



Lo propio, lo foráneo y lo diverso: salud y nuevas rutas de curación en Chile

Alexandra Obach King

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



Departamento de Antropología Cultural, Historia de América y de África
Facultad de Geografía e Historia
Universidad de Barcelona

Doctorado en Antropología Social y Cultural, bienio 2002-2004

**LO PROPIO, LO FORÁNEO Y LO DIVERSO:
SALUD Y NUEVAS RUTAS
DE CURACIÓN EN CHILE**
Tesis Doctoral

Presentada por
Alexandra Obach King

Dirigida por
Dra. María Jesús Buxó Rey

Septiembre, 2011

A. OBACH K

AGRADECIMIENTOS

Mi primer agradecimiento es para la profesora María Jesús Buxó, por su interés en esta investigación desde sus inicios, por su constante orientación y sus valiosos consejos.

Agradezco a todas las personas involucradas en el Programa de Salud y Pueblos Indígenas de las comunas de Pudahuel, Cerro Navia y lo Prado que compartieron conmigo sus experiencias y me permitieron acceder a las prácticas de salud intercultural. Agradezco especialmente a Danilo Ríos y Pedro Llancapán.

A Domenica Marasca, quien me abrió las puertas de la UST del Hospital San Borja Arriarán. A la dirección del hospital por interesarse en el proyecto, a todos los médicos, enfermeras, auxiliares, voluntarios y usuarios de la UST. Al *machi* de la UST, por compartir conmigo su maravilloso mundo chamánico tanto en el espacio urbano como rural.

A Claudio, por permitirme acceder a la práctica de Sintergética en el Hospital San José. A Jorge Carvajal y todo el equipo de sanadores de Sintergética por abrirme las puertas de ese mundo, así como a todos los usuarios de Sintergética por compartir sus experiencias terapéuticas conmigo.

A Michelle Sadler, por su amistad y apoyo durante todo el proceso.

Agradezco también al Centro Interdisciplinario de Estudios de Género de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, por su apoyo en mi participación en el programa de Doctorado en Antropología Social y Cultural de la Universidad de Barcelona.

A Niels Rivas, por su compañía durante este largo proceso, por haber confiado siempre en mis ideas y en mi trabajo, y por el gran aporte que significó su revisión y corrección del texto. A mi familia completa por creer en mí y, por sobre todo, a Vicente, por existir.

INDICE

Introducción	9
Capítulo I. Antecedentes	21
1.1. El interés institucional por la diversidad en salud	21
1.2. El Estado chileno y la diversidad en salud	26
1.3. Medicina y pueblos indígenas en Chile: hacia el desarrollo de políticas de salud intercultural	30
1.3.1. La construcción de la identidad mapuche contemporánea	38
1.4. Medicinas alternativas y complementarias Chile: la visibilización de la diversidad en salud.....	46
Capítulo II. Marco teórico	53
2.1. El conflicto de la identidad en el tránsito entre lo global y lo local	53
2.2. El cuerpo como territorio de disciplina y poder: los alcances de la biopolítica en el campo de la salud intercultural	56
2.2.1. Biopolítica y salud intercultural	64
2.3. El riesgo y sus consecuencias en los ámbitos de la salud	67
2.4. Las opciones de atención de salud en un mundo globalizado: la visibilización de la diversidad	75
Capítulo III. Consideraciones metodológicas: el proceso de trabajo de campo	85
3.1. El enfoque metodológico	85
3.2. Trabajo de campo y técnicas de investigación	86
3.2.1. Programa de Salud y Pueblos Indígenas del Servicio de Salud Metropolitano Occidente	87
3.2.2. Programa de Salud Integral, Unidad de Salud del Trabajador (UST) del Hospital San Borja Arriarán	89
3.2.3. Sanación Sintérgica en el Hospital San José	90
3.2.4. Etnografía de diversos contextos vinculados a la salud/enfermedad	92

3.2.5. Entrevistas en profundidad: rescate de las voces institucionales y de usuarios	92
3.3. Procedimientos éticos	94
3.4. Dificultades presentadas durante el trabajo de campo.....	94
Capítulo IV. Etnografía de tres experiencias de salud intercultural.....	97
4.1. Implementación de medicina mapuche en la atención primaria en la ciudad de Santiago	97
4.1.1. Las voces institucionales	97
4.1.1.1. La organización de la interculturalidad en tres comunas de Santiago ..	97
4.1.1.2. Organizaciones Mapuches y Programa de Salud y Pueblos Indígenas ..	106
4.1.1.3. La figura de facilitadores interculturales	114
4.1.1.3.1. Facilitadoras interculturales desde una perspectiva de género	116
4.1.2. Las voces de los usuarios.....	119
4.1.2.1 Usuarios <i>winka</i> del Programa.....	122
4.1.2.2. Población mapuche usuaria del Programa.....	130
4.1.2.3. Usuarios del Programa desde una perspectiva de género.....	140
4.1.2.4. La centralidad del espacio terapéutico y la fe en el acto de curación....	149
4.2. La experiencia de las medicinas alternativas y complementarias, y medicina mapuche, en el Hospital San Borja Arriarán.....	152
4.2.1. La Instalación de un modelo holístico de salud en la UST.....	156
4.2.2. El impacto de la introducción del modelo holístico de salud en el equipo de la UST	163
4.2.3. El impacto de la introducción de medicinas alternativas y complementarias entre los usuarios de la UST.....	167
4.2.4. Análisis de la experiencia desde una perspectiva de género.....	173
4.2.5. Aproximación etnográfica de dos terapias complementarias que ofrece la UST: Apiterapia y Yoga	175
4.2.6. La experiencia de instalación de atención de <i>machi</i> en la UST del Hospital San Borja Arriarán	181
4.2.6.1. Sobre la experiencia del <i>machi</i> Pablo en la UST del Hospital San Borja Arriarán	185

4.2.6.2. Los orígenes de Pablo: encuentros y desencuentros de dos (y más) mundos. Etnografía de un <i>nguillatun</i>	191
4.2.6.3. Etnografía de una ceremonia mapuche en el Hospital San Borja Arriarán	197
4.2.6.4. El impacto de la atención de <i>machi</i> entre los usuarios de la UST	201
4.3. La experiencia de instalación de medicina holística al interior del Hospital San José: el caso de la Sanación Sintergética.....	207
4.3.1. Las características de la Sintergética en Chile.....	209
4.3.2. La Introducción de la Sintergética en el Hospital San José.....	214
4.3.3. Aproximación etnográfica a las sesiones de sanación Sintergética en el Hospital San José	218
4.3.4. La Sintergética desde la experiencia de los sanadores.....	222
4.3.5. La Sintergética según los usuarios	229
Capítulo V. Etnografía: el mercado y los nuevos escenarios de la salud en Chile	235
Capítulo VI. Reflexiones finales	249
6.1. Nuevas rutas de curación en Chile al interior de espacios biomédicos	250
6.2. De la sociedad del riesgo a la sociedad del tanteo en los ámbitos de la salud	255
6.3. Construcción de comunidad a partir de la experiencia de curación	266
6.4. Análisis de las nuevas rutas de curación desde una perspectiva simbólica	272
Bibliografía	279

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como propósito identificar y analizar las nuevas rutas de curación que se están desarrollando en Chile, particularmente aquellas que se están produciendo al interior del sistema médico oficial y que incluyen la incorporación dentro del quehacer alópata de tradiciones terapéuticas que históricamente han estado al margen de la medicina oficial.

Para substanciar etnográficamente la investigación he realizado trabajo de campo siguiendo dos procesos de implementación sanitaria: por un lado, la ejecución del Programa de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud de Chile (Minsal)¹ en las comunas de Pudahuel, Cerro Navia y Lo Prado² de la ciudad de Santiago, donde se ofrecen atenciones de salud de medicina mapuche³ en espacios biomédicos o bien al alero de éstos. Por otro lado, la introducción de medicinas alternativas y complementarias (MAC)⁴ en dos establecimientos públicos de salud: el Hospital San José y el Hospital San Borja Arriarán⁵. Éste último, a su vez, también corresponde a uno de los lugares donde se ejecuta el Programa de Salud y Pueblos Indígenas, ya que, además de MAC, incorpora terapéutica indígena mapuche, por lo que fue posible observar ambos procesos.

Esta investigación de campo no sólo quiere reflejar estos desarrollos sanitarios, sino las razones por las cuales el sistema de salud público incorpora elementos de

¹ El Programa de Salud y Pueblos Indígenas depende del Ministerio de Salud de Chile (Minsal) y se ejecuta a través de los distintos Servicios de Salud que están presentes en todas las regiones del país.

² La investigación se centró en las comunas de Pudahuel, Cerro Navia y Lo Prado por ser éstas las que presentan mayor cantidad de población indígena en la ciudad de Santiago, específicamente población mapuche. Las tres comunas pertenecen en lo que respecta a la autoridad sanitaria al Servicio de Salud Occidente, el cual tiene a su cargo 6 comunas urbanas y 10 rurales dentro de la región Metropolitana.

³ En Chile se reconocen 8 pueblos originarios: Aymara, Atacameño, Quechua, Rapa Nui, Colla, Alacalufe, Yámana y Mapuche. La etnia mapuche es el pueblo con mayor presencia en el país, tanto por su mayor presencia numérica como por su desarrollo histórico particular.

⁴ Esta denominación incluye a un conjunto de prácticas de curación que no se considera parte de la medicina convencional y que han sido trasplantadas e insertadas en una sociedad que tradicionalmente no las practica. En el caso de Chile esto las diferencia de las medicinas indígenas y de la medicina popular, propias del país. Bajo la denominación de alternativas y complementarias se agrupan una serie de prácticas terapéuticas de diversos orígenes y procedencias, especialmente de tradiciones orientales.

⁵ El Hospital San José depende del Servicio de Salud Metropolitano Norte, mientras el Hospital San Borja Arriarán al Servicio de Salud Metropolitano Central. De este modo, en la investigación he abarcado tres áreas de la ciudad de Santiago (occidente, centro, norte) cuya población es mayoritariamente usuaria del sistema público de salud, no así la zona oriente donde se concentra la población con mayores recursos económicos y, por ende, es el sector que más utiliza el sistema privado de salud.

sistemas médicos no alópatas en las prácticas hospitalarias de atención a pacientes. Y, consecuentemente, el impacto que producen estas experiencias de curación en el plano identitario y la organización colectiva de los sujetos, como también en las instituciones biomédicas locales, sin olvidar los mecanismos de control y poder que se despliegan en estos escenarios.

Asimismo, esta tesis se propone analizar tipos y procesos de interculturalidad colectiva e institucional que se desarrollan desde estos ámbitos de la salud, el impacto de estos procesos desde la perspectiva de los valores públicos y también expertos como la Bioética, y las implicancias simbólicas y políticas del fenómeno. Todo esto en un marco social caracterizado por la globalización, cuya dinámica tiende a homogeneizar las sociedades a la vez que genera una explosión de identidades y de categorías sociales múltiples a nivel local, involucrando la etnia, el género, la religión y la economía. En algunos casos, esta dinámica se orienta a revalorizar ciertas identidades históricas (a saber, las indígenas), como también incorporar elementos provenientes de otras tradiciones culturales, diversificando así las sociedades internamente (Garretón, 1999).

De esta manera, los fenómenos a investigar se sitúan en un escenario que se caracteriza por combinar lo global y lo local, favoreciendo los aspectos más visibles de la diferencia, por ejemplo, los étnicos, a través de la exaltación de sus productos culturales en diversos ámbitos como la expresión estética del vestir o el comer, pero también los del cuidado del cuerpo, sanitarios y cosméticos. Este nuevo escenario de la globalidad intercultural se combina con el quehacer ecológico, un retorno a la naturaleza que se corresponde con una nueva apreciación de lo natural y holístico, lo cual impacta también en las nociones de salud y las causas de la enfermedad. Es un escenario que, en la palabras de Le Breton *"(...) da cuenta de la emergencia de valores ascendentes que organizan cada vez más las formas de la vida social: primacía del individuo, preocupación por lo natural, por el cuerpo, por la forma, derecho a la salud, culto de la juventud (no tanto la edad de la juventud sino su vitalidad)"* (1990: 173).

En este marco, la complejidad y la inseguridad de la combinatoria global-local potencia el desarrollo de ideologías y movimientos cuyo denominador común es ofrecerse como alternativas. En el caso que nos ocupa, la "alternativa" quiere decir

resistencia frente al *establishment*, entendido como el conocimiento que impone la biomedicina hegemónica sobre los cuerpos y la salud, en virtud de su poder regulatorio y disciplinario. Tal como sostiene Foucault, *“la medicina es un poder-saber que actúa a un tiempo sobre el cuerpo y sobre la población, sobre el organismos y los procesos biológicos. En consecuencia, la medicina tendrá efectos disciplinarios y efectos de regulación”* (1998:204).

En algunos países, como una manera de hacerse parte de esta ideología creciente, de generar acciones políticamente positivas, y posiblemente como una forma de reconocer las diferencias de los sistemas culturales de los grupos indígenas (siendo esto último entendido incluso como un valor añadido), se otorga a las medicinas alternativas y complementarias, como también a las indígenas, un espacio dentro del sistema sanitario oficial. El análisis de los beneficios así como los conflictos de interés que surgen en estas políticas sanitarias constituye el eje articulador de mi investigación que pasa por identificar, inicialmente, las problemáticas tanto en cuanto involucran a los sujetos pacientes como al propio sistema biomédico y, posteriormente, las acciones y reacciones para solucionarlas.

Del origen de la problemática cabe señalar la insatisfacción de los individuos frente a la oferta de terapias proporcionada por el sistema médico oficial, ya que una serie de enfermedades y trastornos de la salud no logran encontrar una solución efectiva en la medicina alópata. Esta situación ha impulsado a los individuos a buscar nuevas rutas terapéuticas para el restablecimiento de la salud, las cuales apelan cada vez más a la diversidad de procedimientos y concepciones, promoviendo así el tránsito entre distintos sistemas médicos sin importar la procedencia de éstos, ya que este comportamiento se sitúa en un escenario que permite hibridizar lo local y lo global. Son individuos que están insertos en la ideología “alternativa”, es decir, que valoran lo natural y lo holístico por sobre lo artificial y lo fragmentario, cualidades, estas últimas, que se atribuyen a la biomedicina.

Los sistemas médico y farmacéutico reconocen algunos aspectos de la ideología “alternativa” y los institucionalizan, tanto a través de la comercialización de los productos naturales en beneficio de la industria farmacéutica, generándose una suerte

de apropiación artificial e industrial de la naturaleza, como por medio de la introducción de terapéuticas no alópatas en el sistema biomédico⁶.

Dado este enfrentamiento que se entiende como el núcleo del problema, me interesa plantear como hipótesis de investigación que en este escenario los individuos optan por la diversificación de la atención en terapias y productos terapéuticos y, a través de las diversas corrientes terapéuticas a las que se acogen, articulan una *identificación*⁷ transitoria con las ideologías en las que se sostienen protagonizando así un proceso de construcción identitaria en forma de conductas flexibles, efímeras y contingentes. Esto trae como consecuencia un empoderamiento que se refleja en la manera de enfrentarse al sistema médico tanto en sus elecciones como en la toma de decisiones. Los individuos cada vez responden menos a la figura de pacientes (categoría propia del sistema biomédico que presupone soportar pacientemente diagnósticos y tratamientos), buscando ser usuarios con capacidad para tomar decisiones tanto en calidad de individuos como a comunidades étnicas⁸.

La segunda vertiente de mi hipótesis se basa en el reconocimiento de la incorporación de terapéuticas no alópatas por parte del sistema médico oficial. Sobre esta otra cara de la moneda, propongo que, por una parte, el sistema biomédico recoge elementos de la ideología “alternativa”, por cuanto existe conciencia de que implica una eficiencia que la medicina oficial no es capaz de dar respuesta según las

⁶ Hoy, por ejemplo, es posible ver cómo las nuevas tendencias en salud antes mencionadas están presentes dentro de la oferta de la industria farmacéutica. Esta industria (junto con otras como editoriales y alimenticias) ha desarrollado toda una gama de productos que le permiten comercializar estilos de vida sanos y medicamentos “naturales”, lo que se observa tanto en los espacios formales de venta de medicamentos como en los informales. La medicina herbolaria es un ejemplo de este proceso, la cual, según Menéndez (2004), ha sido especialmente impulsada en los últimos veinte años por una parte de la industria químico-farmacéutica dado el incremento del consumo de estos productos por los sectores sociales de mayores ingresos. Esta, más otras acciones, han hecho que las atenciones tradicionales-populares estén dejando de ser patrimonio exclusivo de determinados sectores sociales, económicos o étnicos. En este contexto es común leer en la prensa nacional e internacional los constantes conflictos en torno a patentes de hierbas medicinales, generalmente patrimonio de países pobres o en vías de desarrollo, los cuales son cada vez más apetecidos por la industria químico-farmacéutica.

⁷ Me refiero a identificación siguiendo a Bauman, quien sostiene que en las sociedades complejas actuales es más acorde plantear este concepto en vez del de identidad. Sostiene el autor: “*quizá en vez de hablar de identidades, heredadas o adquiridas, iría más acorde con las realidades de un mundo globalizador hablar de identificación, una actividad interminable, siempre incompleta, inacabada y abierta en la cual participamos todos, por necesidad o por elección*” (2007:175).

⁸ Para los fines de la investigación, a lo largo del texto me refiero a los individuos de esta última manera, es decir, como usuarios y usuarias de los sistemas médicos abordados en el trabajo de campo.

demandas de las comunidades ni psíquica ni tampoco económicamente por la crisis del propio sistema sanitario de la sociedad global. Y, sin embargo, por otra, no deja de reproducir la tradicional relación de hegemonía-subalternidad respecto de otras formas de atención externas al marco biomédico al mantener el carácter subordinado de las terapéuticas de nueva incorporación. En este caso, si bien se puede reconsiderar el concepto clásico de paciente, no obstante el término evoluciona en la dirección de pasar a “cliente”, concepto que encaja con la ideología neoliberal que se pretende introducir al convertir en mercado el sistema sanitario.

Sobre la base de la hipótesis planteada, me interesa explorar qué clase de conexiones y tensiones se establecen en el área de la salud entre las demandas de grupos étnicos y sociales cuyas identidades se hacen presentes en la sensibilidad con la que reciben la atención de salud, generando demandas de atención que apelan a diversos criterios culturales en la aplicación de protocolos y tratamientos terapéuticos, y la respuesta que el Estado está otorgando a estas demandas a través de las prestaciones que ofrece el sistema público de salud en el país. En consecuencia, describir y analizar las implicancias culturales, sociales y políticas que están involucradas en este fenómeno, diferenciando el discurso del Estado sobre la concepción de la salud y la interculturalidad terapéutica, y los discursos y prácticas que los usuarios del sistema de salud público construyen y accionan según el uso cotidiano que hacen de estas nuevas prestaciones médicas. Cabe señalar que a la incorporación de prácticas de medicina indígena dentro del quehacer biomédico se le asigna un carácter intercultural, de hecho, esto es lo que se entiende en Chile por salud intercultural, no así a la incorporación de medicinas alternativas y complementarias, experiencias que quedan al margen de una conceptualización de interculturalidad en salud. Esto, tanto por el fin político que conlleva el desarrollo de programas de salud indígena dentro de instituciones biomédicas, como por la poca vinculación que hasta la fecha se ha establecido entre las medicinas alternativas y complementarias, y el sistema biomédico.

Por todo ello, el objetivo que me propongo alcanzar es el de identificar y analizar el proceso de incorporación de terapéuticas no alópatas en el sistema de salud público en Chile, explorando las implicancias culturales, sociales y políticas que este fenómeno

conlleva tanto en el plano de los individuos como en el de las instituciones de salud. Como objetivos específicos busco explorar en las razones por las cuales el sistema biomédico chileno busca introducir terapéuticas no alópatas dentro de su quehacer, indagando en el significado que otorgan los usuarios por un lado, y las instituciones alópatas por otro, a este proceso. Vinculado a lo anterior me interesa asimismo examinar el rol que juega la salud en la construcción de identidades étnicas y colectivas, analizando con ello las consecuencias que la introducción de terapéuticas no alópatas en el sistema de salud público tiene sobre la noción de interculturalidad. Por último, explorar las consecuencias prácticas y simbólicas de las transformaciones que se están produciendo en el ámbito de la salud en Chile a través de los fenómenos observados en comunidades y centros de salud.

Esto nuevamente lleva la discusión al campo de la Biotética ya que, tal como sostiene Itziar de Lecuona:

“Si bien puede decirse que en un primer momento la bioética se ocupó de manera especial del reconocimiento de la autonomía de las personas en sanidad, ahora empieza a abrirse el análisis y reflexión acerca de cuestiones que son de carácter colectivo y no menos acuciantes. La responsabilidad social en salud, el acceso a la asistencia sanitaria, la erradicación de la pobreza, el goce del grado máximo de salud se puede alcanzar” (2009:449).

Cabe destacar que en los últimos años en América Latina, y en Chile en particular, los pueblos originarios han protagonizado un proceso de revitalización y reivindicación étnica de gran calado cultural.

Históricamente tanto la medicina mapuche como las alternativas y complementarias han operado al margen del quehacer oficial en salud, de modo que el escenario actual señala una transformación profunda, rica en consideraciones sociales y culturales, de la estructura tradicional del sistema sanitario chileno, sobre todo si se asume que ambas opciones terapéuticas apelan tanto a criterios de pertinencia cultural (medicina mapuche), como a la movilidad e importación de tradiciones extranjeras (medicinas alternativas y complementarias). Asimismo, el tema reviste interés desde una perspectiva antropológica por cuanto la medicina mapuche y la alternativas y complementarias conciben la salud desde una visión “holística”, es decir, a través de

terapéuticas que integran diversos ámbitos del ser humano (mente-cuerpo-espíritu-grupo social de pertenencia, etc.) y se posicionan como opciones “naturales” de salud, en contraposición a la biomedicina, la cual es percibida como “artificial” y farmacologizada, caracterizándose por tener una visión racional y cartesiana de división entre mente y cuerpo, y por comprender las enfermedades como entidades definidas y producidas por causas únicas (Comelles y Martínez, 1993). Esta diferencia en la manera de concebir la salud, la enfermedad y el cuerpo humano entre la biomedicina por un lado, y las medicinas indígenas y las alternativas y complementarias por otro, impulsa la indagación en torno a las motivaciones últimas que explican la introducción de terapéuticas no alópatas en el quehacer biomédico y, más particularmente, en del sistema público de salud en Chile, a la vez que constituye una plataforma idónea para estudiar las consecuencias de dicho fenómeno desde una perspectiva cultural.

Si bien las experiencias de introducción de medicina indígena en salud pública comenzaron como casos aislados llevados a cabo preferentemente en sectores rurales con alta población indígena, con el pasar de los años éstas se han ido masificando e instalando en las urbes, lo que levanta preguntas acerca de las dinámicas sociales que se están produciendo a partir de estas realidades. Por otro lado, las medicinas alternativas y complementarias han presentado un rápido crecimiento y una gran difusión comercial en todo el mundo occidental en las últimas décadas. Como sostiene Douglas, *“siempre hubo medicina alternativa o complementaria, pero hoy la cantidad de sus seguidores es impresionante y cada vez mayor”* (Douglas, 1998:38).

Así, tanto la medicina indígena como las alternativas y complementarias son opciones terapéuticas cada vez más utilizadas en las sociedades actuales, las cuales se insertan en un contexto donde fenómenos como la globalización, las migraciones, el desarrollo de un capitalismo avasallador -especialmente en el sector farmacéutico-, entre muchos otros aspectos, están generando nuevas realidades en materia de salud y, por lo mismo, las estrategias de cuidado y atención de ésta también se están modificando. Todo esto implica pensar la salud ya no sólo en términos locales sino globales, toda vez que las fronteras de lo local no permiten comprender todas las complejidades que emanan de las construcciones sociales actuales que se dan en las áreas de salud y enfermedad. Tal como sostiene Buxó *“hoy las enfermedades no tienen*

fronteras y, por lo tanto, no pueden ser concebidas en términos locales sino como problemas conectados con la pobreza y la marginalidad en todos los países del mundo” (2004:12). Junto con esto, existe una tendencia que apela a la incorporación de aspectos culturales en los ámbitos de la salud, tanto de aspectos de las “culturas locales” como también de los movimientos globales a los que las personas acceden por diversas vías (medios de comunicación de masas, internet, migraciones, viajes). Tal como sostienen Larrea y Martínez:

“Un fenómeno derivado de los procesos de globalización y su impacto en los diferentes mundos locales -aunque quizás la palabra “mundo” tenga una excesiva connotación de autonomía- es la intensificación del efecto de “desprendimiento” de los productos culturales (sean simbólicos o materiales, o ambas cosas a la vez) de su contexto sociohistórico y su inclusión en redes globales de comunicación y consumo. De forma dialéctica, los contextos locales hacen uso de los productos generados en otros “pequeños mundos” y establecen, así, una relación que puede ser de dependencia económica y/o contacto cultural. De esta forma se facilita e intensifica una interconexión que permite tanto los procesos de modernización del mundo indígena y tradicional como la indigenización y tradicionalización de la modernidad” (2006:9).

Esto abre la discusión hacia el terreno de la bioética en tanto campo de reflexión para abordar la problemática de investigación, entendiendo que la bioética no sólo abarca el estudio de los aspectos tradicionales de la ética médica, sino que se ha convertido en una disciplina transversal en la cual participan diversas áreas del saber aportando sus conocimientos y puntos de vista para abordar los problemas que las biotecnologías plantean en la actualidad (Casado, 2002). Cabe precisar, como sostiene Buxó, que *“los problemas en bioética son producto de ambientes culturales, políticos y sociales específicos” (1996:57).* De esta manera, introducir la noción de bioética en el tema de investigación que propongo implica proyectar una mirada antropológica sobre los conflictos éticos involucrados en la temática, en el entendido de que cada sistema cultural tiene sus propios sistemas morales que dan respuesta a las diferentes situaciones de conflicto que se presentan (Jiménez, 2008).

Del mismo modo se insertan en un contexto social donde la salud, junto con la ciencia y la biotecnología son grandes protagonistas, tanto por los avances que se han producido en estas áreas, como por la percepción de riesgo que dichos avances despiertan, lo que desencadena la construcción de mecanismos de control ante tales

riesgos por parte de los sujetos y las instituciones (Berriain, 2007). En este marco, los conceptos de riesgo, biopoder, cuerpo e identidad son los ejes conceptuales centrales desde donde analizo la problemática de estudio, además de los aportes que surgen desde la antropología médica para analizar los escenarios de atención de salud que se producen en las sociedades actuales. Todo esto, en el marco que plantean Larrea y Martínez al sostener que *“los procesos de atención/salud/enfermedad únicamente pueden analizarse de forma comprehensiva desde la Antropología médica si se observan desde una mirada etnográfica capaz de mostrar las imbricaciones entre lo local y lo global”* (Ibid:13).

* * * *

No querría terminar esta presentación sin mencionar las razones personales por las cuales escogí esta temática de investigación y que tienen que ver con mis propios intereses y por estudios previos que he realizado sobre la vinculación entre cultura y salud. En lo personal hay historias familiares cercanas que me demostraron que la biomedicina no tiene todas las respuestas en salud, y que existen otros ámbitos de la vida, como los emocionales, psicológicos, espirituales y sociales, que se vinculan a los biológicos para dar como resultado ciertos estados de salud y enfermedad. Vaya sorpresa cuando descubrí que esta no era la norma, que hablar desde este enfoque de la salud en medios intelectuales o de encuentros sociales era catalogado como esotérico, o con otros apelativos peyorativos. En estos últimos años cada vez las personas están más abiertas a esta posibilidad, coincidiendo con el hecho de que la ciencia comienza a demostrar interés por estas temáticas y sigilosamente hace público su respaldo hacia terapéuticas poco ortodoxas desde una visión alópata de la salud.

Dada mi formación como antropóloga, percibo las actuales transformaciones en el ámbito de la salud como un problema social de primera magnitud, por cuanto los sincretismos que hoy en día están operando dejan entrever movimientos significativos y complejos al interior de la cultura. En efecto, el hecho de que este proceso esté teniendo lugar en la salud pública y en contextos populares de la ciudad de Santiago conduce de por sí a una situación inédita, ya que las medicinas alternativas y complementarias generalmente habían estado asociadas a los sectores acomodados de la sociedad chilena,

quienes, gracias a su mayor poder adquisitivo, habían podido costear el acceso a estas terapéuticas de manera particular. En Chile, en lo que respecta a la atención oficial de salud existe un sistema mixto, donde por una parte se encuentra el sistema público, al cual está afiliado el 79% de la población del país a través de Fonasa y, por otra, está el sistema privado, al cual está afiliado el 21% de la población del país a través del sistema de Isapre. Respecto al sistema público, las cifras muestran que éste se hace cargo de las prestaciones de salud de la gran mayoría de la población del país, a través tanto de atención primaria como terciaria (atención hospitalaria).

Cuando en los últimos años me fui enterando de que en diversos centros públicos de atención de salud en Chile se estaban incorporando terapéuticas alternativas y complementarias, siempre de manera silenciada y marginal, me interesó sobremanera analizar los entramados culturales que subyacen a este fenómeno. Por esto mismo, mientras estuve en Barcelona haciendo mis cursos de doctorado durante los años 2002-2004 me propuse la tarea de investigar qué sucedía allí con este tema, y realicé mi tesina del DEA en esta área, con el objetivo principal de identificar la introducción de medicinas alternativas y complementarias en dos Centros de Atención Primaria de la ciudad de Barcelona, y analizar el modo en que se ponían en práctica en el contexto de cada institución. Dicha experiencia fue ampliamente gratificante, y me permitió acercarme tanto a los discursos como a las prácticas a través de las cuales diversos actores (terapeutas y usuarios) intentaban institucionalizar terapéuticas no alópatas dentro de ámbitos biomédicos.

La forma en que se ha desarrollado mi carrera profesional también me ha impulsado a interesarme en este tema. Así, cuando regresé a Chile a fines del 2004, tuve la oportunidad de hacerme cargo del Estudio de Caracterización de los Factores de Riesgo y Vulnerabilidad frente al VIH/Sida en Pueblos Originarios, estudio solicitado por Conasida⁹ a la Universidad de Chile. El desafío era grande, ya que hasta la fecha no había nada en el país sobre esta temática. Durante el trabajo de campo que realicé para dicho estudio comencé a vincularme con una realidad de la cual había escuchado y leído, pero nunca observado directamente, que era el de experiencias concretas de salud intercultural en el país. En esa ocasión tuve la oportunidad de conocer prácticas de este

⁹ Comisión Nacional del Sida, dependiente del Ministerio de Salud.

tipo, principalmente en la Región de la Araucanía, en áreas rurales, núcleo histórico de la cultura mapuche en Chile. En aquel tiempo me llamó la atención el modo en que se estaban articulando estas experiencias y los discursos en torno a ellas, generados tanto por parte de agentes biomédicos, como por terapeutas y usuarios mapuches.

En ese mismo periodo, en mi calidad de académica del Centro Interdisciplinario de Estudios de Género de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, el Programa de Salud y Pueblos Indígenas del Servicio de Salud Occidente del Ministerio de Salud me contactó para hacer una capacitación a facilitadores interculturales que participaban en dicho Programa. Así, me introduje en el mundo de la salud intercultural mapuche pero esta vez en áreas urbanas, específicamente en la ciudad de Santiago. Desde el comienzo me sorprendió la construcción discursiva por parte de las autoridades con respecto al concepto de “Salud Intercultural”, entendido como un elemento exclusivo de la problemática indígena y como una herramienta política poderosa, tanto para unos (el Estado) como para otros (población mapuche organizada). Pero el trabajo de campo me fue mostrando otra cosa, o más bien fue ampliando mi mirada, sobre todo cuando pude constatar que la mayor cantidad de usuarios de los programas de salud intercultural que se ejecutan en la ciudad era población no indígena. Es decir, esto abrió la problemática hacia nuevas posibilidades de análisis, las cuales tienen que ver con el papel que juega la salud en tanto territorio de construcción de identidades. Estas identidades pueden entenderse ya sea como reactualizaciones de identidades históricas (en el caso de las indígenas), o bien desde la generación de nuevas maneras de concebir el cuerpo y la salud.

A través del trabajo de campo se me fue haciendo cada vez más evidente el rol que cumple la salud en tanto articulador simbólico de la vida, lo cual obliga a ampliar el concepto de salud más allá de las definiciones estáticas o finalistas que emanan de las instituciones oficiales, y a considerarlo como un campo de acción en el cual entra en juego toda la cosmovisión de los sujetos, es decir, donde se pone -o expone- la praxis cultural total.

CAPÍTULO I. ANTECEDENTES

Marcos normativos y contextos socio-políticos que han posibilitado la introducción de terapéuticas no alópatas dentro del quehacer biomédico

1.1. El interés institucional por la diversidad en salud

La salud en sus diversas dimensiones es, en la actualidad, un nicho de especial interés económico y social para el sector privado y las políticas públicas. En este marco cabe reconocer múltiples acciones promovidas por diferentes instituciones que buscan fomentar el vínculo entre salud, cultura e identidad. Entre ellas: la OMS (Organización Mundial de la Salud), a través del reconocimiento de las medicinas tradicionales y la institucionalización de las mismas; la UNESCO, a través del reconocimiento de la diversidad cultural en sus múltiples documentos¹⁰ y el rescate del patrimonio cultural que representan tanto los agentes de las medicinas tradicionales como la herbolaria medicinal de dichos sistemas médicos; y los movimientos ecologistas que buscan promover cuidados de salud “naturales”.

Todo este contexto ha generado un mercado en torno a la medicina indígena y tradicional, así como en lo relativo a los movimientos de salud natural. Así, la industria químico-farmacéutica ha hecho eco comercial de este fenómeno, pero los gobiernos de diversos países también han promovido acciones en esta línea. En América Latina, por ejemplo, distintos países han desarrollado una serie de estrategias que tienen como objetivo potenciar las diversas iniciativas indígenas en este campo, así como implementar programas de salud intercultural, en los que confluyan los saberes tradicionales y la atención alópata, estableciendo regulaciones y normativas para la

¹⁰ La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de UNESCO del año 2005 trata sobre cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales. Este documento, dirigido a los Estados, en su artículo 12, hace referencia al respeto de la diversidad cultural y del pluralismo. Sobre este tema el documento sostiene que “*se debería tener debidamente en cuenta la importancia de la diversidad cultural y del pluralismo. No obstante, estas consideraciones no habrán de invocarse para atentar contra la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales o los principios enunciados en la presente Declaración, ni tampoco para limitar su alcance*” (UNESCO, 2005).

ejecución de dichas prácticas. Estas acciones se desarrollan en concomitancia con movimientos de reivindicación identitaria, principalmente por parte de la población indígena¹¹.

Un antecedente de estas iniciativas fue el cambio de rumbo de la atención en salud planteado por la OMS a partir de la conferencia de Alma Alta en 1978, la cual tuvo por lema *Salud para todos en el año 2000*. En dicha instancia se establecieron las bases para orientar los servicios sanitarios hacia la prevención, la adecuación de los servicios a las necesidades concretas de la comunidad, y así priorizar la salud de la población. A partir de la idea de “liberar de enfermedades” como sinónimo de salud, se produjo un desplazamiento simbólico hacia el estado del bienestar (Uribe, 1998).

De acuerdo a estas nuevas orientaciones en atención de salud, y en el marco de la conferencia antes citada, la OMS creó el denominado *Programa de Medicinas Tradicionales* (entre otras estrategias de promoción de la salud), el cual generó un reconocimiento explícito sobre el papel de las medicinas tradicionales en el mundo (Pardo, 1998). Esta estrategia fue impulsada básicamente para lograr una cobertura en salud en el denominado “tercer mundo”, en contextos donde la biomedicina no podía acceder o poseía escasos recursos para lograr esta tarea. Como sostienen Muela y Hausmann:

“Los acuerdos de Alma Alta sentaron los principios de un sistema de salud pública sostenible, diseñado para extender globalmente la cobertura sanitaria a partir de recursos simples pero eficaces, culturalmente aceptables y adaptados tanto a las necesidades de salud de la comunidad como a las precarias condiciones económicas de los llamados “países en vías de desarrollo”. El punto VII de la Declaración de Alma Alta incluye entre estos recursos a las personas que practican sanación tradicional, sus medicinas y sus artes” (2002:212).

¹¹ En el libro de Martínez y Larrea *Antropología Social, Desarrollo y Cooperación Internacional* (2010), el capítulo titulado *Salud Intercultural y Salud Pública* da cuenta de una serie de investigaciones realizadas en su mayoría por antropólogos y antropólogas españoles, quienes se han dedicado al estudio de la interculturalidad en salud en distintos países de América Latina y África. Las investigaciones han estado enfocadas principalmente en la temática del desarrollo de nuevas políticas de salud y sus efectos en el conocimiento y las prácticas de los sistemas médicos locales, analizando los casos de incorporación de terapias y conocimientos tradicionales en programas sanitarios biomédicos, y las consecuencias que se producen a partir de la interacción de los sistemas.

En este contexto, se produce un creciente interés por rescatar algunas de las ventajas de las medicinas tradicionales, entre ellas: el enfoque holista de dichos modelos médicos tradicionales y el arraigo sociocultural de sus especialistas. Se concede a las medicinas tradicionales una especial competencia en los ámbitos de los aspectos psicosociales y culturales de la enfermedad (illness), en contraste con el dominio biomédico en el campo de la enfermedad (disease). Tal como sostienen Muela y Hausmann, la caracterización de las medicinas tradicionales como esencialmente holísticas y beneficiosas desde una perspectiva psicosocial no fue un invento de la OMS, más bien lo que hizo el Programa de Medicina Tradicional fue oficializar la nueva imagen que de las medicinas tradicionales se estaba gestando en occidente desde la década de los setenta, tendencia vinculada, entre otros factores, al enorme interés que en aquellos años despertaron las medicinas orientales y alternativas.

La conferencia de Alma Alta marcó así un hito, en el sentido que a través de la implementación de diversas políticas la OMS buscó garantizar la seguridad y eficacia de las medicinas tradicionales, pero a partir de criterios y métodos propios de la medicina occidental, excluyendo de sus programas -en ese momento- a las medicinas denominadas espiritualistas. Como resultado se implementó de manera muy desigual en casi cincuenta países el PMT, con logros muy diversos (Ibid)¹².

En los últimos años la OMS ha variado en ciertos aspectos su enfoque respecto a la medicina tradicional, incorporando desde el año 2000 dentro de esta clasificación a las denominadas Medicinas Alternativas y Complementarias (MAC)¹³. En la *Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005* la OMS incluyó dentro de la discusión de las medicinas tradicionales a las MAC. Esta incorporación se debió principalmente al aumento que éstas prácticas terapéuticas han tenido en las últimas décadas, principalmente en los países desarrollados, y la consecuente relevancia económica que

¹² La OMS define la medicina tradicional como “prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir enfermedades”(OMS, 2002:8).

están adquiriendo. Por ejemplo, el porcentaje de población en Australia que ha utilizado MAC al menos una vez en su vida es de un 48%, en Canadá un 70%, en EEUU un 42%, en Bélgica un 38% y en Francia un 75% (OMS, 2002).

Junto con lo anterior, en los países en vías de desarrollo el eje de la OMS en materia de medicinas tradicionales sigue forzando aquellas prácticas médicas vinculadas a grupos originarios propios de las regiones, ya que muchas veces éstos representan la única fuente de atención sanitaria para gran parte de la población, especialmente para los sectores más pobres. El fuerte aumento de las MAC en estos países está vinculado, al igual que en los países desarrollados, a la preocupación de la población respecto a los efectos adversos de los tratamientos biomédicos, los efectos secundarios de los fármacos químicos, entre otros factores, cuestionando así los enfoques y los supuestos básicos de la medicina alopática (OMS, 2002).

De acuerdo a este nuevo marco de conductas en torno a la salud, la OMS conceptualiza en paralelo las medicinas tradicionales y las MAC, a veces de manera conjunta y, otras, de manera diferenciada, dependiendo del contexto a analizar. Así, la *Estrategia de Medicina Tradicional 2002-2005* de dicho organismo define a la medicina tradicional como:

“(…) un término amplio utilizado para referirse tanto a sistemas de MT como por ejemplo la medicina tradicional china, el ayurveda hindú y la medicina unani árabe, y a las diversas formas de medicina indígena. Las terapias de la MT incluyen terapias con medicación, si implican el uso de medicinas con base de hierbas, parte de animales y/o minerales, y terapias sin medicación, si se realizan principalmente sin el uso de medicación, como el caso de la acupuntura, las terapias manuales y las terapias espirituales. En países donde el sistema sanitario dominante se basa en la medicina alopática, o donde la MT no se ha incorporado en el sistema sanitario nacional, la MT se clasifica a menudo como medicina “complementaria”, “alternativa” o “no convencional” (OMS, 2002:1).

De este modo, se puede observar que la estrategia sobre medicina tradicional de la OMS incluye a las MAC y la medicina tradicional dentro de una misma definición, y las posiciona a ambas como opciones válidas para intentar reducir el exceso de mortalidad

y morbilidad mundial. Se hace eso sí una distinción cuando se alude a las MAC, refiriéndose a ellas como terapéuticas que no forman parte de de las tradiciones sanitarias propias de los países. Además, dentro de esta categoría se incluyen sistemas desarrollados en Europa tras la introducción de la medicina alopática (como la homeopatía o la quiropráctica), que no están clasificadas como MT ni se incorporan en los modelos sanitarios dominantes de Europa. Así, la OMS utiliza el concepto de medicina tradicional cuando se hace referencia a sistemas médicos originarios de África, Latinoamérica, Sudeste Asiático y/o Pacífico Occidental. El concepto de medicina alternativa o complementaria por su parte es utilizado para referirse principalmente a los contextos de Europa y Norteamérica. Cuando se hace referencia en un sentido general a todas estas regiones, la OMS utiliza el término MT/MCA (OMS, 2002).

Entre los principales objetivos de la estrategia de la OMS están, por un lado, aquellos referidos a fomentar la integración de la MT/MAC en los sistemas de salud de los diversos países, incentivando el desarrollo e implementación de políticas y programas nacionales sobre MT/MAC pero desde un marco regulatorio que vele por la seguridad, eficacia y calidad de estas terapéuticas. Para esto, el organismo ha definido tres tipos de sistemas de salud para describir el grado de reconocimiento oficial que existe en torno a las MT/MAC:

- **Sistema integrado:** cuando la MT/MCA está oficialmente reconocida e incorporada en todas las áreas de provisión sanitaria.¹⁴
- **Sistema inclusivo:** cuando se reconoce la MT/MCA pero todavía no está totalmente integrado en todos los aspectos de la sanidad¹⁵.

¹⁴ Esto significa que MT/MCA está incluida en la política de fármacos nacional relevante del país, los proveedores y productos están registrados y regulados, las terapias MT/MCA están disponibles en hospitales y clínicas (tanto públicas como privadas), el tratamiento de MT/MCA se reembolsa bajo el seguro sanitario, se realizan estudios relevantes, se dispone de educación sobre MT/MCA. Mundialmente sólo China, la República Popular Democrática de Corea y Vietnam pueden considerarse tener un sistema integrador.

¹⁵ En este sistema es posible que la MT/MCA no esté disponible a todos los niveles sanitarios, puede que el seguro sanitario no cubra tratamientos MT/MCA, puede que no exista educación oficial de MT/MCA a nivel universitario, puede que no haya regulación de los proveedores y productos de MT/MCA. Los países que tienen en funcionamiento un sistema inclusivo incluyen países en vías de desarrollo como Guinea Ecuatorial, Nigeria, Mali; y países desarrollados como Canadá, Reino Unido, etc.

- **Sistema tolerante:** cuando el sistema sanitario nacional se basa enteramente en la medicina alopática, pero se toleran por ley algunas prácticas de MT/MCA.

Así, se puede apreciar que existe un fuerte interés institucional por parte de la OMS y otras instancias de salud por incorporar, regular y visibilizar las diversas opciones en atención sanitaria que operan en las sociedades actuales.

1.2. El Estado chileno y la diversidad en salud

En las últimas décadas se ha observado un cambio en las estrategias de formulación de las políticas públicas en Chile, las cuales se basan cada vez más en un enfoque de derecho por sobre un enfoque asistencialista:

“El escenario en el que se elaboran e implementan las políticas públicas en Chile ha cambiado. El enfoque de derechos se está introduciendo con fuerza. Ya no bastan las soluciones técnicas que tienden a la especialización de la atención sin el involucramiento de la ciudadanía; ahora se busca establecer un vínculo explícito entre las políticas y los estándares de derechos humanos, reconociendo a los ciudadanos como titulares de derechos exigibles y elaborando las políticas estatales para garantizar tales derechos. Este enfoque procura que el punto de partida no sean personas con necesidades que deben ser asistidas, sino los sujetos con derecho a exigir determinadas prestaciones y conductas” (PNUD, 2009:70).

Este cambio de enfoque ha sido aplicado a la salud principalmente a través de la reforma de dicho sector, la cual se comenzó a implementar con fuerza en el país desde el año 2000 aún cuando, a partir de 1990, los gobiernos democráticos habían reafirmado la prioridad de la salud, dando inicio en el gobierno del presidente Patricio Aylwin a un proceso de fortalecimiento del sistema, cuyo objetivo central era el de promover la equidad y la calidad en el acceso a la atención de salud (Frenz, 2006). La reforma tuvo como propósito cambiar el enfoque de las políticas sanitarias -tradicionalmente marcadas por el asistencialismo- promoviendo, entre otras cosas, la participación ciudadana en salud.

Cabe señalar que en Chile, la medicina científica occidental se fue estructurando lentamente como parte de la consolidación del Estado chileno. En el periodo que va desde el siglo XVI hasta principios del XX, la atención y organización formal de la salud se fue desarrollando paulatinamente, a través de instituciones públicas y privadas, en general de carácter filantrópico o de beneficencia (Bustos, s/f). A principios del siglo XX, los ámbitos de salud se incorporaron dentro de las medidas que se estaban desarrollando en torno a la seguridad social. En 1918 se creó la Dirección General de Sanidad y el Consejo Superior de Higiene, organismos que luego se fusionaron con la dictación del Primer Código Sanitario de 1918. En 1924 se creó el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social (el cual en 1927 pasó a llamarse de Bienestar Social y el país se organizó en provincias sanitarias). Se estableció el Seguro Obrero Obligatorio (ley 4.054) y la Caja de Seguro Obrero que fue destinada a cubrir los riesgos de enfermedad, invalidez, vejez y muerte (Citarella et al., 2000). En 1925 se concretó todo el proceso estatal de la salud con la promulgación de la ley 5115, conocida como Código Long, que encargó a la Junta Central de Beneficencia la dirección superior de los servicios que existían a la fecha. En 1942 se creó el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), que cubría al sector de empleados públicos y particulares (Ibid). Recién con la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) en agosto de 1952 se unificaron bajo un solo cuerpo las distintas acciones desarrolladas por diversas instituciones y ministerios en torno a los ámbitos de salud, y se institucionalizó un enfoque y una práctica en medicina social propiciada por el Estado asistencial. La aparición del SNS implicó una nueva concepción de salud, concibiéndola como un derecho humano y social de la población. El SNS priorizó a la clase obrera y a los indigentes entregándoles cobertura a través de planes y programas curativos-preventivos con financiación gratuita o compartida entre el Estado y el empleador (entre otras opciones) (Ibid). En la década de 1960 el SNS se consolidó y pasó a formar parte de las estructuras formales del país. En 1968 se promulgó la ley de medicina de libre elección, lo que implicó el aumento tanto de clínicas particulares como de médicos interesados en ejercer su profesión a través del sistema privado, lo que implicó el desarrollo de un modelo de salud diferente al de la medicina social, regido básicamente por las leyes del mercado. A partir de 1973 el sistema de salud sufrió grandes

modificaciones que se relacionan directamente con la transformación del Estado chileno. Gradualmente las políticas de financiamiento del sector salud fueron traspasadas al sector privado y el Estado sólo asumió un rol subsidiario de aquellas acciones no realizadas por las entidades privadas. En 1980 comenzaron a suceder cambios relativos al sistema de seguridad social: a través de la llamada “reforma provisional” se crearon las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y se reorganizó el acceso al sistema público de salud a través de la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) a partir de la reforma del SERMENA, y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). El Servicio Nacional de Salud fue disuelto en 1979, transformándose en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) (Ibid).

Uno de los principales ejes de los gobiernos en la década de los noventa, con el regreso de la democracia al país fue el de realizar una reforma al sector salud. Entre los factores que gatillaron este proceso de reforma se encuentran: la desigualdad e inequidad en salud; mayores expectativas y demandas sobre los sistemas de atención de salud por parte de los usuarios; y un fuerte cambio en el perfil demográfico y epidemiológico en Chile (PNUD, 2009)¹⁶.

Dado el panorama actual de políticas públicas y el énfasis en la participación y el derecho de las personas, uno de los principales ejes de la reforma en salud ha sido implementar un nuevo modelo de atención¹⁷, orientado hacia la promoción de la salud.

¹⁶ Respecto a las mayores expectativas y demandas sobre los sistemas de atención de salud, el aumento en el ingreso per cápita, los mayores niveles de educación y los cambios culturales que apuntan hacia una preocupación por la calidad de vida plantean nuevas exigencias al sistema. Ahora éste debe entregar respuestas y servicios oportunos a las personas, como también respetar sus derechos. Respecto al cambio en el perfil demográfico y epidemiológico, cabe destacar que la población ha ido envejeciendo debido a la disminución de las tasas de natalidad, junto con esto existe una mayor expectativa de vida, panorama en el que disminuyen las enfermedades infecciosas y relacionadas con la maternidad, y aumentan las patologías crónicas (PNUD, 2009).

¹⁷ El Minsal entiende por modelo de atención de salud: “*la forma como la sociedad organiza sus recursos humanos y materiales para enfrentar los riesgos a la salud de las personas y proporcionar atención médica cuando ésta la necesita, sin olvidarse de las modalidades “informales” de atención de salud establecido por la propia comunidad y usado por los individuos. El modelo de atención determina la forma de organización de los niveles de atención, influyendo en las modalidades de atención (ambulatoria y hospitalaria); en el recurso humano, su estilo y perfil; en el tipo de servicios que se entregarán por nivel, y las interacciones entre éstas y los usuarios; en la participación comunitaria, la coordinación intersectorial; así como en los mecanismos de financiamiento*” (Minsal, 2002:15).

El Ministerio de Salud de Chile sostiene que el cambio de modelo de atención es necesario dado que la experiencia internacional demuestra que en las últimas décadas el gasto en salud ha experimentado un crecimiento constante, sin una consecuente mejora en la salud de la población, lo cual obedece a un modelo de atención basado en una medicina curativa, sin un desarrollo correspondiente de la promoción y prevención de la salud. Haciendo eco de este diagnóstico, el nuevo modelo de atención busca producir cambios significativos en la práctica médica y, en particular, en la organización y gestión del sistema de salud. Así, dentro de los lineamientos institucionales actuales del Minsal se promueve un nuevo modelo de atención en salud, el cual tiene como eje una orientación hacia la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, y la atención oportuna de los usuarios. Con esto, lo que se persigue es pasar de un modelo de atención centrado en el acceso a las prestaciones médicas y la medicina hospitalaria, hacia otro orientado a promover ambientes saludables en el hogar, el trabajo y la comunidad en general, incidiendo de este modo en un mejoramiento sustantivo de la salud de la población, como también en un control de los gastos, de manera de hacerlos más eficientes y efectivos (Minsal, 2002).

El nuevo modelo de atención considera a la salud como un bien social, sosteniendo que *“los sistemas de salud son funciones públicas con objetos sociales”* (Ibid:13), por esto se busca una mejora en la atención de las personas, pero también lograr el desarrollo con equidad, generar capacidad de respuesta, entre otras. Así, el nuevo modelo de atención tiene por objetivo comprender la salud como un bien social, priorizando el fomento y la prevención, y comprometiendo a la sociedad en su conjunto -más allá del sistema de atención-, en políticas saludables. Además, se busca acercar la atención de salud a las personas al dar énfasis a la ambulatorización de la atención en una comprensión biopsicosocial de ésta, abordando a las personas en un contexto familiar y comunitario, y co-responsabilizándolas junto con la comunidad en la implementación y control de las políticas y estrategias (Ibid).

Todas estas estrategias, principalmente en lo que respecta al cambio en el modelo de atención de salud, han impulsado la creación de políticas que promueven el uso de

medicinas no alópatas, por ejemplo, instalando un enfoque intercultural en salud. Es decir, la reforma en el sector salud generó el contexto adecuado para que se hicieran realidad las demandas que existían por parte de los pueblos originarios en cuanto a implementar estrategias de atención de salud que tuvieran pertinencia cultural, y que se incluyera dentro de la atención biomédica la atención en salud propia de los pueblos originarios. Asimismo, el nuevo modelo de atención posibilitó y favoreció la inclusión de medicinas alternativas y complementarias dentro del sistema público de atención de la salud. De esta manera, la reforma del sector salud llevada a cabo entre los años 2000 y 2005 ha sido uno de los escenarios que han posibilitado la visibilización e incorporación de las medicinas indígenas y de las MAC dentro del sistema de salud chileno.

1.3. Medicina y pueblos indígenas en Chile: el desarrollo de políticas de salud intercultural

En el año 1993 el Estado chileno aprobó la ley N° 19.253, la llamada Ley Indígena, la cual estableció las Normas sobre Protección, Fomento y Desarrollo de los Indígenas, y creó la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (Conadi). De acuerdo a esta ley, el Estado chileno reconoce que los indígenas de Chile son los descendientes de las agrupaciones humanas que existen en el territorio nacional desde tiempos precolombinos, que conservan manifestaciones étnicas y culturales propias, siendo para ellos la tierra el fundamento principal de su existencia y cultura. Según los datos del último censo del año 2002, el 4,6% de la población dice pertenecer a uno de los ocho pueblos originarios del país. De este total, el 87,3% de la población indígena del país corresponde al pueblo Mapuche; 7% Aymara; 3% Atacameño; 09% Quechua; 0,7% Rapa Nui; 0,5% Colla; 0,4 Alacalufue y 0,2% Yámana.

La aprobación de esta ley significó el reconocimiento oficial de la diversidad cultural del país, lo que implicó el inicio de la incorporación de dicha perspectiva en el diseño, planificación y aplicación de las políticas públicas. Asimismo, la ley ha significado un importante paso para la discusión de las situaciones de inequidad y discriminación

que muchas de las personas pertenecientes a pueblos originarios enfrentan en el ámbito de su desarrollo personal, social y comunitario, sobre todo si se considera que los indicadores sociales clásicos muestran de manera patente cómo los integrantes de los pueblos originarios reconocidos en la ley Indígena se encuentran en desventaja en el acceso a la salud, la educación, el mercado de trabajo, entre muchos otros ámbitos.

En lo que respecta al panorama de la medicina indígena, éstas han tenido un desarrollo histórico de cientos de años en el país, generando a través del tiempo puntos de encuentro y desencuentro con la medicina alópata oficial. Dentro de los pueblos originarios existentes en Chile, la investigación se centró en la cultura mapuche, la cual asocia la medicina occidental oficial con la sociedad dominante chilena y, si bien muchos/as mapuche la utilizan, en general le otorgan una connotación negativa cuando ésta se contrapone a su propia matriz conceptual según la cual existe una clara vinculación entre el cuerpo biológico y el orden social, y el “mal” es una de las principales causas de la enfermedad. Tradicionalmente los mapuche clasificaban sus *kutran* (enfermedades) de acuerdo a sus causas y síntomas. La diferenciación entre las enfermedades *winka* (no mapuche) y la de los mapuche apareció con la colonización. Los *mapuche kutran* son causados por elementos existentes dentro del mundo mapuche o considerados posibles dentro del ámbito de este mundo y tratados por la medicina mapuche. Algunas dolencias como el cáncer, el sida, la broncopulmonía, el reumatismo y la tuberculosis son consideradas de origen *winka*¹⁸ y tradicionalmente tratadas con la medicina occidental. Sin embargo, hoy en día existen *machi*¹⁹ y practicantes de la

¹⁸ En *mapudungun* (lengua mapuche) la palabra *winka* significa ladrón, asaltante, usurpador. Los mapuche la utilizan para referirse a las personas que no pertenecen a esa etnia, generalmente para designar a la población chilena no mapuche.

¹⁹ Las *machi* son las chamanas mapuche, concededoras de la sanación de las enfermedades provocadas por los *kalku* (brujos), los malos espíritus, el aire y otras causas. Las *machi* se preocupan por el bienestar físico, mental y espiritual de sus enfermos y actúan en beneficio de su comunidad. A su vez, tienen control sobre los espíritus y son poseídas por éstos, entran en trance, y ocasionalmente practican el “vuelo mágico” a otros mundos (Montecino, 2003). También practican la medicina física y empírica, realizan masajes y exorcismos, y conocen y usan hierbas medicinales para curar. Las *machi* diagnostican y curan enfermedades y realizan diversas ceremonias, la más común de curación y exorcismo de espíritus malignos es el *machitún*, pero también realiza ceremonias simples de curación como el *ulutun*, y ceremonias de renovación de poderes como el *ngeikurrewen* (Bacigalupo, 2001). Estas especialistas adquieren sus conocimientos mediante sueños (*peumas*) y cuando su llamado es irrevocable acuden a su iniciación bajo el alero de otra chamana (Montecino, 2003). Por todas estas funciones, la figura de la *machi* es central dentro de la cultura mapuche. Tal como sostiene Bacigalupo: “las *machi* son las personas

medicina tradicional que tratan enfermedades *winka* leves con hierbas medicinales. Por otro lado, las enfermedades mapuche que producen síntomas graves con grandes alteraciones orgánicas también pueden ser calificadas como *winka kutran*. Las enfermedades pueden tener causas naturales o espirituales, y todos los síntomas pueden ser calificados de acuerdo a su intensidad, duración y localización. Según su intensidad están los *pichikutran* o enfermedades menores y *futakutran* o enfermedades graves. De acuerdo a su duración las enfermedades pueden ser *lefkutran* (recientes) o *kuifikutran* (más antiguas o crónicas). Por último, las enfermedades están clasificadas por su localización: *kutran lonko* (enfermedades de la cabeza), *kutran piuke* (enfermedades del corazón), *kutran forro* (enfermedades de los dientes y los huesos), *kutran putra* (enfermedades del estómago) y *kutran mamun* (enfermedades de los pies). Las enfermedades más difíciles de curar son las de carácter grave, crónicas y espirituales, que afectan la cabeza y que en occidente se denominarían como enfermedades mentales. Aún así, todas las enfermedades espirituales pueden desplazarse de una localización a otra y varían en su forma e intensidad. Esto hace prácticamente imposible que una persona no *machi* cure estas enfermedades (Bacigalupo 1996, Citarella et al., 2000)²⁰.

Cabe destacar que históricamente la salud en el ámbito de la cultura indígena ha tenido no sólo un carácter mítico-mágico sino también político ya que ha sido utilizado

mapuche que incorporan los símbolos de su cultura de manera más intensa y profunda, aunque la forma específica en que lo hacen varía de machi en machi" (Bacigalupo, 2001:21). En el pasado el oficio de *machi* estuvo también en manos de los hombres, aunque siempre vestidos de mujer para officiar de *machi*, pero luego lo asumieron casi mayoritariamente las mujeres. En la actualidad, principalmente en los contextos urbanos, el rol de *machi* lo están ejerciendo principalmente hombres, retomando la tradición histórica mapuche.

²⁰ Antes de la conquista española se consideraban *rekutran* o enfermedades naturales a las lesiones o heridas producidas por accidentes y las armas. Existían las *machi* especialistas, llamadas *gutaru* que realizaban cirugías y componían fracturas, otras hacían de matronas, una especialidad que subsiste hasta hoy. Todas las otras enfermedades era consideradas como inducidas espiritualmente y se trataban con masajes con hierbas, remedios de hierbas y exorcismos. No se creía posible la muerte por vejez, por el mal funcionamiento de algún órgano o producto de infecciones, sino más bien se atribuía a causas espirituales. Durante el periodo colonial los mapuche incorporaron una versión simplificada del modelo hipocrático de salud que trajeron los españoles. Este modelo sostiene que la salud es un equilibrio entre los cuatro elementos (aire, fuego, agua y tierra), las cuatro propiedades (caliente, frío, seco y húmedo), y los cuatro humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra). Los mapuche tomaron la noción de que el calor o el frío en exceso eran causantes de las enfermedades naturales de los practicantes de la medicina popular. Actualmente la clasificación de una enfermedad como *rekutran* se relaciona con la ruptura del ser humano con su medio ambiente natural o social. (Bacigalupo, 1996; Citarella et al., 2000).

por los diversos pueblos como un foco de resistencia hacia las políticas de Estado. En Chile existe una larga tradición de conflictos entre el Estado y los pueblos indígenas, situación que se remonta al periodo de primer contacto entre indígenas y españoles, y que perdura hasta el día de hoy a través de nuevas formas y discursos (Bengoa, 2007). Para comprender las razones de este conflicto se deben abordar causas históricas y culturales, así como distinguir a los diversos actores involucrados. De acuerdo a Millamán (2008), además del primer periodo de conquista, se pueden reconocer tres hitos históricos centrales donde se materializa el conflicto entre Estado y pueblos indígenas: un primer hito fue la invasión del ejército chileno al territorio mapuche, proceso conocido como *Pacificación de la Araucanía*. A través de este proceso los grupos de poder y la burguesía agraria del siglo XIX incorporaron, por la vía violenta, el territorio ancestral mapuche al sistema de producción capitalista. Esto permitió, a su vez, culminar con el proceso de formación del Estado chileno. Como resultado de este proceso el Estado impuso el sistema de reservas indígenas en el país, desplazando a la población de sus territorios originales y rematando gran parte de las tierras indígenas, beneficiando con ello a colonos criollos y extranjeros quienes se apropiaron de dichas tierras. Un segundo hito se vincula a la usurpación de tierras de las reservas y comunidades que el Estado había asignado a familias mapuche que estaban bajo la autoridad de un *lonko*²¹ y sobre un título de propiedad conocido como Título de Merced (1883-1930). A esta época se remonta la demanda central del movimiento mapuche que es el derecho a la recuperación de dichas tierras usurpadas. Un tercer hito se vincula con las políticas de desarrollo promovidas por organismos internacionales. La ejecución de gran parte de dichas políticas, que buscaban el desarrollo de los más desposeídos, entre ellos el pueblo mapuche, no tuvo el éxito esperado, pero dejó en evidencia la centralidad de la tierra en tanto demanda indígena generalizada en el país (Millamán, 2008). Este foco de tensión en la territorialidad no es nuevo ni exclusivo de los pueblos originarios de Chile. De acuerdo con Laviña, el territorio es uno de los elementos de reivindicación política de muchos pueblos indígenas y afroamericanos, quienes han pasado de las luchas por el territorio al reclamo de territorialidad como mecanismo para lograr visibilización social, política e identitaria. Como sostiene el autor:

²¹ *Lonko* es el jefe de una comunidad mapuche.

“Frente a la mera posesión de la tierra que implica el término territorio, la territorialidad abarca el subsuelo, la propiedad de los recursos hidráulicos o minerales. Esta propiedad tiene, entre otras, como base legal, la ancestralidad, y el derecho consuetudinario. La propiedad abarca, pues, no solo la tierra, el agua, el subsuelo y la masa forestal, sino unas formas determinadas de acceso a estos recursos en el que la propiedad es colectiva e indivisible y de ahí se deriva una autonomía y formas organizativas políticas que difícilmente reconocen los estados” (2008:9).

En este contexto, los actuales procesos de reetnificación que se han producido en Chile se han dado en este marco de constante tensión por la territorialidad. De hecho, hasta hoy se mantiene por parte del Estado chileno un discurso respecto a la situación indígena como un “problema” que hay que solucionar, asociado constantemente a imágenes de violencia y terrorismo. En la actualidad la ley antiterrorista ha sido aplicada a personas y organizaciones mapuche, principalmente en el marco de actos de violencia que se han producido en las últimas décadas en el sur de Chile por motivos de conflictos de tierras. Paralelo a esto se produce un proceso opuesto con la generación de una serie de políticas y programas por parte del Estado que apuntan hacia la reivindicación de las culturas indígenas, proceso que comenzó con el retorno a la democracia en la década de los 90 y que continuó con los distintos gobiernos de la Concertación²². Dentro de estas iniciativas destacan las estrategias de salud intercultural que se han desarrollado en el país, las que apuntan hacia la generación de un modelo en salud que articule las medicinas indígenas y la medicina alopática.

Las políticas de salud intercultural se han generado en un contexto de sociedad fuertemente verticalista y jerarquizada, donde los sectores indígenas representan el último peldaño de la sociedad nacional, sin que los avances político-jurídicos registrados en las últimas décadas hayan logrado cambiar en forma sustancial su histórica condición de marginalidad y dominación. La única posibilidad concedida a estos grupos para acceder a los servicios del Estado (salud, educación, justicia, etc.) es aún a través de la

²² Concertación es el nombre con el que se conoce a la *Concertación de Partidos por la Democracia*, coalición política de partidos de centro e izquierda que gobernó Chile desde 1990 hasta el 2010. Esta coalición aglutinó a la oposición de la dictadura de Pinochet, logrando triunfar unida en el plebiscito nacional del 5 de octubre de 1988.

adaptación a los patrones y formas culturales dominantes, lo que implica una renuncia a su peculiar identidad étnica (Citarella et al., 2000).

En esta línea, en Chile la interculturalidad²³ aplicada a los ámbitos de la salud comenzó a articularse con el reconocimiento de la situación de subordinación de las poblaciones indígenas en relación a la población mayoritaria del país. Esto implicó la constatación de que en Chile existe una medicina de prestigio, con poder y reconocimiento (la biomedicina), y otras medicinas, como las indígenas y las populares, que no son reconocidas, no son oficiales y no son valoradas desde el punto de vista de la sociedad en su conjunto.

Los primeros indicios de desarrollo de esta política intercultural en salud se generaron en el marco del *Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud*, realizado el año 1998 y al que asistieron representantes de los pueblos originarios y del gobierno. En dicha instancia se sostuvo que la salud intercultural en el país aspiraba a “sentar las bases programáticas de un modelo de atención entre dos culturas que coexisten en un espacio territorial y clínico” (Oyarce, 1998:55). Y se planteó además la necesidad de que una política intercultural en salud favoreciera un proceso de revalorización y revitalización de las culturas médicas tradicionales indígenas. En términos operativos, se propuso fomentar la interculturalidad como la potenciación de lo común entre el sistema médico occidental y el sistema médico indígena, respetando cada sistema así como la diversidad (Ibid).

²³ Salud y educación han sido los dos territorios donde ha habido una aplicación de la interculturalidad, en salud a través del Programa de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud, y en educación a través del Programa de Educación Intercultural Bilingüe del Ministerio de Educación. Respecto a éste último, su quehacer parte de la premisa que en el sistema educativo chileno se presentan problemas de iniquidades debido a la condición étnica de los estudiantes y profesores, que algunas veces determina la existencia de tensiones entre las comunidades indígenas y las instituciones educativas. Esto ha ocasionado que un ámbito de mejoramiento del sistema escolar chileno sea la aplicación de medidas correctivas para el desarrollo de modelos de educación intercultural. El Programa de Educación Intercultural Bilingüe se focaliza 162 escuelas básicas rurales de todo el país, de modo que como política de adecuación cultural del proceso de enseñanza aprendizaje no se aplica en zonas urbanas, aun cuando exista una alta concentración de población indígena en estas áreas y, por otro lado, no se hace cargo del desarrollo de una educación que forme competencia para el diálogo intercultural y multicultural democrático.

En este marco, a comienzos de la década de los noventa el Minsal desarrolló los primeros lineamientos para la creación de una política en salud intercultural. Estos lineamientos se basaron en el supuesto que una política intercultural en salud propiamente tal supone un nuevo modelo de atención, donde se incorporen estrategias que respondan a las especificidades de los pueblos originarios en las políticas de atención, prevención, rehabilitación y promoción de la salud, y que sean diseñadas y ejecutadas en conjunto con ellos. Para esto se consideró fundamental desarrollar un proceso de sensibilización y capacitación del personal de salud para que respetaran las especificidades culturales y proporcionaran una atención de salud incluyente e integral. Así, la pertinencia cultural en las acciones de salud se transformó en un eje sustancial de estos primeros lineamientos y, posteriormente, de la política (Minsal, 2004).

Estas políticas en salud intercultural nacieron a su vez como respuesta frente a las demandas propias de los pueblos originarios de Chile en materia de salud, quienes a lo largo del país, en diferentes instancias de diálogo con organismos del gobierno y reuniones y encuentros convocados por salud a nivel local, regional y nacional, manifestaron diversas demandas: por respeto, valoración y preservación de la medicina indígena y del medio ambiente; por respeto y valoración de la cosmovisión; por participación en las decisiones acerca de programas de salud orientados a pueblos originarios; de la mejoría de la calidad y calidez humana de la atención en los establecimientos de salud y respeto como personas por parte del personal sanitario; de mejoría de la capacidad resolutoria de la atención, a nivel de atención primaria y del conjunto de servicios de salud; por participación y control en el desarrollo de investigaciones con pueblos originarios; entre otras (Minsal, 2006).

En este contexto en 1996 se creó una línea de trabajo ministerial en materia de salud intercultural, la cual dio paso al Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas, como una instancia del Ministerio de Salud dedicada a la generación de orientaciones técnicas y políticas en salud intercultural a nivel nacional (Ibid). El propósito de este Programa ha sido el de:

“...contribuir a mejorar la situación de salud y medio ambiente de los pueblos indígenas que habitan el territorio nacional impulsando el desarrollo de estrategias que aseguren la satisfacción de las necesidades y la integralidad de las acciones; considerando sus características culturales, lingüísticas y económico-sociales y su participación en la definición y solución de los problemas” (Ibid:16).

En el marco legal de la reforma sectorial, la incorporación de la interculturalidad en salud en la Ley de Autoridad Sanitaria constituyó un hito fundamental para la operativización de la Política de Salud y Pueblos Indígenas. En este marco, se establece que la ejecución de los objetivos sanitarios aplicados a la realidad de las poblaciones indígenas debe ser realizada regionalmente, de acuerdo a las particularidades de la situación específica, y en el marco de construcción de procesos participativos con las comunidades y organizaciones indígenas en que se consideren las variables culturales y territoriales involucradas en los problemas sanitarios, en los que se decida la focalización y coordinación de acciones (Ibid).

En la actualidad el Programa opera en nueve regiones del país, con la participación de 22 Servicios de Salud, en los que existe una mayor cantidad de concentración de población indígena. Además de esta instancia, en el año 2001 se creó el Programa de Desarrollo Integral de Comunidades Indígenas, o Programa Orígenes, cuya misión es la de contribuir a generar condiciones para el surgimiento de nuevas formas de relación y prácticas en la sociedad, que contribuyan a elevar y mejorar la condiciones de vida de los pueblos originarios, con respeto y fortalecimiento de su identidad cultural, con el fin de alcanzar un país más integrado. En su componente salud, Orígenes busca contribuir a que las comunidades indígenas rurales de los pueblos Aymara, Atacameño y Mapuche mejoren su situación de salud mediante la implementación de modelos de salud intercultural co-gestionados con los Servicios de Salud, y la puesta en valor de los conocimientos y las prácticas en salud de los pueblos originarios.

1.3.1. La construcción de la identidad mapuche contemporánea

Para comprender el contexto en el cual se desarrollan las políticas de salud intercultural y las dinámicas específicas que éstas adquieren en territorios particulares, se hace necesario discutir la problemática de la identidad mapuche actual (o las identidades mapuche actuales) caracterizadas por el cambio desde escenarios rurales tradicionales a la vida en las urbes modernas. Diversos autores sostienen que la problemática indígena -no sólo en Chile sino que en Latinoamérica en general-, se vincula con el tema de la identidad latinoamericana. Morandé, Paz, Guzmán, Montecino, entre otros, sostienen que la cultura latinoamericana es:

“Una cultura ritual cuyo nudo fundacional es el mestizaje acaecido durante la Conquista y la Colonización. La conjunción de las culturas indígenas –y en muchos casos negras- con las europeas posibilitó una síntesis social, desde la cual, en un juego de elaboraciones y reelaboraciones, habría surgido un ethos particular: la cultura mestiza latinoamericana. Así, nuestro continente sería producto de un encuentro entre culturas que se combinaron para formar una nueva” (Montecino, 2007:45).

El proceso de mestizaje se habría producido desde una negación de lo indígena y un deseo por parte de los sujetos mestizos por “blanquearse”, es decir, intentar ser lo más europeos posibles. En este sentido, la identidad chilena (al igual que la Latinoamericana) se ha constituido desde la negación de lo indígena. Esto ha acarreado una serie de consecuencias dentro del desarrollo social de Chile, entre ellos la discriminación que históricamente han sufrido los pueblos indígenas, así como la invisibilización a la que han estado sometidos los diversos pueblos originarios. En Chile, el pueblo mapuche es el pueblo originario con mayor población, estimándose de acuerdo al último Censo del año 2002 en 604.349 habitantes, la cual se concentra en las regiones de la Araucanía (33.6%), Metropolitana (30.3%) y Los Lagos (16.6%). Así, tanto por su mayor presencia numérica en el país como por el desarrollo histórico del vínculo entre Estado y pueblos originarios, el pueblo mapuche ha sido históricamente el más visible de las culturas indígenas en Chile. Al igual como ha sucedido en el resto de América Latina desde finales del siglo pasado este pueblo ha establecido diversos mecanismos de

reivindicación étnica, movimiento que en Chile comenzó a gestarse con el retorno a la democracia en la década de los noventa. Tal como sostiene Bengoa:

“Se ha producido una suerte de “emergencia mapuche”, sobre todo al sur del país, la cual no es siempre comprendida por el resto de la sociedad chilena. Nuevos liderazgos, conflictos ambientales, exigencias de participación y protagonismo, revitalización de costumbres, introducción de la educación bilingüe en las escuelas y la salud intercultural en los hospitales, municipalidades en manos de alcaldes mapuches, gran cantidad y presencia de profesionales, intelectuales y poetas mapuches, son algunas de las expresiones de esta emergencia indígena” (2007:14).

Este fenómeno no es particular de Chile, sino que se inserta en un contexto mundial mayor donde, de acuerdo a Aravena (1999), la etnicidad se ha constituido en una de las formas contemporáneas de diferenciación social y de oposición política más destacadas de este fin de siglo. De acuerdo a la autora, abordar la cuestión étnica contemporánea debe hacerse *“como una cuestión de identidades sociales contemporáneas y como una estrategia política para enfrentar los procesos modernizadores en los cuales se insertan los pueblos indígenas”* (Ibid:175). Uno de los procesos modernizadores que más han marcado a los pueblos indígenas en las últimas décadas ha sido la migración hacia las ciudades. Muchas urbes latinoamericanas en las últimas décadas han recibido cada vez más contingente indígena, conformando verdaderos “territorios populares urbanos”, caracterizados tanto étnicamente, como por la pobreza y el desarraigo que sitúan a dicha población en los territorios menos favorecidos de la ciudad (Gissi, 2004).

En el caso particular de Chile, y en lo que respecta a los movimientos de la población mapuche hacia las ciudades, los largos procesos de migración de este pueblo (preferentemente hacia la capital Santiago) presentes a lo largo de todo el siglo XX e intensificados en la década de los 50-70, se encuentran estrechamente vinculados con los procesos de expropiación territorial llevados cabo por el Estado de Chile (Ibid; Campos, 2007). Asimismo, la falta de programas de desarrollo rural e indígena, las políticas asimilacionistas e integracionistas impulsadas por el Estado, sumado a un contexto de crisis de la agricultura tradicional llevó a una suerte de desplome de la vida rural (tanto mapuche como no mapuche) en el modelo de modernización implementado

en el país lo que *“condujo al éxodo rural de la población indígena, proceso que se ha agudizado en los últimos treinta años como resultado de las políticas de libre mercado, de integración comercial y del ingreso de megaproyectos forestales, turísticos e hidroeléctricos en territorios mapuche”* (Varas, 2004: 6).

Cabe destacar que los continuos flujos migratorios de población mapuche a Santiago no ha sido un efecto natural de la modernización y tampoco consecuencia directa de la globalización, sino más bien consecuencia de intereses y decisiones estatales que han resultado perjudiciales para los pueblos originarios (Gissi, 2004).

En lo que respecta a la caracterización de la población mapuche urbana actual, en Chile no existe mayor literatura respecto al desarrollo de este fenómeno en el país, aún cuando constituye una problemática central en la temática indígena. Recién durante la década de los noventa, dado los resultados del Censo de Población y Vivienda de 1992, el cual arrojaba que cerca de un 80% de la población indígena del país se concentraba en zonas urbanas, se comenzó a plantear la temática. Así, lentamente la realidad mapuche urbana comenzó a visibilizarse y a ser objeto de interés de las ciencias sociales y preocupación de las políticas y programas del Estado aunque, a pesar de los datos, la cuestión indígena en general, y mapuche en particular, sigue estando constreñida tanto para la opinión pública como para los especialistas, a la territorialidad rural y de comunidad, invisibilizando de esta manera la realidad indígena urbana del país (Aravena, 1999).

Algunos autores establecen que la población mapuche urbana se encuentra en condiciones de vida que los lleva a identificarse con la población pobre de las urbes, pero al mismo tiempo sostienen que esta población vive experiencias de discriminación étnica y racial que le otorgan características particulares a sus procesos de construcción identitaria y de posicionamiento social. Al respecto, Aravena (2003) sostiene la necesidad de diferenciar entre los diversos niveles de análisis que conlleva el fenómeno indígena urbano: el nivel microsocio o individual, el nivel mesosocio o grupal, y el nivel macrosocio. De acuerdo a la autora, en el nivel individual la etnicidad corresponde al

sentimiento, a la conciencia de pertenencia que experimenta un individuo respecto a un determinado grupo étnico. En el nivel grupal, la etnicidad corresponde principalmente a la movilización étnica y a la acción colectiva de carácter étnico. En el nivel macrosocial o estructural, en cambio, se ven involucradas el conjunto de determinantes estructurales de naturaleza política, económica y social que moldea las identidades étnicas. Lo que une el análisis de los tres niveles es el hecho que, de acuerdo a la autora, las identidades étnicas, a diferencia de otras formas de identidades colectivas, se caracterizan por orientarse hacia el pasado. En este sentido, el hablar de identidades mapuche urbanas en la actualidad se refiere a construcciones contemporáneas con un fuerte sentido de pertenencia ancestral. Con esto la autora no asume la identidad mapuche como un dato inmodificable y único, sino a la característica que conlleva dicha identidad que tiene que ver con la constante remembranza de la “comunidad”.

Esta añoranza por la comunidad se ha plasmado de diferentes maneras a lo largo del tiempo: en un primer momento de migración se observa un proceso de desorganización de la población mapuche urbana. El migrante viajaba solo y, apenas podía, regresaba unos días al sur. Estos eran los migrantes procedentes de la comunidad rural, quienes conservaban el idioma y las tradiciones. Hoy se observa un nuevo proceso que incluye tanto a la población de migrantes como a las de sus descendientes, es decir, aquellos mapuche nacidos en la ciudad, que son hijos o nietos de migrantes, y que generalmente desconocen la cultura mapuche. Todos ellos conforman la población mapuche urbana, también denominada como *warriache*: población que comparte características pero a la vez se diferencia de acuerdo al grado de identificación con la cultura de origen y de integración a la cultura global.

Una de las características que se le ha atribuido a esta población, al igual que lo que sucede en la mayoría de las urbes de Latinoamérica, es el creciente movimiento de ida y vuelta que presentan entre la ciudad y el campo. Al respecto, Bengoa (2000) plantea que en la población indígena urbana, particularmente los dirigentes indígenas tanto urbanos como rurales; su fuerza reside en su capacidad de establecer puentes entre ambos mundos (rural y urbano).

Uno de los fenómenos que caracteriza a la población mapuche urbana ha sido su capacidad de organización, de generación de asociatividad, la cual tiene como fin tanto la reactualización de la cultura mapuche en la ciudad como la generación de una nueva identidad, vinculada a las formas de vida y experiencias urbanas. Así, las organizaciones indígenas urbanas son espacios de reetnificación (Gissi, 2004). En Santiago existen numerosas organizaciones mapuche (también se pueden encontrar algunas aymara y rapanui), enfocadas principalmente en temáticas económico-productivos, territoriales, de reivindicaciones étnicas, todas las cuales en general se alejan de las formas tradicionales de organización de la comunidad rural, generando nuevas estrategias de asociatividad que reflejan una nueva expresión urbana de la identidad indígena. Tal como sostiene Aravena:

“La constitución de redes de relaciones sociales entre los mapuche ciudadanos representa, por un lado, un medio de organización social y de defensa política frente a los problemas de integración a los medios urbanos; por otro, se constituye en un lugar de actualización de la memoria mapuche. En tal medida, la asociatividad mapuche urbana constituye tanto una estrategia de adaptación a la ciudad como un lugar de recomposición identitaria” (Aravena, 1999:179).

Así, en los contextos urbanos, la organización mapuche aparece como uno de los elementos centrales en la reconstitución de las relaciones sociales, es un lugar de encuentro para la población mapuche que reside en la urbe, un lugar donde se construyen nuevas formas de interacción, de solidaridad y medios de adaptación, un lugar de afirmación de la identidad étnica (Ibid). En este sentido, y siguiendo la hipótesis de Aravena, *“la identidad étnica mapuche no desaparece en el proceso migratorio hacia los centros urbanos, sino que se transforma y se redefine en un proceso permanente de construcción, de recomposición y de adaptación a los imperativos de la sociedad moderna, a partir de nuevas situaciones de interacción social” (Ibid:171).* De este modo, a través de las organizaciones los mapuche reivindican su derecho a existir; es un reconocimiento pero desde su situación actual, en la urbe. Esta nueva situación urbana se construye tanto por las normas y valores que se toman prestados de la vida de la comunidad (reducción), como de los elementos que se adquieren en medios urbanos. Además, la organización étnica juega un rol importante en el mejoramiento de las condiciones de

vida en la ciudad, conservando a la vez la capacidad de los indígenas de definirse y pensarse a sí mismos. Tal como sostiene Aravena, la finalidad de la organización indígena es ganar un lugar en la sociedad moderna, teniendo el derecho de ejercer su identidad y que ello se haga en condiciones dignas. Así, las organizaciones cumplen un rol central al mostrar a los no indígenas la existencia indígena contemporánea, y al constituirse en los espacios de creación de nuevas identidades indígenas en la ciudad (Ibid).

De esta manera, a través de las organizaciones indígenas y de otra serie de mecanismos, lo mapuche en la urbe no desaparece, sino que se reinventa. Tal como sostienen Foerster y Montecino, *“la dinámica de la cultura es justamente su permanente cambio y en el caso mapuche, toda su historia pone de manifiesto un inteligente juego de absorciones y relecturas simbólicas que, hasta hoy, hacen persistir el “problema” mapuche dentro de la sociedad chilena”* (2007:133).

Existe una parte importante la población mapuche urbana que no adhiere a las organizaciones. Esta no adherencia se debe en muchos casos a un intento por alejarse de lo mapuche, por no querer reproducir en ellos y en sus hijos las pautas tradicionales de etnicidad por diversas razones: interés por integrarse plenamente en la sociedad *winka* y dejar atrás la identidad étnica familiar, no estar de acuerdo con los contenidos que promueven las organizaciones, entre otras razones.

Tanto si se participa de organizaciones mapuche como si se opta por una postura que se leja de las pautas culturales tradicionales, lo interesante es que en la actualidad la identidad étnica mapuche vive un proceso de reactualización, en tanto diversos procesos sociales globales impactan y redefinen la vida de hombres y mujeres mapuche. Estos procesos han producido modificaciones en las pautas culturales tradicionales del mundo mapuche, dando como resultado lo que se puede denominar como “procesos de transición identitaria”, los cuales se despliegan tanto en los contextos urbanos como en los rurales, cada cual con dinámicas propias de construcción de identidad. De esta

manera, la característica de transición identitaria en que se encuentra el mundo mapuche adquiere particularidades específicas de acuerdo a los diversos contextos sociales y culturales del país. Así, la característica de transición se sitúa como un elemento central para comprender los significados, actitudes y prácticas de mapuche en la ciudad (Obach y Sadler, 2007).

Una mirada más radical frente al tema de la identidad mapuche contemporánea la propone Mascareño (2007), quien realiza una crítica a las aproximaciones esencialistas respecto a la cultura mapuche, poniendo en duda el concepto mismo de cultura mapuche al sostener que éste no funciona como categoría explicativa para comprender a la población mapuche actual, sino más bien funciona como categoría política utilizada para la reivindicación de ciertos derechos y como arma de inclusión social. Para el autor es imposible hablar de cultura mapuche ya que ésta se deconstruye en cada una de sus reconstrucciones debido a que las constelaciones de sentido en las sociedades modernas son más transversales, supraterritoriales, interpenetradas y multidependientes. De acuerdo a Mascareño, para articular y aumentar sus condiciones de inclusión frente a los distintos sistemas funcionales, los individuos se autodescriben culturalmente con el fin de dar a sus demandas un sentido particular, trascendente y una proyección histórica que aumente su potencial de reconocimiento:

“Nación, género, etnicidad, generaciones, sexualidad, religiosidad y sus interpenetraciones son campos donde la iterabilidad simbólica de la sociedad moderna puede encontrar expresión en construcciones ficcionales autodescriptivas bajo la forma de identidad o cultura. En tales casos, ambos términos continúan indicando para los actores un nivel de inviolabilidad que no se puede trascender sin perder la “identidad” o la “cultura” y que se afirma de manera fuerte para ejercer hegemonía o para combatirla. Pero cuando el uso en la autodescripción es estratégico o posicional, esos niveles de inviolabilidad se pueden violar para aspirar a la consecución de nuevos fines: la machi puede ser una negociadora política, el territorio sagrado una fuerza ideológica, los rituales pueden ser vistos como folklore, el ropaje cotidiano como artesanía” (2007:73).

El autor sostiene que políticamente el concepto de cultura sí puede entregar mucho en tanto herramienta guía de reivindicación política para los actores que lo

emplean, es decir, de lucha por inclusión social, pero este uso necesariamente implica reconstruir la “autenticidad” cultural:

“La cultura como concepto político posibilita una renuncia a la fundamentación argumentativa porque se construye sobre umbrales de inviolabilidad que no pueden ser puestos en duda en la reflexión ni en la acción. La unidad cultural se indica y desde ahí se arranca” (Ibid:100).

Para Mascareño tanto la cultura como la identidad son estrategias que utilizan los actores para probabilizar sus condiciones de inclusión. Bajo esta mirada, habría una utilización del concepto de “cultura mapuche” para un uso con fines políticos, es decir, la autodescripción cultural mapuche tendría un objetivo político. Este uso e interpretación de la cultura iría en contra de las experiencias cotidianas de los sujetos, donde los límites entre los mapuche y los no mapuche se vuelven difusos e interpenetrados en muchos aspectos ya que, según el autor, vivimos en sociedades dominadas por la interpenetración cultural, en las cuales las constelaciones simbólicas no conocen límites geográficos, territoriales o comunitarios. Desde esta perspectiva el autor pone en entredicho la idea de unidad cultural de la sociedad mapuche. Esta noción sólo se entiende, según Mascareño, en el uso político de la cultura, donde se establecen límites de inviolables de pertenencia. La realidad, según el autor, muestra que dicha inviolabilidad no es tal, y que diferenciar entre aquello que anhela un mapuche y un no mapuche es tan vago como diferenciar entre lo que aspira un europeo de un asiático. Esto porque tanto la población mapuche como no mapuche están imbricados dentro de una red simbólica de significados que traspasa los límites culturales tradicionalmente establecidos. Junto con lo anterior, el autor realiza una crítica al concepto de aculturación al sostener que mediante este concepto el problema se pospone indefinidamente, es decir, a través de la aculturación habría que concluir, dice el autor:

“que los mapuche se chilenizan como si en lo chileno también existiera algo propio, unificado y coherente que no fuese a la vez latinoamericano, occidental, también oriental y en última instancia universal. La visión de la interpenetración simbólica, en cambio, observa los desplazamientos sin dramas conceptuales, como parte de los movimientos de una sociedad mundial compleja y diferenciada” (Ibid: 91).

Larraín hace una crítica a los postulados de Mascareño señalando que si bien está de acuerdo con poner en duda un concepto esencialista de cultura, aceptar la creciente porosidad de los mundos simbólicos, y advertir contra las pretensiones totalizantes, uniformizantes y sobre-integradas de ciertas versiones del concepto, otra muy distinta es deconstruirlo hasta su muerte teórica y llegar a sostener que hablar de cultura es hablar de un vacío a nivel analítico societal, lo cual por supuesto no impide que actores individuales lo usen para fines políticos (Larraín, 2007). Otro elemento que integra Larraín es la distinción ente identidad y cultura, sosteniendo que la identidad, por definición, es la manera de movilizar algunas formas simbólicas presentes en la cultura para construir un relato sobre el sí mismo tomado como objeto. El autor continúa diciendo que *“mientras que la cultura es la estructura general de significados incorporados en las formas simbólicas en contextos precisos, la identidad moviliza sólo algunos de esos significados para contar la historia del sí mismo, normalmente en función de algunos intereses o con alguna intencionalidad política en el caso de las identidades colectivas”* (Ibid:117). El argumento de Larraín desemboca en la idea que si bien para Mascareño parece inconsistente que aquellos a los que le preocupa la mantención de la cultura mapuche esperen una mayor integración a la sociedad chilena porque sería ella la que debilitaría su cultura; para Larraín esto no es inconsistente ya que indica un deseo de integrarse y de ser aceptado en la sociedad chilena pero con su diferencia cultural, con su identidad.

1.4. Medicinas alternativas y complementarias Chile: la visibilización de la diversidad en salud

La atención en salud en Chile ha estado constituido históricamente por tres grandes sistemas médicos: el indígena, el tradicional-popular y el alópata. Estos tres sistemas (más otras prácticas de cuidado de la salud) conviven, se interrelacionan, chocan, se resisten, se complementan y dialogan hasta hoy. En la actualidad se suman a esta “oferta” en salud las denominadas Medicinas Alternativas y Complementarias, ampliando con esto el pluralismo médico (Cominsky, 1983) existente en el país. En

general, las tendencias impulsadas por las medicinas alternativas y complementarias recuperan tanto práctica como ideológicamente modelos de salud con una larga tradición en el occidente cristiano, como el naturismo médico y la homeopatía, terapias procedentes de los sistemas médicos orientales y otras prácticas de salud surgidas del sincretismo entre distintas tradiciones terapéuticas. De esta manera, las medicinas alternativas y complementarias no corresponden a un quehacer único sino que esta denominación engloba a un universo altamente heterogéneo, siendo muchas y de muy diversa índole las prácticas que caben dentro de esta categoría.

Varias son las coyunturas que articulan la inserción de las medicinas alternativas y complementarias en Chile, entre ellas la restauración de la democracia y la consecuente integración de la diversidad en los diversos ámbitos de la cultura; la globalización y las tecnologías de la información que permiten conectar a las personas con el mundo más allá de las fronteras nacionales, sin mediar distancias ni diferencias geográficas; entre otros muchos factores.

A diferencia de las medicinas indígenas, las MAC no tienen en Chile aquella carga política explícita, ya que se vinculan a terapias provenientes de otras tradiciones culturales, como Oriente o Europa. Así, en el país, si bien no existe una discusión clara sobre este tema, en la práctica se han desarrollado estrategias y políticas diferentes en lo que concierne a las medicinas indígenas y a las MAC. Las medicinas indígenas, por un lado, han sido abordadas en términos teóricos principalmente desde enfoques antropológicos vinculados a la etnomedicina, mientras las MAC han sido escasamente exploradas desde la academia. Desde un punto de vista estratégico-político, las medicinas indígenas se vinculan a la reivindicación identitaria de los pueblos indígenas, mientras las MAC tienen escasa presencia en este ámbito, y se las asocia generalmente a una oferta en salud dirigida a los sectores más pudientes de la sociedad.

¿Qué son las medicinas alternativas y complementarias? En la actualidad las medicinas alternativas y complementarias están representadas por un universo altamente heterogéneo, siendo muchas y de muy diversa índole las prácticas que caben

dentro de esta categoría. Existen diferencias importantes entre unas y otras, tanto en sus fundamentos ideológicos y en sus ejecuciones terapéuticas, como en lo relativo a las cosmovisiones y criterios culturales en las que estas prácticas médicas basan sus conocimientos sobre la salud y la enfermedad. Bajo esta denominación se incluyen una serie de modalidades que reciben diferentes nombres tales como medicinas suaves, integrativas, energéticas, vibratoriales, paralelas, holísticas, terapias naturales, homeopatía, naturopatía, etc. Del mismo modo, también son considerados alternativos sistemas médicos tan importantes como la medicina tradicional china y la medicina ayurvédica.

¿Por qué la denominación de medicinas alternativas?, ¿alternativas respecto a qué? Estas prácticas constituyen una “alternativa” respecto al modelo médico oficial, hegemónico, es decir, a la biomedicina. En occidente las medicinas alternativas generalmente se han desarrollado al margen del sistema biomédico, presentándose como opciones terapéuticas que ofrecen una mirada distinta a la alópata en lo que se refiere a la manera de concebir a los seres humanos y los procesos de salud y enfermedad.

En Chile la presencia de las MAC es muy alta y diversa. Se estima que actualmente hay unas 10 mil personas que las practican y aplican. Como un primer intento por regular estas prácticas en el año 1992 se creó la Unidad de Medicina Tradicional y Alternativa en el Minsal. Luego, en el año 1994 se creó un programa especial con el objetivo de reconocer y validar la idoneidad de las personas que se dedican a estas prácticas terapéuticas. El rápido aumento de consultas de este tipo de terapias por parte de la población llevó al Minsal, en conjunto con el Colegio Médico de Chile, a realizar en el 2004 el *Primer Seminario Nacional: Realidad Actual de las Medicinas Complementarias en Chile*. Ya en junio del 2005 las medicinas alternativas y complementarias recibieron aprobación oficial a través del Decreto Número 42, reconociéndoselas como actividades auxiliares de la salud. El decreto sostiene lo siguiente: “Apruébese el siguiente reglamento para el ejercicio de las prácticas médicas alternativas como profesiones

auxiliares de la salud y de los establecimientos en que éstas se realizan”. Luego, el decreto establece una serie de distinciones respecto a las MAC, entre ellas:

- Se entenderá por Prácticas Médicas Alternativas a todas aquellas actividades que se lleven a cabo con el propósito de recuperar, mantener e incrementar el estado de salud y bienestar físico y mental de las personas, mediante procedimientos diferentes a los de la medicina oficial, que se ejerzan de modo coadyudante o auxiliar de la anterior. Las prácticas médicas alternativas podrán denominarse indistintamente como prácticas médicas alternativas y complementarias.

- La medicina popular chilena, entendida como las actividades y procedimientos de recuperar y mantener la salud, de origen sociocultural autóctono en el país, ejercida por sanadores formados tradicionalmente en sus propias comunidades de pertenencia y que gozan del respecto de éstas, quedará al margen de la aplicación de este reglamento.

- El reconocimiento y regulación de las diferentes prácticas médicas alternativas como profesiones auxiliares de la salud será realizado mediante uno o más decretos supremos del Ministerio de Salud, los cuales en cada caso indicarán su denominación, su definición, una breve descripción de las acciones que les está permitido realizar y los conocimientos y destrezas necesarios para proceder a su ejercicio, así como el equipamiento indispensable para llevarla a cabo y las condiciones mínimas que éste debe cumplir.

- El reconocimiento señalado en el artículo precedente será gradual y de acuerdo con prioridades específicas que el Ministerio de Salud determinará respecto de cada práctica médica alternativa. La determinación de tales prioridades considerará su demanda poblacional, los eventuales riesgos que involucran sus procedimientos de administración, su eficacia terapéutica, su concordancia con los programas sanitarios vigentes y la disponibilidad de infraestructura técnica asequible que sustente su normalización.

- El ejercicio de las prácticas médicas alternativas reconocidas y su ámbito de acción, que sean efectuadas en forma coadyudante o auxiliar de la medicina, deberá contar con la autorización correspondiente, así como la supervisión y fiscalización de la autoridad sanitaria local, tanto respecto a las condiciones de ejercicio como a la instalación y funcionamiento de los recintos.

- Podrán ejercer una o más de las prácticas médicas alternativas reconocidas en la forma que establece el artículo 4°, quienes cuenten con el o los títulos superiores correspondientes, otorgados por instituciones de educación superior, tales como universidades, institutos profesionales o centros de formación técnica.
- Quienes cuenten con uno o más títulos otorgados en el extranjero podrán ejercer dichas prácticas, previa autorización concedida por la autoridad sanitaria competente, la que se otorgará una vez cumplidos los siguientes requisitos:
 - Que el o los títulos estén legalizados.
 - Que el respectivo programa curricular tenga un mínimo de 1.600 horas pedagógicas básicas.
 - Que el certificado de la autoridad competente del país de origen acredite que el organismo formador ha sido autorizado en el ejercicio de la o las actividades es legítimo en dicho país y que el interesado puede desarrollar allí la actividad cuya autorización solicita.
 - Que sea aprobado un examen de competencia en el caso que la autoridad sanitaria así lo determine, para cuyo efecto ésta definirá la comisión examinadora, el lugar y la fecha en la cual dicho examen deba rendirse.
 - Que la práctica médica alternativa de que se trate haya sido regulada en la forma dispuesta en el artículo 4°.
- Las personas que carezcan de la acreditación a que se refieren los artículos anteriores y que llevan a cabo algunas de las prácticas médicas alternativas que se reconozcan en la forma dispuesta en los artículos 3° y 4°, deberán normalizar su situación dando cumplimiento a los requisitos especiales de idoneidad que determine el decreto supremo respectivo.

El decreto se dictó conforme a la garantía contemplada en el artículo 19, número 9 de la Constitución, que protege el derecho a la salud y la libertad de elección de sistemas que procuren satisfacción (Calderón y Rojas, 2008).

La introducción de diversas formas de MAC dentro de instituciones alópatas en Chile se ha dado de distintas maneras y de acuerdo a voluntades particulares más que a

normativas específicas. Así, por ejemplo, la Posta Central de Santiago cuenta con una sección de medicina complementaria en la Unidad de Salud del trabajador. El Hospital Barros Luco, por su parte, enseña medicina china a sus profesionales. El Servicio de Neurología de dicho hospital cuenta con la introducción de arteterapia y musicoterapia. El Hospital Calvo Mackenna tiene programas de reiki para niños con cáncer y trasplantados. Así, existen varios otros ejemplos de hospitales que cuentan con alguna medicina alternativa y complementaria.

Casos interesantes son los sincretismos que se producen en espacios como el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Intercultural de Nueva Imperial en la Región de la Araucanía, donde en el marco del desarrollo de un Programa de Salud Intercultural de medicina mapuche, se ha implementado la musicoterapia bajo en nombre de *inducción musical*, cuyo objetivo es potenciar el vínculo afectivo madre-hijo, junto con facilitar un mayor desarrollo físico y mental del nuevo ser.

Pareciera que tanto el desarrollo del Programa de Salud y Pueblos Indígenas en Chile, como las experiencias de introducción de las MAC dentro del sistema público de salud corresponden a iniciativas que deben ser entendidas dentro de un contexto social mayor, caracterizado por un afán por parte del Estado por regular prácticas terapéuticas que hasta hace pocos años no contaban con ningún tipo de regularización formal, sino que formaban parte del repertorio privado de atención en salud de los sujetos, ya fuese vinculado a una identidad étnica específica, o bien a una búsqueda de alternativas no alópatas en salud. Esta regularización puede ser vista como la construcción de políticas de la vida en el ámbito de la salud, en el sentido que apela a una regulación de los cuerpos y a un control de las elecciones que los sujetos realizan en torno al cuidado de la salud, es decir, un proceso de medicalización que adquiere características particulares de acuerdo tanto al contexto global como nacional. Parte de la investigación busca entender este fenómeno, es decir, cómo las políticas influyen en la vida privada de los sujetos, cómo lo político penetra en la esfera de lo privado y la transforma, dando como resultado productos nuevos, reelaborados, porque: ¿es medicina indígena lo que se da en el marco del Programa de Salud y Pueblos Indígenas?, ¿son MAC las que se dan al

interior del sistema de salud público que ha incorporado estas terapéuticas en su quehacer? ¿Qué son entonces? Parte de la investigación es responder a esta pregunta, y analizar el impacto de estas políticas de la vida tanto al interior del sistema público de salud en Chile, como en las prácticas de los sujetos usuarios de dicho sistema, y así comprender las nuevas estrategias de medicalización que se despliegan en las sociedades contemporáneas.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. El conflicto de la identidad en el tránsito entre lo global y lo local

El análisis de las cuestiones anteriormente formuladas no queda restringido a la sociedad chilena, sino que requiere ser contextualizado en el amplio marco de la globalización, tanto en lo que hace referencia a la transacción del sentido de la salud como a la reactualización de las identidades.

La globalización no es un fenómeno exclusivamente económico, sino es a su vez político, tecnológico y cultural. Además, la globalización no sólo concierne a los grandes sistemas, es decir, en palabras de Giddens, *“no tiene que ver sólo con lo que hay “ahí afuera”, remoto y alejado del individuo. Es también un fenómeno de “aquí adentro”, que influye en los aspectos íntimos y personales de nuestras vidas”* (2000:25).

En medio de este actual orden mundial pareciera, de acuerdo al autor, que las instituciones se han vuelto de cierta manera inadecuadas para las tareas que les han sido encomendadas. Giddens sostiene que las instituciones hoy en día son *instituciones concha*, es decir, en apariencia se ven iguales que siempre, llevan los mismos nombres, ente otros aspectos, pero por dentro han sufrido importantes cambios. El autor pone como ejemplo el cómo seguimos hablando de la familia, el trabajo, la tradición, la naturaleza, como si fueran conceptos que significan lo mismo que en el pasado, pero no siendo lo mismo sugiere la conveniencia de reconstruir las instituciones, o bien crear nuevas.

¿Qué sucede con la salud en este contexto? Uno de los objetivos de esta investigación es describir cómo están operando estos cambios en el ámbito de la salud, y las consecuencias que dichas transformaciones conllevan. Cómo las tendencias de visibilización de la diferencia, tanto de lo étnico, como de lo ecológico y natural - procesos vinculados a la globalización y sus consecuencias-, están generando nuevos comportamientos en torno al cuidado de la salud, como también nuevas

institucionalidades en salud. Para profundizar la reflexión en torno a los escenarios actuales en salud me apoyaré en la noción de *modernidad líquida* desarrollada Bauman. Según su criterio, la modernidad actual se caracteriza por la fluidez tanto de los vínculos humanos como de las instituciones sociales, y por la irrupción del mundo de lo privado en la esfera de lo público. Se trata de una versión privatizada de la modernidad donde lo privado coloniza el espacio público, donde la responsabilidad cae sobre los hombros de los individuos y donde las *políticas de la vida* se toman la escena. Así dice:

“Dada la naturaleza de las tareas actuales, los principales obstáculos que deben ser examinados con urgencia se relacionan con las crecientes dificultades que hay para traducir los problemas privados a problemáticas públicas, para galvanizar y condensar los problemas endémicamente privados bajo la forma de intereses públicos que sean mayores que la suma de sus ingredientes individuales, para recolectivizar las utopías privatizadas de la “política de vida” de modo que éstas vuelvan a ser visiones de una “sociedad buena” y de una “sociedad justa” (2002:57).

En este mundo líquido y fluctuante, donde la globalización genera un diálogo entre lo global y lo local, las identidades cobran fuerza, pero no las caracterizadas por un sentido colectivo e inmutable, sino aquellas que en apariencia se muestran estables y sólidas, pero que en su interior son frágiles, efímeras y vulnerables. Tal como sostiene Barbero, *“nos hallamos, de un lado, ante la explosión de los fundamentalismos identitarios y, del otro, ante la fragilidad de la identidad individual y de una creciente fragilización de toda identidad” (2005:32)*. En los escenarios propios de la fluidez se generan contextos que permiten a los sujetos desplegar tanto identificaciones flexibles y efímeras, como el resurgimiento de identidades tradicionales como las étnicas. Estas últimas se han producido al alero de la globalización en diversas partes del planeta, y manifiestan sus expresiones culturales desde pautas generalmente apegadas a la tradición de la cultura, en respuesta en muchos casos a las políticas de asimilación impuestas por la propia globalización o bien por políticas propias de los Estados nacionales (Giddens, 1999; Buxó, 2001). Giddens argumenta: *“la globalización es la razón del resurgimiento de identidades culturales locales en diferentes partes del mundo (...) los nacionalismos locales brotan como respuesta a tendencias globalizadoras, a medida que el peso de los Estados-nación más antiguos disminuye” (2000:26)*. A la vez, los escenarios actuales permiten que ambas identidades antes mencionadas (las efímeras y las de recuperación de pautas

tradicionales) rápidamente puedan reinventarse desde la apropiación de nuevos códigos culturales, o bien coexistir con otras identidades.

Así, la pertenencia ya no es una sola y la identificación de los individuos ya no es un legado único e inmutable en la historia de vida, sino que en este mundo líquido, la identidad pareciera vincularse más con una “voluntad de ser” por parte de los sujetos, voluntad que a la vez también puede ser múltiple y cambiante. Como sostiene Barbero:

“La idea mantenida durante siglos, respecto de que la medida de una personalidad era la fidelidad a sí misma, está dejando de tener sentido hoy: ¿a qué o a quién se trata de ser fiel? La idealizada unidad del sujeto cartesiano moderno, que tenía como único referente a la razón, se perdió hace tiempo. Lo que nos queda hoy, especialmente entre la gente joven, es una subjetividad tensionada por una pluralidad de referentes que la rigidizan y fragmentan, y que posibilitan una identidad polimorfa y flexible que les permite ser al mismo tiempo locales en unos gustos y globales en otros, sin dejar de sentirse “nacionales” (2002:32).

En este contexto la identidad se puede constituir desde una opción individual, y no solo desde la confirmación colectiva, elemento indispensable en épocas anteriores. De acuerdo a Bauman:

“(…) el dilema que atormenta a hombres y mujeres en el cambio de siglo no es tanto cómo conseguir las identidades de su elección y cómo hacer que las reconozcan los que están alrededor, cuanto qué identidad elegir y cómo mantenerse alerta y vigilante para que sea posible hacer otra elección si la identidad anteriormente elegida es retirada del mercado o despojada de su capacidad de seducción” (2007:169).

¿Cómo influye este contexto social actual en los ámbitos de la salud? Pareciera ser que son varios los elementos que se conjugan en este territorio de encuentro entre la identidad y los ámbitos de la salud. Buxó problematiza este tema desde en campo de la bioética, el cual se presenta, de acuerdo a la autora, como central a la hora de generar estrategias de aproximación al fenómeno de salud global, la cual se despliega en una realidad actual donde convive una elite que habita el espacio atemporal de la redes y los flujos globales; junto con países que aún viven el espacio/tiempo local de sus culturas y

que, frente a la lógica del poder global, se refugian en las muy diversas lógicas del poder comunal (Barbero, 2005). Tal como sostiene Buxó, en la actualidad:

“las culturas constituyen sistemas abiertos sujetas al fenómeno de la mundialización, a los medios de comunicación y al flujo constante de personas, bienes y servicios. (...) En este marco, la bioética ya no trata o se enfrenta con riesgos experimentales, medioambientales y de salud locales, sino que ahora tiene que redefinir en términos mundiales las condiciones que siguen girando en torno a la vida y la muerte. Esta redefinición obliga a pensar en red y a rediseñar estrategias de resolución en términos globales, por ejemplo, la salud global. No cabe concebir las enfermedades en términos locales porque no tienen fronteras, y, además constituyen un hecho social conectado con la pobreza y la marginalidad en todos los países del mundo. Actualmente las enfermedades ponen en riesgo por igual a todos” (1996:61).

Así, pareciera que en medio de este mundo globalizado en donde se introduce la noción de salud global, las identificaciones de los individuos en materia de salud también fluctúan, transitan entre diversos significados y, a la vez, buscan y prueban a través del ensayo y error diversas alternativas en salud. Esto, con el objetivo de mitigar el dolor, la enfermedad y la incertidumbre que se genera en un mundo cambiante.

2.2. El cuerpo como territorio de disciplina y poder: los alcances de la biopolítica en el campo de la salud intercultural

Los procesos de globalización, la simultaneidad de lo local y lo global, y la redefinición de las identidades tiene un impacto no solo en el campo de las ideas, sino también en el cuerpo de los sujetos y en los mecanismos que se despliegan tanto para conceptualizar como para tratar dichos cuerpos. La antropología médica ha generado interesantes conceptualizaciones en torno al cuerpo. Como antecedentes antropológicos de los aportes más recientes de la antropología médica cabe mencionar la obra de Marcel Mauss *Técnicas y movimientos corporales*, en la cual el autor desarrolló el concepto de “técnicas corporales” para referirse al cuerpo en tanto primer instrumento del ser humano, su primer objeto y medio técnico para habitar el mundo. Con este trabajo el autor desplegó las primeras tipologías para abordar antropológicamente el problema del cuerpo. Otra de las figuras clave en el desarrollo del estudio del cuerpo fue Mary Douglas (1973) quien, desde un enfoque que realza la importancia de lo cultural y

lo simbólico en sus análisis, utilizó la idea de los límites del cuerpo como metáfora del sistema social, es decir, como las referencias que demarcan las líneas definitorias entre nosotros y los otros.

Más recientemente, desde la antropología médica han surgido interesantes perspectivas para el análisis del cuerpo. Csordas (1990) propone la perspectiva de “ser/estar en el mundo”, ya que, según el autor, esta perspectiva posibilita hablar de una experiencia vivida, permitiendo captar el sentido de la existencia inmediata, es decir, como presencia temporal e histórica y con un “depósito de significados”. Desde un punto de vista metodológico, la autor propone la categoría de *embodiment* (hacerse cuerpo) reposicionando el lugar de la experiencia corporal como base de la cultura y el ser. A través del concepto de *embodiment* Csordas intenta superar el dualismo mente-cuerpo y la relación objeto-sujeto (este desarrollo lo hizo apoyándose en los supuestos de Merleau-Ponty desde la fenomenología, y de Bourdieu, a través de su concepto de *habitus*). Así, el autor sostiene que la mente bien puede ser un objeto (como lo es para la ciencia cognitiva, por ejemplo) o puede ser el sujeto cartesiano del pensamiento racional-moral-reflexivo. El cuerpo, a su vez, también puede ser un objeto (como lo es para la biomedicina) o ser el sujeto de las sensaciones y experiencias, en síntesis, como fuente de la subjetividad.

Lock y Scheper-Hughes (1987) por su parte proponen tres niveles conceptuales para abordar el cuerpo en tanto campo de investigación social: el cuerpo individual, el cuerpo social y el cuerpo político. El primer nivel, el del cuerpo individual, es el cuerpo fenomenológicamente vivido. Se refiere a las percepciones y concepciones individuales que se construyen respecto al cuerpo, donde las experiencias vividas en torno a éste son el foco de interés. De acuerdo a Johannessen y Lázár (2006) este nivel ha sido desarrollado en las ciencias sociales principalmente por corrientes postmodernas, las que centran su atención en el individuo. El discurso antropológico bajo esta perspectiva sostiene que el enfermo ya no es visto como un paciente que busca ayuda en sistemas médicos, sino que es asumido como un yo corporizado (*embodied selves*) que tiene conocimiento corporizado (*embodied knowledge*) para enfrentar su vida y sus experiencias de enfermedad. Un ejemplo de esta perspectiva es el trabajo ya citado de *embodiment* de Csordas, quien propone que lo que el *body-self* percibe es lo que se

considera como verdadero y como *embodied knowledge* para la persona en cuestión (Ibid). El segundo nivel, el cuerpo social, se apoya en las nociones de Douglas y se refiere a las representaciones simbólicas que se construyen sobre el cuerpo donde todo puede simbolizar al cuerpo y el cuerpo puede simbolizarlo todo. Una de las críticas que Lock y Scheper-Hughes hacen de ambos niveles (cuerpo individual y social) es que no consideran las macro estructuras que están implicadas en los cuidados de salud. Por esto plantean el tercer nivel, el del cuerpo político, el cual hace referencia a las regulaciones sociales, políticas y económicas que se realizan sobre los cuerpos. Foucault fue uno de los primeros en vincular cuerpo y política, y en dar cuenta de cómo el cuerpo es un campo de regulación social por parte de los diversos aparatos de poder, entre ellos, la biomedicina, la cual desde su dominio social sobre los ámbitos del cuerpo ejerce una construcción particular de éstos acorde a los intereses políticos que guían su accionar. De acuerdo a Foucault (1991) el cuerpo es uno de los principales elementos a disciplinar por parte de distintas instituciones de poder, entre ellas el modelo médico, las cuales lo modelan y subyugan en beneficio del desarrollo de una ideología particular.

Esta perspectiva se corresponde con los supuestos desarrollados por la Antropología Médica Crítica²⁴, corriente teórica de la antropología médica en la cual es posible encontrar dos orientaciones claras: la primera, que subraya los enfoques marxistas de las fuerzas político-económicas macrosociales para comprender cómo éstas influyen en la salud y en la estructura de los sistemas sanitarios; y la segunda, más epistemológica, que cuestiona los fundamentos de la teoría y la práctica biomédica contemporánea. Esta orientación está muy influida por el pensamiento de Foucault, quien pone énfasis en la naturaleza social-construccionista de la realidad y en el poder social inherente de ciertas instituciones hegemónicas como la biomedicina. Es un cuestionamiento de la epistemología y la universalidad de los supuestos subyacentes a la teoría y la práctica de la medicina occidental (Barfield, 2001; Scheper- Hugues, 1990).

²⁴ La antropología médica crítica corresponde, según Martínez (2008), a la etapa de difuminación de las fronteras entre ciencia y creencia, y entre medicina y cultura, en el interior del territorio de la biomedicina. De acuerdo al autor, la incorporación de la medicina occidental como objeto de estudio es, de hecho, una consecuencia del modelo crítico, así como la explosión de teorías muy diversas sobre la salud, la enfermedad, el cuerpo, la terapia y el propio conocimiento científico.

Así, la Antropología Médica Crítica se inscribe en una corriente a través de la cual la antropología médica ha guiado sus reflexiones en torno al cuerpo, y que es aquella relacionada con el cuestionamiento a los fundamentos históricos, políticos, económicos, morales y tecnológicos en los que la biomedicina ha basado la generación e institución de conocimientos y prácticas²⁵. Una de las preocupaciones al respecto se ha centrado en la reflexión sobre las implicancias de los conocimientos y prácticas médicas en torno no sólo a prácticas de poder y agendas económicas, sino también a ideas sobre la persona, el individuo y el yo que surgen a partir de la generación de conocimiento biomédico (Ayús y Eroza, 2008).

En esta misma dirección Turner (1992) ha planteado que el modelo médico - concepto que hace alusión al modelo biomédico, al cual Menéndez (1984) denomina como Modelo Médico Hegemónico- históricamente ha abordado de manera diferencial los cuerpos de distintos sectores sociales. Un ejemplo claro de esto son los cuerpos femeninos que, según Turner, han sido concebidos e intervenidos de manera “especial” con el objeto de mantener la estabilidad moral y social de las sociedades. Turner postula que la sexualidad femenina en particular ha sido objeto de diversas prácticas de represión, cuyo fin era (y es) el control sobre la capacidad reproductiva de las mujeres. El autor sostiene que la ansiedad sexual de la sociedad ha recaído directamente sobre las mujeres y ha sido expresada históricamente desde una variedad de categorías médicas, las que articulan la subordinación de las mujeres por un lado, y la autoridad patriarcal, por otro (Turner, 1987).

²⁵ Estas perspectivas abordan la biomedicina como un sistema cultural más, sosteniendo que este sistema ha sido una de las principales fuerzas que ha ejercido control y ha establecido regulaciones en torno al cuerpo. La biomedicina comenzó a ser también analizada como un producto cultural cuando se comenzaron a estudiar otras medicinas profesionales de grandes tradiciones en lugar de las prácticas médicas de grupos pequeños: Ayurveda (Leslie 1976), Kanpo Japonés (Lock 1980; Ohnuki-Tierney 1984) y medicina tradicional China (Kleinman 1980; Kleinman, et al., 1975). Estas tradiciones se analizaron desde marcos comparativos con respecto a la biomedicina. Gaines y Hahn (1985) definieron la biomedicina como un “sistema sociocultural”, una compleja construcción histórica y cultural con un set consistente de creencias, reglas y prácticas internas. Con esto surge una re-concepción de la biomedicina en tanto un sistema etnomédico más, el cual también refleja valores y normas particulares (Gaines y Davis-Floyd, 2003). Good por su parte postula que la biomedicina debe ser entendida como un sistema cultural más, y sostiene que la biomedicina define el cuerpo y la enfermedad desde una forma culturalmente distintiva donde el individuo es identificado con un cuerpo, un caso, un paciente o un cadáver (Ayús y Eroza, 2008).

Estas perspectivas ponen de manifiesto el que la salud y, por ende, el cuerpo humano, se transforman en una problemática política. De acuerdo a diversos autores este accionar político sobre el cuerpo y la salud ha sido ejercido tradicionalmente por el Estado, desde su aparato de poder particular en esta área, es decir, por el Modelo Médico Hegemónico, modelo basado en la biomedicina y que se caracteriza por estar enfocado en el biologismo, individualismo, a-historicidad, a-socialidad, mercantilismo y eficacia pragmática (Comelles y Martínez, 1993). Esta ciencia, en conjunto con los intereses del Estado (entre otros actores), traza la línea médica entre lo normal y lo patológico en los cuerpos humanos. Diversos autores plantean que la influencia de la biomedicina en la vida cotidiana de los sujetos ha ido en aumento, principalmente por el carácter de institución de control social que ha adquirido ésta, desplazando a las instituciones tradicionales que cumplían este fin tales como la religión y la justicia, con el resultado que muchos aspectos de la vida diaria se fueron “medicalizando” (Lock y Nguyen, 2010). De esta manera, la construcción del modelo médico hegemónico en la historia ha ido reforzando cierto proceso de medicalización²⁶, es decir, imponiendo la perspectiva médica en los saberes ilustrados y populares de la sociedad, como medio tanto para la implantación de dicha perspectiva sobre la salud-enfermedad, como para el control del cuerpo de los individuos (Comelles y Martínez, 1993; Foucault, 1996).²⁷ Como sostiene Foucault (1996), la medicalización corresponde a un aspecto de la racionalización de la sociedad a través de la dominación de las categorías científicas.

La hegemonía del modelo médico se ha construido desde un proceso histórico particular donde ya en el siglo XVIII la consolidación de la medicina en tanto profesión tuvo lugar. Este proceso fue amparado por el Estado a través del cual éste desempeña *“su papel aculturador de los saberes populares que les aseguraba el monopolio sobre la gestión de la salud y de su papel mediador en procesos culturales, sociales e ideológico-políticos, que iban más allá de los propósitos de su propia práctica”* (Comelles, 1996:303).

²⁶ Es necesario tener presente que la medicalización no es consecuencia del modelo médico, sino que es un proceso que ha estado presente en diferentes momentos históricos, desde la antigüedad clásica, en Bizancio y en el Islám hasta la actualidad (Comelles, 1996).

²⁷ Como sostiene Comelles (1996), modelo médico hegemónico y medicalización no deben confundirse: *“ambos se desarrollan en forma de procesos particulares con cronologías y características distintas en cada estado y que convierten la práctica médica de una ocupación en una profesión”* (Comelles, 1996:302).

En este caso puede hablarse de un pacto en virtud del cual el modelo médico quedó subordinado al poder político contribuyendo a establecer ideológica y prácticamente las condiciones de dominación, mientras el Estado le garantizaba al modelo médico su hegemonía en exclusividad -al menos legal- en el campo médico (Menéndez, 1984; Pardo, 1998). Así, los intereses médicos se expandieron en diversas direcciones, involucrándose no solo en lo relativo a las patologías individuales, sino también en los eventos de los ciclos vitales (ciclos vitales tales como parto y nacimiento, adolescencia, menopausia, envejecimiento y muerte, infancia y primeros años, se fueron medicalizando cada vez más). Otro aspecto de la medicalización tuvo que ver con la estandarización, proceso que se realizó bajo el amparo del Estado a través de la aplicación racional de la ciencia en la vida diaria de los sujetos, con lo que la medicina gradualmente se fue integrando dentro de una red de prácticas formales cuya función era la de regular la salud y el comportamiento moral de la población. Estas “disciplinas de la vigilancia” funcionaban de dos maneras: por un lado, los comportamientos diarios eran normalizados de manera que, por ejemplo, las emociones y la sexualidad fueran objetos de la tecnología médica, con el resultados que la reproducción humana paso a ser dominio de la salud pública. Otras actividades como amamantamiento, higiene, ejercicio, conducta, y otros aspectos de la vida diaria se convirtieron en objeto de vigilancia en gran medida por las iniciativas de la salud pública y los medios de comunicación populares (Lock y Nguyen, 2010). De esta manera, tanto a través del proceso de medicalización y profesionalización de la medicina moderna, como la alianza que ésta configuró con el Estado, la profesión médica adquirió una función de control social, que implicó una estandarización de la enfermedad como un fenómeno que puede ser administrado por las agencias burocráticas (Turner, 1992)

Así, desde sus inicios el modelo médico ha configurado un aparato complejo donde la dimensión de poder es clave, ya que su quehacer está estrechamente vinculado con el mantenimiento de la estructura social y el control de los individuos (Rodríguez y De Miguel, 1990). Las concepciones desarrolladas por la medicina moderna en cuanto a la salud y el cuerpo de los individuos se hicieron desde parámetros meramente biológicos, centrados más en los ámbitos de curación y cuidado que en los de

prevención. Como sostienen Comelles y Martínez: *“la inflexión se produjo a partir del éxito de la teoría microbiana como marco teórico de explicación etiológica, y supuso el tránsito desde una práctica asistencial individualizada, en la cabecera del enfermo, a otra centrada en el hospital”* (1993:8).

Con la instauración del modelo médico hegemónico, de base biologicista, la medicina desatendió tanto los presupuestos básicos de las ciencias clásicas como el discurso político-social sobre la salud y la enfermedad, el cual durante el siglo XIX estuvo presente en autores como Virchow o, incluso antes, en Engels, donde se puede apreciar un acercamiento a la “medicina social”²⁸, concepción orientada hacia la prevención en salud y hacia la consideración de la incidencia de los aspectos sociales en la salud de los individuos²⁹ (Rosen, 1985). Esta desatención se debió principalmente a la tensión existente entre la medicina científica y la social, ya que el desarrollo de esta última implicaba el impulso de una perspectiva interdisciplinar basada en la intervención del Estado en la administración y regulación del ambiente más que en la administración médica del paciente. El hito que consagró simbólicamente a la medicina científica en tanto modelo médico hegemónico fue la publicación del Flexner Report en 1910, donde se proclamaba la importancia de la medicina científica y se delineaban las bases para el desarrollo de la medicina y del entrenamiento médico, tanto para Norteamérica como para Europa³⁰ (Turner, 1992).

De esta manera, la sistematización del dominio médico fue parte de un proceso general de modernización donde el capitalismo industrial y la producción tecnológica

²⁸ Históricamente, la aparición del concepto de medicina social surgió como respuesta a los problemas de salud creados por la industrialización. Preocupada en un primer momento por la nueva clase de obreros industriales, la medicina social en la actualidad se puede concebir en un sentido más amplio que incluye a varios grupos sociales (Rosen, 1985).

²⁹ Esta visión es rescatada en el siglo XX en los trabajos de Sigerist, entre otros, donde se incluyen en el análisis de la medicina las fuerzas sociales, culturales, tecnológicas y económicas que la impactan y determinan. Con estos esfuerzos se comienza a realizar una “historia de la medicina” con un enfoque más social y crítico (Comelles y Martínez, 1993; López Piñero, 2001; De Miguel, 1980).

³⁰ De acuerdo con el Flexner Report, para practicar la medicina científica se requería de un extensivo entrenamiento universitario en medicina, restringido sólo para aquellos que provenían de las clases medias y altas debido a los altos costos del entrenamiento. A través de una serie de restricciones el Flexner Report también tuvo el efecto de restringir la admisión de negros y mujeres en la carrera de medicina (Turner, 1992).

fueron centrales, ambos procesos íntimamente asociados con la burocratización y racionalización de la vida diaria de los sujetos.

Esta reflexión de la constitución del modelo médico en tanto instancia reguladora y de control sobre los cuerpos nos lleva al campo de la biopolítica, en tanto concepto que analiza la manera en que el Estado organiza y manipula las categorías centrales de la biología humana a través de diversos dispositivos de poder en beneficio de sus intereses y autoafirmación. Tal como sostiene Foucault, *“cuando se hable de la vida de los grupos y de las sociedades, de la vida de la raza, o incluso de la “vida psicológica”, no se pensará en principio en la estructura interna del ser organizado, sino en la bipolaridad médica de lo normal y de lo patológico”* (2006:62).

El concepto de biopolítica fue elaborado por Foucault, quien lo vincula con el hecho de que *“el hombre moderno es un animal en cuya política está puesta en entredicho su vida de ser viviente”* (Foucault, 1984:173). De acuerdo a Giorgi y Rodríguez:

“Foucault descubre que las técnicas de sujeción y de normalización de las que surge el individuo moderno tienen como punto de aplicación primordial el cuerpo: es alrededor de la salud, la sexualidad, la herencia biológica o racial, la higiene, los modos de relación y de conducta con el propio cuerpo, que las técnicas de individuación constituyen a los sujetos y los distribuyen en el mapa definitorio de lo normal y lo anormal, de la peligrosidad criminal, de la enfermedad y la salud. Es pues, a partir del umbral de lo biológico en esa zona entre lo biológico y lo social, que las tecnologías modernas intervienen y colonizan, de un modo nuevo, aquello que el mundo clásico reservaba a la esfera de lo doméstico y de lo privado –la esfera del oikos-. El cuerpo y la vida, el cuerpo como instanciación del ser viviente del hombre, se tornan materia política: de esa materia está hecho el “individuo moderno” (2007:10).

Esta definición va a ser propia de la modernidad, en tanto en épocas anteriores la vida era asumida de cierto modo como un dato invariable, mientras ya en el siglo XX la vida se convierte en una realidad indeterminada y, por lo mismo, potencialmente manipulable y hasta reproducible (Pandolfi, 2006).

Esto remite a la clásica discusión antropológica de la distinción entre naturaleza y cultura. Bajo la mirada de la biopolítica, se puede decir que la naturaleza no se puede

desvincular de los sistemas de poder, particularmente de la economía, por esto mismo aspectos tan centrales como el cuerpo y el control de la vida se transforman en temas políticos y económicos. En tiempos pasados el sistema de poder que regía a la naturaleza era la religión. Hoy, en cambio, prima la medicalización del cuerpo en tanto ámbito de control de la naturaleza. Ya no es la religión la que define la línea entre la vida y la muerte, sino los sistemas expertos médico-científicos, ejerciendo así un control total sobre la vida:

“... como Foucault ha mostrado, el Estado, a partir del siglo XVIII, comienza a incluir entre sus tareas esenciales el cuidado de la vida de la población, transformándose así la política en biopolítica, es ante todo por una progresiva generalización y redefinición del concepto de vida vegetativa u orgánica (que coincide ahora con el patrimonio biológico de la nación) que este realizará su nueva vocación” (Agamben, 2007:79).

Estos sistemas expertos médico-científicos han colonizado todos los ámbitos de la vida, desde los ámbitos públicos hasta los privados, siendo en parte una de las fuerzas que han transformado la vida privada de los sujetos en temas políticos, es decir, en políticas de la vida (Bauman, 2002). Así, la medicalización de la vida misma, afirmada por Ivan Illich en la década de los 70, está más presente que nunca en nuestras vidas.

2.2.1. Biopolítica y Salud Intercultural

Uno de los ámbitos donde se devela este interés del Estado por controlar viejos (y nuevos) espacios terapéuticos y los cuerpos de los individuos es a través de la noción de *salud intercultural*. La interculturalidad hace referencia a cualquier relación entre personas o grupos sociales de diversas culturas (Albó, 2004). Aplicada al campo de la salud, Martínez y Larrea sostienen que *“la propuesta de relacionar, de manera más armónica y humana, los sistemas biomédicos y tradicionales, que a la práctica la población utiliza, se la define como salud intercultural”* (2010:83). Cunningham por su parte sostiene que:

“La interculturalidad significa que todos los sistema de salud cuentan con la posibilidad de ser practicadas en igualdad de condiciones por las personas que lo han hecho tradicionalmente, pero también significa que cuentan con

recursos y espacios para el intercambio de conocimientos, saberes, dones y prácticas que aseguren su desarrollo, revitalización y reproducción” (Cunningham, 2002).

Gran parte de la investigación en salud intercultural busca el rescate y revalorización de la medicina tradicional, basándose en el supuesto de que los sistemas médicos indígenas son elementos de identidad étnica. Esta postura usualmente se basa en una concepción esencialista de la cultura, que supone que existe tal “cultura” y niega los procesos de aculturación, hibridación, mestizaje, entre otros (Pedreros, 1998). Así, plantear una interculturalidad en salud generalmente apunta a acciones de reconocimiento -por parte de la cultura hegemónica occidental- de los pueblos originarios en sus especificidades culturales, entendiendo que cuentan con tradiciones médicas diferentes a la alópata occidental en una lógica que toma como norma a esta última. Son acciones y políticas que tienden a “incorporar” la cultura de los usuarios en el proceso de atención en salud. De esta manera, cuando se habla de salud intercultural se hace referencia a la idea de crear políticas en salud que consideren las particularidades de cada uno de los grupos étnicos que componen la nación, incluyendo sus especificidades culturales en lo relativo a las cosmovisiones en torno a la salud y la enfermedad. Como sostienen Citarella et al. (2000), para el desarrollo de una política intercultural en salud, es indispensable la aceptación del carácter multicultural de las naciones.

De acuerdo a Boccara (2007), la salud intercultural es un subcampo (en el sentido bourdieusiano del concepto), pues se encuentra englobado dentro de un campo burocrático mayor, el de la salud pública, tanto desde el punto de vista institucional como administrativo y conceptual. Desde esta perspectiva, el autor plantea que la salud intercultural representa una nueva ingeniería social que se inscribe dentro de un diagrama de saber/poder o de una nueva gubernamentalidad que tiende a producir sujetos étnicos e individuales a través de una doble dinámica de etnicización y de responsabilización. Sostiene el autor:

“A través de la puesta en marcha de programas de salud intercultural, son las relaciones entre cuerpo social y cuerpo individual, esfera pública y esfera

privada, individuo y población y Estado y ciudadano que se encuentran repensadas y modificadas. Desde esta perspectiva, el campo social y semántico de la interculturalidad, entendido como juego concreto entre los agentes y no como entidad abstracta, remite más bien a una nueva gestión de la diversidad, a la emergencia de nuevos modos de legitimación de las prácticas y los agentes terapéuticos llamados tradicionales, a una relación del cuerpo individual y colectivo indígena, así como también, a un nivel más global, a un recorte del cuerpo social en clave étnica (Ibid:186).

Según Boccara se hace necesario detenerse y analizar las implicancias políticas del concepto de salud intercultural, toda vez que éste da cuenta de un proceso de neoindigenismo del Estado, que se construye 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 por un lado, y por la cultura neoliberal de responsabilización de las personas, por otro:

“Se trata de aprehender la construcción política de la salud intercultural, vale decir, de dar cuenta de los mecanismos a través de los cuales se construye la relación entre cuerpo social y cuerpo individual y se definen las configuraciones contemporáneas del espacio terapéutico articulando análisis macrosocial y microsocioal. En fin, se trata de repolitizar el campo de la salud intercultural en particular y de la salud pública en general pues tiene que ver fundamentalmente con el gobierno de los cuerpos” (Ibid:187).

Esta aproximación a la noción de salud intercultural constituye una suerte de aplicación de la biopolítica a un nuevo campo de acción del Estado sobre el cuerpo de los individuos, en este caso, sobre los sujetos indígenas que, bajo la modalidad de la salud intercultural, pasan a ser mediados por el accionar del Estado. Así, la mirada crítica que el autor plantea respecto a la construcción de la salud intercultural permite articular la idea de que, por un lado, nos enfrentamos a un escenario de iniciativas llevadas a cabo por el Estado, las cuales si bien representan interesantes ejemplos de apertura, democratización y equidad del aparato estatal en el campo de la salud (al incluir las diferencias y generar programas e iniciativas de incorporación de tradiciones terapéuticas indígenas), a la vez representan nuevas estrategias de control y dominio sobre los cuerpos humanos. Si bien para ello se despliegan nuevos códigos y claves (en las cuales el factor étnico y de diferencia cobran un valor fundamental), lo cierto es que

se puede decir que son sólo nuevos ropajes frente a acciones tan antiguas como el Estado mismo. Por otra parte, la noción de salud intercultural, la manera como se la aplica hasta la fecha en América Latina al menos, hace una suerte de ejercicio de esencialización de la cultura, y para esto toma como referencia sólo lo indígena y lo hegemónico occidental, dejando fuera una serie de prácticas que forman parte de la diversidad en salud que existe en la actualidad. En este sentido, pareciera que falta ampliar la noción de salud intercultural entendiendo que ésta es más que lo indígena.

Además, falta aún mayor desarrollo en el campo de la “bioética intercultural” (Buxó, 2004), es decir, acciones que apunten no a la creación de mecanismos de “inclusión” de los grupos y tradiciones indígenas dentro de las diversas políticas de Estado (salud, educación, entre otros), sino que sea una línea de acción *“orientada a trabajar desde la diversidad situacional y contextual como punto de partida para consolidar la discusión, la negociación y los acuerdos entre comunidades tecnocientíficas, culturales y morales”* (Ibid:15). Se trata, como sostiene la autora:

“(...) de conectar diferentes realidades sociales y culturales estableciendo comunidades de coparticipación intercultural donde discutir diferencias de criterio, animar el flujo de opiniones, razonamientos y propuestas y conseguir decisiones negociadas y concertadas sobre las formas de entender y valorar la salud, el cuerpo integral y fragmentario, las aplicaciones biotecnológicas, las prácticas médicas, entre otras” (Ibid).

Siguiendo a Buxó, la bioética cultural es *“aprender a desarrollar un consenso informado sobre lo que se entiende por salud y calidad de vida y, a la vez, establecer los parámetros de aceptabilidad y la redistribución de los riesgos en contextos culturalmente plurales en sus formas de mantener y restablecer la salud...”* (Ibid).

2.3. El riesgo y sus consecuencias en los ámbitos de la salud

La relación que una sociedad determinada establece con el cuerpo da cuenta de las visiones de mundo de dicha sociedad. A la vez, los cuidados del cuerpo forman parte de las maneras particulares de hacer cultura en los diversos grupos humanos (Illanes, 1995). El riesgo es una de las perspectivas clave que cruza las aproximaciones que

existen en la actualidad en torno al cuidado del cuerpo, involucrando tanto las decisiones personales de los individuos en cuanto a los itinerarios terapéuticos que realizan en salud, como las políticas institucionales en torno a la atención en salud. Es decir, el riesgo es uno de los factores determinantes en las decisiones en torno al cuidado de los cuerpos y, por ende, forma parte de las visiones de mundo y de las conceptualizaciones que se construyen en torno al cuerpo.

El enfoque de riesgo que me interesa abordar se basa en las nociones elaboradas por Mary Douglas, donde el individuo no es el centro de análisis en lo que concierne a la percepción y elaboración del riesgo, sino los consensos sociales que se construyen para estos fines. Tal como sostiene la autora, *“la cuestión no es qué peligros son más alarmantes, sino qué explicaciones de infortunio cuentan con la probabilidad de funcionar de manera más eficaz en los diversos tipos de sociedad que seamos capaces de identificar”* (Douglas, 1996:97).

Para Douglas el análisis cultural del riesgo es el eje desde el cual los sujetos y los grupos humanos construyen sus nociones de riesgo y peligro:

“La cultura parecería ser el principio codificador por el que se reconocen los peligros. Las pautas culturales de qué constituye riesgos apropiados e inapropiados emergen como parte de la asignación de responsabilidad y son fundamentales para la vida social. Cuando se le pregunta qué riesgos afronta, un individuo tiene que responder partiendo de alguna norma culturalmente establecida de cautela debida” (Ibid:109).

De acuerdo a la autora, no todas las personas dentro de las sociedades están igualmente situados con respecto al riesgo: hay quienes tienen más herramientas para hacer cálculos de riesgo y quienes están en una posición desfavorecida en este ámbito. Esto siempre en el entendido que la valoración del riesgo es un tema cultural, es decir, no es una valoración individual sino que está inserta en el contexto social en que se producen determinadas situaciones. Así, los riesgos son percibidos de acuerdo a la lectura cultural que hacemos del contexto social (científico, religioso, etc.), espacio donde los medios de comunicación y la opinión pública tienen gran incidencia. De este

modo, no se debe olvidar que cada cultura destaca algunos riesgos y esconde otros, es decir, desarrolla filtros culturales en torno a este fenómeno (Douglas, 1996).

La *teoría de la sociedad de riesgo* ha generado interesantes aportes para comprender las dinámicas de las sociedades actuales. Esta teoría evalúa a las sociedades postindustriales como sociedades de riesgo, refiriéndose a riesgo como peligros que se analizan activamente en relación a posibilidades futuras, es decir, que alcanza su uso extendido en una sociedad orientada hacia el futuro y que ve el futuro como un territorio a conquistar (Giddens, 2000).

Para Beck, el concepto de sociedad del riesgo *“designa una fase de desarrollo de la sociedad moderna en la que a través de la dinámica de cambio la producción de riesgos políticos, ecológicos e individuales escapa, cada vez en mayor proporción, a las instituciones de control y protección de la mentada sociedad industrial”* (2007:201).

Giddens hace una distinción entre los riesgos externos, es decir, aquellos que se experimentan como viniendo desde el exterior, de las sujeciones de la tradición o la naturaleza, y el riesgo manufacturado, es decir, aquel creado por el impacto mismo de nuestro conocimiento sobre el mundo. El autor sostiene que el riesgo manufacturado se refiere a situaciones frente a las que tenemos muy poca experiencia histórica para afrontar, por ejemplo, los riesgos medioambientales, los vinculados al calentamiento global, entre otros que entran dentro de esta categoría.

De acuerdo al autor, el surgimiento de la idea de riesgo estuvo estrechamente ligado a la posibilidad de cálculo, de ahí la proliferación de los seguros en tanto mecanismos de certezas frente a los riesgos. Para Giddens nuestra era no es más peligrosa ni más arriesgada que las anteriores, pero lo que ha cambiado es el balance de riesgos y peligros. En la actualidad el riesgo podría llegar incluso, de acuerdo a algunos autores, a un sentimiento global de pertenencia al riesgo, llevando a Giddens y Beck a plantear que la conciencia del mundo sería antes que nada, la conciencia de una *“comunidad global de riesgo”* en la que todos estamos incluidos (Giménez, 2000).

Para varios autores los principales riesgos que acechan a las sociedades actuales parecen provenir principalmente de las consecuencias de decisiones tomadas por la industrialización descontrolada, atrapada de cierta manera por intereses económicos (es decir, riesgos manufacturados, en palabras de Giddens). Como sostiene el autor, *“vivimos en un mundo donde los peligros creados por nosotros mismos son tan amenazadores, o más, que los que proceden del exterior”* (2000:47). Luhman (2007) por su parte sostiene que el problema del riesgo está inspirado ante todo en los problemas tecnológicos y ecológicos de la sociedad moderna. Como sostiene Beriaín, *“así como la sociedad industrial de clases se centraba en la producción y distribución de la “riqueza” de los recursos, la sociedad de riesgo se estructura en torno a la producción, distribución y división de los riesgos que conlleva la modernización industrial”* (2007:24).

Esto, en el marco de acciones de la industrialización desbocada que ha tenido como consecuencia una serie de efectos secundarios no controlados, y ha llevado a una situación de incertidumbre respecto a los efectos desconocidos, secundarios y colaterales de las nuevas tecnologías, lo que afecta tanto los órdenes sociales convencionales como la confianza en la acción y las decisiones políticas y científicas (Buxó, 1999). Buxó sostiene que este panorama mundial *“se traduce en forma de desencanto respecto a la fe en el progreso, las ventajas industriales y el sistema político, entendidos como los mecanismos responsables de toma de decisiones adecuadas para conseguir y distribuir el bienestar social”* (Ibid:98). De este modo, más que problemas específicos se trata de riesgos de diseño global de la sociedad que sobrepasan los límites convencionales sobre seguridad, responsabilidad, ética, entre otros ámbitos.

En este marco social del riesgo, la salud se entiende como un área de la vida en constante amenaza, amenazas percibidas principalmente como derivadas de la industrialización y el surgimiento de nuevas tecnologías las que -si bien han permitido una mejor calidad de vida y avances en el territorio de la salud-, son vistas como generadoras de consecuencias nefastas en este ámbito. Así, por ejemplo, la prolongación en la esperanza de vida lograda por los avances en materia de salud y de las tecnologías, es a su vez percibida como productora de nuevos riesgos, amenazas desconocidas que se

transforman en los nuevos desafíos que las sociedades deben enfrentar. Incluso la propia Organización Mundial de la Salud constata este fenómeno, “(...) *la esperanza de vida más larga ha dado como resultado un aumento de los riesgos de desarrollar enfermedades crónicas, el cáncer, la diabetes y los trastornos mentales*” (OMS, 2002:2).

Así, desde mediados del siglo pasado algunos factores propios de las sociedades capitalistas como, por ejemplo, el surgimiento de nuevos estilos de vida y las modificaciones en los comportamientos cotidianos generados por el incremento de los padecimientos crónico-degenerativos, condujeron al cuestionamiento de la biomedicina, a la concepción de ésta en tanto productora de riesgos, lo que facilitó la recuperación de una serie de concepciones y prácticas "curativas", las cuales ponen parcialmente en duda no sólo la eficacia sino la ideología del sistema biomédico (Turner, 1992; Menéndez, 1994). Desde esos años han aparecido una serie de críticas que pretenden desacralizar al modelo médico. Ivan Illich (1975) en la década de los 70 argumentó que la medicina institucionalizada se había convertido en una amenaza para la salud tanto porque produce daños clínicos superiores a los beneficios que entrega (condición iatrogénica de la biomedicina), como porque enmarca las condiciones políticas que minan la salud de la sociedad, y porque expropia al individuo del poder de curarse a sí mismo. Susan Sontag (1996) más tarde habló de la distorsión ideológica o “metafórica” de la enfermedad y de cómo el sistema biomédico ha convertido a la enfermedad, tan legítimamente natural como la salud, en sinónimo de lo que es “contra natura”.

Más recientes son las críticas planteadas por Lanctôt (2002) quien sostiene que en todos los países donde opera de manera dominante la biomedicina el estado de salud general de la población se deteriora cada vez más: el cáncer, el Sida (junto con otras enfermedades del sistema inmunitario), las enfermedades degenerativas (como el Alzheimer) amplían sus estragos. La autora afirma que actualmente existe un constante estado de insatisfacción y descontento respecto al sistema médico, tanto por parte de los usuarios como por parte de los médicos y los gobiernos. Lanctôt sostiene que la industria, particularmente la industria farmacéutica, es la que finalmente obtiene los grandes beneficios de este sistema médico y, por ende, es la que se preocupa de la

reproducción de éste, el cual mantiene tanto al médico como al paciente prisioneros de un sistema que focaliza su quehacer sólo en la enfermedad y no en la salud de los individuos. A este fenómeno la autora lo denomina “la mafia médica”. En la misma línea, Teresa Forcades (2006) en su texto *Los crímenes de las grandes compañías farmacéuticas*, plantea una crítica respecto a las industrias farmacéuticas sosteniendo que más que velar por el desarrollo de medicamentos y tecnología farmacéutica destinadas al bien común, las motivaciones que mueven a esta industria son meramente lucrativas. Con ello, plantea la autora, se generan brechas abismantes entre la población más pobre, cuyas necesidades y enfermedades no son consideradas en las investigaciones farmacéuticas ni tampoco se les facilita el acceso a medicamentos, y la población más rica, quienes constituyen la población objetivo de esta industria. Asimismo, la autora da cuenta de la nula visibilización que tienen los efectos secundarios de muchos medicamentos que la industria promueve sin restricción, y de cómo los médicos son parte y cómplices de esta industria, la más millonaria a nivel mundial.

El feminismo por su parte ha planteado fuertes críticas hacia el modelo médico. En términos generales, sostiene que a través de diversos mecanismos de poder y de sus bases políticas e ideológicas, la ciencia biomédica ha excluido sistemáticamente a las mujeres del modelo médico, erigiendo un sistema androcéntrico, que se rige a través de una cosmovisión masculina del mundo. Este carácter androcéntrico del sistema biomédico se contrapone fuertemente con la tradición histórica de la medicina y la sanación, donde las mujeres cumplían -y cumplen- un rol central (Ehrenreich y English, 1988).

Desde los años setenta el movimiento del New Age, con figuras como Capra y Fergusson, plantea que la historia de la medicina occidental es el reflejo del poder de una elite profesional masculina, que desarrolla una visión racionalista y científica de la salud y la curación. Junto con el movimiento New Age aparece en los años noventa el movimiento de la medicina holística que cuestiona el papel del Estado y de la sanidad oficial desarrollando planteamientos neoliberales en sanidad (Pardo, 1998).

De este modo, se puede apreciar cómo el propio aparato de salud es percibido como generador de riesgos, y cómo en el seno de esta problemática aparecen una serie de ofertas “alternativas” en salud, las que prometen, principalmente, la reducción de los riesgos propagados por el modelo médico. Muchas de estas ofertas en salud -y que ya forman parte de los intereses políticos y económicos de las sociedades actuales-, las cuales se construyen a partir de promesas de reducción de riesgos, asocian su quehacer y se identifican con ámbitos vinculados a “lo natural”. Este concepto de lo natural se instala con fuerza en contraposición de la hiper tecnologización de la vida cotidiana. Así, ha sido posible observar en las últimas décadas el fuerte surgimiento de un mercado de la salud en torno a la denominada “medicina natural” a través de la comercialización de alimentos orgánicos, la preocupación por el cuidado del medio ambiente y la oferta de productos asociados que brinda la industrias de artículos ecológicos, el surgimiento de editoriales con importantes ventas en temas ecológicos, orientalistas, New Age, medicinas alternativas, etc.; la presencia de laboratorios farmacéuticos multinacionales dedicados a la producción de productos homeopáticos; movimientos urbanos generadores de cambios sociales (por ejemplo, vegetarianos, ecologistas, sectores anarquistas); academias ligadas a la enseñanza de terapias alternativas; profesionales de la salud dedicados ya sea parcial o totalmente a la práctica de medicinas o terapias alternativas, entre otros (Pardo, 1998).

Esta tendencia muestra una constante re-valorización de lo “natural”, concepto con una poderosa carga simbólica en las sociedades occidentales contemporáneas ya que se relaciona con los valores de pureza, limpieza, moralidad, virtud, renovación, vigor, bondad y, en general, con todo aquello que posee propiedades inherentes que benefician al individuo, en contraposición de la medicina alópata, percibida como generadora de riesgos para la salud. Esto se vincula con el resurgimiento de las medicinas indígenas y el boom de las terapias alternativas y complementarias, así como con la percepción cada vez más amplia de riesgos que conlleva la tecnologización de la sociedad (Lupton, 2000; López Piñero, 2001).

Todos estas iniciativas se transforman hoy ya no en movimientos contraculturales que operan al margen del sistema, sino que el sistema mismo está interesado en apropiárselos y hacerlos parte de su estructura económica, política y, principalmente, simbólica. De esta manera, los movimientos antes descritos son incorporados por las estructuras de poder y se constituyen, a su vez, en nuevos mecanismos de control sobre los cuerpos y la vida misma. Interesante resulta que tanto el Estado como otros organismos que históricamente han desplegado estrategias de control sobre los cuerpos, para mantener su hegemonía deben en la actualidad adecuarse a las nuevas dinámicas a través de las cuales operan las sociedades, dinámicas propias de una modernidad líquida en palabras de Bauman (2002).

Así, la salud y los diversos mecanismos para el restablecimiento del orden y la normalidad que implica la ausencia de enfermedad se sitúan como espacios de fuerte producción simbólica y, a la vez, en campos de acción política y económica donde entran en juego diversos poderes, toda vez que la salud y el cuerpo, en el marco de la sociedad del riesgo, se transforma en un articulador central de certezas y sentido para los individuos. No debemos olvidar que:

“La salud, al igual que todos los otros conceptos normativos de la sociedad de productores, traza y protege el límite entre “normal” y “anormal”. La salud es el estado correcto y deseable del cuerpo y el espíritu humanos –un estado que (al menos en principio) puede describirse de manera más o menos exacta y luego evaluarse con igual precisión-. Se refiere a una condición física y psíquica que permite satisfacer las exigencias del rol que la sociedad dispone y asigna – y esas exigencias tiende a ser constantes y firmes-. “Estar sano” significa en la mayoría de los casos “ser empleable” (Ibid:83).

Bajo esta mirada estar sano implica la pertenencia social mientras la enfermedad la exclusión. Desde una óptica de poder, estar sano ha sido en distintas épocas estar “a salvo”, es decir, incluido socialmente, mientras el estar enfermo se vincula a un estado de exclusión social (Turner, 1992). Este autor, siguiendo la línea de Foucault, hace una analogía entre el estado de enfermedad y la “desviación social” en tanto categorías de definición de pertenencia, de membrecía social.

2.4. Las opciones de atención de salud en un mundo globalizado: la visibilización de la diversidad

Cada tradición cultural construye su propio proceso de salud/enfermedad /atención, entendido éste como un conjunto de representaciones y prácticas desarrolladas con el fin de responder a los estados de salud y enfermedad, presentando características diferenciadas según el período histórico y la cultura particular donde se inserte (Menéndez, 1994). De esta manera, todos los grupos sociales construyen una idea de lo que es estar sano y estar enfermo, y le otorgan un sentido y valor particular; y desarrollan un sistema de salud para afrontar las incertidumbres derivadas de los riesgos a los que se deben enfrentar, existiendo variaciones de acuerdo a las conceptualizaciones que se realizan en torno a los riesgos.

La antropología médica ha sido el campo de estudio de esta diversidad de concepciones culturales en torno a la salud, y de las respuestas que las culturas elaboran en materia de salud para afrontar los riesgos que los acechan. Cabe destacar que desde sus inicios la antropología médica se ha caracterizado por presentar una variedad de paradigmas teóricos, entre ellos el etnomédico, el ecológico, el aplicado y el crítico. La orientación de cada uno de éstos es particular, abocándose ya sea a una mirada más culturalista o bien una mirada más histórico-crítica sobre el fenómeno de la salud-enfermedad. En general, estas distintas orientaciones han llevado a la antropología médica a optar *“entre su carácter terapéutico o de ayuda directa al curar de las instituciones de salud y el mantenerse al margen como una mera reflexión sobre lo que sucede en estas instituciones sin pretender aportar herramienta alguna de carácter terapéutico”* (Uribe, 1996:24). Martínez plantea que si bien es cierto que todas estas etapas o modelos teóricos de la antropología médica pueden ser entendidos desde una sucesión temporal, es importante destacar que en el presente también pueden coexistir (Martínez, 2008).

Uno de los aportes conceptuales que la antropología médica ha realizado ha sido la conceptualización de sistemas médicos, entendidos como conjuntos organizados de creencias y acciones, de conocimientos científicos y habilidades de los miembros de un

grupo perteneciente a una determinada cultura, relativas a la salud, la enfermedad y sus problemas asociados (Comelles y Martínez, 1993; Citarella et al., 2000)³¹. El concepto de sistema médico ha sido ampliamente utilizado en antropología médica como una categoría que ayuda a comprender la diversidad cultural que existe para lidiar con la salud y enfermedad. Para hablar de sistema médico deben darse las siguientes condiciones: que exista un grupo de practicantes que adhieran a un cuerpo de teoría común y consistente, y basen su práctica en una lógica derivada de aquella teoría; pacientes que reconozcan la existencia de ese grupo de practicantes, cuerpo de teoría y práctica, y que acepten su lógica como válida (aunque no comprendan su teoría); que la teoría sirva para explicar la mayor parte de las enfermedades que existen (Last, 1981).

En las sociedades complejas no existe un único sistema médico al que todos sus miembros adhieran para dar sentido y significado a sus experiencias de salud y enfermedad, sino que coexisten múltiples sistemas. Johannessen y Lázár (2006) sostienen que la existencia de diversas opciones terapéuticas dentro de las sociedades constituye uno de los rasgos característicos del mundo actual, donde las terapias disponibles varían de una localidad a otra y van desde la medicina de hierbas, a tratamientos biomédicos, pasando por diversas formas de terapias espirituales entre otras muchas opciones. Las autoras sostienen que existen principalmente dos líneas teóricas que permiten acercarnos al estudio de las múltiples opciones terapéuticas que existen en la actualidad: la primera se basa en las teorías del cuerpo y el “self”, perspectiva que enfatiza la creación individual de significado en medio de la realidad

³¹ Un sistema médico puede caracterizarse como un conjunto institucional sociocultural organizado de prácticas, procedimientos, elementos materiales, personas y normas respecto del ámbito de la salud y la enfermedad humana. De acuerdo a Citarella et al., los elementos componentes mínimos de todo sistema médico son: definición de una estructura organizacional de roles y funciones en el sistema (dicha estructura supone normativas respecto de tales papeles y funciones, rangos y status mutuos, jerarquías en el sistema de funciones, formas de controlar deberes y derechos, etc.); procedimientos de reclutamiento, formación, y legitimación social de los roles; procedimientos y técnicas etiológicas, diagnósticas y terapéuticas; recursos, equipos y tecnologías referentes a los procedimientos y técnicas, y al funcionamiento global del sistema; escenarios y contextos propios de la representación y operación del sistema, conformada por espacios físicos e infraestructuras determinadas, de los que son parte sus diseños, implementaciones y la organización de los objetos culturales en el espacio; códigos, lenguajes y sistemas de comunicación específicos, en los que se debe distinguir al menos dos ámbitos: los que corresponden al intrasistema y al extrasistema, y los de carácter técnico y simbólico (Citarella et al., 2000).

caótica y da cuenta de la importancia de las narrativas que ligan la salud, el cuerpo y la enfermedad a la experiencia de vida cotidiana. La segunda se basa en el concepto de pluralismo médico, el cual hace referencia a estudios que dan cuenta de la pluralidad de sistemas médicos en Asia, África y recientemente en Europa y Estados Unidos, principalmente en lo que respecta a las condiciones legales y socio-económicas en que se desarrollan las prácticas terapéuticas, así como las diferencias en los modelos explicativos de cada uno de los sistemas.

Singer por su parte, desde la Antropología Médica Crítica problematiza el tema del pluralismo médico al sostener que éste surge en todas las sociedades divididas en clase, siendo, según el autor, el reflejo de las relaciones de poder existentes. De acuerdo a Singer, la biomedicina tiende a tener un status dominante en relación con las prácticas heterodoxas y etnomédicas, y es central en este proceso de dominación el esfuerzo de la medicina capitalista por subordinar progresivamente al conjunto de sus supuestos competidores. El autor argumenta que a pesar del carácter dominante de la biomedicina, las alternativas médicas en las sociedades actuales está en creciente aumento, por lo cual es especialmente importante reconocer el papel que juegan tanto la lucha de clases como otras luchas sociales en el surgimiento del pluralismo médico (Singer, 1990).

El pluralismo médico no es un fenómeno exclusivo de la época actual sino que ha estado presente desde siempre, habiendo sido incluso mayor en tiempos pasados. La diferencia es el valor que se le otorga hoy a la diversidad en salud. Tal como sostiene Le Breton:

“La pluralidad de medicinas que se practican actualmente apenas deslucen a las que se practicaban en épocas precedentes. (...) El cambio que se produce hoy es el del paso de la clandestinidad de una cantidad de prácticas a una especie de oficialización relativa que puede verse en las obras de divulgación, en revistas, en títulos que aparecen con frecuencia en revistas de gran difusión, en la creación de asociaciones, en la publicación de guías con direcciones, en publicidades o en avisos clasificados en los diarios para dar a conocer a los que las practican, la organización de debates en la radio o la televisión. Este hormigueo de las medicinas, aunque las facultades no las hayan oficializado, o aunque la Seguridad Social no reembolse su costo, le restituye al usuario la

posibilidad de una elección a partir, únicamente, de la información que él mismo se ha procurado” (1990:175-176).

Desde la antropología médica, Kleinman, con su obra *Patients and Healers in the context of culture* fue uno de los pioneros en el estudio del pluralismo médico en las sociedades actuales, y en el análisis de los actores sociales en tanto protagonistas de las experiencias médicas. En su texto, el autor da cuenta de la diversidad de sistemas de atención de salud que existen en Taiwán, y constata la forma en que los sujetos recurren a las diferentes prácticas y terapéuticas, dado cuenta de los *itinerarios terapéuticos* que realizan los individuos para resolver sus problemas de salud y así resaltar el valor del saber del enfermo por sobre el saber institucional biomédico. El autor analiza cómo los sujetos realizan su propia interpretación de la enfermedad a partir de los *explanatory models* que cada sistema propone, considerando que éstos pueden tener grandes diferencias entre sí. Kleinman señala que, de acuerdo a la pluralidad de sistemas de atención de salud existentes, se pueden encontrar las más variadas interpretaciones de la enfermedad por parte de los sujetos, es decir, cada quien construye sus propios significados combinando los distintos conceptos médicos que están a su disposición en una cultura determinada (Kleinman, 1980; Calpe, 2001).

Davis-Floyd (2001) por su parte propone un interesante modelo para caracterizar el pluralismo médico. La autora identifica tres grandes paradigmas de atención en salud, dentro del cuales se pueden ubicar todos los sistemas médicos conocidos. Estos son el paradigma tecnocrático, el humanístico y el holístico:

PARADIGMAS EN LA ATENCIÓN DE SALUD		
Tecnocrático	Humanístico	Holístico
Separación mente cuerpo	Conexión mente cuerpo	Unidad del cuerpo-mente-espíritu
Cuerpo como máquina	Cuerpo como organismo	Cuerpo como sistema de energía conectado con otros sistemas
El/la paciente como objeto	El/la paciente como sujeto relacional	Curar a la persona en su integridad, vida y contexto
Separación del practicante con el/la paciente	Conexión y cuidado entre practicante y paciente	Unidad esencial entre practicante y cliente

Diagnóstico y tratamiento de afuera hacia adentro	Diagnóstico y tratamiento de afuera hacia adentro y viceversa	Diagnóstico y tratamiento desde adentro hacia afuera
Organización jerárquica	Balance entre las necesidades del individuo y de la institución	Cuidado individualizado
Estandarización del cuidado, autoridad y responsabilidad en el practicante, no en el paciente	Información, toma de decisiones y responsabilidad compartida entre practicante y paciente	Autoridad y responsabilidad inherentes en el individuo
Supervaluación de ciencia y tecnología	Ciencia y tecnología en equilibrio con humanismo	Ciencia y tecnología al servicio del individuo
Intervención agresiva con énfasis en resultados a corto plazo	Énfasis en prevención	Enfoque a largo plazo en crear y mantener un estado de salud y bienestar
Muerte como derrota	Muerte como una posibilidad aceptada	Muerte como un paso en un proceso
Hegemonía tecnomédica	Cuidado basado en la compasión	Sanación como foco
Intolerancia hacia modelos alternativos	Apertura hacia modelos alternativos	Aceptación de múltiples modalidades de sanación

El modelo de Davis-Floyd es una herramienta conceptual útil para ordenar la gran diversidad de sistemas médicos presentes en las sociedades actuales, y para describir las culturas sanitarias locales posibles de identificar en contextos particulares. Cabe señalar que las “culturas sanitarias” se componen tanto de sistemas terapéuticos profesionales (oficiales y alternativos a éstos) como de una serie de prácticas relacionadas con lo sanitario que existen al margen de la medicina profesional, como por ejemplo, prácticas domésticas cotidianas de promoción de la salud, las redes sociales informales de cuidado de la salud, entre otros elementos (Haro, 2000). Si bien la cultura sanitaria involucra a todos estos ámbitos mencionados, es una realidad que el sistema biomédico -caracterizado por ser internacional, cosmopolita y dominante- ha tendido a subordinar al resto, deslegitimando a las otras prácticas y constituyéndose en gran parte del mundo en el Modelo Médico Hegemónico. Esta realidad margina (y ha marginado históricamente) a los otros sistemas médicos y a diversas opciones terapéuticas que existen en las sociedades actuales³².

³² Sobre este punto cabe señalar que gran parte de la literatura de antropología médica aborda a la biomedicina como un modelo homogéneo, idealizado, y se le critica arduamente por la manera como concibe y construye los cuerpos humanos, así como las relaciones que establece entre médicos y

La existencia de diversas estrategias de atención de la enfermedad que actualmente operan en una sociedad determinada (o la coexistencia de paradigmas en la atención de salud en palabras de Davis-Floyd) tiene que ver con las condiciones religiosas, étnicas, económicas, políticas, técnicas y científicas que dan lugar al desarrollo de formas diferenciadas, y que suelen ser consideradas antagónicas entre sí, especialmente entre la biomedicina y las otras formas de atención (Menéndez, 2004). Este autor hace referencia a las sociedades latinoamericanas actuales sosteniendo que en ellas existe una gran diversidad de formas de atención a la enfermedad que utilizan diferentes técnicas diagnósticas, indicadores para la detección del problema, formas de tratamiento y criterios de curación. Interesante resulta el análisis sobre la manera en que los diversos sistemas de atención sanitaria están coexistiendo, en un contexto marcado por la hegemonía biomédica que tiende a negar y/o marginar esta diversidad de atención sanitaria, pese a que es utilizada por amplios sectores de la población. En relación a este tema, la propuesta de Menéndez ayuda a entender que el pluralismo médico actual opera a través de la constante articulación y exclusión entre los diversos sistemas de atención de salud, dinámica que, de acuerdo al autor, opera en dos niveles: el primero, referido a las relaciones que se establecen entre las diversas formas de atención a través de los operadores de las mismas (el autor pone el ejemplo de cómo la biomedicina, en determinados contextos se apropia de la acupuntura o de la quiropraxis, y, en otros, retoma la tradición herbolaria como parte de sus tratamientos). El segundo nivel se refiere a la integración de dos o más formas de atención por parte de sujetos o grupos que tienen algún padecimiento, práctica frecuente, dinámica y expandida, y que involucra el uso simultáneo o diferenciado de diversos sistemas médicos por parte de las personas. Según Menéndez, a nivel de las prácticas de los conjuntos sociales se observa una tendencia a integrar las diferentes formas de atención más que a

pacientes (entre otros muchos factores). Frente a esto, varios autores plantean que las instituciones y las prácticas biomédicas no pueden ser entendidas como homogéneas ya que presentan una gran diversidad alrededor del mundo. Se plantea que análisis generales sobre la biomedicina y el modelo biomédico poco sirven para comprender la medicina contemporánea, o para hacer una comparación entre este sistema y otras formas de conocimiento médico. Se argumenta que las investigaciones producidas desde la antropología médica deben estar situadas, contextualizadas y enriquecidas a partir de datos etnográficos que den cuenta de las particularidades que presenta el modelo biomédico en escenarios específicos (Good, 2003; Good y DelVecchio, 1993).

antagonizarlas, excluirlas o negar unas en función de otras, contexto en el que potencialmente se pueden utilizar de manera conjunta las más variadas formas de atención, entre ellas: de tipo biomédico; de tipo popular o tradicional; alternativas, paralelas o *new age*; devenidas de otras tradiciones médicas académicas; centradas en la autoayuda, entre otras (Ibid). Este fenómeno actual de incremento de alternativas en salud (tanto la aparición de MAC como la recuperación de formas de medicina popular e indígenas, entre otras alternativas) puede ser explicado por diversos factores. Menéndez postula que puede ser visto como reacción contra la biomedicina por los riesgos que se percibe ésta conlleva, pero también como consecuencia del desarrollo de la industria químico-farmacéutica y su ingreso en el campo de la medicina natural, lo que ha impulsado el crecimiento de este fenómeno. Esto hace que los sistemas de atención popular y tradicional estén dejando de ser patrimonio exclusivo de determinados sectores sociales, económicos o étnicos (Ibid).

En este contexto, se puede decir que el tránsito entre diversos sistemas médicos ya no sólo está mediado por la pertenencia cultural de los sujetos, ni por el significado local de cada tradición terapéutica, sino que se ve influenciado por el panorama mundial global, en el cual la identificación de los sujetos en el territorio de la salud adquiere nuevos significados. Y esta situación no solo está presente en los espacios urbanos industrializados, sino también en sectores rurales y con alta población indígena. Orobítg (2004), por ejemplo, a través del estudio de las nociones de salud y enfermedad entre los Pumé de Venezuela, da cuenta de los itinerarios terapéuticos de esta población y los cruces que establecen entre la biomedicina y la medicina indígena, así como las lecturas y las interpretaciones que la población Pumé realiza sobre lo que los acontece tanto física como socialmente a partir de estas diversas fuentes de información médica y cultural.

La trama social donde se dinamizan procesos de desinstitucionalización de los ámbitos privados de la vida de las personas, es denominado por Lipovetsky (2002) como “proceso de personalización”. Con este concepto hace alusión a la línea directriz y al tipo de organización y control social que se opone al orden disciplinario-

revolucionario-convencional que prevaleció hasta los años cincuenta a favor de la asunción de los “factores humanos” (culto a lo natural, a la cordialidad, el sentido del humor, etc.) Así, la “personalización” corresponde a una nueva manera de organización y orientación de la sociedad, dirigida hacia el mínimo de coacciones y el máximo de elecciones privadas posibles. En el ámbito de la medicina, este proceso se releja en sus palabras:

“La medicina sufre una evolución paralela: acupuntura, visualización del interior del cuerpo, tratamiento natural por hierbas, biofeedback, homeopatía, las terapias “suaves” ganan terreno enfatizando la subjetivación de la enfermedad, la asunción “holística” de la salud por el propio sujeto, la exploración mental del cuerpo, en ruptura con el dirigismo hospitalario; el enfermo no debe sufrir su estado de manera pasiva, él es el responsable de su salud, de sus sistemas de defensa gracias a las potencialidades de su autonomía psíquica” (Idid:21).

En este marco, pareciera que usuarios y practicantes de los diversos sistemas médicos se relacionan paralelamente con las más variadas ideologías respecto al cuerpo, la salud y la curación. Esto implica que una persona puede manejar una amplia gama de modelos explicativos de la salud y el cuerpo, pudiendo coexistir varias interpretaciones dentro de un mismo sujeto o grupo social (Johannessen y Lázár, 2006).

Así, se genera una situación de tránsito permanente entre diversos sistemas y prácticas médicas, donde los sujetos adoptan identificaciones pasajeras para significar su experiencia particular con determinada práctica terapéutica. Tal como sostiene Le Breton:

“En las sociedades occidentales cada uno “construye” una visión personal del cuerpo y la arma como si fuese un rompecabezas, sin preocuparse por las contradicciones o por la heterogeneidad del saber que toman prestado. Raramente, en efecto, esa representación es coherente si se comparan los elementos que la componen. Hoy, un enfermo aparece como prioritario para un médico clínico o para el especialista en el órgano o en la función que lo hace sufrir. De este modo da crédito al modelo anátomo-fisiológico del cuerpo. Pero, fiel a la tendencia de anotar en la cuenta del curandero los fracasos de la medicina, ese mismo enfermo puede recurrir luego a un hipnotizador o a un curandero; incluso ir en busca de las medicinas “blandas” y consultar a un homeópata, un acupunturista o un osteópata. Y todo esto, sin preocuparse por

el hecho de que está pasando de una visión del cuerpo a otra en total discontinuidad. El mismo sujeto puede, por otra parte, dedicarse regularmente al yoga o a la meditación zen, esperar poder iniciarse en los masajes chinos o japoneses que le ofrecen en el centro cultural del barrio. Al mismo tiempo, puede psicoanalizarse si piensa que el cuerpo cristaliza los juegos sutiles e inconscientes del deseo y de la represión” (1990:89).

CAPÍTULO III. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS: EL PROCESO DE TRABAJO DE CAMPO

3.1. El enfoque metodológico

Los datos etnográficos que se obtienen de la investigación de campo enfocan, por una parte, los ámbitos institucionales de donde emanan las políticas y los programas de implementación de las medicinas alternativas y complementarias, así como de la medicina indígena que se incorporan al quehacer biomédico; y por otra, los discursos y las prácticas de los usuarios que reciben estas modalidades terapéuticas.

Para lograr estos objetivos opté por abrir la metodología etnográfica hacia la realización de un trabajo de campo que me permitiera no solo experiencias y contextos relativos a fenómenos específicos, sino también operar con una metodología multi-situada que abarcara escenarios sociales que permitieran mostrar la simultaneidad de los procesos involucrados en la introducción de medicinas indígenas y prácticas alternativas y complementarias dentro del sistema público de salud en Chile.

De esta modalidad de investigación etnográfica, asociada al capital intelectual de la antropología posmoderna en respuesta a los retos empíricos del mundo actual, me interesa su énfasis en superar la lógica convencional de enfocar la mirada en lugares y situaciones locales y, en su lugar, reorientarse hacia la circulación de significados, objetos e identidades culturales en un tiempo-espacio difusos. Así, las etnografías multi-situadas permiten recrear el efecto de simultaneidad de los fenómenos propios de las sociedades complejas y atender a las transformaciones de los sitios de producción cultural, puesto que las lógicas culturales son siempre producidas de manera múltiple. En este sentido, Marcus afirma:

“Esta clase de investigación define para sí un objeto de estudio que no puede ser abordado etnográficamente si permanece centrado en una sola localidad intensamente investigada. En cambio, desarrolla una estrategia de investigación que reconoce los conceptos teóricos sobre lo macro y las narrativas sobre el sistema mundo pero no depende de ellos para delinear la arquitectura contextual en la que están enmarcados los sujetos. (...) del mismo

modo en que esta modalidad investiga y construye etnográficamente los mundos de vida de varios sujetos situados, también construye etnográficamente aspectos del sistema en sí mismo, a través de conexiones y asociaciones que aparecen sugeridas en las localidades” (Ibid: 112).

Sin el recurso de la etnografía multi-situada por su énfasis en el contexto y en los enlaces globales, el problema bajo estudio corre el riesgo de quedar reducido a ejemplos anecdóticos de prácticas de salud específicas que ocurren en ciertos lugares de la ciudad de Santiago, cuando en realidad lo que me interesa mostrar es que estas introducciones forman parte de un movimiento mayor que está teniendo lugar tanto en Chile como en otras partes del mundo, y que se relaciona con el modo en que el cuerpo y la salud son elementos constitutivos de la identidad personal y social así como de escenarios sanitarios cuyos actos y relaciones están mediados por factores políticos, económicos y científicos, entre otros.

De ahí la relevancia de esta metodología para reflejar las diversas realidades que coexisten de manera simultánea y se influyen entre sí, aunque en algunos aspectos esta multiplicidad aporta un cierto desorden que sólo es atribuible a mi dificultad para captar los vericuetos y los límites del sistema.

3.2. Trabajo de campo y técnicas de investigación

Para responder a los objetivos planteados relativos a la incorporación de otras prácticas terapéuticas al quehacer de la biomedicina, realicé trabajo de campo durante diversos períodos entre los años 2006 y 2008. Se abordaron distintos contextos sociales, y en la primera fase se elaboró un registro que tuvo como fin describir los nuevos escenarios en atención de salud que están operando en Chile. En cuanto a las técnicas de investigación apliqué entrevistas en profundidad y realicé un diario de campo cuyo registro ha servido para elaborar los textos que sirven como base analítica de carácter cualitativo. Y todo ello se llevó a término en los siguientes contextos:

1. El Programa de Salud y Pueblos Indígenas del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, el cual está implementado en las comunas de Cerro Navia, Pudahuel y Lo Prado al alero de la atención primaria que existe en cada comuna.

2. Programas de medicinas alternativas y complementarias, y de salud intercultural, en los Hospitales San José y San Borja Arriarán.
3. Ritual del *nguillatun* llevado a cabo en la comunidad de Wapi Comue, ubicada en la IX región del país.
4. Diversos contextos vinculados a la salud y enfermedad, que van desde la presencia e impacto de la industria químico-farmacéutica en la vida cotidiana de los sujetos, hasta la comercialización de la salud y de diversos estilos de vida.

Todas las comunas abordadas en la investigación (Pudahuel, Cerro Navia, Lo Prado, Independencia, Santiago Centro) corresponden a sectores populares de la ciudad de Santiago, donde la mayor parte de la población es usuaria del sistema público de salud. De esta manera, el centrar la investigación en estos contextos correspondió a una decisión intencionada, en el sentido de indagar en las realidades más representativas de la atención pública de salud en Santiago.

3.2.1. Programa de Salud y Pueblos Indígenas del Servicio de Salud Metropolitano Occidente

La investigación en torno a la ejecución del Programa de Salud y Pueblos Indígenas del empezó el año 2005, cuando me interesé por indagar en torno a la noción de salud intercultural y su ejecución en programas específicos emanados desde el gobierno. Con el fin de introducirme en este Programa participé, en un primer momento, en diversos encuentros y reuniones sostenidas entre la dirigencia indígena y los representantes del gobierno, espacios donde ambas partes negociaban tanto las definiciones de salud intercultural, como los términos concretos de ejecución del Programa. En un segundo momento, me fui introduciendo en la realidad de las diversas comunas y sus particularidades específicas en torno a la concepción y puesta en marcha de la “salud intercultural”. Luego, entre los meses de abril y agosto del año 2007, me aboqué a observar la ejecución de este programa en las comunas de Pudahuel, Cerro Navia y Lo Prado, con el fin de indagar en la manera en que las organizaciones mapuche

en conjunto con las instituciones oficiales de salud, han puesto en marcha programas específicos de salud intercultural en los consultorios de atención primaria y organizaciones comunitarias.

Durante el trabajo de campo realicé entrevistas en profundidad a los encargados del Programa a nivel municipal e institucional de salud, y a usuarios del Programa de las tres comuna, tanto mapuches como no mapuches. Además, realicé observación participante en cada una de las comunas, observando salas de espera tanto de los consultorios como de los espacios de las sedes comunales adaptados para la atención de público. También realicé observación participante de las sesiones de sanación y de ritos específicos realizados por sanadores indígenas. Destaco la observación participante realizada en torno a la *machi* que atiende en la comuna de Cerro Navia, a lo cual le doy una connotación especial dado que estos sanadores son cada vez más reacios a ser observados durante su quehacer terapéutico. Obtuve también una entrevista con dicha sanadora, quien se traslada desde Traiguén (pueblo al sur de Chile) dos veces al año para participar en el Programa en las comunas de Cerro Navia y Lo Prado.

Además, realicé observación participante de los ritos que la comunidad indígena urbana realiza tanto en los consultorios como en espacios propios fuera de los ámbitos de salud oficial, y compartí con las diversas organizaciones mapuche y personas usuarias de la medicina mapuche distintos quehaceres de sus vidas cotidianas, especialmente aquellos en torno al cuidado de la salud. Así, por ejemplo, acompañé a uno de los equipos en sus visitas domiciliarias y fui partícipe de conversaciones largas y profundas que las facilitadoras interculturales mantienen en estas instancias con los vecinos (particularmente mapuches) sobre las historias de migración, la situación de vida en la ciudad, entre muchos otros tópicos. Junto con lo anterior, continué participando de las reuniones tanto oficiales como informales entre dirigentes indígenas y autoridades de gobierno.

3.2.2 Programa de Salud Integral, Unidad de Salud del Trabajador (UST) del Hospital San Borja Arriarán

La UST tiene como objetivo brindar prestaciones médicas a los funcionarios del hospital (médicos, enfermeras, auxiliares, funcionarios administrativos, etc.) así como a las familias de estos segmentos. Para esto, la unidad cuenta con varios médicos generales y especialistas en diversas áreas, además de enfermeras y auxiliares. Desde mayo del año 2005 la UST incorporó dentro de su quehacer un enfoque holístico de salud, el cual implicó, entre otras cosas, la introducción de prestaciones con medicinas alternativas y complementarias. Con esto se dio inicio a la implementación de lo que se ha denominado como *Estrategia de atención integral basado en un modelo holístico de la salud*, cuyo objetivo ha sido el de incorporar terapias complementarias dentro de la oferta médica de esta unidad hospitalaria. Además, desde el año 2006 se incorporó un *machi* al equipo de la UST.

Realicé trabajo de campo en este recinto entre los meses de julio y diciembre del año 2006. Durante este periodo hice observación participante tanto en la sala de espera, como en la ejecución de diversas terapias complementarias y de medicina mapuche que se realizan en la unidad. Además, realicé entrevistas en profundidad a distintos actores involucrados en la experiencia, entre éstos: médicos, terapeutas y *machi*. También realicé entrevistas en profundidad a autoridades del hospital y de la UST, y a usuarios de la UST (funcionarios del hospital). Además, realicé observación participante de diversos ritos y actividades que se realizaron en aquel periodo tanto al interior del hospital como fuera de éste. Entre aquellas realizadas al interior del hospital están varios ritos mapuche llevados a cabo por el *machi* en los cuales participó la comunidad hospitalaria, lo que me brindó un marco de análisis muy interesante en torno al posicionamiento de la medicina mapuche al interior de los recintos biomédicos. Por otra parte, la UST realizó diversas actividades con el objetivo de visibilizar su quehacer con respecto a las medicinas alternativas y complementarias al interior del hospital. Todos estos acontecimientos fueron registrados y analizados en el marco de la investigación.

Además, participé en un *nguillatun*³³ llevado a cabo en la comunidad de Wapi Comue, ubicada en la IX región del país (territorio mapuche por excelencia), localidad de origen del *machi* que atiende en la UST. En dicha ocasión tuve la oportunidad de compartir y convivir con dicha comunidad mapuche y, a través de esa experiencia, comprender la manera en que el modelo terapéutico mapuche se ha transfigurado para instalarse al interior del quehacer biomédico. A dicho rito también asistieron profesionales y trabajadores del Hospital San Borja Arriarán, quienes se trasladaron especialmente para compartir con el *machi* y su comunidad, lo cual generó un nuevo escenario: el de cruce cultural entre prestadores de salud biomédicos y el *machi* fuera del contexto hospitalario, es decir, hubo un traslado desde la UST hacia una comunidad mapuche tradicional.

3.2.3 Sanación Sintergética en el Hospital San José

En el Hospital San José enfoqué mi investigación en el *Programa de Salud Integral* de dicha institución, particularmente en la Sanación Sintergética que el programa ofrece. Mi acercamiento a esta terapéutica comenzó en el año 2005, cuando asistí a una conferencia dictada por el médico colombiano Jaime, creador de la Sintergética. En dicha ocasión me adentré acerqué por primera vez a esta terapéutica y me enteré que en Chile se estaba implementando en el Hospital San José y que, además, había un interés por insertarla dentro del Ministerio de Salud a través de la capacitación de profesionales de distintas instituciones de la salud pública. Esto implicaba que la introducción de esta terapéutica en Chile iba más allá de ser una prestación de salud privada o una experiencia aislada de introducción de medicinas alternativas y complementarias dentro de la salud pública, sino que era un esfuerzo institucional por insertarla dentro de la red de salud pública. En este marco, me puse en contacto con el médico chileno que lidera esta terapéutica tanto a nivel nacional como dentro del hospital, con el fin de poder realizar parte de mi investigación en este contexto. Así, me inserté dentro de las

³³ El *nguillatun* constituye el principal rito religioso del pueblo mapuche y cuyo significado en mapudungun es “acción de pedir”. Generalmente se realiza una vez al año, cuando hay escasez de lluvias o cuando ha sucedido alguna catástrofe (Montecino, 2003).

sanaciones de Sintergética al interior del Hospital San José y realicé observación participante.

En el caso específico del Hospital San José, las sanaciones de Sintergética se realizan de manera gratuita todos los días jueves en una sala del Centro de Diagnóstico y Terapias (CDT) Eloísa Díaz. Allí se juntan el médico que lidera la Sintergética con un grupo de voluntarios (entre los que hay médicos, enfermeras, profesionales de las más diversas áreas, personas no profesionales, estudiantes, entre muchas otras) para atender a pacientes. Estos llegan a la Sintergética ya sea de manera independiente, es decir, llaman y piden una hora para ser atendidos, o bien son derivados por médicos del propio hospital. Los pacientes del hospital tienen prioridad. La rutina de la sanación de los días jueves comienza alrededor de las 9:00 de la mañana y dura hasta las 13:30 horas aproximadamente. Los voluntarios que participan de las sanaciones de los días jueves son alrededor de 30 personas, aunque el número varía cada semana. La mayoría de las personas voluntarias son mujeres, de entre 40 y 60 años de edad. Los hombres que participan son menos, generalmente entre dos y cuatro.

Realicé observación participante de estas sanaciones durante un periodo aproximado de 6 meses, entre marzo y septiembre del 2006, periodo en el cual me fui incorporando en el grupo de Sintergética y, por lo mismo, me fue posible participar en actividades que desarrollan tanto dentro como fuera del hospital, entre ellas, grupos de estudio, sanaciones en otros hospitales de Santiago, participación en la elaboración de material para presentar en congresos internacionales, seminarios de Sintergética, retiros, entre otras actividades. Todo esto me dio la posibilidad de entrevistar a varios de los voluntarios que realizan la sanación en el hospital, así como al médico colombiano creador de la Sintergética, que cada cierto tiempo viene a Chile a dictar conferencias. También entrevisté a usuarios del hospital que se han sometido a la sanación de Sintergética, y a médicos del hospital vinculados al programa de salud integral.

3.2.4. Etnografía de diversos contextos vinculados a la salud/enfermedad

Durante todo el periodo de investigación realicé diversas etnografías de contextos sociales vinculados a la salud/enfermedad. Estos contextos no tuvieron una localización específica sino más bien se trató de un ejercicio de identificación de los temas abordados en la investigación dentro de la sociedad chilena. Abarqué fenómenos tales como la circulación que se genera en torno a los recintos de salud pública, la expansión de las clínicas privadas y la industria químico-farmacéutica en el país, la presencia de los temas de salud en los medios de comunicación, el comercio que existe en torno la salud, la irrupción de temas de la vida privada en las agendas sanitarias de los gobiernos y de las industrias. Estas etnografías las realicé recabando información de diversas fuentes, entre ellas, medios de comunicación de masas, observación etnográfica, entre otras.

3.2.5. Entrevistas en profundidad: rescate de las voces institucionales y de usuarios

Para efectos de la investigación las entrevistas en profundidad que realicé se orientaron a través de una pauta de entrevistas que se construyó a partir de los objetivos de la investigación y, dependiendo de los escenarios abordados, éstas fueron más estructuradas o bien flexibles.

Las entrevistas en profundidad realizadas se llevaron a cabo en distintos escenarios en un intento por adecuar las técnicas de investigación a los contextos del estudio. En este sentido, realicé entrevistas en profundidad a usuarios tanto en salas de espera de los centros de atención primaria y de hospitales, como durante las visitas domiciliarias realizadas por facilitadores interculturales, y también en espacios externos a los centros de salud.

En cada uno de los contextos abordados realicé un número diferente de entrevistas tal como se detalla a continuación:

- Programa de Salud y Pueblos Indígenas del Servicio de Salud Metropolitano Occidente implementado en las comunas de Cerro Navia, Pudahuel y Lo Prado: realicé entrevistas en profundidad tanto a agentes “institucionales”, como a usuarios del programa. En lo que respecta a los agentes institucionales, realicé entrevistas en profundidad a 3 encargados del Programa a nivel municipal/institucional de salud en cada comuna, y a 3 dirigentes mapuche coordinadores del Programa en cada una de las comunas. También realicé una entrevista con la *machi* que participa en el Programa en las comunas de Cerro Navia y Lo Prado. Por otra parte, realicé un total de 31 entrevistas a usuarios tanto mapuche como no mapuche usuarios del Programa en las tres comunas.

- Programa de medicinas alternativas y complementarias, y de salud intercultural, de la UST del Hospital San Borja Arriarán: en este contexto también realicé entrevistas en profundidad tanto a agentes “institucionales”, como a usuarios del programa. Los agentes institucionales en este escenario correspondieron a médicos, terapeutas y auxiliares vinculados con el programa que se ejecuta en la UST, así como a autoridades del hospital. También a funcionarios vinculados con la organización del programa de salud intercultural y al *machi* que ofrece medicina mapuche en el marco de dicho programa. Realicé 8 entrevistas en profundidad a médicos, terapeutas y auxiliares; 2 entrevistas a autoridades del hospital; y 2 entrevistas a funcionarios vinculados al programa de salud intercultural y al *machi*. Además, realicé un total de 25 entrevistas a usuarios de la UST quienes se atienden con distintas terapias.

- Sanación Sintérgica en el Hospital San José: realicé entrevistas en profundidad tanto a terapeutas y “sanadores”, como a usuarios de estas terapéuticas. Realicé 5 entrevistas en profundidad a terapeutas y sanadores, entre los que se encuentra el médico colombiano creador de este sistema de sanación. Además, realicé un total de 15 entrevistas a usuarios.

Cuadro resumen entrevistas en profundidad

Entrevistas en profundidad	Terapeutas/funcionarios/as	Usuarios	Total
Comunas de Pudahuel, Cerro Navia y Lo Prado	7	31	38
Hospital San Borja Arriarán	13	25	38
Hospital San José	5	15	20
Total	25	71	96

3.3. Procedimientos éticos

Durante el desarrollo de la investigación se aplicó un documento de consentimiento informado, que aseguró que los participantes recibieran toda la información sobre los objetivos y alcances de la investigación, certificando su comprensión y participación voluntaria, y la confidencialidad de la información. Para respetar dicha confidencialidad, es que en el texto utilizo seudónimos para referirme a los y las entrevistados.

3.4. Dificultades presentadas durante el trabajo de campo

Durante la realización del trabajo de campo se me presentaron diversas dificultades referidas tanto al acceso a los espacios donde realicé trabajo de campo, como al proceso de realización de entrevistas. Respecto a lo primero, tuve que sortear una serie de barreras para poder insertarme en los espacios biomédicos observados, ya que en algunas de las instituciones la investigación generó sospechas y, por lo mismo, en una primera instancia las autoridades se mostraron resistentes frente a mi presencia. Respecto al segundo punto, me encontré con dificultades para acceder a la población mapuche no usuaria del Programa de Salud y Pueblos Indígenas en las tres comunas enfocadas. Estando los espacios de observación referidos a mapuches que conocen y son beneficiarios (o lo han sido en algún momento) del Programa, quedó al margen una parte de la población lo que implicó solicitar ayuda a las personas encargadas del Programa en las distintas comunas para lograr establecer contacto y, aún con ello, no

obtuve una respuesta efectiva en cuanto a conseguir entrevistar a estas personas. Esto significó no contar con la percepción que existe por parte de esta población respecto al quehacer del Programa y, por ende, no poder establecer un contraste de opiniones y visiones en lo que respecta a la implementación de medicina mapuche al alero de la biomedicina.

CAPÍTULO IV. ETNOGRAFÍA DE TRES EXPERIENCIAS DE SALUD INTERCULTURAL

4.1. Implementación de medicina mapuche en la atención primaria en la ciudad de Santiago

Las experiencias de salud intercultural mapuche que relato a continuación forman parte del Programa de Salud y Pueblos Indígenas del Minsal, el cual a lo largo del texto denominaré como Programa. El objetivo es describir el funcionamiento cotidiano así como la percepción que los diversos actores involucrados tienen de éste. En una primera fase rescato las voces “institucionales”: funcionarios de salud que están en contacto con el Programa y líderes mapuche que lo coordinan a nivel comunal, y, a través de estos testimonios desvelar los caminos que se han utilizado para implementar la denominada “salud intercultural”. En una segunda fase, examino las voces de los usuarios del Programa con el fin de averiguar el sentido que éstos otorgan a esta oferta de salud y el modo en que la significan, tanto dentro de sus itinerarios terapéuticos como en la construcción de identidad indígena y *winka* respectivamente.

4.1.1. Las voces institucionales

Las voces “institucionales” de las que doy cuenta en las siguientes líneas tienen una manera de comprender y abordar “lo indígena” y la “salud intercultural” que tiende a reproducir los patrones tradicionales de la cultura mapuche, utilizando la salud principalmente como una plataforma política de reivindicación étnica.

4.1.1.1. La organización de la interculturalidad en tres comunas de Santiago

El Servicio de Salud Metropolitano Occidente (SSMOCC), instancia oficial de salud a cargo de las tres comunas, establece 3 ejes de acción dentro del quehacer del Programa de Salud y Pueblos Indígenas. Estos ejes son: la participación de las organizaciones

mapuches en gestión de salud, el desarrollo de la interculturalidad y la equidad en salud. El SSMOCC intenta concretizar estos ejes de acción a través de las siguientes actividades:

- actividades de socialización de la cultura y medicina mapuche³⁴ en las comunidades;
- actividades de sensibilización en medicina y cosmovisión mapuche dirigidas al personal de salud de los consultorios;
- rescate y promoción de la figura de la *machi* en tanto agente de salud mapuche a través de su presencia y atención al público en centros de atención primaria;
- presencia y atención a población mapuche a través de *facilitadores interculturales* en los centros de atención primera. Los facilitadores interculturales son personas indígenas cuyas tareas son: acercar a la población mapuche a los servicios de salud, dar a conocer los beneficios del Programa a la población mapuche de las comunas, y hacer de “puente” o de “traductores culturales” entre la población mapuche y los prestadores de salud;
- instalar señalética en *mapudungun* dentro de los consultorios para que las personas mapuche se orienten al interior de los centros de salud;
- ejecutar los Programas Especiales para Población Indígena que existen en cada consultorio: atención dental y oftalmológica, entre otras.

A nivel comunal, el SSMOCC entrega el mando del Programa a organizaciones mapuches específica en cada comuna. Dichas organizaciones deben trabajar en conjunto con un funcionario municipal, que es la persona encargada del Programa desde la institucionalidad de la comuna. Esta persona generalmente es un funcionario de salud que está inserto en los consultorios (como en el caso de Pudahuel y Lo Prado, donde las encargadas son una matrona y una enfermera respectivamente), o bien un funcionario municipal vinculado a temas sociales y culturales (como el caso de Cerro Navia).

Las tres comunas empezaron a implementar el Programa a finales de los años 90 hasta bien entrado el 2000. El inicio de esta implementación tuvo que ver tanto con demandas concretas que nacieron desde las propias organizaciones mapuches locales, como desde la política impulsada por el Ministerio de Salud en el marco del desarrollo

³⁴ En términos generales, estas actividades se estructuran a partir de la socialización en la cosmovisión mapuche tradicional.

indígena en el país. Aún así, cada comuna presenta particularidades en la concepción e instalación del Programa, en unos casos tiene que ver con la trayectoria de las organizaciones mapuches que se hicieron cargo de la implementación del mismo, y en otros con la articulación entre las instituciones de salud y municipalidades³⁵ de cada comuna:

“Cada comuna hace su trabajo como quiere” (Rosa, dirigente encargada del Programa, Lo Prado).

Cada comuna implementa el Programa de manera particular, y las decisiones en torno al modo de ejecutarlo están a cargo de los dirigentes mapuche en conjunto con los encargados municipales, además de otros actores involucrados. Algunas de las comunas ponen mayor énfasis en el trabajo al interior del consultorio, y otras fuera de éste. Los motivos para elegir estos distintos caminos responden a la manera de concebir el Programa en cada comuna.

En la comuna de Pudahuel, hasta el año 2006 el Programa funcionó en el “Consultorio Poniente”, donde el *machi* contratado, llamado Mario, atendía en un box dos días a la semana. A la vez, los facilitadores interculturales estaban presentes en los diversos consultorios de la comuna para apoyar a la población mapuche que acudía por asistencia médica, y realizaban visitas a los hogares de quienes por diversas razones (edad, incapacidad física, entre otras causas) no podían acercarse al servicio de salud. A partir del 2007 el sistema cambió ya que la organización a cargo del Programa instaló cerca del consultorio un “Centro de Salud Intercultural”, sede donde el *machi* actualmente atiende a los usuarios. Es decir, en Pudahuel la atención de *machi* ha salido del territorio del consultorio y ha pasado al de la organización mapuche, pero manteniendo un estrecho vínculo con el consultorio. Las razones por las cuales decidieron salir del territorio biomédico tienen que ver principalmente con el hecho que el *machi* consideraba que su quehacer estaba siendo “*awinkado*” dentro del consultorio,

³⁵ En Chile, las Municipalidades son gobiernos locales territoriales asentados en las diversas comunas, gobernadas por la figura de los alcaldes, autoridades que son elegidas democráticamente.

ya que el espacio físico no permitía realizar todas las ceremonias correspondientes, y porque existía por parte de la dirección del consultorio una presión por acelerar el ritmo de atención y lograr así mayor cobertura de población atendida por *machi*. Todo esto llevó a que la organización mapuche a cargo del Programa en Pudahuel redefiniera su quehacer y, si bien hasta hoy están muy presentes en el consultorio principalmente a través de la figura de las facilitadoras interculturales, la atención de *machi* ha salido del espacio biomédico de atención y se ha instalado en la sede de la organización, pero en un lugar especialmente destinado para que la gente se atienda con el *machi*.

Atención *Machi* Pudahuel



La comuna de Cerro Navia, por su parte, ha apostado por un modelo distinto, donde la intención desde los inicios fue no radicar el programa en los consultorios, sino mantenerlo al alero de una organización particular. De este modo, si bien hasta hoy en esta comuna el Programa está presente y tiene visibilidad en los consultorios de salud (principalmente para promover la atención de *machi* que se ofrece en la organización), el Programa opera a través de la atención de *machi* en la organización misma, restando valor a la presencia y al quehacer de los facilitadores interculturales al interior de los consultorios:

“Mira, en la comuna nosotros el Programa no quisimos radicarlo en los centros de salud, son opciones para desarrollar un modelo distinto de salud, por eso lo instalamos en una sede de la organización de Cerro Navia. Ahí instalamos al lado de la junta de vecinos la atención de machi. En coordinación con cada uno de los facilitadores del equipo trabaja como contraparte técnica un encargado de salud intercultural en cada centro de salud. Al principio no era así, yo llegué en el año 2003 y no habían encargados de salud intercultural en los centros de salud como sí lo tenían los otros programas, como el programa de promoción, de la mujer, todos tenían encargados, no así los programas de salud intercultural, no había una contraparte, entonces nosotros creamos este encargado, coordinador, que tuviera como interlocutor al facilitador para llevar adelante el Programa” (Juan, encargado municipal del Programa en Cerro Navia).

Atención Machi Cerro Navia



Lo Prado, por su parte, ha apostado por un modelo más institucionalizado, donde todas las prestaciones, tanto de *machi* como el trabajo de las facilitadoras interculturales, se dan al interior de los consultorios. Además, las facilitadoras interculturales están insertas dentro de dichos establecimientos como parte de los equipos de salud, con un contrato de media jornada:

“Nosotros hemos logrado incorporarnos como una prestación de salud al interior de los consultorios, a pesar de algunas resistencias, lo importante es que ahora están instalados, los facilitadores interculturales son funcionarios de salud, hemos logrado institucionalizarlos y tenerlos trabajando en media jornada todo un año y no un ratito, los incorporamos como una oferta de salud en los cuatro consultorios de la comuna y eso para mí es súper válido porque la

cultura de salud es muy cerrada” (Patricia, encargada municipal del Programa en Lo Prado).

Patricia enfatiza en la legitimidad que la figura de la facilitadora intercultural ha logrado dentro de la comuna, la cual les es dada tanto por los usuarios del Programa y los usuarios de los consultorios en general, como por los equipos de salud de éstos:

“Fíjate, yo creo que la misma gente ha ido legitimando a las facilitadoras y el equipo de salud, yo no diría que lo acepta así abiertamente pero es un avance, hay grandes avances, yo he visto en otras partes que están como fuera, están en las organizaciones, no están dentro del sistema, por eso yo digo que para mi es como distinto” (Patricia, encargada municipal del Programa en Lo Prado).

Además de la institucionalización del Programa, otra de las características que Patricia reconoce como particular de la comuna de Lo Prado es el trabajo comunitario amplio que realizan las facilitadoras, es decir, el trabajo de terreno que hacen semanalmente visitando hogares mapuche de la comuna -información que obtuvieron a partir de un catastro realizado en la comuna hace algunos años-, y estimulando a la gente a acercarse al consultorio, participar del Programa y a reecantarse con la cultura mapuche.

Visitas a domicilio, facilitadoras interculturales Lo Prado



Junto con lo anterior, otro de los ejes centrales del trabajo de Lo Prado ha sido la consejería en el uso de hierbas medicinales, labor que realizan las facilitadoras interculturales dando a conocer las hierbas medicinales mapuche a los usuarios de los

consultorios de la comuna (tanto mapuche como *winkas*) que se interesen por conocer estos recursos. Para esto, las facilitadoras se han preocupado de estudiar el mundo de la herbolaria mapuche, el cual era desconocido para la gran mayoría de ellas, o bien sólo tenían alguna vaga aproximación por experiencias personales con abuelas u otras figuras familiares que sí manejaban este tema:

“Es que lo que pasa es que nosotros, como llegaba la gente al principio, “oye ustedes que trabajan con machi, deben saber qué hierba sirve para tal enfermedad” y nosotras no sabíamos. Entonces las chiquillas hicimos cursos con una lawentuchefe³⁶, nos hizo clases, por ejemplo tal remedio para tal enfermedad, incluso hicimos un tríptico con algunas hierbas, con las indicaciones y las contraindicaciones, por ejemplo hay hierbas que no las puede tomar las embarazadas, las cardiovasculares, cada hierba se le dice cómo lo tienen que preparar especialmente, y por cuántos días” (Rosa, dirigente mapuche encargada del Programa en Lo Prado).

Consejería Hierbas Medicinales, facilitadoras interculturales Lo Prado



Así, Lo Prado es la única comuna que mantiene la atención de *machi* dentro de los consultorios. Ellos trabajan con una *machi* que viene del sur algunos meses del año, esto porque el presupuesto no les permite traer por más tiempo a la *machi* y no han encontrado ningún/a *machi* en Santiago que pueda ejercer esta labor. Cabe destacar que existen ciertas aprehensiones por parte de los actores involucrados en el Programa tanto en dicha comuna como en otras respecto a las consecuencias que la

³⁶ El o la *lawentuchefe* es un agente médico mapuche que se caracteriza por conocer las propiedades de las plantas y utilizarlas para el restablecimiento de la salud de las personas. Esta figura actúa de manera diferente a el o la *machi* ya que no efectúa los tratamientos que sólo éste último está en condiciones de brindar a través del conocimientos que le ha sido traspasado por otras *machi*.

institucionalización que han llevado a cabo en Lo Prado puede acarrear, en el sentido que se piensa que el hecho que la atención de *machi* esté al interior del consultorio puede “*awinkar*” a la medicina mapuche:

“La difusión de la cultura mapuche a mi no me gusta hacerla al interior del consultorio principalmente por el modelo biomédico, lo hemos discutido, o sea, no queremos asimilar a la machi, queremos que al contrario, o sea que ella pueda tener un lugar, un espacio donde nosotros vamos a difundir que existe y que está allí pero que no la asimilemos a nuestra forma, porque esta cuestión es muy avasalladora, de repente te encuentras dándole hora cada diez minutos” (Patricia, encargada municipal del Programa en Lo Prado).

Este modo de operar de la comuna de Lo Prado, y en parte también de Pudahuel, es decir, en estrecho vínculo con la biomedicina, es criticada por los agentes a cargo del Programa en Cerro Navia, quienes opinan que la medicina mapuche no debe ser institucionalizada, ya que con ello pierde su valor:

“Cada comuna ha ido imprimiendo un sello particular al Programa, por ejemplo en Lo Prado es bueno lo que han hecho desde el punto de vista institucional, pero por otra parte es peligroso, en tanto el programa puede hacer salir al modelo y awinkarlo, un poco lo que pasó en Pudahuel, donde el machi, a pesar de que el machi Mario es muy respetado en todas las comunas y nunca ha aceptado atender por tantos por hora, se demora lo que se demora un machi en atender. Bueno, ahora se salieron del consultorio porque ésa fue una crítica constante de parte de las otras comunas. Actualmente no hay un modelo único pero nosotros creemos que la atención de machi debe estar fuera siempre porque no es un agente de salud occidental, actúa con una lógica absolutamente distinta, son complementarios, por supuesto, pero es distinto” (Juan, encarga municipal del Programa en Cerro Navia).

Los argumentos que dan aquellos que defienden el modelo implementado por Pudahuel y Lo Prado sostienen que estas comunas han optado por una definición del Programa en tanto un recurso de salud, más que un recurso de reetnificación en áreas diferentes a la salud:

“Yo creo que lo que la distingue, la característica de aquí ha sido que esto es un programa de salud que tiene dos áreas, una es la atención del machi y la otra es la orientación al interior de los consultorios. Yo creo que eso se ha mantenido durante estos años y eso también le ha dado estabilidad al Programa, creo que esa es una de las características fuertes de acá de Pudahuel y de Lo Prado, o sea en estas dos comunas, excepto Cerro Navia que tiene unas características

distintas, se ha logrado que este Programa sea de salud, que esté enfocado principalmente en salud, independiente de que se puedan haber logrado otras cosas” (Hortensia, encargada municipal del Programa en Pudahuel).

Un tema transversal en las tres comunas tiene que ver con el costo monetario de la atención de *machi*, único servicio del Programa que debe ser pagado por los usuarios tanto mapuche como *winka*, valor que varía dependiendo de la comuna y de las situaciones de atención (si se dan dentro de los periodos que cubre el Programa o fuera de éstos, día de semana o de fin de semana, entre otros). Así, por ejemplo, hay comunas que no cobran por la atención cuando se da en el marco del Programa pero sí por el “remedio” que da la *machi*, y algunas hacen diferencia en los cobros para aquellos usuarios que son miembros de una organización particular y los que no. El pago se justifica bajo un argumento que remite a una práctica cultural propia del mundo mapuche:

“Sí, sí se paga igual algo simbólico porque nuestra cultura siempre uno tiene que pagar algo simbólico, en el sur lo hacíamos con alimento que la naturaleza nos daba, entonces acá con recursos financieros, con dinero en este caso, que no supera más de tres mil pesos por la atención” (José, dirigente mapuche encargado del Programa en Pudahuel).

Como los recursos del Programa sólo permiten que la atención de *machi* se ofrezca por unos meses del año, el resto del tiempo algunas comunas como Pudahuel continúan con esta oferta pero de manera independiente, con lo que logran dar una cobertura anual en lo que es atención de *machi*:

“Nosotros cuando terminamos con el Programa seguimos trabajando pero en forma más independiente, con recursos de las personas que llegan y que por lo general se atiende día sábado, la gente que tiene necesidad de atenderse con machi pero que llega de otras comunas. Por eso nosotros dejamos el día sábado y toda la gente más tira para el día sábado, lo tenemos reservado para gente de otras comunas o regiones que necesitan... recién venía llegando una señora de Arica” (José, dirigente mapuche encargado del Programa en Pudahuel).

4.1.1.2. Organizaciones Mapuches y Programa de Salud y Pueblos Indígenas

Cabe destacar el rol protagónico que ha tenido el Programa al interior de las organizaciones mapuches involucradas, ya que éste ha implicado un impulso para el quehacer organizativo de las tres comunas. Esto se debe tanto a los intereses políticos, como a los económicos y culturales en juego, ya que el Programa no sólo representa una opción de atención en salud mapuche, sino también una vía de (re)construcción de la identidad indígena, de visibilización de la cultura mapuche en la ciudad y, además, una opción laboral para quienes participan, como se vio anteriormente con el caso de las facilitadoras interculturales. De esta manera, el Programa ha empoderado a la población mapuche organizada en el sentido que utiliza la salud no sólo como un recurso de atención de la enfermedad, sino también como una vía de acción política y de diálogo con el Estado:

“En todas las demandas estaba el tema de salud, entonces el tema de salud da poder, tener nuestras atenciones con nuestros médicos, nuestros propios machis o lawentuchefe, el interés parte de ahí porque esta es una demanda nuestra, de las propias organizaciones” (José, Dirigente Mapuche a cargo del Programa en Pudahuel).

Interesante es la manera con la que José plantea que la salud da poder, es decir, su testimonio muestra cómo los dirigentes mapuche conciben la salud en tanto vía de negociación y reconocimiento, y aprovechan este camino para instalar una forma particular de posicionamiento indígena en la ciudad. Es, en palabras de Mascareño, el uso político de la identidad indígena y, podríamos agregar, un uso político también de la noción de interculturalidad en salud. Esto hace que el discurso en torno a las reivindicaciones étnicas tenga una nueva dimensión, la de la interculturalidad, elemento que hasta la fecha estaba casi ausente en el diálogo entre el pueblo mapuche y el Estado chileno:

“Vimos que era necesaria la salud intercultural, la gente necesita complementar su medicina con la occidental, eso no significa que una tiene menos valor, yo las veo igual, porque las machis pueden operar, pueden sacar el mal, si usted está dañada psicológicamente la machi lo hace, la machi tiene todo, la diferencia es que no pinchan con agujas, en eso no es como el occidental, el occidental es diferente porque es otra cultura, por eso dicen son dos medicinas, son de la misma tierra pero son dos remedios que hay, dos medicinas, entonces lo veo que

es muy necesario” (María, dirigente mapuche a cargo del Programa en Cerro Navia).

Otro elemento importante de analizar en el proceso de implementación del Programa en las tres comunas ha sido el rol que éste ha jugado en el empoderamiento de los dirigentes mapuche, que dicen tener por el reconocimiento que reciben por parte de autoridades y funcionarios del sector salud:

“Ha sido fortalecedor, porque con el Programa dejamos de estar cohibidos, de estar en la casa, ya salimos de eso, ya ahora la discriminación no la sentimos y si nos discriminan decimos ¡ignorantes! Yo ahora conozco a casi todos los directores de consultorio, de la municipalidad, de todos los consultorios nos conocemos ahora” (María, dirigente mapuche a cargo del Programa en Cerro Navia).

El testimonio anterior da cuenta de los beneficios que a María, dirigente mapuche a cargo del Programa en la comuna de Cerro Navia, le ha traído su inserción en el Programa. Si bien esta mujer es una dirigente mapuche histórica de la comuna, el manejo de la salud intercultural le ha abierto nuevas puertas y la ha legitimado de un modo que hasta la fecha no había logrado. Sostiene que su rol activo en tanto coordinadora del Programa le ha permitido ocupar un lugar dentro de la institucionalidad en salud que nunca antes imaginó, sintiéndose con esto reconocida y validada por el sector salud.

Esto ha generado que se produzca una suerte de tensión entre las organizaciones mapuche que están involucradas en el Programa y las que no. Éstas últimas sostienen que el Programa sólo ha beneficiado a dirigentes y organizaciones específicas (algunas de ellas vinculadas a familias mapuche), y no a la comunidad mapuche en su conjunto. Por esto mismo, el hecho que el Programa esté en manos de organizaciones puntuales provoca una serie de desconfianzas entre la misma población mapuche:

“Lo que siempre uno tiende a querer es que esto sea difundido en las organizaciones, que todos tengan acceso, pero a menos que no haya otra organización involucrada directamente en el Programa, es muy difícil que participen (otras organizaciones). Y en el marco de salud, tiene que ver con esto, con el tema de las confianzas. Hay algunas organizaciones que sí, efectivamente derivan a la machi, pero otras organizaciones no, no creen en la

machi que trae el Programa por desconfianza de las organizaciones” (Juan, encargado municipal del Programa en Cerro Navia).

Ahora bien, un tema interesante que apareció durante la investigación fue el hecho que varias de las personas mapuche que están involucradas en el Programa, principalmente como encargados en cada comuna, o como facilitadoras interculturales, comentaron que éste les brindó la oportunidad de (re)encontrarse con su identidad étnica, es decir, reconstruir una identidad que hasta antes de involucrarse en el Programa no existía o bien estaba invisibilizada dentro de sus propias historias personales. En general, este no es el caso de los dirigentes mapuche involucrados en el Programa, quienes llevan años luchando por el reconocimiento de la cultura mapuche en la ciudad, pero sí el de muchas personas que están insertos en el Programa realizando diversas funciones, quienes junto con prestar servicios a la comunidad en torno a la cultura y la salud mapuche, están aprendiendo o re-aprendiendo sobre esta cultura que dicen ser la suya de origen.

En el caso de los dirigentes, ellos generalmente son personas que cuentan con una identidad étnica instalada hace años y, por ende, son quienes dictan las pautas culturales mapuche que se deben seguir, las cuales en las tres comunas estudiadas adquieren características bastante “tradicionales” y vinculadas con la identidad étnica rural, con la “comunidad” que allí se despliega. Es decir, en la puesta en marcha del Programa las personas involucradas dejan de lado su identidad “urbana” no indígena (la cual despliegan diariamente para su quehacer cotidiano), para asumir una identidad vinculada a lo más tradicional de la cultura mapuche, lo cual queda expresado en los ritos, en la vestimenta y otra serie de elementos que se describen más adelante.

Lo interesante es que quienes manejan estos códigos son sólo unos pocos, mientras que la gran mayoría de personas mapuche que participan en el Programa han tenido que ir aprendiendo en el camino sobre los contenidos de su cultura. Para esto, el SSMOCC ha desplegado diversas instancias de capacitación en cultura mapuche para los involucrados en el Programa, especialmente para las facilitadoras interculturales, ya que

ellas deben dar apoyo e información a la población mapuche que acude a los consultorios, así como ser una suerte de “embajadoras” de su cultura en sus comunas.

En el año 2006 tuve la oportunidad de participar en una de las primeras capacitaciones que se hizo para las facilitadoras interculturales. Fue una capacitación impulsada por el SSMOCC para todos y todas las facilitadoras interculturales de Santiago. En ese entonces me llamó profundamente la atención la disparidad en cuanto al manejo de conocimientos de la cultura mapuche que existía entre ellas. Una minoría manejaba el idioma y las nociones de salud y enfermedad de este pueblo, mientras la gran mayoría no tenía conocimientos en éstas áreas. Por esto mismo, lo más valorado en la capacitación fueron las charlas sobre cultura mapuche dictadas por diversos actores mapuche que fueron invitados para esa tarea.

¿Qué hace que alguien se autodescriba como mapuche? Frente a esta pregunta la respuesta inmediata que surgió durante la investigación por parte de los encargados del Programa y los dirigentes fue: el apellido y el vínculo que se mantiene con la comunidad de origen en el sur, es decir, la tierra. De esta manera, personas que hasta la fecha eran escasamente conscientes de su identidad étnica, con el Programa han retomado este aspecto de su identidad recurriendo tanto a su apellido como a su vínculo con la comunidad rural mapuche para validarse como tales.

En este impulso por reconstruir la identidad étnica en la ciudad es que el Programa contempla acciones en torno a la validación de la medicina mapuche entre la propia población mapuche urbana, tema que ha sido promovido principalmente por las propias organizaciones mapuches:

“Yo creo que lo otro es que ellos se validaron al interior de los propios consultorios y también cada vez más frente a su propia gente, yo creo había mucha reticencia dentro de la propia población mapuche a aceptar que tienen su propia forma de curarse, de sanarse y que eso pudieran hacerlo acá en la ciudad. Aún hoy todavía hay gente que yo derivó para allá y que es muy reticente, que me dice que los machis están relacionados con los brujos, sí, siendo mapuches, y que yo les aclaro y les digo mire a mí no me va a entender pero vaya aquí al lado porque la facilitadora está acá en este espacio además, le

digo, converse con ella” (Hortensia, encargada municipal del Programa en Pudahuel).

De esta manera, el Programa cumple una importante función de “re-etnificar” a la población mapuche de las tres comunas abordadas, tarea que se desarrolla tanto a nivel de los que están involucrados en la coordinación y ejecución del Programa, como a nivel de usuarios de éste, aunque esto, tal como se verá más adelante, se da en menor grado. Para esto las organizaciones a cargo del Programa ejecutan diversos talleres de “cultura mapuche”, los que están dirigidos tanto a los miembros de las organizaciones, como a la población mapuche en general. También las visitas a domicilio que algunas de las comunas desarrollan, tanto para dar a conocer el Programa como para acercar a la población mapuche con el consultorio, cumplen con este objetivo.

Este último trabajo lo realizan sólo dos de las tres comunas observadas (Pudahuel y Lo Prado), en un esfuerzo tanto por dar a conocer los beneficios del Programa a la población mapuche de la comuna, como por mostrar los beneficios de la atención alópata a un sector que tradicionalmente se ha mostrado reacio a la atención biomédica, por percibir discriminación en el trato por parte de los funcionarios de salud. Ahora bien, este trabajo de “atraer” a la población mapuche hacia el consultorio se realiza desde una suerte de exacerbación de la identidad étnica, por ejemplo, dando a conocer los beneficios del consultorio en *mapudungun*, estableciendo empatía desde códigos culturales mapuche, entre otros mecanismos, generando de esta manera una suerte de sociedad entre cultura mapuche y atención alópata:

“Hubo mucha gente mapuche que nos dimos cuenta que no venían al consultorio porque los discriminaban por su apellido, porque no sabían escribir, se reían, entonces la gente mapuche somos súper sensible con los gestos, con todo. Entonces la salud intercultural ha logrado que la gente mapuche no se sienta discriminada y se sienta valorizada porque realmente se avergonzaban de ser mapuches (...) Claro que son discriminadores, pero nosotros tenemos también la culpa, porque nunca mostramos nuestra cultura a la sociedad del pueblo³⁷, porque en el sur es todo lo contrario, allá no están ni ahí, discriminan a los no mapuches porque están en su territorio, y aquí no, estamos en un territorio que es de todos. Nosotras entonces estamos involucradas en todo

³⁷ Término que utiliza la población mapuche tanto en las zonas rurales como urbanas para referirse a la ciudad.

sentido con la gente mapuche, no solamente para hacer la salud mapuche, porque si hiciéramos solamente con la venida de machi, trabajaríamos unos meses no más, las chiquillas citan a la gente que no vienen al Papanicolaou, no vienen a la tercera edad, no vienen a citaciones de cardiovasculares o la diabetes, los niños mapuches que están inasistentes también lo van a citar, todo lo programan, cuando los mapuches no vienen las chiquillas los van a citar. También hay que hacer un seguimiento, si del Papanicolaou, por ejemplo, que se le cita y no vienen igual, entonces hay que ir a ver qué pasó” (Rosa, dirigente mapuche a cargo del Programa en Lo Prado).

De esta manera, lo que se observa es que parte de las tareas del Programa es lograr, en alguna de las comunas, una vinculación entre la población mapuche y el sector salud, ejercicio que se lleva a cabo utilizando códigos propios de la identidad étnica. Es, en cierta medida, la utilización de la identidad para fines ajenos a ella, o bien para una nueva definición de ésta.

Otra de las acciones del Programa tiene que ver con ciertos beneficios de salud que éste otorga exclusivamente para población mapuche dentro de los consultorios, entre las que se cuentan atención dental y oftalmológica:

“El Programa sigue teniendo la atención dental que es una medida de discriminación positiva, el programa dental con mapuches, también la parte oftalmológica, o sea ellos tienen cupos especiales, tienen atención los sábados en dental con una dentista exclusiva para este Programa, entonces también aumentamos la población que accede a estos dos programas que son muy sentidos en la población mapuche, ya que dado el cambio de alimentación ellos tienen muy mala dentadura” (Hortensia, encargada municipal del Programa en Pudahuel).



Esto ha generado algunos roces entre los usuarios mapuche y no mapuche de los consultorios de las tres comunas, ya que estos últimos sostienen que se le otorgan una serie de beneficios a los mapuche por el simple hecho de pertenecer a dicha etnia, cuando ellos se perciben igualmente pobres, faltos de oportunidades y discriminados por la sociedad. Se da, de esta forma, un proceso de reconstrucción de una identidad étnica impulsada también por los intereses en torno los beneficios que en la actualidad acarrea el pertenecer al pueblo mapuche:

“En el 2003-2004 teníamos más no mapuche que mapuche, algo así como 60 versus 40%. Actualmente estamos 56% mapuche y cuarenta y tanto no mapuche. Pero se ha ido incrementando la cantidad de gente mapuche que se está atendiendo en el Programa y en todos los servicios que presta el Programa, hacia preferencia dental, oftalmológica, examen preventivo, derivación secundaria, porque han visto que este es un camino, aunque es complicado el tema de la discriminación positiva, ya sea con personas mapuches, minusválidas, marginados por género, transexuales, lésbicos, etc., es complicado porque genera una sensibilidad distinta, pero también genera resistencia en los centros de salud” (Juan, encargado municipal del Programa en Cerro Navia).

Además de esto, hay comunas que han implementado acciones de discriminación positiva hacia la población mapuche en la atención de *machi*:

“Lo que sí como es un Programa especial para nuestra gente y viene dirigido así, viene bien evaluado así, entonces nosotros ponemos restricción. Damos 10 cupos para la gente mapuche, por decirte un día y damos 2 para no mapuche, hacemos una discriminación positiva, no decirle usted no puede atenderse, sí se puede atender, pero hay cupos para ellos” (José, dirigente mapuche encargado del Programa en Pudahuel).

Otra de las tareas del Programa consiste en sensibilizar a los equipos de salud de los consultorios, los cuales hasta la fecha han presentado una serie de resistencias frente a la implementación del Programa. Por esto, resulta interesante el trabajo de sensibilización que las tres comunas han realizado con el personal biomédico de los consultorios. Recordemos que la medicina mapuche se ha desarrollado en Chile al margen de la medicina alópata, la cual no la ha considerado como un sistema de igual valor, sino más bien como una construcción propia de una cultura particular, que incumbe sólo a las personas pertenecientes a dicha etnia:

“Lo primero fue validar a los mapuches al interior del consultorio, primero hicimos encuentros con el personal, les explicamos en qué consistía el programa, luego iniciamos la atención del machi en una sala que hoy día es la sala del ecógrafo. Ahí partió don Mario atendiendo. La primera etapa de aceptación de parte del consultorio fue complicada, no fue fácil, no es fácil en general incorporar a salud temas nuevos, salud es un área muy ghetto, existen muchas barreras a los cambios, es un sector complicado para los cambios” (Hortensia, encargada municipal del Programa en Pudahuel).

“Ahí los mismos funcionarios, hubo una discriminación súper grande, decían cómo los indígenas, ni siquiera los indígenas, decían cómo los indios iban a estar metidos acá, que nos iban a quitar el trabajo” (Rosa, dirigente encargada del Programa en Lo Prado)

Así, esta barrera institucional presente en cada uno de los consultorios, y en la cultura biomédica en general, fue una de las primeras barreras que tuvo que sortear el Programa, trabajo que continúa hasta hoy. Por esto mismo, la tarea de sensibilización del sector salud en cultura y medicina mapuche aparece como uno de los pilares centrales dentro de la instalación de prácticas concretas de salud intercultural en las tres comunas.

Un dato interesante es que en las tres comunas se mencionó que los médicos de los consultorios que más apoyan el Programa son los extranjeros³⁸: ecuatorianos, cubanos, entre otras nacionalidades en cuyos países de origen la salud intercultural tiene ya una larga trayectoria, y donde el vínculo de la sociedad global con respecto a las culturas indígenas es diferente a la que se da en Chile:

“Hay mucho médico extranjero, tú sabes que los ecuatorianos, los peruanos usan mucho todas estas hierbas alternativas, y tienen un conocimiento bastante interesante en la parte de hierbas” (Patricia, encargada municipal del Programa en Lo Prado).

“Los médicos extranjeros son los que más apoyan, bueno es que ellos vienen de esa cultura” (Rosa, dirigente mapuche a cargo del Programa en Lo Prado).

³⁸ En las últimas décadas ha aumentado considerablemente el ingreso de médicos extranjeros al país, principalmente de origen ecuatoriano, entre otras nacionalidades latinoamericanas, quienes se han insertado más que nada en la atención primaria. El sistema público de salud (particularmente la atención primaria) otorga remuneraciones muy bajas lo que ha alejado a los médicos nacionales de este campo laboral.

“Hay médicos extranjeros que se conectan súper bien y derivan constantemente” (Juan, encargado municipal del Programa en Cerro Navia).

4.1.1.3. La figura de facilitadores interculturales

De acuerdo a los lineamientos del Programa, las facilitadoras interculturales desempeñan el rol de nexo entre el equipo de salud y las comunidades indígenas, y deben ser personas que pertenezcan a una comunidad indígena siendo avalados por ésta, así como contar con un perfil acorde con las necesidades de la comunidad, y poseer conocimiento del funcionamiento y cultura organizacional de los establecimientos de salud (Sáez, s/f).

El modo en que estos lineamientos se hacen práctica concreta en el quehacer de las tres comunas involucradas en el estudio hace reflexionar respecto al grado de autonomía que adquiere el Programa en cada comuna, así como a la flexibilidad de éste y los espacios que se permiten para la creatividad en la puesta en marcha del Programa de cada equipo a cargo de la implementación. Así, si bien el modo de operar de las facilitadoras interculturales de las tres comunas es bastante similar (orientar a los usuarios mapuche en los consultorios, dar a conocer los beneficios del Programa a la población mapuche, sensibilizar al sector salud en cultura y medicina mapuche, asistir a él o la *machi*, etc.), cada una presenta particularidades propias por lo que el quehacer cotidiano de las facilitadoras interculturales de cada comuna es diferente (por ejemplo, la consejería en hierbas medicinales en Lo Prado).

En general en las tres comunas las facilitadoras interculturales visten los atuendos típicos de la cultura mapuche, estos son, el *chamal*³⁹ y *kepam*⁴⁰ en la mujer, vestimentas que se utilizan con accesorios tales como el *trarüwe*⁴¹, el *tralilonco*⁴²; la *chiripa*⁴³ y el

³⁹ Paño fundamental dentro de la vestimenta tradicional mapuche. Es la prenda básica de la vestimenta de la mujer y del hombre, no tiene designación de sexo. El uso del chamal está determinado por el color: si es negro lo utiliza siempre una mujer mientras en los hombres no es indispensable el color negro.

⁴⁰ Es el chamal de la mujer, el cual debe ser negro y con el cual ella se envuelve cubriendo su cuerpo desde los hombros hasta los tobillos. Se afirma sobre los hombros con un alfiler o *tupu*.

⁴¹ Es la faja de las mujeres adultas fértiles y cumple una función práctica ya que sujeta al *kepam* a modo de cinturón.

*makuñ*⁴⁴ en los hombres; entre muchas otras. Estas vestimentas son un recurso que utilizan para visibilizar la presencia del Programa y de la cultura mapuche dentro de los consultorios. También podríamos decir que es un mecanismo de recuperación y/o construcción de una identidad indígena en la ciudad, mediada en este caso por el contexto de salud. Respecto a este tema en la comuna de Lo Prado existe una particularidad: desde hace algún tiempo las facilitadoras han dejado de usar su vestimenta mapuche y la han cambiado por un delantal de color azul, lo que las asemeja al personal de salud alópata. Las razones por las cuales decidieron optar por esta vía de reconocimiento se explica a través de las palabras de Rosa:

“Lo que pasa es que antes las chiquillas usaban su chamal y para las salidas a terreno no podían andar con su chamal, porque igual hay gente discriminadora, qué se yo, ahora las chiquillas usan su delantal y usan su joya, para salir a terreno usan su delantal y para andar dentro del consultorio tratan de usar también el chamal, pero más usan el delantal y las joyas. Por el delantal ya nos ubican todos ya, “¡ah, la salud mapuche!” nos dicen, si aquí las facilitadoras somos todas conocidas, un día iba yo con el delantal en la micro y una señora me dijo, “uuy ¿usted es del Programa de la salud mapuche?”, yo la quedé mirando y le dije sí. Entonces por el delantal nos ubican ahora” (Rosa, dirigente mapuche encargada del Programa en Lo Prado).

El relato de Rosa muestra el cambio que las facilitadoras interculturales de Lo Prado han efectuado en su atuendo y el impacto que esto ha tenido en la identidad de estas figuras al interior de la comuna. Llama la atención el cómo, a pesar que el Programa está enfocado a visibilizar la cultura mapuche, ella habla del chamal (atuendo característico de la cultura mapuche) como un elemento de discriminación, mientras alude al delantal de color azul que utilizan como un elemento distintivo de la medicina mapuche que se ofrece al interior de los consultorios, lo que las enorgullece y les otorga status. Esto refleja una suerte de contradicción, en el sentido que las facilitadoras interculturales de Lo Prado reniegan de ciertos elementos culturales ya que provocan

⁴² Cintillo que rodea la cabeza formado por una cadena de plata compuesta por dos tipos de eslabones: unos son planchitas y los otros son eslabones cerrados de unión. De esta cadena penden figuras discales que cuelgan por el contorno de la cabeza; originalmente estaba fabricado con monedas.

⁴³ Es el chamal que utiliza en hombre.

⁴⁴ Son las mantas, prendas exclusivamente masculinas. No pueden ser usadas por la mujer. Hay mantas hechas sólo para cubrir y otras sólo para expresar un significado. El negro es un color reservado principalmente para los nobles (*ülmen*); a diferencia del rojo, que se asocia a la sangre. Un *Kelümakuñ*, manta roja, es un "símbolo fuerte".

discriminación, aún cuando el trabajo que realizan es de visibilización de la cultura mapuche. Por esto, ellas han adecuado la representación mapuche en la comuna, otorgando un valor cultural étnico a un elemento (como lo es el delantal) que socialmente se asocia a agentes de salud biomédicos. Es decir, hay una relectura de la cultura y un afán por la institucionalización de la medicina mapuche que pasa también por los cuerpos de las propias facilitadoras interculturales.

4.1.1.3.1. Facilitadoras interculturales desde una perspectiva de género

El género alude a la construcción social que cada cultura realiza sobre de las diferencias que sexualmente tiene asignadas hombres y mujeres. Bajo esta premisa, el género es entendido como un producto social y no de la naturaleza, que se define tanto por las normas que cada sociedad impone sobre lo femenino y masculino, como a través de la identidad subjetiva de cada sujeto, y de las relaciones de poder particulares que se dan entre hombres y mujeres en una cultura determinada. Esta alusión a la construcción cultural, en oposición al sexo, que se entiende como heredado, pone el énfasis en el aprendizaje y la socialización (Scott, 1990; Rubin, 1986; Nash, 2001). Desde una perspectiva de género resulta interesante analizar el hecho que la mayoría de las facilitadoras interculturales son mujeres, situación que se da en las tres comunas estudiadas, aún cuando no hay ningún reglamento o norma que especifique que este rol se debe atribuir únicamente a mujeres. Este hecho parece no ser casual, sino que tiene que ver con el histórico vínculo que las mujeres han mantenido en diferentes culturas con los ámbitos de salud. De hecho, gran parte de las culturas presentan en su mitología relatos que dan cuenta de la centralidad de las mujeres en los cuidados de la salud. Chamanas, parteras, curanderas, todas ellas son protagonistas de relatos milenarios que grafican este vínculo, el cual, con el pasar de los siglos se fue transformando a medida que las estructuras de poder ejercieron su dominio sobre los ámbitos de la salud, imponiendo una visión androcéntrica sobre ésta. Cabe recordar las múltiples hazañas llevadas a cabo en distintos tiempos históricos por diversos agentes con el fin de expropiar a las mujeres de sus saberes en torno a la salud. En occidente estos episodios fueron dirigidos principalmente hacia cuerpos de mujeres, en tanto éstos simbolizaban

aquello que se quería erradicar y, a la vez, controlar. Así, por ejemplo, la Inquisición sentenció que las poseedoras de conocimientos en salud eran brujas y debían ser condenadas a la hoguera. Durante este periodo millones de mujeres fueron torturadas y ejecutadas, en parte para prevenir que las “mujeres sabias” pudiesen practicar medicina popular a nivel de villorrios (Michelet, 1989). Junto con esto, se comenzó a gestar el saber oficial en torno a la medicina, el cual excluía explícitamente a las mujeres de su aprendizaje y ejercicio. Este saber enfocó su atención principalmente en los ámbitos fisiológicos del cuerpo humano y fue desarrollándose bajo el alero del método científico, dejando de lado todas aquellas otras dimensiones de la salud que eran propias de tradiciones terapéuticas tradicionales.

Así, sistemas médicos completos, y hombres y mujeres expertos en curar y sanar, quedaron al margen del proceso de institucionalización de la salud a través del desarrollo del modelo biomédico, toda vez que se prohibía el ingreso de las mujeres a los espacios de educación formal, y del desarrollo institucional de paradigmas alternativos a la naciente biomedicina (Turner, 1987; Ehrenreich y English, 1988). La biomedicina se gestó desde una visión androcéntrica que desde sus inicios invisibilizó a las mujeres en tanto sujetos tanto en el rol de terapeutas como de pacientes-usuarias del sistema. Esto, en el entendido que las mujeres efectivamente tienen formas específicas tanto de enfermar como de relacionarse con su cuerpo y con los ámbitos relativos a su salud y la de los suyos. Los aportes feministas han sido significativos en este ámbito, al señalar que las condiciones de vida y trabajo, las discriminaciones sociales y laborales, y la violencia de género influyen en las diferencias en enfermar entre hombres y mujeres (Valls Llobet, 2003). Pero los conocimientos femeninos en torno a la salud no desaparecieron, sino que se continuaron manifestando, principalmente a través de espacios informales, marginales o bien contraculturales, formando parte hasta hoy de nuestra cultura sanitaria y del itinerario terapéutico de las personas.

En este vínculo femenino con la salud están aquellos saberes informales gestados en los hogares y propiciados por madres, abuelas, hermanas mayores, entre otras

figuras femeninas, quienes en el espacio doméstico ejercen su dominio “médico”⁴⁵. En Chile, por ejemplo, hasta las primeras décadas del siglo XX, las enfermedades permanecieron recluidas en el ámbito de lo privado, sin que el Estado y sus agentes mostraran una real preocupación por los efectos sociales que ella provocaba (Sagredo, 2006). Este panorama permite comprender el peso que históricamente ha tenido el hogar en los cuidados de la salud. Y, además, están los saberes formales al margen de la medicina alópata, es decir, especialistas en salud, que en el caso de las mujeres fueron profesionalizando su quehacer y extendiendo sus conocimientos más allá de las fronteras de los ámbitos privados, convirtiéndose en sabias, curanderas, meicas, etc. (Obach y Sadler, 2008).

Así, también, en las últimas décadas ha aumentado de manera significativa la participación de las mujeres en el sistema biomédico, llegando hoy a hablarse de una suerte de “feminización del sector salud”, aún cuando ellas ocupan los escalafones más bajos (auxiliares, enfermeras), siendo los espacios de mayor poder todavía territorio masculino por excelencia. Así, por ejemplo, si bien entre las promociones más jóvenes de titulados en medicina se observa un crecimiento continuado de la proporción de mujeres que se incorporan a la profesión, lo que introduce un cambio importante considerando que históricamente medicina ha sido una carrera universitaria de hombres, este incremento no se produce de manera homogénea. Existen áreas en salud donde las desigualdades permanecen y especialidades médicas que se resisten a la incorporación de las mujeres. De esta forma, la feminización del sector salud se da principalmente en los sectores que ofrecen peores condiciones de trabajo en términos de remuneración y prestigio social, como si las mujeres estuvieran condenadas a ocupar los puestos que ya no interesan a los hombres (Alemany, 2000). Por otra parte, cabe destacar que la mayor cantidad de usuarios del sistema de salud en Chile son mujeres, lo cual genera un vínculo entre lo femenino con los ámbitos de cuidado de los otros desde diferentes ángulos: como prestadores de salud y como usuarios del sistema.

⁴⁵ Se toma como referencia la distinción entre los espacios públicos y privados realizada por Ortner (1979), donde lo femenino es vinculado a lo privado/doméstico mientras lo masculino a lo público. Este análisis considera las diferentes valoraciones sociales que se le otorga a cada uno de estos espacios.

Cabe destacar que las mujeres mapuche no escapan a esta corriente universal de vinculación de la salud con lo femenino, lo que queda respaldado por la sabiduría que éstas tienen en torno a las hierbas y plantas medicinales y el deseo constante de restaurar la vida amenazada por las enfermedades. Diferentes autores sostiene que entre los mapuche el rol femenino en la curación de las enfermedades es fundamental. Montecino y Conejeros (1985) distinguen dos instancias en las que la mujer mapuche asume la sanación: una que comprende a las mujeres dentro de la familia, y otra más restringida que compromete a las mujeres dentro de la comunidad: el oficio de *machi* y su rol tanto en la curación de enfermedades generadas por causas naturales y sobrenaturales.

El que el mayor número de facilitadoras interculturales sean mujeres se vincula al hecho que las mujeres, y las mapuche en particular, se sienten identificadas con el rol de sanadoras, y más aún si parte de la tarea implica establecer un puente entre dos sistemas médicos diferentes. Las propias facilitadoras lo sostienen:

“Porque las mujeres, entre mujeres nos comprendemos más, sabemos nuestras necesidades, además que la gente que está trabajando realmente es gente que le interesa nuestra cultura. Aquí siempre hemos sido puras mujeres” (Rosa, dirigente mapuche encargada del Programa en Lo Prado).

4.1.2. Las voces de los usuarios

Si bien, de acuerdo a los lineamientos ministeriales el Programa está dirigido hacia población mapuche, es un hecho que la mayoría de los usuarios en las tres comunas es población *winka*. Durante el trabajo de campo no fue fácil visibilizar esta orientación, ni entre los actores involucrados con el Programa en cada una de las comunas, ni en el SSMOCC. Al parecer, la razón es política ya que, por un lado, los dirigentes temen que esto conlleve una redefinición del Programa y su participación en éste y, por otro, para los agentes del gobierno a cargo del Programa esto significaría el fracaso de la experiencia, toda vez que la salud intercultural es concebida sólo en términos de ofrecer mayor acceso y equidad en la atención de salud a población indígena, y como una manera de vincular la medicina indígena (en este caso mapuche) y la medicina alópata

oficial. Varias son las explicaciones que los diversos actores involucrados en el Programa dan para justificar la mayor presencia de usuarios *winka*, entre ellas: la desconfianza de la población mapuche respecto a la atención de *machi* que el Programa ofrece, el desconocimiento que existe entre la población mapuche respecto a su propia cultura, las diversas estrategias de autocuidado que la población mapuche urbana despliega lo que haría innecesaria la asistencia médica, entre otras. Más allá de estas explicaciones, lo cierto es que no hay una discusión abierta sobre esta situación, así como tampoco sobre la noción misma de salud intercultural, lo que lleva a que en muchos casos el discurso y la práctica en torno a la población beneficiaria del Programa sean dos realidades antagónicas.

Existe pues una suerte de desinformación respecto a quiénes son realmente los beneficiarios de los servicios que ofrece el Programa -principalmente en lo que respecta la atención de *machi*-, de cuáles son las motivaciones que llevan a las personas a buscar esta alternativa terapéutica, y las valoraciones que hacen de su experiencia de atención con medicina mapuche. Esto es central ya que las voces de los usuarios de los sistemas médicos son clave a la hora de comprender el funcionamiento de los modelos, en tanto en sus testimonios se reflejan los alcances que tienen las políticas y los usos que diversos hombres y mujeres le dan a éstas en sus vidas cotidianas.

Así, en las sociedades actuales, los sujetos se encuentran enfrentados a múltiples opciones de atención en salud, a partir de las cuales crean referentes para comprender y atender los procesos de salud y enfermedad. El problema radica permanentemente en el orden y estatus que le otorgan a cada sistema médico, así como en los usos y significados que le dan a cada uno. Por esto es tan importante visibilizar las voces de los usuarios del Programa, e indagar en las motivaciones que los conducen hacia alternativas médicas mapuche.

En este apartado recorro los diversos perfiles de usuarios que me fue posible detectar durante la investigación en las tres comunas, poniendo atención a su condición étnica, de género y etárea; estableciendo diferencias y similitudes entre los diversos

perfiles y las demandas que éstos hacen al Programa. En paralelo, intento indagar en los diversos itinerarios terapéuticos que los entrevistados realizan: caminos, alternativas, opciones y significados que construyen en torno a la búsqueda de salud y curación de la enfermedad, con el fin de generar una aproximación que ayude a comprender la demanda por medicina mapuche, junto a las valoraciones que se hace de ésta en relación a la experiencia que los usuarios han tenido con otros sistemas médicos y con prácticas de autocuidado de salud.

Una característica compartida por los usuarios del Programa es la condición de pobreza que los sitúa entre los segmentos más vulnerables de la sociedad. Aún así, todos los usuarios, tanto mapuches como mestizos, relatan cómo gastan grandes cantidades de dinero en busca de alternativas en salud. Usuarios mapuche dicen que acudir a una *machi* en el sur es una inversión que requiere de un gran esfuerzo económico que muchos no pueden costear, por esto mismo dicen que hasta antes de la instalación del Programa sólo se atendían en los consultorios públicos, la única alternativa ofrecida por el Estado para la atención de salud:

“Es que resulta que a veces cobran caro los machi, ese es el problema, por ejemplo yo que recibo una pensión asistencial no me alcanza, ése es el problema, los buenos machi cobran caro” (Ida, usuaria mapuche del Programa en Lo Prado).

Frente a esta idea de la salud como un bien de alto costo económico, a través del cual agentes médicos tanto mapuche como mestizos lucran, el Programa se presenta como una alternativa más accesible que permite a mapuche urbanos que no tenían posibilidades económicas a acceder a atención de *machi* o asesoría en hierbas, entre otros recursos. Además, el hecho de considerar que el cobro por la atención de *machi* (o por las hierbas medicinales que ésta entrega, dependiendo de la comuna) en el Programa es justo y económico en relación al resto de las alternativas médicas, fortalece la confianza de los usuarios en el Programa, en tanto no se sienten engañados ni por las organizaciones ni por el/la *machi*.

Es importante subrayar que la accesibilidad al Programa está mediada por un costo que todos consideran razonable y necesario, pues el hecho de dar algo a cambio por la atención de salud es una costumbre tradicional mapuche que se puede entender extender al imaginario chileno, donde todo lo gratis tiene una connotación de deuda, que obliga reciprocidad. Además, lo gratis siempre se considera deficiente:

“Nuestra gente tiene la costumbre de pagar. Si antes lo hacía con aves, entonces ahora también lo hacen y así se sienten bien. Se siente que se le está dando algo que no se está regalando” (José, dirigente mapuche a cargo del Programa en Pudahuel).

4.1.2.1 Usuarios *winka* del Programa

Tal como mencioné anteriormente, el trabajo de campo me permitió reconocer que los usuarios del Programa no es sólo población mapuche, sino que entre sus principales beneficiarios se encuentran *winkas* o mestizos procedentes de diversas comunas de Santiago, e incluso de algunas regiones del país que vienen a la capital especialmente a ver a él o la *machi*. A partir de este hecho, salas de espera de atención de *machi* y consultorios donde se aplica el Programa se transforman en espacios de diálogo e intercambio entre personas de diversas procedencias.

Sobre las motivaciones que tiene la población *winka* para acudir a la medicina mapuche, varios de los encargados del Programa sostienen que esto tiene que ver con una “curiosidad” por parte de la población no mapuche por buscar nuevas opciones terapéuticas. El valor que se le otorga a esta búsqueda varía de acuerdo a las diferentes opiniones:

“La gente no mapuche realmente van porque quieren sapear, conocer la novedad, dicen voy a ir a sacarme la suerte, pero la machi no saca la suerte porque ella ve la enfermedad a través de la orina” (Rosa, dirigente mapuche a cargo del Programa en Lo Prado).

A partir de los relatos y testimonios de los propios usuarios *winkas* del Programa me fue posible identificar los vínculos que éstos/as establecen con la cultura mapuche. Si bien muchos manifiestan no conocer absolutamente nada de dicha cultura y sus

prácticas terapéuticas, generalmente relacionan la medicina mapuche al uso de hierbas medicinales y, para entenderla, la vinculan con experiencias personales que han tenido con lo que denominan como “medicina natural”, categoría amplia que abarca desde visitas a *meicas*⁴⁶ y otros curanderos populares, así como a terapias alternativas y complementarias a las que han ido, prácticas que han realizado tanto en el campo como en la ciudad. Adela y María, madre e hija usuarias de la atención de *machi* de Pudahuel manifiestan:

“No conocemos nada de lo mapuche pero creemos en las hierbas, eso sí, que se mejora con las hierbas” (Adela y María, usuarias del Programa en Pudahuel).

Relato similar narra Raquel, quien sostiene no conocer mucho de la cultura mapuche ni de su medicina, pero dice sentirse cercana a este mundo por las experiencias que vivió durante su infancia en el sur donde toda su familia se medicaba a través de hierbas medicinales:

“Bueno, yo soy del sur pero no soy mapuche, mis papás siempre fueron de la medicina natural, ellos se mejoraban solamente con eso, jamás un médico, mi papá murió de 87 años, mi mamá tenía 83 y jamás fueron a un médico” (Raquel, usuaria del Programa en Pudahuel).

Asimismo Ana, usuaria del Programa en Cerro Navia, pese a que afirma desconocer la cultura mapuche, argumenta que su motivación para recurrir a la atención de *machi* se dio a partir de su conocimiento y experiencia con plantas medicinales, práctica de autocuidado que realiza cotidianamente y que aprendió durante su infancia y juventud cuando vivía en el sur:

“Yo uso la ruda, la menta, el poleo, cuando duele el estómago y el bálsamo, no sé si la conoce, es una hojita larga, usted tiene que sacarla del agua hirviendo, la toma y unos cinco minutos ya está haciendo efecto. Yo creo en las hierbas, es que criada en el sur más que nada a uno le dan hierbas, allá donde yo estaba en el sur se usaba mucho la medicina esta” (Ana, usuaria del Programa en Cerro Navia).

⁴⁶ Sanadora de medicina popular, a veces también denominación utilizada para designar a las *machi*.

De esta manera, el vínculo que establecen los usuarios *winkas* entre la medicina mapuche y lo que denominan como “medicina natural” (ligado principalmente al uso de hierbas medicinales), es una de las principales razones por las que buscan la atención de *machi*, aún cuando la gran mayoría dice desconocer la cultura y la medicina mapuche. Esta búsqueda de opciones en salud que sean coherentes con sus propios sistemas de autocuidado y de medicina doméstica (muchos entrevistados mencionaron el manejo de hierbas medicinales en el hogar), se ve fortalecida por la percepción que tienen los usuarios de que la medicina mapuche es una alternativa en salud que les permite “retornar a lo natural”, ya que es, dicen, un conocimiento ancestral que trabaja con las propiedades y cualidades de la tierra.

Gabriela, quien ha viajado especialmente desde Arica a Santiago para atenderse con el *machi* de Pudahuel argumenta:

“(Yo confío en la medicina de los mapuche) porque trabaja con la tierra y la tierra es santa, la madre tierra como le decimos, entonces yo pienso que aquí está la curación de la persona porque todo lo que sea de la madre tierra es bueno para la salud” (Gabriela, usuaria del Programa en Pudahuel).

Ana, otra usuaria, sostiene que si bien no conoce mayormente la cultura mapuche, ha escuchado que ésta otorga gran importancia a la naturaleza y por eso confía en ella:

“La naturaleza qué le va a hacer de malo a una, por eso confía una” (Ana, usuaria del Programa en Cerro Navia).

Esta confianza en “lo natural” responde a una tendencia donde las personas buscan alternativas en salud dada la sobremedicalización de la biomedicina. En este sentido, ésta última representa una opción “no natural” de salud, por ende, riesgosa, cuyos efectos se buscan mitigar a través de opciones alternativas. Esta información sobre opciones terapéuticas no alópatas las personas entrevistadas dicen obtenerla principalmente a través de los medios de comunicación (generalmente la televisión), dónde, tanto a través de programas locales como aquellos de televisión por cable, se informan sobre los peligros que conlleva la biomedicina. Además, experiencias personales negativas con la medicina alópata refuerzan estas informaciones.

Así, tanto hombres como mujeres sienten que la atención pública alópata de salud no es buena, dicen que no les dan los tratamientos adecuados y que en muchas ocasiones los trámites son tantos que se confunden, y no encuentran respuestas a sus necesidades y aflicciones. Este vacío generado por el sistema médico occidental intenta ser llenado por las personas a través de la búsqueda de medicina mapuche, de la que esperan mayor accesibilidad, diagnósticos más claros y más cercanos a sus propias interpretaciones de la enfermedad, además de tratamientos ligados a lo “natural”, que los liberen de pastillas y otros medicamentos químicos, de las que muchas veces manifiestan estar cansados y saturados.

Ahora bien, ¿por qué la demanda por medicina mapuche particularmente para paliar los efectos negativos de la medicina alópata? Al parecer, tanto porque ésta responde a los patrones generales de lo que la mayoría de las personas entiende por “medicina natural”, como porque existe una noción de pertenencia con esta medicina, es decir, aún cuando la gran mayoría de los usuarios *winka* dicen desconocer la cultura mapuche y su cosmovisión, se sienten identificados con este pueblo por ser parte de la nación chilena. De esta manera, la medicina mapuche se construye, de cierta manera, en la “alternativa chilena” de “medicina natural”. Para sostener este argumento, muchos de los usuarios *winka* crean relatos en los que vinculan su historia personal con elementos que se piensan propios de la cultura mapuche, como lo es el sur de Chile. Se establece una relación con la cultura mapuche basada en los recuerdos del sur de Chile, generalmente asociados a la infancia y la vida familiar.

De este modo, el “sur” adquiere un nuevo significado y se construye tanto como sinónimo de cultura mapuche, como de vida sana, de salud. El sur se transforma en un referente en tanto espacio donde convergen símbolos ligados al bienestar y a calidad de vida: “en el sur se come bien, alimentos sanos”; “se respira aire limpio; las energías se encuentran equilibradas”; “las plantas están contentas, vivas y otorgan salud”:

“Yo me acuerdo que en el sur mi abuela... bueno que uno nunca se enferma parece en el sur, porque las comidas son sanas” (Paula, usuaria del Programa en Cerro Navia).

Por oposición, la ciudad se vincula a sufrimientos, trabajo duro, pobreza y carencias, además de ser considerado un lugar “tóxico”, sucio, donde se trasgreden normas sociales y “los espíritus se encuentran alterados”, razón por la cual el cuerpo se expone a la enfermedad. Por esto mismo, en múltiples relatos las personas manifiestan un deseo de volver al sur, aunque sea a pasar sus vacaciones:

“No hallo la hora de irme para el sur, para estar unos días tranquila, no me hallo cómo escapar de todas estas cosas que me están viniendo ahora. Encima que yo sufro bastante de los huesos, de la columna vertebral, las piernas” (Ana, usuaria *winka* del Programa en Cerro Navia).

De esta manera, se produce una suerte de idealización del sur del cual sólo se rescatan las virtudes de la vida rural, pero no se menciona nada respecto de la dura vida que allí se despliega. Esta coincidencia simbólica que tienen tanto *winkas* como mapuche urbanos respecto al sur en tanto lugar de bienestar y buena salud, de donde se rescatan sólo buenos recuerdos, es posible de explicar a partir del origen compartido por gran parte de la población que habita las comunas de Lo Prado, Pudahuel y Cerro Navia y, en general, de las comunas periféricas de la capital. Se trata de inmigrantes del sur, campesinos que llegaron a emplearse en la ciudad y que conservan un estrecho vínculo con su lugar de origen, representándolo como el lugar donde crecieron y al cual anhelan volver. Por esto, no es extraño que tanto mapuches como mestizos lo relacionen con bienestar, lo que unido a la presencia de meicas y *machis*, la costumbre de usar hierbas medicinales y la abundancia de éstas en el medio ambiente, lo transforman en un referente que acerca a la población mestiza a la tradición médica mapuche y, por lo mismo, explica de cierta forma su demanda por del Programa.

Cabe destacar los cambios de percepción que se producen respecto a la cultura y las personas mapuche cuando los *winka* acuden al Programa. Alicia, por ejemplo, usuaria *winka* del Programa, había mantenido contacto en diversas ocasiones con personas mapuche tanto en su trabajo, como en su vecindario, en la escuela de su hijo, etc. Sin embargo, la percepción que tenía de ellos estaba basada en estereotipos que vinculan a lo mapuche con agresividad y hostilidad:

“Lo que pasa es que a los mapuches les da vergüenza, decir de qué origen vienen, que se juntan en una comunidad. Yo no tengo idea sí lo que hacen, porque no hablan mucho, hablan mapuche, viven su mundo, como que piensan que la gente los van a discriminar. Pero son bien inteligentes ellos, los mapuches, los discriminan por tener otro estilo, pero ellos igual se visten, es que también están bien domesticados ahora, entonces ni se notan. Los mapuches son gente que son excelentes como amistades, pero son súper reservados, llevan una vida para adentro y no con cualquiera hacen amistad. El problema es que a ella, mi amiga (mujer mapuche que le presentó el Programa), su origen le da vergüenza, es fuerte la discriminación porque se discriminan solos, por su lenguaje, su vestimenta, su físico. Porque tú ves un mapuche y no va a haber un mapuche lindo, si eso es verdad” (Alicia, usuaria mestiza del Programa en Pudahuel).

Esta percepción de la cultura mapuche cambió a partir de su experiencia con el Programa. La misma Alicia reconoce que ahora, “cree en ellos”. Gladys, también usuaria *winka* del Programa en Pudahuel, considera que su círculo cercano, formado por familiares y amigos, no tiene una buena opinión de la medicina mapuche por los prejuicios que existen en torno a esta cultura. Manifiesta haberse sentido cuestionada al intentar dar a conocer esta alternativa médica, razón por la cual prefiere mantener en silencio el hecho de atenderse con *machi*, para que no le digan más “ya te pusiste mapuche”:

“La gente que yo le cuento dicen “ah! Te pusiste mapuche” y yo les cuento que me resultó y me dicen que cómo creo en eso, que los mapuches, que yo ni sé de los mapuches. Le dije a una vecina que está enferma del estómago también, del colon también y le dije yo ¿por qué no vai donde los mapuches?, es a base de hierbas, yo me he sentido súper bien y me dijo “¡no, yo no creo en los mapuches!” (...). Es común en ciertas personas que son como... racistas. O sea yo encuentro que hay personas que son racistas, porque no porque son mapuches les pueden quitar el mérito que ellos tienen, porque resulta” (Gladis, usuaria mestiza del Programa en Pudahuel).

Otro de los temas que se repiten y que guarda relación con este acercamiento del mundo mestizo a la medicina mapuche es la experiencia previa que muchos de los usuarios han tenido con el uso de medicinas alternativas y complementarias, especialmente a través de prácticas terapéuticas que, al igual que la medicina mapuche, diagnostican a través de la orina. Muchos *winkas* llegan a la medicina mapuche buscando ya sea una alternativa de atención similar a la que han recibido anteriormente a través

de diversas prácticas de medicinas alternativas y complementarias, así como medicina popular; o por padecimientos frente a los cuales la atención alópata no les da respuesta.

Paula, usuaria *winka* del Programa en Cerro Navia, atendió por mucho tiempo a sus hijos con hierbas medicinales que le recomendó un señor que veía la orina. Aunque no cree que esa persona haya sido mapuche, sostiene que acude al Programa buscando una alternativa similar, la que no ha podido encontrar luego del fallecimiento de aquel sanador:

“Yo antes me había atendido con un señor que, como le dijera... no era, esto (mapuche) pero veía igual por la orina, y de ahí cuando él falleció yo nunca más fui porque las otras personas, como que no sabían bien. Cuando mis niños estaban chicos, cosa que les pasaba le llevaba yo la orina a este señor, y a cualquier persona les decía yo vayan para allá. Es que ahora hay de todo, no ve que están haciendo remedios de hierbas, si antes yo creo que con pura hierba se mejoraba la gente” (Paula, usuaria *winka* del Programa en Cerro Navia)

El testimonio anterior se vincula a la idea que tanto la medicina indígena, como las MAC y la popular, se asocian a prácticas de salud vinculadas a tiempos pasados, a lo cual se le otorga una valoración positiva y se construye una suerte de idealización respecto a los cuidados de salud a través de hierbas medicinales, en el sentido que se las percibe como prácticas más “naturales” que cualquier otro recurso.

Gladys, al igual que otras beneficiarias del Programa, ha visitado diversos especialistas antes de asistir a la medicina de *machi*, cuyos procedimientos no comprende del todo. Pese a la diversidad de alternativas utilizadas, en su relato ella no da importancia a las diferencias que pudieran existir entre los diversos tratamientos, sino más bien acentúa el punto en el cual convergen todas: mejorar a través de hierbas.

“Antes yo había ido para otra parte. No me acuerdo cómo se llamaba, pero es un caballero que a uno la ve a través de la vista. (...) No sé, pero me mira los ojos y me dice todo lo que tengo, qué es lo que me duele. Ese día acompañé a mi amiga, entonces me entró la curiosidad, porque eran tantos los dolores, estaba bajando mucho de peso, no podía comer nada, y le dije yo que me iba a atender para ver si era realmente verdad lo que decían que sanaba a las personas a través de hierbas, porque todo eso es a base de hierbas también. Fui y me dio como 5 clases de hierbas que tenía que comprar, mezclarlas todas y hacer un

cocimiento. Y me resultó, porque estaba súper bien del estómago, estaba súper bien” (Gladys, usuaria winka del Programa en Pudahuel).

Gabriela, también usuaria *winka* del Programa en Pudahuel, atiende a su hijo desde pequeño con un iriólogo peruano. Ella establece una conexión entre el tratamiento del iriólogo y el del *machi* debido al uso de las hierbas que ambos hacen, y, dice ella, a la capacidad de “adivinar” la enfermedad y el conocimiento que ambos manejan de la naturaleza:

“Desde muy niño nosotros lo llevamos a Arequipa a un control, hay un mejor médico ahí, de los ojos, del iris, otro doctor le vio la orina. Con decirle que un día él se agarró del barrote de una ventana y su papá sin darse cuenta lo tiró y le safó el hombrito, esas cosas no se ven a simple vista, pero él se dio cuenta, adivinó. Entonces en Arequipa le dio remedio y harto lo ayudó, porque él era muy gordito entonces lo ayudó a bajar de peso”

¿Usted conocía la medicina mapuche?

No, pero sí la de los otros... del iris, como le llaman, iriólogo, esa la conocí, y se parecen harto, las dos dan hierbas y saben lo que uno tiene con sólo mirarlo” (Gabriela, usuaria winka del Programa en Pudahuel).

Hay otro grupo importante de usuarios *winkas* que llegan al Programa, y a la atención de *machi* particularmente, para aliviar dolencias que son atribuidas a algún “mal”, ya que dicen haber escuchado que los y las *machi* pueden sanar males que los sujetos han recibido por parte de terceros. En este punto se produce un cruce de creencias provenientes tanto de la medicina indígena, con la popular, y con elementos provenientes de otras tradiciones terapéuticas; no así con la medicina alópata ya que la mayoría de los usuarios sostiene que estas no son cosas de las que se pueda hablar con un médico, lo que suponen limita las posibilidades de los tratamientos biomédicos:

“Me gustó como atiende y voy a volver, voy a tener que volver porque de esto yo tenía duda, yo tenía duda, yo le decía a mi marido que me hicieron mal y eso yo tenía duda, mi marido igual decía, esto no puede ser así.

¿Los médicos que le dicen?

Me dijo que era el corazón, me dijo que esta hinchazón ellos no podían hacer nada porque era del corazón, me dejaron, si incluso mi marido está presente, le dijeron tu señora va a morir” (Eloísa, usuaria mapuche del Programa en Cerro Navia).

Llama la atención el cambio de percepción que se produce entre los usuarios *winkas* con respecto a la figura de él o la *machi* una vez que comienzan su tratamiento. Lentamente los usuarios van adquiriendo conocimientos respecto a la medicina mapuche, principalmente aquellos que en un principio se sentían muy alejados o ignorantes de esta tradición terapéutica:

“No sé cómo trabajan ellos (los machis), yo los asociaba más a como a tarotista, yo tenía más asociado a tarotista y malo sí, porque pensaba como brujo, como así. Y ahora tengo entendido que son personas que trabajan con plantas” (Alicia, usuaria mestiza del Programa en Pudahuel).

Tanto la observación realizada durante el trabajo de campo, así como los testimonios analizados, permiten sostener que la medicina mapuche se construye en el imaginario de la población *winka* que acude al Programa en una opción de medicina natural, de igual manera como lo son otras terapéuticas como la medicina popular y las alternativas y complementarias. De esta manera, la medicina mapuche es integrada dentro del circuito terapéutico como una manera de acceder a una terapéutica holística, que otorgue respuestas vinculadas con los aspectos no solo biológicos sino también sociales y culturales de los usuarios, pero desde una matriz cultural (la mapuche) que los usuarios reconocen como cercana, propia, por tratarse de una cultura originaria chilena, no así tradiciones terapéuticas que se consideran ajenas como las provenientes de otros espacios de significado. Lo interesante es que la población *winka* usuaria del Programa otorga un valor a la medicina mapuche distinta al que le otorgan las voces institucionales, ya que para los usuarios más que una herramienta política de reetnificación, la medicina mapuche es una alternativa más de aquello que se denomina como medicina natural, y como tal es incorporada dentro del circuito terapéutico.

4.1.2.2. Población mapuche usuaria del Programa

La población mapuche usuaria del Programa es bastante heterogénea y, por lo mismo, establecen diversos vínculos con su cultura de origen. Muchos sostienen que las acciones llevadas a cabo por las organizaciones mapuche de sus comunas, así como por el Programa, los han hecho identificarse con la cultura mapuche, identificación que o

bien no existía hasta la fecha o estaba negada. El testimonio de Ida es especialmente representativo de este proceso de volver a “lo mapuche”:

“Yo hasta los doce años crecí en el campo, en Chahuilco pal sur, una comunidad, pero me crié más con gente winka, me crié con la creencia winka, con el cristianismo, pero sabe que yo no me sentía bien, no sé por qué, no me sentía bien, parece que era algo que no me conformaba hasta que finalmente me reencontré con mi cultura ya como a los 50 años. Ahí me vinieron a invitar para una reunión mapuche y fui porque me interesaba, me gustó, y llegué allá y la experiencia más triste y fuerte para mí fue cuando llegué allá y todos estaban hablando el idioma mapuche y no entendía nada, si yo no sabía hablar, si yo no conocía la palabra mapuche sino la palabra indio, de eso los chilenos siempre, en el sur sobre todo que son muy racistas, entonces me encontré como se dice gallina en corral ajeno, entonces me dijeron “con nosotros va a aprender el idioma”, y de ahí ya me interesó, empecé a asistir a los nguillatunes, a los palin, a cualquier reunión mapuche que hubiera yo iba para aprender, conocer bien cómo era la cultura mapuche y ahí fui aprendiendo, aprendiendo, aprendiendo, estudiando, leyendo también, claro que son libros que los escriben chilenos pero algo hay que sacarle de bueno, no todo es bueno, entonces ahí fue tanto lo que me sentí tan bien, saber que nosotros éramos un pueblo, una nación, con su idioma, con sus creencias espirituales, nuestro arte mapuche, toda la cultura, sabe que fue una cosa que yo como que me liberé de lo otro, me encontré, me descubrí quién era yo, así que de entonces yo nunca más he dejado mi cultura afuera, he aprendido hartó” (Ida, usuaria mapuche del Programa en Lo Prado).

En esta misma línea, la implementación del Programa de salud intercultural se “lee” por parte de algunos usuarios mapuche como una “salvación” que ha llegado a los espacios urbanos en tanto les permite rescatar su cultura, otorgándoles la posibilidad de reencontrarse con “lo propio” y recordar así imágenes del pasado, conocimientos y prácticas que oyeron de sus padres y abuelos pero que, sostienen, habían olvidado en la ciudad. Agustina, de Cerro Navia, lo explicita de la siguiente manera:

“Es como una salvación que nos han venido a hacer a nosotros que estamos en Santiago, porque allá en el sur es más fácil de acudir a una machi porque todavía por suerte existe, allá en el sur es fácil buscar una persona, pero acá no, este es una gran ayuda que nos vienen a hacer. Yo encuentro que es lo mejor que puede habernos pasado, acercado a los mapuches que estamos aquí, porque si bien es cierto que nosotros tenemos una creencia bien enraizada desde chicos, que a nosotros nos criaron, nos medicaron con eso, así que ahora que ha llegado a esta altura de la edad que tenemos nosotros, la necesitamos, igual que los niños, necesitamos, y es más ayuda para estar mejor” (Agustina, usuaria mapuche del Programa en Cerro Navia).

Este “retorno a lo mapuche” no está exento de dificultades ya que implica aprender o re-aprender una cultura y un paradigma en salud opuesto al modelo biomédico, del cual gran parte de la población mapuche urbana es usuaria. De hecho, varios usuarios mapuche del Programa evalúan la atención de *machi* desde parámetros biomédicos, principalmente en lo que respecta a la eficacia de la terapéutica y los gastos económicos que conlleva en comparación al consultorio, el cual no implica costos:

“Es que resulta que a veces cobran caro los machi, ese es el problema, por ejemplo yo que recibo una pensión asistencial no me alcanza, ese es el problema, los buenos machi cobran caro, el consultorio en cambio es gratis” (Ida, usuaria mapuche del Programa en Lo Prado).

Cecilia, joven mapuche nacida en la ciudad, establece asociaciones entre el sistema médico occidental y el indígena:

“Ahora no más por el Programa vine a machi, antes no había ido. Es que igual salen caras las consultas, no es cosa de ir y verse así con una machi, y además que hay machi y machi, unas mejores que otras igual que los doctores. Pero encontré buena a la machi que me atendió acá, así que no tengo nada que decir de ella. En sí todas las machis son buenas, pero uno prefiere atenderse con unas y no con otras, si es igual que los doctores” (Cecilia, usuaria mapuche del Programa en Cerro Navia)

De esta manera, muchos usuarios mapuche reconocen que el Programa les ha permitido reconstruir una identidad indígena que o bien tenían en el olvido, o nunca había existido. De hecho, muchos usuarios mapuche del Programa nunca antes se habían atendido con *machi* ni conocían los procedimientos terapéuticos de la medicina mapuche. Como la gran mayoría es gente que ha vivido por muchos años en la ciudad, el principal paradigma de atención en salud que manejan es el biomédico, el cual no rechazan, sino por el contrario, como se dijo anteriormente, lo utilizan. Al preguntárseles por qué acuden a *machi*, la mayoría sostiene que es para complementar la atención biomédica, sumando así nuevas estrategias de salud a sus itinerarios terapéuticos. De esta manera, la atención con medicina mapuche es para gran parte de los usuarios mapuche del Programa una experiencia nueva, de descubrimiento o reencuentro con la cultura mapuche, donde la salud, junto con la educación, juegan un rol central en este proceso de reetnificación.

“Bueno la salud, porque es uno de los temas importantes, es una de las cosas más importantes la salud, porque la necesitamos, y bueno lo otro sería que... el idioma, que los niños aprendieran un poco, aunque sea algo, pero es más difícil de encontrar la oportunidad, que ya las personas que se han venido para acá se olvidaron del idioma. Son pocos, son muy pocos, yo sé hartas palabras, muchas palabras, pero conversar fluidamente, no” (Agustina, usuaria mapuche del Programa en Cerro Navia)

Estos procesos de reetnificación no siempre son vividos de igual forma por las diversas generaciones de mapuche. Sólo algunos se interesan por volver a “lo propio”, mientras otros se mantienen distanciados y no se interesan por la cultura mapuche ni creen en su medicina:

“(Mis hijos) poco creen también, sólo uno cree más, el que participa de la organización. No, no dicen nada porque yo vengo pero no tienen na´ que decirme a mí si soy yo la que está enferma. Yo tomo lo mío y ellos lo de ellos, es que no creen, como antes no había gente que trajera el machi, ellos se criaron con el hospital, entonces por eso” (Brígida, usuaria mapuche del Programa en Lo Prado).

Este distanciamiento se da, según algunos/as, principalmente entre la población mapuche joven, quienes al parecer presentan un menor grado de interés por recuperar las tradiciones de su etnia. Según muchos entrevistados, es en ellos donde la tensión entre lo rural -espacio simbolizado como contenedor de la cultura mapuche-, y lo urbano -asociado al mundo moderno y al cambio-, mejor se ve reflejada. Por esto, el distanciamiento y rechazo frente al Programa puede ser entendido como una forma de rebelión contra la cultura mapuche tradicional, versus el estilo de vida moderno que les ofrece la ciudad y la cultura *winka* en general. Esto hace que los jóvenes prefieran el sistema alópata y asocien la atención de *machi* a algo del pasado, tradiciones de las cuales se quieren alejar. De esta manera, se construye una oposición tradicional/moderno, vinculando la medicina mapuche a lo tradicional. Se culpa a la juventud mapuche de estar aculturada y, por ende, de perder su cultura de origen:

*“¿Los jóvenes creen en machi?
¡No! ¡Ahora no!, sí antes anteriormente, me acuerdo cuando hacíamos nguillatún salíamos a jugar la chueca hasta a otros lados, ahora no”
¿Y todo eso usted dejó de hacerlo?”*

Se dejó todo, antes a la pelota, ahora no, tampoco. Es que la juventud ahora lo que quieren es divertirse, bailar, salir. A lo mejor por eso también se están poniendo malos, antes nosotros cuando éramos jóvenes, no podíamos desobedecer, tomar un vaso de vino. No, ahora tienen 12 años y andan botados y ahí se pierde todo, la medicina, la cultura” (Ernesto, usuario mapuche del Programa en Pudahuel).

Además de ser considerados transgresores de las normas y costumbres tradicionales mapuche, los jóvenes son indicados como proclives a aceptar y fomentar la hegemonía de la biomedicina. Se les considera escépticos frente a terapias naturales como las hierbas de la medicina mapuche, y se piensa que están altamente medicalizados, en tanto interpretan como enfermedad sucesos que antes pertenecían al ámbito del autocuidado o simplemente eran considerados hechos fisiológicos naturales. Es una generación criada en hospitales, con la medicina *winka*, proceso que habría mermado su conocimiento sobre terapéutica mapuche y aumentado la tendencia a interpretar como patologías sensaciones físicas naturales, como el dolor:

“Como antes no había gente que trajera el machi, ellos se criaron con el hospital, entonces por eso ya no la van a recuperar” (Brígida, usuaria mapuche del Programa en Lo Prado).

“La mayoría de la gente cree en los consultorios, sobretodo la juventud de ahora, les duele una muela y parten al consultorio, antes no poh, había que aguantarse los dolores, hasta que llegara una persona” (Ernesto, usuario mapuche del Programa en Pudahuel).

Sin embargo, esta idea de que la gente más joven está completamente alejada del Programa y de la medicina mapuche se contradice con los relatos de varios jóvenes que trabajan dentro del Programa, o bien son usuarios de éste. Es el caso de Margarita y Sebastián, familiares de la *machi* que atiende en Cerro Navia y Lo Prado, además de Cecilia, Miguel, Matilde, Carmen, Rosita, entre otros varios hombres y mujeres, cuyos testimonios nos hablan de personas mapuche jóvenes para quienes la medicina mapuche es una alternativa de atención por razones similares a las expuestas anteriormente: es más natural, se sienten identificados culturalmente con ella, buscan alternativas distintas a la biomedicina, quieren probar, mantener sus tradiciones, e incluso prevenir enfermedades futuras.

Ida, por ejemplo, reconoce que sus hijos por voluntad propia han buscado *machis* en el sur, transformando los referentes de su propia cultura en una alternativa válida de atención médica, no obstante su condición de urbanos:

“Mis hijos se han mejorado con machi, mi hija y mi hijo, con una machi que viene del sur” (Ida, usuaria mapuche del Programa en Lo Prado).

Matilde, que se considera una persona sana y sin grandes dolencias, asiste al Programa desde que éste comenzó. No obstante su juventud, relata mantener varios saberes transmitidos por su padre en cuanto a herbolaria tradicional mapuche y usarlos para cuidar a sus hijos, sin que ello vaya en desmedro de considerar el consultorio como una alternativa legítima para el tratamiento de enfermedades mayores. Similar situación relata Paula cuya joven hija aplica conocimientos médicos obtenidos por ella misma en el sur en el cuidado de sus hijos.

Al considerar estos testimonios queda en evidencia que al menos entre los jóvenes que pertenecen a esta cultura hay un gran interés por los servicios del Programa, así como por las instancias de reproducción de la cultura a la que pertenecen (*nguillatunes*, *palines*, celebraciones de *we tripantu*, cursos de telar, lengua, etc.). Esta motivación contradice en gran medida la idea de que son los jóvenes los responsables del debilitamiento de la cultura en la ciudad, permitiendo aproximarnos a una visión más flexible de ésta, en tanto es capaz de sobrevivir en espacios urbanos y entre sujetos jóvenes altamente expuestos a los procesos de aculturación por haber nacido en la ciudad o arribado a ésta siendo pequeños. Aún en estas circunstancias, o quizás debido a ellas, parte de la juventud mapuche manifiesta interés por encontrar alternativas médicas distintas a la biomedicina y obtener a través de ellas una oportunidad de reencontrarse con tradiciones que pertenecen a su infancia o a sus familias de origen, transformando de este modo a la medicina en un elemento esencialmente cultural, sin que ello vaya en desmedro de su eficacia sobre la salud de los cuerpos.

Además, los jóvenes atribuyen a la medicina mapuche cualidades tales como la prevención de enfermedad, el poder de solucionar conflictos espirituales, explicitar y

revertir estados de ánimo de una manera coherente con las características culturales de los pacientes, etc. La importancia de esto es fundamental para el futuro de la medicina mapuche y su perpetuación en el tiempo, pues tal como muchos testimonios sostienen, serán las generaciones futuras las que disfruten los beneficios de un modelo de salud construido a partir de las premisas de la interculturalidad. En palabras de Agustina:

“¡Nosotros como viejos nos vamos a morir, pero va a quedar a los niños, ellos son los que necesitan nuestra medicina!” (Agustina, usuaria mapuche del Programa en Cerro Navia).

Cabe señalar que todos quienes adhieren al proceso de reetnificación a través de la medicina mapuche (tanto jóvenes como adultos y adultos-mayores) se pliegan a un discurso que promueve una construcción idílica de la vida en el “sur”, aunque para la población mapuche este concepto, a diferencia de los usuarios *winka* del Programa, más que representar “lo natural”, representa la tierra, la comunidad mapuche, los valores de esta etnia y, de cierta manera, consideran que es un espacio que les pertenece. Esta idealización se da tanto entre población mapuche que creció en el sur, como entre aquella que sólo ha escuchado de la vida de allí a través del relato de terceros:

“Nosotros queremos volvernos pa allá, que tenemos tierras todavía, queremos irnos. Mi mamá, ella pura hierba, no se enferma nunca. Nos dice “no sé por qué ustedes se enferman tanto si yo soy tan sana”. Ella no, tiene 90 años, igual se levanta a las 6 de la mañana, sale a dar la comida a las gallinas, buscar leña, todo” (Ernesto, usuario mapuche del Programa en Pudahuel).

“(En el sur éramos) bien alimentados, con catuto, con mote, esa cosa, antes no se usaba la bebida ni nada de estas cosas que se usan ahora, tóxicos, aquí todo es tóxico, aquí desde que nos amanecimos hasta que nos acostamos puros tóxicos” (Ema, usuaria mapuche del Programa en Lo Prado).

Otra realidad que está presente en las tres comunas es la de población mapuche que no acude al Programa. Esto se da, al parecer, por dos razones diferentes: por un lado, están las personas que sienten una distancia y una falta de identificación con respecto a la cultura mapuche. Por otro lado, hay un segmento que sí se identifica fuertemente con la cultura mapuche pero es contraria a las políticas dirigidas a los pueblos originarios por parte del Estado y, por lo mismo, sostienen que lo que el

Programa ofrece no es verdadera medicina mapuche sino una invención del Estado que se entrega en la ciudad. Este segmento sostiene que el contexto urbano inhabilita la posibilidad de ejercer una verdadera medicina indígena, la cual requiere de la naturaleza y la comunidad para ser real. Estos argumentos son contruados por personas que tienen una identidad étnica sólida, no así quienes recién comienzan a identificarse como mapuche, quienes no establecen mayor diferenciación entre la medicina mapuche de la ciudad y la que se implementa en las zonas rurales más tradicionales.

El que la medicina mapuche comience a formar parte de los servicios que ofrece una institución gubernamental, cuyo sistema de salud hegemónico es la biomedicina, genera desconfianza en algunos mapuches respecto a cuáles son las posibilidades reales de ejercer la medicina mapuche en la ciudad, ofrecerla a los *winkas* y complementarla con un sistema médico con tiempos y espacios tan disímiles de los que requiere el diagnóstico y la terapia indígena. Miguel, por ejemplo, aunque reconoce que lo que ofrece el Programa “sirve igual”, siente que al quitarle a la medicina mapuche la capacidad de intervenir sobre las relaciones sociales, esta pierde su esencia, y eso es lo que pasa con los programas de salud intercultural:

“Hay opiniones diversas, gente que lo encuentra bueno, muy bueno, otras gentes que creen que es insuficiente, otra gente que piensa que no es factible que la medicina mapuche, por su forma de ser sea traída para acá. Porque la machi por ejemplo tiene que ver 15, 20 personas. Normalmente la machi ve a una, dos personas, las visitas son más pausadas, el protocolo es distinto, porque a veces va una familia entera, la mamá, el papá, los hermanos... se quedan en la casa de la machi, están ahí dos, tres días, conociéndose, adentrándose no sólo en su problema físico sino en otras cosas (...). Viéndolo desde ese punto de vista es muy difícil que eso se traspase acá, a parte que está fuera de su lugar de origen... al menos igual yo pienso que igual sirve, pero el conocimiento que trae la machi, no es completo para la gente del sur, la ve un par de minutos, es diferente el tratamiento, pero igual sirve” (Miguel, usuario mapuche del Programa en Cerro Navia).

En este sentido, se critica que el Programa no es capaz de replicar las condiciones originales en las que se realiza la curación mapuche dado el escenario que impone la urbe. Además, porque se inserta en un modelo médico que mantiene a las medicinas

alternativas e indígenas como periféricas; como complementos de un sistema que sigue legitimándose como central y hegemónico.

De este modo, el Programa de Salud Intercultural adquiere un carácter político, relativo tanto al vínculo que establece el Estado con el pueblo mapuche a través de la salud, como a la relación que se establece entre *winkas* y mapuches dentro de contextos urbanos. Así, la interculturalidad en salud adopta connotaciones políticas, transparentando conflictos que están presentes en la sociedad, roces que no han sido resueltos y que adquieren diversos matices al momento de compartir una tradición médica entre sujetos de distintas identidades étnicas. Por ello, la puesta en marcha de un programa de salud intercultural, es al mismo tiempo una oportunidad para dialogar y comprender, pero también para revelar conflictos y asumir compromisos.

En este contexto, las voces mapuche más duras levantan fuertes críticas respecto a la implementación de las políticas estatales, argumentando que falta una reflexión en torno a si la sociedad chilena global “merece” los conocimientos de la tradición médica mapuche. La interculturalidad en salud se asocia a una suerte de apropiación por parte de los *winka* de la medicina mapuche. Ida, usuaria mapuche del Programa en Lo Prado, quien tiene una vasta participación en organizaciones mapuches urbanas, lo expresa de la siguiente manera:

“No me gusta lo del Programa, porque ahí está, como se dice, la medicina intercultural, entonces sabe lo que pasa, que cada día le estamos dando sabiduría a los winkas de nuestra medicina, no me gusta nada lo intercultural” (Ida, mapuche, Lo Prado).

Es interesante destacar el hecho que la población mapuche que si es usuaria del Programa, y que está de acuerdo con la implementación de la medicina mapuche al alero de la institucionalidad biomédica, adopta una postura en que apoyan el crecimiento de ésta, el que se fortalezca y se expanda por toda la sociedad, pues ven allí una posibilidad de demostrar a la sociedad *winka* las riquezas de la cultura mapuche.

Algunos encargados del Programa plantean que la búsqueda de nuevas opciones terapéuticas no es sólo una característica de la población *winka*, sino también mapuche, quienes estarían dispuestos a probar nuevas opciones en salud (más allá de la mapuche o la alópata) y ampliar así sus itinerarios terapéuticos:

“Es una alternativa que hay pero es probable que buscan otras también, no sé, Reiki, todas las otras medicinas alternativas que hayan. La visión de los mapuches no es buscar exclusivamente la medicina de los mapuches, ellos van a ir a ver lo que se les ofrezca” (Hortensia, encargada municipal del Programa en Pudahuel).

Esto pone de manifiesto que hay población mapuche que va más allá y que no sólo apelan por el derecho a poder acceder a sus propias tradiciones terapéuticas en la ciudad, sino que exigen poder complementar diferentes terapias, distinguiendo enfermedades que pueden ser atendidas con *machis* y otras con médicos alópatas, entre otras opciones. Es decir, la población mapuche urbana, al igual que la *winka*, “tantea” diversas opciones en salud y busca alternativas que no siempre se vinculan a su identidad étnica, pero sí a su identidad urbana:

“Es que yo no discrimino los otros medicamentos, porque eso es algo científico, comprobado, todo eso, bueno igual como uno que tiene mucha fe en estas hierbas. Yo pienso que se complementan” (Agustina, usuaria mapuche del Programa en Cerro Navia).

“Hay algunas enfermedades que son para la machi y otras para el doctor, cuando hay que operar, cosas que no hace la machi, ahí hay que ir al hospital, y eso lo sabemos” (Margarita, ayudanta de *machi* en Lo Prado).

Esto abre el camino a una discusión más amplia, referida a cuáles son las necesidades e intereses reales de la población mapuche actual en materia de salud, es decir, si bien las políticas y programas de gobierno tienden a esencializar la cultura mapuche, pareciera que los integrantes de dicha etnia están abiertos a incorporar nuevos elementos dentro de sus prácticas, generando interesantes diálogos entre lo local y lo global en el marco de una identidad étnica tradicional como lo es la mapuche en el contexto del Programa.

Por lo visto hasta ahora pareciera que la adscripción étnica no es un factor fundamental dentro de las razones de elección que más priman en las personas a la hora de acceder a la medicina mapuche en el marco del Programa, sino que aspectos tales como la desesperanza respecto al sistema biomédico juegan también un rol central en la búsqueda de nuevas alternativas en salud tanto en usuarios *winkas* como mapuche.

Así, por ejemplo, pese a lo que podría creerse, los mismos usuarios mapuche demandan por el derecho de los mapuches urbanos de disponer de alternativas médicas diversas. Esto demuestra que la práctica de “tantear” entre diversas opciones terapéuticas no es exclusiva de *winkas*, mestizos o chilenos, sino que también es una actitud que asumen mapuches urbanos que están dispuestos a probar nuevas alternativa en salud, entre ellas la mapuche.

4.1.2.3. Usuarios del Programa desde una perspectiva de género

Entre la población *winka* y en la mapuche, la mayor cantidad de usuarias del Programa son mujeres. Dentro de este marco resulta interesante, por ejemplo, el hecho que todos los usuarios hombres (tanto mapuche como *winkas*) han llegado al Programa a través de alguna mujer: esposas, hijas, vecinas, etc. Fueron ellas quienes les comunicaron la existencia del Programa, instándolos a asistir:

“Mi hermana pertenece no sé a un, no sé si será sociedad, no sé, pero es como una junta que tienen acá, claro una organización que ven algunas cosas, o sea solamente las tradiciones” (Andrés, usuario mapuche del Programa en Pudahuel).

Algunos usuarios, principalmente mapuche, mencionan a madres y abuelas como transmisoras de la medicina mapuche, como agentes que los cuidaron de pequeños de acuerdo a esta tradición terapéutica y que hoy vuelven a ser referentes que respaldan las terapias que ofrece el Programa. Eduardo, por ejemplo, recuerda a su tía *machi* y su madre como personas que han mantenido una buena salud a pesar de su avanzada edad. Él atribuye esto al hecho que ambas viven en el sur y toman diariamente hierbas medicinales:

“Yo tenía una tía que era machi, ella curaba, nos cuidaba a todos nosotros cuando nos enfermábamos. (...) Mi mamá vive en el sur, en el campo para Lautaro, ella pura hierba, no se enferma nunca” (Eduardo, usuario mapuche del Programa en Pudahuel).

Por su parte, Sebastián, hijo de *machi*, sostiene que su madre ha sido clave a la hora de él construir sus itinerarios terapéuticos, tanto para atender su propia salud, como la de su hija y la de otros mapuche y *winkas* de su comuna. Hoy Sebastián es un fuerte promotor del Programa:

“Mi mamá me dice que hay que tenerle un respeto a la machi, cualquier machi. No porque ella sea machi, porque yo estoy lejos de ella, ella está en el sur, pero si hay machi acá en Santiago yo tengo que recurrir a ella, eso es lo que ella me dice. Por ejemplo mi hija, ahora que es chica, yo la voy preparando, que hable” (Sebastián, usuario mapuche del Programa en Lo Prado).

El bajo número de usuarios hombres del Programa da cuenta de cómo el modelo intercultural en salud adquiere, desde una perspectiva de género, algunas características similares al modelo biomédico, es decir, las mujeres son las principales usuarias pero no sólo para atender sus propios problemas de salud, sino los de toda su red familiar: hijos, padres, cónyuges, etc. En el trabajo de campo pude observar en varias ocasiones que el motivo de consulta a *machi* por parte de mujeres usuarias era para preguntar por la salud de sus hombres. Para esto, las mujeres llevaban la orina de sus cónyuges, hijos, padres, etc., haciéndose ellas cargo de la salud de los varones de sus familias, práctica observada tanto en usuarias mapuche como *winkas*.

Rosita, por ejemplo, recurre al *machi* en busca de hierbas para continuar el tratamiento que sigue su tío, a quien ella misma recomendó la medicina mapuche:

“Vengo por mi tío, a él le decían en el consultorio que tenía colon irritable porque se hinchaba cuando comía, pero aquí el machi dijo que tiene todo malo, que no es solamente el colon, el páncreas... Yo siempre había visto machi, pero un día lo vi tan mal pero tan mal a él que dije yo le voy a llevar la orina. No lo pude traer a él pero su orina sí. Lo ideal que hubiera venido él pero no podía. Ahora él me dice que se ha sentido bien porque yo le he preguntado cómo se ha sentido y me dice que bien. Le tenemos fe, él también es mapuche igual que yo, entonces yo creo que en la medicina mapuche más que en el consultorio” (Rosita, usuaria mapuche del Programa en Pudahuel).

Del mismo modo, Matilde, usuaria mapuche, consulta por su esposo, no obstante él no pertenece a la cultura mapuche. Esta diferencia étnica no es un problema a la hora de complementar tratamientos, pues ambos creen en ambas medicinas (la mapuche y la alópata):

“Vine por mi marido, él sigue tratándose en las dos partes (machi y consultorio), le han hecho súper bien los remedios, se ha sentido bien. En noviembre le dieron el alta y como que siguió, como que necesitó el medicamento, porque él como que tiene inflamado todo esto, sufre del corazón, del colesterol y como que de repente en la noche se ahoga, le sube la presión entonces lo necesita, le ayuda a estar mejor. Igual las pastillas no le hacen muy bien, le ayudan para controlarse pero no le limpian la sangre, la hierba sí lo limpia. Él cree igual, porque le han hecho súper bien. Yo le conté del Programa, como yo soy de la zona y siempre uso medicina natural entonces le hablé de esto y le vine a sacar la hora, y ya hace como tres años que se está atendiendo con el machi. (...) Yo conocí el Programa en el consultorio, porque antes este Programa se daba ahí y ahí fui harta por mi marido, lo divertido que yo estoy sana y vengo tanto por él a buscar los remedios” (Matilde, usuaria mapuche del Programa en Pudahuel).

Sin embargo, y como decía anteriormente, esta actitud no es exclusiva de mujeres indígenas, sino que también se puede encontrar en mujeres *winka* que han probado diversas alternativas en salud antes de llegar a la medicina mapuche. El testimonio de Gabriela muestra cómo la búsqueda de salud familiar es una tarea constante, de la que ella se hace cargo aún cuando su hijo es un adulto, pero aún es ella quien toma las decisiones de la salud de él, las que están guiadas por sus propios referentes médicos:

“Todos los meses, los años, hacemos un chequeo y ahora salió que está con todo malo, antes eran unas cositas nada más, pero ahora le salió todo, más cosas de lo que yo esperaba. Dice que tiene inflamado todo, las rodillas, los pies porque tiene pie plano, también la parte baja del estómago, tiene problemas en el corazón, en los cómo se llama, los riñones, tiene colesterol, azúcar, presión alta, inflamado aquí. Pero yo creo en todo lo que sea natural, por eso lo traigo” (Gabriela, usuaria mestiza del Programa en Pudahuel)

Estos testimonios dan cuenta de la vigencia de las mujeres en tanto agentes de salud y las diferentes formas de vivenciar la salud y la enfermedad entre hombres y mujeres. Mientras ellas muestran facilidad para expresar lo que les pasa apelando a la emocionalidad y experiencia propia, los hombres, por su parte, presentan una clara

dificultad para expresar sentimientos y padecimientos mentales y físicos, lo que obstaculiza el diagnóstico de problemas afectivos y psicológicos. (Rohlfs, 2003).

Así, en estas familias, como en muchas otras, son las mujeres las que se encargan de recorrer distintas alternativas, escuchar diagnósticos, responsabilizándose por tratamientos y toma decisiones en torno a la salud. Estas prácticas situadas en el espacio de lo doméstico, consideradas parte de la vida privada, definen en gran medida los itinerarios terapéuticos de las familias, y la relación que todos ellos van a establecer con los sistemas médicos a los que acudan.

De este modo, las mujeres cumplen un rol de transmisoras de opciones en salud, característica que está presente tanto en mujeres mapuches como *winkas*. Esta transmisión la realizan tanto al interior de sus hogares, como en sus comunidades y, principalmente, entre grupos de mujeres:

“Una vecina me dijo, como yo era amiga de la organización, entonces nos vinimos, cuando en realidad no teníamos una muy buena salud con las vecinas, así que ella también se atendió, yo también me atendí y así empezamos a tomar los remedios” (Agustina, usuaria mapuche del Programa en Cerro Navia).

Así, por ejemplo, las mujeres son quienes hacen circular la información sobre el Programa, transmiten conocimientos e incluso asistan a la distancia a quienes no pueden dirigirse personalmente a los servicios del *machi*. Ellas son las principales transmisoras no sólo de la medicina mapuche en la ciudad, sino de alternativas médicas en general:

“Una amiga me dio el dato, un día ya estaba desesperada y me puse a llorar, le dije estoy desesperada Gladys, no sé qué hacer. Y ahí ella me dijo –“¿quieres que te lleve a un lado?, pero tú tienes que estar muy segura que quieres ir, yo te voy a decir dónde”. Ella me lo preguntó cómo tres meses, me dijo, “no se juega con esto, tú tienes que tener mucha fe”. Con decirte que ni siquiera me decía dónde íbamos a ir, yo me bajé no más de la micro, llegué aquí y encontré feo. Después ella me dijo, mira la persona que tú vas a ver es un machi” (Alicia, usuaria mestiza del Programa en Pudahuel).

Además, entre ellas se transmiten conocimientos respecto a diversas opciones terapéuticas pero también, sobre técnicas de autocuidado. Hay que recordar que los

sistemas de autocuidado o cuidados profanos han sido definidos como una dimensión estructural en los cuidados de salud (Haro, 2000). La consejería en hierbas que ofrecen las facilitadoras interculturales de Lo Prado, por ejemplo, sirve como técnica de autocuidado ya que otorga la oportunidad de recibir conocimientos y consejos que no necesariamente son aplicados sobre el individuo partícipe en el diálogo, sino que el mensaje y sus efectos se pueden transmitir al núcleo familiar, amigos, vecinos, etc., y las técnicas curativas pueden ser aplicadas en el hogar.

En este sentido, la medicina mapuche ofrecida por el Programa brinda un modelo capaz de superar la noción de individuo que tanto se le ha criticado a la biomedicina, para actuar sobre organizaciones, familias y comunidades, principalmente de mujeres.

Cabe destacar que quienes establecen mayores vínculos en general con las medicinas alternativas y complementarias son las mujeres. En su definición, las medicinas alternativas abarcan una serie de técnicas, terapias y sistemas médicos propiamente tales, cuyo punto en común es plantearse como “alternativa” al sistema biomédico, ofreciendo una mirada distinta a la curación, de modo que su uso responde a un tipo de demanda curativa diferente a la que ofrece la biomedicina (Douglas, 1998). Esto coincide con los testimonios de las usuarias del Programa, de quienes se escucha recurrentemente menciones respecto a la insatisfacción que tienen con los tratamientos ofrecidos por la biomedicina. Específicamente, se menciona la excesiva prescripción de “pastillas”, y el daño que ellas sienten que éstas hacen a sus organismos, las alteraciones en los estados de ánimo, en el sueño y los nervios que éstas les provocan, los que dicen han podido revertir gracias al uso de otras medicinas. Esto hace que muchas decidan ampliar sus itinerarios terapéuticos en busca de alternativas que les entreguen respuestas efectivas a sus dolencias, sobre todo cuando están desesperadas:

“Yo voy a todas partes donde me puedo mejorar en cambio mi marido no, es bruto, porque no le interesa, no busca su mejoría como la busco yo, la busco en todas partes” (María, mestiza, Cerro Navia).

Las críticas que muchas mujeres realizan de la biomedicina llegan incluso a acciones radicales, rechazando el uso de pastillas (recursos que identifican directamente

con la medicina alópata); para recuperarse llevan a cabo estrategias como acercarse a la medicina mapuche:

“El consultorio toda la vida ha sido malo, no atienden nunca, y por eso yo prefiero mil veces a la machi, porque el consultorio es pésimo (...) le dan a la gente una medicina que na que ver, los remedios que dan son puros calmantes, no sanan, la van enfermando más a una” (Brígida, usuaria mapuche del Programa en Lo Prado)

Similar opinión tiene Paula, quien culpa al tratamiento del consultorio por una sordera que se le produjo tras atenderse ahí:

“Ni me hable del consultorio, prefiero tratarme así, porque yo perdí el oído por el consultorio, ahí no te hacen nada (...) quedé sorda de este oído, puro ruido, ruido, nunca más. No le tengo fe al consultorio” (Paula, usuaria mestiza del Programa en Cerro Navia).

Entre la gran variedad de terapias alternativas que existen hoy en el “mercado” de la salud, las más utilizadas por las entrevistadas son la iriología y la homeopatía. Aunque no siempre las nombran así, se deduce de sus testimonios de qué tipo de especialistas se trata: “señores que ven los ojos”, que también “ven la orina”, o que dan “pastillitas chicas para la ansiedad”. Si bien el uso de las MAC va en aumento en todo el mundo - proceso que tiene como correlato la necesidad mundial de implementar políticas que regulen su uso-, el acceso a ellas está en gran parte mediado por condiciones culturales particulares, como son la etnia, el género y la clase. En el caso de la investigación, al tratarse Cerro Navia, Pudahuel y Lo Prado de comunas de escasos recursos, y al ver el uso que aquí hacen de las MAC, esto abre una discusión respecto al lugar que estas alternativas terapéuticas están ocupando en la sociedad chilena, y las nuevas configuraciones que están sucediendo en este ámbito, por ejemplo, cuando la medicina mapuche comienza a ser conceptualizada como parte de este circuito de salud.

En las tres comunas estudiadas las personas no hacen una distinción clara entre MAC, medicinas indígenas y medicina popular, todo queda incluido dentro de lo que denominan como “medicina natural”. Estos recursos terapéuticos son socializados principalmente entre mujeres y las ferias libres aparecen como uno de los espacios más

validados por las usuarias para el comercio de estas alternativas terapéuticas. Allí, vendedores de hierbas o pastillas se transforman en agentes de salud, en tanto ofrecen distintos tratamientos según los síntomas que manifiesten sus clientas.

Matilde y Carmen, mapuche y mestiza de Pudahuel y Cerro Navia respectivamente, usan hierbas medicinales que obtienen en la feria, preguntándole al señor que las vende las propiedades y beneficios de éstas. Este conocimiento lo combinan con sus propias experiencias y saberes de autocuidado:

“Uso hierbas para el estómago, la cabeza, voy a la feria y al señor que vende ahí le digo “necesito: ésta, ésta otra” (Matilde, usuaria mapuche del Programa en Pudahuel).

“Bueno, uso las hierbas que uno compra en la feria no más, nada más. Que para la gastritis, el resfriado, eso no más” (Carmen, usuaria mestiza del Programa en Cerro Navia).

María por su parte, no sólo compra hierbas medicinales en la feria, sino que también compra pastillas que ella llama homeopáticas, aunque al mostrarme el producto puedo notar que no son tratamientos pertenecientes a la tradición homeopática europea (principalmente alemana), sino que son de origen peruano, sin especificación clara de sus componentes. A esta ambigüedad respecto al conocimiento que manejan sobre las terapias, se agrega el hecho de que muchas de las usuarias se definen como analfabetas, de modo que desconocen las indicaciones escritas en los productos, confiando completamente en el proveedor de éstos, quien le transmite oralmente sus propiedades:

“No me tomo los remedios, o sea en veces sí, después los dejo. También busco remedios en la feria, me compro Planax... pa los nervios, pido una tirita y pastilla, también hierba y vengo aquí al... cuánto se llama, es que un señor que hay en la feria, me vende también pastillas de... homeopatía, esos me los compro y me los tomo pa callaíto, (...) mire éstos son” (María, usuaria mestiza del Programa en Cerro Navia).

Otro eje importante al hacer un análisis de género del Programa tiene que ver con el hecho que los principales padecimientos por los que las mujeres acuden a la medicina mapuche es por temas relacionados con la salud mental: “estado de ánimo”, “depresión”,

los “nervios”, el “dormir”, etc., aspectos que generalmente son atendidos por el sistema de salud público sólo a través de fármacos. Tomando en cuenta la estrecha vinculación que en Chile tienen los padecimientos psicológicos como depresiones, stress, ansiedad, pánico, etc., y el género femenino, la demanda que hacen las mujeres de medicina mapuche está mediada por la necesidad de encontrar en ella respuestas a padecimientos que no pueden ser abordados por la biomedicina, pues muchas veces ellas responsabilizan de estas aflicciones a los tratamientos:

“Duermo mal con las pastillas, entonces quisiera dejarlas, quisiera dejar porque me tomo 3 diarias”

¿Se siente mal con eso?

No, no me siento mal, pero no me siento bien tampoco, por eso quiero dejarla un poco, porque también son tan caras” (Carmen, usuaria mestiza del Programa en Cerro Navia).

Por ejemplo, uno de los resultados que las usuarias más valoran de la medicina mapuche es cuando ésta logra equilibrar el organismo y retomar sus ciclos naturales de sueño y vigilia. Sostienen que la medicina mapuche las ayuda a recuperar estados de ánimo positivos, tomar conciencia de su enfermedad y controlar sufrimientos que ellas vinculan con los nervios, la depresión, el stress y otras condiciones asignadas en parte a su condición de género, clase y etnia:

“Yo siento que cuando tomo estos remedios, yo duermo mejor, yo me siento en el día con más ánimo” (Agustina, usuaria mapuche del Programa en Cerro Navia).

“Yo estaba súper mal de los nervios en primer lugar, el sistema nervioso, problemas hepáticos, no podía comer nada y ahora estoy súper bien, como de todo, y los nervios un poco mejor, no le voy a decir el 100% bien pero mejor que lo que estaba, puedo dormir bien porque no dormía bien” (Raquel, usuaria mestiza del Programa en Pudahuel).

En este sentido, sin la intención de indicar que las aflicciones y padecimientos psicológicos que se expresan en los testimonios a través de conceptos como “los nervios”, “el ánimo” o “la rabia” son propiedad exclusiva de las mujeres, es importante contextualizar las condiciones de opresión en que se encuentran estas usuarias, al

pertenecer tanto por clase, como por etnia y género a uno de los grupos más vulnerables de la sociedad.

Algunos hombres mapuche también dieron cuenta de una condición vulnerable respecto a su salud mental, lo que hace necesario analizar tanto los modelos de feminidad como de masculinidad presentes en el mundo mapuche urbano, y las resistencias y discrepancias que mantienen con los mandatos de género propios de la sociedad chilena global, pues si bien existe la idea de que las mujeres son las más “propensas” a las enfermedades emocionales, éstas también surgen en testimonios de hombres provenientes de un modelo de masculinidad distinto al mestizo, en este caso el mapuche urbano. No por casualidad la mayor demanda por los servicios médicos y religiosos tradicionales de las *machis* se ha incrementado precisamente en zonas urbanas y periurbanas porque es allí donde la cultura hegemónica chilena discrimina más fuertemente a los mapuche (Bacigalupo, 2001), produciéndose en ellos los síntomas psicossomáticos que se ha observado en los testimonios anteriores. Dentro de este panorama, los y las *machis*, si bien siguen usando pautas tradicionales de curación, son capaces de tratar efectivamente las enfermedades de la modernidad y relacionarse con padecimientos occidentales como stress, angustia y depresión, gracias a una capacidad adaptativa difícil de ver en otros agentes tradicionales.

Volviendo al caso de las mujeres específicamente, otro elemento que las usuarias *winkas* y mapuche reconocen en la medicina mapuche es la capacidad de ésta de dar respuestas “naturales” frente a los acontecimientos que les suceden en las diversas etapas del ciclo vital, las que consideran medicalizadas en extremo por la medicina alópata. Cecilia por ejemplo, joven de dieciocho años, asistió a la *machi* para encontrar respuesta a inquietudes que tienen que ver con la etapa de la vida que está viviendo y las dificultades que conlleva. Aunque reconoce no tener una enfermedad física, dice tener una incapacidad para estar contenta, de buen ánimo y seguir adelante con sus proyectos:

*“Físicamente no tenía nada, pero emocionalmente andaba bajoneá y la machi me diagnosticó lo mismo, la tristeza y me dio remedio, así que igual la encontré súper buena
¿Te dio remedios ¿para qué?*

*No sé exactamente para qué son, pero eran así como remedios así para el ánimo. ¿Por qué, te sentías mal?
Por cosas personales, de la vida, que la vida a veces es un poco difícil, por eso”*
(Cecilia, usuaria mapuche del Programa en Cerro Navia)

Olga, usuaria *winka*, considera la medicina mapuche como una alternativa de prevención frente a los “achagues” que siente con la llegada de la menopausia. Ante la necesidad de encontrar alternativas de atención distintas de la biomédica, recurre a la atención de *machi* en Cerro Navia:

“Vengo por achaques generales, es que me viene esta cuestión de la menopausia, entonces voy a ver cómo me va, no se pierde nada con probar, a ver qué pasa. (...) Uno en el consultorio va a pedir hora, el médico no viene (...), por eso, yo creo bastante en esto porque la gente antigua en el campo puro se sanaba con hierbas, llevando una vida sana por supuesto, por ejemplo no excederse, el cigarrillo, todo provoca cosas malas en el organismo, bueno uno igual de repente se toma su trago, pero todo exceso es malo. Eso es, es que no quiero andar achacosa” (Olga, usuaria mestiza del Programa en Cerro Navia).

A través de los testimonios se puede apreciar no solo la importancia de realizar un análisis de género respecto a la medicina mapuche, sino a todos los ámbitos de salud en general. Esto, para dar cuenta de las aflicciones diferenciales que sufren en la actualidad hombres y mujeres, y las diversas estrategias que despliegan unos y otras para dar respuesta a sus estados de padecimiento.

4.1.2.4. La centralidad del espacio terapéutico y de la fe en el acto de curación

Otro de los temas que surgieron en los testimonios de usuarios del Programa en las tres comunas es la necesidad, tanto femenina como masculina, mapuche y mestiza, de construir una relación más amable y de confianza con sus agentes terapéuticos. En este ámbito las críticas al sistema oficial se extienden más allá del discurso sobre pastillas y tratamientos nocivos para el organismo, tocando temas tales como la atención y el trato al que se ven sometidos en los consultorios y en la atención alópata privada:

“Es que una aquí conversa más, o sea, eh, como que se interesan más, porque los médicos no hayan la hora de terminar con uno, aquí en cambio uno está un

buen rato, nos conversan, nos ven la orina. No andan todos corriendo como en el consultorio, ¿ve?” (Violeta, usuaria mestiza del Programa en Pudahuel).

Estas formas de diagnosticar que los entrevistados califican como con falta de capacidad de escucha, incomprensiva y llena de prejuicios, son consideradas por los usuarios como signos de una mala atención, lo que crea desconfianza. No así él o la agente terapéutico de la medicina mapuche, quien sostiene tiene una disposición más receptiva y cálida para con los pacientes:

“Lo que pasa es que los médicos antes de ver dicen lo que uno tiene, pero no es lo que dicen lo que tiene, porque incluso (yo) pelee con un médico hacen no muchos días, porque fui al centro, al hospital Félix Bulnes y me trataron de borracha, yo como andaba así como enferma no le quise responder. Entonces, el problema es que no es que escuchen, ellos no escuchan lo que uno les quiere decir, en cambio una médica (machi) escucha, ella escucha primero, le toma atención de lo que le están diciendo y el médico no, el médico como que está más deseoso para irse que para atender, entonces muchas veces a mi me han dado un remedio que no tiene nada que ver, cajas de remedios y uno tiene que comprarlas y no tiene nada que ver porque voy a otro médico y me dicen no, cómo estai tomando esto, te hace peor, entonces no” (Eloisa, usuaria mestiza del Programa en Cerro Navia).

Esta percepción respecto a él o la *machi* es expresada incluso antes de conocerlo, es decir, en momentos en que sus capacidades y calidad terapéutica no han sido necesariamente probada por todos, ya que el trato que otorga y la manera de atender es socializada muchas veces en la sala de espera. A la vez, el ambiente que se genera en el espacio terapéutico de la medicina mapuche es calificado como amable y acogedor, en contraposición con la consulta alópata. Así, el espacio terapéutico es considerado como un espacio de esparcimiento, de relajo y, por consiguiente, de bienestar (es decir, la noción de espacio terapéutico se amplía más allá de lo relativo al cuerpo):

“La gente encuentra diferente aquí, por los árboles, las plantas, porque están encerrados en las casas, no tienen donde salir, en espacios chicos, aquí la gente camina libre. Incluso aquí hay gente que viene y se quedan conversando, claro a relajarse, no que anda apurada, no, aquí mientras espera, conversa” (José, encargado mapuche del Programa en Pudahuel).

Un elemento fundamental que se repite en casi todos los testimonios y que los usuarios expresan como uno de los ejes más importantes a la hora de sostener que esta terapéutica efectivamente funciona es la “fe” que dicen tener en ella. La “fe” que dicen tener en la medicina mapuche es el gran argumento que dan los usuarios para comunicar por qué asisten al Programa y qué esperan de éste. La fe entendida como la creencia en que todo va a salir bien, que van a sanar. Como explica Margarita:

“Uno no saca nada con medicinarse donde una machi si no tiene fe, porque la machi le dice yo te voy a hacer esto, sanaciones, o este remedio te sirve y si la persona no cree, no se sana y ahí no funciona la medicina” (Margarita, usuaria mapuche del Programa en Lo Prado).

La ventaja de esta alternativa médica por sobre otras parece estar en la eficacia que logra a través de resultados fácilmente perceptibles para los usuarios, lo que hace que la fe en ésta aumente. Esta eficacia pasa por los diagnósticos que realizan los y las *machis*, quienes a través de la orina son capaces de ver la enfermedad, materializándola en manchas, colores, olores e impurezas, todos éstos elementos fácilmente perceptibles por los sentidos del usuario. Así, los cambios en la salud quedan plasmados en un elemento empírico y tan cercano para cada individuo como es su propia orina, elemento observable y accesible. De hecho, muchos entrevistados consideran que él y la *machi* que los atendió “adivinó” sus padecimientos a través de la orina, escuchó sus dolencias y fue capaz de percibir cosas que un médico del sistema oficial no sería capaz de captar, cualidades que fortalecen la valoración que los pacientes tienen del Programa:

“El machi es súper claro para decir las cosas. Incluso yo estoy enferma de un brazo, me dijo que tenía una molestia al brazo, que hace como ocho nueve meses estoy con tendinitis y él me dijo tu estai con el brazo, con el corazón inflamado y yo me sentía mal, súper mal, mal, mal. Pero sentí el cambio. Porque tú traes después la orina, yo comparo la orina la primera vez que la traje y la segunda vez, cuando ya me tomé los remedios y se ve el cambio. Se ve el cambio en uno y en la orina, en lo físico y en la... es así como incierto” (Gladys, usuaria mestiza del Programa en Pudahuel).

Gladys dice que el *machi* es claro porque habla de cosas que ella entiende y siente, además, es capaz de percibir dolencias que ella no ha comunicado, “adivinando” a través de la orina aflicciones que están en su cuerpo y que serían difíciles de pesquisar por la biomedicina dada su visión mecanicista y segmentada del cuerpo. Además, el

diagnóstico y tratamiento por orina es un medio accesible para interpretar la enfermedad, no como los exámenes y el lenguaje biomédico el cual resulta muchas veces ininteligible. Todo esto hace que aumente la fe en la terapéutica, haciendo que la *eficacia simbólica* de esta terapia trascienda a la población mapuche y opere también en población *winka*.

* * * *

4.2. La experiencia de las medicinas alternativas y complementarias, y medicina mapuche, en el Hospital San Borja Arriarán

El presente apartado tiene por objetivo analizar el caso del Hospital San Borja Arriarán, particularmente la Unidad de Salud del Trabajador (UST) de dicho el hospital, la cual tiene como misión brindar prestaciones de salud a todos los funcionarios del hospital (universo constituido por 2.300 personas), y a las familias de éstos. Si bien esta cifra representa el total de funcionarios, el número real de atenciones es de aproximadamente 1.800 personas. Esto, porque el segmento profesional (principalmente el médico y, en menor medida, las enfermeras), hace poco uso de esta unidad ya que pueden acceder al sistema privado de salud, no así los segmentos técnicos y administrativos para quienes la unidad representa su única opción de salud toda vez que está subsidiada por el Estado.

El Hospital San Borja Arriarán pertenece a la red pública de salud. Fue creado en 1967 y nació a partir de la fusión del hospital de adultos San Francisco de Borja con el hospital de niños Manuel Arriarán, con el objetivo de brindar atención de salud tanto a adultos como a niños que forman parte de la población beneficiaria de salud pública del país. El hospital, ubicado en la calle Santa Rosa, comuna de Santiago Centro, está formado por el Hospital Clínico San Borja Arriarán y el Centro de Diagnóstico y

Tratamiento San Borja Arriarán (CDT), y ofrece atención de salud a 551.767 personas de las comunas de Santiago, Estación Central, Cerrillos, Maipú y Pedro Aguirre Cerda⁴⁷.

Desde el año 2004, la UST del hospital viene implementando lo que han denominado como un “Modelo de Atención en Salud Basado en una Visión Holística”, donde, además de la atención alópata tradicional, se ofrecen terapias alternativas y complementarias, así como también medicina mapuche. Este modelo de atención que se ha implementado en la unidad ha generado una estrategia que apunta hacia un cambio en la manera de concebir la salud y el cuerpo, así como también las prestaciones mismas de salud, pasando de un enfoque asistencial a uno preventivo y de empoderamiento de los usuarios sobre sus propios procesos de salud y enfermedad. Este enfoque busca instalarse en todo el quehacer de la unidad, es decir, tanto en las prestaciones alópatas como en las terapias complementarias y de medicina mapuche.

Este modelo implementado por la UST forma parte de una iniciativa impulsada tanto desde la dirección del hospital, como desde el Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC), instancia ministerial de la cual el hospital depende. De esta manera, la implementación del modelo forma parte de una estrategia mayor que busca generar cambios en el modelo de atención de salud en el país. La dirección del hospital, en conjunto con la dirección de la UST, decidió comenzar la implementación del modelo desde dicha unidad hospitalaria principalmente por dos razones: la primera, por un interés de que la estrategia se implemente “de adentro hacia afuera”, es decir, comenzar a instalar el modelo entre los funcionarios del hospital para que ellos mismos posteriormente sean agentes transmisores de este nuevo enfoque de salud, instalándolo tanto entre sus colegas, como entre los usuarios del hospital. Tal como sostiene la subdirectora médica del hospital:

“Yo me imagino a nuestra gente, a los funcionarios, a los técnicos, a las enfermeras, a los kinesiólogos, a los médicos, yo los veo atendiendo integralmente a la gente” (Dra. Begoña, Subdirectora Médica CHSBA).

La segunda razón tuvo que ver con la llega al equipo de la UST de una doctora alópata que es también terapeuta en diversas medicinas alternativas y complementarias.

⁴⁷ <http://www.ssmc.cl>

Ella además contaba con experiencias previas de instalación de estrategias de salud holística en hospitales públicos.

La UST fue creada en el año 2004 en reemplazo del antiguo Centro Médico del Personal, el cual funcionó durante 30 años como espacio de atención de salud para el personal del hospital pero con un enfoque asistencial, cuyo objetivo era el de dar solución a los problemas de urgencia de salud de los funcionarios durante su jornada laboral. La UST, en cambio, se constituyó con el objetivo de:

“(...) desarrollar un Centro de Salud integral, interdisciplinario, para funcionarios/as del hospital, con el fin de mejorar la calidad de vida y la satisfacción de ellos” (Dra. Carmen, directora UST).

En este contexto es que tanto el equipo de la UST como la dirección del hospital apostaron por implementar un modelo de atención de salud en dicha unidad, al cual denominaron como “Estrategia de Atención Integral basado en un Modelo Holístico de la Salud”. Este modelo es definido como una visión de la salud que aborda a las personas y a los grupos humanos no sólo desde una dimensión biológica, sino más bien al ser humano en su conjunto, es decir, en los ámbitos físico, intelectual, social, emocional y espiritual. Se sostiene que este modelo tiene como finalidad generar una salud holística, la cual es definida por el equipo como la experiencia de armonía total de las personas, y de responsabilidad de éstas en la gestión de la propia vida en todos los ámbitos antes nombrados. Para lograr este objetivo se está implementando una dinámica de trabajo que incluye distintas prácticas en salud, así como diversas medicinas, entre ellas la alópata, en conjunto con medicinas alternativas y complementarias, así como también medicina mapuche. De este modo, el modelo está generando una atención en salud que incorpora diversas tradiciones terapéuticas, todo esto dentro de un contexto biomédico específico como lo es el Hospital San Borja Arriarán.

Tal como mencioné anteriormente, la dirección del hospital ha apoyado el proyecto desde sus inicios, apostando por estrategias de atención que incluyan acciones de

promoción, educación, prevención, curación y rehabilitación, pero desde un enfoque holístico de la salud.

“Yo creo que la dirección de servicio nuestra es una dirección muy cercana y muy acogedora de algunas formas de enfrentar la salud alternativa y no tan tradicionales y, además, eso tenía un sustento en que la gente que hoy está en la dirección del hospital no tenemos construida una opinión prejuiciosa sino por el contrario, si bien venimos del mundo más tradicional y alópata, nos hemos ido acercando honestamente a estas otras formas y yo creo que hemos ido construyendo opiniones favorables, así que ha sido un proceso desde arriba, desde adentro, y también desde la dirección del servicio” (Dra. Begoña, Subdirectora Médica CHSBA).

Este proceso viene a su vez impulsado desde las esferas ministeriales del Minsal, las que han promovido este tipo de acciones en hospitales y centros de atención primaria. Sobre este tema, la Subdirectora Médica del hospital comenta:

“Hay que reconocer que no es una idea que aparezca porque sí en el hospital, o sea tiene varias razones, una porque había un interés ministerial, yo siento que eso pone las cosas también en un espacio de mayor apertura para los hospitales, entonces es el ministerio el que está preocupado y le pone cierta importancia, eso yo creo que influyó para que empezáramos con la implementación de esta estrategia” (Dra. Begoña, Subdirectora Médica CHSBA).

En el momento que en realicé mi trabajo de campo el equipo de la UST estaba compuesto por tres médicos generales (uno de ellos especializado en medicinas alternativas y complementarias), un psiquiatra, un psicólogo, una nutricionista, un médico dental, un técnico dental, una asistente social, una técnica enfermera y una auxiliar de servicio. En el último tiempo se ha incorporado también un *machi*. Además, la UST contaba con diversos terapeutas de diversas medicinas alternativas y complementarias, todos ellos voluntarios que se han ido sumando a los proyectos pilotos se han ido desarrollando paulatinamente, entre ellos una terapeuta de Flores de Bach, un terapeuta manual etérico, dos acupunturistas, una apiterapeuta y una instructora de yoga. La UST contaba también con alumnos/as en práctica de la “Escuela de Terapia Floral del Mundo de lo Natural” y alumnos de la “Escuela de Medicina China”.

4.2.1. La Instalación de un modelo holístico de salud en la UST

Comenzaré el análisis del quehacer de la UST del hospital San Borja Arriarán realizando una breve contextualización etnográfica del espacio físico, para de ahí profundizar en los entramados simbólicos que le dan sentido y significado a la implementación de la “Estrategia de Atención Integral basado en un Modelo Holístico de la Salud” que allí se está llevando a cabo.

El Hospital San Borja Arriarán es una institución hospitalaria tradicional de Santiago. De él depende un gran número de población de diversas comunas de la ciudad. Por esto mismo, sus diversos accesos suelen estar saturados de personas así como de comercio ambulante, el cual ofrece una diversidad de productos que van desde alimentos hasta ropa y útiles de aseo. La edificación del hospital está constituida principalmente por dos grandes edificios, uno de ellos -el más antiguo-, corresponde al área de Hospital Clínico y, el segundo, más moderno ya que fue construido en 1998, corresponde al CDT (Centro de Diagnóstico y Tratamiento). Ambos edificios están conectados entre sí, ya que funcionan de manera conjunta. A la vez, ambos están emplazados en el mismo terreno, el cual cuenta con edificaciones más pequeñas que corresponden a diversas unidades del hospital. Entre ellas se encuentra la Fundación Arriarán, la cual se ocupa de personas viviendo con VIH/SIDA; la Federación de Estudiantes de Medicina de la Universidad de Chile (ya que el hospital es universitario y estas oficinas coordinan a los estudiantes de medicina de dicha universidad del sector central de la ciudad); pabellones de hospitalización, entre otras edificaciones todas muy antiguas. Los dos edificios centrales se unen con estas edificaciones exteriores a través de patios por los cuales circulan usuarios del hospital, así como funcionarios, médicos, enfermeras, paramédicos, auxiliares, administrativos y estudiantes de medicina y personal del área de la salud en general.



La Unidad de Salud del Trabajador está ubicada en una de las edificaciones exteriores del edificio central del Hospital San Borja Arriarán. Físicamente se encuentra en la planta baja del edificio Petronila Salamanca, en el mismo lugar donde están ubicadas las oficinas del gremio Apruss, las del gremio de médicos y las del gremio de auxiliares. Esta edificación está ubicada en el extremo sur-oriente del terreno donde está emplazado del hospital, por lo que llegar hasta él significa tener que recorrer parte importante del territorio hospitalario.

El edificio en sí es una edificación antigua, cuadrada, de dos niveles, cada uno de ellos con accesos separados. En términos generales la edificación está en malas condiciones, tiene vidrios rotos, pintura descascarada, humedad, aspecto que no es exclusivo de este edificio sino la norma de todo el hospital. En el nivel superior hay salas de reuniones y que son, a su vez, ocupadas como salas de clases. El nivel inferior, por su parte, están los accesos a los gremios antes nombrados y a la UST, todo unido por un hall central. La puerta de entrada de la UST resalta de las otras ya que tiene pegada la imagen de un *mandala*⁴⁸. Este acceso a la UST rompe con la estética general que impera en hospital, todo blanco y gris, sin colores ni dibujos, lo que hace sentir como si no se estuviera entrando a un recinto biomédico.

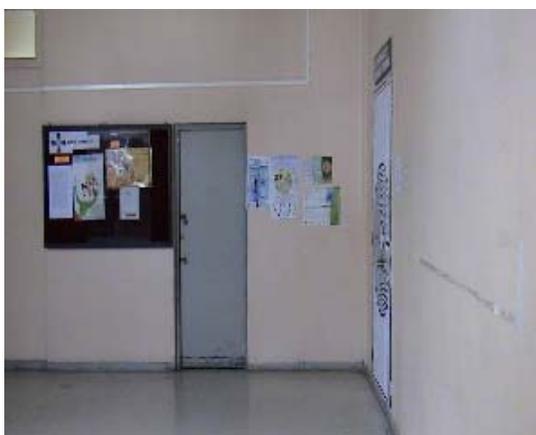
⁴⁸ Los mandalas son diagramas o representaciones esquemáticas y simbólicas del macrocosmos y el microcosmos, utilizados en el budismo y el hinduismo.

Accesos UST

acceso exterior



acceso interior lateral



acceso interior frontal



Una vez cruzada la puerta de entrada de la UST hay un pasillo que funciona como sala de espera, en él hay varios sillones y sillas dispuestos para que la gente espere sentado su turno de atención. Estos asientos son todos desiguales, dando la impresión de que el espacio se ha constituido a partir de la recolección de muebles sobrantes de otras unidades del hospital. Al final del pasillo hay una pequeña ventanilla de recepción, donde los usuarios avisan su llegada y piden hora al salir (entre otras actividades que allí suceden como pedir información general sobre las prestaciones de la UST, tramitar licencias médicas, etc.), y junto a la ventanilla hay dos baños de uso público. Entre el pasillo y la ventanilla se abre otro pasillo que da hacia algunos de los boxes de consultas médicas en las que atienden los diversos especialistas y terapeutas de la UST. Además, el espacio cuenta con un box de enfermería, uno dental, la oficina de la directora de la unidad, y una pequeña sala que funciona como cocina donde los profesionales y el personal de la unidad preparan café y se calientan su colación.

Detrás de la ventanilla de recepción la UST cuenta con una salida hacia un patio trasero, el cual, si bien no es de uso exclusivo de la unidad, ésta se lo ha ido apropiando y lo utilizan principalmente en los meses de calor para realizar algunas de las terapias al aire libre, entre ellas la apiterapia y el yoga. Este patio es un espacio que tiene árboles

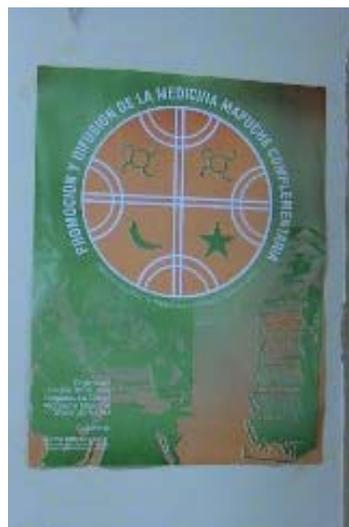
frondosos y una especie de terraza que genera una sensación de jardín, lo que hace nuevamente olvidar que se está en un espacio biomédico.

Durante los meses en que realicé el trabajo de campo en la UST me fue posible constatar importantes cambios en la decoración y ambientación de este espacio, el cual fue paulatinamente adquiriendo una estética que lo distancia cada vez más de la tradicional estética biomédica. Cuando comencé a realizar la observación, las paredes estaban blancas y vacías, pero lentamente empezaron a aparecer diversas imágenes y láminas informativas sobre distintas terapias alternativas y complementarias. En la actualidad, los muros están plagados de información sobre las diversas terapias de MAC, algunas de ellas corresponden con aquellas que la UST ofrece, y otras dan cuenta de los principios básicos de algunos sistemas médicos, tales como el chino y el ayurveda, entre otras cosas.

Uno de los hitos que marcó el cambio estético de la sala de espera de la UST fue la celebración de la semana del Hospital en el año 2006. La UST nunca había participado como Unidad en esta celebración y en esta oportunidad el equipo decidió involucrarse con la intención de transmitir al resto de la comunidad hospitalaria su quehacer. Para esto, el equipo de la UST decidió decorar la sala de espera con material informativo sobre las MAC, agregando además música ambiental de relajación, velas, varios elementos vinculados al oriente tales como un buda, banderas tibetanas, entre otras cosas.

Además de esto, se aprovechó la oportunidad para agregar en los muros información sobre salud intercultural y sobre la atención de *machi* que se ofrece en la UST. También se incorporaron elementos de la cultura mapuche tales como la bandera mapuche y un *kultrún*⁴⁹.

⁴⁹ Tambor ceremonial e instrumento musical más importante de la cultura mapuche que representa el ordenamiento espacial de esta cultura, de acuerdo al cual el universo está orientado según los cuatro puntos cardinales, reconociéndose cuatro direcciones organizadas a partir del Este, lugar de la Cordillera de los Andes y región matriz de la concepción espacial mapuche. De acuerdo a Grebe, Pacheco y Segura: "(...) en esto, el ciclo solar diario parece ser decisivo en la elección de este punto ya que en este espacio geográfico el sol nace en la cordillera (Este) y se pone en el mar (Oeste). La plataforma cuadrada terrestre constituye la "tierra de las cuatro esquinas" (*meli esquina mapu*), también llamada "tierra de los cuatro lugares (*meli witrán mapu*)" (1972:51). Este ordenamiento está organizado sobre la base de dicotomías



Todos estos elementos se mantuvieron una vez terminada la semana del hospital, y marcan hasta hoy la identidad de la UST dentro del hospital.

Durante dicha semana la UST invitó a distintos terapeutas de medicinas alternativas y complementarias a dar charlas y realizar actividades que permitieran mostrar a la comunidad hospitalaria los alcances de este tipo de terapias. Cabe destacar además la gran cantidad de funcionarios del hospital que participaron en las diversas actividades organizadas por la UST durante la semana del hospital, entre ellas meditación, musicoterapia, medicina energética, entre otras.

donde los diversos elementos se contraponen en pares complementarios asociados con la izquierda y la derecha. La derecha generalmente se asocia con la vida, el buen *piuke* (corazón), el Este, la *machi* buena y los mapuche antiguos; mientras que la izquierda se asocia con la muerte, *weke lonko* (mala cabeza o cabeza loca), el Oeste, los *kalku* y los *winka* (Bacigalupo, 2001).

Imágenes en los muros de la UST



Hoy el espacio físico de la UST es un ambiente ecléctico, que conjuga elementos y estéticas propias de la biomedicina, con elementos vinculados a las medicinas alternativas y complementarias, así como también elementos de la cultura mapuche. Todo esto hace que el contexto sea único y, por lo mismo, llama inmediatamente la atención de quienes entran por primera vez. Sentada en la sala de espera pude observar esto en incontables ocasiones, es decir, ver a una persona entrar y mirar con recelo, con una mezcla de sospecha y curiosidad, y caminar lentamente, observando las paredes atentamente hasta llegar a la recepción. En la segunda visita la mirada cambia y las personas entran con más seguridad, ya no detienen la mirada en cada detalle de los muros sino que van directamente a la recepción y esperan con una disposición física que denota mayor confianza su turno de atención.

La interacción que se produce entre los usuarios en la sala de espera fue otro elemento interesante de observar. Si bien muchos usuarios, una vez anunciada su llegada, se sentaban a mirar una revista, un grupo importante buscaba con la mirada la

atención de otro paciente, y establecían diálogos principalmente en torno al tipo de tratamiento que estaban recibiendo por parte de alguno de los terapeutas de la unidad. En estas conversaciones las personas compartían experiencias pero, a la vez, se hacían muchas preguntas respecto a lo que el otro estaba viviendo durante las terapias. La impresión que esto me generó es que para la gran mayoría de usuarios, el tipo de terapias que estaban recibiendo eran desconocidas y, por ende, constituían experiencias nuevas frente a las cuales no tenían parámetros de medición. Por esto mismo, se buscaba la experiencia y la opinión del otro, como una forma de validar y generar confianza respecto a las terapias a las que se estaban sometiendo. Este diálogo era muy frecuente entre las mujeres, las cuales rápidamente establecían conversaciones e intercambiaban opiniones sobre lo que estaban viviendo. Los hombres usuarios, si bien eran menos en cantidad en comparación con las mujeres usuarias, también establecían estas prácticas de diálogo, aunque con mayor recelo que las mujeres, lo que se notaba a través de la expresión de sus caras, el tipo de preguntas, en fin, un conjunto de elementos que daban a entender que tenían menor confianza en dichas estrategias de salud en comparación con las mujeres.

Es de interés notar que no todos los médicos/as de la UST ofrecen terapias complementarias, sino que es una doctora en particular más los terapeutas voluntarios que acuden a la UST una vez a la semana a atender a los usuarios que se inscriben en sus sesiones. Aún así, este enfoque integral y holístico de la salud ha impregnado todo el quehacer de la UST, lo que queda de manifiesto en la ya descrita estética de la unidad, como también en las conversaciones de los usuarios. Esto da cuenta de la centralidad que este enfoque de salud tiene en la UST, donde incluso quienes acuden por visitas alópatas tradicionales se detienen un par de minutos frente a la información que hay disponible sobre diversas MAC o sobre medicina mapuche.

¿Cuál es el impacto que este enfoque ha tenido sobre el equipo de la UST, principalmente entre aquellos profesionales y funcionarios que no practican las medicinas alternativas y complementarias, así como tampoco la medicina mapuche?

4.2.2. El impacto de la introducción del modelo holístico de salud en el equipo de la UST

Tal como mencioné anteriormente, la implementación del modelo holístico de salud se ha ido realizando de a poco y, si bien no involucra a todos los funcionarios de la UST, en el sentido que no todos manejan terapias no alópatas, si los incluye en la apuesta que existe por instalar no sólo terapéuticas específicas, sino una ideología en torno a la manera de concebir los procesos de salud y enfermedad distinta a la biomédica tradicional. Si bien quien aplica terapias alternativas y complementarias es una doctora específica, más los terapeutas voluntarios, el resto del equipo se ha ido sensibilizando en torno a la visión holística de la salud, y cada vez hacen más derivaciones hacia la doctora o bien hacia las terapias a cargo de los voluntarios, buscando una manera de complementar el quehacer alópata con estas otras terapéuticas de salud.

La introducción de la medicina alternativa y complementaria dentro del quehacer de la UST se ha institucionalizado lentamente, aunque es un movimiento que se viene desarrollando con gran fuerza desde el año 2005 dentro de la unidad, principalmente por el convencimiento tanto de la dirección de la UST como de la dirección del hospital que es un modelo eficaz y un aporte a la institución hospitalaria. Estas ganas por instalar el modelo no se concretizaron de manera sistemática hasta la llegada a la UST en el año 2005 de la doctora especialista en medicinas alternativas y complementarias, quien, dada su experiencia de instalación de modelos similares en otros establecimientos de salud de la ciudad, fue capaz de armar una estrategia de atención holística, y de involucrar a todo el equipo de la UST en esta visión de la salud:

“Como al año que llevábamos más o menos en esto de la UST la doctora Dolores empezó a trabajar acá en el Servicio de Salud Central y vino en una oportunidad a contarme de estas cosas. Mi conocimiento de todo lo que era medicina alternativa era nulo, a lo más de la homeopatía yo había escuchado alguna cosa, pero en la práctica ninguna, y me pareció interesante porque independiente que no tenía mucho conocimiento del asunto cuando estuvimos conversando en realidad me pareció útil, especialmente para todo lo que es patologías funcionales que son muy frecuentes. Entonces ese fue como el principio y empezamos haciendo lo que la doctora hace que era homeopatía fundamentalmente, después Flores de Bach y el año pasado Sintergética también empezamos” (Dra. Carmen, Directora UST).

La implementación de la medicina alternativa y complementaria dentro del quehacer de la UST estuvo estrechamente ligada a la llegada de la doctora-terapeuta a la unidad, y desde esa fecha ella ha sido el eje de la implementación del Modelo de Salud Integral en la UST. La experiencia de la doctora en la implementación de programas de salud holística dentro del quehacer de la salud pública en Chile se inició en el año 1998 cuando, siendo Directora de Salud de la Municipalidad de Huechuraba, incorporó en los Centros de Atención Primaria horas de atención con terapias naturales y también de quiropraxia. Posteriormente en el año 2003, ella se vinculó profesionalmente al Hospital San José y allí formó la Unidad Ambulatoria de Salud Integral. De este modo, a la hora de incorporarse al quehacer de la UST del Hospital San Borja Arriarán la doctora ya contaba con una vasta experiencia en la implementación de programas de medicina alternativa y complementaria dentro del sistema público de salud.

La nociones que el resto del equipo de la UST manejaba respecto a las medicinas alternativas y complementarias en el momento en que se implementó la estrategia era desigual, y el impacto que ha tenido la incorporación de este tipo de terapias dentro de las prestaciones de salud de la UST en cada uno de los miembros del equipo ha sido también diverso. Algunos se han mostrado más abiertos y receptivos, mientras otros han presentado más resistencias. Aún así, en términos generales se puede decir que en la actualidad, si bien no todo el personal de la UST aplica terapias alternativas y complementarias, la gran mayoría del equipo ha incorporado dentro de su quehacer en salud la visión holística que estas terapias proponen:

“La primera sorpresa que me llevé fue cuando entré a este box y me encontré con unos libros encima que me llamaron mucho la atención, eran de medicina alternativa, que me gusta mucho también, pero no había estudiado nada, así que averigüé y me enteré de lo que la doctora hace acá. Me llamó mucho la atención y dije “esto es algo especial”. Después, conversando con algunos pacientes que se atendían con ella, todos me comentaban que para ellos era novedoso, que era diferente, porque no lo toman tanto como el típico médico que les recetaba el medicamento que estaba establecido y con lo que se sienten como más enfermos, se lo toman como si fuera algo natural que lo pueden manejar y que no va a tener ningún efecto contraindicatorio, entonces eso los relaja” (Sandra, Nutricionista UST).

Los diversos profesionales y funcionarios de la UST se han ido acercando a las medicinas alternativas y complementarias, y han ido reconociendo que dichas terapias incorporan elementos que la biomedicina deja fuera, como por ejemplo, la construcción de un vínculo personal e íntimo en la relación médico-paciente. Varios profesionales de la UST sostienen que a muchos usuarios les gusta de sobremanera este tipo de vínculo ya que se sienten reconocidos, vistos, al contrario de lo que les sucede en la atención alópata donde se sienten ignorados por los profesionales de la salud. Por otra parte, sostienen que en el transcurso de implementación de la estrategia se han ido dado cuenta que las terapias alternativas y complementarias implican un menor costo en salud, lo cual genera fuerte interés por parte del equipo, sobre todo pensando en la aplicación de estas terapias en el sistema público de salud en Chile:

“Yo sé que muchas de estas cosas tienen más antigüedad que nuestra misma medicina, pero para mí es algo novedoso de implementar en atención de salud, en general son atenciones como muy personalizadas que tocan incluso a la persona y eso de repente a la gente le gusta, le gusta sentirse como más acogida y todas esas cosas tienen que ver a lo mejor no con el dolor mismo de la persona, pero con cómo ellos perciben su problema. Además, son de bajo costo en general, con nulo o mínimos efectos adversos, entonces es como el remedio ideal: que sea bueno, que resulte, que sea barato, que implique el menor daño” (Dra. Carmen, Directora UST).

Si bien gran parte de los profesionales de la UST reconocen no saber mucho sobre las medicinas alternativas y complementarias, llama la atención la buena disposición que han tenido hacia la introducción de estas prácticas en la UST, lo cual en gran medida se ha dado no sólo por las terapias en sí y los beneficios que éstas puedan brindar a los usuarios, sino principalmente por la identidad que el equipo profesional de la UST ha ido desarrollando al interior del hospital gracias a la implementación de estas prácticas. En este sentido, la introducción de medicinas alternativas y complementarias en la UST ha generado un vínculo entre los profesionales de dicha unidad, el cual antes no existía, y ha permitido una construcción de identidad en tanto equipo la cual gira en torno a la salud holística, distanciándose de esta manera de la identidad que otorga la práctica biomédica tradicional:

“Lo potente que encontré acá fue el equipo de trabajo, la gran cualidad que tiene este equipo es el respeto que nos tenemos, saber escuchar perspectivas tan

distintas, la medicina alternativa que es algo completamente nuevo, al menos para mí. Encontrarme con esto ha sido super enriquecedor, aunque yo te reconozco que muchos aspectos no los entiendo porque no tengo una formación en eso pero veo que funciona y a mí eso me basta” (René, Psicólogo UST).

Así, la introducción de medicinas complementarias en la UST ha significado la creación de una nueva identidad al interior del recinto hospitalario, identidad que apuesta hacia la creación de una nueva cultura al interior de recintos de salud pública, a través de la implementación de un modelo de salud cuya principal preocupación no es sólo la salud fisiológica de los usuarios, sino la salud integral que abarca tanto los ámbitos fisiológicos, como los psicológicos y espirituales. Lo interesante es cómo este modelo se crea adentro de un contexto biomédico, y cómo un equipo (en este caso el equipo de la UST) forja una identidad en torno a este modelo sin dejar de formar parte de la institución hospitalaria, sino ampliando los horizontes de ésta:

“Antes yo pensaba para qué gastaban la plata en esa lesera, pero ahora me doy cuenta que hemos hecho un muy buen equipo, y la clave del equipo ha sido el saber derivar a la medicina complementaria. En general, todos los casos que yo he mandado a la medicina complementaria he encontrado que han sido tratados de forma atinada. La doctora a veces les hace unas cosas maravillosas, entonces disminuimos al máximo esta cosa que aquí es de tomar pastillas, de un medicar constante porque toma cualquier lesera la gente aquí. Actualmente está llegando tanta gente que yo ya quiero cerrar la consulta, está apareciendo mucho más profesional ahora, porque la gente se ha dado cuenta de que la unidad es buena. Yo creo que nosotros estamos trabajando bien, y hemos resuelto casos entre los tres, entre los cuatro. Aquí en el hospital hay mucha depresión, depresión enmascarada, polisintomática” (Dra. Alicia, Médico General UST).

Todo lo anterior permite afirmar que la introducción de medicinas alternativas y complementarias en la UST ha tenido un fuerte impacto en el equipo de esta unidad, les ha ampliado su horizonte de acción y de comprensión de la salud y la enfermedad. Asimismo, les ha posibilitado la construcción de una nueva identidad dentro del hospital, la cual marca una diferencia entre el quehacer biomédico tradicional y el de ellos en tanto agentes biomédicos del hospital que incorporan una nueva visión sobre los procesos de salud y enfermedad.

4.2.3. El impacto de la introducción de medicinas alternativas y complementarias entre los usuarios de la UST

Tal como mencioné anteriormente, los usuarios de la UST son funcionarios del hospital, más las familias de éstos que son también beneficiarios. Si bien históricamente los funcionarios del hospital han acudido a esta unidad en busca de asistencia frente a patologías concretas (anteriormente al antiguo “Centro Médico del Personal”), desde los últimos años, y como consecuencia de la implementación del Modelo de Salud Integral, los usuarios están incorporando la idea de acercarse a la UST en busca de prevención y de herramientas que los empoderen en los ámbitos de la salud.

Muchos de los usuarios dan cuenta, a través de su testimonio, de lo que ha significado para ellos esta nueva atención desde el modelo de salud integral, y el impacto que esto ha tenido en sus vidas. Por ejemplo, muchos perciben que el nuevo modelo es más cercano a las personas, sostienen que rescata el lado humano de la medicina, que respeta las individualidades y prioriza los procesos personales de cada usuario como parte central de las terapias de recuperación:

“... siento que se respeta más a la persona, no se me trata como a una cosa, por eso me gusta que haya esto. Yo he ido al otro médico, a tratamiento de un resfrío o cosas así, cuando me he sentido súper mal he ido, y es como una cosa que entro y me dicen tómese dos pastillas y chao. Aquí es distinto, cuando voy donde la doctora tú eres persona. Esa es como la diferencia que siento yo. Que la hace sentir persona y la hace volver a uno mismo. Y más encima que aquí todos están preocupados del otro, entonces se despreocupan de ellos mismos. Por eso me gusta” (Antonia, usuaria UST).

Esta manera de describir la atención médica contrasta con la tradicional relación médico-paciente que se reporta en la biomedicina, donde los médicos son percibidos como personas distantes que muestran poco interés por quien tienen al frente, lo que transmite frialdad hacia el paciente. Llama la atención cómo desde la primera sesión con un médico o terapeuta de la UST, los usuarios realizan espontáneamente una comparación entre el actuar tradicional de la biomedicina y el del equipo de la UST, a quienes reconocen como doctores y profesionales alópatas (no así a los terapeutas voluntarios, a quienes reconocen como ajenos al quehacer biomédico), pero que han

sido capaces de incorporar nuevos elementos a su quehacer, lo que se traduce, de acuerdo al testimonio de los usuarios, en el establecimiento de un nuevo vínculo entre médicos y pacientes:

“Bien, es que con ella por lo menos puedo conversar, con los otros doctores como que no hay un largo tiempo como para explicarles lo que he sentido durante la semana, de llegar a decirles como te sientes te tiene que doler algo porque si no te duele nada, no escuchan” (Rosa, usuaria UST).

Así, los testimonios sobre la relación médico-paciente que establecen los usuarios con algunos de los médicos de la UST dejan entrever que ésta se aleja del tradicional vínculo que se da entre el médico y el paciente en contextos biomédicos. Lo interesante, es que este “nuevo trato” se desarrolla dentro de una institución biomédica, generando un fuerte “ruido” en el medio hospitalario ya que los usuarios son funcionarios alópatas y este nuevo modo de atender rompe con un modelo tradicional de vinculación e instala una nueva forma de entender y atender la salud:

“La experiencia ha sido buena porque me relaja, me relaja cualquier cantidad, su manera de hablar, los aromas que da, los masajes, todo eso me relaja, me hace bien venir donde ella. Con la doctora converso, me pregunta como estoy, que he sentido, me ha hecho super bien” (Valentina, usuaria UST).

Bajo este nuevo modelo aparecen también vinculaciones afectivas entre los usuarios y los médicos de la UST. Esto se da ya que la relación parece salirse del plano netamente fisiológico y se instala en un espacio de búsqueda de la salud integral, donde los elementos afectivos y emocionales juegan un rol central. Es así como conceptos tales como “amor” y “amistad” comienzan a aparecer en tanto adjetivos que utilizan los usuarios para describir la relación médico/paciente que se está desarrollando al interior de la UST:

“Yo ya he ido a psicólogo, a psiquiatra desde chica, yo llevo trabajando 25 años en este hospital, entonces aquí ya me han tratado por todos los lados. La experiencia con la doctora ha sido fascinante, muy bonito, porque entrega mucho amor, tiene entrega por nosotros, o sea quiere que nosotros salgamos adelante, yo tengo varias compañeras de mi servicio que vienen muchas para acá y todas estamos tratando de salir adelante. Lo que ella hace es algo totalmente excepcional” (Teresa, usuaria UST).

Uno de los elementos que más ha llamado la atención de los usuarios de la UST ha sido la incorporación en la atención de salud de dimensiones que hasta la fecha no se consideraban como propias de ser abordadas en consultas médicas, entre ellas, las emociones y los sentimientos en general:

“Cuando me puse a llorar me sentí más tranquila. Y ella hizo unas cosas tan, algo hizo, que me sacó este dolor (pone las manos en el pecho). Yo pudiera decirte que vi que me sacó eso, esa carga, esa pena... fue el llorar y que me sacara esa cosa, yo como que vi que me sacara esa cosa que salió así. Y me sentí más tranquila. Y me sentí súper bien, me sentí mejor. Y cuando se despidió esa primera vez de mí, yo sentí que ella pasó algo positivo hacia mí. Sentí todo eso” (Raquel, usuaria UST).

No se debe olvidar que los usuarios de la UST son en su mayoría funcionarios del hospital, por ende, lo que sucede en la UST tiene repercusiones en el resto de la institución hospitalaria. En este sentido, me interesó también indagar en la percepción que los usuarios tienen respecto a lo que otros funcionarios del hospital piensan sobre el Modelo de Salud Integral que se está implementando en la UST. En términos generales, pareciera ser que existe la noción de que quienes más conocen lo que está sucediendo en la UST son los estamentos auxiliares y algunos profesionales, principalmente enfermeras. El estamento médico en este sentido sería el más alejado. Varios de los usuarios de la UST sostienen que si bien existen barreras entre los funcionarios de salud respecto a las medicinas alternativas y complementarias, dichas barreras funcionan a nivel de discurso público, porque en el ámbito más privado los funcionarios y los médicos les preguntan a los funcionarios que son usuarios de la UST sobre sus experiencias con medicina holística, es decir, hay una curiosidad por este tipo de atención en todos los estamentos. Así lo menciona Patricia, auxiliar de enfermería que se atiende con apiterapia en la UST. Ella comenta sobre el impacto que su mejoría ha tenido entre los médicos con los que trabaja en la unidad de Urgencia Infantil del hospital:

“Bueno, los médicos que yo conozco me están preguntando porque ven mi caso, porque yo en el año no trabajaba más de cuatro meses así un mes, después con licencia, eso de hace más de 10 años, entonces ellos ven y dicen que me ha cambiado el estado de ánimo, la cara, adelgacé porque pesaba cualquier cantidad de kilos con los corticoides, entonces me han ido preguntando y yo les cuento, de hecho tengo un médico que me dice que siga perfeccionándome, que aprenda bien la apiterapia para que trabajemos juntos. Yo trabajo con médicos

de niños y lo que yo he conversado, sobre todo los traumatólogos como que me escuchan y como que les gusta la idea, yo encuentro que es una buena recepción” (Patricia, usuaria UST).

Este interés y curiosidad pareciera estar vinculado al hecho que las personas están cada vez más interesadas en una búsqueda de nuevas alternativas en salud, principalmente como reacción frente al excesivo consumo de fármacos al que se ven expuestos por la biomedicina. Lo interesante es cuando son los propios agentes biomédicos quienes se muestran abiertos a nuevas opciones en salud, lo que si bien aún no se manifiesta de manera explícita, si pareciera ser una tendencia cada vez más presente entre el personal alópata. En este sentido, varios usuarios sostienen que la búsqueda de medicinas alternativas y complementarias por parte del personal de salud biomédico se vincula principalmente con un interés por conocer opciones más naturales que ayuden a restablecer la salud, sin los efectos secundarios que conlleva la farmacología biomédica. Son, al parecer, las mismas motivaciones que presentan las personas comunes y corrientes, lo cual deja entrever una suerte de contradicción por parte de los agentes biomédicos los que, por un lado, promueven el uso excesivo de fármacos y, por otro, muestran un interés cada vez mayor por opciones más “naturales” para restablecer la salud:

“Toda la gente acá del hospital llevan tanto tiempo tomando tanto antiinflamatorio, remedios, y siguen igual, entonces quieren buscar algo nuevo, entonces en la tele han visto que dicen que es fantástico, en los matinales han dado harto sobre la apiterapia, entonces por ahí creo que lo conocían. Entonces yo veo que es super buena la recepción... No sé yo creo que ha tenido más difusión y la gente se ha cansado de tomar tanto remedio yo creo, porque se toma mucho remedio, las chiquillas se dan vuelta entre uno y otro, que uno les sube la presión y necesitan otro remedio, o lo que me pasó a mi, yo no usaba lentes pero la Cortizona me cortó la vista, entonces uno se da cuenta de esas cosas y por eso quiere buscar cosas naturales, y de hecho yo no consumo medicamento hace diez meses, nada, ni un antiinflamatorio, nada, yo todos los días tenía que tomar, era casi una adicta, por eso te digo a mi me ha cambiado la vida. Por eso para mi es fantástico” (Patricia, usuaria UST).

De esta manera se reconoce el creciente interés por parte del segmento médico por este tipo de terapias lo que, según la dirección misma del hospital, manifiesta una inquietud por parte de agentes biomédicos por acercarse a otras formas de comprender

los procesos de salud y enfermedad, principalmente porque los recursos alópatas no dan todas las respuestas necesarias para enfrentar los problemas de salud de la población en la actualidad:

“Uno siente que en este hospital hay más gente interesada en estas cosas, hay más gente desde los trabajadores y desde los médicos también que es un nicho que siempre ha costado tanto que entren estas cosas” (Dra. Begoña, Subdirectora Médica Hospital San Borja Arriarán).

Un hecho cierto es que en el discurso médico sobre las medicinas alternativas y complementarias siempre aparece el tema de la necesidad de contar con un sistema de medición objetiva de los alcances de estas terapias, es decir, en el discurso público los médicos continúan respaldando la medicina basada en la evidencia, y le exigen de las terapias alternativas y complementarias los mismos parámetros de medición que a los tratamientos alópatas. Esto hace que la barrera que existe para la introducción de las medicinas holísticas dentro del quehacer biomédico se mantenga. Así, una de las dificultades con las que se ha enfrentado la implementación del modelo en la UST es el hecho que el hospital es una institución biomédica y, por ende, sus modos tradicionales de operar en salud, así como de evaluar sus acciones en ésta área, están ligados al quehacer alópata y al método científico:

“Mira, yo creo que las mayores dificultades es que no conocemos tanto de esto no más, y ahí hay harta ignorancia de cómo uno lo instala, porque uno quiere aplicar los mismos moldes como instala otros proyectos, con esos mismos factores, evaluaciones, indicadores, y pareciera que si bien el interés de evaluar y de instalar es el mismo, tendríamos que buscar metodologías distintas, yo creo que ahí nos pillamos cuando la gente que se dedica a esto nos pide ciertas cosas a un ritmo y de una forma y nosotros respondemos de la forma tradicional, ahí tenemos algo que resolver” (Dra. Begoña, Subdirectora Médica Hospital San Borja Arriarán).

Uno de los temas relevantes que aparece a la hora de analizar la instalación del Modelo de Salud Holístico en la UST es que está dirigido a personas para quienes las medicinas alternativas y complementarias no son parte de su itinerario terapéutico, principalmente porque éstas se asocian a personas con muchos recursos económicos tanto por el alto valor que estas terapias tienen en el mercado, como por la percepción

de que son productos sofisticados dirigidos a un público específico. Tal como se comentó anteriormente, los usuarios de la UST son, en su mayoría, funcionarios técnicos y administrativos del Hospital San Borja Arriarán, por ende, son personas con sueldos bajos y que pertenecen en su mayoría a la clase media y media baja de la sociedad chilena. De esta manera, llama la atención que, a pesar del panorama antes descrito, casi todos los usuarios entrevistados sí tenían una noción e incluso conocimiento respecto a las medicinas alternativas y complementarias. Estos conocimientos dicen haberlos adquirido principalmente a través de los medios de comunicación, donde se muestran programas que dan cuenta de los beneficios de estas terapias. Además, los medios de comunicación dirigidos exclusivamente a mujeres, por ejemplo, revistas femeninas que vienen anexas a los diarios (“Revista Ya” del diario El Mercurio, y “Revista De Mujer” del diario La Tercera) están cargadas de reportajes sobre terapias complementarias, reportajes que apuntan a los beneficios de estas prácticas y sus efectos positivos sobre la belleza física de las mujeres, así como los beneficios para la salud mental.

A través de las entrevistas también fue posible constatar otra serie de prácticas de salud que los funcionarios del hospital realizan cotidianamente para el cuidado de su salud y la de sus familias, prácticas que también están al margen del quehacer alópata y que se vinculan con las tradiciones culturales propias de Chile, como la medicina popular o las medicinas indígenas. Así, por ejemplo, es común escuchar en la sala de espera de la UST relatos sobre el “*mal de ojo*”⁵⁰, o experiencias que los usuarios han tenido con “*santiguadores/as*”⁵¹ para quitar el “*empacho*”⁵², entre otros males. El hecho que en la UST se ofrezcan terapias que, por lo general, provienen de tradiciones culturales ajenas a la chilena (como por ejemplo Flores de Bach, acupuntura, medicina

⁵⁰ Enfermedad típica de la medicina popular, la cual se transmite por la mirada de personas a determinadas personas/animales/objetos. Las víctimas suelen ser niños quienes muestran síntomas como fiebre, vómitos, pérdida de apetito, ojos humedecidos y debilitamiento (Kuschick, 1995).

⁵¹ De acuerdo a la medicina popular, el o la santiguero es el que cura santiguando, haciendo la señal de la cruz desde la frente al pecho y desde el hombro izquierdo al otro. Esto se hace con un crucifijo o medallas sobre el enfermo (Plath, 1996).

⁵² Enfermedad popular latinoamericana que se presenta preferentemente en niños y niñas, aunque también en población adulta. La enfermedad consiste en la creencia que hay algún residuo de alimento u otro material pegado al estómago o intestino. El empacho puede estar acompañado de diarrea, decaimiento general con presencia de vomito, fiebre, ojos hundidos, inapetencia y pérdida de peso. El tratamiento terapéutico incluye tanto masajes (tronar el empacho), purgas e infusiones de algunas plantas.

energética, entre otras) no le resta valor a lo anterior, sino por el contrario, pareciera ser que la existencia de estas prácticas despierta una suerte de “memoria histórica” de tradiciones en salud entre los usuarios de la UST. Es decir, a partir de la importación desde el extranjero de modelos alternativos de atención en salud, se ha potenciado el acervo cultural propio que ha existido históricamente en esta materia, y aparecen una serie de relatos interesantes, tales como cuentos familiares, mitos, etc., que hasta la fecha estaban al margen del quehacer cotidiano de los funcionarios del hospital. Así, con la implementación del modelo de salud holística ha comenzado a instalarse una nueva cultura dentro del hospital, en la cual tienen cabida experiencias propias de los funcionarios con la salud, las cuales hasta la fecha estaban al margen de los relatos que se socializaban en la institución. Asimismo, es interesante observar la manera en que se comienzan a generar verdaderas síntesis culturales en materia de salud, donde el acervo cultural histórico vinculado a las medicinas populares e indígenas se entremezcla con las nuevas técnicas y conocimientos que aportan las terapias importadas desde el extranjero, creando un nuevo producto, el cual no genera mayor contradicción entre los usuarios, sino por el contrario, son elaboraciones culturales rápidamente incorporadas dentro de la lógica de cuidado de la salud de las personas. Es decir, se produce un cruce entre múltiples tradiciones culturales, lo que da como resultado nuevas configuraciones culturales en torno al cuidado de la salud, donde se incluyen, por ejemplo, el mal de ojo junto con las Flores de Bach en tanto alternativa para curar dicho mal. Así, para poder poner en práctica los tránsitos culturales antes descritos para buscar diversas opciones de salud, los funcionarios ya no deben salir a la calle, sino que la propia institución biomédica les brinda la posibilidad de realizar las más variadas síntesis en materia de salud en un solo espacio.

4.2.4. Análisis de la experiencia desde una perspectiva de género

Un aspecto importante de señalar es el impacto que la implementación de estas estrategias de salud ha tenido entre la población femenina funcionaria del hospital, quienes manejan a la perfección muchos conocimientos de medicina popular pero también de MAC, éstas últimas principalmente a través de la información que transmiten

los medios. Muchas de ellas decían sentirse excluidas de los beneficios que se comunican respecto a estas terapias en la televisión o revistas ya que las perciben como exclusivas para sectores de mujeres que pueden costearlas, es decir, mujeres de clase acomodada. Por esto, la implementación del modelo en la UST es muy bien recibida por la población femenina funcionarias del hospital, ya que simboliza para ellas una vía a través de la cual pueden acceder a ese mundo que muestran los medios de comunicación, lo cual de otra manera les sería imposible:

“Bueno, y hay que valorarlo mucho porque esto que para nosotros es gratis, hacerlo afuera no lo habríamos hecho nunca, no habría tenido plata para poder hacerlo realmente” (Teresa, usuaria UST).

Los funcionarios de salud se ven fuertemente afectados por problemas de salud mental, particularmente las mujeres. Esto se ve reflejado en la realidad cotidiana del Hospital San Borja Arriarán, institución en la que trabajan más mujeres y donde se percibe que ellas son las que sufren más problemas de salud, como stress y depresión:

“Nosotros vemos más mujeres porque proporcionalmente son más mujeres las que trabajan en el hospital. Generalmente la mujer es más sufrida. Aquí yo diría que donde ha hecho mejor el trabajo la Dolores es con las mujeres, pero hemos resuelto muchos casos juntas” (Alicia, médico general UST).

La oferta de terapias alternativas y complementarias les ha abierto a las mujeres una nueva opción para tratar estas enfermedades, de las cuales ellas son muy conscientes, pero a la vez dicen ser cada vez más reacias de tratar a través de la biomedicina ya que saben que esto las conducirá al consumo de drogas (ansiolíticos, antidepresivos, etc.) que alterarán su funcionamiento cotidiano.

Además, cabe destacar el hecho que, en general, las medicinas alternativas y complementarias abordan la salud y la enfermedad desde ámbitos que como sociedad se le atribuye al mundo de lo femenino, esto es: la centralidad de las relaciones interpersonales en las alteraciones de la salud, la emocionalidad, entre otros elementos. Esto hace que el tratamiento a través de medicinas alternativas y complementarias haga sentido entre las mujeres, lo que repercute inmediatamente en su salud y bienestar. Así,

más que fármacos, lo que ellas le piden a los sistemas de salud son buenas conversaciones con el terapeuta y un espacio donde ser escuchadas y sentirse amadas, etc. Eso es, de acuerdo a los testimonios de las usuarias, jlo que les están proporcionando las diversas terapias de medicinas alternativas y complementarias que se ofrecen en la UST, y esos son los rasgos que más valoran de estas prácticas en salud.

4.2.5. Aproximación etnográfica de dos terapias complementarias que ofrece la UST: Apiterapia y Yoga

Apiterapia:

La terapia de apiterapia de la UST comenzó a operar a fines de octubre del año 2006 y, desde ese año, se ofrece los días martes de cada semana. La terapia está a cargo de una enfermera que lleva años desarrollando esta práctica terapéutica. Ella anteriormente había instalado un programa de Medicina China para funcionarios del hospital Barros Luco⁵³, por lo que cuenta con una vasta experiencia en lo que es la introducción de medicinas alternativas y complementarias en establecimientos públicos de salud.

Al igual que la mayoría de las actividades y terapias que ofrece la UST, la apiterapia es gratuita y está disponible tanto para funcionarios del hospital, como para las familias de éstos. Para atenderse a través de esta terapia las personas llaman para reservar su cupo o bien llegan directamente los días martes en la tarde desafiando a la suerte para ver si hay un cupo disponible. Durante la sesión la terapeuta realiza el ingreso de los pacientes llenado una ficha, donde toma los datos más relevantes como nombre, edad, teléfono de contacto, etc. Esta ficha es luego entregada a la administración de la UST, quienes llevan los registros de todas las terapias.

Generalmente las personas que acuden a apiterapia lo hacen en un intento por aliviar dolores específicos, principalmente articulares y musculares. La terapia se realiza de manera grupal, es decir, todos los asistentes (alrededor de 8 personas) reciben la

⁵³ Desde el año 2001 el Departamento Técnico del Servicio de Salud Sur del Hospital Barros Luco cuenta con el “Programa de Medicinas Alternativas y Complementarias”, cuyo objetivo es otorgar a los funcionarios del Servicio opciones de terapias médicas diferentes de la biomedicina.

terapia de manera conjunta y participan activamente de ésta. La sesión comienza con la terapeuta preguntando la razón de la consulta a cada uno de los presentes y, a medida que van respondiendo, se suman preguntas sobre datos de la historia personal y también médica de la persona. Luego, la terapeuta procede a poner una abeja sobre el lugar del cuerpo donde está ubicado el dolor, y/o también en puntos de acupuntura que la terapeuta conoce, produciéndose ahí el pinchazo de la abeja. A medida que esto se desarrolla, la terapeuta va explicando que ella siempre trabaja con los puntos de acupuntura, ya que éstos se encuentran en las líneas energéticas que impactan tanto los órganos físicos como los músculos y huesos, así como los niveles sutiles, psicológicos y espirituales del ser, por lo que, de acuerdo a la opinión de ella, se hace indispensable trabajar en ellos. Todos los participantes de la terapia van recibiendo los pinchazos, los que describen en un principio como un pequeño dolor que luego se va intensificando a medida que el veneno de la abeja va entrando al cuerpo.



Es interesante la dinámica que se produce en el transcurso de la sesión donde todos participan de los pinchazos de los compañeros, ya sea ayudando a la terapeuta con

la manipulación de la abeja, o bien opinando sobre los lugares del cuerpo donde las personas van a ser pinchadas. Además, se producen conversaciones entre los participantes respecto a las dolencias físicas de cada uno, así como a la evolución que han tenido con la sesiones de apiterapia. Todos estos diálogos son impulsados por la propia terapeuta. En general, cada persona acude a un total de aproximadamente cinco sesiones, aunque esto depende del cuadro que presente y del diagnóstico que realiza la terapeuta.

Cabe destacar el impacto que esta terapia ha tenido sobre los funcionarios que la han recibido ya que, en general, la gran mayoría dice que ha sentido los alivios inmediatamente pero que, además, el espacio de participación y conversación que se produce en el grupo ha sido crucial dentro de sus procesos de curación. Así, por ejemplo, Patricia, una de las usuarias de apiterapia de la UST, quien es funcionaria del hospital desde hace 20 años, comenzó a acudir a esta terapia por recomendación de la doctora Dolores debido a una enfermedad reumática crónica que arrastra hace 10 años y que le hacía pasar largos períodos sin poder trabajar ni realizar labores domésticas cotidianas. De acuerdo a su testimonio, ella dice haber vivido un cambio radical en el último año, lo cual se lo atribuye a la terapia con abejas. De hecho, fue tal el impacto positivo que la apiterapia le causó y los beneficios que encontró en esta práctica, que se propuso aprenderla. Actualmente ella tiene abejas propias y atiende a personas en su casa. Además, en las sesiones actúa como asistente de la terapeuta.

En palabras de Patricia, la razón por la cual ella llegó a la apiterapia fue porque la medicina alópata, sistema en el que ella misma trabaja como auxiliar de enfermería, la desahució y no le dio más respuestas ni alternativas para superar su enfermedad. Por esto, ella comenzó una búsqueda en otros sistemas terapéuticos hasta que encontró la apiterapia en la UST del mismo hospital:

“Porque mi médico tratante, yo tengo una enfermedad reumática, él se dio por vencido, llevaba ocho meses con licencia, no me mejoraba, estaba con las rodillas super hinchadas, con un problema de gota también, super complicada, entonces me dijo sabes Patricia, es hora que tú busques alternativas y las alternativas que nos gustaría que vieras son las abejas, y me dijo en el hospital

está la doctora Dolores, él algo había escuchado de ella porque trabaja acá él también, y me dijo por qué no la vas a ver, y llegué donde la doctora Dolores y le conté y me dijo que estaban haciendo apiterapia acá” (Patricia, usuaria UST).

Es interesante la interpretación que Patricia hace sobre su enfermedad y su proceso de curación, y la forma en que relata el impacto que la apiterapia ha tenido en su vida:

“Uf, yo a la tercera o cuarta sesión ya podía subir escaleras, ya volví a trabajar en marzo después de mis vacaciones y hasta el día de hoy no he tenido ninguna licencia, super bien, no me he dejado de pinchar eso sí, me hago sesiones de diez minutos, después descanso, una vez al mes, cada quince días, y sigo, y he estado super bien en todos los aspectos porque más que nada mi enfermedad se debía a que estaba atrapada yo como en una depresión” (Patricia, usuaria UST).

El relato permite apreciar cómo las sesiones con apiterapia no sólo la han aliviado en el plano fisiológico, sino que también la han hecho reflexionar respecto a las causas más profundas de su enfermedad, lo que la llevó a identificar una depresión en ella, vinculada a su enfermedad reumática. Este proceso la ha llevado a percibir de manera diferente no sólo su propia enfermedad, sino también su quehacer en salud dentro del hospital, ya que sostiene que en la actualidad aplica la visión de la salud que ha aprendido a través de la apiterapia con sus pacientes. Así también intenta transmitirla a sus colegas y jefes médicos donde dice hay una buena acogida para estos temas. Esto, de acuerdo a su percepción, en un contexto donde la medicina alópata está cada vez más falta de respuestas frente a patologías crónicas, lo que la ha obligado, de cierta manera, a abrirse a nuevas alternativas terapéuticas.

La práctica de Yoga en el marco del modelo impulsado por la UST:



Otra de las prácticas que se han incorporado al Modelo de Salud Integral de la UST es el Yoga, el cual se imparte los días martes y jueves por las tardes para todos los funcionarios que deseen practicar esta disciplina. La persona a cargo es una instructora joven, quien de manera voluntaria imparte las sesiones todas las semanas. Esta disciplina ha sido incorporada como una forma de entregar herramientas a las personas para que puedan aliviar el stress laboral y personal de manera “natural”, sin fármacos. Además, se plantea como una estrategia más para el empoderamiento de las personas en torno a la salud.

Quienes más acuden al yoga son funcionarias mujeres, las que sostienen estar muy agradecidas con esta opción ya que sus labores en el hospital no les dejan tiempo para realizar actividades físicas fuera del establecimiento. Igualmente, dicen que el yoga, hasta antes de ser ofrecido por la UST de manera gratuita, lo percibían como una disciplina de elite, costosa, fuera de sus posibilidades tanto materiales como simbólicas. Hoy, en cambio, quienes asisten con regularidad se sienten cómodas con esta práctica y

manejan el lenguaje de ésta. Así, es interesante notar cómo el yoga les ha abierto una puerta no sólo de ejercicio físico ni de terapia de salud, sino que también les ha permitido acceder a un mundo de significados que les era ajeno.

La práctica comienza con una meditación, espacio para que cada quien se centre en sí mismo, dejando de lado los pensamientos cotidianos. La instructora guía este proceso, poniendo el énfasis en la respiración en tanto vehículo para poder encontrar el equilibrio y la conexión personal. Luego comienza la práctica propiamente tal, donde se pasa por diferentes posturas dentro de una secuencia básica de Yoga Iyengar⁵⁴, y se termina con una relajación final. La sesión tiene una duración aproximada de una hora.

Cabe destacar las conversaciones que se generan alrededor de esta práctica por parte de las asistentes, las cuales giran en torno a temas relacionados con la salud de unas y otras, y los padecimientos particulares de cada quien. En estas conversaciones las usuarias incorporan elementos que han ido aprendiendo a través de la disciplina del Yoga Iyengar, como por ejemplo, la noción que la salud es un estado no sólo físico sino también espiritual, que el cuerpo es un canal de energía que cuando se bloquea se producen enfermedades, todos estos conceptos que las practicantes han ido incorporando en las explicaciones que construyen respecto a sus propios estados de salud y enfermedad, y el de sus compañeras.

Además, me fue posible constatar que el encuentro entre las practicantes a través de la práctica del Yoga Iyengar comenzó lentamente a formar una suerte de “comunidad” entre ellas, ya que les otorga una identidad vinculada al yoga que, a su vez, va acompañada de un lenguaje propio, específico de quienes comparten este espacio, elemento a través del cual van conformando una pertenencia. De esta manera, las funcionarias del hospital que asisten a yoga construyen una vinculación entre ellas que rompe con el patrón tradicional que se establece entre los funcionarios del hospital, caracterizado por la competitividad, el mal trato y la violencia. Los lazos que aquí se construyen los caracterizan a través de conceptos como amistad, apoyo mutuo y

⁵⁴ El Yoga Iyengar es un método de yoga fundado por el Maestro Sri B.K.S. Iyengar en la India.

generación de redes, todos estos elementos contrapuestos a los anteriores, lo que hace pensar en la manera en que estas prácticas impactan no sólo a personas particulares que acuden a ellas, sino a la cultura de la institución hospitalaria en general.

4.2.6. La Experiencia de instalación de atención de *machi* en la UST del Hospital San Borja Arriarán

Desde el año 2006 en la UST, además de las terapias alternativas y complementarias, se ofrece también atención con un *machi*, lo que amplía no sólo la oferta en salud, sino también el concepto mismo de salud intercultural y sus implicancias en la sociedad.



La iniciativa por incorporar la medicina mapuche en la UST a través de la atención de un *machi* nació desde la Agrupación de Funcionarios Mapuche del hospital en el año 2005:

“Es que todo empezó el 2005, con una sensibilización en salud intercultural que hizo el Servicio, yo fui a dos, tres clases. Ahí a mí se me ocurrió de repente, dije yo, cuando yo voy al sur me interiorizo de todo el movimiento comunitario y toda la cosa porque mi mamá es dirigente mapuche. Entonces dije yo, “si habiendo tanta plata y tantos recursos, nosotros podemos tomar esos recursos pero tenemos que estar asociados ¿y por qué no armamos una asociación? En el sur se llama comunidad y nosotros vamos a hacer una asociación en Santiago. Y más encima por el tema de salud. Yo dije: invitan a los machis. Sí los machis saben harto, pero nunca han trabajado en una hospital, entonces no saben, por

qué no hacemos esto, yo creo que sería buena idea". Entonces quedó esa idea y empezamos a transmitir con esa idea. ¿Y qué pasó después? Nosotros nos juntamos en reuniones pero de programa salud, pero participábamos ad honorem no más, cuando teníamos tiempo. Después llegó el machi mágicamente, así. Un día llegó y me llamaron a mi y yo le hice esa pregunta clave: "¿Cuál es tu neghen?". Todos los machis tienen un neghen, una fuerza, lo que le da la fuerza o su espíritu, digamos... Con los machis que yo he conocido todos tienen su espíritu, flores; el otro era mujer, un hombre mujer; el otro era toro, el último que conocí; y este me dijo "soy bosque (...)" Entonces jamás se me pasó por la cabeza que no podía ser machi" (Paola, funcionaria y dirigente mapuche del Hospital San Borja Arriarán).

El testimonio de Paola cuenta cómo se creó la Asociación de Funcionarios Mapuche del Hospital San Borja Arriarán, la cual tuvo como primera actividad en su agenda la implementación de salud intercultural dentro del hospital a través de la incorporación de un *machi*⁵⁵. La Asociación de Funcionarios Mapuche corresponde a la primera iniciativa que ha existido en el hospital por agrupar a funcionarios con el mismo origen étnico. Es interesante analizar el modo en que esta asociación se ha ido constituyendo ya que, si bien todos quienes la componen en la actualidad (alrededor de 30 funcionarios) tienen un origen mapuche, la gran mayoría, en el momento de la creación de la Agrupación, no tenía una identidad étnica definida. Al contrario, gran parte de estos funcionarios son personas mapuche urbanos que han nacido y han sido criados en la ciudad, y tenían un absoluto desconocimiento de la cultura mapuche. Su participación en la agrupación los ha sensibilizado respecto a sus orígenes étnicos, y de a poco han ido aprendiendo lo que es ser mapuche. Hay casos excepcionales, como el de Paola, la dirigente de la asociación, quien sí tiene una identidad étnica marcada. Nacida en el sur y procedente de una familia mapuche con mucha presencia en las organizaciones de la zona de su comunidad, ella ha sido quien ha convocado a los funcionarios del hospital con apellidos mapuche, y quien ha impulsado la participación de éstos en la agrupación. De esta manera, la agrupación es una organización joven y que representa muy bien a un sector importante de mapuches urbanos los que, a diferencia de lo que se observó en las organizaciones de las comunas de Pudahuel, Lo Prado y Cerro Navia, conocen muy poco

⁵⁵ A diferencia de las otras experiencias de "salud intercultural" antes descritas, en el hospital San Borja Arriarán este modelo se ha implementado sólo a través de la atención de *machi*, es decir, no cuenta con facilitadores interculturales ni la red de atención implementadas en las comunas de Pudahuel, Cerro Navia y Lo Prado.

de la cultura mapuche y recién ahora, de adultos, están construyendo una identidad en torno a ésta:

“Esto como experiencia es totalmente nuevo para mí porque yo no tenía ni un vínculo con los pueblos originarios, pese a que tengo un apellido de pueblo originario, mi papá jamás nos habló de nada y yo me crié en la ciudad, y de la noche a la mañana surge esto y me vi involucrado en esto porque me invitaron a participar en una reunión de funcionarios de pueblos originarios, ahí por primera vez me vi enfrentado a la situación, me sacudió porque yo no tenía idea y dije no puede ser, y ahí empecé a aprender de la salud intercultural, entonces comencé a participar de las reuniones y comenzó a interesarme el tema. Si yo cuando era chico me daba vergüenza mi apellido, entonces en el colegio cuando me llamaban yo decía “Quipallán Cofré”, diciendo siempre el Cofré, entonces esto como que me fortaleció, yo antes veía al machi casi como una cosa mitológica pero a través de este programa me metí en la cosmovisión mapuche, supe la importancia que tenía el machi, que su medicina no era un cuento, entonces me interesó más saber de mi pueblo, de mi sangre” (Abel, miembro de la Agrupación de Funcionarios Mapuches del hospital)..

Así entonces, el ámbito por el cual la Agrupación decidió comenzar a construir su identidad en tanto organización fue la salud, a través de la implementación de una iniciativa en salud intercultural al interior del hospital. Las razones de esto se deben, en palabras de Paola, a que la presencia de un *machi* les parecía central para promover la cosmovisión indígena mapuche, ya que son estos sanadores quienes manejan todo el conocimiento de la cultura. Por otra parte, Paola sostiene que la salud es un ámbito que se ajusta al quehacer del hospital, y es en el cual los y las *machi* tienen mayor injerencia, además de ser un área (la salud intercultural) que cuenta con recursos ministeriales para que se ejecuten acciones en esta línea.

En este contexto es que el *machi* Pablo llegó Hospital San Borja Arriarán. Pablo es un hombre joven, originario de la comunidad *Wapi Comue*, localidad cercana a Puerto Saavedra, pueblo al sur de Chile que se ubica en plena zona mapuche. De pequeño migró a Santiago con sus padres, quienes se trasladaron a la capital en busca de mejores oportunidades laborales. Al contrario de la costumbre tradicional, a Pablo el llamado para ser *machi*⁵⁶ le llegó a una edad bastante avanzada (cerca de los 30 años), y una vez

⁵⁶ La tradición sostiene que para ser *machi*, los aspirantes deben pasar por un largo proceso de aprendizaje, el cual está cargo de otro u otra *machi*, proceso que culmina cuando el o la aprendiz obtiene

estando en Santiago. Los conocimientos en torno a la labor de *machi* le fueron transmitidos a través de su tía abuela materna, la *machi* Pascuala, quien hasta la actualidad vive en la comunidad *Wapi Comue* en el sur. Por la línea paterna Pablo también cuenta con familiares con estos dones: Rosa, hermana de su padre, fue una reconocida *machi* en Traiguén.

Si bien Pablo se radicó en Santiago siendo pequeño, siempre ha mantenido un estrecho vínculo con su comunidad de origen. En su relato él dice que nunca pensó que iba a ser *machi*, sino más bien se proyectaba como un joven mapuche urbano común y corriente. En Santiago creció y vivió entre las comunas de Huechuraba y la Granja. A ésta última llegó a vivir hace no muchos años una vez que ya era *machi*, motivado principalmente por los talleres que la organización *Trawun Mapu* de la comuna realizaba en torno a la cultura mapuche. Rápidamente Pablo se insertó en dicha comunidad y comenzó a trabajar como un *machi* urbano, aunque siempre retornando al sur por periodos cortos para aprender más de la labor con su tía, y compartir con los suyos ya que, según sus propias palabras “*un machi no puede estar sin comunidad*”.

Lo primero que llama la atención de Pablo es su estética, la cual cuando no está en su rol de *machi* rompe con el patrón tradicional mapuche. Al verlo llegar al hospital -o bien al encontrarse con él en la calle-, nada indica que este hombre joven es un *machi*, sino más bien parece un muchacho urbano común y corriente que usa jeans, polera y lentes de sol. Su oscura tez y cabello lo asemejan al fenotipo mapuche, y su mirada encierra una profundidad poco común en jóvenes mestizos urbanos, aunque también lejana a la mayoría de las miradas de los jóvenes mapuches urbanos. Esta estética cambia radicalmente cuando Pablo oficia de *machi*, ahí se pone las prendas mapuche tradicionales y se saca su look urbano, al cual regresa una vez terminadas sus labores de chamán.

por parte de su tutor un reconocimiento público. En términos generales se puede sostener que el llamado a ser *machi* se produce por una combinación de experiencias de enfermedades crónicas inducidas espiritualmente. Las personas llamadas también experimentan varios estados de trance, sueños (*peuma*) y visiones (*perimontún*) (Bacigalupo, 2001; Montecino, 2003; Foerster, 1995).

Hasta el 2005 Pablo aún no ejercía su labor de *machi* de manera sistemática y “profesional”. Fue durante ese año, cuando se radicó por unos meses en la ciudad de Valparaíso, que comenzó a atender gente, al alero del *lonko* de dicha ciudad quien estaba buscando a un *machi* joven para que trabajara con ellos. En el 2006 regresó a Santiago con el objetivo de desarrollar su labor de *machi* de manera profesional en esta ciudad. Durante ese año se vinculó a la Conadi con el fin de ampliar su red de contactos en la capital, y fue a través de esta institución que la Agrupación de Funcionarios Mapuche del Hospital San Borja Arriarán lo contactó para que atendiera como *machi* en este recinto hospitalario. Desde un comienzo los intereses de Pablo coincidieron con los de la agrupación, ya que uno de los sueños de Pablo era el de atender, a través de medicina mapuche, en un espacio que albergara a la mayor cantidad de gente que necesitara de asistencia en salud.

Durante los primeros años de labor en el hospital, Pablo trabajaba también como asistente de cocina en una fuente de soda de la comuna de Providencia ya que a través de la labor de *machi* no ganaba el suficiente dinero para mantenerse. Varias veces lo fui a ver a este local, ahí era un *machi* encubierto, nadie habría imaginado que ese hombre con delantal y gorro blanco cubiertos de comida y suciedad era un chamán mapuche.

4.2.6.1. Sobre la experiencia del *machi* Pablo en la UST del Hospital San Borja Arriarán

La presencia del *machi* Pablo en la UST del Hospital San Borja Arriarán implica un cambio en cuanto al desarrollo de prácticas de salud intercultural hasta la fecha, en el sentido que la mayoría de los casos de implementación de programas de salud intercultural en la ciudad de Santiago se desarrollan a nivel de organizaciones mapuche en convenio con los centros de atención primaria (consultorios), pero no a nivel terciario de atención en salud, como es el caso del Hospital San Borja Arriarán. En este sentido, el caso de Pablo amplía los horizontes de la salud intercultural generando nuevas posibilidades de inserción de este tipo de iniciativas dentro del sistema de salud

público en Chile. Además, el hecho que esté inserto en la UST junto con medicinas alternativas y complementarias forja una nueva concepción de salud intercultural.

¿Cómo llega la atención de *machi* a la UST? La Agrupación de Funcionarios Mapuche, una vez que ya tenían el permiso de la dirección de hospital y al *machi* comprometido para realizar su labor en el recinto, tomó contacto con la doctora Dolores para que la atención de *machi* se insertara dentro de la UST. Esta iniciativa motivó de sobremanera a la doctora, quien estima que todas las tradiciones terapéuticas pueden formar parte del Modelo Holístico de Salud que están implementando en la UST. En este sentido, la visión del modelo holístico de salud de la UST no concuerda con la idea de tratar a la medicina mapuche desde una óptica diferente de las medicinas alternativas y complementarias, otorgándole el distintivo de “medicina intercultural” como lo hacen el Programa de Salud y Pueblos Indígenas del Minsal, sino que apunta hacia la creación de una salud intercultural amplia, donde todas las tradiciones terapéuticas estén incluidas e integradas sin importar la procedencia de éstas.

Las razones por las que la Agrupación de Funcionarios Mapuche se interesó por insertar el quehacer del *machi* dentro del modelo holístico de salud de la UST fue porque les pareció coherente el trabajo que allí se estaba realizando con los principios de la medicina mapuche. En este sentido, para la Agrupación de Funcionarios Mapuche la medicina mapuche corresponde a una medicina holística y, por ende, debe formar parte del modelo integral de salud que allí se implementa.

Así, la manera de llevar a la práctica la salud intercultural en la UST se diferencia del resto de las iniciativas presentes al alero de las políticas del programa de Salud y Pueblos Indígenas a cargo de los diferentes Servicios de Salud de la Región Metropolitana⁵⁷, los cuales tienen por objeto la promoción exclusiva de la medicina mapuche como parte de un proceso de reconstrucción de la identidad étnica. En el caso

⁵⁷ La presencia de Pablo en el hospital San Borja Arriarán está a la vez inserta dentro del quehacer del Programa de Salud y Pueblos Indígenas del Servicio de Salud Metropolitano Central, pero la figura de Pablo (al estar inserto en una unidad junto con medicinas alternativas y complementarias) representa una excepción dentro del quehacer de la medicina mapuche dentro de los otros servicios de salud de la región.

de la UST del Hospital San Borja Arriarán, el quehacer del *machi* se incluye dentro de un modelo cuyo objetivo es promover una nueva visión de la salud, en la cual caben diversas tradiciones terapéuticas, entre ellas la mapuche. Por último, cabe destacar que la implementación de experiencias de salud intercultural generalmente se dan en el marco de un movimiento de organizaciones mapuche quienes apelan por un reconocimiento a través de la salud. No así en este caso, donde la implementación del modelo se da a través de un formato más individual, propio del *machi*, y no responde tanto a un tema político como en el resto de las iniciativas de salud intercultural antes descritas, las que están más cercanas a los servicios de salud y a la burocracia del aparato público.

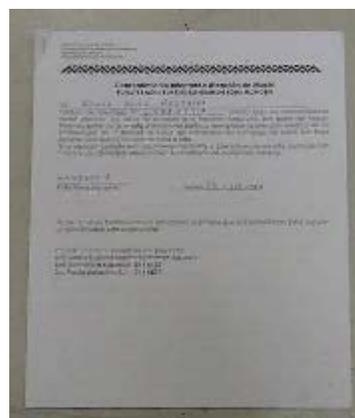
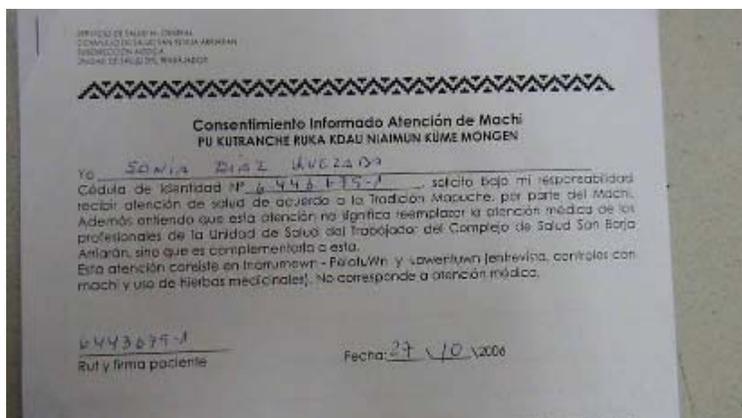
Pablo se incorporó a la UST ofreciendo atención de *machi* de manera gratuita para los funcionarios mapuche del hospital, y cobrando \$7 mil pesos para funcionarios no mapuches. Esta política fue establecida por la Organización con el fin de fomentar la recuperación de la identidad étnica entre funcionarios pero, a la vez, para ofrecer la medicina mapuche a un bajo precio para los usuarios no mapuche, en tanto medida que apunta a dar a conocer esta tradición terapéutica a toda la comunidad hospitalaria.

Pablo atiende a sus pacientes en un box de la UST los días jueves por la tarde. En ese horario usa el box que cotidianamente utiliza el psicólogo de esta unidad. Apenas llega, Pablo acomoda el espacio generando un ambiente acorde a la cultura mapuche. Para esto, pone un manto mapuche sobre la camilla, el *kultrún* sobre el escritorio y llena el suelo con sus medicamentos de hierbas que lleva en botellas de bebida. Su indumentaria, propia de un hombre joven urbano, también cambia, y sobre su ropa de calle se pone la tradicional vestimenta masculina mapuche.



Los pacientes que llegan por primera vez a atenderse con él son registrados en una ficha por el propio *machi*. Este instrumento, que fue creado en conjunto con la doctora Dolores, le permite llevar un registro de las personas que se atienden con él. En la ficha se especifican los datos de los pacientes tales como nombre, edad, sexo, servicio del hospital al que pertenecen, estado civil, etc. También se preguntan datos sobre la religión que profesa, si ha sido derivado por alguien, antecedentes médicos quirúrgicos, antecedentes de enfermedades crónicas y luego espacios propios en blanco para que Pablo detalle los resultados de la primera entrevista (*Inarrumewn-Pelotawn*) y las hierbas medicinales que recetó (*Lawentawn Machi Meu*).

Además, antes de comenzar la sesión con el *machi* los usuarios deben firmar un consentimiento informado, documento a través del cual se hacen responsables por el tratamiento que van a recibir.



Sobre la experiencia de atender en la UST Pablo la relata como un éxito y dice estar muy satisfecho con la labor realizada hasta la fecha, principalmente porque su presencia es un ejercicio de promoción de la cultura mapuche, pero por sobre todo una promoción de lo que él denomina como “salud natural”. Sobre la experiencia Pablo sostiene:

“Muy buena, me ha dado muchas satisfacciones, la gente ha sido muy respetuosa, muy creyente, porque es importante que la persona venga con fe, que venga creyendo que va a ser sanado por la medicina natural. Y para mí me produce mucha alegría cuando veo que los pacientes que yo he atendido con mi medicina están ya mejor... y algunos ya están sanos... hasta ahora ha resultado casi perfecto... me gustaría y ojalá se integre otro hospital donde yo pueda estar en otro hospital... me gustaría... un sueño para este año o el próximo, estar en dos o tres hospitales... estaría muy feliz porque yo creo que aquí hay mucha gente que necesita la medicina natural” (Machi Pablo, UST).

Si bien Pablo dice estar satisfecho con su labor dentro del hospital sostiene que las condiciones para atender en este espacio no son las óptimas para realizar la medicina mapuche ya que ésta requiere de un contacto directo con la naturaleza:

“Uno tiene que entender que estamos en la ciudad y uno tiene que acomodarse al espacio físico, pero lo adecuado sería un espacio donde hubiera más naturaleza, un espacio que uno sienta el aire mismo de la naturaleza, porque así trabaja la medicina mapuche (...) en ese sentido hay que ser sensible, siempre escuchar porque la naturaleza también habla, no habla con voz de persona, pero habla... hay que tener esa sensibilidad para escuchar y entender qué es lo que nos quieren decir” (Machi Pablo, UST).

El *machi* Pablo se muestra abierto a insertar la medicina mapuche dentro de un contexto más amplio de medicinas alternativas y complementarias, ya que de acuerdo a

su testimonio, él considera que todas las terapias holísticas son maneras de comprender la salud desde una perspectiva “natural” y, por ende, comparten una serie de elementos que las hacen compatibles entre sí:

“También es un verdadero aporte todas estas medicinas que han llegado del extranjero, como el yoga, el reiki, y varios más otros que no conozco pero son varios, varios y todos buenos, yo creo. Yo nunca he tenido una experiencia de estar en uno de esos pero yo creo que todas las medicinas son buenas y sobre todo cuando son naturales, es mucho más confiable, y yo creo que son buenas las medicinas orientales porque la mayoría son ejercicio de concentración, y eso ayuda al espíritu, el espíritu alivia el cuerpo y la persona vuelve a su equilibrio, así es la medicina mapuche también, y en la medicina mapuche también existe la danza terapia, que se practica bien poco en Santiago pero en el sur existe la medicina de música terapia, la música alivia que la música se canta y se baila, el cuerpo va botando a través del sudor el dolor, y alegra el corazón porque va escuchando el canto, entonces también es una alternativa de medicina del pueblo mapuche que no se practica, por lo menos yo no lo he hecho aquí en Santiago pero yo creo que si hay posibilidad para el próximo año yo creo que a lo mejor voy a plantear esa posibilidad de hacer también como medicina alternativa la danza terapia” (Machi Pablo, UST).

Aún así, Pablo sostiene que existen algunos límites para la complementación de la medicina mapuche con otras tradiciones terapéuticas, sobre todo en lo que respecta al trabajo del *machi*, el cual dice debe ser individual y no compartido con otras medicinas ya que el espíritu de *machi* es “celoso” y necesita trabajar solo:

“Yo creo que la medicina mapuche no es alternativa, nosotros somos más bien complementarias a la medicina, originarios, originarios de que la tierra es tierra y la vida es vida porque la medicina de nosotros es de ciclos. Por esto podemos agruparla con las otras como la china pero no compartirlas, no compartirlas porque son diferentes, la medicina mapuche, la medicina del machi es más bien espiritual, el machi siempre está con su espíritu, por lo tanto si hay una persona que está al lado y está haciendo también su trabajo como el yoga qué se yo no le llega el espíritu al machi, no se concentra, no puede ver la enfermedad, entonces es individual, se pueden aceptar todas las medicinas pero no trabajar juntos en el mismo lugar o en el mismo espacio, no se puede porque el espíritu del machi es celoso, no comparte otro, incluso entre los mismos machis porque los machi también tienen diferentes fuerzas, así como la tierra tiene, son cuatro fuerzas que tiene, que dicen el oriente, el poniente, el sur, el norte, el kultrún también tiene cuatro divisiones, así también la fuerza del machi son cuatro pero cada machi tiene uno solo, cualquiera de los cuatro puede tener, y algunos son muy recelosos y no aceptan nada” (Machi Pablo, UST).

Esto marca una interesante diferencia con respecto al quehacer de otros modelos de salud intercultural que se han implementado en el país, donde las únicas medicinas que se consideran como válidas de ser incluidas dentro de esta categoría son las de los pueblos originarios, dejando fuera cualquier otra tradición terapéutica. Tanto Pablo como el modelo implementado en la UST marcan una distancia con respecto a esta visión ya que proponen una estrategia de salud que incluye dentro del concepto mismo de salud intercultural varias tradiciones terapéuticas, las cuales deben tener en común una visión más “natural” de la salud y operar como complemento de la biomedicina.

4.2.6.2. Los orígenes de Pablo: encuentros y desencuentros de dos (y más) mundos. Etnografía de un *nguillatun*

La fuente a través de la cual el *machi* Pablo dice nutrirse para realizar su trabajo en la ciudad es su comunidad del sur. Allí él va con frecuencia tanto para compartir con su tía *machi* y sus familiares, como para participar de las actividades rituales que se llevan a cabo. Así sucedió, por ejemplo, en enero del año 2007, fecha en la cual la comunidad *Wapi Comue* realizó un *nguillatún*, ceremonia que, como ya se ha dicho, constituye el principal rito religioso del pueblo mapuche y cuyo significado en mapudungun es “acción de pedir”. Generalmente se realiza una vez al año, cuando hay escasez de lluvias o cuando ha sucedido alguna catástrofe (Montecino, 2003). En aquella ocasión fui invitada por Pablo, junto con la doctora Dolores y otras personas del equipo de a UST y del Hospital San Borja Arriarán, a participar del ritual y a conocer y compartir con la familia del *machi* por unos días. Partimos desde Santiago en un bus junto a Pablo, sus padres, su hermana y la pequeña hija de ésta, dos amigos mapuche del *machi* de Valparaíso, y dos personas del equipo de la UST: la doctora y la instructora de Yoga. El bus se demoró aproximadamente 14 horas en llegar a su destino. Cuando por fin nos bajamos Pablo lideró al grupo y nos distribuyó tareas, debíamos comprar diferentes víveres en una feria que había en calles cercanas al terminal y en los locales comerciales del pueblo. Compramos sacos de harina, de papas, verduras, entre otros muchos productos. Una vez finalizadas las compras nos reunimos en la plaza donde nos esperaba una camioneta. Esta había sido contratada por Pablo ahí mismo en la plaza

para que por un módico precio nos llevara a todo el grupo a la comunidad *Wapi Comue*, ubicada a una media hora en auto. Así, el grupo de nueve personas -más las compras- nos subimos en la camioneta y partimos rumbo a la casa de la tía *machi*. A mí me tocó ir en la parte trasera de la camioneta junto con varios de los hombres del grupo, debía sujetarme fuertemente de los bordes del automóvil para no caer, ya que apenas cabíamos por la gran cantidad de sacos de alimentos y los bultos personales que llevábamos. Recorrimos varios kilómetros por una carretera pavimentada hasta llegar a una bifurcación donde la camioneta se desvió hacia un camino de tierra pedregoso. El día estaba brillante y el sol iluminaba el Lago Budi, el cual circunda el camino, el cual fue poniéndose cada vez más angosto y de difícil acceso, pero el chofer conocía la ruta a la perfección. Finalmente, luego de introducirnos cada vez más hacia el interior, pasando por interminables campos, llegamos a un terreno poblado de gallinas y con una pequeña construcción de madera desde la cual salía humo por el techo. Pablo nos dio instrucciones de bajarnos y entre todos recolectamos dinero para pagarle el viaje al chofer. Luego, Pablo se adelantó y entró a la casa dándonos instrucciones de esperar afuera. Después de un rato volvió a salir, esta vez acompañado por una mujer de aproximadamente 90 años, quien vestía indumentaria mapuche y sonreía. Pablo nos presentó a su tía, la *machi* Pascuala. Uno a uno la fuimos saludando, los familiares de Pablo la abrazaban y conversaban con ella en *mapudungun*, mientras el resto de los presentes lo hacíamos de manera más formal y en español.

Pascuala nos invitó a entrar a su casa y nos ofreció mate de hierbas alrededor del fuego. Nos contó que vive allí desde siempre y que desde hace algunos años está sola ya que su marido murió y sus hijos migraron a Santiago. Ella se ocupa de sus animales y su huerta, además de mantener su casa. Todos escuchábamos sus palabras interrumpidas por preguntas acerca de la ceremonia que iba a llevarse a cabo al día siguiente.

Después de unas horas compartiendo con Pascuala, los padres de Pablo junto con su hermana y la pequeña hija de ésta nos llevaron a la doctora, la instructora de yoga y a mí junto con ellos a la casa de una tía de Pablo, ubicada varios kilómetros al interior. Allí alojaríamos todos nosotros. Cuando llegamos, después que un auto del camino nos

llevara de manera voluntaria a este nuevo destino, nos esperaba una mujer mapuche en la entrada de una casa. Ahí nos quedamos por varios días, acogidos por María, su marido y su hija de aproximadamente 20 años. Apenas entramos nos ofrecieron nuevamente mate de hierbas y sopaipillas con pebre, y comenzamos una conversación que duró horas, preguntándonos entre todos sobre la vida de cada quien.

Pablo y sus dos amigos mapuche de Valparaíso se quedaron en la casa de Pascuala, y entre ambas casas comenzamos a colaborar con los preparativos para el *nguillatún* del día siguiente, entre ellos hacer pan amasado, sopaipillas, cocinar carne, picar verduras, preparar el muday, etc. Al día siguiente nos levantamos temprano y esperamos una camioneta que nos fue a buscar. Subimos toda la comida al interior del vehículo y partimos al lugar de la ceremonia, un terreno cercano, un campo despoblado que algún vecino había prestado para la ocasión.

El *nguillatún* que se llevó a cabo en dicha ocasión tuvo por objeto ser un ritual de agradecimiento por parte de la comunidad por el año vivido, y para pedir por las próximas cosechas y la vida en general. Los preparativos comenzaron con la construcción de las ramadas, espacios que cada familia levanta en el terreno y que tiene como fin proteger del frío o del calor a los miembros de cada grupo familiar. La ramada consiste en una construcción liviana de palos y ramas y allí cada familia se instala, prepara sus comidas y pasa gran parte del día del *nguillatún*. Los palos y las ramas son generalmente arrastrados por bueyes, aunque en la actualidad es común que esta tarea sea apoyada por vehículos motorizados, especialmente camionetas. Todos los presentes -hombres, mujeres y niños/as-, ayudan en esta tarea.



Aquel primer día de *nguillatun* consistió básicamente en la preparación de las ramadas y terminó con un baile alrededor del *canelo*⁵⁸ y el *rehue*⁵⁹. Cada persona tenía en sus manos una rama de este árbol, rama que es a la vez utilizada como instrumento parte del ritual. Este baile o *purrún*⁶⁰ cumplió una doble función: para hacer una ofrenda a las deidades, y de práctica para el día siguiente cuando se llevó a cabo la ceremonia mayor. Todas estas actividades debían ser lideradas por el *lonko* de la comunidad, quien se hizo presente en la tarde de este primer día y llegó borracho. Esto despertó la ira de varios de los asistentes, muchos de ellos personas mapuche que habían ido especialmente desde Santiago y otras ciudades para participar del rito en su comunidad

⁵⁸ Árbol sagrado mapuche, asociado al bien, la paz y la justicia. Es simbólicamente plantado como una suerte de altar en el rito propiciatorio del *nguillatun*. Es también emblema del oficio chamánico (Montecino, 2003).

⁵⁹ *Rehue*: postes de madera, semejantes a escaleras, de siete peldaños, mediante los cuales las *machi* ascienden simbólicamente al cielo y se conectan con las divinidades. Toda *machi* posee uno, el cual se renueva cada cierto tiempo a través de un rito especial (Montecino, 2003).

⁶⁰ En el idioma mapuche la palabra *purrún* designa al nombre genérico de los bailes. Existe el *purrún* individual y colectivo, dependiendo del rito o ceremonia en el cual se realice. En palabras de Bengoa "el *purrún* es un baile fuerte, rotunda, simple y divino: permite comunicarse con la trascendencia del ser humano, huir hacia estados alterados de conciencia, otros conocimientos, otros medios de comunicarse, lleva capacidades desconocidas de curar enfermos, sabidurías recónditas que hoy la psiquiatría más avanzada estudia con pasión" (Bengoa, 2007:22-23).

de origen. Mientras hacíamos el baile, y dada la evidente borrachera del *lonko*, se produjo una fuerte discusión entre dos bandos mapuche: aquellos que consideraban que la actitud del *lonko* era inaceptable y que el alcohol era el culpable de gran parte de las calamidades que sufre la cultura mapuche, y aquellos que opinaban que no era para tanto, y que el *lonko* simplemente estaba celebrando el rito. Finalmente el primer grupo ganó en sus argumentos y se llegó al acuerdo de que para el día siguiente no habría alcohol, y se le pidió expresamente al *lonko* que estuviera sobrio y ejerciera su liderazgo de manera positiva. Estos diálogos sucedían tanto en *mapudungun* como en castellano, pero la idea de lo que allí sucedía se entendía más allá del idioma. Con este enfrentamiento terminó el primer día, aproximadamente a las 21 horas.



Al día siguiente nuevamente volvimos al terreno, esta vez con más víveres que el día anterior. Junto con nosotros llegaron Pablo y Pascuala, ésta última presidió la ceremonia y Pablo, quien también ofició de *machi*, estuvo todo el tiempo al lado de su tía como segundo *machi*.

Para este segundo día de ritual estaba invitada una comunidad vecina, práctica frecuente en el mundo mapuche. A través de esta invitación las comunidades comparten sus rogativas, produciéndose de esta manera una suerte de compromiso y lealtad entre ellas, así como de reciprocidad ya que está estipulado que la comunidad anfitriona debe hacerse cargo de todos los preparativos y de los alimentos, y atender a sus vecinos convidados; quienes harán lo mismo con ellos al año siguiente.

Alrededor de las 10 de la mañana comenzó la ceremonia, la cual duró todo el día, hasta aproximadamente las 19 horas. Al mediodía se sintieron cánticos e instrumentos a lo lejos, era la comunidad vecina invitada que se aproximaba al lugar del *nguillatún*. Llegaron a pie, en buses y en bueyes, y entraron en filas liderados por su propio *lonko*. Hicieron una suerte de baile ritual junto con la comunidad anfitriona, lo cual es una forma de saludo y de dar comienzo al *nguillatún* en forma conjunta. De acuerdo a los relatos de los presentes, cada comunidad y zona geográfica mapuche tiene sus propias particularidades con respecto a los modos de poner en práctica la ceremonia del *nguillatún*, por esto pareciera que no hay una única manera de realizar este ritual.

La comunidad invitada trajo consigo a su *machi*, la cual inmediatamente se incorporó al quehacer de la *machi* Pascuala. Ambas fueron las verdaderas líderes del ritual, ellas marcaron el paso ceremonial a través de ritmo de sus *kultrunes*. Pablo estuvo con ellas todo el tiempo, aunque en ocasiones debió mantener cierta distancia ya que aún no posee el grado de autoridad de su tía dentro de la comunidad.



Así transcurrió todo el día, en un constante baile y plegarias alrededor del canelo, interrumpido sólo por un par de horas para el almuerzo donde cada familia se reunió en su ramada e invitaron a familias de la comunidad vecina a compartir con ellos. Toda la comunidad participó de la actividad durante la jornada, la cual al finalizar fue evaluada de manera positiva tanto por la *machi* Pascuala, como por Pablo, el *lonko* y el resto de los presentes. La comunidad vecina se retiró a última hora del día, y lo hicieron de la misma manera que llegaron comprometiéndose a ser ellos los anfitriones de la próxima ceremonia. Así, al final de este segundo día ritual estaban afianzados los lazos entre las comunidades y también al interior de la comunidad *Wapi Comue*. Pablo fue saludado y felicitado por los diversos miembros de su comunidad, y su cara denotaba felicidad y satisfacción al recibir estos reconocimientos. Durante los días siguientes ayudamos en la recolección de los elementos rituales utilizados durante el *nguillatún*, compartimos nuevas conversaciones y experiencias con la familia de Pablo, y regresamos a Santiago de la misma manera en que habíamos emprendido esta aventura.

4.2.6.3. Etnografía de una ceremonia mapuche en el Hospital San Borja Arriarán

La descripción etnográfica que sigue tiene por objetivo dar a conocer el modo en que el *machi* Pablo, a través de diversos ritos que ha efectuado en el Hospital San Borja Arriarán, ha intentado reproducir el contexto ritual de su comunidad del sur en un recinto hospitalario de la capital.

Jueves 30 de agosto del 2007. Santiago está comenzando la transición anual del invierno a la primavera, los primeros rayos de sol calientan los cuerpos y hacen que los ánimos florezcan. Llegué al Hospital San Borja Arriarán a eso de las 10:30 de la mañana, llena de expectativas ya que podría presenciar una ceremonia mapuche liderada por la *machi* Pascuala, quien viene desde la comunidad *Wapi Comue*, a Santiago por problemas de salud, y ha aprovechado la oportunidad para apoyar la labor de su sobrino, el *machi* Pablo. De a poco comenzaron a llegar los parientes de Pablo y Pascuala, los mismos con quienes compartí en el sur durante el *nguillatún*. Nos saludamos a través de un profundo abrazo y juntos esperamos la llegada de ambos *machis*. Durante la espera ellos aprovecharon de transitar por el lugar, yendo desde uno de los patios del hospital donde nos encontramos y donde se realizaría la ceremonia (patio que hace las veces de espacio ritual para todas las ceremonias mapuches que suceden en el hospital desde que llegó Pablo), a la UST cargando sus bolsos y enseres. Todo este ambiente de ajeteo cambió con la llegada de los *machis* Pablo y Pascuala, ambos iban vestidos con atuendos mapuches y llevando las banderas de colores blanco y azul, las que dejaron apoyadas sobre el *rehue* situado en el patio.



Aquellas dos figuras, Pablo y Pascuala, marcan una diferencia con respecto al ethos imperante en el recinto hospitalario. Sus atuendo mapuche, su caminar pausado y sus miradas penetrantes rompen con la impersonal agitación propia de los espacios biomédicos. Se unen a ellos sus familiares, quienes se han cambiado de ropa y su estética

de urbanidad la han transformado por aquella tradicional mapuche, las mujeres vistiendo las faldas negras y *traliloncos* de plata en la cabeza, los hombres con sus ponchos y *trutrucas*⁶¹.

Por los costados de este informal espacio ritual miran todo lo que sucede con ojos de curiosidad hombres y mujeres vestidos de delantales blancos: auxiliares, enfermeras, médicos, estudiantes de medicina, entre muchos otros profesionales y trabajadores de la salud que están intrigados frente a esta manifestación mapuche que rompe con la cotidianidad del lugar. Ni el *machi* Pablo ni la *machi* Pascuala parecen enterarse mucho de la presencia de estos observadores incautos. Ellos ordenan muy concentrados los utensilios que ocuparán durante la ceremonia. Los miembros de la familia de los *machis*, quienes ya visten a la usanza mapuche, ayudan en la tarea, buscan una silla de madera para la *machi*, preparan los *kultrunes*, ubican cerca del *rehue* el *muday*, entre otras labores.

Cada vez más gente se comienza a aglutinar para observar la ceremonia, y entre los observadores se instalan las autoridades que han sido invitadas por la UST y por la Asociación de Funcionarios Mapuche: gente vinculada con el Ministerio de Salud y el Servicio de Salud Metropolitano Central, al cual pertenecen el hospital. Cuando Pascuala decide que ya es el momento, comienza la ceremonia. Algunas de las autoridades son invitadas a formar parte del semicírculo que rodea a ambos *machis*, en el cual se encuentran los parientes de los *machis* y por personas pertenecientes a la Asociación. Cada quien tiene en sus manos una rama de canelo que mueven al son del kultrún, y a las autoridades también se les entrega la suya propia para que acompañen el movimiento. Comienza el *purrún*.

La *machi* Pascuala realiza sus oraciones en *mapudungun*, y el *machi* Pablo la secunda en la misma lengua. Yo también me incorporo al círculo del baile invitada por la familia de Pablo y Pascuala. Bailamos de acuerdo a las instrucciones de una de las parientes de ambos quien está liderando nuestros movimientos, ya que ésta no es una

⁶¹ Instrumento musical mapuche. Es un aerófono utilizado en las ceremonias religiosas (Henríquez, 1973).

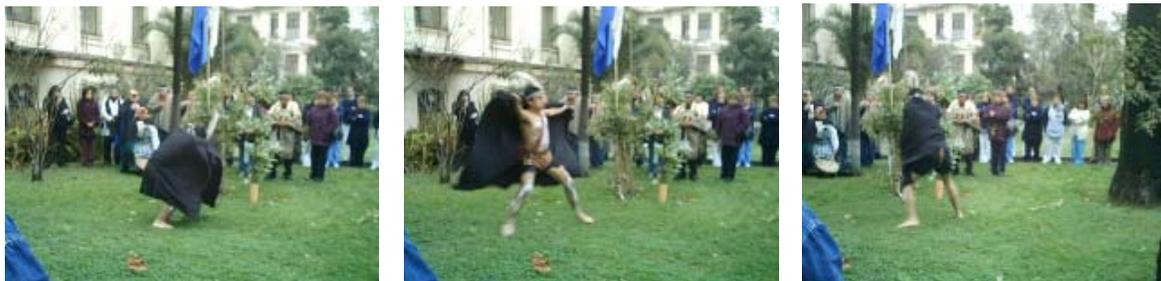
comunidad constituida que tenga su propio *lonko*, sino un encuentro de personas dentro de un recinto hospitalario que rinden culto a lo que ahí sucede. Resulta interesante que quienes componen el grupo mapuche provienen de distintas localidades, tanto del sur del país como de las ciudades de Santiago y Valparaíso. Esto hace que no haya pleno acuerdo respecto a la dirección del *purrrún*, y que se generen algunas discusiones que finalmente se resuelven sobre la marcha.

Tanto Pascuala como Pablo se encuentran abstraídos de estas discusiones, ellos están en el plano de la oración, y sus caras denotan distancia con respecto a lo que sucede en el plano terrenal de la organización del baile. Continuamos con el *purrrún*, dando vueltas en torno al *rehue*, giros que finalizan con un grito y una secuencia de oraciones de los *machis*. Esto se repite por varios minutos.

La gente del hospital se aglutina alrededor del patio para observar, con sus teléfonos celulares algunos toman fotografías, otros miran con curiosidad y respeto. Hay un gran silencio, sólo se escuchan las voces de los *machis* en *mapudungun*, las que resuenan en aquella parte del hospital. Cercanos a terminar la ceremonia comienza a llover, una lluvia suave propia de estos meses que no interrumpe el quehacer mapuche. La *machi* entra en trance, comienza un sollozo en *mapudungun* y la sientan en una silla de madera para que no se desmaye. El *machi* Pablo la apoya en su trance tocando con fuerza su *kultrún*, ambos oran con una potencia que se transmite por todo el lugar. Cuando la *machi* sale del trance la lluvia ya ha parado y ella pide el *choique purrrún*, el “baile del avestruz”⁶². Con el llamado de la *machi* aparece el *choique* de esta “comunidad”, un hombre joven de Valparaíso quien ha retomado su identidad indígena hace sólo unos años, y que ha establecido un vínculo estrecho y cercano con la *machi* Pascuala. De hecho, vino especialmente a Santiago a participar de la ceremonia, y a bailarle a su *machi*. Así, Pascuala sentada en su silla observa el baile y se deleita con los movimientos del *choique* quien vuela alrededor del *rehue*.

⁶² Este baile tradicionalmente se efectúa en el *Niguillatun*, y forma parte de la rogativa. Los bailarines imitan la iniciación del vuelo del Queltehue, realizan una carrera con pasos cortos y ligeros alrededor del *rehue* quedando cerca de él y frente a la comunidad. La coreografía no está predeterminada, los desplazamientos son realizados en el momento y aunque están bailando simultáneamente no hay mayor comunicación ni enlace entre ellos (<http://evemilla22.blogspot.com/2007/09/baile-tipico-zona-sur-loncomeo-choique.html>).

Los observadores preguntan silenciosamente qué significado tiene el baile, la presencia de cámaras fotográficas aumenta y los delantales blancos forman un improvisado semi-círculo, que mira con curiosidad lo que sucede en aquel espacio.



Terminado el baile se da fin a la ceremonia a través de la ingesta de *muday*⁶³, el cual circula entre todos los presentes. Luego, éste se esparce por la tierra donde está plantado el *rehue* a modo de ofrenda. Los observadores se dispersan y continúan con sus rutinas, las autoridades saludan y felicitan a los mapuches presentes, y los *machi* lentamente retornan a la realidad. Autoridades y mapuches se dirigen a uno de los recintos del hospital para dar pie a una degustación de comidas mapuches que la familia de los *machis* ha preparado para la ocasión.

4.2.6.4. El impacto de la atención de *machi* entre los usuarios de la UST

La atención de *machi* no ha pasado desapercibida entre los funcionarios del Hospital San Borja Arriarán, esto no sólo por las consultas de salud mapuche a las que se puede acceder, sino también por las diversas ceremonias y rituales mapuche que se han realizado en espacios públicos del recinto hospitalario desde la llegada del *machi* (como la que se describió anteriormente).

Con respecto a las consultas con *machi*, si bien esta iniciativa fue pensada principalmente para reforzar la identidad étnica de funcionarios mapuche del hospital,

⁶³ El *muday* es una bebida tradicional del pueblo mapuche, un tipo de bebida alcohólica hecha mediante la fermentación de granos de cereales como maíz o trigo.

quienes más han acudido al *machi* han sido funcionarios/as *winkas*. De este modo, se puede apreciar que las visitas al *machi* en el hospital siguen la misma lógica que en las comunas de Pudahuel, Lo Prado y Cerro Navia, donde también las personas que más acuden al *machi* no son precisamente mapuche, sino la *winka*.

Las razones para explicar este tema dentro del hospital son múltiples. Abel, miembro de la agrupación de funcionarios mapuche del Hospital San Borja Arriarán sostiene que esto sucede principalmente porque los mapuche se sienten avergonzados de sus raíces, por ende, se mantienen alejados de espacios que los vinculen directamente con esta identidad étnica. Sostiene que los funcionarios *winka*, en cambio, aprecian la posibilidad de poder ampliar sus opciones terapéuticas, por lo que ha habido una muy buena aceptación del *machi* por parte de éstos:

“Yo trabajo acá con una psicoterapeuta, Soledad, ella está fascinada, toda la que ha venido es gente winka y fascinados, dicen que el machi extraordinario, pero nuestros hermanos en cambio son un tanto reticentes, es una pena porque habiéndose gestado esto como una oportunidad única, extraordinaria pienso yo, valiosísima, invaluable para mi como que nuestros hermanos no tienen conciencia de eso. Además, yo creo que tenemos una tranca por decirlo de alguna manera, la gente no quiere dar a conocer sus raíces, se sienten avergonzado,” (Abel, miembro de la Agrupación de Funcionarios Mapuches del hospital).

En este contexto, es interesante notar que la labor del *machi* es valorada no sólo por funcionarios mapuche, sino también por funcionarios no mapuche quienes se acercan a esta alternativa buscando nuevas vías de restablecimiento de la salud:

“Es super bueno que esté esto dentro del hospital porque igual acá hay mucha chiquilla que está con depre, con estrés de trabajo, entonces terapias así lo encuentro que es super bueno” (Adelaida, usuaria UST).

Entre los usuarios *winka* de la UST, hay algunos que tenían algún acercamiento a la medicina mapuche, lo cual, al igual que en la realidad de Pudahuel, Lo Prado y Cerro Navia, se da principalmente por vínculos que tienen las personas con el sur de Chile, ya sea por haber sido criados en pueblos o ciudades de esta zona del país, o bien porque durante la infancia tenían familiares en la zona, a los que visitaban con regularidad y donde mantenían contacto con la cultura mapuche. Esto a la vez está estrechamente

vinculado con el segmento al cual corresponde el grueso de usuarios de la UST, es decir, personas que tienen un lazo estrecho con la cultura popular y, a la vez, con la medicina popular. Por esto, se hace interesante el modelo de salud que plantea la UST ya que junta terapias provenientes de tradiciones culturales distintas como, por ejemplo, la china, con elementos que son propios del acervo cultural nacional y manejados por gran parte de la población, como lo son algunos rasgos que la medicina mapuche comparte con la tradición popular. Esto hace que en la UST se esté gestando una nueva síntesis cultural en torno a la salud, la cual incorpora elementos procedentes tanto de la medicina alópata, como de las medicinas alternativas y complementarias y la medicina indígena mapuche, dando como resultado un producto nuevo, propio de las sociedades líquida contemporáneas.

De esta manera, los usuarios de la UST valoran de la medicina mapuche tanto el rescate social que con la atención de *machi* se produce de esta cultura indígena particular, como la opción “natural” que esta terapéutica les brinda en torno a la atención de salud. Así también dicen valorar la relación médico-paciente que este sistema médico ofrece.

“Con el machi hicimos un ritual, me dio unas aguas, unas hierbas, y ahora tenía que traer la orina. La mirada es lo que más me gusta del machi, como una mirada penetrante que tiene, me hizo unos masajes también en las manos, en la planta de los pies, y el agua me la tomé con harta fe no más, mal no me va a hacer. Me parece super bueno porque es otro tipo de medicina y no te dan tanto remedio malo, es más natural” (Mónica, usuaria UST).

Uno de los aspectos que más resaltan los usuarios respecto a la medicina mapuche es que ésta se presenta como una alternativa de atención que es capaz de atender males que las otras terapias no comprenden, como lo son el “ojeo”⁶⁴ y otros de los que las personas dicen ser víctimas. Muchos usuarios manifestaron esta idea, pero lo hicieron silenciosamente ya que saben que están en un recinto alópata donde estos conceptos no son bien recibidos.

⁶⁴ Variante para denominar el mal de ojo.

“Yo vengo a ver al machi porque a mí me hicieron un mal, ya me lo dijeron antes a mí pero no me lo han podido sacar y me tiene super enferma hace años ya esto. Los médicos me han dicho de todo, pero no me sano porque yo sé lo que es, si hasta yo sé quien me lo hizo, fue una mujer. Cuando le conté al machi el al tiro me entendió y me dijo que sí, y ahora ya estoy mejor” (Cecilia, usuaria UST).

El *machi* representa para las personas un recurso cercano, incluso propio, es decir, existe una identificación por parte de muchos usuarios con el *machi* ya que sienten que tiene los mismos orígenes populares que ellos y, por ende, es capaz de comprender y sanar enfermedades que los médicos, por pertenecer a una ciencia particular, y a una clase social específica, no entienden ni respetan.

Otro elemento que aparece con fuerza, al igual que en los contextos antes analizados en las comunas de Pudahuel, Cerro Navia y Lo Prado, es el valor que las personas le otorgan a la “fe” en tanto elemento clave dentro del proceso de curación. Esto se ve claramente en usuarios no mapuche quienes, al no poseer la cosmovisión propia de este pueblo, se apoyan en la “fe”, elemento que sirve para dar sentido a dicha terapéutica y permite la eficacia de ésta:

“Es la primera vez que me atiendo con machi, nunca lo había hecho. Supe preguntando, qué es lo que hace él y me dijeron que era un machi, o sea, me llamaba la atención, como yo estaba justo con depresión, es como que me vino así como una locura, antes había acudido a Dios no más, y como me habían dicho que el machi te ve en la orina, entonces para mí quiero ver qué es lo que pasa, es que yo siento como que alguien me ha hecho algo” (Carmen, usuaria UST).

“Quedé super conforme de todos mis males, todo lo que me pasa es por mi sistema nervioso, me dijo que era del sistema nervioso y me dio unas hierbas para tomar, me hizo como una sanación que es como un ritual, me hizo tenderme en la camilla y el con el kultrún por todo el cuerpo y el hizo un rezo en mapuche, no entendí nada, pero para los males será. Hablamos del colon irritable, de mi alergia, por la orina vio todo. Me gustó porque es todo natural, creo que me voy a sentir bien, creo que es más la fe, esto tiene que ver con la fe de uno y yo tengo fe en esto” (Elvira, usuaria UST).

De esta manera, la fe es la puerta de acceso que da significado y sentido tanto a esta práctica terapéutica, como a las de medicinas alternativas y complementarias, ya

que las personas apelan a la fe en tanto elemento restaurador de la salud. Es la eficacia simbólica de Levi-Strauss⁶⁵ aplicada al campo de la salud intercultural. De hecho, el propio *machi* alude a este aspecto de la fe en tanto eje central de la eficacia de la terapéutica mapuche, sobre todo cuando es aplicada en población no mapuche:

(Sobre la experiencia de atender a winkas) “Muy buena, me ha dado muchas satisfacciones, la gente ha sido muy respetuosa, muy creyente, porque es importante que la persona venga con fe, que venga creyendo que va a ser sanado por la medicina natural. Y para mí me produce mucha alegría cuando veo que los pacientes que yo he atendido con mi medicina están ya mejor... y algunos ya están sanos” (Machi Pablo, UST).

Otro de los elementos centrales de esta terapéutica aplicada en contextos biomédicos -al igual que con las terapias alternativas y complementarias-, y que más rescatan los usuarios tiene que ver con la posibilidad de poder acceder a alternativas más “naturales”, frente a la percepción que existe de una sobre medicalización por parte de la medicina alópata. Esto se da principalmente entre mujeres, ya que son ellas las que más acuden a la UST, principalmente por padecimientos vinculados a la salud mental tales como depresión, stress, ansiedad, entre otros. Muchas de ellas dicen estar medicadas hace años con antidepresivos, ansiolíticos, etc., tratamientos frente a los cuales tienen fuertes aprehensiones ya que consideran que no es sano tomar tanta pastilla. Sostienen que las terapias de la UST les ofrecen son, en este sentido, alternativas “naturales” y más sanas para poder paliar estos padecimientos.

Una vez que las personas llegan a la UST, ¿qué los hace optar por las terapias alternativas y complementarias, o por la medicina mapuche? A través de las entrevistas y la observación realizada en terreno pude percatarme que, principalmente entre usuarios *winkas*, no existe una diferencia clara entre unas y otras. Ambas son percibidas como alternativas más “sanas” y “naturales” que la medicina alopática, y si bien muchos dicen tener algún vínculo emocional y cultural con la cultura mapuche, a la hora de evaluar ambas opciones terapéuticas éstas se igualan. Es decir, la interculturalidad en

⁶⁵ Este concepto fue trabajado en profundidad por Lévi-Strauss (1987), quien, a partir de un análisis a nivel del mito, señala que éste funciona como una teoría del cuerpo y de la enfermedad que favorece la acción simbólica del chamán a través de la adhesión de la comunidad hacia su quehacer.

salud no se construye para los usuarios de la UST por la pertenencia cultural que puedan sentir respecto a una tradición terapéutica específica, sino por alternativas de salud que les proporcionen opciones “naturales” y “holísticas” para enfrentar la enfermedad. Es desde estos atributos desde donde se está construyendo una nueva una identidad en torno a la salud, la cual cruza los diversos segmentos socioeconómicos del país y se materializa a través tanto de terapias que vienen de otras culturas y continentes, como de medicinas vinculadas a la identidad nacional, como lo son las terapias populares y las medicinas indígenas. Todas ellas comparten para los usuarios características comunes y son significadas como “medicinas naturales” que amplían la oferta en salud más allá de la biomedicina. Que unas están amparadas por el Estado (prácticas de medicina mapuche) y otras no (medicinas alternativas y complementarias) no es tema para el grueso de los usuarios, y por lo mismo se perciben como opciones que en sí tienen más elementos en común que aspectos que las distancien. Para este sector de la población todas forman parte de una interculturalidad en salud. La distinción entre unas y otras sólo se explicita entre la población mapuche, para quienes la salud intercultural se ha convertido más que en una opción terapéutica, en una estrategia de negociación con el Estado y, por ende, un espacio de reetnificación indígena.

* * * *

4.3. La experiencia de instalación de medicina holística al interior del Hospital San José: el caso de la Sanación Sintergética



La experiencia de introducción de medicinas alterativas y complementarias al interior del Hospital San José analizada corresponde a la implementación de la Sanación Sintergética en el marco del quehacer de la Unidad de Salud Integral de dicho recinto hospitalario, la cual se lleva a cabo desde el año 2006 en dicha institución.

El Hospital San José, ubicado en la comuna de Independencia de la ciudad de Santiago, forma parte de la Red de Atención del Servicio de Salud Metropolitano Norte, y está conformado por el Centro de Diagnóstico y Terapéutico Eloísa Díaz y por el Hospital Clínico San José. En su conjunto, el Hospital San José es un establecimiento de alta complejidad que brinda atención a adultos y recién nacidos de las comunas de Independencia, Recoleta, Conchalí, Huechuraba, Quilicura, Lampa, Colina y Til Til.

Este hospital es uno de los más antiguos de la capital. Su nacimiento se remonta al siglo XIX y se especula que la fecha exacta de su inauguración fue 1841, aunque pareciera ser que no fue hasta 1872 que el hospital comenzó a funcionar de manera permanente. Su nombre original fue “Lazareto de El Salvador”, según consta en los libros de hospitalización de las “Hermanas de la Caridad”, religiosas que lo dirigían en sus primeros años, pasando más tarde a recibir el nombre que actualmente tiene.

En los primeros años de funcionamiento el hospital atendía a enfermos que padecían las epidemias de viruela, fiebre tifoidea, tuberculosis y otras enfermedades infectocontagiosas. A partir de 1929 se dedicó a la atención de tuberculosos, creándose

los Servicios de Tisio- Medicina, Radiología, Anatomía Patológica, Cirugía y Laboratorio. En 1930 el Hospital San José fomentó la creación de la Sociedad de Tisiología, liderando de esta manera las acciones contra la TBC por muchos años. En ese periodo el hospital llegó a tener una dotación de 400 camas para enfermos de tuberculosis. Como centro especializado en ese tema, fue pionero en la investigación y puesta en marcha de medidas preventivas como la BCG y terapéuticas como la quimioterapia y cirugía de tórax.

El año 1994 comenzó la implementación del proyecto de Reposición Hospitalaria, con la creación de la Unidad de Paciente Críticos (UPC) que, junto a la creación de la Unidad de Emergencia (año 1995), lo hicieron transformarse en un hospital de alta complejidad. En el año 1999 se separó la atención ambulatoria del hospital, quedando el Centro de Diagnóstico y Terapéutico Dra. Eloísa Díaz como un establecimiento independiente, cuya inauguración se efectuó el 18 de junio de 1999. El hospital clínico San José, por su parte, fue inaugurado el 18 de octubre del mismo año⁶⁶.

La Sanación Sintergética se desarrolla dentro de este recinto desde el año 2006, se implementa en el Centro Diagnóstico y Terapéutico Eloísa Díaz. Esta terapia se ofrece los días jueves a usuarios que son derivados tanto por médicos del Hospital San José, como a usuarios que llegan de manera particular desde diversas comunas en busca de esta alternativa en salud.

Cabe destacar que la introducción de la Sintergética dentro del hospital se ha desarrollado en un marco particular, el cual está vinculado a la consolidación del área de medicina integrativa de dicho hospital, la cual viene funcionando desde el año 2004. Esta área tiene por objetivo ofrecer a los usuarios del hospital estrategias de salud alternativas y complementarias, con el fin de ampliar la atención más allá de la atención alópata. Para esto, el área ha implementado la atención con Flores de Bach, acupuntura, Sanación Sintergética, entre otras opciones terapéuticas.

⁶⁶ <http://www.complejohospitalariosanjose.cl>.

¿Qué es la Sanación Sintergética? La Sanación Sintergética es un sistema terapéutico que fue creado por el médico colombiano Jaime, quien la define como un método cuya particularidad reside en el hecho que integra distintos paradigmas y tradiciones terapéuticas, con el fin de complementarlos entre sí para aumentar su eficacia. En palabras de Jaime, a quien pude entrevistar en una de sus tantas visitas a Chile en el marco de capacitación de monitores en medicina Sintergética:

“La Sintergética es una interfase entre los distintos territorios terapéuticos del mundo, entendiendo territorio terapéutico como una estrategia de sobrevivencia de una cultura. En ese sentido, se incluye no sólo lo técnico sino lo cultural, el lenguaje, el sistema y la visión del mundo de cada cultura, de tal manera que nos diferencia mucho entre lo que es propiamente material, tecnológico de lo que es cultural, de lo que es cosmovisión. En ese sentido la Sintergética es un proceso de búsqueda de comunes denominadores entre las distintas culturas médicas del mundo” (Jaime, médico colombiano creador de la Sanación Sintergética).

4.3.1. Las características de la Sintergética en Chile

Desde sus inicios en Colombia y otras partes del mundo la Sintergética ha sido desarrollada principalmente por médicos alópatas, quienes en busca de nuevas alternativas en salud han llegado a esta terapia. A Chile la Sintergética llegó a principios del año 2000 y fue “traída” al país por el médico César, quien conoció esta terapéutica en Colombia y se propuso el desafío de introducirla dentro del quehacer del sistema público de salud del país. De esta manera, uno de los principales objetivos de este médico al traer la Sintergética a Chile fue el de generar un vínculo entre ésta y la biomedicina, introduciéndola oficialmente dentro del Ministerio de Salud a través de diversos mecanismos, entre ellos, contar con el apoyo y financiamiento de esta entidad para la capacitación en Sintergética de profesionales de la salud de la red pública estatal. Esta modalidad de funcionamiento de la Sintergética no se da en otros países. En Colombia, por ejemplo, la Sintergética es realizada principalmente por médicos alópatas de manera particular, sin estar inserta dentro de las prestaciones del sistema de salud del país.

Hasta la fecha esta iniciativa de insertar la Sintergética dentro del Minsal ha sido posible a través del apoyo que brinda el ministerio a profesionales de la red pública que estén interesados en incorporar terapias no alópatas dentro del quehacer biomédico, pero aún no existe una institucionalización de esta terapéutica dentro del sistema médico oficial. Sobre este aspecto de institucionalización de la Sintergética, el doctor Jaime sostiene:

“No puedo hablar del sistema de salud público chileno y la Sintergética como tal, sino de una apertura que permite un grado de tolerancia que apunta hacia la complementariedad, pero para eso todavía falta que tenga vigencia social, es decir, que el modelo demuestre que es adecuado, que tiene vigencia económica y obviamente si la tiene entonces ya pasaría a la fase de la vigencia política y vigencia académica. Sin embargo para nosotros es claro desde la Sintergética que lo más importante es que esto pueda crecer de abajo hacia arriba, que tenga vigencia social y económica, que le sirva a la gente, que dé una respuesta a las necesidades de la salud; y lo otro, que le sirva con una buena relación costo-beneficio, es decir, que no sea tan costosa ni ideológica ni económicamente como otras formas de aplicación de la medicina; y además que sea una interfase de complementariedad, es decir, que esto aporte otra cosa que no aporta la medicina convencional, no que la reemplace porque este es un modelo complementario, sino que vaya un poco más allá al nivel que va la medicina convencional, que lo trascienda, que trascienda ese modelo” (Jaime, médico colombiano creador de la Sanación Sintergética).

Este interés por incorporar la Sintergética dentro del quehacer del Ministerio de Salud, la mayoría de los entrevistados sostiene que se debió al impulso que le dio César a la Sintergética en el país, orientándola desde sus inicios al área de la salud pública:

“Yo pienso que se seguía con la rutina que traía César de Arica porque él empezó como médico de hospital haciendo Sintergética en el hospital de Arica, entonces es un servicio a la salud y como él es médico, le interesaba instalarlo en la salud oficial” (Loreto, sanadora de Sintergética).

“La Sintergética tal como la estamos viviendo nosotros en este momento es una obra de César, para empezar, él invita, se consiguió el lugar, y si no estuviera él sería bastante difícil, a lo mejor después de dos años las cosas estarían con algún arraigo, pero el origen es que él con mucho esfuerzo, con mucha energía, ahí hay un cuento que yo creo es muy propio de él, que construyó y armó un espacio para esto” (Soledad, sanadora de Sintergética).

A su vez, esta estrategia corresponde al objetivo que se ha impuesto el doctor César por poner a disposición de las personas beneficiarias del sistema público de salud herramientas a las que comúnmente no pueden acceder:

“Que el espacio sea el hospital es un poco porque César tiene el interés de este tipo nuevo de medicina que se complementa con la medicina tradicional y pueda llegar a ámbitos públicos, y a gente que normalmente no tiene acceso a este tipo de medicina, te fijas, por eso se ha conectado con el ministerio de manera que se vaya haciendo difusión y pueda masificarse, para que sea no sólo un privilegio de pocos sino un privilegio ojalá de todos, por eso yo creo que ha partido en instancias de hospitales” (Osvaldo, sanador de Sintergética).

En este sentido, uno de los principales objetivos de la instalación de la Sintergética en Chile ha sido el de incorporarla en el medio alópata, principalmente en la red pública de salud, a través del Ministerio de Salud:

“Yo creo que eso debe tener mucho que ver con que ahora, aquí en Chile, el ministerio de salud está comprometido en esto porque está formando personas que están tomando cursos, o sea está pagándole a ciertas personas el 100%, a otras personas el 50%, no sé, entonces creo que si el ministerio de salud está dando dinero para esto está también interesado en que esto se practique dentro de los hospitales donde está trabajando esa gente que está participando en los cursos, porque si no tampoco tendría mucho sentido que los médicos o el personal de los hospitales vayan a hacer estos cursos si no tienen la posibilidad de practicar ahí mismo” (María José, sanadora de Sintergética).

De esta manera, la Sintergética en Chile ha adquirido características que la hacen bastante particular. Entre dichas características destacan:

- El apoyo del Ministerio de Salud para la capacitación en Sintergética de funcionarios de salud del sistema público. Esta es una característica muy peculiar del quehacer de la Sintergética en el país, ya que desde su instalación en Chile quienes están a cargo de ella se han puesto la meta de incorporarla dentro de la agenda del Minsal.
- La creación de grupos de sanación en hospitales públicos. Si bien en la investigación yo me centré en observar y analizar la implementación de la Sintergética en el Hospital San José, esta práctica también se desarrolla en otros hospitales de la capital, como es el caso de los hospitales pediátricos Calvo

Mackenna y Exequiel González Cortés, y el Hospital San Borja Arriarán. Además, muchos de los sanadores de Sintergética realizan también esta sanación de manera particular.

- Creación de grupos de monitoreo, los cuales consisten en grupos de estudio donde se juntan varias personas para repasar las materias y practicar la sanación, siempre guiados por algún sanador con mayor experiencia.
- Interdisciplinariedad, toda vez que la práctica de la Sintergética incluye no sólo a médicos entre los sanadores sino que todos quienes se sienten llamados a sanar pueden participar, más allá de su profesión.

Sesión de Sintergética en el Hospital San Borja Arriarán



Es interesante como la Sintergética en Chile, por sus características particulares de inserción, da cuenta de una apertura que existe en la actualidad entre algunos médicos hacia otras alternativas en salud. Sobre el interés que el sector médico y de salud en general está mostrando hacia otras terapéuticas, Jaime comenta:

“Enorme, enorme. Primero es un asunto de supervivencia porque el médico sabe que no es eficiente y que a pesar de todos los grandes avances tecnológicos, los grandes avances en el campo de la clínica y los nuevos medicamentos no estamos mejor en salud de lo que estábamos hace cien años, hay más suicidios, hay más violencia, más cáncer, hay más enfermedades degenerativas, en las enfermedades infecciosas hemos ganado algunas batallas pero hemos perdido grandes batallas, las enfermedades venéreas están en aumento, la epidemia del Sida nos ha traído de nuevo el resurgimiento de la tuberculosis de tal manera que las antiguas estrategias de luchar contra la enfermedad ha fracasado y eso hace que la medicina se empiece a cuestionar y no sólo la medicina sino los sistemas de salud público están en quiebra, literal, debido a los costos ya poco financiados de super tecnologías que no han mejorado en una gran medida la situación, es decir, que si miramos el panorama en relación a lo que hemos invertido y los resultados que hemos logrado los resultados son muy pobres,

esto ha obligado a los salubristas, a la salud pública, a las mismas universidades y al propio médico, que es víctima de un sistema parecido, a repensar ese mundo de la medicina que nos habíamos formulado, no porque la medicina haya sido mal planteada sino que porque el hombre para el que hicimos la medicina ha cambiado, tanta agua ha corrido bajo los puentes que el hombre ya no es el mismo, podríamos decir que el hombre para el que hicimos nuestra medicina ya no existe, es otro hombre porque habita en otra cultura, en otro lenguaje, en otro sistema de creencias y tiene otra manera de abordar la salud y la enfermedad” (Jaime, médico colombiano creador de la Sanación Sintergética).

El mismo doctor continúa diciendo:

“Desde los resultados que son contundentes los médicos han tenido una actitud de apertura porque es que tú no te puedes resistir a los resultados, puedes resistirte a la filosofía, al discurso, al método pero aquello concreto, objetivo, que tu puedes constatar con los ojos de tus sentidos es muy difícil que te resistas, entonces hemos encontrado una gran apertura, los médicos que ven los resultados y que a raíz de los resultados comprenden los procesos entienden que la Sintergética no es nada ni anticientífico ni contra la ciencia y que involucra a la ciencia pero nosotros decimos una ciencia con conciencia, una ciencia con alma, una ciencia que no sólo sea objetiva sino donde la subjetividad del sujeto y su cultura se vuelva a rescatar, una ciencia que no irrespete ni arrase la cultura, que sepa la cultura también es un instrumento de supervivencia, es tu manera de ver el mundo y es poderosa como herramienta terapéutica” (Jaime, médico colombiano creador de la Sanación Sintergética).

Paralelo a este proceso, en algunos hospitales se estaba gestando un ambiente de apertura hacia la incorporación de diversas terapias complementarias. En este sentido, pareciera que en el momento de instalación de la Sintergética en los hospitales ésta encontró en ellos un terreno fértil en el cual desarrollar su labor:

“Yo estoy en el Calvo Mackenna desde el 2000 haciendo reiki, formé un grupo y el 2004, en septiembre del 2004, vi a dos personas que llegaron con delantal blanco y todo y una de las auxiliares me dijo “sabes que ellos hacen una cosa distinta a la que hace usted, me dijo, por qué no lo ve?” (...) el jueves siguiente entonces ya me pidieron a mi que buscara una salita y todo para hacer la Sintergética. Yo hasta ese momento no la conocía” (Carla, sanadora de Sintergética).

La presencia de la Sintergética en los hospitales genera un impacto dentro de la cultura biomédica, la cual se caracteriza por presentar múltiples barreras a la hora de introducir nuevas visiones sobre la salud. De acuerdo a los entrevistados vinculados con

el quehacer biomédico, la instalación de la práctica de la Sintergética en recintos hospitalarios no ha pasado desapercibida entre los funcionarios y, si bien en algunos ha generado molestia, a otros los ha sensibilizado en visiones holísticas de la salud. De esta manera, ya sea a través de la molestia o de la aceptación, la Sintergética ha generado “ruido” dentro de los hospitales donde se practica:

“Yo pienso que se forma inconsciente o consciente, no sé, hay una energía de este grupo que va a los hospitales de sensibilizar sin querer al resto de los médicos, a mí se me ocurre que etéricamente se está haciendo como esta entidad que va a producir que cada vez más personas se vayan acercando a esto” (Ramón, sanador de Sintergética).

“Ha costado desde el ámbito médico que este tipo de medicinas complementarias entren, en la manera en que esté inserto ahí un pequeño granito de arena que vaya como creándose esta como vibración que empieza a tocar y por curiosidad la gente entra a una sanación, que vea, te fijas, yo creo que es un camino” (Antonieta, sanadora de Sintergética).

Esta instalación de la Sintergética en espacios hospitalarios ha generado un impacto no sólo entre los médicos y el personal alópata, sino también entre los usuarios de la medicina pública, tal como analizaré más adelante.

4.3.2. La Introducción de la Sintergética en el Hospital San José

La introducción de la Sintergética dentro del Hospital San José se ha desarrollado en un marco particular, el cual está vinculado a la consolidación del área de medicina integrativa de dicho hospital. La creación de esta área ha estado a cargo de la doctora Pilar, una mujer joven que se ha interesado en las medicinas alternativas y complementarias desde hace ya varios años, y ha estudiado y aplicado diversas terapéuticas en el sistema público de salud. Sobre su inserción dentro del Hospital San José, la doctora Pilar comenta:

“Estudié homeopatía, terapia floral, medicina china como un barniz, algunas técnicas de sanación con ángeles, y en uno de los talleres de trabajo con ángeles, de sanación con ángeles me encontré con un personaje que después supe quien era y justo coincidía con que estaba saliendo del Semda, y le dije sabes que necesito trabajo, tú sabes de algo? Si me dijo, justo estoy necesitando un médico general para el lugar donde yo trabajo, para la campaña de

invierno, y yo sin preguntarle mucho más le dije bueno, y dónde?, le pregunte, en el Hospital San José me dijo, soy director del CDT que es el centro ambulatorio. Cuando llegué con mi curriculum me dijo sabes que este cargo se tomó pero yo hace rato que quiero hacer un policlínico de medicina alternativa, y yo levanto mi dedo y digo “complementaria” y nunca me cansaré de explicarlo. Bueno, me dijo hazlo tú, así que organiza tu plan de trabajo y tienes 20 días para justificar tu cargo. Así que ahí me puse a trabajar en cómo pensaba hacerlo. ... al principio partí sola, el 2002, al principio el enganche para mis colegas médicos biomédicos, en un centro de diagnóstico y terapéutico ambulatorio del San José y para la población de la zona norte que son, yo te diría que cercana o más del millón de personas, entonces fue fuerte. Yo pensaba, atenderé a los pacientes cacho, yo era consciente que con los pacientes que los doctores no puedan más, a esos los voy a ver yo. Esto lo caché porque el director me dijo como puedo hacer que esto valga en el medio del sistema público, es sólo si tú me ayudas a descongestionar el sistema, porque tenemos la lista de espera famosa de la que la gente pobre se queja y que es verdad, o sea la gente literalmente se muere esperando. Entonces de qué manera la medicina alternativa, o complementaria, o integrativa, holística o como tú quieras llamarla ayuda a descongestionar el sistema, porque quienes son aquellos pacientes que congestionan el sistema son los pacientes con las 4 p: polisintomáticos, policonsultantes, polifarmacia y polipatología, o sea, muchas enfermedades. Y así me fui presentando por las distintas unidades, y al principio me costó porque partí sola y como dos años no tenía donde atender, yendo de un box a otro porque la unidad de medicina integrativa o complementaria que existe ahora no tenía antes una resolución legal y muchos menos espacio físico, ahora tiene la resolución legal y un espacio físico prestado, todavía no tenemos nuestro propio espacio como tal. La idea ahora es sacar lo que hemos hecho estos cuatro años a la luz y para que se cree la necesidad desde la comunidad y nosotros veamos lo importante que somos también” (Dra. Pilar, médico Hospital San José).

El testimonio de esta mujer deja entrever una concepción que existe en el entorno biomédico respecto a las medicinas alternativas y complementarias, donde éstas son percibidas como sistemas de apoyo para atender a aquellos pacientes a los que la medicina alópata ya no puede entregarles respuestas, es decir, pacientes terminales, polisintomáticos, crónicos, entre otros. La doctora entrega una visión particular del rol que cumplen las medicinas alternativas y complementarias dentro del quehacer biomédico, donde éstas tendrían la función de hacerse cargo de casos que son una suerte de “estorbo” para el sistema alópata, más que para que se desarrolle un trabajo conjunto entre ambos sistemas.

Sobre la recepción que ha tenido el área de medicina integrativa entre los médicos y profesionales de la salud del hospital, Pilar dice que ésta ha ido variando, en un comienzo, dice, habían muchas resistencias, bastante rechazo, mientras en la actualidad hay una mayor apertura y aceptación hacia el trabajo que ella desarrolla:

“Al principio recibí algunos apodosos como “la doctora del tibat”, “la bruja del tercer piso”, “la doctora chapatín”, bueno y otros pelambres que ya después hice oídos sordos. Pero era tal mi determinación que no me asusté, no me fui, un trabajo de limar mi orgullo y persistí, sobre todo con resultados, que si bien no estaba en estadísticas ni en publicaciones, si estaban en los pacientes que efectivamente estaban mejor. Lo que yo quería era devolverle las ganas de vivir y la esperanza al otro, yo creo que ese ha sido como el gran desafío, devolver la esperanza. Empecé con las terapias que hacía yo, una síntesis, al principio utilicé la homeopatía y el reiki, de hecho para el primer congreso de medicina complementaria que organizó el ministerio de salud y el colegio médico, hecho histórico total, el 2004, ahí comuniqué mis primeros resultados con 50 pacientes con las cuatro P, y los resultados para mi fueron más que buenos, sobre todo en términos de satisfacción del paciente porque a lo mejor no le quité la artrosis ni la diabetes ni el cáncer ni el VIH, pero la forma como miraban y asumían su propia vida y su propia enfermedad había cambiado la visión, y eso se notaba en una mejoría en su calidad de vida. Entonces a partir de ese momento se abrió una puerta más grande y dejé de estar sola. Ese para mí fue un hito, algo se abrió y en ese momento la gente empezó a decir yo te ayudo, aunque sea gratis. Y así empezó a llegar la gente, el equipo de reiki ya se consolidó, después llegó el equipo de la terapia floral, luego los imanes y luego la Sintergética. Fue como todo así super simultáneo” (Dra. Pilar, médico Hospital San José).

Los pacientes que llegan a las terapias integrativas que se ofrecen en el Hospital San José vienen derivados tanto por médicos del hospital quienes piensan que estas terapias son un buen complemento de los tratamientos alópatas (especialmente los casos que tienen que ver con traumatologías y salud mental), y pacientes del hospital que por propia voluntad de acercan a estas terapias porque las han escuchado a través de experiencias de familiares o amistades cercanas, o bien porque las han experimentado de manera particular y ahora buscan acceder a ellas a través del hospital. Sobre este punto la doctora Pilar sostiene:

“Están los pacientes que llegan porque me tocan la puerta, doctora yo quiero verme con usted, ¿cómo lo hago?”, o si no vienen los funcionarios, o si no de los doctores que cada vez son más, antes eran uno o dos, siempre con la connotación que “este paciente yo ya no me lo puedo más”, como un paciente

que nos mal enseñaron que debíamos tildar como HI, es decir, histérico, o VDM que es vieja de mierda, o cacho” (Dra. Pilar, médico Hospital San José).

Resulta interesante que, al igual que en las experiencias antes descritas (en las comunas de Pudahuel, Cerro Navia y Lo Prado; y en el Hospital San Borja Arriarán), la doctora Pilar sostiene que quienes más se acercan a estas terapias son las mujeres. Las razones que ella da para explicar este fenómeno tienen que ver con el hecho que este tipo de terapias apunta hacia una sensibilidad que es, dentro de la cultura chilena, más femenina, ya que se basa en aspectos en los cuales las mujeres han sido socializadas, como es el cuidado de los otros, la importancia de aspectos no fisiológicos dentro de la salud, etc.:

“(…) llegan más mujeres, mira para que un hombre vaya a consultar tiene que estar bien para el gato, hay mucha más conciencia de la necesidad de estar mejor o percibir los desequilibrios en la mujer, quizás porque tenemos diferentes roles, o sea si fuéramos solamente proveedoras no sé, pero al ser madres, hijas, hermanas, esposas, dueñas de casa, psicólogas, todo al mismo tiempo. Me encanta trabajar con las mujeres y yo al serlo también me genera un espacio de sanación personal” (Dra. Pilar, médico Hospital San José).

Con respecto a la llegada de la Sintergética al Hospital San José, la doctora Pilar la contextualiza dentro de este proceso de instalación de diversas terapéuticas dentro de la unidad desarrollada por ella al interior del hospital (área de medicina integrativa). Fue el mismo doctor César quien le solicitó a ella realizar Sintergética allí, ya que coincidía con sus intenciones de instalar esta terapéutica dentro de contextos de salud pública. Así, los jueves se comenzaron a ofrecer sanaciones de Sintergética dentro del CDT del Hospital San José, impartidas por el doctor César y un grupo de “sanadores” voluntarios que apoyan el quehacer.

4.3.3. Aproximación etnográfica a las sesiones de Sanación Sintergética en el Hospital San José



Tal como mencioné anteriormente, el grupo de Sintergética entrega sanación gratuita todos los días jueves en el Centro de Diagnóstico Eloísa Díaz del Hospital San José a pacientes que son derivados tanto por médicos del Hospital San José que son afines a la Sintergética, o bien a pacientes que llegan hasta ese lugar de manera independiente, ya sea por intermedio de algún conocido u otros medios.

La rutina de la sanación de los días jueves comienza alrededor de las 9:00 de la mañana, hora en que empiezan a llegar los voluntarios. A medida que la gente llega va incorporándose en la tarea de organizar el espacio: correr camillas, acomodar sillas, etc. También hay quienes llevan flores con las cuales, generalmente, se arma una especie de altar donde se acomodan dichas flores y se enciende una vela.

Los voluntarios que participan de la actividad de los días jueves son alrededor de 30 personas, aunque el número varía de semana en semana. La mayoría de las personas voluntarias son mujeres, de entre 40 y 60 años de edad. Los hombres que participan son menos, generalmente entre dos y cuatro, más el doctor César quien está a cargo del grupo. Se pide que todos los voluntarios, sean médicos o no, vistan un delantal blanco. Cuando solicité participar observando estas sesiones también se me pidió usar un delantal blanco, y cuando pregunté la razón de esto me dijeron que es para “uniformar” a los voluntarios de acuerdo a la lógica hospitalaria, es decir, todos los presentes debíamos vestir el “uniforme biomédico”. Esto, me explican, es para generar confianza en los pacientes y no entorpecer la labor del hospital.

Las sesiones comienzan con una meditación grupal a cargo del doctor César quien, a través de sus palabras, entrega un mensaje de armonización física y espiritual. Pide a las fuerzas energéticas de la naturaleza que entreguen al grupo sabiduría y fortaleza para poder sanar desde el amor a todos quienes lleguen a la sanación en busca de consuelo y bienestar. Esta meditación termina con un ejercicio de imaginaria, también guiado por el doctor César, el cual consiste en introducir diversos colores al cuerpo. Este trabajo es guiado a través de un lenguaje particular ya que las luces de colores que uno debe imaginar que van ingresando al cuerpo deben ir recorriendo los diversos órganos y sistemas, lo cual hace que esta parte de la meditación tenga un lenguaje peculiar que mezcla lo místico con aspectos técnicos-biomédicos. Cuando el doctor César no está, la meditación la realiza algunas de las personas que llevan más tiempo en la Sintergética, entre ellas destaca una doctora pediatra quien hace las veces de líder cuando el doctor César se ausenta.

Una vez finalizada la meditación, el doctor César (o quien esté a cargo) procede a leer la ficha “clínica” de la persona a quien se le realizará la primera sanación de la mañana. La información que contiene dicha ficha ha sido completada por alguien que hace las veces de secretario, y es la persona a quien los pacientes llaman para concertar su hora de sanación. En ese diálogo telefónico se le pregunta a la persona la razón de su visita, entre otros datos personales. Si el paciente ya ha estado antes en sanación, se lee en voz alta la ficha, la cual ha ido sumando información sesión tras sesión, y el doctor César pregunta a los presentes en voz alta cuál sería el tratamiento más adecuado para llevar a cabo con esa persona. Toda esta instancia recuerda a las rondas médicas de los estudiantes de medicina, cuando el médico a cargo va preguntando a los estudiantes sobre los tratamientos más adecuados para aplicar sobre los pacientes. Si a esto se le suma el hecho que todos los voluntarios visten un delantal blanco, más cercana se hace la analogía.

Terminado esto se hace pasar al paciente, quien se encuentra en la sala de espera fuera de la sala de sanación. Desde la primera observación participante que realicé en este contexto me llamó la atención la expresión que ponen todos los pacientes al entrar,

ya que se enfrentan a un grupo de alrededor de 30 personas vestidos de delantal blanco que los esperan. Esto rompe con la tradicional dinámica de consultas en el sector público de la biomedicina, donde obtener la atención de un especialista es ya un logro en sí.

El paciente es recibida primero por el doctor César (o quien esté a cargo de la sesión), quien lo mira a los ojos, le dice “bienvenido”, y le da un fuerte abrazo. Cuando las personas llegan por primera vez a recibir la sanación este abrazo los desconcierta, pero a las sesiones siguientes se puede notar que lo esperan. Luego, la persona se sienta sobre una camilla que está en medio de la sala. Todos los voluntarios rodean la camilla, algunos sentados, otros de pie. Nadie habla, sólo el doctor César o quien esté a cargo de la sesión, quien le pregunta al paciente por su estado de salud. Si la persona lleva varias sesiones de sanación le pregunta por la evolución de su estado, y si es primera visita le pregunta por todos los detalles de su padecimiento. En un principio, las personas que llegan por primera vez se muestran tímidas ya que son muchos los ojos posados sobre ellos, pero los voluntarios generalmente están con una sonrisa en sus caras lo que hace que los pacientes se vayan soltando. En general, los casos que llegan son casos de enfermedades terminales, o personas que han sido dadas de alta por la medicina alópata ya que no saben qué más hacer con ellos, pero que aún padecen malestares o dolores de diversa índole. Así, el perfil de pacientes que acude a la sanación Sintérgica va desde personas con cánceres muy severos y avanzados, hasta trastornos de personalidad, enfermedades crónicas, stress, depresión, problemas traumatológicos, entre muchos otros.

Al comenzar la sesión, mientras el paciente narra su historia, alguien del grupo de sanadores toma nota de todo lo que la persona va diciendo, completando así la ficha con nueva información. En esta ficha se narran los sucesos tal cual las personas lo cuentan, ya que todo dato es posteriormente interpretado por los sanadores. A las personas que llegan por primera vez se les pide que relaten resumidamente toda su historia de vida, desde cómo fue su gestación y parto hasta los últimos sucesos y acontecimientos, poniendo mucho énfasis en las etapas de nacimiento e infancia. Una vez que se completa la narración, y que tanto el doctor César como el grupo de sanadores voluntarios han

hecho preguntas para profundizar más en ciertos aspectos de la historia del paciente, comienza la sanación. La persona puede estar sentada en la camilla o bien recostada en ésta, dependiendo del caso que sea. El paciente debe cerrar sus ojos y se le pide que no haga nada, simplemente que se deje llevar por lo que ahí sucede. Generalmente en esta etapa, o bien un poco antes, se le toma el pulso a la persona, buscando siempre los tres pulsos propios de la medicina china. Además, se le pide a el/la paciente que muestre su lengua, procedimiento también propio de la medicina china a través del cual (junto con el pulso) se va diagnosticando a los pacientes. Todos estos procedimientos los voluntarios los han ido aprendiendo en los diversos cursos de entrenamiento que hay en Sintergética, los cuales son dictados tanto por el doctor César como por el equipo de médicos colombianos liderados por el doctor Jaime, quienes sistemáticamente vienen a Chile para dictar seminarios y cursos. Las personas que participan de dicho entrenamiento van adquiriendo niveles en Sintergética, los que se van sumando hasta completar su formación y ser calificados como “Sanadores de Sintergética”.

La Sanación Sintergética ha desarrollado una interesante tecnología para realizar sus tratamientos; utilizan un láser, a través del cual buscan equilibrar las energías de las personas. Este láser tiene diversas frecuencias e intensidades y es aplicado sobre distintos puntos del cuerpo de los pacientes. Además del láser, utilizan unos cristales que cumplen una función similar. Todo esto se va aprendiendo a utilizar durante los cursos de formación.

El láser se aplica sobre los pacientes una vez que éstos están en la camilla el doctor César. Él, más otras personas que hacen las veces de ayudantes, van pasando el láser por las distintas partes del cuerpo del paciente, y junto con este procedimiento van diciendo una suerte de oración, pidiendo por el restablecimiento de la salud de la persona. Llama la atención que junto con esto, el doctor César (o quien esté a cargo de la sanación) va también indicando en voz alta el recorrido por el cuerpo tanto del láser como de las luces o energías de colores que se aplican mediante imaginación. Aquel relato está basado en terminología estrictamente médica, lo que da como resultado una narrativa donde

confluyen aspectos esotéricos, religiosos y científicos. Es una extraña mezcla que se produce al interior de la sesión de sanación.

Mientras la persona a cargo de la sanación hace este recorrido por el cuerpo del paciente, todos los voluntarios mantienen sus manos extendidas y abiertas hacia el cielo y, con los ojos cerrados en la mayoría de los casos, van siguiendo de manera individual y personal la sanación de la persona. Es decir, acompañan a quien está liderando la sanación haciendo cada uno una propia sanación, lo que produce una suerte de murmullo en la sala ya que todos los voluntarios presentes repiten su propio “mantra” curativo. La duración de todo este proceso es variable, ya que depende de la gravedad de la persona que está recibiendo la sanación, pero generalmente dura entre 15 minutos y media hora. Una vez terminada la sanación, la cual se cierra con una oración dirigida hacia el universo y las fuerzas del amor, se le pide a el paciente que relate cómo se encuentra, qué sintió, momento en que todo el grupo escucha con mucha atención dicho reporte. Luego, la persona recibe un cálido abrazo de parte de quien está a cargo de la sanación, así como también de parte de muchos de los voluntarios presentes, y luego se retira. Una vez que el paciente se ha ido, el grupo conversa sobre la sesión, reflexiona sobre lo que ahí sucedió, y luego comienza todo de nuevo cuando se lee en voz alta la ficha del próximo paciente.

Todo este proceso dura hasta alrededor de las 14:00 horas, luego todos los voluntarios ordenan la sala y se deja tal cual como se encontró en la mañana, es decir, como un recinto netamente biomédico. Los presentes se despiden con cariñosos abrazos y cada quien sigue su camino hasta el próximo encuentro.

4.3.4. La Sintérgica desde la experiencia de los sanadores

En términos generales, para la mayoría de los sanadores que participan en los grupos de Sanación Sintérgica las medicinas alternativas y complementarias no son una novedad en sus vidas. Es más, muchos de ellos llevan practicándolas por años y, en varios casos, sus ámbitos laborales cotidianos están vinculados a estas prácticas. En este

sentido, el encuentro con la Sintergética ha significado para ellos un paso más dentro del camino que llevan recorriendo por las medicinas alternativas y complementarias, aunque uno especial, toda vez que caracterizan a la Sintergética como una síntesis de muchas de las técnicas y tradiciones terapéuticas aprendidas anteriormente y a eso le otorgan un enorme valor:

“Cómo llegue yo, anduve divagando primero por holografic patens, no sé si lo has escuchado, es una terapia de reprogramación de patrones inconscientes, ahí fue la primera vez que yo me encontré con esta herramienta maravillosa, la respuesta de un ser humano, ahí usamos la respuesta en vez del pulso pero es lo mismo porque tu mides en ti la respuesta de la otra persona, y fue muy lindo para mi, muy sanador, yo me empecé a hacer un tratamiento para mi, después empecé a hacer los talleres, empecé a trabajar en eso (...) luego me llegó el reiki de regalo y así como me llegó el reiki me cambió la vida, o sea el reiki también fue para mi algo más grande que yo, diría que es mío también, sentí que el reiki era para mi y que yo era del reiki; y luego fui a unas constelaciones familiares, constelé, fue hermoso eso, ese proceso, y ahí me encontré con Sintergética porque ahí me pasaron un set de discos de Jaime y desde ese día la Sintergética entró en mi vida” (Beatriz, sanadora de Sintergética).

“Cómo llegué a la Sintergética, en realidad fue por una profesora que trabaja conmigo (...) y por algunos amigos míos (..), no me resonaba mucho digamos, y hablaban de los cristales y de los filtros (...), y yo fui en esa época, de esto hace unos seis meses u ocho tal vez, fui a las charlas, una clases que habían en la calle Portal y de verdad que me sentí como entrando en la escuela de Harry Potter, yo decía “pero por favor”, cuando hablaban del cuatro rayo, del quinto rayo y no se qué, eh, yo diría que tal vez el 2% de lo que escuché algo pude asociar con temas del trabajo nuestro como el naturismo, métodos naturales de salud, la nutrición natural y los masajes, como cosas muy de tierra, muy de tierra, de acá, de elementos naturales, y por ahí algo captaba y me sentía tan feliz porque algo captaba y después nada, yo tomaba nota de algunas cosas, de otras preguntaba y así fueron pasando los meses, la verdad es que era poco lo que captaba pero algo me hacía permanecer (...), y entendí un poco más y qué sé yo, y ahí empecé a ir al hospital” (Isabel, sanadora de Sintergética).

De esta manera, es posible apreciar que existe un gran manejo por parte de los sanadores con respecto al mundo de las medicinas alternativas y complementarias y, por lo mismo, esto deja entrever que los propios itinerarios terapéuticos de los sanadores han sido muy variados en este campo, lo que hace que manejen códigos de las más diversas disciplinas en esta área. Lo interesante de la Sintergética es que permite que todos esos conocimientos adquiridos sean incorporados, es decir, no busca imponer

una forma de “hacer salud”, sino que aglutina saberes de diversas terapéuticas, aspecto que la hace muy interesante y atractiva para muchas personas. Por esto mismo uno de los aspectos que más valoran los sanadores de la Sintergética es la flexibilidad que ésta otorga ya que, sostienen, es una práctica terapéutica que permite incorporar diversos sistemas médicos e ideologías dentro de su quehacer, lo que es percibido como un elemento muy positivo, toda vez que invita a la inclusión. Además, los sanadores sostienen que la Sintergética permite la incorporación dentro de las prácticas de sanación de personas que no necesariamente estén en la formación en Sintergética, ya que lo que más se valora es el hecho que los voluntarios tengan ganas de sanar, de entregar amor, de participar del grupo, más que poseer conocimientos avanzados en Sintergética:

“Yo no he hecho ningún curso con Jaime, los he escuchado todos en el CD, he llegado de distintas maneras pero estoy conectada” (Claudia, sanadora de Sintergética).

Un aspecto interesante es que la mayoría de los sanadores entrevistados sostiene que la Sintergética es un espacio que propicia la complementación de las medicinas alternativas con la medicina alópata. Esto es visto por ellos como una oportunidad, sobre todo para aquellos que profesionalmente provienen de distintas ramas de la biomedicina, ya que dicen que la Sintergética les permite incorporar dentro de su quehacer una nueva perspectiva respecto a la salud y la enfermedad. Esto a la vez conlleva una serie de cambios en el modo de comprender la salud, de abordar al ser humano y la vida en general, lo que muchas veces acarrea entre los profesionales biomédicos que están en Sintergética una sensación de estar “desestructurándose” con respecto a la cosmovisión que manejaban hasta la fecha, es decir, la cosmovisión alópata:

“En marzo empecé con el primer taller, en el segundo taller, el primer taller para mi fue catastrófico, tengo que reconocer que me sentía absolutamente desubicada, sentí que me intentaron desestructurar, no me gustó para nada pero fue así, así que salí desesperada y dije “César, que es esto, que pasó acá, no entendí nada”, que bueno me dijo, entonces en vez de decir no te preocupes, se te va a pasar me dijo “que bueno, si de eso se trata, que salgas de tus esquemas y tu estructura”, entonces al segundo taller ya me atreví y llegué con menos

corazas, llegué con las orejas distintas a escuchar y a tratar de enfocar” (Luz, sanadora de Sintergética).

La complementariedad que fomenta la Sintergética entre la medicina alópata y las alternativas y complementarias no sólo es valorada por las personas vinculadas a la biomedicina que se han incorporado en esta terapéutica, sino también entre aquellos “sanadores” que provienen del mundo de las medicinas alternativas y complementarias, o bien de otros espacios no alópatas:

“Yo llegué a la Sintergética más que nada buscando un acoplamiento de cosas, yo trabajo con medicinas complementarias hace mucho tiempo, me formé en Holanda y trabajé un buen rato con enfermos de Sida, pero siempre he tenido como mucho respeto de la parte médica sin sentir que ni una ni la otra cosa es la verdad absoluta. Este encontrarme con la Sintergética fue como al fin sentir que hay un acoplamiento a nivel de sanación” (Silvia, sanadora de Sintergética).

De esta manera, la Sintergética se presenta como una oportunidad para todos aquellos que buscan complementar su quehacer en medicinas alternativas y complementarias con la medicina alópata y viceversa, es decir, profesionales biomédicos que buscan abrirse a otras tradiciones terapéuticas para incorporarlas dentro de su quehacer en salud; o bien personas vinculadas a otros sistemas médicos pero que le otorgan valor y confianza a la biomedicina y, por eso mismo, prefieren la complementariedad de los sistemas.

Muchos de los sanadores entrevistados sostienen que para que se produzca una eficaz introducción de la Sintergética dentro de los espacios biomédicos, es necesario que ésta se mimetice en ciertos aspectos con la práctica alópata ya que esto otorga mayor confianza a los usuarios del sistema público de salud. Esta “mímesis” pasaría, de acuerdo a alguno de los testimonios, por el uso del delantal blanco, es decir, por igualar la estética de la Sintergética a la de las prácticas alópatas, lo que implica que los usuarios inmediatamente reclamen de ésta los mismos elementos que reclaman del quehacer biomédico:

“Lo mejor es ser este puente y tomar los lugares oficiales donde oficialmente se practica la medicina alopática y que inspira seguridad al paciente que va ya

que va a una sala de hospital, lo va a recibir un médico y todas las personas están de blanco, que no sabe si somos médicos, enfermera, matrona o qué somos, pero el estar de blanco significa que nos ponemos, nosotros nos igualamos al lenguaje que tiene la medicina alopática y que es la mejor entrada, la bienvenida para una persona, para que llegue con confianza” (Samuel, sanador de Sintergética).

Esta simbólica que conlleva el delantal blanco, donde se le asocia al médico alópata y a la medicina oficial, es percibida por muchos sanadores como un recurso que otorga autoridad y, por ende, lo buscan:

“Así como los niños le tienen miedo al delantal blanco, el adulto le da la autoridad y dice ah, aquí sí” (Macarena, sanadora de Sintergética).

“Yo lo entiendo como un ritual, yo siento que el ser humano de una u otra forma vive en función de rituales y el que nos reunamos en un hospital tiene que ver porque la gente va a un hospital a buscar salud y el que nos vistamos de una manera, que estemos todos más o menos de blanco también tiene una razón de ser, yo lo veo así” (Carla, sanadora de Sintergética).

La observación participante realizada me permitió concluir que se produce una suerte de transformación en los voluntarios al ponerse el delantal blanco. Al hacerlo, pareciera que asumen una postura de autoridad como si el delantal los dotara de un poder del cual carecieran al estar sin él. Si bien, tal como he mencionado, la disposición corporal y expresiva de los voluntarios es cálida y afectiva (lo que marca una diferencia con respecto a los agentes biomédicos), igualmente se produce un cambio con el uso del delantal ya que éste marca una diferencia entre quienes poseen el conocimiento de la Sintergética, y quienes no.

Otro aspecto que destaca es la manera en que los grupos de sanación o sesiones de sanación que se desarrollan los días jueves en el Hospital San José se han convertido para muchos de los voluntarios que participan en ellos en un espacio crucial en sus vidas, y que cumple múltiples funciones, entre ellas les otorga la posibilidad de realizar un servicio a la comunidad:

“Hacía un voluntariado de reiki y cuando vino Jaime al primer módulo del segundo nivel algo sucedió, yo tomé la determinación que iba a empezar a ir a sanación los días jueves, justo en ese momento había terminado un

voluntariado que estaba haciendo de reiki y me quedaba un espacio, se dio perfecto así que empecé a ir los jueves y eso ha sido lo más hermoso que he hecho en realidad” (Andrea, sanadora de Sintergética).

Además, dicen que es un espacio formativo ya que ponen en práctica aquello que han ido aprendiendo teóricamente a través de los seminarios y módulos de la formación en Sintergética:

“Para mi las prácticas del San José fueron fundamentales primero para entender los módulos que nos iban dando porque muchos de los temas me siguen desestructurando, muchas cosas no me quedan tan claras, entonces en el hospital con la práctica si me he dado cuenta que se me han ido aclarando poco a poco el accionar, como entrar por el lado de la historia los septenios, el protocolo, la frecuencia, todo lo que meten de una vez y que uno no ha escuchado en ninguna parte, bueno, para mi ha sido fundamental porque me aclaró, me va despejando conocimientos la práctica del San José” (Luz, sanadora de Sintergética).

“Considero que la sanación es el espacio real donde uno aprende, donde toma contacto con lo que es la Sintergética, porque yo había estado un año haciendo los niveles, había estado estudiando porque yo soy bastante estudiosa en realidad, cuando tengo tiempo siempre cojo los libritos, cojo los discos y escucho, pero realmente el día jueves es el que le da a uno ese contacto verdadero en el trabajo, en el paciente, en el estar ahí, el sentir, el dar y recibir todo a la vez en un solo acto, y bueno ahora me siento así más integrada, más Sintergética en el fondo, o sea ya no lo veo como aprender un poquito más, tener más conocimiento para mi práctica del reiki, sino lo veo como una posibilidad de trabajo, no sé cómo pero si como una opción a futuro, estoy feliz” (Regina, sanadora de Sintergética).

Llama la atención este aspecto formativo de las sesiones de sanación ya que es ahí donde se aprende y practica la Sintergética, es donde los sanadores menos experimentados se atreven a sanar, es decir, se “tiran al agua” en el ámbito de la sanación. En este sentido, los entrevistados sostienen que la sanación se aprende en la práctica y los grupos de sanación son, al parecer, el medio propicio para dicho aprendizaje. Este apoyo por parte del grupo lo sienten tanto cuando realizan sanaciones dentro del grupo, así como cuando las hacen fuera de éste de manera individual. Relatan que cuando se encuentran haciendo una sanación individualmente siempre invocan al grupo para que éste los acompañe a la distancia. En este sentido, la noción de “grupo”

adquiere una relevancia crucial y se constituye en una suerte de comunidad para quienes participan de él:

“Me ha dado la oportunidad de agarrar alas, esa fue una herencia que heredé gratuitamente, le debo agradecer a César que fue quien me tiró al agua como fuera, al tercer mes que yo estaba yendo a reemplazarlo, me tiraron al agua, chao, partí y me tiraron a hacer sanación, me dio un poco de alas el que yo fui a Colombia pero bueno, esa fue una cosa que me dieron alas para partir porque si no, no me habría atrevido a partir en realidad y lo otro que ha sido, nos ha dado la oportunidad de atrevernos afuera en la parte privada porque también nos dio esos aires” (Paz, sanadora de Sintergética).

Esta comunidad funciona en la práctica de la Sintergética y, a la vez, culmina allí, ya que una vez terminadas las sesiones de sanación cada quien retoma sus quehacer cotidianos:

“Yo creo que el poder del grupo es impresionante, no sé si se habrán dado cuenta pero hay un momento en que hay un calor adentro, no es un calor de calor, como de verano, no, es un calor energético, tú me tocas a mí y tengo las manos frías pero hay un calor maravilloso” (Claudia, sanadora de Sintergética).

Otro de los espacios donde se constituye la noción de comunidad son los grupos de monitoreo, ya que ahí también se genera un espacio de pertenencia, de identidad colectiva y de sentido para quienes participan en ellos, comunidad que se reactualiza a su vez en los grupos de sanación que se desarrollan en los hospitales:

“Fue muy inteligente de César, esto de originar estos grupos de monitoreo, a mi me parece que eso fue clave y fundamental para que esta cosa no se desinfle y no pierda la coherencia, no pierda la hilación para que en el siguiente taller sigamos tan entusiasmados todos, eso a mi me pareció clave porque somos un grupo cohesionado, unido” (Carla, sanadora de Sintergética).

De esta manera, en los grupos de monitoreo se van creando lazos afectivos fuertes entre quienes lo componen, fomentando así la noción de pertenencia. Incluso algunos llaman a esta instancia como “familia”:

“Estos grupos, yo creo que esa va a ser la herramienta fundamental para que esta cosa no se pierda, no se desperdigue en los típicos y clásicos talleres y cursos de qué se yo, terapia floral donde cada uno después se individualiza en su accionar y chao con el grupo, en cambio acá está teniendo como un enfoque que

tiene una proyección trascendente que es para hacer la aplicación en los hospitales y eso significa ir a abrir más grupos, ver más pacientes, tener un accionar que va a hacer así estructurado y potencialmente quien sabe para donde, eso me gusta a mi porque es como una familia” (Carla, sanadora de Sintergética).

Un aspecto a destacar es la identidad particular que esta comunidad ha desarrollado, la cual se construye a partir de una diferenciación con respecto a las otras maneras de practicar la salud, tanto biomédicas como alternativas y complementarias. En la Sintergética la identidad se construye desde la noción de fusión, de síntesis entre aspectos de la biomedicina con otros saberes terapéuticos, aún cuando las personas que participan de esta identidad no tengan mayores conocimientos respecto a ninguno de los saberes antes nombrados, o bien sólo a alguno de ellos (ya sea alópata u otro no biomédico). El lenguaje juega un rol crucial en la construcción de dicha identidad, así como también la disposición corporal. En este sentido, hablar utilizando el lenguaje de la Sintergética (el cual es un lenguaje en si mismo ya que, como mencioné anteriormente, integra conceptos alópatas con imaginaria, nociones de la medicina china, y otras categorías que han sido “inventadas” por ellos) y moverse de acuerdo a la Sintergética (saber utilizar el cuerpo de manera correcta para realizar las sanaciones: poner las manos en posición correcta, entre otros aspectos) es parte crucial en la construcción de la identidad Sintergética y para la incorporación dentro de dicha comunidad. Es así como las sesiones de sanación son los rituales desde donde se construye la identidad Sintergética, ritual que conlleva códigos específicos los cuales se componen de elementos provenientes de diversas tradiciones terapéuticas, mediados en parte por la biomedicina.

4.3.5. La Sintergética según los usuarios

Tal como mencioné anteriormente, los usuarios de Sintergética llegan a esta terapia por diversas vías, una de ellas es la derivación por parte de médicos del Hospital San José. Si bien no son muchos los médicos que derivan a esta terapia (así como a las otras terapias integrativas que ofrece el hospital), sí existen algunos médicos que se interesan por estas opciones terapéuticas. El perfil de usuario que más es derivado por

parte de médicos del hospital son mujeres que padecen problemas de salud mental (depresión, ansiedad, stress); o pacientes hombres y mujeres con enfermedades crónico degenerativas frente a las cuales la biomedicina no tiene soluciones que entregar. Por otra parte, existe un número importante de usuarios que llegan por otras vías, es decir, que no son pacientes del Hospital San José pero que se han enterado de esta sanación por diversos canales (amigos, familiares, medios de comunicación, entre otros), y se han acercado para pedir una hora. Los pacientes del hospital tienen prioridad para ser atendidos por esta terapia, aún así siempre se les hace un espacio a quienes no son pacientes del hospital.

Generalmente, las personas que no son pacientes del hospital y que llegan a la Sintergética son casos extremos, es decir, personas con enfermedades terminales o cuadros muy severos que no han podido ser diagnosticados o curados a través de la biomedicina. Tal es el caso de Gustavo, un hombre con un cáncer terminal quien, frente a su angustiada situación, decidió acercarse a la Sintergética con el fin de encontrar en ella, más que una cura a su enfermedad, paz para poder morir en tranquilidad:

“¿Cómo llegué a la Sintergética? Fue en calidad de enfermo, angustiado, en el sentido que tenía un diagnóstico terminal por la medicina alopática y que me ofrecía cosas muy concretas, pero con pocos resultados ¡que era la quimioterapia frente a un cáncer terminal! Frente a eso, y al ver las estadísticas que tenía la medicina común y corriente, que eran abismantes, decidí tomar otras medidas frente a la cosa. Más que el hecho que uno se salva o no se salva, es comprender el proceso y además no sufrir, porque si tú comprendes el proceso hay menos sufrimiento. Frente a eso y por azar llegué a la Sintergética” (Gustavo, usuario Sintergética).

Con respecto a las razones por las cuales Gustavo decidió buscar terapias no alópáticas, sostiene que en gran medida esto se debió al tipo de atención que se recibe por parte de la biomedicina: una atención fría, impersonal, que poco puede aportar en términos cualitativos en la calidad de vida de enfermos terminales. Por esto mismo, él decidió buscar una alternativa que denomina como más “humana”, en el sentido que lo importante, más que la recuperación de la salud en sí, es el sentirse visto, reconocido por el terapeuta:

“El diagnóstico alopático no es nada, es una cuestión fría, impersonal, que te muestran curvas de sobrevida, no hablan de la persona, hablan de las estadísticas y los estudios, y no le gusta al médico hablar de algo que él no puede manejar tampoco, entonces te dicen que van a ver, que van a probar, que la cosa es complicada, pero nada, ni sí ni no. Aquí en cambio es distinto, aquí me ven, me siento querido, y eso en sí ya me mejora” (Gustavo, usuario Sintergética).

Esta impresión de Gustavo, de sentirse validado por parte de quien ofrece la sanación Sintergética, es compartida por otros entrevistados. Tal es el caso de Matilde, una joven que llegó a la Sintergética por problemas emocionales. Ella rescata de la experiencia con esta terapia el haberse sentido comprendida, acogida por los terapeutas:

“Uf, como que sentí que por fin alguien se ponía en mi lugar y no sé si sentían lo que yo estaba sintiendo pero era heavy, era super lindo, salí feliz” (Matilde, usuaria Sintergética).

En este marco, llama la atención el que uno de los aspectos que más rescatan los usuarios de Sintergética es, más que la posibilidad de curación en sí misma, el poder acceder a un espacio donde se sienten vistos, acogidos, validados en su dolor. Esto, en contraposición con la atención alópata, a la que, en términos generales, califican como fría, impersonal, y a los médicos alópatas como personas con escasa capacidad de ponerse en el “lugar del otro”:

“...su forma de ser, esa gente como que te acoge, te abraza, te da besos y eso me gusta. Es que yo me siento tan bien ahí, ni en mi casa me siento así, me gusta estar ahí, es como un apoyo, yo no siento que cuando voy es una cosa de terapeuta paciente, es una relación en la que tú puedes hablar con la persona, y de cosas íntimas” (Clara, usuaria Sintergética).

“Mira, la primera vez, suponte tú, igual un poquito nerviosa al principio, pero después me siento como super apoyada, sentía como todo el apoyo. Y después, cuando se ponen a hacer, no sé cómo se llama lo último que hacen, ahí es como que todos estuvieran poco menos ahí abrazándote o tocándote” (Carolina, usuaria Sintergética)

Al igual como ya he mencionado en los casos anteriores, la gran mayoría de los usuarios de Sintergética también tienen alguna experiencia previa ya sea con medicinas

alternativas o complementarias, o con terapias de medicina popular o indígena. Llama nuevamente la atención este tema, ya que los usuarios son preferentemente personas de escasos recursos que acuden a la salud pública chilena, pero aún así son personas que no están al margen con respecto a lo que sucede en los ámbitos de las terapias alternativas y complementarias de las cuales se enteran principalmente a través de los medios de comunicación. Así entonces, cuando llegan a la Sintergética, es común escuchar en sus relatos la creación de una suerte de síntesis cultural en materia de salud, donde las personas procesan la información que reciben por parte de los terapeutas de Sintergética (es decir, información sobre sanación a través de energía, láseres que transmiten colores sanadores, centros energéticos del cuerpo, etc.) desde los códigos que han aprendido tanto de la información recibida por distintas medicinas alternativas y complementarias (a través de los medios de comunicación y otras vías), como por otras tradiciones terapéuticas, principalmente populares. Todo esto, al igual como lo mencioné en los casos anteriores, lo significan desde el gran concepto de “medicina natural”, categoría que sirve para aglutinar todas aquellas experiencias terapéuticas que operan al margen de la biomedicina y que, por lo general, se construyen en oposición a ésta, principalmente en lo que respecta a la ingesta de medicamentos farmacéuticos y a la relación médico-paciente:

“Es que yo por mucho tiempo estuve yendo al psicólogo, al psiquiatra, y ya como que estaba buscando otro tipo de medicina, cachai, ya estaba aburrida de las pastillas y de todo porque yo con las pastillas me iba al chanco, cachai, a veces no medía” (Nathaly, usuaria Sintergética).

“Yo he ido a hartas cosas, desde curanderos hasta esto donde mejoran con la energía. Y eso que acá son médicos, pero es distinto porque esto es natural. Siempre estoy buscando cosas nuevas, cuando me dicen que hay alguien que sana para allá parto porque la medicina no mejora, enferma, a veces hay que ir no más porque no queda otra, pero yo trato de evitarlo porque es mucho el remedio que dan, mucho, demasiado, y además uno se siente peor. Aquí en cambio no, es puro amor, igual que toda la medicina natural que es otra cosa, y la gente escucha, escucha todo lo que uno tenga que decir, eso es bonito” (Rosa, usuaria Sintergética).

De esta manera, se puede apreciar que la experiencia de la Sintergética en el Hospital San José opera para los usuarios de ésta (al igual que para los usuarios de las

experiencias anteriormente narradas) bajo la misma lógica que otras opciones terapéuticas que operan en oposición a la biomedicina (medicina popular, indígenas, etc.). Es curioso el hecho que, si bien la gran mayoría de los usuarios sostiene que rechaza de la medicina alópata sus procedimientos y el trato que brinda a los usuarios, llama la atención la gran acogida que tiene el hecho que estas terapéuticas se estén implementado al interior de recintos biomédicos y, más particularmente, recintos públicos de salud. Esto porque aunque en el discurso muchas personas rechazan a la medicina alópata, pareciera ser que ésta aún otorga confianza y credibilidad en materia de salud. En este sentido, el apoyo que recibe la instalación de terapéuticas de medicinas alternativas y complementarias e indígenas al interior de recintos biomédicos no pasa sólo por un tema de hacer más accesible estas terapias a las personas en términos de costo, sino que también conlleva el hecho que las personas sienten más confianza respecto al tratamiento que están recibiendo:

“Yo creo que nuestra cultura occidental, donde la medicina oficial entre comillas es la medicina alopática y se trata en hospitales, creo que los pacientes, que de alguna manera somos todos, lo que nos está pasando tal vez es que o bien vamos a un médico o paralelamente vamos a un sanador o terapeuta, o a veces combinamos los dos pero la mayor parte de la gente todavía van al médico alópata (...), yo creo que para que las personas asocien una sanación con curación se tiene que dar en un hospital, e incluso ser recibido por un médico. Tengo la sensación que ese es el mejor nexo para que seamos apreciados y elegidos por las personas, porque hay gente que yo puedo decirles mira, yo te puedo hacer masajes, qué se yo, y una persona a lo mejor está con temas de estreñimiento y si yo la trato con masajes y con medicina naturista yo sé que la puedo ayudar mucho, pero ella todavía yo siento que no se convence, porque tiene que ser un médico el que va a recomendar a lo mejor un laxante, no lo sé, yo veo que no es todavía el momento que ella vaya directamente a que se le solucione su problema de colon sin que un médico opine, por lo menos opine, y eso todavía pasa en la mayoría de la población” (Carla, sanadora de Sintergética).

Así, si bien existe un discurso muy duro y crítico con respecto a la biomedicina, por otra parte las personas sostienen sentirse seguros en los espacios biomédicos. Esto hace aún más interesante la temática, ya que se construye un discurso paradójico donde, por un lado, hay una negación de la medicina alópata y, por otro, una aceptación de terapéuticas no alópatas pero al amparo de la biomedicina:

“El hecho que esté acá en el hospital me gusta, porque es novedoso y porque me da seguridad, porque no es lo mismo ir donde cualquier persona que sana por ahí que venir acá al hospital porque si esto se está dando acá en el hospital tiene que ser porque es bueno, de otra manera no lo permitirían. Es que los hospitales son serios y no dejan que se haga cualquier cosa” (Roberto, usuario Sintérgica).

Por último, otro aspecto que aparece mencionado por los usuarios de Sintérgica (al igual que en las experiencias antes analizadas), es la centralidad de la “fe” en tanto mecanismo de sanación. Al igual que en los casos anteriores, los usuarios de la Sintérgica rescatan la fe como un elemento central para que la terapéutica funcione, es decir, destacan la necesidad de llegar a la sanación con fe, creyendo en ella, si no, sostienen, no puede haber resultados positivos:

“Es la fe, es la fe en esto lo que me sana, porque si no creo cómo me va a sanar? Además que es algo espiritual, no tiene que ver con mi cuerpo solamente, es con mi alma con la que trabajan, por eso mismo es más fácil tener fe en esto” (Adelaida, usuaria Sintérgica).

Aparece, entonces, como tema central la noción de eficacia simbólica de Levi-Strauss, la cual, en el caso de la Sintérgica, está presente tanto entre los usuarios de esta terapéutica, como desde los terapeutas. Tal como sostiene el doctor Carjaval:

“Lo que es terapéutico en el seno de una cultura puede no serlo en el seno de otra, pero al fin y al cabo el que tú creas en el láser o creas en una molécula o creas en un ritual es lo que le da el valor terapéutico también, tu creencia, no es sólo tu composición genética” (Jorge, médico creador de la Sintérgica).

La noción de eficacia simbólica otorga un marco desde el cual comprender el discurso de la gran mayoría de los usuarios de la Sintérgica, donde el concepto de “fe” adquiere una centralidad, así como la idea de “creer” en la terapia. Estas categorías son los pilares que sostienen la experiencia narrada por los usuarios de esta terapia, y es desde este análisis simbólico desde donde se puede comprender el rol que cumplen las alternativas terapéuticas que están presentes hoy en día en el sistema público de salud en Chile.

CAPÍTULO V. ETNOGRAFÍA: EL MERCADO Y LOS NUEVOS ESCENARIOS DE LA SALUD EN CHILE

Entre las instituciones clave involucradas en los procesos de medicalización convergen el modelo médico, el Estado, el mercado, los medios de comunicación, y la industria químico-farmacéutica, entre otros; y todos generan dispositivos diversos para el control del cuerpo apoyándose en las nociones de riesgo y de calidad de vida.

Este proceso de medicalización se puede presenciar a diario (al menos en Chile), donde los individuos están constantemente invadidos por una “oferta de salud” proveniente de diversas fuentes. Además de la influencia que se recibe por parte de agentes externos, la salud y la enfermedad están cada vez más presentes en las conversaciones cotidianas⁶⁷, y las rutinas diarias de las personas incluyen más y más visitas a instituciones de salud (tanto formales como informales), ya sea para resolver algún problema de salud propio, o bien de algún familiar o cercano. La visita a estos centros es tan masiva que una enorme cantidad de comercio de los más diversos productos se ha instalado en los alrededores de estos recintos, haciendo eco de la demanda que allí se produce. Alimentos, ropas y todo tipo de suvenires son ofrecidos para quienes visitan a un pariente enfermo o para quienes tienen que pasar largas jornadas en estos espacios. Basta recorrer los alrededores de hospitales y centros de atención primaria de la salud pública para observar cómo el consumo se ha instalado en el área de la salud, convirtiéndola a ésta misma en un producto de iguales características.

El sector privado de salud, por su parte, está creciendo a una velocidad abismante en el país. Por un lado, hay una enorme cantidad de centros médicos y clínicas privadas nuevas, las cuales han surgido en los últimos años, por otro, se está produciendo una constante ampliación de las instituciones ya existentes. Los dueños de la gran mayoría

⁶⁷ Este tema no es nuevo ni propio de las sociedades actuales. Diversos datos etnográficos dan cuenta de la centralidad de los procesos de salud/enfermedad en las conversaciones de diversos pueblos y culturas. Así, por ejemplo, en un estudio realizado por Frake (1961) entre los Subanun, se sostiene que la enfermedad constituía el tercer tópico de conversación más común entre los miembros de esta etnia (Hahn, 1995).

de estos nuevos centros y clínicas privadas son las Isapres, las cuales ofrecen una promesa de tecnología y “modernidad”, tanto a través de la estética de los recintos, como a través de la diversidad de opciones de tratamientos, entre otros elementos.

En este contexto, pareciera que la salud se ha tomado la escena pública, transformándose en uno de los pilares fundamentales de las sociedades contemporáneas a través de una promesa de larga vida y buen vivir constantes. Para que esta omnipresencia de las instituciones de salud sea posible y se sostenga, ellas (en alianza con otros actores) construyen una constante patologización de los cuerpos. Así, año a año es posible presenciar la conceptualización de nuevas enfermedades, se construyen nuevos miedos en relación al cuerpo que la población busca mitigar a través de chequeos médicos, exámenes de laboratorio, consumo de medicamentos, etc. Niños, adolescentes, adultos y ancianos se ven constantemente expuestos a nuevos desafíos en materia de salud, toda vez que las fronteras entre lo sano y lo patológico se modifican velozmente, haciendo que los sujetos se enfrenten a nuevos escenarios de definición de enfermedad de los cuerpos. En este contexto, momentos del ciclo vital que hasta hace pocos años eran asumidos como etapas normales de la vida, hoy son patologizados por la biomedicina. Esto, en el marco de modernidad líquida, donde, de acuerdo a Bauman, la salud se ha transformado en un ámbito móvil, en el cual las certezas desaparecen y lo que hasta hoy se consideraba “normal” puede rápidamente entrar en la esfera de lo patológico y ser blanco de la inminente intervención médica (tanto biomédica como de otros sistemas de atención de la enfermedad):

“El status de toda norma -incluyendo la de la salud- se ha convertido, bajo la égida de la “modernidad líquida”, en una asociación de posibilidades indefinidas e infinitas, lo que lo ha tornado vacilante y frágil. Lo que ayer se consideraba normal y satisfactorio hoy puede resultar preocupante y hasta patológico, y requerir una cura. En primera instancia, los nuevos estados del cuerpo se convierten en una legítima razón para una intervención médica... y las terapias médicas en oferta tampoco dejan de renovarse todo el tiempo” (Bauman, 2002:85).

Es así como el mercado de la salud -principalmente a través de la industria químico-farmacéutica-, ha jugado un rol central en la irrupción de las políticas de vida

en la esfera de lo público, convirtiendo en patologías estados del cuerpo y la mente que hasta hace sólo algunas décadas eran considerados “normales”. Ejemplo de esto (entre muchos otros que se podrían nombrar) es la actual patologización del ciclo vital masculino a través de la denominada andropausia, la que vendría a ser el equivalente de la menopausia femenina. Como sostienen Moynihan y Cassels:

“Las estrategias de marketing de las más grandes empresas farmacéuticas se dirigen ahora a los sanos de manera agresiva. Los altibajos de la vida cotidiana se han vuelto desórdenes mentales, las quejas más comunes se han convertido en afecciones terribles, y cada vez más personas comunes se transforman en enfermos” (2006:8).

Los medios de comunicación de masas juegan un rol central en este proceso de medicalización, ya que van relatando diariamente cuáles son las nuevas enfermedades y las amenazas que acechan. En la televisión, por ejemplo, abunda propaganda donde aparecen supuestos médicos (a los que se les asigna dicho rol por el uso de un delantal blanco), promocionando algún producto farmacéutico o tratamiento específico. En este contexto, las personas buscan salud a cualquier precio y a través de distintas vías. Búsqueda que involucra a sistemas de salud oficiales a través de la medicina alópata, y también sistemas paralelos como las medicinas indígenas, populares, alternativas y complementarias, opciones que surgen con fuerza en los escenarios de inseguridad que fomentan los diversos medios. Frente a esto, los individuos ya no confían en una sola opinión experta, sino que buscan múltiples interpretaciones para sus padecimientos. Así, por ejemplo, en Chile en las últimas décadas han surgido una serie de centros de salud alternativos y complementarios, los cuales albergan las más diversas tradiciones terapéuticas, desde tradiciones académicas milenarias como la medicina china o ayurvédica, hasta sistemas nuevos que nacen como una síntesis de diversas tradiciones. En el caso de la medicina china existe ya una importante tradición de esta medicina en el país, se han instalado centros de formación en el que estudian personas interesadas en ejercer como sanadores aplicando acupuntura u otra técnica específica de este sistema médico. Pero además, hay en el país médicos chinos con muy buena reputación, los que son visitados por una amplia gama de tipo de personas: quienes sólo se tratan a través de medicinas holísticas, personas que habitualmente buscan en forma paralela

tratamientos alópatas y alternativos como una manera de complementar la eficacia de las terapias, quienes no confían en estas medicinas pero algo o alguien los incita a probar (amigos, familiares, etc.). Esta mezcla de usuarios es la que pude observar en la sala de espera de un médico chino de gran renombre en Chile, quien además ha formado a un médico alópata en la medicina china, médico que trabaja con él y quien ha incorporado además medicina energética dentro de su quehacer, mezclando de este modo la medicina china (conocimientos que ha recibido directamente del médico chino) con otras tradiciones terapéuticas de las llamadas medicinas complementarias. Llama la atención la manera en que ha aumentado el número de visitas a estos dos médicos en los últimos años, así como el número de alumnos que tienen en sus cursos de formación.

Asimismo, la oferta en torno a otras terapéuticas ha aumentado también fuertemente en el país en las últimas décadas. Ejemplo de esto son los tratamientos con Flores de Bach, terapia que cuenta con una organización formal de terapeutas que se dedican a esta terapia. Tanto es el aumento de demanda que ha tenido esta terapia que el Estado ha desarrollado diversas estrategias para normar su quehacer, a lo cual las organizaciones de terapeutas se han resistido férreamente ya que sostienen que dichas normas buscan biomedicalizar esta terapia a través de la institucionalización de la formación de los y las terapeutas, formación que de acuerdo a las normas que se buscan imponer requiere de la supervisión de profesionales alópatas. El discurso de los y las terapeutas florales dice que con estas medidas se rompe con el principio básico de estas terapias, que es el de funcionar a través de la intuición, la conversación y ámbitos del saber que no son objetivables para la sanación de los individuos. Además, se sostiene que la curación a través de estas terapias sucede en los ámbitos privados, los que con las nuevas normas son expulsados hacia el territorio de lo público.

Esta disputa ha sido publicada en los medios de comunicación y ha generado reacciones encontradas, ya que existe un discurso por parte de la población que apoya la regularización sosteniendo que ésta les permitirá distinguir entre terapeutas reales y charlatanes. Es decir, un segmento de la población pide la intromisión de la medicina oficial en estos ámbitos de la salud, ya que esto les otorga seguridad y confianza.

La medicina alópata por su parte también ha crecido de manera significativa en las últimas décadas y ha modificado su manera de acercarse a la población, principalmente el sector privado. Hoy, esta industria, junto con la químico-farmacéutica, invaden el espacio público. Están en todas partes, tanto así que la tendencia es que incluso estén presentes al interior de los malls y centros comerciales de la ciudad. De este modo, al mismo tiempo que se consume vestuario y decoración para el hogar, es posible también consumir salud. La presencia de las grandes cadenas farmacéuticas por su parte es constante en la vida cotidiana de las personas. Cada fin de semana, por ejemplo, aparecen al interior de los periódicos enormes catálogos de las tres cadenas de farmacias más grandes de Chile, dossiers a todo color que promocionan diversas ofertas de medicamentos y de productos para el “bienestar” y el cuidado del cuerpo. Estos catálogos constituyen verdaderos suplementos del periódico (son gruesos, con imágenes de personas con cuerpos perfectos que incitan a desear la “salud”), los que los ciudadanos-consumidores hojean junto con las noticias de la semana, los suplementos de cultura y los catálogos de grandes casas comerciales que también promocionan sus ofertas.

Catálogos anexos a diario La Tercera del día sábado de Farmacias Cruz Verde y Farmacias Ahumada



En todas las grandes ciudades del país las cadenas farmacéuticas han tenido un crecimiento sin igual, hay farmacias en todas las esquinas, incluso en aquellas donde ya se encontraba un establecimiento de la competencia. Cada nueva farmacia entra al mercado con promesas de ofertas en los precios, apelando generalmente a mujeres y ancianos, ya que éstos constituyen los segmentos más patologizados de las sociedades. Así, las farmacias están presentes en toda la ciudad: en las calles, en las estaciones de servicio, en los centros comerciales, instalando una presencia inevitable de la salud y la enfermedad en casi todos los espacios públicos urbanos. Estos establecimientos venden desde medicamentos de todo tipo hasta artículos de belleza y alimentos, haciendo evidente la constante transformación de las fronteras de la salud en la actualidad, que abarcan desde el combate frente a enfermedades infecciosas hasta la promoción de la belleza del cuerpo y la alimentación sana, entre otros. Por esto mismo, pareciera que la industria farmacéutica es, en la actualidad, una verdadera industria cazadora de tendencias que logra transformar todo los códigos sociales en códigos de salud. Así, la medicalización de la vida ya no pasa sólo por la labor del *establishment* médico como sostenía Illich, sino también por los grandes conglomerados económicos, entre otros actores, que han transformado a la salud en un producto de mercado altamente rentable. Ahora bien, estos productos incluyen no solo aquellos tradicionales de la medicina alópata, sino que hoy se incorporan las nuevas tendencias las cuales apelan por estrategias de salud conceptualizadas como “naturales”, junto con la promoción de estilos de vida saludables y ecológicos. Bajo esta lógica, la industria químico-farmacéutica, junto con otras, ha desarrollado toda una gama de productos que le permiten comercializar estilos de vida sanos, medicamentos “naturales”, incorporando de esta manera todas las tendencias antes mencionadas dentro de su oferta de productos.

Esto se puede encontrar tanto en los espacios formales de venta de medicamentos como en los informales. Así, por ejemplo, es común ver cómo las grandes cadenas farmacéuticas han incorporado dentro de sus establecimientos los llamados *corners de wellness*, los que tienen toda una gama de productos que se venden bajo el slogan de naturales para combatir diversos malestares: comercializan vitaminas, hierbas

envasadas, suplementos alimenticios, entre muchos otros productos. Las fotos que se muestran a continuación dan cuenta de la marca GNC a la venta en Farmacias Ahumada, la cual bajo el lema “Live Well” ofrece toda una alternativa de productos que denominan como “naturales”.

Farmacias Ahumada



La industria químico-farmacéutica también ha incorporado los conocimientos ancestrales de los distintos sistemas de salud dentro de su quehacer, haciéndose parte del proceso de reivindicación étnica, y apropiándose a través de este proceso de una serie de conocimientos de salud de los pueblos originarios.

De esta manera, a través de diversos mecanismos los sistemas médicos que hasta la fecha habían estado marginados del saber oficial en salud penetran dentro de los entramados de significado de la oficialidad, transformándose en recursos utilizados por la industria químico-farmacéutica para la apropiación de ámbitos que antes funcionaban al margen del sistema. En Chile, por ejemplo, existe el fenómeno de la farmacia mapuche *Makewelawen*, la cual ha generado gran revuelo dentro del mundo mapuche. Esto principalmente porque existen opiniones encontradas dentro de esta población étnica respecto de su existencia y el crecimiento que ha tenido esta farmacia.

Farmacia Makewelawen en la ciudad de Santiago



Makewelawen nació en el año 2003 en la ciudad de Temuco como una iniciativa de un grupo de mapuches de la IX Región, en el marco del desarrollo de un programa de salud intercultural el cual dio origen al hospital intercultural *Makewe*. La creación de este hospital intercultural significó un hito dentro del desarrollo de la salud intercultural en Chile ya que fue la primera iniciativa de esta línea. La farmacia se creó como una continuación de este proyecto y desde sus inicios provocó controversia en el mundo mapuche ya que algunos sectores los acusan de manipulación de la propiedad intelectual de esta etnia para el beneficio de intereses de particulares. Se sostiene que la medicina mapuche se basa en una visión comunitaria de la salud y que el contexto en que se desarrollan las terapéuticas propias de esta cultura constituye parte central de los procesos de curación. Se argumenta que la farmacia rompe con los principios básicos de la medicina mapuche ya que sólo comercializa los principios activos de las hierbas y plantas medicinales a través de grageas, desde una estética y una performance que utiliza a la cultura indígena como enganche comercial para vender sus productos.

La farmacia pertenecía a la empresa farmacéutica Herbolaria de Chile y fue recientemente vendida a farmacéuticas alemanas. En Chile tiene sedes en las ciudades de Concepción, Valparaíso y Santiago. Cabe destacar el éxito que ha tenido la farmacia entre población no mapuche. Cientos de personas llegan a los locales en busca de remedios mapuche y se dejan guiar por quienes venden los medicamentos, vendedores que son tanto químicos farmacéuticos como sanadores mapuches (*machis*, *lawentuchefes* u otros agentes). Como proyecto futuro la farmacia tiene planes de exportar sus

productos al mercado europeo, norteamericano y mexicano. Además, el año 2007 recibieron un reconocimiento por parte del Consejo de Monumentos, organismo técnico del Estado dependiente del Ministerio de Educación, recibiendo el premio Conservación de Monumentos Nacionales categoría empresas, reconocimiento otorgado por el rescate de la medicina tradicional mapuche.

¿Por qué esta farmacia ha despertado tanto interés entre población no mapuche?, ¿por qué el Estado le otorga un reconocimiento a través del Consejo de Monumentos? Desde el marco de la biopolítica pareciera que ambas preguntas no están muy alejadas la una de la otra, es decir, el Estado a través de diversas estrategias ha generado una serie de mecanismos para la apropiación de saberes en torno a la salud, saberes que hasta la fecha estaban excluidos del quehacer biomédico. La gran demanda que ha surgido en las últimas décadas en torno a estos saberes, así como la irrupción de la industria químico-farmacéutica en este ámbito han hecho que el Estado también se incorpore a esta tendencia. Pero, ¿por qué el interés del Estado en estos ámbitos? Pareciera ser que son nuevas estrategias frente a viejos problemas, es decir, lo que subyace es el interés por la afirmación de una ideología, la cual favorece al Estado y a la economía de libre mercado a través de la imposición de ciertas concepciones en torno al cuerpo y la salud. De este modo, tanto el Estado como el mercado, al apropiarse de lógicas culturales y ciertos saberes en torno a la salud, realiza una reconfiguración de dichos saberes devolviéndolos a los sujetos a través del lenguaje propio del poder. Así, por ejemplo, lo que busca exportar la farmacia *Makewelawen* no es la cultura mapuche propiamente tal, sino dicha cultura encapsulada en forma de grageas y envasada en formato de medicamento. Es la utilización de lo étnico en beneficio de una ideología, en un contexto global donde lo étnico es un slogan que vende y que mueve importantes cantidades de dinero en el mercado mundial.

En la cultura popular la irrupción de la industria químico-farmacéutica también se ha hecho presente. En las ferias libres, por ejemplo, se comercializa todo tipo de productos farmacéuticos, desde ansiolíticos y antidepresivos, hasta hierbas y otros productos de medicina natural que también están mediados por esta industria. Este

mercado alimenta una realidad muy presente en el país que es la automedicación, donde los vendedores de estos productos hacen las veces de “farmacéuticos” recomendando a los consumidores qué producto consumir y en qué ocasiones.

Medicamentos y hierbas medicinales en venta en una feria libre de Santiago



Dos de las tres cadenas más grandes de farmacias en Chile: en la foto aparece una en una estación de servicio y otra al interior de un mall



Esta “nueva medicalización de la sociedad” también incluye dentro de la categorización de salud y enfermedad ámbitos que hasta hace pocas décadas atrás poco

tenían que ver con los cuidados de la salud, entre ellos una preocupación corporal por estar en forma. Al respecto Bauman sostiene:

“Si la sociedad de productores establece que la salud es el estándar que todos sus miembros deben cumplir, la sociedad de consumidores blande ante sus miembros el ideal de estar en forma. Los dos términos –“salud” y “estar en forma”-suelen ser usados como sinónimos; después de todo, ambos aluden al cuidado del cuerpo, al estado que uno desea lograr para su propio cuerpo y al régimen que el propietario de ese cuerpo debe seguir para cumplir ese anhelo. Sin embargo, considerarlos sinónimos es un error (...). La salud y el estar en forma pertenecen a dos discursos muy distintos y aluden a dos preocupaciones muy diferentes. (...) Estar en forma no es nada sólido: es un estado que, por naturaleza, no puede ser definido ni circunscripto con precisión (...)” (2002:83).

Este “estar en forma” del cual habla el autor, esencia etérea y subjetiva, entra también dentro de los ámbitos del mercado de la salud de las sociedades actuales, principalmente a través de la oferta de productos y actividades que se ofrecen en las economías de libre mercado de las sociedades capitalistas. En este marco, existe una proliferación de centros de estética que no apelan sólo a la belleza y estética corporal, sino a la salud y a la calidad de vida. Cada vez aparecen nuevos y más sofisticados gimnasios para los sectores acomodados, así como ofertas de deporte comunitarias para los sectores pobres de la sociedad. La ciudadanía por su parte se ha comenzado a organizar en torno al deporte y más recientemente, ha aumentado la preocupación por una alimentación saludable. Así, por ejemplo, en Chile han surgido en el último tiempo maratones, las cuales convocan a un impresionante número de personas de todos los sectores y clases sociales. Al alero de esta preocupación por el estar en forma y por mejorar la calidad de vida han surgido una serie de organizaciones deportivas, las que consisten básicamente en personas que se juntan durante la semana a realizar diversas actividades, entre ellas, correr por las calles de la ciudad y ejercer con esto un nuevo tipo de ciudadanía: la del cuidado del cuerpo y la salud a través del deporte.



Si bien estos movimientos remiten a los sectores de la población con mayores ingresos, el mercado de la salud no deja fuera a nadie, es decir, ricos y pobres, indígenas y occidentales, todos entran en el juego. Tal como sostiene Velásquez, *“en la actualidad es evidente que el derecho a la salud es una cosa y la expansión comercial es otra”* (2006:22), Es efectivamente en esta expansión comercial de la salud donde todos y todas están considerados, no así en el derecho a la salud, realidad que para ser cierta aún se requiere de un largo camino por recorrer.

A partir de estos fenómenos de irrupción del mercado de la salud en la vida privada de los sujetos surgen una serie de preguntas, entre ellas, *¿cómo impacta este fenómeno a los individuos?, ¿qué nuevos mecanismos de control se están ejerciendo*

sobre los cuerpos de las personas mediante la irrupción de la farmacología en la vida cotidiana?, ¿qué rol juega el Estado en estas nuevas estrategias de medicalización?, ¿qué nociones sobre el cuerpo son las que se están imponiendo en la actualidad?, ¿cuáles son los dispositivos de poder utilizados para imponer dichas nociones?

CAPÍTULO VI. REFLEXIONES FINALES

La investigación presentada es de carácter exploratoria, en tanto indaga en una realidad poco estudiada en Chile, que hace referencia a situaciones etnográficas y casos sobre la introducción de prácticas terapéuticas no alópatas dentro del sistema público de salud, a partir de las cuales he levantado aquellas hipótesis y preguntas que me han parecido relevantes para abrir nuevos caminos de reflexión crítica sobre estos procesos y sus consecuencias.

Para aproximarme a esta temática el objetivo principal ha sido etnografiar y analizar la manera en que tanto las instituciones biomédicas -particularmente las instituciones públicas de salud- como los sujetos usuarios de éstas, se vinculan con los sistemas de salud no alópatas. Por un lado, las medicinas indígenas -particularmente la medicina mapuche- y, por otro, las medicinas alternativas y complementarias, enfocando la introducción de ambas dentro de las instituciones públicas de salud. Y, entre otros objetivos, he intentado plantear una discusión en torno a la manera en que se está construyendo la interculturalidad en los ámbitos de la salud en Chile, considerando las tensiones que existen entre lo local y lo global e indagando en los nuevos escenarios sociales que estos fenómenos conllevan.

En el caso de la medicina mapuche, si bien ésta siempre ha estado presente en tanto oferta de salud dentro de los entramados culturales propios de Chile, esta investigación permite ahondar en las nuevas dimensiones que está adquiriendo en el marco de las políticas de “salud intercultural” de estas últimas décadas en el país, a través de las cuales la salud indígena se ha institucionalizado y ha sido incorporada dentro del territorio biomédico, construyéndose así en oferta de salud alternativa al sistema alópata aunque bajo el alero de la institucionalidad biomédica. Y para entender esta marco, enfoco también las medicinas alternativas y complementarias cuyo análisis permite entender la manera en que éstas se han ido incorporando dentro del quehacer biomédico, más particularmente, dentro del sistema público de salud cuya identidad históricamente ha estado vinculada a la medicina alópata.

De las preguntas y objetivos que han guiado la tesis cabe extraer conclusiones relativas a las razones por las cuales el sistema de salud público incorpora elementos de sistemas médicos no alópatas en su quehacer; el impacto que producen dichas experiencias de curación tanto en el plano de las identidades como en el de la organización colectiva de los sujetos y las instituciones; los mecanismos de control y poder que se despliegan en estos nuevos escenarios; el tipo de construcción de interculturalidad que se desarrolla desde estos ámbitos de salud; el impacto del proceso desde la perspectiva de la bioética y los alcances simbólicos del fenómeno. Y para responder a las mismas, las conclusiones se ordenan en cuatro subtemas que constituyen los ejes centrales que, a la vez, permiten abrir nuevas reflexiones para ser abordadas en investigaciones futuras.

6.1. Nuevas rutas de curación en Chile al interior de espacios biomédicos

Los resultados de la tesis permiten afirmar que tanto los sujetos como las instituciones de salud se han abierto a nuevas opciones terapéuticas, es decir, interpretan los estados de salud y enfermedad, y llevan a cabo acciones para restablecer la salud, de acuerdo a múltiples conocimientos y terapéuticas (no sólo en base a un paradigma específico de conocimiento), todos ellos provenientes de los más diversos universos de significado. Si bien es cierto que se puede discutir el hecho de que, desde siempre, tanto los sistemas médicos como las acciones en torno al cuidado de la salud de las personas han sido dinámicos y permeables a incorporar influencias de otros sistemas, a través de esta investigación ha sido posible identificar las prácticas innovadoras que se generan en este campo y la manera de construir nuevos pactos en el ámbito de la salud. Para identificar esto, tomé como referencia la salud pública y su ideología biomédica⁶⁸, toda vez que representa uno de los campos de la medicina alópata más duros y difíciles de transformar; no así el sector privado, el cual, por estar

⁶⁸ Cabe recordar que la investigación adhiere a la postura que la biomedicina no corresponde a un modelo único sino que adquiere características particulares de acuerdo a los contextos donde ésta se aplique (Good, 2003; Good y DelVecchio, 1993).

más vinculado a las variables de la oferta y la demanda, es más permeable a incorporar las diversas “modas” que aparecen en torno al cuidado de la salud.

El análisis de las acciones de incorporación a los sistemas de salud no alópatas dentro de la salud pública no se realiza de forma aislada, sino que se inserta dentro de un contexto mayor, el cual se caracteriza por dinámicas de construcción de sociedades que están marcadas por la fluidez, la interconexión y la apropiación por parte de los sujetos de las más variadas identidades (Bauman, 2002). Y estas características impactan, a su vez, los ámbitos médicos, generando tanto en los sujetos como en las instituciones prácticas particulares en torno al cuidado de la salud.

Las dos fuentes etnográficas sobre las que recae el análisis de esta investigación, la medicina mapuche y las alternativas y complementarias, corresponden a prácticas en salud que históricamente han estado al margen del quehacer biomédico, constituyéndose como una “alternativa” respecto al modelo médico oficial, hegemónico e identificándose con los paradigmas humanísticos y holísticos propuestos por Davis-Floyd (2001) ya que otorgan opciones terapéuticas que ofrecen una mirada distinta a la alópata en lo que se refiere a la manera de concebir a los seres humanos y los procesos de salud y enfermedad. Tal como afirma Mary Douglas (1998), las medicinas alternativas responden a un tipo de demanda curativa diferente de la biomedicina, y se caracterizan por sostener principios que no coinciden con los de la medicina alopática, invocando una sensibilidad distinta, más sutil, a favor del cuerpo⁶⁹. Esto, porque tanto en las medicinas alternativas y complementarias, como en las indígenas, la noción de cuerpo se amplía más allá de la noción de “cuerpo como materia” -concepción biomédica del cuerpo- y se complejiza, siendo abordada desde una visión que se podría denominar como “cuerpo como representación”, representación tanto del plano físico como psicológico y espiritual de los individuos, planteando así una visión de la salud y del mundo que apela generalmente a la integralidad de los tres planos mencionados.

⁶⁹ Douglas apunta que se trata de una alternativa en todo el sentido contracultural⁶⁹ de la expresión, que opone lo “espiritual” a lo “material”, y que el concepto clave para abordarlas es el de “holismo”.

Ejemplos de incorporación de elementos de paradigmas no tecnocráticos dentro de la biomedicina son cada vez más comunes, y lo que se observa es que cuando esto sucede el sistema alópata generalmente efectúa una relectura de aquellos “otros” saberes y, con ello, los adecúa a los códigos biomédicos. Así, por ejemplo, se pueden entender fenómenos como la acupuntura que se realiza en diversas instituciones biomédicas, la cual generalmente no opera bajo los principios exactos de la medicina china, sino que se produce una síntesis que nace desde la lectura que se hace de esta terapéutica desde los saberes de la ideología alópata⁷⁰. Así también sucede con la medicina mapuche que se ofrece en centros de salud de Santiago, la cual, si bien es ejercida por sanadores pertenecientes a dicha cultura, su quehacer se debe adaptar a la ideología biomédica. Un ejemplo de esto es el de los tiempos de atención de *machi* dentro de los consultorios: tiempos reducidos que apuntan a la eficiencia y la mayor cantidad de atenciones de pacientes por hora, versus los tiempos de atención tradicionales de *machi*, los que no se restringen a las necesidades del sistema sino a la de las personas. Otro ejemplo es el de la “institucionalización” de las facilitadoras interculturales en la comuna de Lo Prado a través del uso de uniformes que las asemejan a los funcionarios biomédicos, fenómeno que da cuenta de la adecuación que sufren los sistemas médicos no alópatas al ser incluidos dentro del sistema médico oficial. Durante la investigación fue posible constatar que este es un punto que genera polémica dentro de la comunidad mapuche ya que los grupos mapuche más “puristas” sostienen que la institucionalización de ésta medicina hace que pierda su valor. Por otra parte, quienes defienden el modelo institucionalizado de operar de la medicina mapuche sostienen que con estas prácticas se logra instalar esta medicina en tanto recurso de salud propiamente tal, en vez de utilizarla como una herramienta política de reetnificación.

Por otra parte, en la implementación de medicinas alternativas y complementarias dentro de dos hospitales de Santiago pude observar situaciones similares: durante la Sanación Sintérgica. Así, se les pide a todos quienes ejercen como

⁷⁰ Obach, Alexandra. (2004) *Entre los márgenes y la oficialidad. Aproximación antropológica a la introducción de medicinas alternativas en dos Centros de Atención Primaria en la ciudad de Barcelona*. Tesis para optar al Diploma en Estudios Avanzados (DEA), Universidad de Barcelona: Barcelona.

“sanadores” que lleven puesto un delantal blanco, símbolo indiscutido de la identidad biomédica, situación que los coordinadores de dicha actividad explican como una manera de hacer “pertenecer” esta práctica a los recintos alópatas. En el Hospital San Borja Arriarán, por su parte, han estipulado un protocolo de ingreso de los pacientes de terapias alternativas y complementarias, el cual consiste en una ficha que ha sido concebida desde indicadores biomédicos, por lo que los diagnósticos holísticos deben ser traducidos a jerga alópata.

De esta manera, lo que se observa en la gran mayoría de los casos es una suerte de “apropiación” por parte de la medicina alópata de elementos de otros sistemas médicos y, con ello, una adecuación de éstos al quehacer de la biomedicina, y no a la inversa. Además, la incorporación de estrategias no alópatas de salud reafirma la hegemonía biomédica, toda vez que, tal como dice Menéndez (2004), la medicina alopática es la que establece las condiciones técnicas, sociales e ideológicas dentro de las cuales se desarrollan las relaciones con los otros saberes.

Esto da como resultado la generación de un producto terapéutico nuevo, adecuado a la medicina alópata pero no idéntico a ésta. Es decir, con la incorporación de terapéuticas no alópatas dentro del quehacer biomédico éste se impacta y no queda inmune frente a dicho proceso. Pero, ¿qué cambios experimenta el paradigma alópata con dicha incorporación?, ¿hay alguna variación estructural del sistema biomédico?

Sobre este tema Comelles (2004) sostiene que la introducción de elementos culturales dentro del quehacer alópata no cuestiona la racionalidad médica, sino que corresponde más bien a elementos añadidos dentro de los protocolos clínicos. Si bien de acuerdo al autor la incorporación de terapias no alópatas no pone en juego la racionalidad biomédica, para efectos de la investigación más que indagar en si los fundamentos de la biomedicina sufren cambios o no con la introducción de terapéuticas no alópatas dentro de su quehacer, lo que me interesó analizar fue la manera en que los usuarios y los terapeutas alópatas interpretan esta introducción, ya que son ellos quienes construyen el “ser” del sistema biomédico, es decir, lo que el sistema alópata es

corresponde, en el fondo, a lo que los sujetos que participan en él perciben y buscan de éste, más que a una definición objetiva e inmutable. Esta visión se centra en las dinámicas que se producen en contextos médicos específicos, en la observación situada en territorios biomédicos particulares, por ende, se rescata la manera en que los propios participantes del sistema van construyendo dichos contextos alópatas. Es decir, no fue un objetivo el cuestionar el paradigma biomédico propiamente tal, lo cual queda abierto a ser abordado en futuras investigaciones. Lo que la investigación sí permite concluir es que para usuarios y terapeutas del sistema biomédico la introducción de terapias no alópatas no es un mero “añadido” al quehacer institucional, sino que genera un cambio en todos los actores involucrados. Así se puede constatar en el caso de la UST del Hospital San Borja Arriarán, donde se da cuenta del impacto que las medicinas alternativas y complementarias, así como también la medicina mapuche, han tenido sobre usuarios y terapeutas de dicha unidad hospitalaria. Si bien gran parte de los profesionales de la UST reconocen no saber mucho sobre las medicinas alternativas y complementarias, llama la atención la buena disposición que han tenido hacia la introducción de estas prácticas en la UST, lo cual en gran medida se ha dado no sólo por las terapias en sí y los beneficios que éstas puedan brindar a los usuarios, sino principalmente por la identidad que el equipo profesional de la UST ha ido desarrollando al interior del hospital gracias a la implementación de estas prácticas. En este sentido, la introducción de medicinas alternativas y complementarias en la UST ha generado un vínculo entre los profesionales de dicha unidad, el cual antes no existía, y ha permitido la construcción de una identidad colectiva que gira en torno a la salud holística, distanciándose de esta manera de la identidad que otorga la práctica biomédica tradicional. Así, la introducción de medicinas complementarias en la UST ha significado la creación de una identidad que apuesta hacia la creación de una nueva cultura al interior de recintos de salud pública, a través de la implementación de un modelo de salud cuya principal preocupación no es sólo la salud fisiológica de los usuarios, sino la salud integral que abarca tanto los ámbitos fisiológicos como los psicológicos y espirituales. Lo interesante es cómo este modelo se crea dentro de un contexto biomédico y cómo un equipo (en este caso el equipo de la UST) forja una identidad en torno a este modelo sin dejar de formar parte de la institución hospitalaria,

sino ampliando los horizontes de ésta. Cabe recordar que los usuarios de esta unidad son, a su vez, funcionarios del hospital, por lo que las transformaciones que éstos tienen impactan también al resto de la cultura hospitalaria.

6.2. De la sociedad del riesgo a la sociedad del tanteo en los ámbitos de la salud

Dentro de las razones por las cuales el sistema de salud público incorpora elementos de sistemas médicos no alópatas en su quehacer, identifiqué principalmente dos:

1. Por un lado, las incorpora en tanto estrategia para ampliar su oferta de salud, y con ello disminuir la noción de riesgo y desconcierto que existe entre la población, la cual es en parte adjudicada a las prácticas biomédicas, toda vez que muchas personas sostienen que esta medicina enferma más que cura. Este desconcierto se arraiga dentro de la modernidad líquida en el cuerpo y la mente de los sujetos, los cuales se sienten vulnerables y desprotegidos en medio de los riesgos que acechan, riesgos percibidos como consecuencias derivadas principalmente del desarrollo biotecnológico e industrial del mundo actual. Frente a este temor, la “medicina natural” se posiciona con fuerza, ya que representa una alternativa no farmacológica para tratar las enfermedades y, como ha sido utilizada por diversas culturas a través de los siglos, esto les otorgaría respaldo y validez. De esta manera, esta confianza en “lo natural” responde a una tendencia donde las personas buscan alternativas en salud frente a lo que se denomina como una sobremedicalización de la biomedicina. Ésta última representa una opción “no natural” de salud, por ende, riesgosa, cuyos efectos se busca mitigar a través de terapias alternativas. Así, la medicina mapuche y las alternativas y complementarias, aparecen como opciones altamente valoradas por las personas. Además, experiencias personales negativas con la medicina alópata refuerzan esta percepción⁷¹.

⁷¹ Como sostiene Blair O'Connor: “Las enfermedades que no responden bien al cuidado médico convencional, o para las cuales existen escasas opciones de tratamientos, frecuentemente motivan a las personas a desarrollar rutinas de autocuidado y de explorar cierto rango de otras formas de potenciales tratamientos. Enfermedades serias con malos pronósticos pueden llevar rápidamente a las personas a expandir sus estrategias de cuidado de la salud más allá de las fronteras de la medicina convencional, en un esfuerzo por multiplicar las opciones terapéutica” (1994:109).

De esta manera, y de acuerdo a los datos obtenidos en terreno, se puede decir que las respuestas que la biomedicina otorga respecto a las situaciones de desconcierto y de confusión en los ámbitos del cuerpo y la salud ya no son suficientes para los sujetos usuarios de dicho sistema. Incluso el propio sistema biomédico se siente vulnerable y desprotegido en medio de los riesgos derivados del desarrollo biotecnológico e industrial del mundo actual. Por esto mismo, la institucionalidad alópata integra otros códigos de sentido dentro de su quehacer, vinculados a los paradigmas holísticos y humanísticos, ampliando de esta manera su oferta de salud y, con ello, aumentando sus posibilidades de generar certezas en los ámbitos de la salud.

Cabe destacar que más allá de la desconfianza que genera la biomedicina, las personas otorgan gran valor al hecho de que sean las propias instituciones biomédicas las que ofrecen alternativas no alópatas de tratamiento, esto porque aún cuando existe una noción de riesgo respecto a la biomedicina, ésta se mantiene en la percepción de las personas como la medicina oficial y le confieren autoridad. Por esto mismo, las alternativas no alópatas que se ofrecen al interior de la biomedicina adquieren gran adherencia entre las personas, ya que al estar avaladas por el sistema oficial las personas dan por sentado que se trata de tratamientos confiables, aplicados por terapeutas acreditados por el sistema. Esta percepción va de la mano con la desconfianza que existe en torno a la gran oferta que hay hoy en el mercado en lo que se refiere a alternativas terapéuticas, donde no se sabe quiénes son los terapeutas ni el real alcance de las opciones de curación que ofrecen, ya que, según las personas entrevistadas, la información sobre terapéuticas no alópatas es obtenida principalmente a través de los medios de comunicación (generalmente la televisión), tanto a través de programas locales como aquellos de televisión por cable. De esta manera, se presenta una interesante paradoja ya que las personas confían a la vez que dudan del sistema biomédico, es decir, les acomoda que las terapéuticas no alópatas se acrediten al alero de una institucionalidad que perciben como riesgosa.

Junto con lo anterior, se identifica un afán por parte del Estado por regular prácticas terapéuticas que hasta hace pocos años no contaban con ningún tipo de regularización formal, sino que formaban parte del repertorio privado de atención en

salud de los sujetos, ya fuese vinculado a una identidad étnica específica, o bien a una búsqueda de alternativas no alópatas en salud. Esta regularización puede ser vista como la construcción de políticas de la vida en el ámbito de la salud, en el sentido que apela a una regulación de los cuerpos y a un control de las elecciones que hacen las personas en torno al cuidado de la salud, es decir, un proceso de medicalización que adquiere características particulares de acuerdo tanto al contexto global como nacional. Parte de la investigación busca entender este fenómeno, es decir, cómo las políticas influyen en la vida privada de los sujetos, cómo lo político penetra en la esfera de lo privado y la transforma, dando como resultado productos nuevos, reelaborados, porque: ¿es medicina indígena lo que se da en el marco del Programa de Salud y Pueblos Indígenas?, ¿son MAC las que se dan al interior del sistema de salud público que ha incorporado estas terapéuticas en su quehacer? ¿Qué son entonces? De esta manera, la salud y, por ende, el cuerpo humano, se transforman en una problemática política toda vez que, como sostiene Bauman (2002), los sistemas expertos médico-científicos han colonizado todos los ámbitos de la vida, desde los ámbitos públicos hasta los privados, siendo en parte una de las fuerzas que han transformado la vida privada de los sujetos en temas políticos, es decir, en políticas de la vida. En este punto cabe señalar la imagen del panóptico propuesta por Foucault (2002), en la cual el autor plantea que la visibilidad a la que expone esta figura representa una trampa. Aplicado a la investigación se puede decir que sacar a la luz prácticas que hasta la fecha estaban al margen del quehacer oficial, es decir, en las sombras, es una manera de generar estrategias de control y poder sobre dichos conocimientos y sobre los individuos que las practican en los ámbitos privadas.

Esto me llevó a analizar el cómo se están generando nuevas regulaciones en torno a los cuerpos, indagando en la irrupción que las políticas de la vida están teniendo en la vida privada de los sujetos, inmiscuyéndose de este modo lo político en la esfera de lo privado. Y, en este punto, me pareció relevante la perspectiva bioética en cuanto se abre una discusión en torno a la apropiación de saberes por parte de los sistemas de poder (sobre todo en lo que respecta a los saberes indígenas), la propiedad y la autoría de dichos saberes. Esta mirada crítica respecto a la introducción de terapéuticas no alópatas dentro del quehacer biomédico reconoce de todos modos que las iniciativas llevadas a cabo por el Estado representan interesantes ejemplos de apertura,

democratización y equidad del aparato estatal en el campo de la salud al incluir las diferencias y generar programas e iniciativas de incorporación de tradiciones terapéuticas indígenas. Pero también la bioética contribuye a aclarar que de igual manera representan nuevas estrategias de control y dominio sobre los cuerpos humanos. Y esto es así porque en el contexto etnográfico analizado continúa siendo la medicina oficial la institucionalidad que define los problemas de salud, problemas que afectan a toda la población, incluida aquella perteneciente a sustratos culturales diferentes al de la medicina occidental. Hasta el extremo que la incorporación de terapéuticas no alópatas dentro de la biomedicina puede ser entendida, en palabras de Buxó, como un “secuestro de experiencias culturales”. Y, a la vez, estas experiencias pueden ser vistas como estrategias novedosas para el desarrollo de una salud global, donde, tal como sostiene Buxó, la medicina tradicional cobra relevancia toda vez que ésta:

“no solo aporta saberes a otros sistemas terapéuticos mediante la etnobotánica y la fitoterapia, sino también sobre la eficacia psicológica de las prácticas rituales, los efectos de placebo, que aportan seguridad al paciente y bienestar físico y psíquico. No hay que desestimar tampoco el carácter dinámico de las prácticas tradicionales ya que en contacto adoptan con facilidad al uso de medicamentos considerados en su doble perfil de útiles y prestigiosos. Es necesario, pues, estudiar estas combinatorias de sabiduría tradicional e inteligencia científica para evitar el descontrol y, a la vez, sincronizar vías de resolución terapéutica” (2004:14)

De esta manera, es posible apreciar las múltiples entradas que tiene el problema investigado, y la relevancia de abordarlo teniendo conciencia de las implicancias bioéticas, sobre todo por el marco donde se desarrolla la problemática, donde la salud está regulada, en gran medida, por las leyes del mercado. Pero, junto con esto, es necesario evaluar los alcances que pueden tener experiencias como las descritas en la investigación en el desarrollo de estrategias de salud global, en el entendido que son mecanismos que de una u otra manera visibilizan y ponen a disposición de toda la población recursos terapéuticos que hasta la fecha han estado al margen del quehacer oficial en salud, pero que forman parte de los itinerarios terapéuticos cotidianos de las personas. Por esto mismo, al juntar estrategias de medicina popular, indígena y alternativas y complementarias con la medicina oficial se puede generar una interesante herramienta terapéutica con la cual hacer frente a los desafíos actuales en salud, los

cuales están marcados por los contextos globales donde las enfermedades se han globalizado al igual que otros “productos” de las sociedades occidentales, y la medicina alópata oficial no da a basto para responder a las necesidades de salud de toda la población, especialmente la más pobre del planeta.

2. Vinculado a lo anterior, la incorporación de sistemas o terapéuticas no alópatas dentro del quehacer biomédico se explica en tanto estrategia del sistema alópata para hacerse parte de una práctica común entre los sujetos pacientes. Y la fórmula es transitar entre diversos sistemas ideológicos y culturales lo cual forma parte de un fenómeno cultural más hondo, la postmodernidad y las nuevas formas sociales y culturales resultantes de la transformación de los procesos de la modernidad. Entre ellas, la crisis de los metadisursos y con ello una forma particular de construcción del ser, más vinculado a una construcción individual de sentido que a las antiguas construcciones colectivas. Las observaciones realizadas durante el trabajo de campo permiten concluir que las prácticas de los sujetos en torno al cuidado de la salud se construyen desde una lógica que denomino como la de una “*sociedad del tanteo*” en los ámbitos de la salud. Esta *sociedad del tanteo* es posible dado el contexto de fluidez e interconexión en el cual se inserta y esto facilita que los sujetos prueben diversas terapias de salud, puedan entrar y salir de ellas, sin con ello poner en juego identidades o pertenencias. De suerte que es observable que las acciones en torno al cuidado de la salud ya no se realizan a partir de la identificación de los sujetos con un determinado sistema médico particular, identidad vinculada a la pertenencia ya sea étnica, de clase, generacional etc.; sino que lo que motiva la elección de las acciones en salud responde más a una necesidad por probar diversas opciones terapéuticas, siendo los sujetos capaces de identificarse con todas ellas y ninguna a la vez. Es decir, los sujetos no se quedan “amarrados” a una identidad específica sino que circulan por diversos universos de significado sin por ello sentirse en contradicción. Así, los sujetos prueban las más variadas ofertas en salud, de la misma manera en que se experimenta con distintas tradiciones culinarias o estéticas corporales. En este contexto, tal como sostiene Le Breton (1990), cada individuo tiene la posibilidad de elegir entre una amplia gama de

saberes posibles en torno al cuidado del cuerpo y la salud, y las personas oscilan entre unos y otros sin encontrar nunca el que les conviene totalmente.

Es, de cierta manera, lo que Lipovetsky (2002) denomina como “existencia a la carta”, aplicado a los ámbitos de la salud, lo cual se vincula a su vez al concepto de postmodernidad en el que se hacen presente, precisamente, las ideas de fragmentación, dinamismo, multiplicidad y volubilidad del ser, en este caso aplicados a las práctica en torno a los cuidados de la salud.

De este modo, pareciera ser que, para comprender las prácticas de los sujetos en torno al cuidado de la salud, más que observar los diversos sistemas médicos y prácticas terapéuticas desde una posición jerárquica y vertical, se deben entender como sistemas interconectados con fronteras difusas entre unos y otros, en el entendido de que bajo la modernidad líquida enunciada por Bauman (2002) los sujetos disuelven las fronteras entre los diversos sistemas médicos y transforman el panorama en salud en un todo permeable por el que circulan, construyendo nuevos significados y dando nuevo sentido a sus dolencias y a su existencia en general.

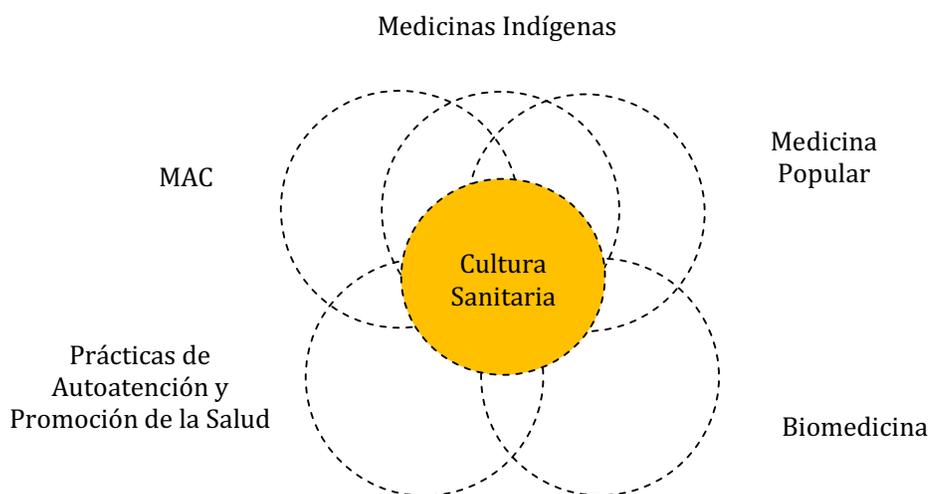
Sólo así se puede comprender lo que se observa en experiencias como las de los programas oficiales de salud intercultural en Chile, donde la mayor cantidad de usuarios de dichos programas es población no indígena. Esto, al menos en los contextos urbanos observados, donde tanto población *winka* como mapuche acude a la medicina indígena mapuche que opera bajo el alero institucional de la salud pública, básicamente en busca de nuevas alternativas frente a los padecimientos. Más que una búsqueda por una identidad específica (en este caso indígena), lo que los sujetos necesitan son respuestas frente al panorama incierto y riesgoso que representa el mundo actual. Así se explica también la gran demanda que tienen las terapias alternativas y complementarias al interior de los recintos hospitalarios observados, a las que las personas recurren con gran interés y “fe” en que obtendrán resultados positivos. De este modo, la información obtenida en la investigación permite pensar que la motivación que hay por detrás de este continuo entrar y salir por parte de los sujetos por diversas opciones de salud es,

principalmente, una búsqueda de certezas, toda vez que los sistemas de salud (cualquiera que éste sea) son sistemas que operan frente a situaciones de desconcierto, de confusión respecto a los ámbitos del cuerpo. Lo interesante es que esta búsqueda de certezas no se restringe a un determinado abanico de opciones, sino que las personas están abiertas a todas las alternativas terapéuticas que estén a su alcance, más allá de las identificaciones particulares que puedan tener con unas y otras.

Si bien históricamente en Chile el “tanteo” en salud se daba entre las medicinas indígenas, las populares y la biomedicina, hoy el abanico se extiende y se incluyen opciones que nada tienen que ver con el acervo cultural propio del país, sino que corresponden a procesos propios de la globalización donde elementos provenientes de otras latitudes (las medicinas alternativas y complementarias) se introducen en la cultura sanitaria chilena y son significados por los sujetos de acuerdo a los códigos propios de esta cultura particular. Así, lo global se sintetiza con lo local en los ámbitos de la salud. Cabe agregar que no son sólo los sujetos los que transitan entre diversos sistemas médicos, sino que los mismos sistemas de salud incorporan elementos de otras tradiciones terapéuticas constituyéndose de esta manera los sistemas en cuerpos permeables, y por qué no decir, en cuerpos flexibles, mitigando con esto la rigidez característica de algunos de los sistemas involucrados. ¿Para qué? Básicamente para adaptarse a la sociedad que se construye en la actualidad⁷².

⁷² Le Breton utiliza la imagen del collage para conceptualizar este panorama actual en torno a las múltiples opciones de cuidado de salud, sosteniendo que éste se compone de variados procedimientos que están presentes hoy en el mercado de la cura, y que corresponden a prácticas que en muchas ocasiones son contradictorias entre sí. Aunque sostiene también que estas contradicciones no son percibidas por los sujetos que las utilizan, ya que éstos sólo buscan la eficacia terapéutica en cada una de ellas. En este sentido, el hecho de que encuentren la cura a través de cualquier práctica no conduce a las personas de ningún modo a adherir para siempre a ésta: *“Hoy se admiten, simultáneamente, los saberes sobre el cuerpo que provienen de Oriente, de California, de una época turbulenta o de la tecnología de punta de ciertos hospitales. Se convirtieron en vestimenta cómoda que se endosa, al azar, a actividades personales o a una búsqueda terapéutica. Aunque también es cierto que el hombre de campo de otras épocas, o incluso algunos campesinos contemporáneos, pasan del curandero al que tira la suerte, del magnetizador a la devoción a los santos curadores, sin preocuparse, tampoco, por la coherencia. Se superponen varias capas del saber en torno al cuerpo, y el sujeto que está buscando una cura eficaz no se siente de ningún modo molesto por el hecho de pasar de un tipo de cura a otra, de acuerdo con las características de su enfermedad”* (1990:90). La diferencia de las prácticas de tránsito actuales con respecto a la de tiempos pasados es que en el pasado se hacía dentro de un conjunto de terapias que contaban con la aprobación del grupo de pertenencia. Cada una de las opciones que se tomaban, sostiene el autor, formaba parte del tejido social y cultural que le aseguraba al sujeto la familiaridad de la mirada sobre el mundo. Estas coherencias relativas propias de las sociedades tradicionales se borran en las sociedades modernas las que son más cercanas a, dice el autor,

El siguiente esquema intenta ilustrar la idea de la *sociedad del tanteo* en los ámbitos de la salud, considerando los sistemas médicos presentes en Chile como un conjunto de sistemas permeables entre sí, en el entendido de que es por estos territorios por los que los sujetos transitan y tantean, toda vez que cada uno de estos sistemas corresponde a un universo cultural propio en el campo de la salud, pero a la vez permeable a las influencias de los otros sistemas y, por esta razón, he representado los sistemas médicos a través de círculos con líneas punteadas:



Al plantear la categoría de *sociedad del tanteo* aplicada a la salud, lo que quiero decir es que en la actualidad los individuos transitan entre los más diversos paradigmas en salud (los cuales en muchas ocasiones se contradicen entre sí), generando una síntesis particular, personal, que les permite a las personas moverse por distintos roles e identidades, dependiendo del contexto de sentido al que adhieran en momentos específicos. Así, se amplía el itinerario terapéutico de los sujetos y se incorporan en éste las más diversas prácticas de salud.

De acuerdo a los datos arrojados por la investigación se puede decir que la *sociedad del tanteo* en salud se construye como un recurso que nace desde las personas

el collage surrealista, donde el sujeto forja el saber que posee sobre el cuerpo a partir de una mezcla de modelos multiformes, sin preocuparse por la compatibilidad entre unos y otros.

para agenciar la propia salud. Eso sí, resulta interesante hoy analizar la oferta del sistema biomédico dentro de su quehacer en el tanteo en salud y la forma de poner a disposición de las personas (en el caso de la investigación el universo abordado fue el de salud pública, por ende, el de las personas con menos recursos dentro de la sociedad chilena) una amplia variedad de tratamientos y productos de salud, la cual abarca un extenso espectro de posibilidades terapéuticas. Se puede suponer que este fenómeno democratiza el acceso a la salud y visibiliza la diversidad cultural del país, sin embargo también se puede leer como intereses espurios por parte de la biomedicina por apropiarse de otros saberes terapéuticos en un momento de gran demanda por parte de la población por este tipo de estrategias de salud.

Es interesante destacar que los hechos evidencian que ningún grupo queda ajeno a este proceso, es decir, esta no es una conducta exclusiva de las clases más acomodadas que tienen mayores facilidades de contacto con las tendencias mundiales, sino que es un proceso que se ha masificado y que impacta a todos los sectores, incluso a las identidades definidas como más “puras”, como son las indígenas. De hecho, es posible afirmar que la identidad mapuche no corresponde a una esencia única e inmutable, sino que es dinámica y se encuentra en constante cambio y construcción. A la vez, más que de una identidad, se trata de identidades múltiples y de sujetos que transitan entre distintas posiciones identitarias en la gama de posibilidades de lo que significa ser mapuche. En este sentido, la problemática de estudio en parte permite reflexionar en torno a los procesos a través de los cuales se construyen las identidades étnicas mapuche actuales, donde los espacios rurales y urbanos se reactualizan en tanto escenarios dinámicos de construcción de identidad, y donde los procesos sociales globales impactan y redefinen la vida de hombres y mujeres mapuche. Para comprender estos escenarios actuales de construcción de identidades se debe tener presente, entre otros factores, los procesos masivos de migración campo-ciudad que se producen en Chile desde el siglo pasado, afectando a una parte importante de la población mapuche. Estos procesos, más aquellos vinculados a la globalización, han producido modificaciones en las pautas culturales tradicionales del mundo mapuche, dando como resultado múltiples posibilidades identitarias para definirse como mapuche, que se

ubican en distintas posiciones en el camino entre lo tradicional y lo globalizado. Estos procesos se dan de manera diferente de acuerdo a la generación de las personas implicadas, entre otras variables. Así, por ejemplo, la tensión entre lo global y lo local se ve reflejada principalmente en la población joven, ya que son ellos quienes se enfrentan en mayor grado a la dicotomía de pertenecer a ambos universos. Si bien se tiende a pensar que entre los jóvenes mapuche no existe un interés por perpetuar su cultura de origen, las entrevistas realizadas en el marco de la investigación dejan en evidencia que entre los jóvenes mapuche hay un gran interés por los servicios del Programa de Salud y Pueblos Indígenas, así como por las diversas instancias y ritos de reproducción de la cultura a la que pertenecen. Esta motivación contradice en gran medida la idea de que son los jóvenes los responsables del debilitamiento de la cultura mapuche en la ciudad, lo que da pie a una aproximación más flexible de ésta, en tanto es capaz de sobrevivir en espacios urbanos y entre sujetos jóvenes altamente expuestos a los procesos de aculturación por haber nacido en la ciudad o arribado siendo pequeños a ésta. Aun en estas circunstancias, o quizás debido a ellas, parte de la juventud mapuche manifiesta interés por encontrar alternativas médicas distintas a la biomedicina y obtener a través de ellas una oportunidad de reencontrarse con tradiciones culturales que les pertenecen, transformando de este modo a la medicina en un elemento esencialmente cultural, sin que ello vaya en desmedro de su eficacia sobre la salud de los cuerpos. Este proceso convive con el desarrollo de una identidad urbana también fuertemente marcada en los jóvenes mapuche, de la cual no se excluyen sino que pertenecen de igual manera como pertenecen a la mapuche. Quien mejor ilustra esta noción de identidades múltiples es el *machi* Pablo de la UST del Hospital San Borja Arriarán, ya que representa de manera magistral esta convivencia de identidades y la nueva puesta en escena de la identidad mapuche urbana.

Con respecto a la población no mapuche abordada por la investigación, es posible ver cómo las identidades de los sujetos también se hacen plásticas, adecuándose a diversos escenarios de salud. Así, es posible encontrar un importante contingente *winka* que acude a la medicina mapuche, de la misma manera en que buscan opciones terapéuticas como el reiki, la medicina energética, la misma Sintergética, entre muchos

otros ejemplos. Cabe destacar que la búsqueda de nuevas opciones terapéuticas no es sólo una característica de la población *winka*, sino también de la mapuche, la que estaría dispuesta a probar nuevas opciones en salud (más allá de la mapuche o la alópatas) y ampliar así sus itinerarios terapéuticos.

Un dato importante es que en todos los contextos observados por la investigación la variable de género juega un rol fundamental. Durante todo el trabajo de campo fue posible constatar que las mujeres son quienes más utilizan los recursos de salud estudiados y, a la vez, son ellas quienes relatan ejercer con mayor soltura y fluidez el “tanteo” en los ámbitos de la salud. Una de las razones para explicar este fenómeno puede ser el histórico vínculo que las mujeres han establecido con los ámbitos de la salud, al estar éstos asociados a los espacios privados de la cultura, por ende, a los espacios femeninos. Esto ha hecho que las mujeres sean quienes manejan los saberes informales en torno al cuidado de la salud, y las responsables de los grupos familiares en estos ámbitos. Por esto mismo, no es extraño encontrar a mujeres consultando tanto a *machi* como a sanadores alternativos por la salud de sus hijos y maridos, como por su propia salud. La mayoría de los hombres entrevistados durante la investigación decían haber sido impulsados a ir a las terapias por sus mujeres, quienes generalmente estaban con ellos acompañándolos. Esto hace pensar que, al estar históricamente las mujeres vinculadas a los ámbitos de la salud, son a su vez más proclives a experimentar con nuevas alternativas en este campo siendo capaces de traspasar las fronteras de lo local para incorporar dentro de sus saberes prácticos y conocimientos que vienen de lo global. Asimismo, son las mujeres quienes retornan a lo local, al acercarse a la medicina mapuche sin tener necesariamente un vínculo identitario con dicha cultura. Esto hace que se genere una suerte de “comunidad femenina” en torno a la salud, la cual se construye desde los más variados universos de significados y se presenta como un espacio nuevo en salud, que habrá que continuar investigando para analizar en qué deviene en un futuro cercano. En el siguiente punto propongo tres tipos de comunidades que, a mi juicio, se construyen a partir de los nuevos contextos de curación. Cabe destacar que en cada uno de ellos las mujeres juegan un rol central ya que son las principales actrices de los procesos observados y, por eso mismo, se generan estas

comunidades de mujeres de las que hice mención anteriormente ya que en los contextos de curación observados ellas se encuentran, dialogan y construyen identidades particulares como se discute a continuación.

6.3. Construcción de comunidad a partir de la experiencia de curación

De acuerdo a los datos obtenidos en la investigación, es posible distinguir tres tipos de comunidades:

1. Comunidades efímeras que resultan de la elección diversa y variable de las múltiples opciones en salud. En el contexto de la investigación esta noción de “comunidad efímera” está dada desde los procesos de búsqueda y de encuentro entre los sujetos a través de los diversos tránsitos que realizan por las múltiples opciones en salud, y no desde la identificación y compromiso ideológico de los sujetos con respecto a algunos de los sistemas o terapéuticas médicas específicas. Igualmente, es posible afirmar que la noción de comunidad se arraiga en la de pertenencias múltiples, donde la coherencia de cada sistema médico está dada principalmente por el significado que los diversos actores involucrados otorgan a su experiencia con cada uno de ellos, más que por una esencia inmutable que fuese propia de cada uno de los sistemas médicos. Esta noción de comunidad se actualiza a través de la categoría de “medicina natural”, concepto que utiliza la gran mayoría de las personas para denominar a todas las prácticas terapéuticas no biomédicas.

Los datos provenientes de la observación de implementación de terapias alternativas y complementarias en dos hospitales públicos de la ciudad de Santiago ejemplifican este tipo de comunidad. En estas experiencias fue posible apreciar el hecho de que la gran mayoría de las personas que se acercan a estas terapias relatan haber probado a lo largo de sus vidas una amplia gama de opciones terapéuticas, tanto en búsqueda de curación frente a afecciones específicas, como en una búsqueda más profunda, que tiene que ver con el sentido de sus vidas. Así, en esta indagación las personas relatan haber experimentado con el tarot, la naturopatía, la homeopatía, la

medicina energética, la medicina china, imanes, sanadores locales, hierbas medicinales, entre otros muchos recursos terapéuticos. Esta búsqueda de sentido que trasciende el plano fisiológico genera entre las personas una noción de pertenencia, de unidad, que va más allá de las identidades de origen de los sujetos, y que se liga a una necesidad de volver a lo que denominan como natural, a las raíces. Así, por ejemplo, durante las sesiones de Sanación Sintergética se genera un sentimiento de colectividad entre todas las personas que participan de la experiencia, aún cuando terminado el acto de curación cada quien retome sus quehaceres cotidianos. El sentimiento de integrar un cuerpo colectivo está dado por el acto ritual que allí se genera, donde todos quienes están presentes se convierten en sanadores. Para esto no es necesario tener conocimientos especializados sino sólo invocar al “sanador interno” que se dice todos llevamos dentro, es decir, vincularse con la naturaleza humana. Es nuevamente la idea de volver a lo natural, lo puro y lo interno, lo que significan como sano, frente a un mundo exterior contaminante. Es decir, pertenecer a una “comunidad de medicina natural” mediada por un ritual específico, sin importar mayormente cual este sea. Lo mismo fue posible observar en las prácticas de medicinas alternativas y complementarias llevadas a cabo en el Hospital San Borja Arriarán, donde la comunidad también se constituye a partir del acto ritual en torno a prácticas que se denominan como la “medicina natural”: apiterapia, yoga, sanación energética, entre otras.

Al hacerse cargo de ámbitos de la vida en los que la medicina alópata no entra, la medicina mapuche y alternativas y complementarias aparecen como opciones atractivas para los sujetos y, por ende, éstos optan por conocerlos, por entrar y salir de ellos sin con esto comprometer su(s) otras identidad(es) o cultura de origen. Los datos y las experiencias recabadas señalan que dichas alternativas terapéuticas se han vuelto interesantes para la biomedicina y, por ello, se pueden encontrar tantas experiencias de incorporación de dichas terapéuticas dentro del sistema alópata ya que la biomedicina no parece generar una comunidad ritual atractiva para los sujetos, por lo cual requiere de códigos externos para poder suplir dicha carencia.

Otro ejemplo de este fenómeno se puede observar en personas mapuches y no mapuches que acuden a la medicina mapuche y la interpretan como un recurso natural

de salud, construyendo un discurso que los liga a ellos de una u otra manera a la cultura mapuche a través del uso que hacen de hierbas medicinales u otros recursos terapéuticos. En este escenario, el “sur” de Chile en tanto territorio histórico mapuche se convierte en el referente de “lo natural” ya que se le vincula con un estilo de vida sano, en contraposición a la urbe, la cual es catalogada como contaminante. De esta manera, *winkas* que hasta la fecha no habían tenido mayor contacto ni interés por la cultura mapuche, al acudir a la medicina mapuche intentan buscar un punto de identificación con esta cultura, aunque sepan que es una identidad transitoria y que la construyen de una manera “utilitaria” para significar el acto de curación al que se someten. Lo mismo sucede de igual manera con cierta población mapuche que acude a esta medicina, ya que la gran mayoría de estas personas sostiene no haber tenido un vínculo profundo con la cultura mapuche hasta la fecha, pero al someterse a la terapéutica de esta medicina aparece un ánimo de encuentro con esta cultura. Cabe destacar que la medicina mapuche se construye en este contexto en una suerte de “alternativa chilena” de “medicina natural”, haciendo propio y local un recurso global.

La noción de comunidad que se construye en este contexto es tan efímera como la identidad misma de los sujetos en las sociedades líquidas, en el entendido de que el sentido de individualidad pesa más que la creación de comunidades duraderas y fuertes pero, a la vez, existe una búsqueda de pertenencia. Le Breton (1990) sostiene que esta exploración constante en torno a la salud tiene que ver con la búsqueda de un cuerpo perdido que es, de acuerdo al autor, la de una comunidad perdida. Lipovetsky denomina a este fenómeno de individualidad como “procesos de personalización”, apuntando con este concepto a una nueva manera que tienen las sociedades de organizarse y orientarse, donde las coacciones son mínimas mientras las elecciones privadas aumentan. En el ámbito de la salud, este proceso se refleja según el autor de la siguiente manera:

“La medicina sufre una evolución paralela: acupuntura, visualización del interior del cuerpo, tratamiento natural por hierbas, biofeedback, homeopatía, las terapias “suaves” ganan terreno enfatizando la subjetivación de la enfermedad, la asunción “holística” de la salud por el propio sujeto, la exploración mental del cuerpo, en ruptura con el dirigismo hospitalario; el

enfermo no debe sufrir su estado de manera pasiva, él es el responsable de su salud, de sus sistemas de defensa gracias a las potencialidades de su autonomía psíquica” (2002:21).

2. Comunidades en torno a procesos de reetnificación: en la observación de la implementación del Programa de Salud y Pueblos Indígenas en tres comunas de Santiago es posible distinguir otro tipo de comunidad cuyo desarrollo gira principalmente en torno a la medicina mapuche. Es una comunidad que se construye siguiendo un proceso de reetnificación, y esto se puede observar en sujetos mapuche urbanos con escasa vinculación con su propia cultura, a la cual vuelven a vincularse a través de la medicina re-encontrando así su identidad indígena y con ello el colectivo comienza un proceso de construcción identitaria mapuche. Ejemplo de este fenómeno es la Asociación de Funcionarios Mapuche del Hospital San Borja Arriarán, lo que da cuenta del proceso de reetnificación a través de los ámbitos de la salud ocurrido en sujetos mapuche con escasa vinculación con dicha cultura. Así también varias de las personas mapuche involucradas en el Programa de Salud y Pueblos Indígenas, principalmente los encargados en cada comuna, o facilitadores interculturales, comentaron que éste les brindó la oportunidad de re-encontrarse con su identidad étnica, es decir, reconstruir una identidad que hasta antes de involucrarse en el Programa o bien no existía o estaba invisibilizada dentro de sus propias historias personales. Este es el caso de personas que están insertos en el Programa a través de diversas funciones, quienes junto con prestar servicios a la comunidad en torno a la cultura y la salud mapuche, están aprendiendo o re-aprendiendo sobre esta cultura que dicen ser la suya de origen. A su vez, muchos usuarios mapuche reconocen que el Programa de Salud y Pueblos Indígenas les ha permitido reconstruir una identidad indígena la cual tenían en el olvido, o bien nunca había existido. Por esto mismo, muchos usuarios mapuche del Programa nunca antes se habían atendido con *machi* ni conocían los procedimientos terapéuticos de la medicina mapuche. Como la gran mayoría es gente que ha vivido por muchos años en la ciudad, el principal paradigma de atención en salud que manejan es el biomédico, el cual no rechazan, sino por el contrario, lo utilizan. Al preguntárseles por qué acuden a *machi*, la mayoría sostiene que es para complementar la atención biomédica, sumando así nuevas

estrategias de salud a sus itinerarios terapéuticos. De esta manera, la atención con medicina mapuche es para gran parte de los usuarios mapuche del Programa una experiencia nueva, de descubrimiento o reencuentro con la cultura mapuche, donde la salud, junto con la educación, juegan un rol central en este proceso de reetnificación. De acuerdo a Mascareño (2007), estas son estrategias que responden a la necesidad de los individuos por articular y aumentar sus condiciones de inclusión social, auto-adscribiéndose culturalmente con el fin de dar a sus demandas un sentido particular, trascendente y una proyección histórica que aumente su potencial de reconocimiento.

3. Comunidades políticas en torno a la salud, parecida a la anterior, aunque ahora se trata de los dirigentes mapuche involucrados en el Programa que llevan años luchando por el reconocimiento de la cultura mapuche en la ciudad. Para esta población mapuche, más organizada, la implementación de los programas de salud intercultural ha significado la creación de nuevas comunidades mapuche que giran en torno a la salud pero desde ahí también se abren a otros espacios. Entre otros, la generación de talleres sobre cultura y cosmovisión mapuche, los cuales utilizan para integrar a aquellos sujetos mapuche con poca a nula identidad étnica. Ejemplo de esto son los casos descritos en el análisis sobre organizaciones mapuche en las comunas de Pudahuel, Cerro Navia y Lo Prado y las nuevas dinámicas que se han producido en su interior a partir de la implementación de programas de salud intercultural. Para estos grupos resulta difícil enfrentar el hecho que quienes más acuden a la atención de *machi* del Programa de Salud y Pueblos Indígenas es población *winka* ya que de acuerdo a los lineamientos ministeriales este programa está dirigido a población mapuche, por ende, reconocer el fenómeno antes descrito debilitaría las bases del programa y el quehacer de las comunidades organizadas en éste. Por esto mismo, desde estas comunidades la salud intercultural se sigue conceptualizando como un tema netamente de recuperación de identidad indígena (en este caso mapuche), y es concebida una herramienta política de negociación entre los pueblos originarios y el Estado.

La identificación de estos tres tipos de construcción de comunidades en torno a la experiencia de curación ponen en entredicho la noción de interculturalidad en salud que

se ha construido en Chile hasta la fecha. Dentro de las políticas de salud intercultural desarrolladas en Chile, la categoría de interculturalidad incluye sólo a los pueblos originarios propios del país, dejando fuera cualquier otra manifestación cultural que tenga injerencia en los ámbitos de la salud. Así, lo que ha sucedido en Chile es que la categoría de interculturalidad aplicada a la salud se ha convertido básicamente en una herramienta política de negociación entre los pueblos originarios y el Estado. Por ejemplo, de acuerdo a los lineamientos ministeriales el Programa de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud está dirigido hacia población mapuche, pero la realidad demuestra que la mayoría de los usuarios en las tres comunas abordadas por la investigación es población *winka*. Interesante resulta el hecho de que éste sea un tema difícil de plantear tanto a las autoridades como a la comunidad mapuche organizada de dichas comunas, toda vez que desde estas instancias pareciera ser que se sigue pensando la salud intercultural como un tema de recuperación de la identidad indígena (en este caso mapuche). Pero la observación en terreno da cuenta de otra realidad en la cual aparecen sujetos de orígenes múltiples en búsqueda de la medicina mapuche en tanto recurso natural de salud. De esta manera, los datos obtenidos a través de la investigación permiten sostener que la interculturalidad en salud se construye desde aspectos que van más allá de lo netamente indígena, incluyéndose dentro de dicha categoría una serie de elementos que dan cuenta finalmente de la plasticidad de las identidades actuales tanto de los sujetos como de las instituciones, toda vez que la interculturalidad en salud no es una construcción institucional sino un proceso social al cual se han incorporado las instituciones. Así, la tesis propone ampliar la noción de interculturalidad en salud, incluyendo dentro de esta categoría no solo las tradiciones terapéuticas propias de los pueblos originarios, sino también todas aquellas tradiciones terapéuticas no alópatas que tienen las más diversas procedencias (tanto nacionales como extranjeras) y que lentamente han ido penetrando la cultura sanitaria nacional. De esta manera, en la actualidad la interculturalidad en salud cruza las fronteras de lo local, integrando elementos de la globalidad. Pero, esta integración se realiza desde los códigos propios particulares de cada sujeto, lo que hace que se produzca como resultado una síntesis nueva en salud, es decir, una relectura de lo global desde lo local.

6.4. Análisis de las nuevas rutas de curación desde una perspectiva simbólica

Uno de los aspectos que resalto en el análisis del fenómeno de introducción de terapias no alópatas dentro del sistema de salud público es la dimensión simbólica de este fenómeno, toda vez que, como sostiene Sahlins (1996), las culturas no se formulan a partir de la actividad práctica y del interés utilitario. Más bien, en contraposición a la razón práctica, la razón simbólica actúa como eje articulador ya que el significado es la propiedad específica del objeto antropológico y lo que da sentido al orden práctico de los fenómenos. Desde un análisis simbólico, lo que está en juego no es la utilidad objetiva de los elementos sino la “eficacia simbólica” de éstos. De esta manera, la eficacia simbólica tiene como aspecto central el hecho de que el sentido restaurado por el chamán sea acreditado por el actor y la colectividad, pues sólo en la medida en que esto efectivamente ocurra, la sanación podrá llevarse a cabo y con ello el actor podrá ser restituido al simbolismo general de su grupo de pertenencia (Lévi-Strauss, 1987; Le Breton, 1990). En las sociedades modernas la eficacia simbólica no es exclusiva de los sistemas médicos ligados a culturas indígenas u otras tradiciones terapéuticas holísticas donde el rito remite a contextos específicos de curación chamánica, sino que la biomedicina también opera a través de sus propios rituales, por ejemplo: la relación particular médico-paciente de la biomedicina, caracterizada por ser fría y distante; el delantal blanco en tanto símbolo de jerarquía entre médicos y profesionales alópatas; todos estos son elementos que otorgan una identidad particular a la biomedicina y que la hacen simbólicamente poderosa.

La categoría de eficacia simbólica asume que los sujetos sólo se involucran en el acto de curación en la medida en que creen en las palabras y acciones de los terapeutas, y con ello restablecen el sentido en sus vidas, no sólo a nivel orgánico sino también simbólico. Este tema apareció con gran fuerza en la investigación. Todas las personas entrevistadas –tanto quienes acuden a la medicina mapuche o a las terapias alternativas y complementarias- sostienen que la “fe” es el aspecto central para restablecer la salud. Es decir, más allá de la terapéutica a la que se recurra, lo trascendental dicen es creer en ella, tener la certeza que va a curar. Sin este elemento -que los entrevistados denominan como “fe”-, las terapias pierden parte de su sentido, ya que es este aspecto de la fe lo que

involucra e identifica a los sujetos con la terapia a la cual se someten. En este sentido, da igual si se es *winka* o mapuche a la hora de acudir a la medicina mapuche, o si se conocen los fundamentos que existen detrás de las terapias holísticas, lo importante es creer en ellas y tener fe que van a restaurar la salud. Todo lo demás, dicen las personas, es secundario.

En esta misma línea argumentativa concurrimos con Buxó que la capacidad simbólica permite ir más allá de las cualidades objetivas de la utilidad para actuar en el territorio de la eficacia. Si el concepto funcionalista de la utilidad busca servir, ser útil en la concreción de una práctica curativa, la eficacia activa recursos que potencian aspectos diversos del acto curativo. De acuerdo a Buxó, bajo la mirada utilitaria se supone que la medicina puede curar fuera del contexto y de la red de significados en que esto ocurre. Desde la perspectiva de la eficacia, en cambio, por poco claros que sean los elementos y los ritos curativos en términos de utilidad, la terapéutica igualmente funciona y la salud es restaurada ya que en el escenario de la eficacia lo que adquiere mayor importancia no son los elementos curativos propiamente tales, sino más bien el ritual, donde la eficacia cura aunque objetivamente no existe ninguna utilidad en los productos empleados para dicho fin.

Para comprender cómo opera la eficacia simbólica en las sociedades actuales, retomo a Sahlins (1996) quien sostiene que es indispensable indagar respecto a los núcleos de producción simbólica que existen en las sociedades capitalistas complejas, es decir, así como en las sociedades tradicionales lo era el parentesco, en las sociedades complejas hemos de indagar en los actuales locus simbólicos. ¿Cuáles son éstos? A la luz de los resultados se puede plantear que la salud, la ciencia y la biotecnología en tanto campos de transformación de la naturaleza conforman estos núcleos simbólicos. Como sostiene el autor, en las sociedades capitalistas la naturaleza o el hecho natural asume un nuevo modo de existencia, esto es como hecho simbolizado, y sus consecuencias culturales están gobernadas por la relación entre su dimensión significativa y otros

significados, no como antes donde el foco estaba en la relación entre su dimensión natural y otros hechos de esta índole. Al respecto, Buxó sostiene:

“Antes se entendía la naturaleza humana como una realidad constante y era más fácil asignarle categorías cerradas y autoexplicativas, ahora, sin embargo, la complejidad del impacto biotecnológico obliga a virar el concepto de descubrimiento y leyes naturales que reflejan la realidad para situarse en el concepto de invención y leyes artificiales, y con ello profundizar en construcciones diversas de la corporalidad, la fluidez conceptual de la identidad, los hechos en situación y la variabilidad de la percepción pública” (1996:58).

Bajo esta mirada, la salud se transforma en un importante campo de producción simbólica, producción que ya no pasa sólo por los individuos y las instituciones sociales tradicionales destinadas para dicho fin, sino a través de diversos mecanismos, entre ellos los medios de comunicación, la opinión pública y la economía de libre mercado. El siguiente comentario de Buxó así lo evidencia:

“En lugar de reconocer este sentido constructivo y elaborar las implicaciones culturales y éticas, la notable multiplicación y aceleración de los cambios derivados de la conectividad global y los adelantos en tecnologías inteligentes y biomedicina –trasplantes, fertilizaciones, terapias génicas- se ha tendido a producir un debate mediático que involucra sectorialmente a científicos, políticos y ciudadanos” (1996:58).

Los datos obtenidos en la investigación permiten pensar que los actores que están detrás de la construcción de la salud en tanto campo de producción simbólica (la ciencia, la biotecnología, los medios de comunicación, la opinión pública y la economía de libre mercado, entre otros) han creado la percepción generalizada de que la salud en la actualidad carece de fronteras y límites. Todos lo dicen: los medios de comunicación de masas, la industria farmacéutica, etc. Si se necesita salud sólo hay que salir a buscarla. La amplia oferta de terapias que existe en la actualidad alimenta aún más esta idea. El mercado constantemente brinda mensajes en esta dirección, basta ver los medios de comunicación y el rol que cumple la oferta de medicamentos en éstos; la presencia de las farmacias en las urbes chilenas; el aumento en la cantidad de centros de salud; la amplia oferta en torno a medicamentos alópatas y “naturales”, y otros. Todos estos elementos

son desplegados como medios para mitigar la incertidumbre y la noción de riesgo que acompaña la falta de salud, en un contexto social donde la enfermedad y la muerte son percibidas tanto por los sistemas profesionales como por los sujetos como un fracaso. Por esto, los médicos (y la sociedad en general) luchan para que los individuos no mueran, ya que la salud y la vida se han transformado en símbolos del progreso. Tal como sostiene Buxó:

“Como todo proceso innovador, además, estas innovaciones tecnocientíficas tienen costos y beneficios, gusta y a la vez provoca angustia entre la ciudadanía. El gusto se adecúa en la apelación tácita a la autoridad de la ciencia y la cultura que, bajo la envoltura de la calidad de vida, otorga una nueva identidad basada en el bienestar y el rejuvenecimiento corporal. Basta que se emitan en los medios de comunicación los resultados de un estudio científico para que se creen las condiciones modales de cambio de ideas y el consumo compulsivo estético-sanitario para conseguir sentirse mejor en el propio cuerpo: tanto si se trata de la dieta-colesterol, la ingestión de estrógenos, la fertilización in vitro, o la cirugía estética” (1996:58).

De este modo, en medio de la modernidad líquida y fluctuante existe una promesa de salud como nunca antes, promesa realizada tanto por la ciencia, la tecnología y el sistema biomédico, como por los medios de comunicación, las empresas privadas y otros sectores de la sociedad. El mundo globalizado en sí es de cierta manera el símbolo de la infinitud de opciones en salud y el mercado el gran campo de intercambio de ésta. Al contrario de la noción de Foster de la Imagen del Bien Limitado⁷³, esta investigación

⁷³ Foster (1965) planteó el concepto de la Imagen del Bien Limitado en tanto modelo cognitivo para comprender las conductas de las sociedades campesinas, categoría que el autor desarrolló a partir de su trabajo de campo en Tzintzuntzan, Michoacán, México. De acuerdo al autor, este concepto se refiere a un amplio rango de conductas de la población campesina en las cuales éstos abordan su universo social, económico y natural (es decir, todo su medio) como un espacio en el que todos los “bienes” que se desean en la vida, tales como tierra, poder, influencia, amistad, amor, honor, respeto, status, seguridad, existen en una cantidad finita y reducida y donde no se cuenta con el poder para aumentar las cantidades disponibles. De este modo, la riqueza o abundancia está circunscrita a límites absolutos y, al igual que la tierra, es inherente a la naturaleza, por lo que se puede dividir y circular pero no aumentar, ni siquiera a través del trabajo ni de ninguna otra actividad humana. Así, se trabaja para comer, pero no para producir riqueza o abundancia. Continuando con su análisis, y considerando a la vez la comunidad campesina como un sistema cerrado, el autor sostiene que la única manera a través de la cual un individuo o una familia pueden mejorar su posición o su situación es sólo a expensas de los otros. Así, el mejoramiento relativo en la posición de una persona o una familia con respecto a cualquier bien es visto como una amenaza hacia la comunidad en su conjunto. Para que haya riqueza o prosperidad, alguien está siendo desposeído. Y como es frecuente que no exista certeza sobre quien está perdiendo en este proceso, cualquier mejoramiento significativo es percibido, no como una amenaza hacia un individuo o una familia particular, sino como una amenaza hacia todos los individuos y todas las familias de la comunidad. Foster plantea que el sistema

propone que en la actualidad la salud corresponde simbólicamente a la Imagen de un Bien Ilimitado.

Ahora bien, esta Imagen del Bien Ilimitado se enfrenta a la paradoja de que efectivamente las personas enferman y mueren, es decir, la ciencia y la tecnología no cumplen el sueño de una existencia extremadamente larga, libre de enfermedades mortales. Así, sólo queda la imagen simbólica de la salud en tanto bien ilimitado, en contextos cotidianos donde la realidad en los ámbitos de la salud es altamente limitada. Por esto, se incorporan otros sistemas dentro de la biomedicina, como una estrategia que utiliza el sistema oficial para ampliar la oferta de salud y así tener más herramientas para construir la noción de la salud en tanto bien ilimitado y mitigar la noción de riesgo. De esta manera, el Estado y el libre mercado se apropian de nuevas terapias de salud, pero transformando la eficacia simbólica que tradicionalmente tenían en sus contextos de origen. Ejemplo de esto es el de la farmacia mapuche, la cual transforma a dicha medicina en grageas envasadas que se venden como productos de exportación.

Tal como sostiene Sahlins, en las sociedades nada tiene existencia salvo por el significado que los individuos le asignen a dichos fenómenos. En este sentido, es poco grato concluir que en la apropiación que diversos actores, entre ellos el Estado y las industrias farmacéuticas, hacen de la selección de investigaciones en biomedicina y las implementaciones terapéuticas, se va más allá del utilitarismo. En busca de la innovación, como requisito del mercado, se construye todo un universo simbólico con sus contextos rituales correspondientes sobre la salud y la calidad de vida, aunque obviamente al servicio del sistema capitalista.

Junto con lo anterior, parece necesario terminar reflexionando sobre la interrelación entre Antropología y Bioética, y en qué sentido contribuye a esclarecer las implicaciones de los cambios en el sistema sanitario. Sin duda remitir el análisis del quehacer biomédico a la antropología crítica permite enmarcar y entender los problemas expuestos, pero, la bioética en su especialización sobre las cuestiones morales que afectan la praxis en los sistemas sanitarios a escala global, abre escenarios

genera mecanismos de compensación para aquellos que no logran obtener los bienes deseados, mecanismos que son a su vez culturalmente delimitados.

interculturales que modulan el relativismo con que se pueden llegar a tratar estas prácticas sanitarias y la redefinición de la calidad de vida. Ante estas condiciones, la bioética aporta un discurso complementario con el análisis antropológico para repensar la salud y la educación en salud, en particular en una sociedad que se quiere definir por la calidad de vida, Así, como Casado señala: *“la concepción de una democracia de calidad conlleva necesariamente transparencia y participación así como flexibilidad y ductilidad a la hora de compatibilizar lo común y lo distinto”* (2009:513).

Y, en cuanto las concepciones éticas se vuelven rígidas, es justamente la etnografía la que contribuye a modular y contextualizar la introducción de terapéuticas no alópáticas dentro del quehacer biomédico que, como indica Buxó, *“el ejercicio de la Bioética va más allá de lo que significan la dignidad y la libertad, lo bueno y lo malo, los deberes y las obligaciones para enfocar las teorías y los términos éticos como prácticas sociales con fines concretos ya que donde mejor se ejemplifican los valores y los principios es en la acción”* (2009: 332).

Con esto me propongo dejar abierta la discusión y, más que entregar respuestas cerradas frente a problemáticas sociales complejas, abrir la reflexión en torno a los temas planteados y así poder ir construyendo nuevas bases teóricas y metodológicas que permitan comprender mejor los fenómenos sanitarios que se desarrollan en el marco de lo global y local, resaltando siempre la diversidad cultural existente y las posiciones que adoptan los diferentes actores involucrados, especialmente en la dinámica actual de la sociedad chilena. En este contexto, ya se pueden observar nuevas tendencias en la vinculación entre, por ejemplo, antropología médica y migración, en el sentido de cómo las tradiciones terapéuticas de la población migrante que reside en Chile, principalmente peruana, ecuatoriana y de otros países latinoamericanos, va introduciéndose en la cultura sanitaria local, tema entre otros varios que son posibles de analizar desde las perspectivas que se han planteado a lo largo de la investigación.

BIBLIOGRAFÍA

- Albó, Xavier. (2004). Interculturalidad y salud. En Fernando Fernández Juárez (Coord.). Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas. Quito: Ediciones Abya-Yala, 65- 74.
- Agamben, Giorgio. (2007). La inmanencia absoluta. En Giorgi, Gabriel y Fermín Rodríguez (Comp.). Ensayos sobre biopolítica. Excesos de vida. Buenos Aires: Paidós, 59-92.
- Aguirre Beltrán, Gonzalo. (1994). Obra Antropológica XIII. Antropología Médica. México DF: Fondo de Cultura Económica.
- Alemany, Carme. (2000). La feminización de la medicina y su impacto social. En Género y salud. I Jornadas de la red de médicas y profesionales de la salud. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Aravena, Andrea. (1999). La identidad indígena en los medios urbanos. Procesos de recomposición de la identidad étnica mapuche en la ciudad de Santiago. En Guillaume Boccara y Sylvia Galindo (Eds.). Lógica Mestiza en América. Temuco: Instituto de Estudios Indígenas-Universidad de la Frontera, 165-199.
- Bacigalupo, Ana Mariella. (2001). La voz del Kultrun en la modernidad. Tradición y cambio en la terapéutica de siete machi mapuche. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- ----- (1996). Ngünechen. El concepto de Dios mapuche. En Revista de Historia, N° 29. Santiago: Universidad Católica de Chile.

- Barbero, Martín. (2005). Identidad y diversidad en la era de la globalización. En Diversidad Cultural. El valor de la diferencia. Santiago: LOM Ediciones-Consejo Nacional de la Cultura y las Artes, 29-43.
- Barfield, Thomas (ed). (2001). Diccionario de Antropología. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Barry, Christine. (2006). Pluralisms of Provision, Use and Ideology. Homeopathy in South London. En Johannessen, Helle and Imre Lázár (Eds). Multiple Medical Realities. Patients and Healers in Biomedical, Alternative and Traditional Medicine. Oxford: Bergham Books.
- Bauman, Sygmunt. (2007). La sociedad individualizada. Madrid: Cátedra.
- ----- (2002). Modernidad líquida. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Beck, Ulrich. (2007). Teoría de la sociedad del Riego. En Beriain, Josexo (Comp.). Las consecuencias perversas de la modernidad. Barcelona: Anthropos, 201-222.
- Beriain, Josexo. (2007). El doble sentido de las consecuencias perversas de la modernidad. En Beriain, Josexo (Comp.). Las consecuencias perversas de la modernidad. Barcelona: Anthropos, 123-145.
- Bengoa, José. (2007). Historia de un conflicto. Los mapuches y el Estado nacional durante el siglo XX. Santiago: Planeta.
- ----- (2000). La emergencia indígena en América Latina. Santiago: Fondo de Cultura Económica.

- Beltrán, Miguel. (1998). Perspectivas sociales y conocimiento. Barcelona: Universidad Autónoma Metropolitana.

- Blair O'connor, Bonnie. (1995). Healing traditions. Alternative medicine and health professions. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

- Boccara, Guillaume. (2007). Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile. En Chungará, Revista de Antropología Chilena, Volumen 39, N°2., 185-207.

- Bustos, Reinaldo. (s/f) El sistema de salud chileno. Contexto histórico y normativo. Santiago: Colegio Médico de Chile, Serie Documentos.

- Buxó, María Jesús. (2009). De la dignidad a la Bioética en acción: Derechos Humanos y diversidad cultural. En María Casado (Coord) Sobre la dignidad y los principios. Análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco. Barcelona: Thomson Reuter y Civitas, 323-333.

- ----- (2004). Bioética intercultural para la salud global. En Revista de Bioética y Derecho. N°1. Barcelona: Observatori de Bioética i Dret de la Universitat de Barcelona, 12-15.

- ----- (2001). Prospectiva Antropológica. En Antropología. Una exploración de la diversidad humana con temas de la cultura hispana, Madrid: MacGraw-Hill, 487-499.

- ----- (1999). Genoma, Riesgo y Cultura. En Casado y González (Eds). Los retos de la genética en el siglo XXI: genética y bioética. Barcelona: Edicions Universitat de Barcelona, 95-103.

- ----- (1996). Antropología Cultural y Bioética. En María Casado (Ed). Materiales de Bioética y Derecho. Barcelona: CEDEC, 49-60.
- Calderón, David y Raúl Rojas. (2008). Medicinas alternativas. Avances en el bienestar y calidad de vida. Santiago: Editorial Renacimiento.
- Calpe, Isabel. (2001). Souffle, cuerpo e imagen. Interculturalidad y práctica del Qi Gong en un jardín de Paris. Tesis Doctoral. Barcelona: Departament d'Antropologia Social i d'Historia d'Amèrica i Àfrica de la Universitat de Barcelona.
- Campos, Pablo. (2007). La violencia al denominar en la construcción/deconstrucción del sujeto indígena urbano por el Estado de Chile. En Revista de la Academia. N°12. Santiago, 63-84.
- Casado, María. (2009). Educación, formación e información en materia de bioética. En María Casado (Coord) Sobre la dignidad y los principios. Análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco. Barcelona: Thomson Reuter y Civitas, 509-521.
- Casado, María. (2002). Por qué bioética y derecho? En Acta Bioethica. Año/vol VIII. Santiago: Organización Panamericana de la salud, 183-193.
- Citarella et al. (2000). Medicina y culturas en la Araucanía. Santiago: Editorial Sudamericana.
- Clifford, James. (1998). Sobre la autoridad etnográfica. En Carlos Reynoso (Comp.). Corrientes en antropología contemporánea. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Comelles, J.M. (2004). El regreso de las culturas. Diversidad y práctica médica en el siglo XXI. En Fernández Juárez, Gerardo (Coord.). Salud e Interculturalidad en América Latina. Quito: Abya Yala, 31-52.

- ----- (1996). Fé, carisma y milagros. El poder de curar y la sacralización de la práctica médica contemporánea. En González Alcantud y Rodríguez Becerra (Eds.) Creer y curar: la medicina popular. Granada: Biblioteca de Etnología-Diputación Provincial de Granada, 301-336.

- Comelles, J.M y Martínez, A. (1993). Enfermedad, cultura y sociedad. Madrid: Eudema.

- Cominsky, Sheyla. (1983). El pluralismo médico en Mesoamérica. En Kendall. Hawkins y Bossen (Eds). Heritage of conquest. Thirty years later. Universidad de Nuevo México.

- Csordas, Thomas. (1990). Embodiment as a paradigm for Anthropology. En Ethos. Vol. 18, N°1, 5-47.

- Cunningham, Myrna. (2002). Etnia, cultura y salud: la experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las regiones autónomas de Nicaragua. Programa de Políticas Públicas y Salud, División de Salud y Desarrollo Humano. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.

- Davis-Floyd, Robbie. (2001). Los paradigmas tecnocrático, humanista y holístico del parto. En International Journal of Gynecology and Obstetrics. Vol. 75, N° 1, 5-23.

- De Lecuona, Itziar. (2009). Los comités de Ética como mecanismos de aplicación de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco. En María Casado (coord.). Sobre la dignidad y los principios. Análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco. Barcelona: Thomson Reuter y Civitas, 441-457.

- Douglas, Mary. (1996). La aceptabilidad del riesgo en ciencias sociales. Buenos Aires: Paidós.

- ----- (1998) Estilos de pensar, Barcelona: Gedisa.

- ----- (1973). Pureza y peligro: una análisis de los conceptos de contaminación y tabú. Madrid: Siglo XXI
- Ehrenreich, B y English, D. (1988). Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras. Barcelona: Colección Cuadernos Inacabados, La Sal.
- Forcades, Teresa. (2006). Los crímenes de las grandes compañías farmacéuticas. Cuadernos N°141. Barcelona: Cristianisme y Justicia.
- Foerster, Rolf. (1995). Introducción a la religiosidad mapuche. Santiago: Editorial Universitaria.
- Foster, George. (1965). Peasant Society and the Image of Limited Good. En American Anthropologist, Volume 67, Issue 2, (April), 293-315.
- Frenz, Patricia. (2006). Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud. En Revista chilena de salud pública. Vol. 9 (2), 103-110.
- Foucault, Michel. (2002). Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. Buenos Aires: Siglo XXI.
- ----- (1998). Genealogía del Racismo. La Plata: Altamira, Colección Caronte Ensayos.
- ----- (1991). El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. México D.F: Siglo Veintiuno.
- ----- (1984). Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber. México D.F: Siglo XXI.

- Gaines, Atwood y Robbie Davis-Floyd. (2003). On Biomedicine. En Carol y Melvin Ember (Eds.). Encyclopedia of Medical Anthropology. Yale: Human Relations Area Files.
- Giddens, Anthony. (2000). Un mundo desbocado. Los efectos de la globalización en nuestras vidas. Madrid: Taurus.
- Giménez, Gilberto. (2000). Identidades en Globalización. En Revista Espiral, Septiembre/diciembre. Año/vol.7. N° 019. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, 27-48.
- Giorgi, Gabriel y Fermín Rodríguez. (2007). Ensayos sobre biopolítica. Excesos de vida. Buenos Aires: Paidós.
- Gissi, Nicolás. (2004). Segregación espacial mapuche en la ciudad: ¿negación o revitalización identitaria?. En Revista de Urbanismo, Enero, N°9, Santiago de Chile: Publicación electrónica editada por el departamento de Urbanismo, F.A.U. de la Universidad de Chile.
- Good, Byron. (2003). Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Good, Byron and Mary-Jo DelVecchio Good. (1993). Learning Medicine. The Constructing of Medical Knowledge at Harvard Medical School. En Shirley Lindenbaum and Margaret Lock (Eds). Knowledge, Power and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life. Los Angeles: University of California Press, 81-107.
- Grebe, Pacheco y Segura. (1972). Cosmovisión Mapuche. En Cuadernos de la Realidad Nacional. N°14. Santiago, 46-73.

- Hahn, Robert. (1995). Sickness and Healing. An Anthropological Perspective. Michigan: Yale University Press.
- Haro, Jesús Armando. (2000). Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En Perdiguero y Comelles (Eds.) Medicina y Cultura. Barcelona: Edicions Bellaterra, 101-165.
- Henríquez, Alejandro. (1973). Organología del folklore chileno. Santiago de Chile: Ediciones Universitarias de Valparaíso, Universidad Católica de Chile
- Illanes, María Angélica. (1995). El cuerpo como cultura. En Samaritanas, Mediadoras y Guardianas. Poder y ciudadanía de las mujeres en salud. Santiago: Instituto de la Mujer, 13-24.
- Illich, Iván. (1978). Némesis Médica. La expropiación de la salud. México D.F: Editorial Joaquín Mortiz.
- Jiménez, María. (2008). Encuentros entre bioética y antropología. En Miradas, Encuentros y Crítica Antropológica. XI Congreso de Antropología: retos teóricos y nuevas prácticas. Donostia-San Sebastián: Ankulegi Antropologia Elkartea.
- Johannessen, Helle and Imre Lázár. (2006). Multiple Medical Realities. Patients and Healers in Biomedical, Alternative and Traditional Medicine. Oxford: Bergham Books.
- Kleinman, Arthur. (1980). Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press.
- Kuschick, Ingrid. (1995). Medicina popular en España. Siglo XXI, Madrid.
- Lanctôt, Ghislaine. (2002). La mafia médica. Huesca: Ediciones Vesica Piscis.

- Larraín, Jorge. (2007). Sobre "sociología" de la cultura: la deconstrucción de lo mapuche, de Aldo Mascareñ. En Revista de Estudios Públicos. N°105. Santiago: CEP, 113-120.
- Larrea, Cristina y Ángel Martínez. (2006). Antropología Médica y políticas transnacionales. Tendencias globales y experiencias locales. Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia, sèrie monogràfics 22. Barcelona: Editorial UOC.
- Last, M. (1981). The importance of knowing about not knowing. En Social Science and Med. 15B: 387-392
- Laviña, Javier. (2008). Introducción. En Javier Laviña y Gemma Orobitg (coords). Resistencia y Territorialidad. Culturas indígenas y afroamericanas. Estudis d'Antropologia Social i Cultural, Universitat de Barcelona. Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona.
- Le Breton, David. (1990). Antropología del cuerpo y modernidad. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lévi-Strauss, Claude. (1987). Antropología Estructural. Barcelona: Paidós.
- Lipovetsky, Gilles. (2002). La era del vacío. Barcelona: Anagrama.
- Lock, Margaret and Vinh-Kim Nguyen. (2010). An anthropology of biomedicine. West Sussex: Wiley-Blackwell.
- López Piñero, José María. (2001). Breve historia de la medicina. Madrid: Alianza Editorial.
- Luhman, Niklas. (2007). El concepto de riesgo. En Jostxo Beriain (Comp). Las consecuencias perversas de la modernidad. Barcelona: Anthropos, 123-154.

- Lupton, Deborah. (2000). Medicine as culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies. London: SAGE Publications.
- Marcus, George. (2001). Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal. En Revista Alteridades 11(22), 111-127.
- Martin, Emily. (1994). Flexible Bodies: Tracking Immunity in American Culture from the Days of Polio to the Age of AIDS. Boston: Beacon Press.
- Martínez, Angel. (2008). Antropología médica. Barcelona: Anthropos.
- ----- (1996). Antropología de la salud. En Prat y Martínez (Eds). Ensayos de Antropología Cultural. Barcelona: Ariel, 369-381.
- Martínez, Mónica y Cristina Larrea. (2010). Antropología social, desarrollo y cooperación internacional. Editorial UOC: Barcelona.
- Mascareño, Aldo. (2007). Sociología de la Cultura. La deconstrucción de lo mapuche. En Revista de Estudios Públicos. N°105. Santiago: CEO, 61-112.
- Menéndez, Eduardo. (2004). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En (Spinelli Comp.). Salud Colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial, 11-47.
- ----- (1994). La enfermedad y la curación, ¿qué es la medicina tradicional? En Alteridades. Volumen 4. N° 7, 71-83.
- ----- (1984). Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención en salud. En Cuadernos de la Casa Chata. N° 86. México D.F: CIESAS.

- Michelet, Jules. (1989). Historia del satanismo y la brujería. Buenos Aires: Ediciones Siglo Veinte.
- Millamán, Rosamel. (2008). La confrontación mapuche contra el sistema neoliberal chileno. En Historia y luchas del pueblo Mapuche. Santiago: Le Monde Diplomatique, 31-38.
- Minsal. (2002). Hacia un nuevo modelo de gestión en salud. Gobierno de Chile, Santiago: Ministerio de Salud.
- ----- (2004). Reglamento para el ejercicio de las prácticas médicas alternativas como profesionales auxiliares de la salud y de los recintos en que esta se realizan. Dto. N°4. Gobierno de Chile. Santiago: Ministerio de Salud.
- ----- (2006). La experiencia internacional en materia de reconocimiento de la medicina tradicional indígena. Estudio de derecho comparado en cinco países de América. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Santiago: Programa Orígenes, Programa Salud y Pueblos Indígenas.
- Montecino, Sonia. (2007). Madres y Huachos. Alegorías del mestizaje chileno. Santiago: Catalonia.
- ----- (2003). Mitos de Chile. Diccionario de seres, magias y encantos. Santiago: Editorial Sudamericana.
- Montecino, Sonia y Ana M. Conejeros. (1985). Mujeres Mapuches; el saber tradicional en la curación de enfermedades comunes. Serie Mujer y Salud. N°2. Santiago: CEM.
- Moynihan, Ray y Alan Casseles. (2006). Comerciantes de Enfermedades. En Medicamentos: ¿derecho o mercancía? Salud y comercio, laboratorios, patentes

farmacéuticas y multinacionales.... En Selección de Artículos de Monde Diplomatique. Santiago: Editorial Aún Creemos en los Sueños, 7-14.

- Muela, Joan y Susanna Hausmann. (2002). La medicina tradicional en los programas de la OMS. En González Echeverría y José Pablo Molina (Coord.). Abriendo surcos en la tierra. Investigación básica y aplicada en la UAB. Homenaje a Ramón Valdés. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona: Publicacions d'Antropologia Cultural, 210-232.

- Nash, Mary. (2001) Diversidad, multiculturalismos e identidades: perspectivas de género. En Nash, M. y D. Marre (Eds.) Multiculturalismos y Género. Barcelona: Editorial Bellaterra, 21-47.

- Obach, Alexandra. (2004) Entre los márgenes y la oficialidad. Aproximación antropológica a la introducción de medicinas alternativas en dos Centros de Atención Primaria en la ciudad de Barcelona. Tesis para optar al Diploma en Estudios Avanzados (DEA), Universidad de Barcelona.

- Obach, Alexandra y Michelle Sadler. (2008) La huella femenina en sistemas médicos informales del Chile actual. En Sonia Montecino (Comp). Mujeres Chilenas: fragmentos de una historia. Santiago: Catalonia.

- ----- (2007). Significaciones, actitudes y prácticas de familias mapuche en relación a la crianza y cuidado infantil de los niños y niñas desde la gestación hasta los cinco años. Santiago: FOSIS/MIDEPLAN.

- OMS (2002). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Orobítg, Gemma. (2004). Cuando el "cuerpo" está lejos. Enfermedad, persona y categorías de la alteridad entre los indígenas Pumé de Venezuela. En Fernández Juárez, Gerardo (Coord.). Salud e Interculturalidad en América Latina. Quito: Abya Yala, 251-261.

- Ortner, Sherry. (1979). Es la mujer al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura? En Antropología y feminismo. Barcelona: Anagrama, 109-131.
- Oyarce, Ana María. (1998). Política intercultural en salud: elementos de una propuesta. En Memoria del Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, OPS-OMS, 54- 62.
- Pandolfi, Alessandro. (2006). Naturaleza humana. Léxico de política. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Pardo, Eduard. (1998). Medicinas alternativas en Catalunya: desarrollo y articulación de los modelos médicos subalternos. Tesis Doctoral Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
- Pedreros, Malva. (1998). Interculturalidad en salud: reflexiones en torno a la situación en el norte de Chile. En Memoria del Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. OPS-OMS, 49- 52.
- Plath, Oreste. (1996). Folclore médico chileno. Santiago: Grijalbo.
- PNUD. (2009). Desarrollo humano en Chile. La manera de hacer las cosas. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo-Chile, Santiago: Andros Impresores.
- Reynoso, Carlos. (1998). Corrientes en antropología contemporánea. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Ródenas, Pedro. (2002). El médico naturista opina. Barcelona: Editorial Océano.
- Rodríguez, J y De Miguel, J. (1990). Salud y Poder. Madrid: Siglo XXI.

- Rohlf, Izabella. (2003). Género y salud: diferencias y desigualdades. En Revista Quark. Ciencia, Medicina, Comunicación y Cultura. N°27. Barcelona, Enero-Marzo, 36-40.
- Rosen, G. (1985). De la policía médica a la medicina social. México D.F: Siglo XXI.
- Rubin, Gayle. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo. En Nueva Antropología. Vol. VIII. N°30, 95-145.
- Sáez, Margarita. (S/f). Políticas de salud y pueblos indígenas. En Interculturalidad en salud, programa capacitación continua. Santiago: MINSAL, 19- 45.
- Sagredo, Rafael. (2006). Nacer para morir o vivir para padecer. Los enfermos y sus patologías. En Sagredo y Gazmuri (Eds). Historia de la vida privada en Chile. Santiago: Taurus.
- Scheper-Hugues, Nancy. (1990). Tres propuestas para una antropología médica crítica. En Social Science & Medicine. Vol. 30. N°2, 189-197.
- Scheper-Hughes, Nancy y Margaret Lock. (1987). The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. En Medical Anthropology Quarterly. New Series. Vol. 1. N°1, 6-41.
- ----- (1986). Speaking "truth" to illness: metaphors, reification, and a pedagogy for patients. En Medical Anthropology Quarterly. N° 17, 137- 140.
- Scott, JOAN. (1990). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En Las mujeres en la Europa moderna y contemporánea. Valencia: Institut d'Estudis Valencians, 23-56.
- Singer, Merrill. (1990). Reinventando la antropología médica: hacia un realineamiento crítico. En Social Science Medicine. Vol. 30. No.2. Pergamon Press, 179-187.

- Sontag, Susan. (1996). La enfermedad y sus metáforas y el Sida y sus metáforas. Madrid: Taurus.
- Turner, Bryan. (1987). Medical Power and Social Knowledge. London: Sage Publications.
- ----- (1992). Regulating Bodies. Essays in Medical Sociology. New York: Routledge.
- Uribe, José M^a. (1996). Educación y Curar. Madrid: Ministerio de Cultura.
- Valls- Llobet, Carme. (2003). Aspectos biológicos y clínicos de las diferencias En Revista Quark. Ciencia, Medicina, Comunicación y Cultura. N°27. Enero-Marzo. Barcelona, 41-53.
- Varas, José. (2004). Capital Social y Cuestión étnica: una mirada desde la planificación social. En Puntos de Fuga y arraigo. Género, Comunidad y sociedad. Santiago: Publicaciones CEDEM.
- Velásquez, Germán. (2006). Medicamentos: ¿derecho o mercancía?. En Medicamentos: ¿derecho o mercancía?. Salud y comercio, laboratorios, patentes farmacéuticas y multinacionales... Selección de Artículos de Le Monde Diplomatique. Santiago: Editorial Aún Creemos en los Sueños, 15-26.
- WHO. (2001). Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: a Worldwide Review. Geneva: WHO.
- Yurkievich, Saúl. (1984). A través de la trama. Sobre vanguardias literarias y otras concomitancias. Barcelona: Muchnik Editores.

