los cambios que han tenido lugar principalmente en los años 90 requieren de un análisis por parte de las ciencias sociales. Como señala Bengoa, “los diagnósticos, principalmente en los años sesenta y setenta (incluso ochenta) no son útiles hoy”. (Bengoa, Op. Cit: 50)

1. La emergencia mapuche urbana

Un fenómeno asociado a la emergencia y demandas de los pueblos originarios, es su ubicación en las zonas urbanas. Bengoa señala que en muchos países la

mayoría de los indígenas habitan en los centros urbanos, (Bengoa, Op.Cit.: 50) donde son ellos quienes se han hecho responsables de fortalecer su propia identidad. El autor ejemplifica esta situación a partir del caso mapuche, describiendo una ceremonia de Ngillatún en la ciudad. El shamán es urbano. “han enterrado un Rehue, tronco ceremonial desde donde el shamán o machi se levanta en su vuelo hacia el “wenu mapu”, los espacios celestes desde donde trae las orientaciones para el futuro de su pueblo. Las comunidades que antiguamente se denominaban con los nombres totémicos de animales, piedras, ríos hoy día obedecen a los nombres de poblaciones populares de Santiago”. (Bengoa, Op. Cit: 51).

En Chile las migraciones mapuches comienzan a partir de 1920, continuando en la actualidad, impulsadas por el sistema económico neoliberal que hace cada vez más difícil la vida en las zonas rurales.

Uno de los grupos indígenas más presentes en la ciudad de Santiago son los mapuches.

La situación de los mapuches urbanos, ha transformado principalmente el rol de la mujer haciéndola parte importante del soporte económico familiar. La necesidad de subsistencia, ha impulsado a muchas mujeres al trabajo asalariado de manera formal e informal. La ciudad, escenario de discriminaciones, sumado al alejamiento de la familiar, las han obligado a encontrar estrategias de adaptación. (C.O.N.A.D.I, 2003: 7) Los cambios en éste recorrido de vida, genera trastornos en la personalidad e identidad cultural. Estudios demuestran que las mujeres reconocen que llegar a la ciudad ha sido un “choque”, y es precisamente por esta razón, que deben postergar, ocultar e incluso llegar a negar su propia identidad, para así adaptarse y aceptarse en este nuevo espacio (C.O.N.A.D.I, Op. Cit: 55) Los principales costos mencionados son, el aislamiento, el encierro, el quiebre comunicativo, ya que la familia mapuche en las comunidades cuentan con redes sociales, familiares y comunicacionales, los cuales dejan de estar presentes en la ciudad (C.O.N.A.D.I.,Op. Cit: 13)

I.1 Antecedentes del Programa de salud y pueblos indígenas

La reconfiguración de la sociedad chilena comienza principalmente el 14 de diciembre de 1989, fin de la dictadura y comienzo de la democracia propiciada por la fuerza de la Concertación de Partidos por la Democracia¹. Este hito constituye la base de un abanico de actores sociales, donde figuran también las minorías étnicas de Chile.

La nueva relación con el mundo indígena comienza a partir de la firma del Acuerdo de Nueva Imperial, el 12 de octubre de 1989, en conjunto con dirigentes del mundo indígena y el entonces candidato Patricio Aylwin. La base de este nuevo acuerdo se fundamenta en tres pilares fundamentales; la recuperación de tierras, el reconocimiento de derechos, a través del reconocimiento constitucional como pueblos indígenas y la ratificación del Convenio N 169 de la Organización Internacional del Trabajo, OIT- y la creación de una nueva institucionalidad pública para los asuntos indígenas. 13 días antes de las elecciones (1ro. de diciembre de 1989), los pueblos indígenas habían firmado un acta de compromiso con el candidato presidencial de la Concertación. En dicho documento, las partes se comprometían, uno, a apoyar al nuevo gobierno y la otra a hacer suya la demanda de los pueblos indígenas de Chile. En esta acta se conversaban puntos como, la posibilidad de una nueva ley indígena, y la legitimación de la Concertación ante los pueblos originarios del país.

Las demandas étnicas han abierto espacios de reconocimiento a la diversidad y derechos de los pueblos originarios. Hace 11 años aproximadamente, surge la primera expresión; “El Programa de Salud con Población Mapuche”, creada por un grupo de personas del Servicio Araucanía de la IX región. A partir del acuerdo de Nueva Imperial, que reconoce y valora el carácter multicultural de la sociedad chilena, se establece que desde el año 1996 el Ministerio de Salud mantendrá un programa especial con los pueblos indígenas, destinado a

¹ Aylwin Azócar, Patricio. El Mercurio. Discurso de promulgación de la ley 19.253. Santiago: 29 de Septiembre de 1993:

avanzar en el conocimiento de las necesidades de salud con este sector de la población. Se tratar por otro lado de entender cuales son estas necesidades y buscar formas de abordarlas en un marco de respeto de los conocimientos y prácticas de salud que ellos poseen.

La Unidad de Salud y Pueblos Indígenas desarrolla dos programas que cuentan con presupuestos específicos. El año 1996 se implementa el “Programa de Salud y Pueblos indígenas” con acción en 22 de los 28 Servicios del país y “El Programa de Desarrollo Integral de Comunidades indígenas” (Orígenes) que se implementa desde el año 2001, en convenio con Bid/Mideplan, enfocado a sectores rurales con alta concentración de población indígena, cubre 5 regiones del país”². En conjunto ambos programas funcionan en forma complementaria en 9 Servicios de Salud. En la región Metropolitana, opera únicamente el Programa de Salud y Pueblos Indígenas. De acuerdo a los datos censales del año 2002, de los 692.192 habitantes que se reconocen como pertenecientes a alguna etnia, el 4,6% del total nacional, 27,7% viven en la ciudad de Santiago. La dispersión de la población en distintas comunas de la capital, ha obligado al Programa a dividirse en áreas, independientes unas de las otras.

A nivel ministerial, uno de los objetivos es que ningún chileno sea discriminado o postergado en la solución de sus problemas de salud. Por esta razón ambos programas pretenden trabajar en el fortalecimiento de la capacidad técnica y de gestión de las instituciones responsables de la salud de las poblaciones indígenas, a través del desarrollo y evaluación de planes o proyectos enfocados a asegurar un mayor acceso a los servicios de salud y atención de calidad, contribuyendo a mejores niveles de equidad.

El Gobierno propone tres lineamientos estratégicos:

- Mejorar el nivel de reconocimiento de derechos de los pueblos indígenas.
- Profundizar las estrategias de desarrollo con identidad.

² Informe de Hacienda. División políticas públicas saludables y Promoción. Departamento, Coordinación políticas públicas saludables y promoción. Unidad Salud y Pueblos Indígenas. Julio 2005

-Ajustar la institucionalidad pública a la diversidad cultural del país.

Dentro de los lineamientos estratégicos encontramos; Mejoría de accesibilidad y calidad de atención, (incorporación de facilitadores interculturales, difusión, producción de material educativo, creación de casa de acogida para familiares que demandan la atención y que viene de sectores rurales etc.) Mejoría en capacidad resolutive de problemas de salud, (aumento de recursos e infraestructura en sectores rurales, cobertura de beneficencia indígena en nuevas especialidades, contribución al desarrollo de los planes de salud reforzando acciones en los lugares de mayor concentración indígena). Desarrollo de recursos humanos (Sensibilización y capacitación a equipos de salud sobre enfoque intercultural y estrategias de trabajo enfocados a población indígena, incorporación de profesionales de las Ciencias Sociales, apoyar pasantías, intercambio de experiencias, aumentos de recursos en cursos etc) Participación e Intersectorialidad (Diálogos comunales con comunidades indígenas para la identificación de las necesidades en salud, participación y elaboración en los proyectos con los dirigentes de las comunidades locales tratando temas como el cuidado del medio ambiente, participación de funcionarios de los consultorios en la celebración del calendario indígena y otras fechas, contratación de asesores interculturales como parte del equipo de salud). Comunicación social (encuentros permanentes entre agentes estatales con comunidades, inserción en medios de comunicación masiva sobre el Programa, información de derechos del usuario, realización de programas radiales y televisión en regiones, publicación de Boletines locales) Investigación (investigación sobre situación de salud de los Pueblos indígenas considerando variables epidemiológicas, demográficas y socioculturales, estudios que aporten para el desarrollo de la interculturalidad en salud a familias y a personas inscritas en los consultorios, evaluación en la calidad de Atención a través de encuestas de opinión de los usuarios indígenas)

1.2 Programa de salud y pueblos indígenas en Pudahuel

Contemplando datos censales, resulta interesante observar los resultados que ha tenido el programa. Buscando una mayor eficiencia de trabajo, el P.S. y P.I se ha dividido en 6 áreas independientes unas de las otras.

Área norte	Huechuraba
Área sur	El Bosque
Área occidente	Cerro Navia, Pudahuel, Lo Prado
Área sur occidente	La Florida, La Pintana
Área Oriente	Peñalolen, Macul
Área Centro	Maipú

El encargado del programa en el Servicio de Salud Occidente es Danilo Ríos, y tiene a su cargo 3 comunas dentro de las cuales se encuentra Pudahuel, donde el sistema de salud es de carácter público. Esta comuna posee una alta tasa de migraciones campo-ciudad, actualmente 8104 habitantes³ mapuches, de los cuales un 50.6 % corresponde a mujeres y un 49.23% a hombres.

Desde el punto de vista del índice de desarrollo humano, compuesto por la medición de las dimensiones educación, salud e ingresos, se observa que la comuna se encuentra en el lugar 56 (2003) del total de comunas del país, lo que corresponde a un alto índice de desarrollo humano. Este lugar expresa un avance respecto al que ocupaba en el año 1994, correspondiente al 100 de IDH⁴. En 1994 de las comunas con IDH más alto, San José de Maipo, Melipilla, Buin, Talagante, Pudahuel, Colina, Peñaflor e Isla de Maipo lograron reducciones de la brecha por sobre su grupo en el año 2003. Pudahuel disminuyó sus brechas o inequidades tanto en salud, educación como en ingresos.

³ Ine, Mideplan, censo 2003

⁴ Índice de desarrollo Humano; se basa en tres dimensiones, salud, educación e ingresos (PNUD/ Mideplan)

Según datos del CENSO 2002, podemos desprender que se trata de una población con cifras bastante equitativas en lo que corresponde a jóvenes y adultos, siendo el porcentaje de ancianos el más bajo.

El centro de atención primaria Pudahuel poniente, cuenta desde hace aproximadamente 6 años, con un equipo de medicina mapuche compuesto por un machi (Oscar Benavente), facilitadores interculturales y coordinador del programa Pedro Llancahuan. Como contraparte estatal, encargada de implementar el programa está Hortensia Valenzuela, matrona del establecimiento desde hace 25 años. La atención con el machi es 2 veces por semana, gratuita y abierta a la población, independiente del origen étnico.

Por su parte, el Ministerio de salud, evalúa constantemente el funcionamiento del programa a través de la creación de mesas de diálogos que reúnen a los distintos Servicio de salud del país. El objetivo es revisar y reformular el cumplimiento de las metas, para así elaborar políticas públicas en función de las necesidades de la población mapuche urbana.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Ya descritos los principales ejes del PSPI en Santiago, se presenta un marco teórico capaz de comprender las dinámicas del espacio intercultural del consultorio de Pudahuel y los nuevos significados de salud/ enfermedad que aparecen en él. Teniendo en cuenta la amplitud de temas que se desprenden, presentamos las herramientas teóricas a través de pequeños subtemas, que forman parte integral de la comprensión del problema. En un primer momento se hará referencia al rol que ha jugado el Estado como aparato de control social, creador de políticas públicas en el campo de la salud- enfermedad, promoviendo e incorporan la medicina tradicional en el marco del reconocimiento de pueblos indígenas.

El espacio intercultural que existe hoy, se vincula con políticas de salud alópata provenientes del Ministerio de salud, sin embargo presenta como objetivos, la recuperación de un saber médico ancestral, principalmente mapuche. Se identifican discursos que ayudan a entender de manera más compleja tanto el escenario social como el sistema de salud. Este espacio, gobernados por relaciones de poder entre el programa de salud que lo crea, los agentes estatales que controlan su funcionamiento, el machi y los distintos usuarios/as que lo frecuentan, se presenta como un lugar de emergencia de nuevos conceptos en salud/ enfermedad. Para poder hacer una lectura objetiva se rescatan tanto las motivaciones de las usuarias como también los conceptos de salud-enfermedad utilizados por ellas. El análisis de la consulta, la metodología utilizada en el diagnóstico y tratamiento del machi permiten comprender la importancia y el peso político que adquiere la dimensión intercultural en la actualidad.

1. Recuperación de la Medicina tradicional: la importancia de los factores culturales

Uno de los fenómenos que caracterizan la última década en América latina, es la incorporación del saber tradicional o ancestral, a través de médicos tradicionales atendiendo en distintos centros de salud alópata. Las razones de esta incorporación así como las implicancias de las mismas, se ven en la mayor parte de los casos relacionados a la esfera política.

La revisión bibliográfica deja en evidencia que desde épocas antiguas y en distintas sociedades, los cuidados de salud/ enfermedad de la población, así como la incorporación o prohibición de las medicinas tradicionales ha estado vinculadas al Estado. “Desde la ilustración hasta la época actual, el proceso de construcción de la medicina occidental, medicina hegemónica, se impone sobre los demás saberes médicos, rechazándolos, reduciéndolos a la ignorancia, superstición y riesgo”. (Menéndez, 1990: 63) En la última década, el panorama se presenta completamente diferente, reincorporándose las medicinas tradicionales de algunos grupos minoritarios. Uno de los objetivos, explicado por Menéndez, consiste en que se toma conciencia que éstas medicinas amplían las coberturas hacia distintos sectores de la sociedad, así como también su importancia en el trabajo frente a numerosas campañas dedicadas a la prevención y cuidados del cuerpo. (Menéndez, Op. Cit: 205)

Aguirre Beltrán, agrega que éstas prácticas “constituyen uno de los ejes de integración y continuidad cultural de los grupos, al contrario de la medicina moderna, considerada una amenaza a la organización social de éstas”. (Beltrán, 1994:24). En lo que respecta a la dimensiones curativo/ preventivas, éstas “suponen frecuentemente la realización de rituales colectivos que tienden a asegurar la cohesión y la continuidad de los grupos”. (Menéndez lo explica a través del caso del alcoholismo). (Menéndez, Op. Cit: 213)⁵

⁵ Dentro de los países que componen el Tercer Mundo, México ha presentado gran interés en la reflexión sobre la enfermedad y la perspectiva socio-cultural, sobre todo en el período correspondiente al término de la segunda Guerra Mundial (Beltrán, 1994: 9)

México ha sido uno de los países más destacados por sus investigaciones en este terreno. En este país la medicina tradicional se utiliza para llegar a distintos sectores de la población, sobre todo en lo que respecta a los conjuntos subalternos. La preocupación del Estado se ha enfocado a sectores rurales y urbanos de menores ingresos económicos, ya que son éstos los que evidencian una menor cobertura institucional en salud. Desde su punto de vista, la comprensión de los procesos de recuperación de la medicina tradicional debe estar necesariamente ligada a los procesos de crisis económica, así como también de los procesos sociales. (Menéndez, Op.Cit: 206)

En sus trabajos, este autor no parte del término tradicional, en gran medida por no poder precisarlo como concepto, sino de las prácticas, saberes e ideologías que los conjuntos sociales producen.⁶ La medicina alópata versus la tradicional, operan de manera diferente. La medicina tradicional, es considerada primariamente mágico religiosa, utilizando pocos elementos racionales, mientras la medicina moderna es racional y científica, empleando pocos elementos mágicos. (Beltrán, Op. Cit: 51)

Una de las amenazas de la expansión de las prácticas médicas hegemónicas, es que pueden transformar, desplazar e incluso eliminar no solo las prácticas étnicas, sino también la significación, identificación e integración cultural que dichas prácticas tienen. (Beltrán, Op. Cit:26) Por su parte, “la medicina tradicional es aplicada a sujetos y a grupos, que entran en relación con una red de dinámicas culturales, creencias, fe, saberes curativos, preventivos, etc”. De

⁶ “Parte del supuesto teórico de que la mayoría de los conjuntos sociales practican sintetizadamente o no, toda una serie de creencias y saberes curativos y preventivos respecto de las enfermedades, padecimientos, problemas y/o desgracias que padecen. Dichas prácticas son dinámicas, se transforman, se sintetizan con otras prácticas, se modifican parcialmente, desaparecen. Dichas prácticas, saberes e ideologías no pueden ser definidas a través del mantenimiento intencional y/ o funcional de elementos exclusivamente “tradicionales”, sino que deben ser entendidas como un proceso dinámico cuyos parámetros serían el “padecimiento” ocurrido, las estrategias de acción y las consecuencias en la integración socioideológica.” (Menéndez, 1990: 211)

esta forma, ésta no debe ser analizada “en si”, sino en referencia al sistema cultural dentro del cuál el grupo atiende a una serie de representaciones, prácticas, así como también una serie de saberes que redefinen continuamente el uso de la medicina tradicional (Mendendez citado en Good, 2003:64) En este punto, encontramos el vínculo entre las prácticas tradicionales y la religión, las relaciones sociales y la cosmovisión del grupo en cuestión. Es por esto que “el examen de la manera como la gente trata las enfermedades refleja el sistema cultural del que ellos forman parte”. (Campos, 1992:2003) Esta concepción del término tradicional, incita a conocer las dinámicas que se producen en torno a estas prácticas.

En la actualidad, el aparato estatal promueve las medicinas tradicionales, bajo el nombre de medicina intercultural, sin embargo resulta fundamental especificar, el tipo de medicina tradicional del que se habla, enfocando la pregunta hacia las posibilidades de su utilización por parte del sector salud, o si se prefiere, por parte de éste en relación a los conjuntos sociales que practican dicho tipo de medicina.(Menéndez, Op. Cit: 27).

En el caso de la medicina mapuche, su recuperación, se encuentra necesariamente ligada al fortalecimiento y recuperación de factores culturales e identitarios. En torno al machi (sanador mapuche), gira la vida mágico- religiosa de la sociedad mapuche. “A diferencia de otros especialistas es maestro en las técnicas del éxtasis, lo cuál le da el privilegio de conectarse con los espíritus de la naturaleza, los demonios y los espíritus de los muertos sin convertirse en instrumento de ellos”. “El chamán por otro lado es elegido por los dioses, y puede entrar en la zona de lo sagrado, desconocida e inaccesible para los demás miembros de su comunidad” (Citarella, 2000: 198).

Para hacer frente a este escenario caracterizado por demandas étnicas y recuperación cultural en distintas áreas, en salud los gobiernos han implementado lo que a futuro pretende ser un nuevo modelo “intercultural” de atención. Este nuevo concepto, contempla por un lado recuperar las medicinas tradicionales de minorías étnicas, como a la vez, a partir de su incorporación, mejorar las brechas en materias de accesibilidad y atención de toda la

población.

En el análisis, el “espacio intercultural” es entendido como “espacio terapéutico” describiéndose el espacio físico creado al interior o al alero de los centros de salud. Por otra parte y en relación a su contenido se hará referencia al universo de usuarias que componen éste escenario, ya que constituyen la clave para la comprensión de los distintos significados sociales de esta realidad. Como recuerda Fassin en palabras de Durkheim, “la salud es una construcción cultural-como noción- y política-como espacio- que no puede ser aprehendida de manera relacional, como un producto del mundo social”⁷ (Fassin, Op. Cit: 35)

El concepto de “espacio terapéutico” se ha recuperado de los trabajos de Michel Foucault, principal exponente en materias de salud social, y alude al poder estatal en torno a la organización y cuidados del cuerpo de la población. Foucault lo explica a partir de las disposiciones de vigilancia fiscal y económica, las cuales preceden las técnicas de atención médica. Se trata de un espacio político y administrativo, donde existe un registro del número de enfermos, sus identidades, las unidades de que dependen; “después se reglamentan sus idas y venidas, se les obliga a permanecer en sus salas, en cada lecho se coloca el nombre de quien se encuentre en él”; se trata del registro de la vida de cada persona, donde se individualizan los cuerpos, las enfermedades, las vidas, los síntomas, las vidas, y las muertes” (Foucault, 2002:148) El autor habla de la localización de los medicamentos en cofres cerrados y el registro de su utilización. (Foucault, Op. Cit:148). Este proceso queda en evidencia a través de la incorporación de profesionales médicos en áreas de la vida social que antes no entraban como patologías y por ende no eran objeto de intervención (Foucault citado en Comelles y Martínez, 1993: 19)

2. Medicina intercultural: Una nueva alternativa de curación

En Chile la medicina intercultural se ha implementado en las zonas con mayor

⁷ Traducción personal.

población indígena, siendo su objetivo cubrir este segmento de la población, correspondiente a la vez a uno de los sectores más vulnerables. La transición entre la medicina tradicional y la biomedicina científica, es un proceso largo y complicado, que no sigue la misma pautas en todas partes, ni es homogéneo dentro de los territorios nacionales (Gerardo Fernández Juárez, compilador, 2004:19)

El concepto de “intercultural”, proviene de políticas mundiales, emergentes dentro de un contexto multicultural. Es definido por numerosos autores, dentro de los cuales Xavier Albó lo enmarca como “cualquier relación entre personas o grupos sociales de diversa cultura. Por extensión, se pueden llamar interculturales a las actitudes de personas o grupos de una cultura en referencia a elementos de otra cultura” “La interculturalidad así entendida es un caso específico de relaciones de alteridad o como otros prefieran, de otredad, es decir, entre los que son distintos, sea por su cultura, por su género, su afiliación política, etc.”. (Gerardo Fernández Juárez, Et.al., op.cit: 65) Citarella, concibe la interculturalidad como un proceso amplio y de desarrollo del mundo indígena al interior de la sociedad nacional. Como punto de partida está la aceptación del carácter multicultural de la nación, es interpretado por muchos gobiernos como una amenaza a la integridad de la unidad nacional. Para este autor el primer nivel de aplicación de la interculturalidad, es la relación entre la cultura del sistema de salud, y la gente que se beneficia de los servicios, independiente de la etnia o grupo social al que pertenezca. (Citarella, Et.al., op.cit: 537)

Para una mayor comprensión de las dinámicas Estado/ medicina intercultural en Chile, son fundamentales los planteamientos de Guillame Boccara. El autor se refiere a la salud intercultural como un “subcomponente”, que vendría a representar, tanto un espacio de lucha de clasificaciones como un nuevo dispositivo de intervención del Estado, remitiendo a un tipo de saber- poder aplicado tanto a los pueblos indígenas como a los funcionarios de salud. La salud intercultural, representa un campo de luchas simbólicas y políticas, un espacio de producción de bienes simbólicos y de contestación de la visión y división dominante del mundo social. Se trata de un espacio social y conceptual

de la interculturalidad, que remite a una nueva gestión de la diversidad, o a un encasillamiento de la alteridad (Boccaro, 2007: 3)

Boccaro también aborda el problema de la construcción de la etnicidad y de la llamada “sociedad pluriétnica y multicultural” a partir de los agentes estatales que trabajan en la implementación de un modelo con “pertinencia cultural”. Este autor deja en evidencia que “la salud intercultural se está constituyendo como un espacio de definición de la diferencia cultural, de etnicización de los conflictos sociales y de negociación de los nuevos roles sociales en un contexto ideológico cada vez más marcado por la retórica multiculturalista de incorporación de la diferencia en la economía política nacional y por la cultura neoliberal de responsabilización de las personas”. (Boccaro, Op. Cit: 11)

Desde la comprensión de las dinámicas internas del espacio terapéutico, el autor advierte el surgimiento de nuevas luchas de significación y clasificación en torno a los mismos términos de salud y cultura. Señala que los nuevos sujetos sociales indígenas, desarrollan estrategias contra- hegemónicas que contribuyen plenamente a reconfigurar este nuevo espacio político-discursivo de la interculturalidad (Boccaro, Op. Cit: 3) Otras posturas teóricas ven la medicina intercultural como “medicina preventiva, la cuál exige del personal sanitario, y en lo particular de los médicos, un empeño decisivo de la protección de la colectividad y desinterés por la terapéutica individual”, (Beltrán, Op.Cit: 395). Su finalidad por otra parte, es evitar un trato discriminatorio para las distintas clases sociales o los diferentes grupos étnicos.” (Beltrán, Op.Cit.: 385)

La implementación del espacio terapéutico y el rescate de las medicinas tradicionales, genera en términos de Suchman, “cohesión social” ya sea de un grupo de amigos, familia, o un grupo étnico, relacionándose directamente con la probabilidad de desarrollar o preservar un conocimiento local acerca de la enfermedad, diferente, o por lo menos independiente, del conocimiento que caracteriza a la medicina moderna. (Suchman citado en Castro, 2000: 43, 44)

En ésta idea se ven expresados los lineamientos de una teoría de poder, que de acuerdo a, Fassin podría poner en juego los procesos que toman en cuenta

las desdichas y enfermedades⁸. (Fassin, 1996: 10) Los trabajos sobre actividades biomédicas por su parte, pretenden comprender las distintas formas de atención, sistemas curativos y cuidados del cuerpo. Para este autor, en todas las sociedades, la enfermedad pone en juego relaciones de poderes.

Esta idea se ve expresada en la descripción realizada por Beltrán sobre la medicina intercultural. Para el autor ésta debe incluir dentro de sus funciones las visitas a la población que tiene a cargo, educando e higienizando. Se trata de una medicina que debe dedicarse tanto a curar como a promover la salud de la población. El especialista en salud es indispensable, ya que necesita de alguien que informe al personal médico de la situación de salud – enfermedad de los usuarios que se benefician de ésta. Modo específico de salud que prevalece, ideas del cuerpo que se dan en la comunidad en cuestión. “También para hacerle notar las diferencias esenciales, su práctica médica y los escenarios donde ésta se realiza”. (Beltrán., Op.Cit: 381)

3. El Espacio intercultural como nueva vía de entendimiento en torno a la salud/ enfermedad de la población

Dentro de las consecuencias que ha tenido la negación de la medicina tradicional, es que se ha concebido al enfermo como una verdadera máquina, limitada y sometida al conocimiento médico oficial. Durante el siglo XIX, la cultura para los médicos había dejado de existir, señalándose que “Negar lo cultural y lo social, en la medicina, no ha sido en definitiva más que una forma de construir una cultura profesional específica” (Comelles, 1993: 9)

La medicina hegemónica, desde su consolidación ha operado a través de un corpus conceptual respecto a conceptos de salud/ enfermedad⁹, el cual ha

⁸ Traducción personal

⁹Roberto Campos, define la enfermedad, como “síndromes que miembros de un grupo particular afirman sufrir y para los cuales su cultura ofrece una etiología, un diagnóstico, medidas preventivas y regímenes de curación” (Campos 1992; 106) Para Levi Strauss en cambio, la enfermedad debe ser considerada *como* un todo indivisible desde sus inicios hasta su terminación, un conjunto regular de síntomas,

resultado incomprensible para varios grupos culturales, quienes como respuesta han generado sus propios códigos y conceptos. Este proceso hegemónico de la medicina, ha implicado dejar de considerar la dinámica cultural frente a los conceptos que aparecen al interior de los distintos grupos sociales, ya sean grupos étnicos, clases, movimientos sociales, etc. La comprensión de las dinámicas generadas por estos grupos al interior de los espacios interculturales permiten analizar las condiciones de poder y desigualdad como también ciertas carencias del sistema de salud alópata. “Los estudios interculturales de los tratamientos han servido así para propiciar y ampliar una crítica cultural de la biomedicina más general de las sociedades norteamericana y europea” (Good, 2003:64)

A partir del contexto socio político existente en la actualidad se intenta dar cuenta de las enfermedades y respuestas sociales que aparecen en los espacios interculturales. “El comportamiento ante la enfermedad describe la manera en que las personas controlan su cuerpo, definen e interpretan sus síntomas, adoptan acciones médicas y utilizan el sistema de atención médica. Las personas perciben, evalúan y reaccionan ante la enfermedad de manera distinta, y tales comportamientos tienen enorme influencia en el modo en que la enfermedad interfiere en su vida cotidiana, en la cronicidad del estado, en el seguimiento de unos cuidados adecuados y en la cooperación del paciente en el tratamiento de la dolencia” (Good Op. Cit: 91) “La representación de una teoría científica como medio de conocimiento y de acción (la psiquiatría), y de un rol social (femenino), o el estudio de un sector social de actividad particularmente valorizado (la cultura), corresponde a la necesidad de comprender mejor la manera en que el individuo “construye” la realidad social y su orientación”.¹⁰ (Herzlich, 1969: 23)

características y una sucesión de períodos.(Levi-Strauss, 1968: 138) Kleinman por su parte hace una distinción muy importante entre la enfermedad y el malestar. “La enfermedad consiste en una difusión orgánica que puede ser medida por el patólogo y por el laboratorio, mientras que el malestar es lo que esa disfunción le significa a la persona que la está padeciendo”. (Kleinman citado en Taussig, 1995:138)

¹⁰ Traducción personal.

Estas apreciaciones serán necesarias para tratar de entender el origen de las enfermedades y dolencias identificadas en la consulta del machi de Pudahuel. Como agraga Roberto Campos, en éstos espacios es posible percibir diferencias entre las enfermedades del curandero, mostrándose claramente la importancia de factores culturales en la determinación de la trayectoria del enfermo (Campos, Op.Cit: 76). Este autor cita a Mechanic, quien desarrolla el concepto de “conducta frente la enfermedad” “propuesto para abrir paso a la innegable realidad de que los individuos son capaces de dar significados e interpretar sus circunstancias, en este caso aquellas circunstancias relacionadas con la salud y la enfermedad, y de comportarse de acuerdo a ellas. (Campos, Op. Cit: 39)

En sus investigaciones, Campos realiza una clasificación de las enfermedades, recurriendo a elementos característicos de la tradición, que se encuentran presentes en algunas enfermedades muy frecuentes en el medio rural, donde es posible explicar la percepción que se tiene de ellas, los procedimientos diagnósticos y las estrategias preventivas o curativas. Muestra cómo esas tradiciones poseen una génesis diversa, un notable dinamismo y una indudable vigencia. (Campos, Op.Cit: 80) El autor clasifica las enfermedades de acuerdo a dos conceptos, posesión, y desposesión. “Dentro del primer grupo se pueden incluir padecimientos en los que la enfermedad se apropia o “toma posesión” del cuerpo y del espíritu del sujeto; el daño o mal causado por un brujo, el mal de ojo, todas las formas del contagio (en sentido místico o en el sentido más organicista del que habla Aguirre Beltrán en grupos más aculturados) estarían en clasificación”. (Campos, Op. Cit: 94)

Esta investigación emplea la clasificación con el objetivo de presentar un contraste entre el mundo mapuche y el winka, observado al interior del espacio intercultural. El objetivo es percibir a la vez diferencias generales entre ambos grupos, y a partir de éstas dar cuenta de la presencia de un corpus conceptual desarrollado en torno a la consulta del machi. Se dejarán igualmente en evidencia nuevos conceptos utilizados por las usuarias, muchos de los cuáles se crean a partir de la relación con el sanador tradicional. “La enfermedad está

en relación con las formas culturales de una sociedad concreta. Toda psicología verdaderamente científica debe reconocer la relatividad cultural de la patología, en lugar de limitarse a asumir que nuestras propias formas de enfermedad son parte de la naturaleza humana, y por tanto, universales” (Godd, Op.Cit: 77)

Frente al proceso de exclusión que lleva a cabo el modelo médico hegemónico, Campos recuerda que las manifestaciones no solo se observan a nivel de las prácticas, sino también de los saberes (incluidos dentro de éstos las formas de clasificación de las enfermedades, criterios etiológicos, formas de diagnósticos, concepciones anatómicas y fisiológicas y los conceptos sobre la acción de los medicamentos en relación al equilibrio)”. Esta razón explica por qué los médicos reducen ciertas enfermedades tradicionales a las sintomatologías. Por ejemplo, el mal de ojo, estaría correspondiendo a enfermedades gastrointestinales, negándose e incluso ironizando la posible existencia de causas sobrenaturales. (Campos,, Op.Cit: 80)

Otro ejemplo son los síntomas de la desnutrición o de enfermedades que resultan de la pobreza , por ejemplo, entre pobres norteamericanos o empobrecidos cortadores de caña de Brasil. Éstos son a menudo medicalizados, tratados como cuerpos individuales (diarrea, tb, nervios o estrés, en lugar de entenderlos como una cuestión social y política colectiva (Scheper-Hughes citada en Good, Et.al., op.cit :117) Esta idea es desarrollada con mayor profundidad por las teorías feministas, y será desarrollada en el apartado siguiente, vinculado a la importancia de los estudios de género en la salud de la población. Se trata muchas veces de enfermedades percibidas y vividas por gran parte de la población, pero que sin embargo no encuentran comprensión por parte de los médicos alópatas. En varios casos estas personas son consoladas con una serie de medicamentos que pretenden curar un dolor que muchas veces ni siquiera es físico. En una constante búsqueda de respuestas sobre los problemas de salud, esta incomprensión de lenguajes genera un acercamiento al sanador tradicional, dejando en evidencia complejas formas de relación entre usuarias/os y médicos (Roudinesco, 2005:42)

En la actualidad, la incorporación de las medicinas tradicionales, se han empleado como vías o herramientas de acceso a los distintos segmentos de la población. Esta medida tiene una recepción bastante positiva, que encuentra sus fundamentos en factores culturales implicados en la comprensión de las enfermedades. Uno de estos factores, compuesto por el distanciamiento existente entre médico-paciente, es explicado a partir de una incompreensión de códigos culturales en el lenguajes. En este aspecto Castro toma la cita de Boltanski, señalando que “las clases sociales bajas tan sólo pueden repetir lo que recuerdan que el doctor pudo haberles dicho que padecían. Los individuos de clases bajas normalmente se quejan de una “debilidad general”, siendo incapaces de una mayor precisión conceptual”. (Boltanski citado en Castro, Op. Cit: 50) “La enfermedad es la voluntad que habla por el cuerpo, un lenguaje que especifica lo mental; una forma de expresión personal”. Groddeck describió la enfermedad como un símbolo, la representación de algo que sucede dentro. (Groddeck citado en Sontag, 2003: 65)

Las representaciones sociales estudiadas son un reflejo de la relación del individuo tanto con la salud y la enfermedad como con la sociedad. (Herzlich citada en Castro, Op.Cit: 75) Siguiendo esta misma idea, se da cuenta en qué medida el estilo de vida y los factores individuales dejan en evidencia muchas de las percepciones que tienen los individuos, donde el estilo de vida se percibe como intrínsecamente patógeno, mientras que los factores individuales como la predisposición, la construcción, el temperamento, la naturaleza del individuo y otros, se perciben como variables responsables en gran medida de las variaciones de la apariencia real de la enfermedad.(Herzlich citado en Castro, Op.Cit: 76) El lenguaje en este caso manifiesta o expresa formas distintas de pensar, sentir y ordenar el problema; por un lado, el profesional médico maneja durante todo el tiempo un lenguaje técnico y aséptico, mientras que el “paciente”, utiliza y entiende un lenguaje más cotidiano (Gerardo Fernández Juárez, Et.al., op.cit: 38)

El año 1977, Good introduce la noción de “red semántica” a partir de la cual, “la enfermedad no solo tiene significado a través de representaciones unívocas

que presenta la enfermedad del cuerpo, sino como un “producto de interconexiones”, en términos de Iser, un “síndrome” de experiencias, palabras, sentimientos y acciones que confluyen en el seno de una sociedad” (Good, Op.Cit: 307). Por ejemplo, la complexión física fornida ha sido relacionada con el “autocontrol” en la cultura popular y médica norteamericana durante bastante tiempo. El significado de estar “gordo” en la sociedad norteamericana está inextricablemente vinculado a un amplio ámbito semántico asociado al “autocontrol”. El autor señala que nuevos elementos, terapias y enfermedades, sólo pueden ser incorporadas a un sistema médico si son integrados en las redes semánticas existentes o mediante la condensación de nuevas series de relaciones (Good, Op. Cit: 309)

En lo que respecta a las demandas en la atención de la medicina tradicional, las enfermedades se entienden como concretas, presentes en grandes grupos de la población, lo cuál demuestra la complejidad en la investigación. (Campos, Op.Cit: 72) Este autor además habla de las respuestas sociales frente a las enfermedades “Las respuestas sociales a la enfermedad se realizan en tres grandes ámbitos que mantienen entre sí relaciones asimétricas; el de la medicina doméstica, el de la medicina tradicional y el de la medicina académica (institucional o privada) cuyas vinculaciones no es posible reseñar aquí, pero que constituyen los vértices de un triangulo por los que eventualmente transita el enfermo.” (Campos, Op. Cit: 76)

Otro factor cultural importante, lo constituye el tema de la “creencia” del paciente. Para abordar este tema, son útiles las investigaciones de Good, quien además de su aporte, recopila distintos enfoques en torno a este concepto. “En la Antropología médica, “la creencia” ha representado un papel analítico extraordinariamente importante en esta subdisciplina, como lo tiene en las ciencias del comportamiento médico la sanidad”. (Good, Op.Cit: 32) En su texto, “Medicina, Racionalidad y Experiencia” el autor señala que este concepto se utiliza constantemente como una especie de “extraña jerga profesional” aunque a menudo con excesivo desparpajo. Esta palabra casi nunca aparece en los índices, por lo que su utilización es difícil de seguir. (Good, Op. Cit: 52) En vista de la complejidad del concepto, se siguen algunas de las hipótesis

planteadas por este autor. A partir de investigaciones y de intervenciones basadas en el “modelo de creencias médicas”, desarrolladas por los psicólogos sociales que trabajaron en colaboración con los especialistas en salud pública en los años cincuenta, hasta la sociología de las “creencias profanas sobre la salud” y los estudios antropológicos de la etnomedicina, definida como “esas creencias y prácticas relacionadas con la enfermedad que son producto del desarrollo cultural indígena”, la “creencia” cobra importancia en estudios de salud/ enfermedad ya que se vincula directamente con el aspecto cultural de la enfermedad, actuando como representación de la cultura” (Hughes citado en Good., Op.Cit: 84)

Good considera que “la cultura es una característica fundamental de la respuesta humana a la enfermedad, una característica ignorada en gran medida por las ciencias del comportamiento médico, criterio que ha servido como fuente de crítica antropológica de largo alcance” (Good, Op.Cit: 82) agrega que aquello de lo que se queja un paciente es significativo si refleja un estado fisiológico, si no se detecta tal referente empírico, la significación de la queja se pone en tela de juicio. “Tales quejas (por ejemplo el dolor crónico) a menudo se consideran reflejo de las creencias del paciente o de estados psicológicos, que puede tratarse de opiniones subjetivas y experiencias que acaso no tengan base en un trastorno fisiológico y, por lo tanto, en la realidad objetiva. La verdadera patología en cambio sí refleja un trastorno fisiológico” (Good, Op. Cit:82)

“Las reacciones ante el dolor manifestadas en diferentes grupos etnoculturales, no son necesariamente reflejo de actitudes similares ante el mismo,” ya que “patrones de reacción, similares en términos de sus manifestaciones, pueden tener funciones diferentes y servir propósitos diferentes, en culturas diferentes” (Zborowski citado en Castro, Op.Cit: 42) En su libro, Castro habla de los trabajos de Zola, quien asume que la existencia de las fuerzas sociales que rodean a los individuos determinan lo que perciben y sienten, y por consiguiente, la manera en la que “le dan nombre” a sus síntomas médicos. El bagaje cultural se presenta como el principal factor determinante, responsable

de esta variabilidad. (Castro, Op. Cit:42)

El “dolor”, que para los demás es algo ambiguo y no verificable; sigue siendo para el individuo algo interior, que se resiste a la validación social (Scarry citado en Good, Op.Cit: 232), “los “síntomas” o expresiones de la experiencia de la dolencia, es comunicada como una ordenada serie de todo aquello de lo que se queja el paciente” (Good, Op.Cit: 33) “Las ideas de estos pueblos en relación a la enfermedad no son meramente costumbres inconexas y carentes de significado sino que están inspiradas en ideas concretas relativas a causas de la enfermedad” (Good, Op. Cit: 84) La enfermedad como hemos venido señalando tiene directa relación con la cultura, y es por esta razón que debe interpretarse en relación al contexto del que estemos hablando. En este aspecto estamos de acuerdo con la crítica que hace Good a Sontag, al plantear que ella entiende la enfermedad como una realidad objetiva, libre de la cultura, reproduciéndola a un ideal de la ilustración, entiende las biociencias como portadoras de representaciones neutrales y realistas, y de la cultura popular en lucha contra metáforas peligrosas y a la poste erróneas (Good,, Op.Cit :96)

4. El diagnóstico y el tratamiento: Una aproximación simbólica a la “cura”

Para hablar de la interpretación de ciertas “enfermedades”, es necesario hacer referencia al diagnóstico y tratamiento que éstas tienen por parte de la medicina tradicional. “Los síntomas adquieren significados relacionamente en el seno de un sistema cultural, por la posición que ocupan en complejos códigos simbólicos, y las formas tradicionales de curación que pueden tener eficacia gracias a tales códigos simbólicos y a la experiencia que evocan” (Good, Op. Cit:186)

Ante un hecho puntual, “el shamán cuenta con un par de datos; la convicción de que los estados patológicos tienen una causa, y que esta puede ser alcanzada, por otro lado un sistema de interpretación dentro del cuál la invención personal desempeña un papel importante y que ordena las diferentes etapas del mal desde el diagnóstico hasta la cura”. (Levi Strauss, 1968: 182)

En los estudios interculturales, los análisis sobre la “diagnosis” entendida como la interpretación de síntomas físicos del individuo que esta enfermo, son más comunes. Sin embargo tales análisis tienden a ser tan desorientadores como reveladores. En muchas sociedades, los “diagnosticadores” rara vez preguntan por los síntomas y, a menudo, el paciente ni siquiera está presente cuando se recaba información para realizar el diagnóstico. Son en cambio, el ámbito social o el mundo espiritual los que, con frecuencia son el objeto de la interrogación cuando se trata de formular el “diagnóstico”. “El cuerpo enfermo no es por lo tanto, simplemente , el objeto de cognición y conocimiento de representación de estados mentales y la obra de la ciencia médica: Es al mismo tiempo un desordenado agente de experiencia” (Good, Op.Cit:216)

Hay autores que vinculan ciertas enfermedades psicosomáticas a los médicos tradicionales, debido en parte, a la relación terapéutica que existe entre el médico y el paciente. “Las enfermedades mentales por ejemplo, exigen una íntima comprensión entre el practicante del análisis psíquico y el doliente, por otro lado, las diferencias de clase social, de grupo étnico y del sistema de habla, dificultan, hasta hacer imposible el proceso terapéutico” (Beltrán, Op.Cit, 391) Se habla que las enfermedades psicosomáticas están presentes en sociedades de bajo coeficiente de seguridad, y van a ceder a menudo ante una terapia psicológica. El curar al menos una parte de éstas enfermedades, permitirá la difusión del shamán y su validación en el grupo. Es la actitud del grupo, antes que los fracasos y éxitos donde debe buscarse el éxito del shamán. (Levi Strauss,1968: 163) Frente a las alteraciones psicológicas, para Good son una forma de realidad social específica de una cultura y de un lenguaje concretos, no simplemente una enfermedad o conjunto de síntomas o una deficiencia psicológica interpretada en términos locales. La enfermedad psiquiátrica no puede ser separada de un determinado contexto cultural. (Godd, Op.Cit: 72)

Para poder entender la cura shamánica, Levi Strauss en su libro “Antropología Estructural”, hace una comparación entre el shamanismo y psicoanálisis. El autor señala que la cura consiste en hacer pensable una situación dada al

comienzo en términos afectivos, y hacer aceptable para el espíritu dolores que el cuerpo se niega a tolerar (Levi Strauss, Op.Cit: 178) El mito del shamán va a dar sustentación a aquellos dolores incoherentes y arbitrarios que la enferma no esta dispuesta a tolerar. La eficacia de la magia implica la creencia en ella y además esta se presenta en tres aspectos complementarios; en primer lugar la creencia del hechicero en la eficacia de sus técnicas, luego la del enfermo que aquel cuida o de la víctima que persigue, en el poder del hechicero mismo, finalmente la confianza y las exigencias de la opinión colectiva, que forma una especie de gravitación, dentro de la cuál se sitúan las relaciones entre el hechicero y aquellos que él hechiza. (Levi Strauss, Op. Cit: 152).

Es importante dejar en claro, que esto no quiere decir que los sanadores tradicionales no utilicen fármacos en sus usuarias /os. “La constatación etnográfica señala que los curadores denominados tradicionales utilizan con mayor frecuencia fármacos de patente, que pueden incluir drogas psicotrópicas” (Beltrán, Op.Cit: 122) La eficacia de las prácticas está en directa relación con el espacio ideológico en que se desarrollan. En ellos los conjuntos sociales reconocen los mecanismos básicos que provocan la enfermedad y la curación, ya que poseen esquemáticamente ciertos principios teóricos y técnicos, sintetizados ideológicamente, es en estos espacios donde los curadores profesionales pueden funcionar.

4. Principales demandas en torno a la medicina intercultural: Una mirada a partir de la perspectiva de género

La observaciones indican que quienes frecuentan estos espacios son principalmente mujeres, por lo se hace indispensable la aplicación de una perspectiva de género enfocada al sector salud, lugar que a la vez reclama ausencia de este enfoque. De acuerdo a los estudios de género, Fassin postula que, en lugar de abordar la cuestión de las mujeres como una cuestión aparte, que necesita ser estudiada desde el punto de vista únicamente de las mujeres, lo cual las marginaría del campo de las ciencias sociales, las considera en una categoría más amplia, estableciendo un desplazamiento conceptual que

permite hablar hoy de antropología de los sexos y no de antropología de las mujeres, de sociología de las relaciones de género y no de sociología de la condición femenina.(Fassin., Op.Cit :21)

Entregando una definición clásica del concepto de género, este puede definirse como

“el conjunto de creencias, rasgos personales, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a hombres y mujeres a través de un proceso de construcción social que tiene varias características. En primer lugar es un proceso histórico que se desarrolla en diferentes niveles, tales como el Estado, el mercado de trabajo, las escuelas, los medios de comunicación, la ley, la familia y a través de las relaciones interpersonales. En segundo lugar este proceso supone la jerarquización de estos rasgos y actividades, de tal modo que, a los que se definen como masculinos, se le atribuye mayor valor” (Gerardo Fernández Juárez, Et.al., op.cit:47)

Sherry Orter se refiere a la subordinación de la mujer, señalando que esta situación se advierte como característica universal, intenta buscar una explicación, a partir de la asociación de la mujer con la naturaleza, y del hombre con la cultura. Respecto a las mujeres, esta idea se explica a través de las funciones biológicas de las mujeres, principalmente las características de su cuerpo y su consecuente relación con la maternidad. Tras un recorrido en el que busca nuevas explicaciones frente a la subordinación femenina, la autora concluye que todo el esquema es una construcción de la cultura y no un hecho de la naturaleza. Se trata de un lenguaje cultural que suministra a la mujer una concepción desvalorizada frente al hombre.

Uno de los conceptos relacionados a los estudios de género es el de violencia simbólica. Se trata de un tipo de violencia invisible, intangible, donde el dominado, la mujer, participa de ésta dominación, aceptándola y reproduciéndola a la vez. Bourdieu explica el concepto señalando que lo masculino se entiende como lo activo, y lo femenino como lo pasivo. Esta idea parece estar relegando a la mujer al espacio doméstico, y desde la idea de dominación generando lo que él llama “violencia simbólica”, que permite que

ella misma se autogenera y mantenga en esta posición a lo largo del tiempo. “Los/ as dominados/ as aplican a las relaciones de dominación unas categorías construidas desde el punto de vista de los dominadores, haciéndolas aparecer de ese modo como naturales”.(Bourdieu, 2000:51) Eso puede llevar a una especie de autodepreciación, o sea de autodenigración sistemáticas, generalmente visible en su adhesión a una imagen desvalorizada de la mujer. (Bourdieu, Op. Cit:12)

Estas relaciones de desigualdad pueden traer a la vez problemas de salud, “la violencia de género”, ampliamente extendida en las capas más profundas de las relaciones humanas tanto domésticas como laborales, en el ámbito del ocio o de la convivencia humana, está produciendo gran violencia psicológica y física, lo que se traduce en problemas de salud a corto, medio y largo plazo” (Barea citado en Valls Martinez, 2003: 47) En algunas investigaciones se ha señalado que las mujeres sienten más libertad de enfermarse que los hombres, (la “libertad de hogar” en contraste con las restricciones del lugar del trabajo) de expresar lo que sienten. Para Popay, “estas explicaciones se presentan demasiado simplistas por que no toman en consideración los significados que los hombres y las mujeres le dan a la experiencia de la enfermedad y lo que esto puede decirnos acerca de la realidad subjetiva de sus vidas diarias” (Popay citado en Castro, Op.Cit: 128) El resultado de estos datos muestra que sus relatos subjetivos de fatiga severa están vinculados a su experiencia de amas de casa y madres solamente, o en combinación con otros roles. (Castro, Op.Cit: 129)

Valls Hobert destaca los problemas de salud asociados a mujeres cuidadoras del hogar, donde más de la mitad de ellas, tienen problemas significativos de salud y casi una tercera parte de éstas entran en su etapa de envejecimiento con serios problemas financieros. Se plantea también que las mujeres reclaman mayor asistencia sanitaria y más atención a su sintomatología. “El hecho de que masivamente pidan ayuda a los centros de atención primaria conduce a una mayor prescripción de tranquilizantes y sedantes sin haber efectuado prueba diagnóstica alguna”. (Valls Martinez., Op.Cit: 47)

Una aplicación del enfoque de género a la vez permite ingresar más allá de lo aparentemente obvio de la diferencia biológica, para llegar hasta las bases sociales más profundas del poder y la desigualdad. El género al igual que otros estratificadores sociales, no funciona aisladamente, sino que es una forma peculiar y potente de estratificación que interactúa con otros marcadores sociales como clase, raza y orientación sexual . El género y la pobreza a menudo se combinan para crear barreras múltiples al bienestar de las mujeres (Valls Martínez, Op. Cit: 12) En el ámbito de la salud, la posición de subordinación femenina, genera ciertas tensiones que se estarían manifestando a nivel biológico. Se trata de cierto tipo de enfermedades que aparecen más a menudo vinculadas al género femenino, mientras otras las hacen con el masculino. A partir de la estructura de poder que existe al interior de los centros médicos, estas enfermedades muchas veces son despachadas con algún tipo de medicamento. Good hace referencia a críticas sociológicas sobre la relación entre médico y paciente, y los relatos feministas sobre cómo el conocimiento médico codifica las significaciones dominantes sobre el género y las mujeres. El autor liga estos relatos con la terrible y evitable mortalidad maternal en muchas sociedades, de muertes que podrían evitarse fácilmente ampliando los servicios sanitarios. (Good, Op.cit : 65)

En este terreno “el tema de la medicalización ha sido bastante explorado por los grupos feministas, relacionándose estrechamente con la noción de construcción social de la realidad, donde el argumento central es que aquellos que detentan el poder médico constantemente redefinen en términos médicos aspectos de la vida cotidiana que anteriormente se consideraban como pertenecientes a otros dominios”. (Castro, 2000: 88) Esta idea se puede explicar con estudios sobre ginecología que muestran a la mujer caracterizada como persona cuyo objetivo principal en la vida es la reproducción y la vida doméstica; que la sexualidad femenina es inferior a la masculina y que la sumisión es natural. (Castro, Op. Cit: 89)

Un enfoque de la salud relacionado con el género, es decir que diferencia los factores biológicos y sociales a la vez que explora sus interacciones y toma en

cuenta la forma en que la desigualdad influye en las experiencias en salud, sirve de orientación para identificar las respuestas apropiadas del sistema de atención de salud y de la política más general. “Las mujeres han sido invisibles para la ciencia biomédica porque sus problemas se han reducido a causas sociales y culturales, psicológicas y reproductivas sin tener en cuenta las diferencias niológicas, clínicas y las repercusiones medioambientales” (Valls Martínez, Op.Cit: 48) Los historiadores de la medicina y los antropólogos documentan cómo el diagnóstico de la histeria por ejemplo, brindó a las mujeres una plataforma legítima para expresar sus frustraciones sociales. Sin embargo, la medicalización de la situación de mujer en la sociedad también reforzó las percepciones de que las mujeres eran biológicamente más débiles, delicadas y más propensas a la invalidez (Lupton, 1994, citando a Lupton y Johannisson: 9)

“Las críticas sociológicas de la relación entre médico y paciente, y los relatos feministas sobre cómo el conocimiento médico codifica las significaciones dominantes sobre el género y las mujeres, van codo a codo con los relatos sobre la terrible y evitable mortalidad maternal en muchas sociedades, de muertes que podrían evitarse fácilmente ampliando los servicios sanitarios”. (Good, Op.Cit: 65)

En esta investigación, las mujeres entrevistadas serán entendidas como una totalidad, sin distinciones raciales. Se destaca la contribución femenina a la esfera doméstica, que requiere de dos actividades; atender las necesidades de los asalariados y asalariadas y atender las necesidades de niños y niñas, requiriendo la segunda de estas tareas una reestructuración social y que el Estado y otros actores sociales asuman esta responsabilidad. (Conadi, 2003: 82)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

La siguiente metodología se justifica a partir del contexto social y político en el que se sitúa el problema de investigación. Se trata de un fenómeno contemporáneo, que abarca una serie de temas que se entrelazan inseparables unos de otros. Multiculturalismo, emergencia indígena urbana, programa de salud y pueblos indígenas, espacio intercultural y nuevos conceptos en salud. Se propone una metodología de carácter multiperspectivista, que permita incorporar las distintas temáticas rescatando y entregando una nueva mirada. La metodología se orientará a la comprensión de los espacios de salud desde la perspectiva de los actores sociales, a través de la utilización de técnicas cualitativas. Al estudiar estos espacios y ver quienes hacen uso de ellos, surge la necesidad de incorporar la perspectiva de género orientándola igualmente al ámbito de la salud

El escenario donde indentificamos nuestro problema, corresponde al espacio intercultural, espacio terapéutico, instaurado por el PSPI, al interior del consultorio de atención primaria de Pudahuel. Mapuches urbanos provenientes de zonas rurales y habitantes de la comuna forman parte de los usuarios/as de la consulta del machi. El contexto que sostiene este espacio, son las políticas públicas orientadas a la recuperación de un saber tradicional, que opera entrelazado a políticas de salud pública del Ministerio de salud. Nos interesa conocer los nuevos conceptos e interpretaciones en salud / enfermedad que salen a la luz en éste espacio.

1. Perspectiva metodológica

Tanto en antropología como en sociología, los métodos cualitativos para la recolección de datos, tienen una importancia fundamental. Taylor y Bogdan encuentran en ellos, “una rica historia en la sociología norteamericana,

divulgada en un momento a estudios de la “Escuela de Chicago” en el período que va de 1910 a 1940”. (Taylor y Bogdan 1992; 18) Estos autores plantean que, “de la perspectiva teórica depende lo que estudia la metodología cualitativa , el modo en que lo estudia y en que se interpreta lo estudiado. , (Taylor y Bogdan Et.al, op.cit: 23) “El investigador es un artífice”. El investigador social es alertado a crear su propio método (Mills, 1959 citado en Taylor y Bogdan, Et.al., op.cit: 23)

El interés de las ciencias sociales por estudiar los espacios en salud, permite el desarrollo de una metodología principalmente cualitativa, orientada por referentes teóricos y metodológicos. Amezcua postula que los enfoques cualitativos ayudan a desentrañar la maraña cultural que condiciona muchos de los comportamientos en este sector. (Amezcua, 2000: 31) Las investigaciones etnográficas por su parte, han puesto énfasis en el comportamiento y las relaciones sociales en determinadas instituciones sanitarias, como hospitales psiquiátricos por ejemplo y distintos grupos marginales. Las técnicas cualitativas hoy han favorecido a varios investigadores de la salud siendo cada vez más frecuente ver vinculada la medicina a la antropología o viceversa. Debido a que se considera uno de los métodos menos convencionales en el campo sanitario, se ponen de manifiesto sus amplias posibilidades (Amezcua, Op. Cit: 30).

En el ámbito de la salud, se trata de un espacio multidisciplinario que reúne investigadores de distintas disciplinas, tanto investigadores sociales como profesionales de la salud, aportando en conjunto una gran riqueza a la investigación. Amezcua da cuenta de una serie de efectos perversos, como por ejemplo la gran variabilidad existente en la manera de afrontar el análisis: imprecisión y confusión de conceptos, multiplicidad de métodos, más descripción que interpretación, riesgo de especulación, escasa visión de conjunto, teorización, etc, hasta tal punto que hoy día no podríamos hablar del análisis cualitativo, sino más bien de los análisis cualitativos” (Amezcua, Op.Cit: 426)

Buscando una mayor precisión en el análisis, los fenómenos desarrollados al interior del espacio intercultural, serán entendidos desde la propia perspectiva de los actores, que enfrentan la investigación a una de las líneas teóricas principales de las ciencias sociales; la fenomenología, la cuál posee una larga historia en la filosofía y en la sociología. (Taylor y Bogdan Et.al., op.cit: 15) “La realidad que importa es lo que las personas perciben como importante. (Taylor y Bogdan Et.al., op.cit: 16) Para poder encontrar comprensión de estos fenómenos, la fenomenología, a diferencia de los positivistas busca comprensión en la metodología cualitativa. Como señala Weber, el fenomenólogo busca comprensión en un nivel personal de los motivos y creencias que están detrás de las acciones de la gente. (Taylor y Bogdan, Et.al., op.cit: 16)

Se propone una perspectiva etnográfica, entendiéndose como “un método de investigación por el que se aprende el modo de vida de una unidad social concreta (...) que persigue la descripción o reconstrucción analítica de carácter interpretativo de la cultura, formas de vida y estructura”. (Rodríguez, 1996:44) Esta perspectiva, buscará desentrañar de un modo profundo las dinámicas que subyacen en las relaciones que se desarrollan dentro de la consulta, los principales componentes de éstas, para construir un esquema que recoja y retrate lo más fielmente posible las percepciones, acciones y normas de juicio de la unidad social estudiada. Se contemplar aspectos como el registro de conocimiento cultural del espacio intercultural, y el análisis holístico del mismo.

Siguiendo a Atkinson y Hammersley, esta perspectiva se caracteriza por la exploración sobre la naturaleza del fenómeno estudiado, antes de la construcción de hipótesis; el estudio de un número acotado de casos, pero en profundidad, y por último, el análisis de datos que implican la interpretación de los significados y funciones de las acciones humanas. (Atkinson y Hammersley 2004: 45) De igual forma, se hace necesario considerar la mirada holística que se centre en el entorno inmediato de la escena de investigación; lo que se relaciona estrechamente con una contextualización del medio social que acoge los fenómenos estudiados. Un elemento importante a tener en cuenta es el

prolongado tiempo de terreno que esta perspectiva requiere.

2. La experiencia del trabajo de campo y la selección del universo de estudio

Durante los aproximadamente 3 meses que dura el terreno, se realizó un registro de las distintas dinámicas desarrolladas en la consulta del machi. Este lugar fue utilizado mayoritariamente por mujeres, lo que orienta las entrevistas en forma exclusiva a este universo. A partir del material recopilado en ellas, se describen las características de este espacio, centrandó la mirada en la presencia de procesos políticos y sociales (motivaciones de las visitas, principales conceptos en salud y la eficacia del tratamiento)

La recolección de información se hizo a través de la observación participante, observación directa y la entrevista semi-estructurada, como también la aplicación de técnicas de recolección de datos.

Se presenta un estudio comparativo entre el universo de usuarias mapuches y winkas, buscando dejar en evidencia las relaciones, dinámicas y nuevos conceptos en salud/ enfermedad que se ponen en juego. La perspectiva de género, como categoría simbólica, ayudará a analizar las principales demandas hacia la medicina intercultural, permitiendo conocer las satisfacciones entregadas por el sanador tradicional, así como también la cercanía entre ciertas enfermedades o dolencias propias del mundo femenino y masculino. La comprensión del espacio intercultural, nos permitirá ver reflejado a un segmento de la población que se ha mantenido en silencio, y que hoy, a partir de las nuevas políticas públicas en post del mundo indígena, reaparece dejando una nueva crítica en la salud pública. Queda así, instalada la perspectiva de las experiencias vividas por el grupo de mujeres que visita la consulta del machi, presentándose como nuevo insumo destinado a las investigaciones del género en la salud.

Por otra parte, y buscando describir la esfera política que posibilita este espacio intercultural, se asistió sistemáticamente a reuniones de salud organizadas en

Santiago. La importancia de éstos encuentros es que entregan un panorama general del funcionamiento de las políticas públicas diseñadas a partir de la emergencia de demandas étnicas en la ciudad. Las reuniones se desarrollaron en distintos lugares, y convocaron a una gran cantidad de personas asociadas al mundo de la salud pública, tanto estatal como indígena. Para asegurar la exactitud de las observaciones, las técnicas de investigación serán, la observación directa, observación participante, y entrevista semi-estructurada.

Se trata de una investigación de carácter exploratorio, descriptivo y comparativo, que permita ver la enfermedad desde una óptica cultural, así como vincular las principales enfermedades a la perspectiva de género, destacando la importancia que cobra ésta en el ámbito de la salud.

3. Técnicas de recolección de datos

-Observación

En la investigación cualitativa, el fenómeno social no necesariamente se logra abarcar a través de entrevistas, sino también de la observación. “La observación va a ser entendida como un proceso sistemático por el que el especialista recoge por sí mismo información relacionada con cierto problema. En este proceso, interviene la percepción del sujeto que observa y sus interpretaciones de lo observado”. (Rodríguez, Op.Cit: 150) “La observación permite obtener información sobre un fenómeno o acontecimiento tal y como éste se produce”. (Rodríguez, Op. Cit: 149) Como proceso de recogida de datos, la observación constituye un ejercicio deliberado, sistemático y está guiado por una pregunta que estructura sus modalidades. El resultado es una representación de la realidad a partir de la percepción del investigador. (Rodríguez, Op. Cit: 150)

Si bien existen distintos tipos de observación, esta investigación se sitúa en un punto intermedio entre lo que sería la observación directa y la observación participante. Observación directa, ya que no existió involucramiento completo en los procesos sociales analizados. En las reuniones de salud no estuvo

permitido participar ni tampoco fue necesario, ya que la postura lejana permitió captar la totalidad de las dinámicas y temáticas discutidos.

En la consulta de machi la mirada se centro en la sala de espera, buscando recoger la perspectiva de las usuarias, rescatando los discursos en torno a enfermedades, motivaciones y resultados de la atención del machi. Debido a las políticas del funcionamiento del programa, el acceso a la consulta del machi en el consultorio se mantuvo siempre restringida.

La observación participante también se emplea para designar la investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes, y durante la cuál se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo. (Taylor y Bodgan, Et.al., op.cit: 31) Esta técnica corresponde a la base de la investigación etnográfica, que se ocupa del estudio de los diferentes componentes culturales de las personas con su medio; las relaciones con el grupo, creencias , símbolos, rituales, los objetivos que utilizan, las costumbres, sus valores etc. (Amezcu., Op.Cit: 31)

-Entrevista semi-estructurada:

Hemos elegido la técnica de la entrevista, ya que en términos generales, “pretende a través de un conjunto de saberes privados, la construcción de un sentido social de la conducta individual o del grupo de referencia de ese individuo” (Delgado y Gutierrez, 1999:228) En esta investigación, la entrevista permite la posibilidad de recoger y analizar saberes, creencias y conceptos, asociados al campo de la salud /enfermedad a nivel de usuarias/os. “La entrevista de investigación social encuentra su mayor productividad no tanto para explorar un simple lugar fáctico de la realidad social, sino para entrar en ese lugar comunicativo de la realidad donde la palabra es vector vehiculante principal de una experiencia personalizada, bibliográfica e intransferible”. (Delgado y Gutierrez, , Et.al., op.cit:: 228)

En lo que respecta a las entrevistas como técnicas de investigación, se utiliza la entrevista semi-estructurada. La utilización de esta técnica “se asocia con la

expectativa de que es más probable que los sujetos entrevistados expresen sus puntos de vista en una situación de entrevista diseñada de manera relativamente abierta que en una entrevista estandarizada o cuestionario (Kohli, citado en Uwe Flick, 2004: 89) La entrevista semi-estructurada permite que el investigador guíe a los actores hacia las respuestas que él desea conseguir, no necesariamente acatando una pauta estructurada de preguntas, esto le da una flexibilidad a la entrevista, y la sitúa como la técnica de entrevista más utilizada por los científicos sociales. Con la utilización de esta técnica, el etnógrafo sirve como un cuidadoso recolector de datos. Su rol es lograr que los sujetos se relajen lo suficiente como para responder por completo a las preguntas. (Taylor y Bodgan, Et.al., op.cit: 101)

La entrevista semi-estructurada fue aplicada a través de una pauta flexible, que permitió conocer la trayectoria médica de las usuarias, así como también el universo de conceptos que están utilizando, entregando un amplio material en torno a los conceptos e interpretaciones referentes a las distintas enfermedades, males y dolencias.

Esta técnica también se utilizó de igual forma con los encargados del programa en la comuna (Pedro y Hortensia). La pauta de entrevista estuvo orientada a conocer los mecanismos involucrados en el funcionamiento del programa a nivel local, así como también los objetivos considerados en su desarrollándose. La intención siempre estuvo en mejorar la productividad del programa.

4. Características del universo de estudio

La selección de informantes recoge dos miradas, por un lado la voz del Estado, a partir de la cuál describimos el funcionamiento del “Programa de salud y Pueblos Indígenas”, responsable de crear los nuevos espacio “interculturales”. Por otro lado, la voz de las usuarias que visitan al machi, haciendo uso de este nuevo servicio.

Los discursos provenientes del Estado, fueron recogidos primeramente en las

reuniones de salud convocadas por el programa en Santiago, durante el segundo semestre del año 2005, entregando una perspectiva general del panorama político que hace posible esta realidad. En esta misma línea pero desde un punto de vista local, se recoge el discurso de Hortensia, matrona del consultorio, encargada de implementar el programa en la misma comuna y el de Pedro Llancajón, coordinador del Programa, representante del mundo mapuche urbano de la comuna.

El universo de mujeres que frecuentan la consulta del machi, se ubica en un rango de 40 y 80 años. Este grupo, al no encontrar satisfacción en la medicina alópata, ven en éste sanador tradicional una alternativa de sanación. El perfil tipo, corresponde mayoritariamente a habitantes de la misma comuna, insatisfechas con el sistema de salud pública. En este universo contemplamos a 10 mujeres del mundo mapuche urbano, y 10 mujeres del mundo winka, con el objetivo de realizar un análisis comparativo en torno a los conceptos de salud que ahí se desarrollan. Esta perspectiva nos entregará las herramientas necesarias para la comprensión del espacio intercultural propio de la época actual.

Consulta del machi Oscar Benavente	
10 mujeres	mundo winka de Pudahuel
10 mujeres	mundo mapuche urbano de Pudahuel
Agentes estatales	
Hortensia	encargada de implementar Programa en la Comuna
Pedro Llancajón	Coordinador Programa en la comuna, dirigente del mundo mapuche urbano

Reuniones o encuentros de salud Intercultural entre dirigentes del mundo indígena y agentes	Estas reuniones nos entregan un panorama general en torno al funcionamiento del “Programa de
---	--

estatales responsables de implementar el Programa en distintas regiones	Salud y Pueblos Indígenas”. Se trata de una comprensión más amplia del problema a abordar.
---	---

CAPÍTULO IV

Acercamiento al espacio terapéutico:

El primer acercamiento al consultorio de Pudahuel fue a través de Danilo Ríos (coordinador P.S. y P.I. occidente). En una reunión en la que le presenté los objetivos de mi trabajo, me propuso hacer terreno en esta comuna ya que en éste centro de salud primario había un machi que atendía 10 meses al año 2 veces por semana en forma gratuita a todo público. Se trataba de un espacio donde las políticas públicas estaban generando grandes movimientos y cambios fortaleciendo la organización local de mapuche urbanos. Esta situación constituye un ejemplo de la implementación de la salud intercultural, fortalecida por el PSPI. Danilo, con el objetivo de entregarme un mejor panorama, me invitó a asistir a las reuniones de salud organizadas por Minsal (P.S.y P.I) para poder ver de cerca problemas políticos y administrativas entre el Estado y el mundo indígena urbano.

El primer paso, era conocer a los principales líderes de la comuna. Me invitaron a una ceremonia que reunía a la mayoría de los dirigentes mapuche de Santiago. Este evento fue en el Hospital Feliz Bulnes en Quinta Normal. Cuando llegamos a eso de las 9:30am, se estaba dando inicio al enterramiento de un rehue en uno de los patios interiores del Hospital, lo cuál da cuenta de las descripciones citadas por José Bengoa.

Entramos a una reunión donde se presentaron en forma general los objetivos del programa.. Al concluir hubo un baile mapuche en el que participaron integrantes de ambas medicinas. Cuando salimos de la sala, se ofrecía una degustación con comida tradicional donde todos participamos. Este momento me permitió presentarme y conocer a los integrantes de la organización “Consejo Mapuche”¹¹ de Pudahuel.

¹¹ Antes de la llegada del Programa, existía en la comuna una organización mapuche llamada

Conocí a Pedro Llancajón, (presidente del consejo y coordinador del programa), conversamos y le explique de mi investigación, destacando que para llevarla a cabo sería necesario ir al consultorio durante al menos 3 meses y entrevistar tanto a su equipo como a las/os usuarias/os del machi. Afortunadamente recibí todo su apoyo. Pedro me presentó a una de las facilitadoras interculturales, Carmen Huenullán, una de las figuras principales del equipo de salud. Tenía el camino abierto para comenzar. Quedamos de acuerdo en que mi primera visita sería el día lunes 5 de septiembre del año 2005.

Lunes 5 de septiembre

El consultorio está ubicado en la calle San Pablo No. 9152, con dos accesos, uno por la calle San Pablo y otro por la calle Errázuriz. En mi primera visita llegué a las 09: 15am. Lo primero que ví al entrar fue la señalética bilingüe, (castellano / mapudungún), que daba cuenta de la presencia de un programa intercultural. Era un escenario bastante particular, ya que se habían colgado carteles de madera escritos en mapudungún que indicaban el nombre de las distintas salas.

Para llegar había que caminar hasta el final de un pasillo, el lugar de atención se encontraba a un costado del Some (Sección de orientación médico estadística), oficina por la que circulan todos los pacientes que ingresan por primera vez a cualquier centro de salud pública. Como aún era temprano, y no había llegado nadie, pregunté si efectivamente éste era el lugar. Una vez confirmado, me senté en la sala de espera bastante amplia. Había dos corridas de asientos paralelas, un televisor y una maquina de bebidas. Todo frente al Some.

Ya eran las 10:00am, habían algunas personas sentadas, pero no estaba segura si venían a ver al machi. Aún no podía imaginar bien donde atendían,

“Consejo Mapuche”. Hoy son los encargados de llevar a cabo la implementación de la medicina “intercultural”.

no había nada que lo indicara. A las 10:30am más o menos vi que del fondo del pasillo entraba Carmen, vestida con ropa tradicional mapuche. Nos saludamos cortamente, estaba un poco apurada así que quedamos en hablar más tarde. La observé en este proceso. Su primer paso fue despejar la parte final de la sala. Las personas que estaban sentadas ahí se movieron como si ya conocieran la dinámica. Dividió aproximadamente un tercio del espacio con unas persianas corredizas y colgando un afiche de promoción del programa, que daba cuenta de las áreas incorporadas por éste.

Era un lugar reacondicionada. Me habían contado que esta modalidad era reciente, ya que antes algunos funcionarios de salud le prestaban otros box a los mapuches. Del total de facilitadoras de Pudahuel, solo algunas participan activamente. En el caso de Carmen, ella asumió el cargo por el segundo semestre del año 2005. Teniendo un rol clave en la estructura de atención. Es una suerte de secretaria del machi que a la vez informa a la población sobre distintos temas. Entrega horas médicas y administra la medicina tradicional, además de conocer el historial de cada usuaria/o.

Después de unos 10 min de la llegada de Carmen entra don Oscar Benavente, el machi, curiosamente vestido de mujer. Este atuendo es en honor al don de curación que recibió de su abuela, travestismo ocasional utilizado en ceremonias o sanaciones importantes. Es un hombre de unos 60 años, que mide un metro sesenta aproximadamente. Su lento andar, deja en evidencia la diabetes crónica que sufre desde hace varios años. El es originario de la comuna y reconocido por toda la población mapuche urbana, muy importante en los machis. Ingresa acompañado de un hombre que acarrea un carro con botellas plásticas, llenas de un líquido café en su interior (la medicina tradicional en base a hierbas) al terminar de descargar los recipientes se retira. El machi se acomoda en su escritorio. Carmen cierra el biombo. Estaba todo listo para comenzar un nuevo día de atención.

15 minutos más tarde, llegó Pedro, se sentó a mi lado y conversamos un buen rato. Mientras me explicaba todo el funcionamiento de la atención, sugiere antes de dar inicio a las entrevistas, presentarme a las usuarias/ os para

contarles que yo estaría ahí por un par de meses entrevistándolas para un trabajo de la Universidad. Estas presentaciones fueron durante toda la primera etapa, aproximadamente las tres primeras semanas, después mi presencia fue más familiar y los diálogos fueron más libres.

La relación de Pedro con el universo de usuarias/os se vio siempre muy cercana. A casi todas ya las conocía, o las ha visto, a bien él mismo las trajo a ver al machi. Siempre les pregunta por sus familiares, lo cuál va creando lazos de confianza que se fortalecen constantemente. Me decía que en la medicina mapuche es muy importante considerar el aspecto social de cada persona, ya que muchas veces el problema de salud no es físico. Esta característica la destaca como principal diferencia con la medicina alópata. Su trabajo no solo es en implementar el programa, sino también de coordinar ceremonias y rituales, cada vez más frecuentes en la ciudad. Se reúne en forma constante Danilo Rios en el Servicio, asistiendo igualmente a reuniones con dirigentes de otras comunas, donde se discute sobre el programa y se trabaja en establecer demandas conjuntas. El teléfono celular es su principal herramienta de comunicación, muchas veces organizando actividades desde la consulta, teniendo muchas veces que irse antes del fin de la jornada del machi.

La atención se iniciaba a las 10.30am. Para poder visitar al machi por primera vez es necesario solicitar previamente una hora con Carmen. Se pide la ficha médica (antecedentes de cada paciente) en el mismo consultorio, y se entrega con el carnet de identidad. La sala de espera es compartida con otros pacientes. Los días miércoles, día de maternidad, la consulta es ocupada en su mayoría por mujeres embarazadas que vienen a control y traen a sus guaguas. Las usuarias/ os del machi sin embargo se reconocen fácilmente. Se diferencian del resto por portar botellas, una grande vacía y otra pequeña que contiene una muestra de orina, requisito para ver al machi. La botella vacía, se entrega a cambio de la medicina, como sistema retornable.

El público estuvo caracterizado mayoritariamente por mujeres de aproximadamente 50 años de edad. Fueron más frecuente las mujeres winkas. En un par de oportunidades escuche que algunas estaban consultando por la

salud de sus maridos, como éstos no podían asistir por trabajo, ellas llevaban la muestra de orina en ayuno y se encargaban de buscar la medicina hasta que terminara el tratamiento. Solo vi a dos hombres durante mis visitas, el primero, winka, estaba ahí para que le sacaran un mal. El segundo, mapuche urbano, había venido solo a hablar en lengua con el machi, al parecer eran amigos.

El tiempo de atención fue bastante homogéneo. En promedio duraba entre 15 a 20 minutos por persona. La frecuencia de usuarias, no fue siempre la misma. Algunos días el machi atendía a más gente que otros. Hubo días que el machi casi no recibía a nadie y Carmen entregaba casi exclusivamente medicina y horas médicas.

En varias oportunidades, cuando la facilitadora se asomaba a llamar, algunas mujeres aprovechaban para hacerle distintas preguntas “¿Atienden con Ficha?” “¿Cómo hace uno para pedir la hora?” ¿Cuanto sale la consulta?

Después de unas tres semanas la relación con las usuarias se hizo cercana, principalmente porque quienes consultaban eran casi siempre las mismas. Nos saludábamos y conversábamos antes y después de la atención. Esta relación me permitió seguir de cerca la historia de las distintas enfermedades o dolencias por las que se consultaba.

A la 1:30pm se detiene el proceso de atención, ya que es la hora de almuerzo. Pedro salía a comprar tres colaciones en un almacén ubicado al frente del centro de salud. Regresa para almorzar junto al machi y la facilitadora dentro de la sala de consulta. Las actividades recomienzan a las 14:30pm, hasta las 16:30pm. A esa hora llega el hombre con el carrito y se lleva las botellas vacías. Detrás de él sale el resto del equipo. El movimiento de la tarde es prácticamente inexistente, solamente en un par de oportunidades se vio a alguna que otra usuaria retirando su medicina.

1. Recepción del programa de salud en la comuna de Pudahuel

Pedro cuenta que a la llegada del programa los encargados de implementarlo buscan apoyo en la organización “Consejo Mapuche”, de la cuál él era presidente. Se acercan pidiéndole ayuda para elegir, en conjunto a una persona (mapuche urbana) que asumiera el tema salud intercultural en la comuna. Si bien había gente capacitada, en ese momento nadie manifestó interés ni voluntad para tomar el cargo, por lo además poco remunerado. Bajo estas condiciones, Pedro asume quedando como coordinador de salud en Pudahuel.

A nivel estatal, el cargo lo asume Hortensia, quien era la única que anteriormente había implementado otros programas (“Promoción comunal” y “Salud mental.”) Cuenta que el PSPI fue un desafío, ya que gran parte del trabajo se orientó a un cambio de mentalidad del personal médico, mostrando y convenciendo que hay otros que también saben de salud. Explica que la principal dificultad era enfrentarse al grupo de profesionales, bastante cerrado y prepotente, donde la mayoría se creen dueños de la verdad. Considerando todas estas dificultades, desarrollan una vía de acercamiento, realizando actividades de sensibilización, presentando la comida, vestimenta y cosmovisión mapuche. Esta última fue la más importante, ya que logró generar un cambio en la actitud de las personas. Muchos están de acuerdo con la manera en que el mundo mapuche concibe la salud/ enfermedad, entendiendo una relación entre las causas y el entorno urbano, la alimentación, etc.

“Sólo es válido los que estudiaron, la experiencia no tiene ninguna validez.. Yo creo que esos son los conceptos que se manejan en general en este sector, las viejas no saben nada, yo te contaba las pacientes de salud mental eran catalogadas como VDM (viejas de mierda), en la ficha, anotada aquí adelante”.
(Hortensia)

CAPÍTULO V

La construcción de un espacio terapéutico

Este capítulo analiza la creación y administración del espacio terapéutico puesto en marcha por el Ministerio de salud y el PSPI. Pretendemos de ésta forma dar cuenta de las dinámicas de control y poder desprendidas por el Estado hacia la población indígena y hacia el sector de la salud pública, las que se visualizan a través de diferentes dinámicas al interior del consultorio de Pudahuel. La hipótesis consiste en la existencia de un doble juego, gestionado, por un lado a través de la recuperación de un saber ancestral entregando, sin embargo una real utilidad en cuanto a la ampliación de las coberturas en el sector de la salud pública.

El primer aspecto de control y regularización de las medicinas tradicionales, se ve reflejado en las reuniones de salud desarrolladas por el Ministerio. En ellas participan los distintos encargados de cada Servicio de salud, así como también dirigentes indígenas de cada comunidad de la región. Margarita Saez se encuentra a la cabeza éstos encuentros moderando las discusiones hacia los principales objetivos del Ministerio. El diálogo se da en tres niveles: Comunal, Servicios y Ministerio.

A continuación se describirá el cruce entre las políticas culturales destinadas a la recuperación de prácticas tradicionales en salud, y la necesidad de ampliación de las coberturas hacia los sectores más vulnerables. Se trata de la construcción de un espacio “intercultural” donde se podría distinguir un escenario similar al espacio terapéutico descrito por Foucault. Es el intento de control y regularización de un sector de la población, identificándolos, reconstruyendo su historia médica e ingresándolos en el sistema de salud estatal.

1. Inversión del Estado en la emergencia indígena

Un fenómeno presente en toda América latina, es la fuerza que han tomado las organizaciones indígenas en las ciudades. El ejemplo de Santiago, se hace cada vez más sólido, considerando que ésta región opera con menos recursos en relación a las demás regiones del país. El discurso utilizado por la comunidad es el mismo y se basa en la deuda histórica que mantiene el Estado con los pueblos originarios, recordándose la negación cultural de la cual fue víctima el mundo indígena.

La desigualdad en la distribución de los recursos económicos, es explicada por agentes estatales desde una perspectiva política. En la novena región, donde existe un conflicto mayor, se destinan mas cantidad de recursos que pretenden satisfacer las demandas que luego se extiendes al resto del país. La inversión de dinero en esta zona permite mantener cierto control político con el movimiento.

Para muchos mapuches urbanos, la organización se ha transformado hoy día, en una forma de vida, que les permite tomar roles relacionados con el funcionamiento del programa. La recuperación cultural se transforma en el eje central del trabajo contribuyendo a la consolidación de los mapuches urbanos.

..."La gente que ha bajado recursos se siguen peleando, se siguen molestando, busquemos soluciones lamñen, de donde podemos bajar más recursos, porque la necesidad de nuestra gente es grande, luchemos por la causa de nuestra gente"... (Representante mapuche, R.M)

"...Y ahora estamos presentando un proyecto de 18 millones, chuta son hartos millones pero ningún peso es para nosotros, nada es para los mapuches,

entonces el proyecto de salud nuestro, que logró una ruca con otro presupuesto que estuvimos pidiendo, esos son presupuesto de otros lados... (Representante mapuche, Huechuraba, R.M)

2. Ampliación de las coberturas en salud

Para entender la estructura que sostiene la medicina intercultural en los consultorios señalaremos a continuación las principales características rescatadas en las reuniones de salud, las que fueron claves para entender su funcionamiento a nivel regional. En primer lugar se observa que cada comuna posee una orientación diferente, pero siempre vinculando la ampliación de las coberturas en salud y la reconstrucción de la identidad indígena local. La incorporación de elementos “étnicos” fortalecen ésta tarea.

La coordinadora del Servicio de salud sur, cuenta las actividades que han realizado en su comuna para trabajar en la promoción de la salud. En este caso la ruca cumple un rol como escenario principal.

“Hemos hecho muchísimas actividades, que yo valoro mucho, lo que ha significado la orientación del Servicio de Salud sur hacia la promoción de la salud. Hemos hecho todas las actividades al interior de la ruca, por otro lado, hoy nosotros contamos con una masa crítica instalada en atención primaria, a través de todas las actividades que hemos hecho que han permeado el sistema, me parece en hora buena!!...”(Coordinadora Servicio de salud sur)

En el caso de Pudahuel Pedro señala;

“Hay otras comunas que lo han orientado exclusivamente a lo cultural, al rescate de la cultura, pero yo creo que esto no es lo uno ni lo otro, para mi van las dos cosas de la mano, tiene que estar la parte de salud y el rescate cultural paralelo, pero no puede ir aislado. Pero tampoco están los recursos para

plantar no se cuantos chemamul. Fantástico, pero a nosotros se nos dijo salud”. (Hortensia, encargada del programa en la comuna de Pudahuel)

Recuperar la medicina tradicional, conlleva un proceso de reconstrucción de identidad. La recuperación de la cosmovisión mapuche por ejemplo, es clave ya que la salud y el bienestar de las personas se entiende en relación a la comprensión e interpretación del mundo. Esto ha traído como consecuencia principal, el desencadenamiento de un alto número de ceremonias y eventos culturales, organizados por el “consejo mapuche”: El objetivo ha sido fortalecer los lazos, haciendo participar activamente al consultorio (rituales, ceremonias, comidas típicas y vestimentas tradicionales). Nos cuentan que los más frecuentes son los Ngillatunes y la presentación de comida típica, bailes etc.

En la consulta por su parte se integran una serie de elementos simbólicos, como la vestimenta tradicional, señalética bilingüe castellano-mapudungún que evocan la pertenencia cultural mapuche. El machi ha incorporado nuevos conceptos en la denominación de enfermedades o males, realizando rituales de sanación en los casos necesarios. Poniendo en perspectiva el escenario de la consulta en relación a las reuniones de salud, se postula que si en el machi la identidad opera como reminiscencia, los encuentros de salud se transforman en un escenario de violentas disputas sobre la verdadera identidad mapuche. Hubo ocasiones en que se criticaron los procedimientos realizados por algunos machis, considerados como inadmisibles para la “cultura” mapuche.

... “nosotros como mapuche urbanos, tuvimos la desgracia de no haber nacido en la comunidad, y de no haber aprendido el idioma”..(Representante mapuche urbano)

“Quisiera preguntarles por qué sus ancestros se vinieron a la ciudad, por qué muchos de ellos se corrieron de la responsabilidad que les corresponde como mapuches”.(Representante mapuche urbano)

La construcción de la identidad comienza a partir de los incentivos creados por

el programa, introduciendo conceptos y personajes en el desarrollo de la práctica. En este punto se destaca la aparición de la “facilitadora intercultural” en el marco de la implementación de la nueva medicina.

“Todos los proyectos que están realizando tienen que ver con recuperación de identidad fundamentalmente, y no es casual, de hecho ellos no se acercan al concepto de interculturalidad que nosotros quisiéramos... (...) porque ellos lo hacen como un gesto simbólico, no como una expresión de la interculturalidad, sino como un gesto simbólico de presencia del mundo mapuche en la comuna. Traen a la machi desde la comunidad hasta acá con todos sus ayudantes, y reproducen el modelo de salud acá, eso es para ellos la expresión grande que están vivos de que se la juegan por la cosa, y que son mapuches de nuevo, porque dejaron de ser mapuches muchos años. Muchos de estos dirigentes que tu ves, que algunos son bien mayores, aprendieron a hablar mapudungún hace pocos años”. (Hortensia Valenzuela, matrona y coordinadora del programa de salud en el consultorio Pudahuel)

Esta cita da cuenta de la búsqueda de elementos ancestrales en las zonas de origen, para posteriormente recrearlos en los espacios urbanos. Un ejemplo son las dinámicas desencadenadas en las distintas comunas entorno al funcionamiento del programa. En las reuniones se compara cada servicio evaluando los logros, situación que genera muchas veces rivalidad entre los dirigentes.

“Entonces la gente está mirando para atrás pensando en realidad, este es mi pueblo yo pertenezco acá y yo no debería hacer las cosas que vienen de afuera, yo debería hacer las cosas que se están haciendo acá. La gente no mapuche se está identificando con nuestro pueblo. Se está construyendo un modo de pensar con los pies bien puestos en la tierra”.(Pedro Llancapán, coordinador del programa en Pudahuel)

Los puntos descritos hasta ahora dan cuenta de los resultados que han tenido

las demandas mapuches en la ciudad de Santiago, percibiéndose la fuerte administración del Estado en la toma de decisiones hacia el programa. En esta línea, Hortensia propone que el programa debería ser exclusivamente para mapuches, manifestando su desacuerdo con la atención abierta a toda la población, ya que el presupuesto no es suficiente. Este aspecto es contradictorio a los objetivos del ministerio que conciben la salud como un beneficio de todos. Según Hortensia, la prioridad hacia el mundo mapuche debería instalarse con mayor dureza hasta transformarse en un servicio exclusivo para este grupo.

“Si tuviéramos 10 machis, que se atiendan todos, pero tenemos un machi un par de meses al año, entonces ese mínimo de recursos que lo aproveche quien corresponde, es lo mismo que todos los otros criterios que hay que utilizar”(Hortensia Valenzuela)

La mayoría de las organizaciones mapuches, conciben la atención del machi para toda la población, independiente del origen étnico. Para ellos es un orgullo mostrar su medicina que por tantos años se mantuvo oculta. Si bien no niegan los beneficios de la medicina occidental, presentan lo tradicional como diferente, y menos agresivo ya que el tratamiento es siempre en base a hierbas. El Estado por su parte trabaja en la legitimación de las prácticas tradicionales incorporando nuevas figuras relacionadas con la salud tradicional (machi, lawentuchefe, püñeñelfe, aparición de la facilitadora intercultural, etc) respondiendo a un problema histórico de deuda hacia mundo indígena. El rol del Estado es poder establecer un régimen de protección social, respondiendo a un problema cultural.

3. La construcción del espacio terapéutico-intercultural

Cuando llega el equipo “intercultural” al consultorio, el primer problema que deben afrontar es la creación del espacio que ocuparán para la atención. En un

primer momento no había un lugar que se acomodara a las necesidades del machi, teniendo que adaptarse a las precarias condiciones del consultorio. Hortensia cuenta que utilizaban espacios prestados por pequeños períodos de tiempo, creando una situación incómoda dando poca seriedad a la práctica e inestabilizando al equipo. Finalmente, tras mucho insistir y buscar soluciones, logran conseguir una sala, que hasta el año 2005 estuvo destinado a la atención del machi¹² Si bien se trataba de un lugar reacondicionado, la organización lo considera propio y les permite asumir cierto poder, validez y status en el desarrollo de la práctica.

“El machi empezó atendiendo arriba, después había gente que me decía Tencha, el machi no puede atender ahí, después había un momento en que yo les pasaba esta sala, atendían aquí. Y así, hasta tener este espacio, que es chiquitito, todo lo que quieran, pero es parte de ellos, y hoy día nadie cuestiona que ellos llegan y se apropian del espacio”.(Hortensia, coordinadora del programa)

...Hay todo un trabajo de planificación, de conversación, de convencimiento, con la persona con que trabajamos, que es el machi. Tampoco estaba dentro de él llegar a trabajar en un establecimiento como éste, y en ese entonces se conversó mucho y se vio la posibilidad y se ha estado trabajando hasta la fecha sin ningún problema. (Pedro Llancajón, coordinador del programa en Pudahuel)

El consultorio es un reflejo de la construcción de políticas del Ministerio, que se encuentra en constante reformulación, buscando más y mejores beneficios, sobre todo en salud pública. El resultado de las demandas, han dado como resultado la evolución y el desarrollo de la medicina mapuche, reflejadas a través de las exigencias y modificaciones ocurridas en el espacio terapéutico.

¹² El año 2006 la consulta se traslada a un terreno ubicado al frente del consultorio. La separación del centro de salud, genera mayor autonomía consolidándose la diferencia en la concepción de salud/enfermedad de los individuos.

Hoy el equipo cuenta con un espacio independiente físicamente del consultorio, sin embargo mantienen una relación administrativa, utilizando el sistema de las fichas médicas. Existe además una consolidación que hace que la organización se transforme cada vez más en una entidad autónoma.

El Ministerio ha trabajado en la incorporación de la población indígena, a través de una mayor "participación", se destaca que los logros son fruto del trabajo de las organizaciones. Por su parte los dirigentes refutan esta idea, dando cuenta de una realidad contraria. Este punto se explica a partir de un hecho ocurrido en diciembre del año 2005, cuando el Ministerio saca un pequeño boletín del programa. Dicho documento es publicado, sin embargo las organizaciones se opusieron ya que no figuraba el nombre de ningún "mapuche", obligando a la corrección y republicación, considerándose inválido.

...."Cuando el Ministerio pide a la gente que valla a dar su opinión, su no se que, no piensan en como quieren que los subamos a la micro, quien les va a pagar los pasajes".(encargado del programa en una de las comunas de Santiago)

Resulta interesante percibir la intención que ha puesto el Ministerio en vincular al machi, con el sistema municipal de atención primaria, donde el objetivo es mantener la salud de los individuos y comunidades a través de la prevención, promoción y controles periódicos. La medicina mapuche trabaja en esta línea, entendiendo la salud de las personas en relación al contexto social, poniendo atención en las relaciones familiares. En este sentido se presenta como un aporte a la implementación del modelo de salud "intercultural".

....Somos un aporte a este cambio, por ejemplo en la forma de hacer salud, que también se está viendo acá, en los establecimientos o los servicios de salud que ahora tienen un enfoque más familiar. Es lo que hacemos nosotros, o sea que la salud sea familiar, que no sea de individuo a individuo, porque nuestra enfermedad es familiar, es grupal. De repente la salud afecta a una persona, pero de repente hay que atacar a toda la familia, no sacamos nada de

sanar a una persona y no orientarnos a otra persona... (Pedro Llancajón)

El concepto "intercultural" impuesto por el Estado, no es del todo aceptado por los mapuches urbanos de Santiago, ya que no conciben la idea de trabajar en forma complementaria, señalando que ambas medicinas operan con principios diferentes. Cuando el Ministerio habla de salud intercultural, piensa en una medicina complementaria paralela a la medicina alópata. Sin embargo hay organizaciones, como en Pudahuel (consejo mapuche), que se oponen a esta metodología buscando mayor autonomía e independencia de la medicina alópata. El mejor ejemplo es la exigencia de un espacio terapéutico propio y fuera del recinto del consultorio. Estas demandas fueron escuchadas durante el año 2005 cediendo el Estado, un terreno fuera del recinto del consultorio.

Hortensia, considera que el programa irá adaptándose a las necesidades de la medicina alópata. Para ella existen ciertos roles que deberían ir adquiriéndose por los integrantes del equipo "intercultural". La facilitadora por ejemplo, encargada de las fichas médicas, maneja información sobre los beneficios ofrecidos al mundo indígena en distintos ámbitos (salud, educación, subsidios de vivienda, etc.) Para Hortensia esta figura debería ir evolucionando hasta transformarse en una suerte de asistente social. El Ministerio por su parte, ha puesto mayor atención visualizando las potencialidades que tendría ésta en los espacios de la salud. Durante el año 2005 se desarrolló una capacitación de facilitadores con el objetivo de establecer líneas similares de trabajo en las distintas comunas e incluso en todo el país donde éstos están presentes.

"Aquí la asistente social te maneja todo, y te informa sobre todo, el asesor para mí debe manejar también todo, y orientar a su gente sobre todo, desde vivienda, salud, educación, algún beneficio, todo lo que ofrezca la comuna porque para mí fundamentalmente la población mapuche es la más marginada de la sociedad, y marginada desde la información, no se si entre comillas beneficios (...)Este es el paso que viene, la idea es que manejen información de la comuna, sobre otros temas, educación, becas, no se. Viene más la figura de asesor cultural". (Hortensia)

“Ahora ellos tiene que variar su dinámica también, tiene que sistematizar, aprender que tienen que secar las hierbas, envasarlas, de todo, entregar hierbas digo yo que es la alternativa, para mi la alternativa tiene que ser entregar hierbas, porque no se puede lo otro. Entonces los machis van a tener que adecuarse”. (Hortensia)

4. El reclutamiento de pacientes

Una de las medidas implementadas por el programa de salud, se encuentra el reclutamiento de pacientes indígenas, con el fin de crear un universo coherente de usuarios/ as del machi. La observación participante nos permite entender que el universo de personas que visita a éste sanador tradicional es bastante reducido. En su mayoría son residentes de las mismas zonas poblacionales. Si bien el reclutamiento de pacientes no es la única razón por la que han llegado a la consulta, una vez que entran al sistema de atención del machi, se hacen parte del historial médico que maneja la facilitadora intercultural, integrándose, junto al mundo mapuche urbano, al espacio ideológico caracterizado por una red de nuevos conceptos y maneras de entender la salud / enfermedad. Se deja en evidencia una dinámica de identificación de la población ligada a disminuir las brechas en salud. Es el primer paso del funcionamiento del sistema, ya que sin la presencia de mapuches éste no podía funcionar.

En éste aspecto es posible identificar un doble juego del PSPI, ya que existe un trato diferente hacia la población mapuche y winka. En primer lugar la búsqueda de pacientes opera solo para el mundo mapuche. Las razones se relacionan con una demanda del Ministerio de salud, que exige la participación de mapuches en éstas prácticas. La búsqueda tiene como finalidad informar de la presencia del machi en el consultorio, así como también dar cuenta de otros beneficios en medicina alópata exclusivos para el mundo indígena, (oftalmología, odontología, espa, pap etc). Esto implica para los interesados/as, necesariamente un acercamiento al centro de salud, lo que ayuda a cumplir con uno de los objetivos del Ministerio, que es la difusión de la salud. Es

explícito que en éste punto el programa excluye al sector no-mapuche, quienes se ven desplazados y discriminados de éstos beneficios. La categoría racial en este caso, estaría dejando fuera al sector no-mapuche, que desde un punto de vista socioeconómico, cumple mayoritariamente las mismas características.

En la comuna, el reclutamiento de pacientes mapuches, fue realizado por Pedro y Carmen, denominado por ellos “captación de pacientes”. Pedro cuenta que se utilizan como base de datos, la información contenida en las fichas médicas del mismo consultorio. En ellas se anotan los distintos pasos que el médico ha practicado con el enfermo, desde la primera consulta o contacto hasta la terminación o interrupción del tratamiento, ya sea voluntaria u obligadamente. En el encabezado de cada documento están escritos los datos personales del paciente, también otras características como, motivo de la consulta, antecedentes personales y familiares, relacionados con el padecimiento, su ambiente familiar y social.

Buscan por apellidos, y encuentran las direcciones y teléfonos de familias con apellidos mapuches. Una vez identificados se realizan las visitas puerta a puerta, donde se invita también a participar de actividades culturales organizadas por la organización “Consejo mapuche de Pudahuel”. La labor se realizó en forma constante. Si bien hoy este trabajo ha dejado de realizarse sistemáticamente, Pedro y Carmen aprovechan cada situación para informar sobre los beneficios que ofrece el gobierno a los pueblos originarios.

La ficha es personal para cada persona que ha visitado alguna vez un centro de salud, y fundamental para una primera visita con el machi. Esta debe entregarse a la facilitadora intercultural, junto con la cédula de identidad para posteriormente recibir una hora de atención. Se trata de un mecanismo de control que permite conocer la trayectoria médica de cada persona, registrándose con el machi una nueva historia.

“...Nosotros partimos el año pasado, una vez al mes a hacer las captaciones de pacientes en los consultorios, además entregando información, lo cuál no es tan solo ir a buscar pacientes, sino entregar la información y a través de la

entrega de la información, buscar el interés de la gente. Nosotros pensando que esas personas van a responder a la concurrencia de acá y van a tener la posibilidad que una vez que se inscriban van a seguir asistiendo a la atención”. (Pedro Llancapán, coordinador del programa de salud en Pudahuel)

Es importante destacar que el reclutamiento de pacientes proviene en un primer momento de agentes estatales, quienes, basados en estadísticas del Censo exigen cada año un aumento en la convocatoria de usuarios mapuches hacia el machi. Una respuesta positiva permite fortalecer las políticas, aumentar las inversiones y auto validar la intervención del Estado.

“...Cuando nos juntamos la región completa son las mismas 150 personas en el año, y sabemos por datos estadísticos, que la población indígena en Santiago son 600 u 800 mil, ¿ y donde están?” entonces yo ahora estoy obsesionado con buscar al resto de los mapuches..... (Danilo Rios, Programa de Salud y pueblos indígenas, área occidente)

Actualmente la gran mayoría de usuarias/os, que llegan es gracias a las intervenciones de Pedro y Carmen. En algunos casos el compromiso de asistir se genera por la búsqueda e interés que perciben del equipo de salud.

“Yo vendría igual, siendo mapuche o no, porque él me mando a buscar”(Maria Marihual, mapuche urbana, 54 años)

Acercar al mundo indígena a los centros de salud, facilita la respuesta a campañas informativas sobre cuidados del cuerpo. Esta situación se confirma con los afiches puestos en el consultorio, que destacan la importancia de cuidados del cuerpo, por ejemplo el del papanicolau, en el marco de una campaña nacional de prevención de cáncer de útero, orientada a la salud sexual femenina. El machi en el consultorio, podría ser visto como un conciliador entre ambas medicinas, acercando a la población al centro de

salud, lo cuál permite una regularización de los controles y prevención de enfermedades.

“Nosotros queremos llegar a más gente, con más prestaciones, con más horas de consulta por persona.” (Danilo Rios, Programa de Salud y pueblos indígenas, área occidente)

6. La mirada de la medicina alópata frente a la atención del machi

Una pregunta que no puede quedar ausente es la mirada de la medicina alópata frente a un eventual riesgo de la población, provocado por la atención con un médico tradicional, o en este caso machi. La poca información que se maneja sobre éstas prácticas abre la pregunta hacia la percepción que tienen los profesionales de la salud. Como es sabido, la medicina tradicional es capaz de cubrir un número finito de enfermedades, descartando las de carácter grave.

Tomando en cuenta la realidad del consultorio de Pudahuel, se puede señalar que esta preocupación no existe, ni siquiera se presenta como reflexión ya que se asume que cada individuo es responsable de sus propios problemas de salud. El Estado pone a disposición de la población dos vías de atención, la alópata y la tradicional, asumiendo una elección individual de acuerdo a las necesidades de cada persona.

En el Ministerio y Subsecretaría, existen dos documentos que norman el desarrollo de la salud intercultural. Se permite el desempeño de estas prácticas sin implicar permisos individuales, reconociéndose el trabajo del machi en términos amplios pero sin regularización. Se pide en cambio una identificación de facilitadores y asesores interculturales.

Hortensia señala que el machi sabe hasta que punto es capaz de sanar, derivando en los casos necesarios. El machi asume las limitaciones y la

responsabilidad de su tratamiento frente a pacientes considerados de alto riesgo, derivándolos al médico alópata. Las usuarias que se entrevistó están de acuerdo con Hortensia, depositando toda su confianza en éste sanador, respetando por sobre todo su conocimiento ancestral. Una mujer mapuche confirma esta idea al contar que fue derivada al médico alópata porque necesitaba una operación. Hay usuarias que hacen uso paralelo y complementario de ambas medicinas -alópata y mapuche-, ya que para ellas “el agua hierba” no constituyen un peligro.

CAPÍTULO VI

La Consulta del Machi: Espacio Y Contenido

Relación terapéutica entre machi y usuarias

Una de las motivaciones de esta investigación ha sido no solo la comprensión del PSPI en la región Metropolitana, sino también las implicancias de su implementación a nivel local. La creación de los espacios interculturales, el conocimiento de las dinámicas desarrolladas en torno a éstos, y las motivaciones de quienes lo visitan, reflejan la importancia de éstos nuevos espacios en la salud pública, así como también la reafirmación de la identidad indígena en Chile.

Si hasta ahora hemos visto una vinculación entre el PSPI y los objetivos del Ministerio de salud, creemos que el terreno realizado en el consultorio fue necesario para entender las reales implicancias de la creación del espacio intercultural, reafirmando la hipótesis del doble juego entre, los objetivos básicos del Ministerio de salud y la recuperación de la medicina tradicional, que conlleva la reconstrucción de la comunidad mapuche urbana.

En la primera parte, a través de los discursos de los sujetos, se analizarán los principales incentivos que llevan al acercamiento del machi como alternativa de curación. A continuación, a partir de la representación de males y dolencias por parte de la medicina alópata, se abre una crítica al sistema de salud público. La enfermedad será entendida de acuerdo a Herzlich, como una representación de las condiciones de vida existentes en la ciudad. Por otra parte, y principalmente relacionada al mundo mapuche urbano, se destacan enfermedades “tradicionales” que el machi utiliza reincorporándolas en el diagnóstico. Se presenta un cuadro comparativo que muestra los conceptos

relacionados con salud/enfermedad, rescatados del mundo mapuche urbano y winka. A través de estos puntos se establece una posible relación entre los habitantes de Pudahuel y la percepción de su entorno social, a través de afecciones físicas y emocionales.

Se describirá y analizará el proceso de diagnóstico y eficacia “simbólica” del machi, quien colabora con la comprensión de significados proporcionados a los cuidados del cuerpo. Se distingue entre la “pastilla” como elemento externo y extraño al cuerpo, y el “agua hierba” como medicina natural, inofensiva y eficiente.

El análisis finalizará con la incorporación de la perspectiva de género, orientada al ámbito de la salud. Al identificar quienes son éstas usuarias y el lugar que ocupan en el recinto de salud pública, aparecen nuevas interrogantes que vinculan las enfermedades, males o dolencias con el rol de la mujer en su entorno social. Se destacará nuevamente la relación entre conceptos de salud /enfermedad y modos de vida de éstos individuos.

1. Medicina alópata v/s Medicina Tradicional

¿Quiénes eligen la medicina tradicional? ¿Por que se busca un camino alternativo de sanación? ¿Cuáles son las principales críticas que se desprenden en relación a la salud pública?

El escenario que rodea el espacio intercultural en el consultorio Pudahuel se presenta como un caso particular, constituido principalmente por un universo homogéneo de mujeres con similares problemas de salud. Las enfermedades, analizadas más adelante, tienen una directa relación con las motivaciones de la consulta, lo que, confirma la eficacia de la incorporación de las medicinas tradicionales en los sectores de menores recursos. Este espacio se presenta clave para la identificación de una serie de críticas al sistema de salud público. De acuerdo a las experiencias descritas por Menéndez en México, en Pudahuel se da el problema de la distancia sociocultural entre médico alópata-paciente, donde, en éste caso, las mujeres, no se sienten incorporadas al sistema de

salud, transformándose en un residuo del mismo.

En muchos casos se denuncia que ante la indiferencia del médico alópata, el machi es una buena alternativa para encontrar la cura. El hecho que la consulta sea gratuita aumenta el acceso de la población. La atención con el machi, constituye una puerta de escape a la alta demanda en salud, ya que muchas de las usuarias encuentran una real satisfacción en él. En términos concretos, el machi de Pudahuel estaría ayudando a descongestionar las consultas con el médico general del consultorio.

Esto se observa debido a que el machi se orienta al mundo mapuche urbano, sin embargo las demandas de mujeres winkas parecen ser más intensas. Proponemos entonces un análisis homogéneo de las usuarias, dejando de lado el factor “étnico”. Se desprenden críticas al sistema de salud público como la rapidez y poca personalización en la atención alópata. Distancia que se acentúa debido al sofisticado uso conceptual utilizado por los médicos, traducida en una baja comprensión de las enfermedad y males. Según el material recopilado, tras múltiples visitas, los médicos medicalizan a sus pacientes, intentando de ésta forma mantenerlas lejos de la consulta, al menos durante el tiempo que dure el tratamiento.

Para las usuarias del machi, éste se vio como una alternativa “natural” valorándose el tratamiento en base a hierbas, criticándose la alta dosis de pastillas dadas por los médicos. Ésta medicalización se presenta en un gran número de centros de salud pública, y podría ser la respuesta a problemas sociales, provocados en parte por la ausencia de espacios de socialización. Hortensia dice que hay mujeres que son pacientes de la unidad de salud mental, con lo cuál, éste sanador tradicional se estaría transformando en una suerte de psicoterapeuta. Este escenario refleja la necesidad de reforzar el programa de salud mental, planteándose a la vez la importancia de crear nuevas redes asociativas que incorporen a éstos grupos. Otra aspectos que acerca a las usuarias al machi es que éste vive en la misma comuna, formando parte de la organización mapuche. El lenguaje que utiliza es más familiar, facilitando la comprensión y diálogo de quienes lo visitan. Esto contribuye a la

creación de redes de confianza y amistad, potenciadas a través de la residencia local del machi.

Acercarse a la medicina tradicional, se relaciona con la comprensión y cuidados que se le quieran dar al cuerpo. Para éstas mujeres, la medicina alópata ve el cuerpo fragmentado, ofreciendo una cura momentánea, percibida con inseguridad y desconfianza. El médico “tradicional” en cambio, entiende las enfermedades dentro de un contexto social, el cuerpo se comprende en forma integral. Por otra parte las visitas se deben a la búsqueda de nuevas comprensiones, no necesariamente en lo que respecta a la enfermedad. Son muchas veces mujeres policonsultantes, que se acercan al consultorio en busca de compañía, buscando crear relaciones con el personal médico. Hortensia (matrona del consultorio) confirma esta hipótesis señalando que en su mayoría se trata de mujeres estigmatizadas y categorizadas como policonsultantes, y enfermas psicósomáticas. La metodología de atención del machi satisface estas necesidades, acogiendo a las usuarias, y destinado tiempo suficiente para que ellas expliquen y den cuenta de sus principales dolencias, que muchas veces se asocian a conflictos personales. En el apartado siguiente, tras presentarse un cuadro conceptual con las principales enfermedades y males, se analiza la relación de éstos conceptos con el sistema nervioso.

“Los médicos dan puras pastillas, no le toman ni el pulso ni una cosa a uno, la ven a sí no más a uno y le recetan una pastilla, y uno tiene que tomársela, uno tiene que preguntar cómo tiene que tomarlo o con leche o con agua...”.(mujer mapuche urbana, 50 años aprox.)

“La primera vez que el otro médico me vio me dijo, mucha gente que viene acá y no viene de nuevo porque los remedios le hacen mal, le dan vómitos, le dan diarrea....”(mujer winka, 45 años aprox.)

“...Hay cosas que los médicos no entienden, ellos te dan un remedio, por ejemplo Ibuprofeno, me lo dan para la cabeza pero me hace mal al estómago,

entonces me sana una cosa pero me perjudica otra, los remedios naturales no po, te sana lo que tiene que sanarte pero no te hacen daño, esa es la diferencia entre un remedio y otro, entre los otros medicamentos...”(mujer mapuche urbana 35 años aprox.)

“Las pastillas me hacían doler el estómago. Estaba intoxicada de pastillas, me daban para la presión, para el colesterol, la hipertensión ah no sé...Tomaba como 10 pastillas diarias, para todas las enfermedades, las dejé todas, y no he ido a control.”(mujer winka, 45 años aprox.)

2. Reutilización y nuevos conceptos en salud /enfermedad

La lista de enfermedades presentada a continuación, corresponde a la interpretación de distintas afecciones físicas y psicológicas nombradas por el grupo de entrevistadas. Son conceptos elaborados a partir de tres fuentes principales: los médicos del consultorio, el machi y la experiencia empírica de cada una de ella.

Mujeres winkas	
	Mujeres mapuches urbanas
Riñones/ colesterol/ hipertensión	Dolores físicos (espalda y cabeza)
Problemas a los huesos/ sistema nervioso/ diabetes/ bronqueos	Malestar general y cansancio

Asma/ sistema nerviosos/ dolor en la columna	Enfermedad tradicional: Mal
Hipertensión/ problemas a los huesos/ escoliosis/ tiroides/ inflamación al cerebro/	Diabetes/ dolor de espalda/ dolor de cabeza/ fiebre/ sistema nervioso
Problema a los huesos/ estómago/ colón irritable/ miomas en los senos	Dolor de huesos
Estómago/ gastritis/ úlcera nerviosa	Dolor de huesos
Mareos/ dolores fuertes/ cansancio/ sistema nervioso	Dolor de estómago
Presión alta/ estómago/ sistema nervioso	Perimontún/ remolino
Sistema nervioso/ páncreas hinchado/ riñones inflamados/ estómago inflamado	Sistema nervioso
Sistema nervioso, estómago e hígado	Dolor al estómago y mareos

Las enfermedades se han clasificado de acuerdo a tres criterios :científicas, empíricas y sobrenaturales. Dentro de las primeras entran todas aquellas denominadas con conceptos alópatas. En el segundo grupo se contemplan las referencias al dolor, donde la sintomatología difícilmente es comprobable por el médico y por ende asociada a algún tipo de padecimiento. Finalmente las enfermedades sobrenaturales, que son generadas por una fuerza externa, persona, animal o espíritu.

Estos conceptos, comunes en América latina, sitúan el análisis en un punto de difícil acceso. Del total de MMU entrevistadas, se identifican 3 tipos de enfermedades sobrenaturales: “remolino”, “perimontún” y “mal”. En ambos

casos el origen es distinto y entendido como una sanción o castigo, existiendo relación entre la conducta de la víctima y la representación de la enfermedad. En el primer caso la causa es un acto de brujería provocada por otra persona. En el “perimontún” y el “remolino”, la causa se asocia a la aparición de un animal o fuerza sobrenatural que en un momento dado, ingresa en el cuerpo del sujeto.

Las afectadas cuentan que tras un largo período de padecimiento, donde el médico alópata no pudo establecer un diagnóstico certero, el machi fue el único que logró encontrar la causa, estableciendo una coherencia entre ésta y la vida cotidiana de la usuaria. Esta coherencia permite pensar la enfermedad y de esta forma poder superarla por la persona que la padece.

Si contrastamos ambos cuadros, vemos que las MMU hicieron mayor referencia al dolor, relacionándolo a cambios en el estado de ánimo y a alteraciones en el sistema nervioso. En la relación con el médico alópata, éstos síntomas fueron reducidos al padecimiento de algún órgano, quedando fuera la comprensión social del paciente. Las enfermedades son reveladas no solamente a través de síntomas, sino también asociadas al contexto social de los individuos. Aparecen en todos los casos como respuesta a preocupaciones en el hogar, problemas económicos o a la carga emocional que implica la crianza de niños. Las mujeres winkas utilizaron conceptos propios de la medicina alópatas, refiriéndose igualmente al sistema nervioso, como principal causa de la enfermedad.

“Me duele la espalda, paso con puras así, dolor de cabeza, ahora estoy como afiebrada. Cualquier cosa me da rabia, me da como fiebre”.(mujer winka, 38 años)

“Cada vez que estoy enferma vengo. Tengo de todo un poco, la vejez, yo me siento mal y vengo, me duele todo de repente, ya tome una botella de remedio, ahora puedo caminar tranquila, ando mejor, me dolía todo, tenía que pedirle

permiso a una pierna para caminar, así de bajoniá.” (mujer mapuche urbana, 60 años aprox.)

“Es por los problemas que uno tiene en la casa, por eso”..”Me pongo histérica, mal genia, me agarra”. (mujer winka, 45 años aprox.)

“Tengo diabetes, problemas a los huesos, a los nervios, a los bronquios, todo eso (...)Tantas cosas que pasa uno, enfermedades, problemas familiares que a uno la mantienen alterada...”(mujere winka, 50 años aprox.)

“Donde estaba nerviosa, este cuello no lo sentía yo, yo para mirar pa tras tenía que pararme completa, ahora ya no me duele, me ha hecho muy bien”.(mujer mapuche urbana, 35 años aprox.)

“Yo ya soy crónica, me sentía mal al estómago, tenía gastritis, tenía ulsera nerviosa. Supongo que por las preocupaciones estoy nerviosa”.(mujer winka, 40 años aprox.)

Conocer estas enfermedades y su interpretación, ayuda a entender aspectos de la vida cotidiana de los individuos. Como señala Herzlich, podía tener relación con un estilo de vida intrínsecamente patógeno, mientras que los factores individuales marcarían diferencias en las maneras de referirse a las enfermedades.¹³ Esto se relaciona igualmente a la idea de “factores culturales” desarrollada por Campos, ya que las enfermedades tradicionales, no son contempladas por la medicina alópata, lo cuál aumenta la incompreensión de los males.

La instauración del programa de salud intercultural, permite ver esta distancia, dando cuenta de un universo de personas que muchas veces padecen enfermedades que fácilmente se encuentran en las zonas rurales. En este caso son mujeres enfrentadas a problemas sociales y económicos de la migración

¹³ Esta idea será desarrollada en el segmento siguiente, donde hacemos referencia a cierto tipo de enfermedades que aparecen más vinculadas al género femenino.

campo-ciudad. Las MMU llevan muchos años viviendo en la ciudad, sin embargo mantienen lazos cercanos con la región de origen. Para algunas no era la primera vez que visitaban a un machi, ya que en el campo se vieron más próximas a ellos. El difícil acceso o las distancias de hospitales y consultorios crean la idea de lejanía, percibiéndose como lugares poco familiares y de difícil acceso. Esto se relaciona a modo de hipótesis, con la alta referencia al dolor y la poca utilización de conceptos de la medicina alópata..

Mujer víctima de un “mal”

“Los médicos me dijeron que no tenía nada y me dieron algo para deshinchar un rato no mas... me dieron Aerogastrol, pero tenía que tener plata pa’ tomar, así que por eso vino acá, y me ha hecho bien el remedio...”(mujer mapuche urbana, 35 años aprox.)

Causa;

“una persona me hizo daño porque me tenía envidia, que dijo que me habían puesto en un vaso de agua un bicho, pa que yo ande así, pa que me desfigure, como pa que ande mal, bajoniá sin ánimo, pa andar mal, encerrá. El tratamiento tengo que hacérmelo en particular, el me va a dar un remedio pa botar las cosas así. Me dio hierbas. De repente ni la ropa me cabe, ando así”.

Mapuche víctima de “perimontún” y “remolino”

“Estuve mucho tiempo en los otros médicos y no me encontraban nada, en la posta me hospitalizaron, tenía un dolor grande en el estómago, me dieron Penicilina, y me hizo mal también...”(mujer mapuche urbana, 50 años aprox)

Otro aspecto importante es la trayectoria de la vida de éstas usuarias. En el caso de las mujeres winkas, se deduce que los conceptos se han rescatado de la relación con el médico alópata ,siendo aprehendidos e incorporados al vocabulario médico cotidiano. Aparece ahora como resultado, el grupo de mujeres policonsultantes. El mismo fenómeno se observa en la relación con el machi y los conceptos que éste utiliza en su diagnóstico, instaurando un nuevo

sistema conceptual reproducido por sus visitantes. En las mujeres mapuches urbanas, y curiosamente no en el otro grupo, se rescatan conceptos de enfermedades tradicionales, destacándose la reconstrucción de la medicina mapuche.

La presencia del machi dentro del consultorio produce, en términos político, un doble efecto. Para el mundo mapuche urbano, se trata del reconocimiento de un saber “tradicional”, prohibido durante años por el Estado. Bacigalupo plantea, “las machis construyen la identidad mapuche de forma dinámica en diversos momentos históricos y contextos específicos”¹⁴. En Pudahuel el machi es una figura central, ya que además de ser quien maneja el saber médico, es también maestro de ceremonias, estando a cargo de reproducir rituales y de guiar al conjunto de la organización mapuche urbana de la comuna. El escenario “cultural” del machi, confirma y valida un panorama que para la mayor parte de mapuches urbanos, era hasta hoy prácticamente desconocido. Se trata del reencuentro con la tradición, con el árbol sagrado al interior de la ciudad, y con una serie de elementos “culturales” reproducidos a través del desarrollo de éstos eventos.

La ubicación de ésta consulta al interior del centro de salud, la hace visible a toda la comuna, lo que contribuye a un reconocimiento social de ésta. El rescate del saber tradicional implica igualmente el control médico y social de éste grupo, fortaleciendo la implementación de campañas de salud, a través del trabajo de difusión orientado a este grupo de personas.

Los conceptos tradicionales, por su parte, enfrentan a las usuarias a un acontecimiento sobrenatural. En el mundo mapuche urbano, la salud/enfermedad de las personas, se asocia a la comprensión del mundo, interviniendo toda la resignificación actual de la cosmovisión. Bajo este criterio, la presencia de sanadores mapuches, los rituales de sanación y rogativas, constituyen una de las vías de reproducción y continuidad cultural en la ciudad.

¹⁴ *El rol del medicinar de machi en la recreación de la identidad mapuche: voces de resistencia, hibridez y transformación en las prácticas de machi.* Ana Mariella Bacigalupo 2001.

El trabajo de captación de pacientes mapuches, hacia la consulta del machi, sumado al entramado simbólico puesto en escena, (vestimenta del equipo médico mapuche, señalizaciones en mapudungún etc) genera la identificación de mapuches urbanos con la cultura médica mapuche ancestral en la ciudad.

3. El diagnóstico y la aparición de nuevos conceptos de salud /enfermedad

Un primer fenómeno que se destaca en el diagnóstico del machi, tiene que ver con la incoherencia que se establece entre los síntomas y el resultado de éstos. En la mayor parte de los casos, tras el relato de problemas familiares, el machi diagnostica la inflamación o hinchazón de algún órgano. En todos los casos, las usuarias fueron capaces de entender la causa de la enfermedad, quedando satisfechas con el diagnóstico. Este es considerado como una realidad fácilmente aprehensible por las usuarias, y, gracias a la creencia de éstas, el tratamiento logra eficacia. Muchas de las usuarias destacaron el concepto de fe, idealizando y creyendo fuertemente en la atención del machi. Para la sanación se administra a todos la misma agua de hierbas, constituyendo la base del tratamiento. Este aspecto se relaciona con la "creencia", y es importante tanto en el proceso de la sanación como en el reconocimiento social del saber tradicional.

El tratamiento, eficiente al tipo de dolencias, está basado en agua de hierbas. Las pastillas en cambio, son vistas como elementos extraños, que en muchos provocan consecuencias colaterales, generando diarreas y vómitos. Un aspecto importante en la técnica del diagnóstico, es el manejo de la orina, depositada necesariamente en ayuna. Esta es analizada de acuerdo a su espesor y color, no siendo necesaria la presencia de la persona, se puede establecer un diagnóstico a distancia. Este punto ha permitido confirmar la importancia de los cuidados de la mujer dentro del núcleo familiar, ya que son ellas quienes se ocupan de la salud de sus maridos, los que no pueden asistir

a la consulta por motivos laborales¹⁵.

Todas las enfermedades diagnosticadas son de carácter intermedio, es decir no graves, salvo con algunas excepciones, donde el machi deriva al médico alópata. Tanto para éstos médicos como para los/as usuarios/as, el machi tiene la suficiente sabiduría para asumir las limitaciones de su medicina, lo cual aumenta la confianza y credibilidad en su tratamiento.

...”Tengo hernia, pero eso no lo sana el machi...”(mujer mapuche, 35 años aprox.)

Diagnóstico: “El machi me dijo que era el sistema nervioso, y mucha azúcar en la sangre”(mujer winka, 30 años aprox)

“Tengo colon irritable, que no hay remedio, el puro tratamiento (...)Creo que es falta de calcio, no me han dicho, en un examen a los huesos me salió falta de calcio, y que tenía principio de osteoporosis (...)Tengo miomas, cuestiones en los senos, varias complicaciones, tengo pelotitas que me duelen, pero no es necesario operarlas”.(mujere winka 40 años aprox.)

“Mi hija es floja, le gusto puro andar saliendo y deja todo desordenado, yo ya estoy vieja para andar recogiendo las cosas, barriendo, lavando...” (mujer winka, 80 años aprox.)

El diagnóstico,

“Inflamación al hígado, venas, corazón y páncreas, mala circulación a la sangre.”

Como se señaló anteriormente, los conceptos utilizados en el diagnóstico, generalmente fueron la hinchazón o inflamación, en distintos órganos (venas, cerebro, hígado, páncreas, etc.), así como también “mal funcionamiento de la

¹⁵ La idea de la mujer como encargada de velar por la salud del núcleo familiar, será desarrollada en el segmento siguiente.

sangre”. En algunos casos se hace referencia al sistema nervioso. En las tres oportunidades que se diagnostican enfermedades sobrenaturales, (MMU), los síntomas se asociaron principalmente al dolor. En este punto el rescate o reutilización de conceptos de salud/ enfermedad se vinculan con la cosmovisión y adquieren a la vez un sentido político, considerando que los objetivos del programa contemplan el rescate cultural de pueblos originarios. Se trata de la reaparición de enfermedades mapuches, que al ser diagnosticadas encuentran sentido en la experiencia de vida de los individuos. Estos conceptos crean una red lingüística que nace y se hace parte del espacio intercultural, siendo reconocidos y entendidos por el grupo de personas que lo frecuentan.

El caso de la mujer con perimontún y remolino es bastante explicativo. Al recibir el diagnóstico, se vio sorprendida y asustada ya que ella no tenía una real noción de lo que podrían significar su enfermedad. La había escuchado una sola vez en el sur. El machi le entregó toda una explicación, diciéndole que había pisado un pájaro llamado Piguichen, el cuál le había provocado todo este mal.

4. El machi de Pudahuel: la “cura simbólica” de la enfermedad

¿Cuáles son los mecanismos simbólicos involucrados en el tratamiento?

Con la puesta en marcha del programa, se han desarrollado una serie mecanismos simbólicos de cohesión en la comunidad mapuche de la ciudad. Por ejemplo, las actividades dentro y fuera del consultorio, ayudan a generar cohesión e integración en el grupo, además de confirmar la sabiduría del médico tradicional. Hortensia cuenta que a la llegada del programa lo primero que se hacen son actividades de sensibilización, presentándose la comida, vestimenta, y cosmovisión del mundo mapuche. Esta última genera mayor conciencia, ya que muestra una nueva comprensión del bienestar físico, confirmando el saber de otras personas. El que la consulta este al interior del

consultorio, institucionaliza la práctica validando la medicina mapuche.

Pedro, coordinador del Programa critica la medicina alópata destacando la importancia de la medicina tradicional. Refiriéndose a los resultados de las usuarias, señala que no se observan resultados positivos, en cambio con la medicina del machi las satisfacciones pueden reflejarse en distintos ámbitos.

“En los consultorio de atención primaria la gente no tiene una mejoría pronta y la gente hoy anda buscando mejorías, no sólo mejorarse por un tiempo, sino mejorarse más definitivo...”(Pedro Llancapán, coordinador del programa, área occidente)

Cuando la enfermedad es de carácter sobrenatural, el machi realiza un ritual mágico –religioso en su casa o en la casa de la afectada. Estas dos vías implicadas en la sanación, incorporan conceptos como la “fe” y la “creencia”. Los discursos en torno la fe y a las bondades de la “toma” están presentes en todas las mujeres, confirmados y validados a partir de la experiencia de vecinos o conocidos de la comuna.

“Me gusta porque me ha mejorado, tengo fe, ha mejorado a varias personas, también tenía una hermana que la mejoró. Ahora está bien, le doy gracias a él. Yo me crié en machis, cuando vivía en el campo, yo me crié en machis, machis que trabajan con Dios, tienen fe, esos machis son buenos”(Mujer mapuche urbana, 45 años aprox.)

“Le tengo fe porque siempre me he mejorado con esto, los doctores no, te corren cuchillo al tiro, o te dejan en la lista de espera, pero no te atienden nunca, entonces aquí atienden a uno, y si no te sienten bien, ya le dicen a uno que ya no tiene remedio, y que vaya a ver al doctor mejor...”(Mujer winka, 45 años aprox.)

“La hierba natural no hace daño, a mi parecer... El machi es bueno porque te cura él, y para no tomar tanto remedio en ese sentido, a mi parecer, no sé pa’

los demás, la hierba natural no hace daño. No soy partidaria de la pastilla, he visto la pastilla, prefiero la hierba que la pastilla”. (Mujer mapuche urbana, 50 años aprox.)

“Desde que empecé con la “toma” dejé todas las pastillas, no ve que yo tomaba como 9 pastillas. Y ahora he andado bien...bien. La “toma” es buena, ve que no daña las otras partes del cuerpo...”(Mujer winka, 45 años aprox.)

“Él me vio, traje la orina y me dijo lo que yo tenía, duermo mejor en las noches, me dijo que eran los nervios, el páncreas hinchado, los riñones y el estomago inflamado, y a eso tenía miedo, y entonces ahora que vine el miércoles anterior, me tocó control me dijo que estaba mejor, me miró la orina” (mujer winka, 40 años aprox.)

El ritual de sanación consiste en la realización de un sahumero con el fin de espantar los espíritus causantes del mal. Quienes se sometieron al ritual, relatan una sanación efectiva, ya que con el medico alópata solo ingerían medicamentos sin encontrar mejoraría..

Para abordar este punto, Levi-Strauss entrega las herramientas necesarias que permiten señalar, a modo de hipótesis, que en el momento del diagnóstico, el individuo se hace consciente de su enfermedad, racionalizándola y dándole sentido. A continuación se presentan algunos relatos que ayudarán a ésta comprensión;

“Una vez sanó a mi hijo, pero él estaba con maldad, pero lo tuvo que atender en la casa de él, no aquí porque allá tiene el toda su fuerza, su neguen para sanar, aquí en el consultorio viene no más”. (mujer mapuche urbana, 60años aprox.)

“Confío más en la machi, cuando estábamos en el campo siempre llamaban machis y se mejoraba la persona”.(mujer mapuche urbana, 50 años, víctima de “perimontun” y “remolino”)

“Una persona me hizo daño porque me tenía envidia, me dijo que me habían puesto en un vaso de agua un bicho, pa’ que yo ande así, pa’ que me desfigure, como pa’ que ande mal, bajoniá sin ánimo, pa’ andar mal, encerrá...”
(mujer mapuche urbana, 35 años, víctima de “mal”)

Después del diagnóstico, Marina, reinterpreta la interpretación del machi, asegurando que ya sabe quien le hizo el “mal”. Habla de una mujer que está enamorada de su marido, y lo que hizo fue por celos. La comprensión de los males se hace pensable, de acuerdo con la tesis de Levi-Strauss, al hacer pensable el proceso previo a la manifestación de los síntomas.

Marc Augé por su parte, utiliza como herramienta teórica, la importancia del acontecimiento, el cuál, en definitiva pondría en causa la interpretación de la enfermedad. Augé entiende la lógica del acontecimiento dentro de un sistema simbólico cerrado, volviéndose expresión de la estructura en la que se encuentra ubicado el sujeto. En su libro “El sentido del mal” el autor entiende el sistema de sentidos, como la representación de la organización simbólica, donde el límite de toda relación social, estaría dado por el sentido. Para el grupo de mujeres entrevistadas, el acontecimiento encontraría sentido en la interpretación dada por el machi, ubicándose dentro de una relación social.

Estos diálogos muestran que la sanación constituye un proceso que involucra distintas partes. Por un lado, la plena certeza que tiene, no solo el machi, sino el equipo de trabajo (facilitadora intercultural y coordinador) en la eficacia de su medicina. Por otra parte la “creencia” y la “fe” que manifiestan todas las usuarias en “la toma” o “agua hierba”, y finalmente, el reconocimiento del sanador tradicional por parte de la totalidad del universo de personas que lo visita, considerado como el único capaz de distinguir y entender los procesos involucrados en la generación de las distintas enfermedades. En este caso, la consulta constituye un espacio ideológico donde la eficacia del machi es reconocida por todos, consolidándose un grupo de usuarias que comparte las mismas creencias.

5. El cuerpo femenino como receptor de enfermedades

Este espacio intercultural es visitado mayoritariamente por mujeres, lo que hace indispensable un análisis a partir de la teoría de género orientada al campo de la salud.

El propósito de éste análisis es dar cuenta de la relación entre las enfermedades y la condición social de ser mujer, sumado, en algunos casos a la condición de ser “indígena” en la ciudad. Se pretenden identificar las consecuencias patológicas padecidas por éste grupo, ligadas siempre a lo femenino, por ejemplo la función reproductiva, la maternidad y el ser esposas. La idea de una desvalorización de la mujer, es confirmada por Hortensia, al señalar que “no es normal que éstas mujeres se enfermen tanto”.

En las MMU, los movimientos migratorios internos dan cuenta de un deterioro en las condiciones de vida. En la ciudad han sido discriminadas, derivando en víctimas de una condición histórica que involucra a toda la población indígena del país. Esta primera distinción lleva al programa de salud a enfocar sus beneficios sobre el mundo mapuche urbano. Las mujeres winkas en este caso, a diferencia de sus vecinos/as mapuches, se enfrentan a un sistema desigual, reproduciéndose una discriminación positiva en el ámbito de la salud pública. El mundo mapuche urbano además de la prioridad en las visitas al machi, tienen beneficios en salud alópata, como odontología (entrega de prótesis), oftalmología (entrega de anteojos), espa¹⁶, pap, etc. En este caso se presenta una contradicción entre el programa, movilizad por el sistema de salud, y el alcance de la cobertura médica. Ambos grupos tienen las mismas necesidades en salud, que responden a un conjunto de condiciones sociales y económicas, más que a una discriminación racial.

Para entender mas profundamente este apartado, es fundamental retomar los puntos presentados anteriormente (motivaciones, principales conceptos, diagnóstico, tratamiento) Dentro de las motivaciones, se denuncia un alto consumo de medicamentos, siendo los más nombrados el Ibuprofeno,

¹⁶ Examen preventivo de salud que se realiza para evaluar la glicemia y el colesterol.

Diazepán, Omeprazol, Alprazolam etc., tranquilizantes y sedantes principalmente.¹⁷

Esta realidad da cuenta de una relación entre las características de los medicamentos y el universo de mujeres que los consumen. El mundo femenino se ve invisibilizando en la medicina alópata, encontrando un espacio en la medicina intercultural. Son las “mujeres policonsultantes” las que caen mas frecuentemente en esta dinámica. Hortensia confirma esta realidad, destacando que muchas de las mujeres que hoy visitan al machi son catalogadas como policonsultantes, clasificadas con la sigla “VDM” (vieja de mierda) y sigla escrita por lo médicos en la ficha medica, estableciéndose un prejuicio previo a la atención. Son mujeres estigmatizadas, catalogadas como enfermas patológicas y psicosomáticas. Este panorama genera una lógica de atención rápida, ya que se conoce de ante mano a la persona que se tiene en frente.

“El consultorio se ha convertido para ellas en un ente social, donde ellas satisfacen todas sus necesidades, incluso las afectivas, porque ellas como vienen tanto, una las ve, las saluda, ¿hola como esta? ¿Como esta usted? Así las saludan todos. Entonces hay un problema afectivo, ellas se sienten consideradas tomadas en cuenta, y circulan en el consultorio diría yo.”
..”(Hortensia Valenzuela, matrona del consultorio poniente de Pudahuel)

...Las no mapuches que consultan al machi, en general lo que yo he visto, son pacientes, la que nosotros llamamos la cliente frecuente..”(Hortensia

¹⁷ El alprazolam se usa para tratar los trastornos de ansiedad y los ataques de pánico. El ibuprofeno para aliviar el dolor, la sensibilidad, la inflamación (hinchazón) y las contracciones provocados por la artritis y la gota. También se usa para reducir la fiebre y aliviar las cefaleas (dolores de cabeza), los dolores musculares, el dolor menstrual, los achaques del resfriado común, el dolor de espalda y el dolor posquirúrgico o dental. El diazepam es un gran depresor del SNC con propiedades sedantes, ansiolíticas, amnésicas, anticonvulsivantes y relajantes musculares. El omeprazol se usa para tratar las úlceras; reflujo gastroesofágico (GERD), una condición en que el reflujo del ácido del estómago causa pirosis (acidez o calor estomacal) y lesiones en el esófago; y condiciones donde el estómago produce demasiado ácido, como el síndrome de Zollinger-Ellison.

Valenzuela, matrona del consultorio poniente de Pudahuel)

Según Hortensia, las mujeres que frecuentan el consultorio, buscan establecer relaciones afectivas que se lograrían a partir de redes sociales al interior del centro de salud. Estas redes se desarrollan generalmente entre las mismas enfermeras. El procedimiento del machi, a través del entendimiento del entorno social, satisface parte de las necesidades afectivas de las usuarias, ya que se orienta a las afecciones y problemas personales de cada persona. La medicina intercultural, vista en relación a la alta frecuencia de mujeres, cumple un objetivo central en los centros de salud, descongestionando parte de éstos. Por otra parte el sistema de atención (búsqueda semanal de la medicina) genera una dependencia médico-paciente, aumentando la construcción de redes sociales.

“El criterio que ocupó yo, es, haber, yo trabajo con mujeres, y de repente no es normal que se enfermen tanto, algo tiene que pasar para que se enfermen tanto, en ellas se da algo especial. Porque ellas viven en un ambiente natural, y hoy día viven en la máxima contaminación también. Viven hacinados, etc...”(Hortensia Valenzuela, matrona del consultorio poniente de Pudahuel)

La relación de la mujer con el espacio doméstico, podría tener que ver con la aparición de cierto tipo de enfermedades, males y dolencias, mientras los hombres, ubicados en el espacio público, se encargan de traer el sustento económico al hogar. El cuerpo es concebido como fuente de trabajo, desplazando la salud y las enfermedades laborales a un plano secundario.

Se destaca nuevamente una asociación entre los conceptos utilizados para nombrar las enfermedades y los síntomas vinculados al ámbito emocional. En la mayoría de los casos las sintomatologías se repiten, haciéndose recurrente la relación entre los problemas familiares, económicos y la crianza de hijos. Los problemas se traducen en dolores y malestares físicos, interpretados a partir de las denominaciones mostradas en el cuadro resumen. Retomado que la vida de la mayoría de éstas mujeres ocurre puertas adentro, quedando en evidencia la tensión que esto produce a nivel físico y psicológico.

“Tengo hipertensión, a los huesos, tengo escoliosis, tengo problema a la tiroide, dolor del cerebro, la cabeza que no podía ni mover ni los huesos, y ahora tengo una agilidad única...” (mujer winka, 35 años)

Para Pedro, el que la consulta sea visitada en su mayoría por mujeres, tiene que ver con que ellas, a diferencia de los hombres disponen de más tiempo para acercarse a los centros de salud. El hombre trabaja y no dispone de suficiente tiempo para consultar. Hortensia nuevamente confirma esta realidad, señalando que el problema se ubica en los sectores socioeconómicos bajos, donde el difícil acceso a la salud afecta en mayor proporción a los hombres, quienes llegan al consultorio cuando la enfermedad ha pasado a un estado más grave. La mujer en cambio, pertenecen al campo de la prevención, asumiendo la prevención de todos los integrantes de su familia. Esta idea es confirmada nuevamente por Hortensia, señalando que en varias oportunidades las mujeres están consultando por las afecciones de miembros de sus familias, averiguando que tratamiento pueden hacer ellas en la casa. Esta idea se ejemplifica cuando las mujeres consultan a través de la orina de los maridos

Conclusiones

A lo largo de éste estudio hemos asistido a la elaboración de nuevos conceptos de salud/ enfermedad proveniente de individuos que frecuentan un nuevo espacio terapéutico. Es el espacio de medicina intercultural puesto en marcha por políticas multiculturales orientadas a una cobertura médica del sector mapuche urbano en la región metropolitana. Los resultados que se desprenden de las dinámicas sociales al interior de éste espacio, no constituyen, creemos una objetividad frente a otras realidades existentes a lo largo del país. La gran ciudad de Santiago, condiciona ciertas tendencias en la comprensión de la salud/ enfermedad de los individuos.

En lo que concierne a la esfera política que sostiene éste espacio, y las dinámicas sociales que se generan en su interior , vemos que éstas permiten ver el sistema de salud público desde otro ángulo, vislumbrando nuevas necesidades y críticas. Tiempo limitado en la atención, medicalización injustificada y excesiva, además de la incomprensión de los males o enfermedades, son las principales críticas denunciadas por estas usuarias. El espacio “intercultural” se transforma en un espejo que refleja carencias vividas por mujeres en una de las comunas con índices socioeconómicos más bajos de la capital.

Comprender las dinámicas que se desarrollan al interior del consultorio (espacio del machi), han servido más bien para comprender como los individuos organizan un nuevo saber que proviene de la relación con el machi, interpretando las relaciones y prácticas provenientes del sector alópata. Pudimos observar como a través del entendimiento de una nueva filosofía en salud aprendida en el contacto con las facilitadoras interculturales, el individuo aplica una experiencia a su realidad. El consultorio se transformó en el espacio de convergencias médicas y del público, mapuche como no mapuche o winka. Es por esto que nuestro esfuerzo ha sido sobre todo comprender el marco de

referencia donde ésta información se ordena. Se trata de una iniciativa que incorpora la recuperación de prácticas culturales del mundo mapuche urbano, operando al interior de un centro de salud primario, accesible a toda la población, lo cuál demuestra igualmente una alta demanda no mapuche. Todo esto se presenta bien enmarcado en los objetivos básicos en salud pública provenientes del Ministerio de salud, el que se mantiene atento a los movimientos de las distintas organizaciones mapuches comunales.

El ejemplo del machi en el consultorio primario de Pudahuel, deja ver la imposición de un nuevo lenguaje en salud/ enfermedad, así como de nuevas concepciones del cuerpo, tanto cuidados como el sometimiento a posibles agresiones externas provocadas por “otros”. Dentro del universo de entrevistadas, pudimos notar afecciones psicológicas que se somatizaron en forma de enfermedades, sobre todo a través del dolor. Notamos igualmente la descripción de enfermedades sobrenaturales que encontraron una interpretación con el machi, dando cuenta de la aparición de componentes culturales asociados a la vida rural, presentes o visibles ahora en la ciudad. Este tipo de afecciones invisible para la medicina alópata marca la principal crítica de las usuarias hacia la salud pública. Son las usuarias, las que en éste espacio dejan ver aspectos que no funcionan bien, y que entenderlos ayudaría a modernizar el sector de salud pública, y lograr con menos recursos una ampliación de las coberturas (objetivo del Ministerio de salud). Las características socioculturales del grupo de entrevistadas se asocia generalmente a patologías del mundo popular, leído por la medicina alópata como exageraciones de las propias pacientes, lo que aumenta las visitas traduciéndose en una mayor demanda en salud que no logra ser satisfecha. Las afecciones no tienen siempre relación con problemas físicos.

El doble juego Estado-Mundo indígena urbano, funciona indirectamente hacia los mismos resultados. La celebración de ceremonias y rituales al interior o en las cercanías de los centros de salud genera automáticamente una identificación cultural (en el caso mapuche) validando el saber tradicional en toda la comuna, lo que genera un aumento de la frecuencia de individuos a los centros de salud.. La administración y control estatal incorpora elementos que

intervienen en lo que sería el desarrollo ancestral de la medicina mapuche. La ubicación del espacio terapéutico al interior del centro de salud, junto a la incorporación de facilitadores interculturales, y el mismo escenario que ofrece la ciudad, siendo la medicina tradicional una real alternativa de sanación. Las respuestas presentadas en este trabajo, permiten entrever problemas que raramente se ponen en escena, ya que las actitudes y comportamientos frente a la enfermedad no estuvieron presente en la dimensión política. Las discusiones se limitaron al problema del acceso, disfrazado, si se quiere de recuperación de un saber ancestral. Esto nos demuestra una coherencia con las investigaciones realizadas por Beltran en México. El comportamiento de la salud/ enfermedad se rige por patrones comunes, que se dejan ver una vez generadas las condiciones por el aparato estatal, quien administrará en la mayoría de los casos, el sector salud.

La organización mapuche-urbana, que no podemos dejar de lado, ya que es parte orgánica del desarrollo del problema, ha demostrado un fuerte compromiso en la socialización de la medicina tradicional mapuche. Este trabajo es visto por Ministerio de salud con grandes perspectivas, entregándole nuevos roles orientados a la difusión de la información, no solo respecto al ámbito de la salud. La medicina intercultural ha conseguido avances en el posicionamiento de la dimensión cultural, diseñando políticas y gestiones en cada unidad local.

El Estado creemos, ha reflexionado en materias de salud pública, heterogeneizando los espacios de salud, lo cuál como hemos visto, confirma la importancia de factores culturales presentes en la comprensión e interpretación de las enfermedades, contribuyendo a disminuir la distancia existente entre médico-paciente. La presencia de los equipos “interculturales” podría generar conciencia en la medicina alópata, demostrando que hay otras formas de sanación igualmente válidas. Independiente de los resultados y las críticas de su funcionamiento, vale la pena destacar esta intervención que podría marcar el inicio de las transformaciones en salud.

El programa se presenta positivo y funcional para el sistema de salud público.

En términos económicos este modelo es bastante práctico y conveniente ya que los costos de prevención son ampliamente inferiores que la cura. En este punto identificamos una posible relación con el modelo de salud familiar, donde los objetivos son controlar a la población en una etapa previa a la manifestación de las enfermedades. Este modelo trabaja a nivel de la prevención, donde la misión de los agentes de salud es atender a un número de familias asignadas previamente. En estas visitas se enseñan técnicas preventivas, generalmente a las mujeres dueñas de casa, con el objetivo que los individuos no lleguen a último minuto a los centros de salud.

La medicina intercultural, se presenta como una alternativa a la población, configurando y dando a conocer un escenario que refleja nuevas concepciones de salud /enfermedad. En el análisis comparativo entre mujeres mapuches y winkas, hemos rescatado aspectos importantes asociados a una mejor comprensión de la enfermedad, ubicándola del lado cultural, mientras la construcción del espacio se relacionaría a lo político. Destacamos también que junto a la puesta en marcha de programas destinados a la recuperación de la medicina tradicional, emerge la figura de machis a lo largo de todo el país. Este proceso se ha visto influenciado por la mediatización, potenciada por las mismas comunidades. El turismo y la imagen mediática ubican al machi como símbolo de exotismo, encontrando legitimaciones externas a las de los mismos mapuches. En términos legales, si bien existe una ley indígena destinada a la protección de los pueblos originarios, se ha discutido mucho el tema del “reconocimiento de la medicina tradicional”, ya que no existe un marco legal para la regulación de estas prácticas. Si bien el Ministerio de salud otorga un permiso para su ejecución, el porcentaje de terapeutas tradicionales que cuentan con ese permiso es mínimo.

Finalmente podemos señalar por un lado que el mapuche urbano encontraría en la salud intercultural un lugar de expresión cultural, ya que ésta ofrece los espacios para repensarse nuevamente como mapuches generando por otro lado, de manera inconsciente, todo un nuevo universo de significaciones e interpretaciones de salud/ enfermedad y cuerpo. Desde una perspectiva constructivista, el mundo mapuche urbano reconstruye una “nueva” identidad,

donde la ancestralidad ha sido el referente de las prácticas, mientras las instituciones colaboran creando lugares de expresión “cultural”. Por otro lado, se incorporan tanto las prácticas como los proyectos a una nueva forma de vida, apareciendo como prioridad fundamental el trabajo y la participación en actividades de desarrollo y recuperación cultural. Se trata de las dinámicas que permiten condensar nuevos significado lingüísticos.

Destacamos la importancia que podría tener la realización de éstos estudios en diferentes áreas geográficas, rescatando la utilización de nuevos conceptos en salud existentes tanto en zonas campesinas como en otros grupos indígenas. La ampliación de concepciones culturales y conceptos en salud/ enfermedad, podría contribuir a la implementación de políticas preventivas, dando cabida a nuevas vías de atención para abordar los cuidados del cuerpo. Estos estudios contribuyen a la mirada de la medicina alópata, validando las nuevas técnicas de sanación.

Hemos dejado igualmente en evidencia la importancia de la incorporación de estudios de género orientados a los espacios en salud. Las mujeres, que muchas veces manifiestan problemas psicológicos producto de las responsabilidades asumidas en el hogar, manifiestan problemas físicos traducidos en enfermedades, sin embargo el sistema de salud las excluye. Este punto se deja abierto para investigaciones futuras ya que esta investigación ha rescatado los discursos de una pequeña muestra de mujeres.

Respecto a la metodología proponemos igualmente una futura investigación con un grupo mayor de usuarias, realizando un seguimiento más prolongado de la historia médica de cada una. Esta investigación constituye un primer acercamiento al tema, cuya segunda etapa consistiría en orientar mejor una hipótesis, ya que de forma inesperada nos extendimos en un abanico inseparable de subtemas.

En un posterior estudio del espacio, se requeriría una metodología más estricta ya que según lo registrado en terreno, pudimos advertir que las dinámicas van modificándose rápidamente. En la última visita al consultorio, el equipo de

salud intercultural se había trasladado a un nuevo espacio (frente al consultorio) independiente del centro médico. En este nuevo lugar llamó la atención ver que la consulta del machi era frecuentada ésta vez por ancianos y mujeres, todos catalogados como policonsultantes. Estas apreciaciones dan cuenta que los estudios en salud son fundamentales para comprender el contexto social en que se mueve un grupo de personas, lo que implica nuevos códigos en la interpretación y concepción de la salud/ enfermedad.

Anexo Fotográfico

Imagen 1



Ceremonia en el patio interior del Consultorio. Al lado izquierdo de la imagen, con un kultrun en la mano, el machi Oscar Benaven

Imagen 2



Consulta del machi, al fondo sala de atención

Imagen 3



Señalética mapuche al interior del consultorio poniente de Pudahuel

Imagen 4



Facilitadoras interculturales,(con atuendos mapuches) detrás usuarias mapuches y no mapuches del machi.

Bibliografía

- Amezcuca, Manuel. ***El trabajo de campo etnográfico en salud. Una aproximación a la observación participante.*** Artículos especiales, metodología cualitativa .Index de Enfermería, 2000.
- Ander- Egg, Ezequiel. ***Técnicas e investigación social.*** Argentina, Ediciones Lumen, 1995. 424pp.
- Augé Marc, Herzlich Claudine ***“Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maledie”*** Bruxelles: Editions des archives contemporaines, 1994.
- Bacigalupo Ana Mariella. ***El rol del medicar de machi en la recreación de la identidad mapuche: voces de resistencia, hibridez y transformación en las prácticas de machi,*** Argentina, 2001.
- Bengoa, José. ***La emergencia indígena en América latina.*** 1ª ed. Santiago, Chile, Fondo de cultura económica, 2000. 341p.
- Bocccara Gillaume. ***Estado multicultural y etnicidad en Chile. La formación del campo de la salud intercultural,*** artículo en curso de publicación, 2007 .
- Bourdieu, Pierre. ***La dominación masculina.*** Barcelona, Editorial Anagrama, 2000. 158p.
- Campos Roberto Navarro. ***La Antropología médica en México.*** 1ª Edición, México, Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana, 1992. 224p.
- Castro, Roberto. ***La vida en la adversidad; el significado de la salud y la reproducción en la pobreza.*** México, Crim-unam, 2000. 541pp.

- Carrasco, Ana María "*Llegando al mundo terrenal: embarazo y nacimiento entre los aymaras del norte de Chile*". En Montecino, Castro y de la Parra (comps.) ***Mujeres: espejos y fragmentos. Antropología del género y salud en el Chile del siglo XXI***. 2003. Santiago de Chile, Aconcagua, pp:84-97.

- Medicinas y Culturas en la Araucanía*** por Luca Citarella, Ana María Cornejos, Bernarda Espinosa, Ivonne Jelves, Ana María Oyarce y Aldo Vidal. Trafkin, Cooperación Italiana en Salud, Santiago-Chile. 2ª ed. 2000.

- Comelles, Josep Maria y Hernández Angel Martínez. ***Enfermedad, cultura y sociedad (Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina)*** 1ª ed. Madrid, Eudema Antropología Horizontes, 1993. 96p.

- De Beauvoir, Simone. ***El Segundo Sexo***. 1ª ed. Buenos Aires. Editorial Sudamericana, 1999.725p.

- Defossez, A.C. Fassin D. y Viveros M.. ***Mujeres de los andes. Condiciones de vida y salud***, Instituto Francés de estudios andinos IFEA. Universidad Externado de Colombia 1992

- Deleuze Gilles, ***Presentación de Sacher-Masoch***, Amorrortu ediciones. Buenos Aires 2001

- Delgado Juan Manuel y Gutierrez Juan. ***Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales***. Madrid. Editorial síntesis, 1999.

- Ehreulich, Bárbara y Deirdre English. ***Brujas, Comadronas y Hechiceras. Historia de las Sanadoras***. Barcelona: La Sal, Ediciones .1998

- Fassin Didier .***L'espace politique de la santé***. Universitaires de France, 1996.

- Ferrado García Manuel, Ibañez Jesus, Alvira Francisco. ***El análisis de la***

realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Madrid, Alianza Editorial, 1994. 603pp.

-Flick Ulrich. **Introducción a la investigación cualitativa.** Madrid, Ediciones Morata, 2004.322pp

-Foucault, Michel. **El Nacimiento de la clínica (Una arqueología de la mirada médica).** 1ª ed. Argentina, Siglo XXI Editores, 2003. 293p.

-Foucault, Michel. **Vigilar y Castigar.** Buenos Aires, 1ª ed. Argentina, Siglo XXI veintiuno Editores, 2004. 314p.

-Gerardo Fernández Juárez, compilador. **Salud e Interculturalidad en América Latina, Perspectivas Antropológicas** . 1ª Edición, Quito, Ecuador, 2004. 350p.

-Good, Byron, J. **Medicina racionalidad y experiencia (Una perspectiva antropológica)** España, Edicions Bellaterra, 2003. 375p.

-Hammersley Martyn y Atkinson Paul. **Etnografía, métodos de investigación,** Ediciones Paidós. Buenos Aires, 2004.

- Herzlich Claudine. **Santé et maladie, Analyse d'une représentation sociale,** Ecole Pratique des Hautes Etudes et Mouton Paris, 1969

-Kymlicka, Will. **Ciudadanía Multicultural.** Barcelona, España, Editorial Paidós, 1995. 303p.

-Lévi- Strauss, Claude. **Antropología Estructural.** 1ª ed. Buenos Aires, Argentina, Eudeba, Editorial Universitaria de Buenos Aires, 1968. 368p.

-Menéndez, Eduardo. **Antropología Médica. Orientaciones, Desigualdades y Transacciones.** 1ª ed. México, D.F, Cuadernos de la casa Chata, 1990. 254p.

-Montecino Sonia. Mujeres. **Espejos y fragmentos en Antropología del género y salud en el Chile del siglo XXI**. : Santiago de Chile, Aconcagua, 2003 , pp:84-97.

-Ortner, Sherry. “**¿Es la Mujer con respecto al Hombre lo que la Naturaleza con respecto a la Cultura?** “, en Antropología y Feminismo. Barcelona: Eneagrama. 1979.

- Roudinesco Elisabeth. **El paciente, el terapeuta y el Estado**. Buenos Aires. Siglo XXI Editores, 2005.

-Sahlins Marshall. **Islas de historia, la muerte del caitán Cook. Metáforas, antropología e historia**. Barcelona, España, 1988. 163

- Sen, Gita. **Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas**, Publicación Ocasional N°14, OPS-Harvard Center for Population and Development Studies. 2005

-Sontag Susan. **La enfermedad y sus metáforas. El Sida y sus metáforas**. Madrid, España, Santillana Ediciones Generales, 2003. 252p.

-Taylor, S.J y Bogdan, R. **Introducción a los métodos cualitativos de investigación**. 1ª ed. Argentina, Buenos Aires, Ediciones Paidós, 1992. 343p.

-Valls Martinez María del Carmen. **Aspectos Biológicos y Clínicos de las Diferencias**. Quark: Ciencia, medicina, comunicación y cultura, ISSN 1135-8521, N° 27, 2003 (Ejemplar dedicado a: Homenaje a Hipatia. Mujeres y hombres : salud, ciencia y tecnología) Localización, Enlaces.

-Xawvpayin pu zomo ni xekan mew. “**Nos hemos encontrado en el camino de las mujeres mapuche**”, Conadi, Gobierno de Chile, Oficina de Asuntos indígenas. Santiago, Chile. 2003.

Otros textos:

- ***Ceremonia de entrega de Políticas de Nuevo Trato a los Pueblos Indígenas*** (16 de abril 2004, Santiago, Chile) Gobierno de Chile, Secretaria de comunicación cultural, 2004.41p.

-***Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta.*** Esp. Salud Publica, (vol.76, no.5). 2002.

-Instituto Nacional de Estadísticas. Programa Orígenes (Mideplan/ Bid). 1ª ed. Instituto nacional de Estadísticas en convenio con el Ministerio de Planificación nacional, 2005. 200p.

-***La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Género y salud mental en un mundo cambiante.*** Valencia, España, 2004. Vol. 18 (Nº.1): Ejemplar dedicado a: Informe SESPAS

- Harvard Center for Population and Development Studies ***Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: Un análisis de la investigación y las políticas.*** Estados Unidos, 2005.

Agradecimientos

La investigación que se presenta a continuación es fruto del trabajo de 3 meses de terreno y de una larga reflexión sostenida por diferentes aportes teóricos. El intento fue desde un principio comprender y analizar las dinámicas que aparecen en el espacio intercultural sin dejar de lado los subtemas que lo componen. El desarrollo de ésta investigación presenta una serie de temas y subtemas desplegados unos en relación a los otros.

Tengo que agradecer a muchas personas que colaboraron para que hacer real ésta investigación. Danilo Ríos, encargado del Servicio de Salud Oriente, quien me presentó al equipo de salud intercultural de la comuna de Pudahuel, invitándome a participar de las numerosas reuniones de salud intercultural organizadas por el Servicio. Pedro Llancapán, presidente de la organización mapuche de Pudahuel la facilitadota intercultural Carmen Huenullán, quienes estuvieron siempre dispuesto a colaborar conmigo, invitándome a las actividades del consultorio y presentándome a todo el universo de usuarias/os que forman parte de éste trabajo.

De los académicos de la carrera de Antropología, en primer lugar quisiera agradecer al profesor Juan Lebert por su incondicional apoyo, incluso a momentos de distancia geográfica, su fuerte orientación e incentivo fueron claves en el desarrollo y conclusión de esta investigación. Alexandra Obach, investigadora de antropología de la salud, quien me acercó al Servicio de Salud Occidente en mis primeros pasos de ésta investigación.

A mi compañera de terreno, Verónica Aguirre, por su apoyo y por las largas discusiones que sostuvimos sobre el tema. Del mundo médico a Hortensia Valenzuela por la rica información que entregó, importante para entender de cerca la mirada de la medicina alópata. A todos mis compañeros y compañeras con quienes intercambié experiencias, y de quienes aprendí cosas nuevas.