

DISCURSO, CULTURA, SALUD

LA NOCIÓN DE INTERCULTURALIDAD EN SALUD*

GERARDO ALVAREZ**, ANDREA ALVAREZ*** y MARISOL FACUSE****

RESUMEN

La noción de salud/enfermedad está en gran parte determinada histórica y culturalmente. Corresponde a representaciones sobre el cuerpo que construyen discursivamente las diversas comunidades humanas. En este artículo se examina la aplicación de la política de "salud intercultural" en Chile en territorio mapuche. Se discute el alcance y el contenido de esta política, y se sugieren nuevos caminos que en lo esencial apuntan a la necesidad de fortalecer la autonomía cultural del pueblo mapuche.

Palabras claves: Discurso, salud, cultura, interculturalidad, medicina popular, pueblos originarios.

ABSTRACT

The notion that health/illness is determined in large part historically and culturally. This corresponds to representations of the body that are constructed discursively in diverse human communities. The present article examines the application of a policy of "intercultural health" in Chile in Mapuche territory. The range and content of this policy are discussed and new roads that in their essence point towards the necessity of strengthening cultural autonomy for the Mapuche People are suggested.

Keywords: Discourse, health, culture, intercultural, popular medicine, original peoples.

Recibido: 30 / 01 / 2003. Aceptado: 03 / 03 / 2003.

1. INTRODUCCIÓN

AL EMPRENDER una investigación sobre los discursos y los saberes en la medicina popular chilena, y sobre las representaciones que los discursos de las sanadoras populares construyen sobre el cuerpo humano, una de las nociones más omnipresentes es la dimensión cultural de la

*Este trabajo forma parte del proyecto Fondecyt 1.000.376, "Representaciones discursivas del cuerpo -salud/enfermedad- en la medicina popular chilena".

**Doctor en Lingüística, profesor en la Universidad de Concepción.

***Sicóloga, profesora en la Universidad Diego Portales de Temuco.

****Sicóloga, profesora en la Universidad de Concepción.



M. Foucault

noción de enfermedad. Sobre todo si consideramos que nuestro proyecto de investigación se centra en la 8ª Región del país. Esta región, como se sabe, está atravesada por el río Bío-Bío, que sirvió históricamente de frontera entre el avance de la ocupación española y la resistencia del pueblo mapuche a esa ocupación del territorio. Por lo tanto, en materia de cuidados de salud coexisten en esta región tres tipos de saberes, que responden a tres tipos de cultura: el saber de la medicina científica oficial, que goza de un estatuto de verdad reconocida, y dos versiones de saber médico tradicional, la medicina popular de raíz hispánica –que llegó al país con la colonización española–, y la medicina popular mapuche, que subsiste no sólo en los territorios de fuerte implantación mapuche, sino también en sectores rurales-marginales de las grandes ciudades de la región (Concepción, Chillán, Los Angeles...)¹.

Además, el peso de la dimensión cultural de las concepciones de salud-enfermedad es mucho más evidente en una pesquisa como la nuestra que se sitúa en el nivel de las representaciones discursivas y no en el de las prácticas médicas como tales. No es una investigación sobre las prácticas curativas, sino sobre los discursos y los saberes que subyacen a estas prácticas. Nuestro trabajo se apoya pues en una teoría del análisis de los discursos, por un lado (Charaudeau 1983, 1992; Alvarez 1996, 2001), y en las teorías sobre la construcción de representaciones sociales (Jodelet 1989, Sandoval 1999) o de imaginarios sociales, por otro (Castoriadis 1975, Baeza 2000). Discursividad, constructivismo, representaciones sociales, imaginarios sociales, son los conceptos claves de nuestro marco teórico, a los cuales se agrega necesariamente el concepto de interculturalidad.

2. LA NOCIÓN DE ENFERMEDAD

La enfermedad, desde este punto de vista, no es sólo un fenómeno químico-biológico, un desorden corporal claramente repertoriable desde una cierta objetividad clínica, sino que responde en gran medida a una construcción cultural. Los trabajos de Michel Foucault muestran claramente el ejemplo de la constitución histórica de la locura como enfermedad, y cómo, a partir de un determinado momento histórico, el loco pasa a ser objeto de aislamiento e internación médica (Foucault 1967). Es también sabido que existen –incluso en el plano sincrónico– comportamientos que en una determinada cultura pueden ser considerados normales y que en otra cultura son considerados como enfermedad. “Lo que se percibe como salud y enfermedad (...) está determinado por cada cultura específica” (Ibacache 1998). Un caso notorio es el del consumo ritual de alucinógenos en algunas comuni-

¹Y que subsiste, por supuesto, a lo largo del país, dondequiera que haya concentraciones de población de origen mapuche (ver Toledo Llancaqueo, 1997).

dades indígenas, que en esa cultura y para esa actividad son comportamientos normales y no pueden ser confundidos con la drogadicción como enfermedad. Uno de los ejemplos más conocidos es el “culto del peyote” común a varias tribus de América del Norte (Sapir 1967, vol 2: 33). Otro caso puede ser el consumo tradicional de hojas de coca por los indígenas del Altiplano andino, que no puede ser confundido con la adicción a la cocaína por parte del “hombre blanco”.

Cabe entonces no ignorar la dimensión cultural de la dicotomía “normalidad/enfermedad”. Dentro de una determinada cultura pueden existir enfermedades que no tienen equivalente en otra cultura. Así, los mapuches hacen una distinción neta entre las *enfermedades de huinca* (“hombre blanco”) y las *enfermedades de mapuche*: para las primeras van a la posta o al consultorio de la medicina oficial; las segundas sólo pueden ser tratadas por la machi, y en algunos casos sólo dentro de la comunidad. Esta determinación cultural puede tener impacto incluso en el proceso de la sanación. Así, trabajando en Francia con inmigrantes de origen musulmán, Brigitte Mabe señala cómo “las representaciones del enfermo inmigrante sobre el origen de su enfermedad, ligadas a una visión del mundo específica, determinan su proceso terapéutico” (Mabe 1994: 158).

En la documentación examinada para nuestro proyecto hemos encontrado por ejemplo la discusión sobre la ebriedad en poblaciones indígenas: según algunos estudios, se trata de una enfermedad de alta incidencia entre los mapuches (“alcoholismo”); según otros estudios –que consideran la variable cultural–, se ha confundido el consumo ritual de alcohol en ceremonias comunitarias con el alcoholismo como enfermedad (Medina 1984). Desde una mirada antropológica, “la ingesta de alcohol puede ser una enfermedad, en algunos casos, pero puede ser también un fuerte marcador de cohesión sociocultural en algunas ceremonias étnicas (Oyarce y Nanco 1998)².

3. EL PARTO

Otro caso interesante, en este sentido, es el del parto. Parece evidente que el embarazo y el parto consiguiente no son fenómenos patológicos, sino absolutamente normales. Sin embargo, con el creciente fenómeno de la “medicalización de la sociedad” y el control cada vez mayor de la medicina y del discurso médico “científico” sobre el cuerpo humano (Foucault 1996), la mujer comienza a ser objeto de tratamiento de la tecnología médica casi

²Nosotros no hemos realizado un estudio específico sobre este problema. Pero uno de nuestros entrevistados, un “asesor intercultural” mapuche, niega que haya consumo de alcohol en las ceremonias mapuches.

desde el instante mismo de la concepción. Incluso, el Estado chileno y su medicina oficial han medicalizado a tal extremo la gestación y la entrega del neonato, que se ha llegado a penalizar y a criminalizar el parto a domicilio, lo que se opone radicalmente a las concepciones de diversos grupos étnicos que existen en el país.

En efecto, para pueblos como los mapuche o los aymara, “el parto no es una enfermedad; muy por el contrario es un acontecimiento comunal, en el que participa toda la familia y toda la comunidad” (Alarcón 1998). Para los miembros de esta cultura no existe el “drama” del embarazo adolescente, ni el “problema social” de los niños nacidos fuera del matrimonio. Para ellos, el parto a domicilio es la forma ancestral de dar a luz y de recibir al nuevo miembro de la comunidad. Sin embargo, debido a la criminalización que el Estado chileno ha impuesto al parto a domicilio, el rol tradicional de las parteras comunitarias se ve reprimido, incluso por medios policiales. La parturienta aymara tiene entonces que ir a parir a la ciudad “del blanco”, lo que, además de todas las connotaciones culturales negativas, tiene un efecto desastroso desde el punto de vista demográfico. En efecto, el recién nacido será inscrito como nacido en Arica (y no en la comunidad de Putre, por ejemplo), lo que, unido a la tendencia a cambiar el apellido aymara de origen por uno de consonancia hispánica para tratar de escapar a la discriminación y a la estigmatización social, trae como consecuencia que el número de habitantes de origen aymara disminuye constantemente, según los censos oficiales (Alarcón 1998: 45). No hay duda que muchas de estas observaciones pueden aplicarse a otras poblaciones indígenas de Chile: mapuche, colla, etc.

Agreguemos que éste no es un problema de “cultura médica científica” versus “concepciones tradicionales atrasadas”, vestigio de algún supuesto subdesarrollo tecnológico. En países tan avanzados como Holanda o Alemania, la mujer tiene la posibilidad de elegir entre el parto en maternidad o el parto a domicilio. La mujer puede así rechazar legalmente toda manipulación tecnológica de su cuerpo durante la gestación y el parto.

4. LA IRRUPCIÓN DE LAS DEMANDAS INDÍGENAS

Recién en la década de los 90, con la instalación de los gobiernos postdictadura en Chile, se ha producido una toma de conciencia, por parte de los responsables de la salud, de la pluralidad étnica del país. Esta reflexión ha traído como consecuencia la elaboración de los elementos teóricos básicos de una política de salud intercultural y el comienzo de los intentos orgánicos del Ministerio de Salud por el establecimiento de una política de ese tipo. “Después de muchos años, Chile está saliendo de su letargo frente a

una realidad que se negaba a ver: *la existencia de grupos humanos originarios*", como dice el subsecretario de Salud en 1998 (Minsal 1998)³.

Esta toma de conciencia de la pluralidad étnica constitutiva se da sin duda en el marco del movimiento mundial de afirmación de los derechos de los pueblos originarios. En 1992, a contrapelo de las celebraciones del Quinto Centenario Hispánico, se realizó la Cumbre para la Tierra que reivindicó el reconocimiento, por los diversos Estados de América, de los valores y tradiciones de las poblaciones primeras del continente. El año 1993 fue declarado por la ONU como el "Año Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo". En 1994, en la primera Cumbre de las Américas, realizada en Miami, se lanzó un plan de acción en salud que busca obtener para toda la población un acceso equitativo a los servicios de salud, lo que incluye explícitamente a las poblaciones indígenas. No olvidemos, además, las luchas políticas de la década: en enero de 1994 irrumpe en México el Movimiento indígena Zapatista; en Ecuador, los movimientos indígenas derriban dos gobiernos sucesivos. Sin olvidar el ejemplo pionero del Canadá, donde las Primeras Naciones –como se llama a los pueblos fundadores– han conquistado pacíficamente el derecho a gobernar territorios autónomos.

En nuestro país, la afirmación de los derechos de los pueblos originarios atraviesa también la década: reivindicación de sus territorios ancestrales por los mapuches, defensa del respeto a los derechos de propiedad por los pehuenches en el Alto Bío-Bío, constitución de organizaciones de estudiantes universitarios de origen mapuche, etc. Por ello, se puede afirmar que la necesidad de incorporar a los pueblos originarios a las políticas de salud responde también en alguna medida a las exigencias de la llamada "gobernabilidad". De todos modos, sea por exigencias internacionales, sea por razones de gobernabilidad interna, sea por razones estrictamente filosóficas, el hecho es que se está poniendo en marcha una política de salud intercultural, y que eso puede ser un paso muy positivo para el establecimiento de relaciones armónicas entre los diversos constituyentes étnicos y culturales de nuestro país.

5. LA INTERCULTURALIDAD COMO COBERTURA

Asegurar el acceso a la salud de las poblaciones indígenas, llevar la atención de salud a los pueblos originarios, tales son los primeros objetivos de la política de salud intercultural del Ministerio de Salud. Para ello, se ha propiciado la formación de "facilitadores interculturales", que hacen de interme-

³Nótese que el subsecretario habla de "grupos humanos" originarios. Todavía falta para que la noción de "pueblos originarios" y de "primeras naciones" tenga vigencia en el discurso oficial chileno.

diarios lingüístico-culturales entre el personal médico y los miembros de la comunidad indígena. Se ha intentado también diseñar estrategias que permitan desarrollar un enfoque epidemiológico intercultural que estudie “la ocurrencia de la enfermedad en poblaciones de diferente cultura” y “la incorporación de las propias categorías y etiologías de enfermedad desde el punto de vista de un contexto o de una cultura particular” (Minsal 1998: 13). Todo esto forma parte de la concepción oficial de ampliar la cobertura de salud para llegar a todos los sectores de la población.

Se trata sin duda de una política bien encaminada. Pero desde el comienzo surgen serias interrogantes, sobre todo si se concibe la política de interculturalidad no sólo como una simple extensión de la cobertura, sino como una integración de los saberes tradicionales de las culturas indígenas y del saber médico oficial. Dicho de otro modo, la política oficial no parece hacerse cargo del problema de decidir si por interculturalidad se va a entender realmente un reconocimiento mutuo de los discursos y los saberes del otro. Una política integral de interculturalidad implicaría resolver los problemas filosóficos de valoración y reconocimiento de la alteridad, a lo cual se agregan problemas de índole ideológico, como la necesaria convivencia de un saber con fundamento mágico-religioso con un saber con fundamento estrictamente bioquímico; y problemas de índole económico, como la necesaria coexistencia de prácticas curativas comunitarias –con poca o ninguna motivación económica– con la maquinaria invasora de la industria tecnológica del “mercado de la salud”.

6. COMPLEMENTARIDAD DE PRÁCTICAS Y SABERES

Conviene precisar, sin embargo, que paralelamente a la política oficial de interculturalidad, anterior a ella e independientemente de ella, se dan en el país prácticas de coexistencia y de complementaridad entre el sistema médico oficial y las medicinas populares tradicionales. En efecto, aunque la actitud predominante de la medicina científica ha sido la de ignorar o denigrar las concepciones de la medicina popular tradicional (Medina 1986), de hecho existen cada vez más experiencias de diálogo y de colaboración entre estas dos prácticas y estos dos saberes. Varias curanderas señalan en nuestras entrevistas que ellas distinguen claramente cuando están en presencia de una afección que ellas pueden sanar y cuando hay que derivar el enfermo a la posta o al hospital. También señalan casos en los que se da la situación contraria: el médico de la posta recomienda al enfermo que vaya donde una yerbatera o un componedor. Lo mismo hemos encontrado en territorio mapuche. Un facilitador intercultural (Pascual) nos señala que en Cañete, el



director del hospital “tiene muy buena disposición con el tema mapuche. El tiene ese concepto de que si hay una enfermedad que sea de huinca tiene que ser tratada por un doctor, pero si es un mapuche que tiene una enfermedad espiritual, tiene que ser derivado a una machi”.

7. EL CASO DE LA POBLACIÓN MAPUCHE

Nos parece importante profundizar el caso mapuche no sólo porque se trata de la etnia originaria mayoritaria de nuestro país⁴, sino por la especificidad de su organización cultural.

En el caso del pueblo mapuche, las concepciones de salud-enfermedad se inscriben dentro de su concepción general del mundo: existe una continuidad entre los hombres, el medio ambiente y las fuerzas sobrenaturales que controlan el mundo. La dicotomía salud/enfermedad tiene que verse entonces desde el punto de vista moral: posible transgresión de los códigos culturales del grupo; desde un punto de vista relacional: posible acción negativa de personas del entorno; desde el punto de vista ecológico: posible acción negativa del medio ambiente (por ej., las condiciones de desarraigo debido a la emigración forzada hacia la ciudad); desde el punto de vista comunitario: la enfermedad de un individuo es enfermedad de la comunidad; desde el punto de vista mágico-religioso: la enfermedad puede ser producto de la acción de las “fuerzas del mal”, que sólo pueden ser combatidas por la acción de un chamán (la machi), celebrando eventualmente ceremonias rituales colectivas (Citarella 1995; Ibacache *et al.*, en Minsal 1998).

La sanadora mapuche (la machi) cumple funciones que van más allá de lo simplemente curativo. O dicho en otros términos, la noción de salud, para los mapuches, sobrepasa la dimensión puramente corporal-individual, para abarcar todo el bienestar de la comunidad. Así, la machi puede prever—gracias a sueños premonitorios (*pewma*)— los peligros que pueden amenazar a la comunidad; y puede entonces prevenir y alertar sobre malas cosechas, puede orientar para recuperar ganados perdidos, etc. La machi no es una simple sanadora (en el sentido “occidental” del término), sino que cumple un rol organizativo en la comunidad, a tal punto de un *werkén* (Pascual) nos señala que “tiene que haber machi en la comunidad para que surja la comunidad”.

⁴Casi un millón de personas, según el Censo de 1992 (Toledo Llancaqueo 1997).



8. UNA NUEVA DINÁMICA INTERCULTURAL

Es esta especificidad y esta coherencia de la cultura mapuche –y su fuerte implantación en el país– lo que da origen a nuevos desarrollos para las políticas de interculturalidad en salud. Una experiencia importante en este sentido es la del hospital mapuche de Maquehue-Pelale que dirige el Dr. Jaime Ibacache. Un antiguo hospital tradicional se ha ido convirtiendo en hospital mapuche, gracias a la acción de la comunidad organizada legalmente como asociación indígena y gracias al apoyo del Ministerio de Salud. La comunidad, por medio de sus representantes autóctonos, se hace cargo de la administración del hospital y de toda su gestión: presupuestaria, sanitaria, educativa, etc. (Ibacache, en Fondecyt 1.000.376). Se trata pues de una nueva dinámica, que pretende ir más allá de la simple idea de integrar a las poblaciones indígenas a la medicina científica oficial, más allá de la noción de “interculturalidad en salud”, para abrir paso a un modelo de gestión comunitario de la política de salud.

Como nos declara el Dr. Ibacache: “No se trata simplemente de desarrollar un hospital intercultural, sino de poner en acción otra dinámica: un modelo de gestión mapuche de la salud. Así tenemos programas que tienen que ver con el fortalecimiento de la identidad cultural mapuche, con el crecimiento de la medicina tradicional mapuche. Tenemos además algunos programas que tienen que ver con otros aspectos del desarrollo, como por ejemplo el fortalecimiento de la autonomía territorial” (Ibacache, en Fondecyt 1.000.376). Se trata, en suma, de un conjunto de programas que ubican el problema de la salud dentro de una problemática mayor, como es el fortalecimiento de la identidad social, cultural y territorial de la nación mapuche.

9. CONCLUSIÓN

Vista así, la noción de salud sobrepasa netamente la dimensión puramente orgánica del modelo bio-médico. Sobrepasa incluso el modelo psico-bio-médico, que pretende sumar, agregar, la dimensión psicológica al modelo organicista. Se trata de una visión socio-psico-biológica, que tiene valor paradigmático no sólo para las comunidades indígenas sino también para el conjunto de los seres humanos. En el caso de Maquehue-Pelale no se trata de buscar la salud por sí misma, sino que esta búsqueda –enraizada en los valores y las creencias de la comunidad– es uno de los caminos para ejercer un cierto control cultural, un camino para fortalecer la autonomía cultural del grupo. Y ello, como subraya el Dr. Ibacache, porque desde el punto de vista mapuche la salud involucra todo, no solamente la ausencia del dolor orgánico: involucra el dominio de la tierra, la autonomía cultural y la rela-

ción del hombre con el universo. Un punto de vista que, sin duda, es válido para todos los seres humanos.

BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón Rodríguez, C. (1998). "Algunas consideraciones para estudios epidemiológicos con población aymara", en Minsal 1998.
- Alvarez, G. (2001). *Textos y discursos. Introducción a la lingüística del texto*. 2ª ed. Concepción, Universidad de Concepción.
- Baeza, M. A. (2000). *Los caminos invisibles de la realidad social*. Concepción, Univ. de Concepción.
- Castoriadis, C. (1975). *L'institution imaginaire de la société*. París, Ed. du Seuil.
- Charaudeau, P. (1983). *Langage et discours. Eléments de sémiolinguistique*. París, Hachette.
- Charaudeau, P. (1992). *Grammaire du sens et de l'expression*. París, Hachette.
- Citarella, L. (comp). (1995). *Medicinas y culturas en la Araucanía*. Santiago, Sudamericana.
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Ibacache, J. (1998) "Desarrollo de la epidemiología intercultural: marco teórico", en Minsal 1998.
- Jodelet, D. (1989). *Les représentations sociales*. París, P.U.F.
- Medina, E. (1981). *Medicina popular chilena*. México, Universidad Iberoamericana.
- Medina, E. (1996). "La psiquiatría transcultural en Chile", en *Revista de Psiquiatría*, Año XIV, N° 1: 3-18.
- Minsal (Ministerio de Salud) (1998). *Salud, cultura y territorio: Bases para una epidemiología intercultural*. Likanray, Chile.
- Minsal y Of. Panamericana de Salud (1997). *Situación de salud de los pueblos indígenas de Chile*. Santiago, Chile.
- Organización Panamericana de Salud (1996). *Hacia el abordaje integral de la salud. Pautas para la investigación con pueblos indígenas*. Washington, D.C.
- Oyarce, A. M. y J. Ñanco (1998). "Alcoholismo y etnia: Críticas y propuestas", en Minsal 1998.
- Sandoval, J. (1999). "Entrevista a Denise Jodelet: El debate entre la teoría de las representaciones sociales y el socioconstruccionismo", en *Praxis*, Revista de Psicología y Ciencias Humanas, Santiago, Univ. Diego Portales, Año 1, N° 1. pp. 148-159.
- Sapir, E. (1967). *Anthropologie*. Tome 2: Culture. París, Ed. de Minuit.
- Toledo Llancaqueo, V. (1997). *Situación de salud de los pueblos indígenas de Chile*. Santiago, Ministerio de Salud de Chile/Oficina Panamericana de Salud.

