



“LAWENTUWÜN TRÜRWA MAPU MEW. LA SALUD EN EL TERRITORIO DE TIRÚA”: PISTAS VALIOSAS PARA EL TRABAJO INTERCULTURAL EN SALUD HEALTH IN THE MUNICIPALITY OF TIRÚA

Se nos ofrece un hermoso texto, cuidadosamente editado, que habla de una experiencia de interculturalidad en salud, campo de acción de gran interés actual y sobre el cual se escribe poco en Chile. ¿De qué trata esta experiencia? Los autores se asumen sujeto colectivo, productores asociados de un trabajo teórico que da cuenta de una praxis también colectiva llevada a cabo en la comuna de Tirúa, durante 20 años. Historia que comienza con el retorno al territorio nativo en los años noventa de un grupo de jóvenes mapuche, vuelta a casa con un objetivo claro: reivindicación territorial, histórica y cultural.

Uno de los caminos de recuperación de la identidad cultural en este proyecto ha sido el desarrollo del Modelo de Salud Tradicional Mapuche y su puesta en relación de diálogo y trabajo colaborativo con el Sistema Público de

Salud. Afirman la reivindicación del modelo mapuche en lucha con el modelo biomédico, cuyas políticas de salud y sus prácticas institucionales locales han ejercido una permanente hegemonía y subcultura sobre los saberes indígenas, invisibilizando y prohibiendo muchas de sus prácticas ancestrales.

Los autores se preguntan “¿Dónde queremos llegar?”, un *quo vadis* que encuentra pleno sentido en este escenario de interrogantes más que de certidumbres que implica construir una relación dialógica en un campo como la salud, donde históricamente el pensamiento cristiano-occidental ha subordinado toda otra forma de conocimiento que no sea el pensamiento racionalista y científico. Campo de la realidad del mundo social donde el choque epistemológico no es sino expresión de conflictos ontológicos que dan

cuenta de visiones de mundo profundamente diversas. Y se responden: “Queremos llegar a la simetría del conocimiento”. Este objetivo autoimpuesto contiene, por una parte, una invitación a la legitimación de este Otro diferente, que es depositario de un universo pleno de conocimientos y praxis de sanación, como interlocutor válido y necesario para la salud de la comunidad. Por otra parte, representa un reclamo de autonomía cultural, el marcaje de la legitimidad plena de sus procedimientos diagnósticos, de sus técnicas y rituales de sanación, respecto de los cuales no cabe injerencia externa alguna. El modelo de salud mapuche no se agota en las prácticas de sanación, señalan los autores, es parte del *continuum* cultural, histórico y social del pueblo mapuche: es una construcción colectiva que viaja por milenios desde el pasado, modificándose y enriqueciéndose a diario en la tarea de cuidar a la comunidad en la reproducción de sí misma y en su intercambio con la naturaleza, y que se proyecta al futuro en una dinámica de continuidad y transformación. Es, en suma, el devenir histórico integral de una cultura, uno de cuyos caminos de existencia legítima es el devenir de los saberes en salud. De aquí arranca este llamado al encuentro en el diálogo, con reconocimiento del Otro, con respeto a su autonomía, con capacidad mutua para entender que el trabajo colaborativo en salud entre dos y más sis-

temas médicos responde no a una opción discrecional sino a una necesidad histórica, es decir, objetiva.

Palabras clave que propone el grupo de trabajo para facilitar el encuentro intercultural: complementariedad; cohabitación; respeto; desarrollo mutuo; autonomía. Se trata de un conjunto sistemático de lo que podríamos considerar “postulados rectores”, que han impregnado la exitosa experiencia de Tirúa, valores que han sido levantados desde las normas que regulan la convivencia en la comunidad y que son garantía de equilibrio y armonía social. En este sentido, fundar la interculturalidad en salud en principios que están en la base de las relaciones sociales en la comunidad mapuche no puede sino tener una connotación de invitación que ha garantizado al Otro hegemónico, al sistema médico occidental, un trato y una consideración que está en armonía con sus propios principios de vida. Se trata, en última instancia, de una propuesta de interculturalidad en salud con base en la colaboración.

Por la contraparte, el sistema médico oficial ha subsumido al sistema médico subalterno con estrategias de etnogubernamentalidad que encubren la dominación mediante el expediente de la apertura a cuestiones tangenciales, al folclorismo, la aceptación de prácticas sanadoras como la herbolalia (pero descontextualizada, mercantilizada), la incorporación de

agentes tradicionales de sanación en ciertos espacios del sistema público (pero institucionalizados), etcétera.

La propuesta de reciprocidad y apertura al intercambio de saberes por parte del sistema médico mapuche se pone en acción, por ejemplo, con la capacidad demostrada para integrar en sus propias prácticas de sanación ciertos procedimientos, técnicas terapéuticas, medicamentos de la medicina occidental, combinándolos con su propio sistema, demostrando con ello que es no solo posible sino inevitable la interacción de los sistemas médicos. Demostración de tolerancia y permeabilidad para el aprendizaje cruzado, versus la clásica rigidez, omnipotencia e inflexibilidad de la biomedicina.

El texto da cuenta de aspectos de la experiencia de interculturalidad en salud que pueden ser importante aprendizaje para el sistema público en cuanto a su mejor incidencia en el proceso salud → enfermedad → atención. Uno de ellos es la perspectiva relacional en salud, la vinculación entre prácticas sanitarias y contexto, cuestión muy ligada a la cosmovisión mapuche, que contiene una mirada holística, el rescate de la experiencia humana como expresión singular de la totalidad. Esto se hace concreto en la cotidianidad cuando la persona desarrolla capacidad vinculante con una multiplicidad de otros con los que se configura su estar en el mundo: la familia, la comunidad,

el ambiente natural, el mundo ancestral, la espiritualidad, escenarios todos en los que transcurre horizontalmente la vida y la muerte, en un ciclo eterno. Entonces, no importa solo el no enfermar, el síntoma y la enfermedad, como sucede en nuestro sistema de vida occidental con nuestros cuerpos, hoy hipermedicados, psiquiatrizados, instrumentalizados, sobrintervenidos quirúrgicamente en un afán obsesivo por el éxito terapéutico. Importa ahora el *küme felen*, el “estar bien”, la comunidad que posiciona su subjetividad individual y colectiva en los equilibrios y la armonía, en la buena vida, en el respeto a las normas comunitarias, a sus ancestros y a sus dioses. El mismo principio que rige el *summa kamaña* en el mundo aymara y el *summa kawsay* entre los quechuas: el “bien vivir”, la “buena vida”. Un cambio radical de enfoque para la salud; dicho en clave sanitaria, la superación de los enfoques curativos individuales por la dimensión preventivo-promocional en salud.

Por contraparte, el biologismo, el exitismo curativo, el *furor curandii* del modelo biomédico, propio del ethos neoliberal. El sujeto arquetípico de esta fase de la modernidad es el que ha generado lo que M. Lazaratto llama la “sociedad del endeudamiento” y lo que, derivado de ello, B. Chul Han describe como la “sociedad del cansancio”, haciendo referencia a que esta deuda del ciudadano moder-

no es deuda hasta la muerte, impagable; por consiguiente, lo disciplina en el trabajo, en la responsabilidad absoluta para poder servir sus intereses. Es la superación de la biopolítica foucaultiana por una psicopolítica en la que el sujeto se atrapa a sí mismo en el individualismo, en la depresión, el suicidio, las crisis de pánico, víctima ahora de una violencia invisible. El equivalente biomédico es el cuerpo escindido, atomizado, separado en órganos, subsistemas biológicos y psíquicos, donde las patologías del enfermo son atendidas por especialistas y subespecialistas que hacen complicidad en el anonimato, como describiera hace ya más de medio siglo M. Balint, criticando justamente el actuar de la medicina occidental.

La interculturalidad en salud obliga a resolver el problema de la salud en tanto escenario del poder/saber: salud hegemónica versus salud indígena, popular, religiosa, etc. Del mismo modo, resolución de la dicotomía ciencia/creencia, neocolonialismo con el que se desconoce, mediante el epíteto “creencia”, toda legitimidad y, por tanto, toda efectividad y eficacia a los saberes y prácticas de sanación de los médicos tradicionales. Frente a ello, el sistema médico mapuche se asume autónomo, irreproducible en tanto sistema si no es en sus propios marcos culturales, declaración de los autores plena de sentido, toda vez que es consecuencia de la confrontación

epistemológica entre la presencia del componente espiritual en la salud mapuche y la racionalidad neopositivista de la ciencia occidental que la descalifica. Es inevitable la defensa de las categorías y clasificaciones propias de la medicina mapuche respecto de los intentos de asimilación por parte del sistema hegemónico mediante su homologación con las nosologías y nosografías catalogadas de científicas. Coincidiendo con los autores, en nuestro Equipo de Trabajo e Investigación Colectiva, ETISC, estudiando el mismo fenómeno en la relación salud pública/salud aymara, hemos denominado perspectiva “heterológica”, por oposición a homológica, a una mirada que estima que ciertas formas de enfermar en las culturas indígenas operan con sistemas y mecanismos de producción distintos, especialmente aquellas enfermedades que están afectadas por las presencias tutelares, como sucede con el “llamado a machi”, con la “agarradura” y el “susto”, afecciones de vasta presencia en la región centro-sur americana. Esta condición hace insustituible la actuación diagnóstica y terapéutica de los sanadores indígenas, sobre todo de aquellos con el don de diálogo con las deidades y las fuerzas ultraterrenas.

En torno a cómo se resuelven las tensiones que generan estados mórbidos como los ya señalados, la experiencia de Tirúa se plantea, a mi juicio, en una línea coherente con los principios fundantes

de su trabajo. Descartan una visión de interculturalidad en salud como simbiosis de sistemas médicos (lo que ellos denominan interculturalidad "ideal", palabra que podría inducir a equívocos) y optan por privilegiar el respeto por el camino de sanación que define y elige el propio paciente (interculturalidad "real"). Esta segunda opción rescata la voluntad del sujeto frente a las ofertas de salud. De esta forma, para el sanador indígena resulta lícito y tolerable que un sujeto mapuche enfermo pueda decidir tratar su padecimiento con un médico en el hospital y no con un sanador de su cultura. Esta postura de la salud mapuche es de alta trascendencia a la hora de trabajar interculturalmente, pues es una señal de flexibilidad y tolerancia que interpela al sistema público de salud a la reciprocidad en los procedimientos y pautas de conductas por parte de sus equipos médicos. Siendo la salud un derecho colectivo del pueblo mapuche, es la comunidad la que decide el tipo de salud que necesita. Una parte de sus necesidades sanitarias se resolverá exitosamente con el concurso de sus propios sanadores, pero no todas; hay un campo de acciones de salud que son exclusivas e intransferibles del sistema médico occidental, como por ejemplo aquellas asociadas a procedimientos complejos, a intervenciones quirúrgicas, a farmacología específica, etc. Por tanto, la interculturalidad se materializa cuan-

do ambos sistemas médicos promueven y facilitan el libre flujo del sujeto enfermo por las vastas redes de atención que coexisten en el territorio. Esto es la base de una cohabitación de dos modelos de salud que laboran con pertinencia intercultural.

La experiencia de Tirúa se plantea dos desafíos en esta línea de diálogo en salud desde la interculturalidad. La primera es el rescate de la medicina tradicional, el reconocimiento y el desarrollo de los saberes propios, el fortalecimiento de su propio sistema médico, de sus bases conceptuales, la reproducción activa de sus diversos sanadores, sus categorías diagnósticas y sus formas curativas. La segunda es la necesaria reorientación del modelo médico oficial en términos de la apropiación de la perspectiva de pertinencia intercultural, condición que cautela el riesgo de que las prácticas de complementación de ambos sistemas terminen amenazando la autonomía del sistema no hegemónico. Los autores nos recuerdan, con absoluto apego al análisis histórico, que el sistema oficial de salud fue un componente activo del etnocidio de la cultura mapuche. En nuestra opinión (ETISC), esta reorientación de la biomedicina tiene, entre muchos otros, desafíos como: avanzar desde relaciones monológicas hacia relaciones dialógicas; horizontalizar los saberes y conocimientos; superar la pretensión homológica por otra heterológica respecto a la enfermedad/padecimien-

to; superar la dicotomía ciencia/creencia; pasar de la explicación biológica a la comprensión de la totalidad y sus complejidades; superar la concepción biomédica por otra sociopsicobiológica, avanzar desde la uni y multiculturalidad hacia la interculturalidad crítica. Esto último, interculturalidad "crítica", quiere decir superar toda pretensión de etnogubernamentalidad en la relación Estado / Pueblos Indígenas en favor de una perspectiva del bienestar liberador de la comunidad; hacia una subjetividad social inscrita en la *communitas* (R. Esposito), como un campo relacional del Yo Colectivo con otro diferente, también social y legítimo, con el cual sí es posible producir en colaboración una mejor condición de salud para nuestros pueblos.

Carlos Madariaga A.
Médico Psiquiatra
Prof. Agregado
Escuela de Salud Pública
Facultad de Medicina
U. de Chile