

Medicina mapuche en la ciudad. Resignificaciones de la práctica médica mapuche en el siglo XXI

Mapuche medicine in the city. Significance of the medical practices of the Mapuche in the 21st century

María Sol Anigstein

Universidad de Chile. Departamento de Antropología, Ayudante de cátedra de Antropología Social. Ayudante de cátedra de Antropología.

lunamomir@yahoo.com.ar

Valentina Álvarez López

Universidad de Chile. Licenciada en Antropología Social.

valentinasa_xxi@yahoo.com

RESUMEN

Desde que la migración indígena a las metrópolis latinoamericanas se masificó, hemos visto la emergencia y revitalización, en dichos contextos, de dominios culturales propios de estos pueblos. Es el caso del pueblo mapuche en las grandes ciudades de Chile. Cuando el Sistema Médico Mapuche (SMM) se instala en contextos urbanos, además de insertarse en el mundo de la Salud Pública y en la agenda del Ministerio de Salud chileno (MINSAL), no sólo se ve afectado por las diferencias sustanciales (materiales y simbólicas) que el nuevo escenario presenta, sino que también por los intentos de normativización de su práctica. La pregunta es ¿cómo se produce y reproduce el SMM en contextos urbanos? En torno a ella se plantea esta investigación, en un intento por responder dicha interrogante mediante un estudio de caso, en una *Ruka* instalada en un Consultorio de Atención Primaria, en Santiago de Chile.

ABSTRACT

Ever since the indigenous migration towards the Latin-American metropolis became massive, there has been an emergence and revitalization, in these contexts, of their cultural spheres. This is the case of Mapuches in the great cities of Chile. When the Mapuche Medical System (Sistema Médico Mapuche, SMM) is transferred to urban contexts, even being included as part of the public-health policy and placed on the agenda of the Health Ministry (Ministerio de Salud MINSAL), the SMM is not only challenged by the substantial differences (material and symbolic) of the new context , but it is also affected by the attempts by state organizations to legislate of its practice. The question is: How is the SMM produced and reproduced in urban contexts? This question has guided the present investigation. It is an attempt to respond this query through a case study, in the *Ruka* at a Medical Centre, in Santiago de Chile.

PALABRAS CLAVE | KEYWORDS

mapuche | interculturalidad | salud | medicina | etnomedicina | adaptación urbana | interculturality | health | medicine | ethnomedicine | urban adaptation

1. El sistema médico mapuche urbano, un lugar de la memoria, una construcción del presente

La población mapuche en Chile, durante la colonia desarrolló un modo de vida basado principalmente en la ganadería, lo que le permitió sostener una situación de bonanza económica y relativa igualdad de condiciones en relación con los colonizadores españoles.

Durante el siglo XIX, y luego de la creación del Estado-nación chileno, fueron implementadas políticas que buscaban por una parte ampliar el territorio nacional y por la otra forjar un perfil racial acorde con los cánones dictados por el paradigma civilizatorio, que excluía a todo aquel que fuera considerado bárbaro.

Uno de los ejes fundamentales de estas políticas civilizatorias, fue la reubicación de la población mapuche en reducciones, liberando así gran cantidad de territorio para ser otorgado principalmente a colonos europeos.

Regularmente, las comunidades fueron relegadas a porciones de sus tierras considerablemente más pequeñas de lo que hasta el momento ocupaban y con suelos de peor calidad. Ello provocó por un lado

el desplazamiento desde aquel modo de vida ganadero que se sustentaba en la tenencia de grandes extensiones de tierra, a uno basado en la agricultura de subsistencia, sumiendo a las comunidades mapuches en la pobreza.

Sin embargo, las reducciones se constituyeron en un seno en el que las familias formaron el centro de la actividad económica, siendo la comunidad reduccional un espacio de reproducción cultural, reafirmación de la identidad e intercambio de bienes. Esta combinación de autosubsistencia y cultura de la resistencia es lo que, a través del tiempo, le ha otorgado a la sociedad mapuche posreduccional un equilibrio muy estable, que ha impedido que los procesos de desestructuración y desintegración violentos, se reproduzcan en su interior (Bengoa 1985: 371).

Entrado ya el siglo XX y a causa de la pauperización operada entre los mapuche, se produce una fuerte migración hacia las ciudades. Bien es sabido que este flujo migratorio no es exclusivo de los mapuche, sino un proceso generalizado que integra a toda la población rural, consecuencia de las políticas modernizadoras estatales, que durante la mayor parte del siglo han privilegiado el desarrollo de las grandes urbes y relegado a los sectores campesinos, generando la expulsión de mano de obra hacia centros densamente poblados.

De acuerdo con Bacigalupo, actualmente el 80% de la población mapuche en Chile vive en las ciudades (Bacigalupo 2001: 96) ([1](#)). Sin embargo, sus costumbres no sólo se han mantenido a pesar de la fuerte intervención realizada en el pasado en su propio territorio, y de la aculturación que se suele operar en las metrópolis como consecuencia del contacto cultural entre entidades asimétricas en términos de hegemonía, sino que además se han visto reforzadas y revitalizadas en los últimos años producto de factores internos al mismo grupo y de políticas estatales indigenistas tendentes a mejorar la situación de los pueblos originarios dentro del territorio nacional.

Una de las áreas que se ha visto beneficiada por este proceso de reforzamiento identitario es la medicina mapuche. Su práctica actual tiene lugar tanto en el ámbito rural, su espacio histórico de desarrollo, como en el ámbito urbano. En este último contexto, ha debido sufrir una serie de cambios adaptativos para lograr su reproducción. Así por ejemplo, en algunas ciudades de la Araucanía (región donde se concentra la mayor cantidad de población mapuche) como Temuco, Freire, Villarrica y Pitrufquen, los sanadores mapuche han abierto consultas privadas de atención (Bacigalupo 1993). En Santiago, existe una serie de experiencias que, o bien se encuentran patrocinadas por organizaciones mapuche o bien, bajo el alero del Sistema de Salud Público, como sucede en nuestra unidad de estudio.

Teniendo en cuenta lo antes expuesto, se realizó una investigación que tuvo como objetivo la caracterización del SMM en el ámbito urbano poniendo énfasis en las diferencias respecto del ámbito rural. Para ello, se realizó durante los meses de noviembre y diciembre de 2004, un estudio de caso, en un centro de atención primaria (consultorio), llamado Santiago de Nueva Extremadura, ubicado en el sector El Castillo, comuna de La Pintana, donde existe una *Ruka* ([2](#)) emplazada en su estacionamiento.

La Pintana, comuna ubicada en la periferia de la ciudad de Santiago, nace durante la década del 80. Allí se asienta una gran cantidad de población, en su mayoría traída de otras comunas y reubicada en viviendas sociales, que contaban con una mínima infraestructura. Se trata de una de las comunas más pobres del gran Santiago. Según el Censo del año 2002, la comuna tenía entonces 194.841 habitantes en 3.030 hectáreas de superficie. En la actualidad alberga a más de 18 mil familias allegadas, según datos del último censo cruzados con información que genera la propia comuna a través de la encuesta CAS del año 2000, la que también reveló que un 31% de la población es pobre, y un 10,5% vive en situación de indigencia.

Un dato importante a tener en cuenta es la alta concentración de población indígena en la comuna. Según la encuesta CASEN (2000-2001) el porcentaje de población indígena sobre la población total asciende al 10,51%.

La *Ruka* de Santiago de Nueva Extremadura es construida en el marco de un proyecto de integración de la población mapuche de la comuna de La Pintana impulsado por la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Santiago de Chile, mediante fondos canadienses otorgados a dicha casa de estudios.

En ella trabajan directamente tres personas: el machi, Manuel Lincovil; la *machife*, cónyuge de Manuel; y el facilitador cultural, Samuel Melinao.

Para lograr nuestro objetivo de estudio, se realizó un catálogo de los elementos relevantes para la caracterización del SMM presentes en el ámbito urbano, siempre en relación con lo rural, a través de una metodología cualitativa (4). Luego se explicitaron las relaciones existentes entre dichos elementos y finalmente se establecieron los mecanismos que este sistema utiliza para su funcionamiento.

Nuestro plan de trabajo fue logrado con éxito, lo que nos permitió arribar a conclusiones reveladoras respecto a nuestro objetivo de estudio. El análisis giró en torno al tema de la representación que guía la práctica médica mapuche urbana, la cual a nuestro parecer y en concordancia con la bibliografía, proviene de lo que subsiste en lo rural. Así, en la unidad de estudio abordada, se intenta reproducir la materialidad rural por medio de dos estrategias fundamentales. La primera es el uso de los aportes del Estado y la segunda es la existencia de una comunidad virtual que provee los recursos necesarios para el funcionamiento de la Ruka y legitima la práctica médica que allí se realiza. No obstante, se presentan obstáculos relacionados con la ausencia de una normativa que reconozca a los sistemas médicos indígenas y las diversas posturas que presentan las organizaciones mapuche en relación a la práctica de su medicina ancestral en el contexto urbano.

2. Un nuevo espacio para una vieja práctica. La ciudad como escenario conflictivo

El análisis de la información recogida fue realizado en función del concepto de Sistema Médico propuesto por Aldo Vidal (en Citarella 1995: 43), quien define al *sistema médico* como al conjunto de normas, procedimientos, prácticas, elementos materiales y personas, institucionalizado y organizado, con existencia objetivable y derivado de un modelo médico (3) particular. Un sistema médico posee una cantidad de elementos mínimos:

- Una estructura organizacional de roles y funciones, con normativas, status, deberes y derechos.
- Procedimientos definidos de formación, reclutamiento y legitimación social.
- Técnicas semiológicas, etiológicas, diagnósticas y terapéuticas.
- Recursos y tecnologías que permiten el funcionamiento del sistema.
- Escenarios y contextos propios de representación y operación.
- Códigos, lenguajes y sistemas de comunicación propios.

Siguiendo esta esquematización se presentan a continuación los resultados obtenidos en el trabajo de campo (4).

2.1. Estructura organizacional de roles y funciones, con normativas, status, deberes y derechos

Para introducirnos en el tema, es vital identificar a cada uno de los agentes que ponen en marcha a la Ruka del Consultorio Santiago de Nueva Extremadura. Hemos distinguido fundamentalmente cinco agentes, cada uno de los cuales tiene un rol específico.

El agente más importante es aquel que cumple el rol de *machi*, que corresponde al sanador de la Ruka: él tiene por función realizar el diagnóstico y definir el tipo de tratamiento que debe seguir el usuario. Encontramos también al *facilitador cultural*, que siendo mapuche, ha sido formado por instituciones occidentales para mediar entre dos culturas, y que hace las veces de traductor desde su propia cultura a la occidental, a la *machife* encargada de la preparación y entrega de las infusiones de hierbas (aunque también esta función puede ser realizada por el machi), a los *agentes externos* funcionarios del consultorio y del Ministerio de Salud y a los *usuarios mapuches* y *huinkas*.

Si bien vemos que en el SMM hay roles distintos y relativamente específicos, esto no se expresa en una normativa clara que indique qué es lo que debe y no debe hacer un sanador. Para el pueblo mapuche, el *Admapu* o la ley consuetudinaria mapuche (Bacigalupo 2001; Aravena 1999) guía el actuar cotidiano y prescribe una ética social que trasciende al quehacer médico y en definitiva, sustenta el ejercicio médico en todas sus formas. De esta manera, las conductas permitidas o prohibidas para los agentes médicos, no están definidas o explicitadas formalmente.

Por el contrario, el sistema médico occidental normativiza su funcionamiento mediante leyes como el código sanitario o el código de ética, designando así un conjunto de funciones que debe cumplir aquel que tiene el rol de sanar, con procedimientos establecidos dentro de un marco legitimado de acciones posibles.

Esta oposición en las formas de ordenar la práctica médica, no sería un problema si no fuera por el hecho de que la medicina mapuche en lo urbano, está siempre inmersa en un contexto multicultural y en una posición de subordinación respecto del Sistema Público de Salud. Al no tener el SMM una normativa explícita, se encuentra en permanente conflicto con la ley chilena: si bien, la ley indígena 19.253 está por sobre el código sanitario y el ejercicio de la medicina indígena no es ilegal, de todas formas este hecho se constituye en una traba cotidiana para su funcionamiento. Algo que puede ilustrar esta situación, es que quienes asisten a la Ruka deben firmar un consentimiento que demuestre su voluntad de ser atendidos.

Para que ambas medicinas puedan convivir de forma tal que la medicina mapuche sea una práctica legitimada ante el Estado chileno, el MINSAL, por medio del Programa de Salud y Pueblos Indígenas, ha promovido la creación de un código de ética por parte de las organizaciones mapuche a partir del cual se elabore una normativa que regule su práctica médica. En pocas palabras, le invita a autorregularse para garantizar la salud de las comunidades, lo que puede ser visto como una exigencia, que busca que tal práctica se adapte a la forma occidental de regular las conductas de los individuos e instituciones. Sin embargo, ésta no es una tarea fácil para las organizaciones que deben sentarse a discutir y resolver tal tema, puesto que implica construir una definición de lo que es el SMM y cómo debiera ser su puesta en práctica para que pueda ser catalogado como tal, haciendo explícitos sus aspectos fundamentales. Además, dado que la medicina mapuche consta de prácticas diversas de acuerdo al estilo de cada sanador (Bacigalupo 2001), una normativa que determine explícitamente cuáles son las prácticas aceptadas para los distintos roles médicos, y quienes están capacitados para ejercer dichos roles, implicaría una cristalización y homogeneización de la práctica médica, originalmente dinámica y diversa.

2.2. Procedimientos definidos de formación, reclutamiento y legitimación social

En la medicina occidental el individuo que opta por su formación profesional, aprende diversas técnicas en una institución legitimada que acredita su capacidad para ejercer labores específicas en dicha área. Por el contrario, los agentes de salud mapuche no inician su formación por una opción individual, sino por una potencialidad que les entrega la naturaleza en algún momento de sus vidas (5), siendo ella misma quien posee todos los elementos necesarios para continuar con su aprendizaje. En este sentido, la ciudad carecería de un ambiente adecuado, razón por la cual no existe formación de machi en ella y nuestra unidad de estudio no es la excepción. Ya que la ciudad no puede formar agentes de salud mapuche, se debe optar por su reclutamiento e "importación" desde los territorios ancestrales para implementar proyectos específicos vinculados a la medicina mapuche urbana.

En relación a la legitimación de los agentes médicos mapuche vemos que, en la comunidad tradicional rural, opera de forma consensual y se basa en el desempeño de cada agente (Bacigalupo 2001), situación que se ve favorecida por el espacio relativamente pequeño en el que las comunidades se asientan, permitiendo así que todos sus miembros se conozcan y tengan una noción sobre el origen de cada uno (parentesco), una historia común y una costumbre compartida (Stuchlick 1999: 38). Es en este contexto donde debe entenderse la inexistencia de una normativa explícita que regule la práctica médica. El escenario urbano por su parte, ofrece una composición social radicalmente distinta y como tal, no permite dicha forma de legitimación, por lo que han emergido nuevos modos para lograr este fin.

Nuestra unidad de estudio legitima su práctica médica de dos maneras distintas. Por un lado, por medio de los usuarios a través de la transmisión de las acciones exitosas del machi de "boca en boca" (el machi Manuel, es visitado por mucha gente, la cual en la mayor parte de los casos acude a la consulta estimulado por algún cercano); y por otro, por las organizaciones mapuche que apoyan este proyecto, las cuales conforman una red de relaciones, a modo de comunidad virtual, que sustenta dicha práctica médica (6).

Por su parte, la legitimación a un nivel institucional en términos estatales de este tipo de experiencias, no es posible aún. Como ya dijimos, para lograrla, se requiere de la construcción de una normativa y eso es

una tarea pendiente.

2.3. Técnicas semiológicas, etiológicas, diagnósticas y terapéuticas

Básicamente, la semiología y la etiología utilizadas en la Ruka de Santiago de Nueva Extremadura, se ajustan a la visión integral que, en términos generales, los mapuche tienen del ser humano, en la cual las enfermedades pueden tener causas naturales o espirituales, siendo estas últimas la especialidad del machi. Ellas involucran a la comunidad o familia toda, pero son expresadas y padecidas por el integrante más débil dentro del grupo social o familiar.

En relación con las técnicas diagnósticas y terapéuticas, podemos observar que, contrariamente a lo que ocurre en el contexto tradicional, en el consultorio Nueva Extremadura, se utiliza solamente un restringido repertorio, el cual puede ser visto como la modernización de las prácticas del machi. Respecto a las técnicas diagnósticas, el *willentún* (diagnóstico que se hace por medio de la muestra de orina) es la más usada, aunque también se utilizan otras técnicas secundarias incorporadas desde la medicina occidental, tales como la observación de la mano, de fotografías, de radiografías o de scanner, dato que también se apoya en la bibliografía (Citarella 1995). Como técnicas terapéuticas se utiliza el *ulutún* (rogativa sencilla, pero similar al *machitún*) (7) y el tratamiento con hierbas a modo de infusiones.

2.4. Recursos y tecnologías que permiten el funcionamiento del sistema

Este punto es sumamente importante para comprender la existencia de experiencias urbanas del SMM, como la Ruka del consultorio de Santiago de Nueva Extremadura.

Distinguimos dos tipos de recursos: los otorgados por el Estado y sus componentes y los que son procurados por las organizaciones mapuche y/o la comunidad virtual.

El financiamiento de la Ruka proviene de la Municipalidad de La Pintana (que paga los sueldos de los agentes de salud que allí laboran) como parte de los gastos municipales en salud, al igual que el espacio cedido por el consultorio municipal que, si bien es limitado, permite su funcionamiento mínimo. Los recursos administrativos utilizados como el sistema de turnos y las fichas de seguimiento de los usuarios son un préstamo del mismo establecimiento.

Es importante subrayar que el MINSAL ha convocado a las organizaciones indígenas para que participen activamente en el delineamiento de las políticas en salud, en mesas regionales y para que presenten proyectos a ser financiados por los diferentes programas del gobierno. En este sentido, el Estado busca que las propuestas provengan desde las organizaciones indígenas para luego ser evaluadas y aprobadas por los organismos centrales. Esta participación en las decisiones tiene como resultado un reposicionamiento de lo mapuche en el contexto urbano y ha permitido el fortalecimiento de la identidad mapuche gracias a la posibilidad de generar más espacios y actividades que, en definitiva, resultan en una articulación entre diferentes organizaciones indígenas y en el ingreso de fondos.

Al estar la Ruka de Nueva Extremadura inserta dentro de un escenario e institución pública como el consultorio, se facilita la negociación de los agentes de salud que allí atienden con las entidades gubernamentales, con más posibilidades de éxito, a la vez que se ve acrecentada su participación en la administración de recursos económicos.

No menos importante para la producción y reproducción del SMM son los insumos, fundamentalmente las hierbas y los recursos humanos, que dependen de la "importación" desde el contexto tradicional llevada a cabo por los mismos mapuche. Esta importación es realizada por la comunidad virtual urbana, que a través de su retorno permanente a la comunidad de origen (Aravena 1999) y de sus redes parentales se articulan con el ámbito rural.

2.5. Escenarios y contextos propios de representación y operación

El escenario y contexto de representación y operación de la medicina mapuche ha sido, durante la mayor parte de la historia colectiva de este pueblo, el ámbito rural. Su emplazamiento parcial en lo urbano es

uno de los puntos más controversiales a la hora de la reflexión, crítica y proyección. Una de los temas más relevantes dice relación con que la representación de lo que la medicina mapuche es y debería ser en lo urbano se comprende, mide y/o legitima por lo que en ella subsiste de lo rural (8). Dicha situación se torna problemática cuando se trata de instrumentar el SMM en el ámbito urbano, puesto que las condiciones materiales necesarias para que la práctica médica mapuche se apegue efectivamente a su representación, son difíciles de crear y/o recrear en dicho contexto. No es posible reproducir el paisaje, el silencio, las hierbas y sus condiciones específicas, la vida en comunidad y en general todo aquello que se considera fundamental según lo que dicta la memoria colectiva y la tradición.

Uno de los puntos que produce mayor controversia es el lugar en donde está instalada la Ruka de Santiago de Nueva Extremadura. Esto se debe a que pone en entredicho el vínculo que ha existido tradicionalmente entre el territorio ancestral y el Newén. El Newén es la fuerza o poder que poseen tanto los sanadores como los elementos que estos utilizan, entre los que encontramos a las hierbas. Esta fuerza tiene directa relación con el territorio en el cual nace el machi o crece la hierba. En el caso del machi, el Newén tiene su máxima expresión cuando este sanador ejerce la medicina en su propia tierra, es decir, en la que ha vivido toda su familia.

En cuanto a las hierbas, el lugar de procedencia de éstas, así como las circunstancias en las que son extraídas, influyen en la potencia y efectividad que posean en lo que a la curación se refiere.

En este sentido, la Ruka no permitiría una práctica médica plena, puesto que el Newén del machi se vería disminuido por encontrarse lejos de su territorio ancestral y lo mismo sucedería con las hierbas, al no poder el mismo machi recolectarlas de la manera adecuada según la necesidad.

En torno al tema han surgido posiciones encontradas que, a pesar de resultar conflictivas han instaurado una rica y diversa discusión, que va desde la idea de la imposibilidad de la práctica médica mapuche urbana, a un tipo de práctica más flexible y acomodaticia al contexto en donde se encuentre. En definitiva, el debate surgido ha resultado en la revitalización de uno de los lugares de expresión de la memoria colectiva más potentes cuando de la construcción y transmisión de la identidad mapuche trata (Aravena 1999).

3. Conclusiones

La Ruka de Santiago de Nueva Extremadura, como una de las experiencias de medicina mapuche que se ha desarrollado en el contexto urbano, nos permite vislumbrar que existe una tendencia hacia la *resignificación de la identidad mapuche*, al menos entre quienes residen en grandes ciudades de Chile. Resignificación basada en un intento por reconstruir el SMM, a imagen y semejanza de las representaciones que los mismos mapuche tienen de su identidad cultural, las cuales se refieren a lo que existe y es mantenido en el contexto tradicional.

Si bien la ciudad, como nuevo espacio de operación de la identidad mapuche, no tiene las condiciones materiales ni sociales para una reproducción acabada del contexto rural, la existencia del SMM en lo urbano es posible porque, como dominio cultural, tiene la característica de ser dinámico y adaptativo. Estas cualidades le otorgan la plasticidad necesaria para su supervivencia en distintos escenarios y contextos. Sin embargo, éstos no están exentos de conflictos, por lo que se ve cuestionada la existencia misma de la medicina mapuche urbana.

Pese a que el SMM urbano se encuentra en un terreno minado por diversas disputas, ha podido desarrollarse mediante dos estrategias, que a nuestros ojos, se constituyen como los pilares de su existencia en la ciudad. *Por un lado, las organizaciones mapuche que mantienen en pie proyectos vinculados con la práctica médica, constituyen una comunidad virtual* que tendería a reemplazar la comunidad tradicional rural o bien, asumir las funciones sociales y operacionales que ella cumple. Esta comunidad, formada por vínculos de conocimiento y reconocimiento entre sus distintos miembros, permite "importar" desde sus contextos originarios tanto los insumos, fundamentalmente hierbas, como los agentes de salud, necesarios para la reproducción de este sistema en la ciudad. Otra de las funciones que esta comunidad realiza, es dar cierto grado de *legitimación* la experiencia de la RukaSantiago de Nueva Extremadura ante las instituciones gubernamentales que la sustentan, como son el MINSAL y la Municipalidad de La Pintana, legitimación que también es otorgada ante los usuarios, mapuche y

huinkas.

La otra estrategia que utiliza nuestra unidad de estudio para su funcionamiento, es la *vinculación con el Estado*, quien, a través del MINSAL y sus programas específicos, aporta recursos económicos, espaciales y administrativos. No obstante, la proyección en el tiempo de la disponibilidad de estos recursos para las diversas experiencias que existen, va de la mano de la exigencia de normativización del SMM y con ello un mayor grado de control de esta práctica médica por parte del Estado. Como consecuencia de lo anteriormente expuesto, el ambiente que rodea a las experiencias que han brotado al alero del Sistema Público de Salud, tanto rurales como urbanas, se ve surcado por las dificultades que implica la inexistencia de tal normativa.

Es claro que satisfacer esta demanda del Estado tiene sus costos. La normativización del SMM, originalmente dinámico y diverso (características fundamentales de esta medicina), sufriría una homogeneización y cristalización, hecho que a largo plazo, podría restringir la autodeterminación de las nuevas generaciones mapuche. Son entonces las propias organizaciones mapuche, quienes deben resolver si efectivamente desean la materialización de este intento de regulación.

Otro tema conflictivo es la relación que existe entre las organizaciones mapuche. La Ruka de Nueva Extremadura ha suscitado diversas críticas que giran en torno a la relación entre la efectividad de la medicina mapuche y el territorio en la cual ésta es practicada. Este debate, involucra el tema de la utilización de las distintas hierbas y sus condiciones específicas de extracción y crecimiento, y las potencialidades del mismo machi y de los diversos agentes que se disponen para ejercer la medicina. Y es que una experiencia de estas características habla de la resignificación de la cultura Mapuche en su conjunto, que no sólo toca a la medicina, sino a todos sus dominios. Esta lucha, implica la generación de diversas visiones políticas e ideológicas, de cómo debiera entenderse ahora la cultura Mapuche y la interculturalidad, como requisito para asegurar su reproducción.

Creemos que la discusión pendiente para resolver el tema de cómo corresponde que sea la práctica médica mapuche, debiera referirse primeramente a la definición de quienes son los mapuche y qué es lo que quieren para ellos, no solo en cuanto a la práctica médica, sino también a su identidad cultural toda. Lo que si está claro más allá de la discusión precedente, es que es posible la práctica médica mapuche en la ciudad y eso lo demuestra nuestra unidad de estudio, y lo valoriza el incremento y la satisfacción de sus usuarios.

Notas

(Una primera versión de este artículo fue presentada en el Primer Congreso Latinoamericano de Antropología, realizado en Argentina, Rosario, en julio de 2005.)

1. Dos datos a considerar, el 50% de la población indígena se asienta en Santiago y el 79% de la misma lo hace en ciudades grandes e intermedias. PNUD 2002. *Informe de desarrollo humano en Chile: Nosotros los chilenos, Un desafío cultural*, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Santiago: 123.
2. Vivienda tradicional mapuche, hecha de maderas y techo de paja. En este caso, constituye el espacio donde se prestan los servicios médicos pertinentes.
3. Para este autor el *modelo médico* es un modelo cultural, en el sentido de que sus bases últimas se generan y se explican culturalmente y tiene una existencia ideológica-mental y una estructura lógica, y como tal está compuesto por un conjunto conceptual conformado por las discriminaciones, concepciones, definiciones y supuestos que en relación al ámbito de la salud hacen los miembros de una cultura, en un tiempo determinado
4. Entre las técnicas de campo utilizadas, la más eficaz, en cuanto a cantidad y calidad de información entregada, fue la *entrevista semiestructurada*. Esta técnica fue aplicada a dos personas relacionadas con el SMM en el ámbito urbano. Una de ellas es Margarita Sáez, quien es actualmente Directora del

Programa Salud y Pueblos indígenas del Ministerio de Salud. La otra, relacionada de forma directa con el consultorio intercultural Nueva Extremadura, es Samuel Melinao, que se desempeña como Facilitador Cultural en dicho lugar. El estudio también se apoyó en la *observación pasiva* del funcionamiento administrativo del consultorio y en la *observación semiparticipante*, cuando a los pacientes que esperaban atención se refiere, lo que nos entregó información acerca de las razones de los pacientes para asistir al consultorio y la forma a través de la cual supieron de éste tipo de atención. Estas últimas permitieron triangular los datos obtenidos en las entrevistas. También se realizó una permanente *revisión bibliográfica*, para contextualizar y complementar la información obtenida en el trabajo de campo.

5. Los autores consultados concuerdan que la formación de agentes de salud, y en particular del machi comienza cuando el sujeto recibe un llamado de la naturaleza, que le revela sus propias potencialidades chamánicas, fundamentalmente mediante el sueño, mediante visiones o en situaciones catastróficas, recibiendo además, en algunos casos, entrenamiento de otro machi con más experiencia (Bacigalupo 2001). El mismo procedimiento ocurre en la selección de los ayudantes del *machi*, ya sea el *machife*, el *lawentuchefe* u otros (Gutiérrez 1993).

6. Cabe destacar que del total de usuarios de la Ruka, un 80% (Samuel Melinao, facilitador cultural, nov. 2004) corresponde a población *huinka* (no mapuche). A pesar de que creemos que la asistencia masiva de *huinkas* a la *Ruka* es una temática interesante de profundizar a futuro, no consideramos pertinente incluirla en nuestro análisis por alejarse de nuestro objetivo inicial.

7. El machitún es un ritual de curación tradicional mapuche consistente en un exorcismo del mal y (...) frotación del cuerpo con hierbas medicinales, mediante el uso de imágenes, sean reales o simbólicas. Esta técnica produce una sensación de alivio en el enfermo (Bacigalupo 2001: 81).

8. Bacigalupo afirma que la noción de identidad mapuche todavía se forja como una representación cristalizada de la comunidad rural, tradicional y estática en el tiempo (Bacigalupo 2001: 96).

Bibliografía

Aravena, Andrea

1999 "La identidad indígena en los medios urbanos. Procesos de recomposición de la identidad étnica mapuche en la ciudad de Santiago", en *Lógica mestiza en América*. Temuco (Chile), Editores Guillame Boccaro y Silvia Galindo. Instituto de Estudios Indígenas.

Bacigalupo, Ana Mariella

1993 "Variación del rol de *machi* dentro de la cultura mapuche: tipología geográfica adaptativa e iniciática", *Nutram: conversación, palabra e historia*. Vol 1: 15- 40.

2001 *La voz del kultrun en la modernidad. Tradición y cambio en la terapéutica de siete machi mapuche*. Santiago de Chile, Ediciones Universidad Católica de Chile.

Bengoa, José

1985 *Historia del pueblo mapuche*. Santiago de Chile, Ediciones Sur. Capítulo 11: Siglos XIX y XX.

Citarella, Luca

1995 *Medicinas y culturas en la Araucanía*. Santiago de Chile. Cooperativa Italiana en Salud. Editorial Sudamericana.

Gutiérrez, Tibor

1993 "La *machi* mapuche: líder ceremonial y curandera", en *Huellas: Seminario mujer y antropología. Problemática y perspectivas*. Santiago de Chile, Compiladora Montecinos, Sonia. CEDEM.

Stuchlick, Milan

1999 *La vida en Mediería: Mecanismos de reclutamiento social de los mapuches*. Santiago de Chile. Soles Ediciones.

En Internet

Políticas Públicas. Puentes UC. La Pintana:
<http://www.puc.cl/politicaspumaticas/pintana.html>
(Enero de 2005).

Municipales. Comunas
<http://www.municipales2004.canal13.cl/municipales2004/html/Comunas/190747.html>
(Enero de 2005).

Gazeta de Antropología