

UNIVERSIDAD CATOLICA DE TEMUCO
FACULTAD DE ARTES Y HUMANIDADES
ESCUELA DE ANTROPOLOGIA

**“PERTENENCIA RELIGIOSA Y SALUD INTERCULTURAL EN
MAQUEWE: UNA RELACIÓN CONTROVERTIDA EN SIETE
COMUNIDADES MAPUCHE”**

*TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIATURA EN
ANTROPOLOGIA.*

ALUMNAS: Karla Cornejo. T. y Marcia Ñancupil. B.

PROFESOR GUIA: José Manuel Zavala Cepeda.

PROFESORES INFORMANTES: Rosamel Milláman

Jóse Quidel.

TEMUKO, OCTUBRE DE 2004.

INDICE	1
AGRADECIMIENTOS	6
INTRODUCCION	7
Mapa “Sector Maquewe”.....	8
1. Contexto de investigación.....	9
2. Problema social y antropológico	11
3. Aspectos metodológicos.....	15
4. Organización del texto y criterios para la revisión bibliográfica	22
 PRIMERA PARTE	
COMUNIDADES MAPUCHES DE MAQUEWE: CONTEXTO SOCIOCULTURAL Y PERTENENCIA RELIGIOSA.	24
 Capítulo I: Contexto social del sector de Maquewe	
Introducción	25
1. Características generales de la sociedad y cultura Mapuche.....	26
2. Comunidades Mapuches de Maquewe	28
Mapa “Comunidades de Maquewe”.....	29
A) La organización política	30
B) Nivel educacional.....	33
C) Area económica y productiva	35

3. Las instituciones presentes en el sector.....	37
a) Iglesias cristianas.....	37
b) Hospital Maquewe	38
c) Escuelas rurales	38
d) Programa Orígenes	38
e) Cooperativas comunales.....	39
f) Organización política independiente.....	39

Capítulo II: La religión mapuche

Introducción

1. Cosmovisión y creencias religiosas del hombre mapuche.....	41
2. Sujetos pertenecientes a la religión mapuche y agnósticos.....	44
3. Religión mapuche y Sincretismo.....	46

Capítulo III: Dimensión teórica en torno a los conceptos de religión y pertenencia religiosa

Introducción

1. ¿Qué entendemos por religión?.....	49
2. Pertenencia religiosa.....	52

**Capítulo IV: El marco de las relaciones sociales entre:
Comunidades e Iglesias.....55**

Introducción55

1. Las comunidades mapuches y su relación con las iglesias cristianas presentes en el sector.....56
2. Relaciones interreligiosas57
 - A) ¿Cómo se define un sujeto mapuche- católico?.....61
 - B) ¿Cómo se define un sujeto mapuche-anglicano?.....62
 - C) ¿Cómo se define un sujeto mapuche- evangélico?.....63
3. ¿Cuáles son las grandes diferencias entre definirse protestante o católico en Maquewe?64

SEGUNDA PARTE

**SALUD INTERCULTURAL DEL HOSPITAL MAQUEWE Y
COMUNIDADES MAPUCHES.....66**

**Capítulo I: EL Hospital Maquewe y el modelo de salud
intercultural.67**

Introducción67

1. Descripción y breve reseña histórica del “Hospital Maquewe”.....68

2. Interculturalidad en Salud y Proyecto del Hospital Maquewe.....	71
3. Modelo de salud intercultural.....	75
A) Conceptos de salud y enfermedad en el modelo de salud occidental.....	77
B) Conceptos de salud y enfermedad en el modelo de salud mapuche.	79
4. Rol de la machi en el sistema médico.....	82
5. Funcionarios del Hospital Maquewe.....	84
A) Funcionarios Mapuches.....	84
B) Funcionarios No mapuches.....	85

Capítulo II: Relaciones interpersonales entre mapuches.....86

Introducción.....86

1. Marco de las relaciones interpersonales del Hospital Maquewe con las comunidades.....	87
2. Marco de las relaciones interpersonales entre el Hospital y las iglesias del sector.....	92
3. En la dinámica de las relaciones interpersonales, ¿el don se presenta cómo un acto de solidaridad o violencia?.....	95

CONCLUSION101

1. Pertenencia religiosa y percepciones del modelo de salud intercultural.....105

2. Pertenencia religiosa y actitud frente al Hospital Maquewe.....109

BIBLIOGRAFIA112

ANEXOS118

1. Anexos metodológicos.118

 A) Pauta de entrevista..... 118

 B) Focos grupales y entrevistas.....119

 Fotografía etnográfica.....120

2. El Hospital Maquewe hoy.....121

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a cada persona que hizo posible la realización de esta tesis ya que sin su apoyo y confianza no hubiese sido posible concluir esta tarea.

Agradecemos a cada uno de los miembros de las comunidades del sector Maquewe con las que trabajamos, especialmente a don Rosario Huina, Daniel Ancavil, Genaro Lincoñir y Juan Aurelio Millañir.

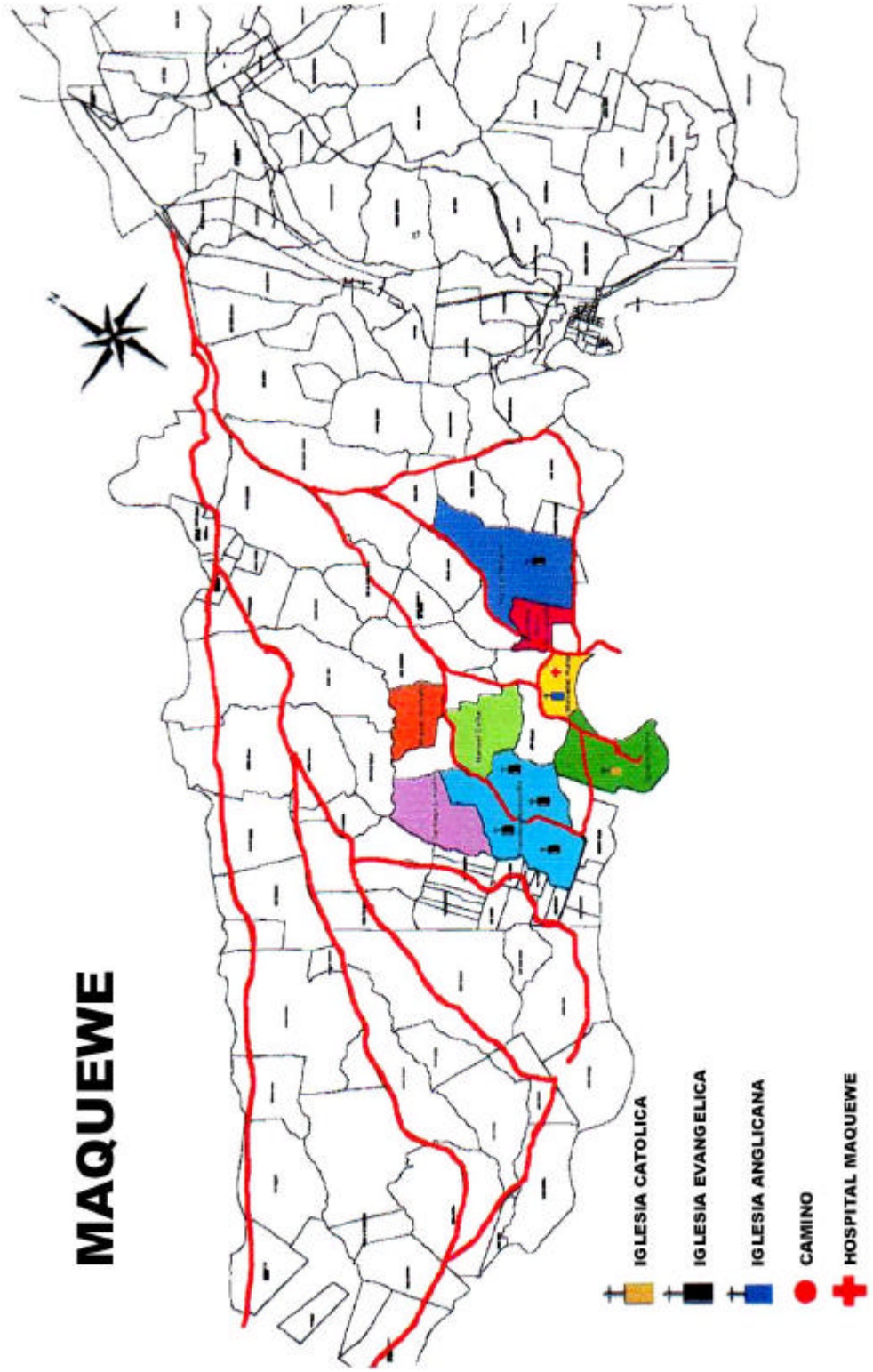
No podemos dejar de agradecer a Francisco Chureo, Abel Chureo y Andrés Cuyul, así como a todas las personas del Hospital Maquewe. A las personas del departamento de evaluó territorial de la Municipalidad de Padre Las Casas y a nuestros profesores José Manuel Zavala, Rosamel Millamán, José Quidel y Fernando Díaz.

Queremos agradecer de forma especial a nuestros padres por el apoyo incondicional que nos han ofrecido durante todos estos años de estudio.

¡Muchas gracias a todos!

INTRODUCCION

MAQUEWE



Contexto de Investigación

La investigación que sustenta esta tesis se inicia a partir del primer semestre del año 2003, al realizar la práctica profesional requerida en la Escuela de Antropología como requisito para obtener la licenciatura. De este modo es que se realiza este trabajo, en un proceso de tres meses de duración en el sector Maquewe, mas exactamente en el Hospital Maquewe y en las comunidades mapuches que colindan con dicha institución.

Este Hospital se encuentra ubicado en el sector Maquewe, a 16 kilómetros de Temuco IX región, el que administrativamente comprende los distritos Maquewe y Molco de la comuna de Padre Las Casas así como las zonas distritales de las comunas de Freire (al sur) e Imperial (al oeste).

Los ríos Cautín y Quepe son las fronteras naturales del territorio de Maquewe, el que posee una superficie de 200 kilómetros cuadrados y una población aproximada de 10 mil habitantes¹.

Al situarnos geográficamente en el sector de Maquewe, en los mapas presentados en el anexo, se puede observar que la investigación se situó en tres ámbitos de la realidad local; en el Hospital Maquewe, las iglesias occidentales y las comunidades mapuches que colindan con dicha institución médica. Asimismo se puede advertir que aproximadamente un 90% de la población es mapuche, este porcentaje se refleja en las personas que componen las comunidades, los miembros de las iglesias y el personal del Hospital Maquewe.

¹ Ver página 8. En el primero se representa geográficamente el territorio de Maquewe, las comunidades, las iglesias occidentales, el Hospital Maquewe y los caminos. En el segundo, se muestran las comunidades en un plano más amplio.

El conocimiento antropológico que sustenta esta investigación surge a partir de un contexto particular de la sociedad y cultural mapuche, basado en interacciones y relaciones sociales de carácter intercultural, es así como se analiza en dos niveles disciplinarios los que se indican:

- 1) **Las relaciones interétnicas** Consisten en describir y analizar como son estas relaciones sociales y de que manera se conciben entre las comunidades mapuches, las iglesias occidentales y el Estado chileno - mediado por el Hospital Maquewe-.
- 2) **Las relaciones intraétnicas** Consisten en describir y analizar las relaciones sociales entre mapuches pertenecientes a la institución Hospital Maquewe y a las comunidades en la actualidad.

La intención es dar cuenta sobre la estructuración de las relaciones sociales contemporáneas y aportar con nuestro trabajo a las investigaciones antropológicas y a las ciencias sociales en general, los que abordan este tipo de temáticas como son las relaciones intraétnicas e interétnicas (interculturalidad).

Problema Social y Antropológico

Al realizar nuestra investigación en el sector, concretamente en el Hospital Maquewe y en las comunidades mapuches, observamos cómo los actores de ambos ámbitos problematizan la implementación del modelo de salud intercultural propuesto por el Hospital, el cuál es dirigido por la Asociación Mapuche para la Salud Maquewe Pélale. Sin duda, el problema social lo determinamos debido a la preocupación existente en ambos sectores, especialmente por parte del Hospital Maquewe, institución en la cual se mostraron inquietudes por conocer las impresiones de las personas de las comunidades respecto a la calidad del servicio y atención, puesto que dichas personas pertenecen a las comunidades, y por tanto son beneficiarios directos del Hospital. Los administrativos del Hospital reconocen abiertamente la poca comunicación que mantienen con sus usuarios, siendo esta la principal causa del desconocimiento acerca de las impresiones de las personas miembros de las comunidades.

Las interacciones constantes con los distintos actores nos llevaron formular a el tema de la investigación, para ello tomamos en cuenta las reflexiones, tanto de los miembros de la Asociación Mapuche para la Salud Maquewe Pélale, como también la de las personas de las comunidades.

La Asociación por su parte, se preguntaba si la pertenencia a alguna de las religiones occidentales presentes en el sector sería la motivación o el impedimento que dificulta el conocimiento y la aceptación del modelo de salud intercultural propuesto ya que observan que no se conocen bien sus planteamientos.

Por una parte, los habitantes pertenecientes y no pertenecientes a credos religiosos cristianos, afirman que, la pertenencia a una religión no es la causa para tener una actitud positiva como negativa frente al Hospital Maquewe.

A partir de esto, indagamos acerca de las implicancias de la aplicación de un modelo de salud intercultural y las repercusiones que este ha tenido en las relaciones sociales y de parentesco en una población mapuche que muestra un alto grado de evangelización por parte de las iglesias cristianas, tanto católica, como evangélica y anglicana.

A partir de los antecedentes proporcionados en la identificación del problema social anteriormente señalado abordamos el tema de investigación relativo a la relación entre salud y religión, tanto en la literatura especializada y como en el terreno. Al plantear este tema pretendíamos establecer si existía una relación entre pertenencia religiosa, percepción del modelo de salud intercultural y actitud frente al Hospital Maquewe, con el fin de determinar cual sería el factor, o los factores, que inciden en el escaso vínculo comunicacional existente entre el Hospital y las comunidades (o algunos sectores de las comunidades).

En ese momento, nos hicimos las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las razones por las cuales diversos actores no se comunican en realidad? ¿Es la pertenencia religiosa la variable debido a la cual estos actores permanecen en un conflicto comunicacional? ¿Existe uno o más factores que determinan la actitud de los sujetos de las comunidades frente al Hospital?

Con estas interrogantes surge entonces la re-interpretación del problema, generado a partir de la reflexión etnográfica².

² Como posibilidad de entrar y salir de la realidad social.

De esta manera, nuestro problema de investigación es planteado en los siguientes términos:

Poder determinar si la pertenencia religiosa influye, y de qué manera lo hace, en las percepciones y actitudes de los habitantes del área hacia el modelo de salud intercultural propuesto por el Hospital Maquewe, y si esta variable – pertenencia religiosa- determina o no la actitud frente al Hospital Maquewe.

Al plantearnos de esta forma el problema, lo que pretendemos es conocer cuáles son las percepciones³ acerca del modelo de salud intercultural y que relación tiene con la pertenencia religiosa⁴ y cómo determinan estas percepciones -en el caso de que lo hagan- la actitud⁵ frente al Hospital. Ante esta problemática, nos planteamos las hipótesis de trabajo que surgieron a medida que se realizaba el trabajo de campo en el sector, las cuales son las siguientes:

³La percepción “es la realidad”, esto piensan Berger y Luckmann en “la construcción social de la realidad”. La ideas que tenemos acerca del mundo las concebimos a través de la percepción; “Las ideas y nociones tenemos de las personas, las cosas y la sociedad en la que vivimos, nacen y se sustentan de las percepciones que hemos ido construyendo desde la infancia” (Ernesto Evans:2003).

La percepción es un concepto de la psicología que se describe como “una función psíquica que permite al organismo recibir y procesar la información sobre el estado y alteraciones del ambiente” (Arnold, Eysenck y Meili). Esta posee dos dimensiones: una sensible y otra intelectual. La primera está ligada a la afectación. Las personas y las cosas nos afectan, nos llegan a nuestro cerebro, que funciona como una central telefónica (Bergson), procesa los requerimientos que viene del exterior y genera una respuesta a estímulos. En la parte intelectual: tenemos la percepción con la que pensamos, que sentimos, que vemos, que estamos de acuerdo o en desacuerdo con algo (Ernesto Evans, 2003:1).

De la definición de ambas dimensiones de la percepción vamos a describir los juicios negativos y positivos de las personas de Maquewe frente al modelo de salud intercultural poniendo atención en que “los juicios cotidianos, a diferencia de los científicos están cargados de subjetividad e interpretaciones personales, que muchas veces usamos una “inducción incompleta”.

La percepción puede ser subjetiva sobre todo cuando el público no tiene información acerca del modelo de salud del Hospital. Para la investigación la importancia radica en que la percepción (juicios o pre-juicios) pueden generar la actitud hacia el Hospital Maquewe.

⁴ La pertenencia religiosa la definimos como la identificación que hacen los individuos a una comunidad religiosa, que involucra creencias y valores que proyectan hacia la realidad social en aspectos como la política y economía (Carrier: 1965).

⁵ La actitud es una predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable ante un objeto a sus símbolos (Referencia Sampiere Hernández, página 367).

La pertenencia religiosa influye en las percepciones de las personas de las comunidades hacia el modelo de salud intercultural determinando la actitud frente al Hospital.

De esta hipótesis central trabajamos las siguientes:

- 1) Las personas que pertenecen al credo religioso católico están más receptivas con el modelo de salud intercultural y muestran una actitud positiva frente al Hospital.
- 2) Las personas que pertenecen al credo religioso evangélico y anglicano están menos receptivas con el modelo de salud intercultural y muestran una actitud negativa frente al Hospital.

Para identificar la respuesta a nuestras hipótesis analizamos los distintos credos religiosos a los cuales la gente pertenece, describimos y analizamos los discursos de la gente que profesa credos católicos, quienes aparentemente estarían más receptivos con el modelo de salud intercultural y aquellos que, profesan credos evangélico y anglicano, en cambio, estarían aparentemente menos receptivos con el modelo de salud intercultural.

Lo que aparece como respuesta a esta hipótesis en nuestra investigación es que, la pertenencia religiosa es una variable que no necesariamente influye en las percepciones que los habitantes del sector Maquewe tienen del modelo de salud intercultural (percepciones favorables como desfavorables frente a éste). Más bien, aparece otro factor no claramente señalado por los actores que está determinando la actitud frente al Hospital Maquewe.

Este factor tiene que ver con el carácter que toman las relaciones interpersonales, que dependiendo de, si son positivas o negativas, la actitud frente al Hospital va a cambiar, en particular hacia la administración.

Aspectos metodológicos

Como mencionamos en las páginas anteriores, nuestro primer acercamiento a Maquewe lo realizamos por medio del Hospital que lleva el mismo nombre para luego acceder a las siete comunidades mapuches aquí estudiadas que fueron seleccionadas bajo los siguientes criterios metodológicos

1) En consenso con la administración del Hospital se decidió concretar la investigación en las comunidades que colindan con el Hospital puesto que dicha institución requería la pesquisa en este sector. Por medio de esta negociación la administración se comprometió a presentarnos con las comunidades y con las personas miembros de Hospital

2) Una vez concretado el acceso a las comunidades mapuches y al mismo Hospital Maquewe consideramos los siguientes requisitos para seleccionar la muestra; a) Que las personas tengan pertenencia religiosa anglicana, evangélica, católica y mapuche. b) Que las personas tengan actitud positiva como negativa frente al Hospital, esto con la intención de dilucidar el problema antropológico planteado.

3) Por otro lado, tanto en el Hospital como en las comunidades mapuches se considero población adulta joven y adulta mayor, hombres y mujeres, además se considero a representantes de las comunidades (presidentes) y de las distintas iglesias cristianas y a algunas de las personas que participaran de estas iglesias con la intención que la muestra fuera representativa.

Es así como se constituyó una muestra de 27 personas, la cual seleccionamos de manera representativa tanto en géneros, edades y roles sociales, también la aplicamos a matrimonios y familias nucleares para observar cómo era su participación en conjunto. Esto nos sirvió para observar el rol del hombre y la mujer en el matrimonio, así como percibir el papel del hombre y la mujer en aspectos políticos frente a temas como la salud y la religión.

Al estar insertas en el lugar, en razón del problema social⁶ que manifestado por el Hospital Maquewe y abordado en nuestra práctica profesional, nos mantuvimos durante tres meses realizando la práctica y al trabajo de campo y al mismo tiempo reflexionando sobre el tema de investigación que se relaciona con el ámbito de la salud y la religión en el sector.

Como mencionamos anteriormente, el proceso de inserción se nos planteó en dos niveles en cuanto a la realidad del sector, la institución y las comunidades mapuches. Tanto en el Hospital como en las comunidades en donde realizamos la investigación comenzamos por las conversaciones que se dirigían en primera instancia a presentarnos y posteriormente interactuar en el ámbito de las relaciones personales y profesionales. Esta situación es ineludible cuando se trata de entrar a cualquier contexto social ya que nos permite conocer a las personas y captar su voluntad de participación en la investigación antropológica, en otras palabras, conseguir el acceso al lugar y a las personas, logrando que se interesen en la investigación. Como señalamos anteriormente el acceso al Hospital y a las comunidades mapuches lo concretamos por medio de la administración del Hospital, el presidente de la Asociación Mapuche nos presentó con algunos de los representantes de las comunidades que mostraban una actitud positiva hacia el Hospital. En cuanto a el acceso a comunidades que mostraban una actitud negativa hacia el Hospital tuvimos que presentarnos sin ningún intermediario. De esta manera fuimos accediendo a estas comunidades por medio de los presidentes negociando con ellos el acceso. En el caso de las iglesias fue similar, nos dirigimos a los diáconos (los sacerdotes provienen de Temuco), pastores y representantes del Concilio anglicano.

⁶ Que explicamos en las páginas 11 y 12.

Consideramos que nos incorporamos en la dinámica de las relaciones sociales en buenos términos, las personas de ambos sectores nos cooperaron de buen ánimo y lo suficiente como para concluir la investigación planteada. En este proceso de investigación entablamos lazos de amistad, tanto en las comunidades como en el Hospital que aún siguen vigentes. Sin embargo, debemos decir que algunas personas se mostraron reacias a participar del proceso de la investigación, especialmente los pertenecientes a la iglesia anglicana, más exactamente el pastor de la iglesia. Otra dificultad que se nos presentó fue el tener acceso a los pacientes del Hospital ya que no encontrábamos el momento oportuno para el acercamiento sin interrumpir su intimidad. La otra dificultad se presentó cuando quisimos entrevistar a los funcionarios del Hospital ya que la mayoría del tiempo estaban ocupados. La estrategia a seguir fue de entablar conversaciones a la hora del desayuno y el almuerzo, tiempo que compartíamos con estas personas.

Podemos decir que no nos enfrentamos a grandes dilemas al tratar de llegar a las personas puesto que estuvimos concientes de lo que significa trabajar con comunidades mapuches, tomando en cuenta las acciones nuestras como investigadoras en relación a la cosmovisión de la sociedad y cultura. Nos preocupamos de reflexionar a priori sobre los riesgos se asumen al actuar desde el rol de antropólogo⁷ y desde la etnografía reflexiva, en la cual se plantea al investigarla como parte del contexto de estudio.

Para nosotras la clave para obtener un resultado óptimo, tanto en las relaciones con la gente como en la investigación, y que cuidamos celosamente fue:

⁷ Que se preocupa de generar conocimiento en determinadas temáticas y contextos sociales.

- 1) Conocer a priori la lógica de las relaciones interétnicas en base a la teoría antropológica.
- 2) Plantear el tema de investigación claramente y sin contradicciones.
- 3) Comprender el ritmo de vida que existe en el campo y adecuarnos a los horarios que negociamos.
- 4) Ser responsables y puntuales en las citas en que programamos juntarnos con las personas de las comunidades.
- 5) No divulgar los contenidos de la información específica que los distintos actores proporcionaban en las entrevistas, en ninguno de los dos ámbitos (Hospital y comunidades), sólo lo que tiene que ver en términos generales relacionado al problema social.
- 6) Tener claro el rol que cumple cada persona en las comunidades, sobre todo el rol de género.

De este modo, nos relacionamos con cada una de las personas, participando de conversaciones, reuniones, almuerzos e incluso de varios eventos realizados por el Hospital, a los cuales asistió la gente de las comunidades. De todas maneras, no podemos negar que en la primera etapa de la investigación, algunas personas tendieron a tener desconfianza respecto de nuestro trabajo puesto que confundieron nuestra participación en el Hospital como funcionarias de éste. En ese momento tuvimos que desmitificar el rol de funcionarias del Hospital y delimitar el rol de la antropología, explicando que estábamos realizando una investigación en las comunidades con fines académicos. Esta situación se produjo particularmente con las personas que tienen una actitud negativa frente a la administración del Hospital.

Debemos señalar que nuestro rol de estudiantes universitarias y el rol de mujeres jóvenes nos favoreció al tratar de llegar a las personas de todo ámbito, puesto que la gente valora mucho el poder estudiar y conocer acerca de

variados temas de la sociedad chilena, especialmente por que para ellos, la educación es una forma de surgir frente al tema de la pobreza y la justicia para el pueblo mapuche.⁸

Una vez que dejamos en claro nuestro rol de investigadoras y establecimos lazos de confianza frente y con la gente de ambos sectores, nos planteamos las técnicas de investigación desde la etnografía clásica y reflexiva para desarrollarla en relación a los objetivos de conocimiento, tanto general como específicos.

Estos objetivos guardan relación con descubrir cuál es el factor o los factores que determinan la actitud frente al modelo de salud intercultural y al Hospital Maquewe. Por tanto, dichos objetivos están relacionados con observar las relaciones sociales, el fenómeno de la religión, el modelo de salud intercultural y los conceptos de salud y enfermedad.

De la definición de los objetivos es que escogimos los métodos adecuados para interactuar con las personas del lugar programando actividades en determinados momentos.

Una de las técnicas indispensables ha sido la observación participante que utilizamos desde que comenzamos el acceso al lugar y hasta que culminamos la investigación; las técnicas que utilizamos fueron las conversaciones en profundidad y las entrevistas semiestructuradas –en total 49 entrevistas-, que se realizaron haciendo alusión a todos los temas expuestos relacionados con el modelo de salud intercultural y la actitud frente al Hospital. La intención fue no intimidar a las personas con una encuesta o una entrevista con preguntas estructuradas, sino más bien la de producir un ambiente de confianza y familiaridad con los temas y con nosotras como etnógrafas.

⁸ Ello lo advertimos durante el proceso de investigación por medio de la etnografía reflexiva.

Las conversaciones en profundidad y las entrevistas semiestructuradas fueron repetidas unas dos o tres veces a cada persona. Todo ello, con el fin de analizar si la información que era proporcionada anteriormente por los mismos sujetos sufría alguna alteración con el pasar del tiempo, de esta forma nos cercioramos que los datos que registrábamos eran fidedignos.

La aplicación de las técnicas tanto conversaciones, entrevistas y conversaciones en profundidad las programamos sistemáticamente, las salidas a terreno y actividades realizadas en el Hospital y en las comunidades se hicieron tres veces por semana. En cada conversación, se iban añadiendo nuevos datos acerca de la problemática, los que no habían sido tratados en una sola conversación anterior.

Durante la investigación nos contactamos con cuatro informantes claves, los que pertenecían tanto a la institución como a las comunidades, éstos nos aclararon situaciones que no comprendíamos desde nuestra mirada externa, sin embargo, a todas las entrevistas le brindamos la misma importancia, independientemente del rol que cumplía la gente en el contexto, puesto que cada versión nos entregaba información valiosa sobre esta realidad.

Al ir obteniendo datos a través de estas estrategias, los fuimos comparando y analizando. Cada día que tuvimos estas conversaciones y entrevistas con la gente, fuimos analizando sus contenidos con la intención de ir ordenando y direccionando la investigación. A raíz de estas reflexiones, nos decidimos a utilizar la técnica de los grupos focales⁹ –que en total fueron 5, aprovechamos los lugares donde se reunía la gente¹⁰ para establecer una conversación y nuevamente verificar si los datos que se adquirían eran coincidentes con las versiones que se entregaban individualmente. Las personas incluso prefirieron esta técnica ya que les permitía hablar delante del grupo, debido a que la salud

⁹ Ver anexo metodológico.

¹⁰ Como sedes comunitarias, reunión en el Hospital.

en particular es un tema que a todos les interesa. El tema que más se discutió es la atención y servicio en salud del Hospital Maquewe y el posible traslado de éste hacia otra comuna de la región. Los participantes estuvieron interesados en discutir ampliamente estos argumentos puesto que la instancia les permitiría organizarse como comunidad y con las entidades vecinas, especialmente sobre el traslado del Hospital lo que implicaría que estas personas se quedaran sin el servicio de salud proporcionado por el Estado.

Las conversaciones y las entrevistas que tuvimos a nivel personal y grupal fueron tanto con hombres, mujeres y algunos jóvenes. Es necesario señalar que los adultos se interesaron mucho más por los temas de religión y salud que los jóvenes.

Al aplicar las estrategias mencionadas, analizamos los datos en base a una “triangulación” de las técnicas, la que consiste en sistematizar y analizar si los datos que aparecen en cada técnica aplicada son similares. Desde esta “triangulación” pudimos determinar si la información era fiable. Desarrollar esta técnica de interpretación de datos nos permitió llegar a sistematizar los resultados y conclusiones finales permitiéndonos exponer la información y verificar que esta se acercara a la realidad.

Organización del texto y criterios para la revisión bibliográfica

Esta tesis se encuentra dividida en dos secciones, la primera parte la titulamos como “Comunidades mapuches de Maquewe: Contexto social y pertenencia religiosa” y la segunda parte como “Salud intercultural del Hospital Maquewe y comunidades mapuches”.

En la primera parte entregamos antecedentes generales de contexto de investigación en donde sintetizamos aspectos teóricos como etnográficos con la intención de introducir al lector en el entorno físico como sociocultural en Maquewe.

La bibliografía se utilizó como antecedente para contextualizar y dar un marco interpretativo a los datos recogidos en terreno, en este caso los temas fueron los siguientes; las características generales de la sociedad y cultura mapuche, la religión mapuche los conceptos de religión y pertenencia religiosa y el sincretismo religioso. Lo que concierne a los datos del terreno los ordenamos de la siguiente manera, primero describimos a las comunidades mapuches entorno su organización política, nivel educacional, actividad económica, pertenencia religiosa. Y por último se describe y analiza la relación de las comunidades con las iglesias del sector.

En la segunda parte, entregamos antecedentes sobre el Hospital Maquewe y una descripción y análisis sobre el marco de las relaciones sociales presentes en Maquewe.

La literatura se utiliza para describir y analizar la historia del Hospital, la construcción del modelo de salud intercultural, las definiciones de modelo y sistema médico las políticas de la salud intercultural y las relaciones interpersonales. Lo que concierne al terreno, lo describimos y analizamos en los apartados que relatan las relaciones sociales entre iglesias e Hospital y comunidades y Hospital. La última parte de este trabajo trata las conclusiones, la bibliografía y el anexo metodológico.

De esta manera se plantea la organización del texto en la cual se distinguen los conceptos mapuches (escritos con negrillas) de los conceptos occidentales con la intención interpretar de mejor forma el pensamiento mapuche. En este caso la literatura utilizada en su mayoría proviene de teóricos y compiladores no mapuches quienes hacen un esfuerzo para interpretar acertadamente su visión de mundo y religión.

El tema de la religión mapuche es un tema que recientemente se esta abordan desde los especialistas mapuches, por tanto optamos as utilizar literatura clásica de la antropología, arqueología que nos orientara para acercarnos a esta visión de mundo.

Por otro parte a modo de reflexión debemos reconocer que algunas de las teóricas que utilizamos para explicar e interpretar lo ocurrido en Maquewe no logran retratar fielmente o lo suficiente con relación al terreno. La bibliografía que utilizamos en función de que se acercara los mas posible a esta realidad, en definitiva este fue el criterio.

**COMUNIDADES MAPUCHES DE MAQUEWE:
CONTEXTO SOCIOCULTURAL Y PERTENENCIA
RELIGIOSA.**

(PARTE I)

Capítulo I: Contexto social del sector de Maquewe

Introducción

Los temas que se abordan en el siguiente capítulo son; la presentación de la población Maquewe, en el ámbito de las características de lo cultural como de lo social.

El primer apartado señala las principales características generales de la sociedad y cultura mapuche en aspectos como la relación con el Estado chileno .

En cuanto al ámbito social, planteamos las características generales de la población de Maquewe basándose en el censo del 2002. A partir de los datos generales, describimos -desde la etnografía realizada- las siete comunidades pasando por aspectos como la organización política, el nivel educacional, el área económica y productiva además de las instituciones presentes en el sector.

1. Características generales de la sociedad y cultura mapuche

Como sabemos el pueblo mapuche se encuentra en la IX región desde mucho antes de la conquista española y de la construcción del Estado. Su cultura ha sido por largo tiempo discriminada, pero a pesar de las amplias estrategias de asimilación que el Estado chileno ha implementado contra el pueblo mapuche, estos se mantienen con pautas culturales firmes, resistiendo y tratando de recuperar sus tierras, es decir, siguen identificándose con su religión, su lengua y una actitud política marcada por prácticas y deseos de autonomía. La aspiración de autonomía y recuperación de sus tierras es algo que caracteriza a la población mapuche.

La sociedad mapuche actual contiene en sí una gran diversidad y no se restringe a tan sólo el mundo rural. La mayor parte de su población se encuentra en los centros urbanos del país. Las leyes indígenas chilenas han operado sobre un sujeto desvinculado de un territorio o patrimonio histórico, y por ende el mapuche es tratado como un ser abstracto. En otras palabras, los mapuche son tratados como campesinos pobres, o pobres solamente. Los mapuches fueron objeto de un acto de robo y avasallamiento por el Estado-nación chileno.

A través de la cultura se expresa el hombre, toma conciencia de sí mismo, cuestiona sus realizaciones, busca nuevos significados y crea obras que le trascienden. El rol más importante que tiene cada persona es vivir su cultura, ésta se mantiene en su memoria y a través de ella se transmiten las tradiciones. Por lo tanto lo que significa ser mapuche hoy, y también lo que ha significado en el pasado, está íntimamente ligado a cómo se piensa y ordena el mundo, en referencia siempre a un orden sagrado, donde la preocupación y las acciones principales están dirigidas a la mantención de la reciprocidad y el equilibrio (relación naturaleza- hombre).

Para el pueblo mapuche la tierra tiene un significado fundamental en su vida. La valoración de ella no es principalmente económica, sino más bien para su desarrollo como pueblo. El **mapudungüin** es su lengua, que aún se habla en las comunidades especialmente por la población adulta y adulta mayor. La transmisión de sus tradiciones y conocimientos se realiza de forma oral de generación en generación.

El actual conflicto mapuche no sólo es un problema de tierras y de pobreza, sino más bien de territorio y de autonomía. Este problema tiene sus raíces en el proceso que se inició con la Conquista Española de Chile y que concluyó con la “Ocupación de la Araucanía” por parte de Estado chileno hoy en día aún presente.

Cualquier solución que hoy acuerden las autoridades estatales y el pueblo mapuche, es una solución parcial, que en cualquier momento puede derivar en nuevas demandas reivindicativas. En tal sentido, el camino que deben recorrer los mapuches aún es largo.

El Estado chileno a diferencia de países como Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Paraguay y Perú se muestra indiferente para ratificar el Convenio 169 de la O.I.T (1989), principal instrumento existente hoy en el derecho internacional, tendiente a proteger los derechos de los pueblos indígenas y tribales.

2. Comunidades Mapuches de Maquewe

Para presentar las comunidades mapuches a las cuales nos acercamos en el sector de Maquewe, tenemos que considerar que dichas comunidades son las que colindan con el Hospital Maquewe y se encuentran en los sectores (lof) de Plom Maquewe, Chapod, Tromen Mallin y Ñirimapu.

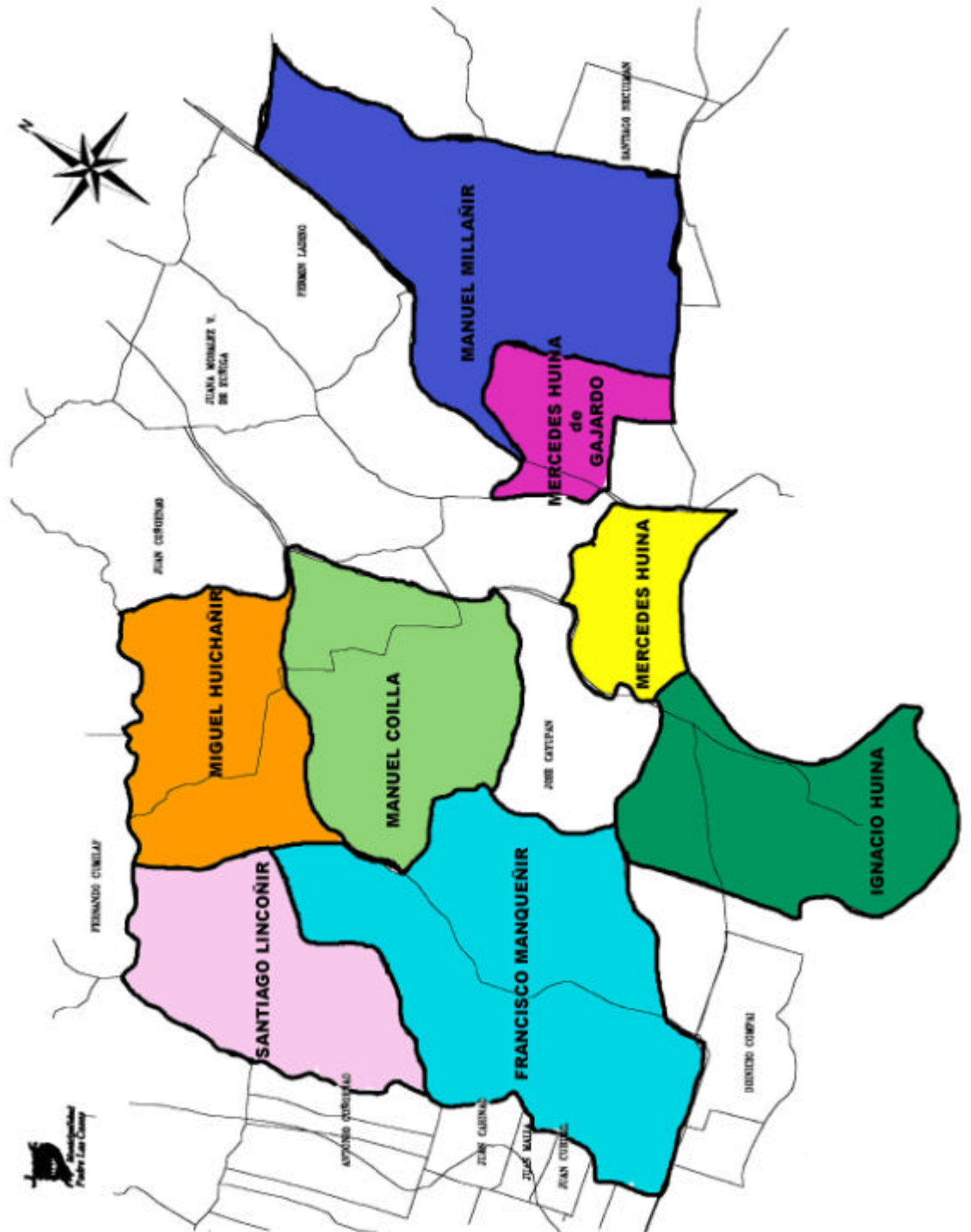
Dentro del sector Plom Maquewe se ubica la comunidad Ignacio Huina con título de merced 1230 y rol n° 3211 168-224. En el sector de Tromen Mallin se ubican la comunidad Francisco Manqueñir con título de merced 811 y rol n° 3211 63-167. En el sector Chapod se ubican las comunidades Manuel Coilla con título de merced 1168 y rol n° 3211 375-433, la comunidad Manuel Huichañir con título de merced 1191 y con rol n° 3211 324-374 y Santiago Lincoñir (Tromen Mallin) con título de Merced 1243 y rol n° 3211 270-323. En el sector Ñirimapu se encuentra la comunidad Manuel Millañir con título de merced 11199 y rol n° 321 429-528.

En el caso de la ex-comunidad Mercedes Huina de Gajardo con título de Merced 979-a no aparece como comunidad indígena puesto que viven solo dos familias mapuches. El resto de los habitantes son personas y familias tanto chilenas como extranjeras que compraron tierras indígenas en los últimos veinte años. Debido a esta razón, estas familias mapuches no son reconocidas como comunidad indígena.

Si bien la organización de parentesco en la sociedad mapuche se entiende en base a la familia extendida¹¹, las personas de estas familias han denominado su organización a partir de la familia nuclear, cada casa edificada va a albergar a una familia nuclear¹². En este caso, según las entrevistas que formulamos, cada comunidad esta compuesta de catorce a las cincuenta familias.

¹¹ La familia extendida existe cuando conviven el padre, la madre y sus hijos y otros parientes más. Referencia de Alison Spedding, 2003.

¹² La familia nuclear existe cuando conviven el padre, la madre y los hijos de ambos.(referencia de Alison Spedding, 2003)



A) **La organización política.**

En base a las entrevistas realizadas a las personas en las comunidades hemos advertido que éstas no reconocen la autoridad tradicional representada por el **lonko**¹³. Estas personas advierten que en otras comunidades aún permanece este tipo de autoridad pero en las suyas se ha perdido la tradición. En este caso podemos advertir dos situaciones: no existen **lonko** en definitiva o no se reconoce la autoridad del **lonko** en las comunidades puesto que existe otro tipo de liderazgo.

En estas comunidades opera más bien una autoridad funcional representada por “*La comunidad funcional*”, es decir, legal y jurídica. Este liderazgo funcional se refiere a las organizaciones “políticas” constituidas por una directiva, la que consta de un presidente, vicepresidente, secretario y tesorero, quienes poseen personalidad jurídica. Precisamente esta ha sido la característica central de los grupos con quienes trabajamos en Maquewe.

El antropólogo Milan Stuchlik (1974) explica el surgimiento de un nuevo tipo de autoridad en las comunidades mapuches. El autor define el nuevo tipo de autoridad en conjunto con el liderazgo en las transferencias de poder que sustituyen al **lonko** como representante de la comunidad por nuevas autoridades mapuches. Estas autoridades y nuevos líderes reúnen características como la educación y la capacidad para hacer política externa (sociedad chilena). Los nuevos líderes políticos surgen a partir del intercambio social y cultural con lo occidental y la necesidad de hacer política externa.

Tomamos la teoría de este antropólogo para explicar el proceso de cambio del liderazgo político tradicional al funcional en las comunidades observadas en Maquewe. Este autor explica el cambio a partir del contacto

¹³ Luca Citarella define al lonko como el jefe de grupo de parentesco, normalmente de la generación más antigua del linaje patrilineal.

de la población mapuche con la sociedad nacional afirmando que esta situación ha determinado la aparición de autoridades individualizadas.

Las comunidades mapuches, como consecuencia de su posicionamiento en la sociedad global, “...*crean ciertas organizaciones con estructuras definidas y que las posiciones de autoridad en estas organizaciones determinan también la autoridad general de sus portadores*” (Milan Stuchlik, 1974: 59).

Desde la interpretación del autor situamos este tipo de organizaciones funcionales como una nueva forma de estructuración de las relaciones de poder en donde se re-significan los conceptos de autoridad y liderazgo dentro de las comunidades mismas.

Desde este marco interpretativo nos explicamos el cambio del liderazgo tradicional mapuche hacia una autoridad funcional que se liga a las necesidades actuales de los individuos que permanentemente interactúan con el Estado chileno, las Municipalidades de Temuco y de Padre Las Casas, en temas de salud, pobreza, recuperación de tierras, etc.

Las comunidades eligen a un representante que posea conocimiento de las necesidades de las comunidades y en cuestión que pueda representarlos ante las autoridades locales con la intención de dialogar en torno a los temas antes expuestos.

Generalmente, los sujetos que representan el liderazgo en las comunidades de Maquewe tienen las siguientes características: se trata de una persona relativamente joven, de género masculino y que represente la cultura mapuche gozando de un conocimiento, discernimiento y manejo en las relaciones interétnicas con la sociedad chilena.

Las características que reúne la persona que es elegida como líder se ubica dentro de la estructura patrilineal¹⁴, donde el hombre es la cabeza del poder político. En general, la autoridad en las comunidades funcionales parte del patrón cultural mapuche, que como mencionamos es patrilineal.

En las reuniones que sostuvimos -grupos focales- con la gente del lugar, asistieron varias mujeres e inclusive en gran cantidad. Ellas nos dieron a conocer su percepción en relación a las temáticas de salud, políticas tratadas, estas tendieron al silencio en relación a los hombres. Las temáticas que se conversaron atendían a la historia local y a la recuperación de lengua nativa el **mapudungün**. Interpretamos que los temas de conversación entre hombres y mujeres están enfocados a distintos intereses, en cuanto a las mujeres que participan en política, no sabemos cuál es su rol específico dentro de las directivas o cual es su participación real en estas organizaciones puesto que esta información no la evidenciaron, sino más bien los temas particulares de las comunidades que no quisieron develar fueron hablados en **mapudungün**.

La información que recolectamos acerca de la organización política queda plasmada en los párrafos escritos con anterioridad, pues son las observadas en el tiempo en que estuvimos en terreno¹⁵.

¹⁴ Patrilineal se refiere a la descendencia que surge a través del padre y los otros varones. (Referencia de Alison Spedding, 2003).

¹⁵ La organización política mapuche es un tema para sustentar una investigación en antropología política independiente a la nuestra dándose el tiempo necesario para describir y analizar cada información proporcionada por el contexto y la etnografía.

B) Nivel educacional

El resultado de 49 entrevistas realizadas a un número igual de personas, entre estas mujeres y hombres; adultos y jóvenes dice que, un 35% - aproximadamente- han retornado de la ciudad al campo, especialmente de la ciudad de Temuco y Santiago. Estas personas han recibido distintos tipos de educación (básico, medio y universitario) los que han dependido de las oportunidades que se les han presentado en momentos determinados de sus vidas.

En las siete comunidades, el nivel educacional de la población adulta mayor tanto femenina como masculina, no supera la educación básica, la que fue suministrada esencialmente a través de las escuelas misionales creadas por las iglesias cristianas en el lugar.

En la población adulta joven, tanto femenina como masculina, un 45% indica la existencia de estudios de enseñanza media; humanista, comercial o técnico. Esta situación se ha observado especialmente en la población mapuche que trabaja en el Hospital Maquewe. Mientras un 5% de la población entrevistada ha asistido a la universidad y han culminado sus estudios. Estas personas se encuentran de igual forma trabajando en el Hospital.

En el caso de los menores, tanto de género femenino como masculino, se observa que en un alto porcentaje asisten a las distintas escuelas que se encuentran ubicadas en el sector de Maquewe.

De esta situación interpretamos que los habitantes de la población Maquewe poseen:

1) Distintos niveles educacionales según generaciones por tanto distintos conocimientos y puntos de vista en relación a los planos sociales y culturales mapuches.

2) Producto de la situación anterior, estas personas perciben distintamente la cultura y religión aun cuando pertenecen a las mismas familias.

En cuanto a la lengua la población mapuche de Maquewe casi en su totalidad habla el castellano. En cambio el **mapudungün** sólo se habla en la población adulta tanto entre varones como mujeres. Existen unos cuantos casos de personas – adulto mayores- que sólo hablan el **mapudungün**.

C) Actividad económica y productiva.

Para acercarnos al tema de la economía y la producción es necesario describir la distribución y posesión de tierras en las comunidades mapuches de Maquewe.

Las tierras pertenecientes a cada comunidad están distribuidas por familias nucleares y actualmente estas varían entre 1,5 a 3 hectáreas por cada una.

El sustento económico de estas familias es principalmente de consumo familiar. La gran mayoría se dedica a la agricultura (maíz, trigo, cebada y hortalizas) y a la crianza de animales (ovejas, cerdos y aves de corral) Existe una producción pequeña destinada al mercado, esta actividad se ve complementada con algunos trabajos permanentes, así como esporádicos.

La actividad laboral remunerada es asumida por los padres de familia e hijos varones adultos, quienes por lo general la realizan en la ciudad de Temuco. La mayoría de los trabajos consisten en carpintería, gasfitería, panadería y construcción, los que se efectúan tanto a casas particulares como a empresas.

Vemos la existencia de un trabajo asalariado y no asalariado, que según nuestra interpretación ubica en posiciones distintas a los habitantes de este sector, en el sentido de que existe una desigualdad de oportunidad frente al trabajo. Es por esta razón que las miradas siempre van a estar dirigidas al Hospital y quienes trabajan en él, las personas que integran este equipo trabajan con un salario y por tanto simbolizan el poder¹⁶ en las relaciones sociales ya que generan recursos y servicios que de alguna forma deben ser redistribuidos a la población.

¹⁶ Poder lo definimos como la capacidad de un individuo o grupo de influir las decisiones de los demás sujetos.

La acumulación del dinero es mal visto, es por ello que se realiza permanentemente el ejercicio de redistribuir los recursos por parte del Hospital en reuniones y eventos sociales.

En términos generales podemos decir que los habitantes de estas comunidades poseen pocas tierras, por tanto la producción siempre se inclina principalmente al consumo familiar lo que no les permite acceder a grandes recursos económicos, por su parte los recursos que encuentran fuera del área rural les permiten acceder limitadamente a otros bienes de consumos como son la vestimenta, los medicamentos, materiales de construcción, etc.

El limitado capital económico del cual disponen se ve afectado cuando se producen nuevas alianzas de parentesco –matrimonio-, en tanto se requiere de más tierras puesto que estas nuevas familias necesitan de un espacio físico para vivir y sustentarse a través de la pequeña agricultura. Cuantos más matrimonios se realizan, menos tierra queda disponible para cada familia. Las interrogantes que surgen se enfocan a ¿Qué hacen las familias en estas circunstancias? ¿Se van a la ciudad o viven permanentemente en una tensión intraétnica?

De los datos e interrogantes expuestos anteriormente, nos preguntamos si el conflicto comunicacional que el Hospital Maquewe mantiene con las comunidades se debe a la disputa por tierras y recursos o/a la pertenencia religiosa

3. Las instituciones presentes en el sector.

En este apartado nombramos y describimos brevemente las instituciones que se encuentran presentes en Maquewe con la intención de situar la interacción social que se produce entre las comunidades mapuches y las instituciones externas.

En Maquewe observamos al menos seis tipos de instituciones, estas son;

- a) Las iglesias cristianas
- b) El Hospital Maquewe.
- c) Escuelas rurales
- d) Programa Orígenes
- e) Cooperativas comunales
- f) Organización política independiente.

a) *Las iglesias cristianas*

Identificamos las iglesias dentro de las mismas comunidades mapuches ya que las personas pertenecientes a estas comunidades se adscriben a estas religiones y generalmente asisten a sus iglesias o capillas.

En el proceso de acercamiento a las comunidades mapuches observamos la existencia de tres tipos de religiones cristianas: la católica, la evangélica y la anglicana.

En el extenso territorio de Maquewe existen decenas de iglesias de distintos credos religiosos, sin embargo, las iglesias que hemos observado (he interactuado con la gente pertenecientes a estas) han sido las siguientes; la capilla católica de “San Francisco” fundada el año 1981, desde la comuna de Padre las Casas, ubicada en la comunidad Ignacio Huina; la iglesia evangélica Pentecostal “Iglesia de Jesucristo Pentecostal de Chile”

construida el año 1983, desde Santiago de Chile, ubicada en la comunidad Francisco Manqueñir y la iglesia Anglicana construida en el año 1895, por la Corporación Anglicana de Chile con sede en Santiago de Chile, ubicada en la comunidad Manuel Millañir.

La capilla católica cuenta con un diácono mapuche del mismo sector. En el caso de las iglesias evangélicas la situación es similar ya que cuentan con pastores de la misma comunidad. En cuanto a la iglesia anglicana también el pastor pertenece a la comunidad.

Un dato importante es que las iglesias que hemos observado tanto católica, evangélica como anglicana, gozan de una relativa independencia frente a las sedes de origen, los miembros de estas iglesias pertenecen en su totalidad a las comunidades mapuches del sector.

b) *El Hospital Maquewe*: Este está administrado por la Asociación Mapuche para la Salud Maquewe Pélale, quien implementó la salud intercultural en este recinto. A través de la práctica médica pretenden la revalorización y el fortalecimiento de la sociedad y cultura mapuche.¹⁷

Las personas de las comunidades de Maquewe, comunidades de fuera del sector e incluso personas no mapuches provenientes de Temuco y otras regiones del país hacen uso del Hospital como beneficiarios de un servicio.

c) *Escuelas rurales*: Las cuatro escuelas que hemos observado, ya que existen más, son de enseñanza básicas, que en su totalidad son privadas y subvencionadas por el Estado.

d) *Programa Orígenes*: Este es un programa de gobierno (2000) que se instaura en 642 comunidades indígenas, entre las cuales participan el pueblo mapuche. El programa Orígenes es creado para coordinar los trabajos de diversas instituciones públicas como MINSAL, MINEDUC, IDAP, CONAF Y CONADI con la intención de focalizar los planes territoriales de desarrollo.

¹⁷ Ver el capítulo “El Hospital Maquewe y el modelo de salud intercultural”

Estos planes se tratan de llevar a cabo a través de la comunicación entre agentes de las instituciones (mencionadas anteriormente) y miembros de las comunidades, las cuales se realizan a través de capacitaciones y reuniones donde organizan las actividades. Estas reuniones se lleva a cabo en las sedes de cada agrupación de comunidades (generalmente se agrupan para constituir una cooperativa) con los dirigentes de estas.

e) *Cooperativas comunales*: Estas cooperativas son constituidas y organizadas por personas pertenecientes a comunidades y a grupos de comunidades que se organizan y funcionan en base a recursos estatales en torno al tema de producción agrícola dentro de las comunidades, éstas se reúnen continuamente para tratar dichos temas.

f) *Organización política independiente*: Constituída por 22 comunidades que conforman “La Asociación de Comunidades de Maquewe”. Esta organización exige participación en la administración del hospital intercultural, opción que es expresada por el vocero Daniel Ancavil quien es apoyado en este intento por la Municipalidad de Padre Las Casas e Hilario Huirilef (Consejero de la Conadi). Esta agrupación alega que no se siente representado por los integrantes de la Asociación Mapuche para la Salud Maquewe Pélale puesto que sólo 8 de los 31 integrantes son de Maquewe (Diario Austral, 26 de octubre de 2003). La Asociación de Comunidades de Maquewe es el principal detractor a la gestión de la actual administración.

Capítulo II: La Religión Mapuche

Introducción

En el presente capítulo se exponen los principales tópicos de la religión mapuche, realizada sobre la base de información aportada por numerosos investigadores que en su mayoría no pertenecen al pueblo mapuche, pero si se han preocupado de dar cuenta de este aspecto de esta cultura. La religión es un tema que recientemente esta siendo tratado por los especialistas mapuches.

Los autores utilizados son. Rolf Foerster, antropólogo (1995) , Tom Dillehay, arqueólogo (1990), Miguel Alvarado, compilador (1995) y Martin Alonqueo, especialista (1979) entre otros, al igual que nuestra propia experiencia en terreno en los sectores Plom Maquewe, Chapod y Tromen Mallin. Todos estos autores fueron escogidos para exponer este particular aspecto de la cultura mapuche.

Al adentrarnos en este aspecto de la sociedad y cultura mapuche lo hacemos con la premisa de que lo religioso esta plasmado en el plano del rito, pues supone una comunidad que lo realiza y por otro lado una tradición que constantemente se re-actualiza.

Esto es un intento por describir cosmovisión y creencias religiosas de los sujetos mapuches. Esta descripción no pretende ser de ninguna forma un absoluto ya que debido a la complejidad del tema seria imposible sintetizarlo en breves líneas.

Ya finalizando el capítulo describimos brevemente las características de los individuos de las comunidades trabajadas que se reconocen pertenecientes a la religión mapuche y de quienes se dicen agnósticos.

Concluyendo se aborda el tema de la religión mapuche y sincretismo, allí analizamos el impacto de la evangelización cristiana en los sujetos y su relación con la religión mapuche en el sector de Maquewe.

1. Cosmovisión y creencias religiosas del hombre mapuche

La religión mapuche¹⁸ posee una cosmología completa, que con su amplio grupo de deidades y espíritus es capaz de explicar por sí misma todos los fenómenos de la vida cotidiana de un mapuche y se expresa con un rico universo simbólico ritualizado. La impregnación de sacralidad en la percepción y luego las atribuciones asignadas a la realidad, tienen como consecuencia la persistente ritualidad a nivel conductual, no sólo en los rituales propiamente tales sino también en las actuaciones cotidianas derivadas de interpretaciones de los acontecimientos a la luz del conocimiento ancestral. Tal comportamiento se dirige hacia un buen actuar.

En cuanto al bien y al mal, conceptos no absolutos, ni totalmente fijos en la cultura mapuche, es necesario aclarar que éstos se sitúan de acuerdo al comportamiento de las personas; no hay una definición nítida ni absoluta ya que el bien o eje ético que rige la conducta de estos hombres esta ligado al respeto, conservación y cumplimiento de las tradiciones.

El conocimiento y cumplimiento de las tradiciones transmitidas de forma oral, de generación en generación, proviene no sólo de los sentidos (conformados por redes de procesamiento tejidas desde un conocimiento ancestral) sino del sueño (**peuma**), la visión o el rance. Se trata de una manera particular de mirar la vida, de una manera particular de concebir el mundo.

En la cultura mapuche más específicamente en la religión no se tiene una idea de un dios absoluto como ocurre en la religión occidental, sino que poseen una cosmología completa con un amplio grupo de deidades y espíritus propios que les permiten entender el mundo.

¹⁸ El concepto religión es un concepto occidental y no posee el mismo significado en la cultura mapuche. La religión para el mapuche va integrada a todos los fenómenos de la vida misma, esta atraviesa todos los aspectos de la existencia.

Según Rolf Foerster en la cosmovisión religiosa mapuche el hombre se ubica en el centro del cosmos donde convergen los cuatro puntos cardinales. Es la **meli witrán mapu** (la tierra de las cuatro esquinas), es decir, el cosmos mapuche está compuesto por cuatro grandes espacios, 1) **Wenumapu** (tierra superior), 2) **Anka Wenu Mapu** (tierra intermedia), 3) **NagMapu** (tierra de abajo) y 4) **MincheMapu** (tierra inferior). El cosmos mapuche además de esta ordenación cuatripartita se estructura en un "arriba" y un "abajo". La región del cielo **wenu mapu**, está ocupada por un conjunto de deidades que tiene a la cabeza a **Ngnechen**, rey o dueño de los hombres. Esta deidad es poseedora de atributos opuestos como masculino-femenino, viejo-joven. Los astros también constituyen deidades como **killen** (la luna), **weñelfe** (el lucero del alba), **wanglen** (las estrellas). (Foerster: 1995)

La fuerza de sus tradiciones y la base religiosa de estas se hacen visibles especialmente cuando las comunidades se reúnen a celebrar sus ceremonias o ritos ancestrales.

En muchas de las ceremonias rituales mapuches y de acuerdo a su cosmovisión, se persigue agradecer o pedir a las deidades lo que la comunidad requiere. Todos los que participan renuevan su compromiso de vivir según los valores de la vida comunitaria, en el respeto mutuo. Las ceremonias rituales mapuches no son una simple fiesta, sino un rito en el que se renuevan y reactualizan las tradiciones propias de la cultura. Dentro de las más destacadas que aún se continúan realizando cabe señalar; el **nguillatun**, **machitun** y **wetripantu**.

Los chamanes mapuches llamados comúnmente **machi** son fundamentales en la configuración de mitos y ritos mapuches. La o el **machi** es el mediador entre el mundo natural y el sobrenatural, está encargado principalmente de la lucha diaria entre el bien y el mal. Las/los **machi** son escogidas o llamadas sobrenaturalmente para ejercer su vocación mediante enfermedades inexplicables, sueños y visiones. Después de iniciados el o la **machi**, en una

ceremonia llamada **machiluwun** queda dotado de facultades adivinatorias, terapéuticas, rituales, conociendo las técnicas necesarias para entrar en trance, diagnostica enfermedades y prescribe remedios de hierbas.

Cuando acontece la muerte en la sociedad mapuche el destino del alma (**neyen, pelli y am**) del difunto es incierto: puede ser transformada en **wekufe**, para que esto no ocurra se realiza el rito funerario que busca hacer del muerto un verdadero muerto, un antepasado.

El poder de los antepasados no proviene sólo de su función mediadora, sino también de que ellos “representan la historia total de su cultura, constituyendo de este modo las fuentes de conocimiento para todo el conocimiento y acción humanos” (Dillehay, 1990:76).

Debido a lo anterior es que la responsabilidad por parte de los vivos hacia sus antepasados se sustenta en que para que los muertos (antepasados) gocen de tranquilidad, los primeros deben respetar y mantener sus tradiciones. Lo anterior se sustenta en la creencia de que los antepasados son “mediadores”, “intercesores” entre los hombres y las divinidades mayores. Esto supone una cierta “deificación” o “sacralización” de ellos (Foerster, 1995).

En la actualidad, los mapuches continúan practicando y actuando desde sus costumbres religiosas, es decir, desde las pautas valóricas o morales propias de su cultura aún cuando han comenzado a dejar de lado aspectos rituales que simbolizan relaciones de continuidad del linaje y de solidaridad recíproca, permaneciendo los rituales que simbolizan la unidad étnica amplia y han llegado a establecer una nueva dimensión de lo religioso en un sincretismo¹⁹ que inserta tanto la religión católica como los cultos evangélicos protestantes. Podemos decir, de acuerdo a los datos obtenidos en el sector de Maquewe y a la luz de los datos entregados por otros investigadores que la tradición religiosa mapuche está viva y se renueva como un factor de recuperación de su identidad.

¹⁹ El sincretismo es abordado desde la definición de Miguel Alvarado, 1995 (quien aborda a oro autor para referirse al sincretismo).

2. Sujetos pertenecientes a la religión mapuche y agnósticos.

A continuación damos a conocer las tres principales motivaciones por las cuales las personas miembros de las comunidades dicen no adscribirse a un credo cristiano y por lo tanto pueden ser considerados como sujetos pertenecientes a la religión mapuche o agnósticos.

Por otra parte, mostramos a partir de un par de ejemplos en que situación se encuentran las personas miembros de las comunidades que dicen pertenecer a la religión mapuche, de igual forma mostramos en que situación se encuentran las personas miembros de las comunidades que se declaran agnósticas, esto dentro de los sectores que observamos en Maquewe.

- A) No pertenencia a las religiones cristianas debido a la pertenencia al sistema religioso tradicional mapuche.
- B) No pertenencia a las iglesias cristianas por ser agnóstico
- C) No pertenencia a las iglesias cristianas por actitud de rechazo a iglesias occidentales.

En la situación primera se encuentra el director del Hospital Maquewe quien confiesa abiertamente su creencia en el sistema tradicional mapuche en oposición a la creencia a religiones occidentales.

Este dice que “... anteriormente pertenencia a una comunidad cristiana y fui formado por la fe cristiana, y creo en Dios” “...pero no opto por esa religión ya que esta obliga a renunciar a nuestra libertad de pensamiento, en especial del pensamiento y filosofía mapuche” “antes de pertenecer a una iglesia soy mapuche” “...las iglesias a veces se oponen a que sigamos siendo mapuches, que renunciemos a nuestras costumbres y practicas culturales como es la medicina mapuche” (Abril: 2003).

El director del Hospital afirma que la religión “no es para él”, sin embargo dice respetar a las personas que opinan distinto, a aquellos que allí encuentran la sanación tanto espiritual como física, “ *...no porque mis compañeros de trabajo o mis parientes sean de alguna religión me voy a llevar mal con ellos, al contrario, tengo muy buenas relaciones humanas o profesionales, por lo menos acá en el Hospital que hay muchas personas de distinta religión*” (Abril:2003).

De estas declaraciones, deducimos que esta persona se encuentra en dos situaciones simultáneamente;

- 1) Pertenencia al sistema tradicional mapuche
- 2) Actitud de rechazo a iglesias occidentales.

Otra de las personas que dijo no pertenecer a ninguna religión cristiana occidental fue el hijo menor del pastor pentecostal, I. M., de aproximadamente 30 años de edad. Quien a vivido fuera del área rural, más específicamente en la ciudad de Santiago y ahora ha retornado al campo. Esta persona sencillamente dice “*... no pertenezco a ninguna iglesia*”. Da a entender que no cree en ninguna religión y aparentemente en Dios tampoco, por algo su padre dice que “*...pronto Dios lo tocará y creará, hay que tener paciencia*” (Mayo: 2003).

De ello deducimos que el sujeto mencionado, brevemente entrevistado, se encuentra en dos situaciones:

- 1) un agnóstico
- 2) una actitud de rechazo a iglesias occidentales.

3. Religión Mapuche y Sincretismo

Los sistemas de creencia cristianos que se encuentran presentes en las comunidades mapuches de los sectores (lof) Plom Maquewe, Chapod y Tromen Mallin de Maquewe son los católicos, evangélicos y anglicanos. Estos sistemas de creencias están interactuando constantemente, a diario en el sector con el sistema propio de la sociedad mapuche, es decir, con la religión mapuche. Lo que trae como consecuencia una integración de ambos sistemas debido al proceso de interacción que en este contexto se vive.

La respuesta mapuche ante este tipo de invasión cultural ha sido sincrética, es decir, en este contexto y en este ámbito de esta realidad se está dando un sincretismo religioso. Al referirnos a sincretismo religioso nos situamos desde la definición que trabaja Miguel Alvarado quien entiende el sincretismo como el proceso histórico mediante el cual se han ido incorporado valores culturales e ideológicos religiosos cristiano a la cosmovisión propiamente mapuche (Alvarado: 1995).

Se trata de la expresión sincrética del contacto entre el discurso religioso occidental y las culturas particulares, en este caso con la cultura mapuche. La religión sincrética en nuestro contexto es ante todo un fenómeno en permanente transformación y su ubicación en un momento del tiempo y en un lugar del espacio, debe dar cuenta de aquellos elementos que determinan el devenir histórico-social de los sujetos insertos en estos procesos.

En el caso de la preferencia católica en la cultura mapuche, el sincretismo aparece como un fenómeno que permite un cierto juego en la mantención de las creencias y de elementos culturales; pero por otro lado, mediante este proceso de transformación han ido incorporando los valores culturales e ideológicos cristianos a la cosmovisión mapuche. Esto no tiene cabida aparente en el caso de las sectas fundamentalistas protestantes que consideran "mundano" y absolutamente ajena, toda forma de creencia que no se ajuste a sus cánones teológicos.

Al respecto, la presencia de un sistema de creencia, distintos al tradicional mapuche, ataca directamente el nivel cognoscitivo, especialmente en los aspectos normativos y valorativos que, como indica Berger (1971), legitiman a través de la esfera religiosa a todo el modo de vida que caracteriza, en este caso, a la cultura mapuche. Así, todo esfuerzo que se realiza por “convertir” a los mapuches se traduce en la legitimación de un medio distinto de vida, es decir, de normar y valorizar éticamente el mundo cotidiano y las relaciones intersubjetivas e interpersonales de acuerdo a los cánones que corresponden a la sociedad occidental.

La contribución de la religión al cambio cognoscitivo y valorativo cultural, se suma al efecto producido por el resto de las instituciones que influyen y actúan sobre la cultura tradicional. En este proceso, se observa que el pueblo mapuche ha llegado a establecer una nueva dimensión de lo religioso en un sincretismo que inserta tanto la religión católica como los cultos evangélicos protestantes a la religiosidad y cosmovisión mapuche.

El cristianismo ha generado numerosos cambios en las creencias mapuches, volcándolos hacia el monoteísmo. Hoy se designa al ser supremo como Padre Dios (**Chau** - dios), creador y dueño de los hombres y del universo. Identificándose a **Pillan**, más como un demonio que una deidad benéfica.

Nos encontramos entonces frente a individuos que se identifican como miembros pertenecientes a la religión católica, pero a la vez se reconocen mapuche, es decir, se encuentran insertos dentro de dos escalas valóricas, una propia de la sociedad y cultura mapuche y otra dependiente de la religión católica. Este tipo de situación, al parecer no se da de forma muy contradictoria ni conflictiva ya que para los individuos aparentemente, tanto la religión católica como la religión mapuche poseen entes intermediarios

como los santos y los antepasados por ejemplo, y ambas poseen, una idea similar analogable de la muerte y los muertos²⁰.

En cuanto a las iglesias evangélicas, éstas han penetrado en los ambientes rurales mapuches con gran fuerza. De lo observado en terreno, y de las entrevistas realizadas, creemos que ello ocurre debido a que estas religiones ofrecen de cierta manera una reproducción de vida comunitaria (antes concebida en la cultura mapuche) ya que se brinda la solidaridad y la experiencia de pertenecer a una comunidad espiritual, lo cual sirve de ayuda y estímulo para la confortación moral, encausando una salida a sentimientos religiosos latentes.

La religión evangélica propone pautas morales estrictas en donde todos los miembros de la comunidad deben velar por su cumplimiento, produciendo un efecto inmediato en las conductas de sus fieles como es el caso que nos relato un miembro de la comunidad Santiago Lincoñir;

“Desde que soy evangélico ya no tomo más, y Dios me ha ayudado a dejar el trago, no como los católicos que se curan y todo y se dicen católicos”. (Junio: 2003)

Para algunos individuos identificados como evangélicos, el pertenecer a este credo religioso se torna conflictivo y contradictorio, ya que esta religión no permite continuar a realizar lo culturalmente habitual y se debe renunciar a prácticas tradicionales. Sin embargo, algunos sujetos han logrado adquirir sólo algunas o muy pocas características de la religión protestante y otros no se cuestionan tanto ya que creen estar mejor así que antes.

Esto nos hace ver que tales individuos funcionan bajo dos escalas valóricas, lo que les permiten conocer y normarse. Estos dos ejes morales son el resultado del contacto entre grupos humanos diversos situados en un mismo espacio o territorio.

²⁰ Los muertos queda o perduran en las mentes de los vivos rindiéndole culto (ofrendas y rogativas) en el día de los muertos, el primero de noviembre.

Capítulo III: Dimensión teórica en torno a los conceptos de religión y pertenencia religiosa.

Introducción

En este capítulo se exponen los aspectos teóricos en torno a los conceptos de religión y pertenencia religiosa.

El concepto de religión que abordamos en el capítulo es visto desde la perspectiva del antropólogo norteamericano Clifford Geertz (1973), quien sitúa su análisis en los aspectos sociales y psicológicos referentes a la religión.

A partir de la definición de religión describimos el concepto de pertenencia religiosa desde Jean Pierre Carrier quien plantea la pertenencia religiosa como “la identificación que hacen los individuos a una comunidad religiosa, que involucra creencias y valores que proyectan hacia la realidad social en aspectos como la política y la economía”. (Carrier: 1965; 35)

1. ¿Qué entendemos por religión?

Muchas definiciones han existido para explicar la religión en las distintas épocas como tipos de antropologías, en este caso vamos a escoger la definición del antropólogo norteamericano Clifford Geertz. El autor en su análisis señala que la religión es parte del sistema social, y a la vez es un sistema de significados, de símbolos “sagrados”. Estos símbolos religiosos cumplen la función de sintetizar el ethos (comportamientos) de un pueblo, el tono, carácter, calidad de vida, su estilo moral y estético y su visión de lo cósmico.

Geertz define la religión como *“un sistema de símbolos que obra para establecer vigorosos, penetrantes y duraderos estados anímicos y motivaciones en los hombre formulando concepciones de un orden general de existencia y revistiendo estas concepciones con una aureola de efectividad tal, que los estados anímicos y motivacionales parezcan de un realismo único”* (Geertz, 1973: 89).

La disposición de los símbolos religiosos va a modelar las actuaciones humanas puesto que suscitan en el creyente (fiel) cierta serie particular de disposiciones, tipo de actitudes y hábitos. El sistema de símbolos como fuentes de información, establece marcos de conducta hacia la vida pública proyectándose hacia la realidad social en planos como lo económico, político, productivo, etc.

La actividad religiosa, produce determinados estados de ánimo y motivacionales que se traducirán en las experiencias cotidianas. Los estados de ánimo, pueden variar sólo en intensidad y suelen no responder a ningún fin concreto, las motivaciones en tanto responden a fines concretos y predisposiciones a realizar determinados tipos de actos (Geertz: 1973).

La búsqueda de un cierto orden en aspectos como el sufrimiento, el desconcierto y la sensación de paradojas éticas insolubles, llevan al ser humano a buscar explicaciones desde la religión. La religión no evita el sufrimiento, pero ayuda a que éste sea soportable.

Desde el problema del sufrimiento, se pasa fácilmente al problema del mal y la injusticia, ya que el individuo que sufre, le suele parecer moralmente inmerecido este sufrimiento. La religión re-establece el orden, explicando las causas de esta aparente injusticia con argumentos que trascienden la esfera de lo humano.

Geertz, comenta respecto a las creencias en el contexto religioso, que factores como el sufrimiento, los desconciertos intelectuales y las paradojas morales, son algunas de las razones que empujan a los hombres a creer, pero no son las bases de las creencias sino sus campos de aplicación.

La creencia religiosa se justifica en base a la autoridad, que dependerá de la religión concreta. En las religiones tribales la autoridad esta en el poder persuasivo de las imágenes tradicionales, en las religiones místicas esta en la fuerza de la experiencia suprasensible y en las religiones carismáticas se encuentra en la atracción que ejerce un personaje extraordinario.

Sobre lo ritual el autor opina que, en este acto, el mundo vivido y el mundo imaginado, se fusiona por la actuación de una serie de formas simbólicas, llegando así a producir una transformación de la realidad. En estos ritos, entran en juego una amplia gama de estados anímicos y motivacionales, además de concepciones metafísicas, que son materializaciones, realizaciones no solo de sus creencias sino de modelos para creer. Los ritos religiosos tienen su impacto fuera del rito ya que impregnan el concepto que el individuo tiene del mundo que llamamos "real".

En resumen, se puede decir que:

- * El concepto religioso va más allá de lo metafísico, suministra un marco de ideas, dentro del cual se dan una amplia gama de experiencias intelectuales, emocionales y morales.
- * Las creencias son un modelo, no interpretan procesos sociales y psicológicos en términos cósmicos, sino que les dan forma.
- * Determinar el papel social y psicológico de la religión, no es solo encontrar correlaciones entre los ritos y los hechos sociales y seculares, sino comprender las disposiciones que la religión suscita en los hombres hacia lo razonable, lo práctico, lo humano.

2. Pertenencia religiosa

Los integrantes de las comunidades mapuches de Maquewe reconocen ser miembros de una u otra comunidad religiosa. A partir de ello, consideramos el proceso de “afiliación religiosa” y “conversión” de éstos a las religiones cristianas occidentales. Asumiendo que existen distintos grados de conversión y motivaciones para adherirse a un credo religioso u otro. Entendemos la afiliación religiosa como “pertenencia religiosa”.

Nos basamos en los trabajos realizados por el sociólogo Carrier (1965) entendiendo ésta como “la identificación con lo comunitario o con la comunidad religiosa, es decir, como la gente se identifica con una creencia o con otra. La afiliación religiosa tiene asimismo relaciones con lo político, lo socio-económico y lo cultural” (Carrier, 1965: 34)

El sujeto se percibe a sí mismo como formando parte de su grupo, se identifica con él, participando de él, recibe de él sus motivaciones; en una palabra, se halla en estado o en disposición de interacción con el grupo, que le comprende, le inspira, le acoge. Pertenece a su grupo, y la estructuración sociológica de su disposición respecto al grupo constituye su actitud específica.

Es así como se va dando la pertenencia religiosa a un grupo o comunidad religiosa por parte de los individuos y es así como se va recreando el rito, ya que no existe rito sin una comunidad de fieles, como tampoco una comunidad religiosa sin su correspondiente ritual.

En palabras de Mauss, *“no hay ningún sistema coherente de creencias que no se haya ligado, necesariamente, a otro sistema también coherente de personas”*. (Mauss, 1970:58).

La actitud del creyente tiende a estructurar y a unificar todos los aspectos del comportamiento. Lo cierto es que cuando un individuo posee una fe, es ella quien lo posee a él. Los hombres son poseídos por sus propias creencias. Las creencias implican siempre una fe, o sea, la interiorización de valores, nociones e imágenes sobre la naturaleza del universo. Esto significa que las creencias son poseídas sin examen racional y que son sentidas emocionalmente.

Las creencias son convicciones sobre la naturaleza de la realidad, tanto en sus aspectos generales como en los particulares y son estas las que estructuran la forma de entender y enfrentar la vida. La firmeza de estas creencias puede variar en intensidad. Y su verdad o falsedad no siempre es empíricamente comprobable. Ellas son producto de la interacción humana, que se elabora a través de un proceso constante de relación entre la gente. Las creencias poseen un marco social, del que emanan, y al que deben ajustarse constantemente, es decir, éstas poseen una carga valórica que rige a quienes participan de ellas y que van a influir en lo político, económico y en todo el actuar del individuo en la sociedad (Giner: 1985).

La afiliación o pertenencia religiosa tiene relación inmediata y permanente del creyente con su iglesia o con su comunidad de fieles. Nuestro análisis de la pertenencia religiosa nos orienta hacia el aspecto colectivo del comportamiento religioso.

Objetivamente, dentro de las características de la religión podemos mencionar que son un conjunto de creencias y de práctica o actitudes concernientes a una realidad objetiva o al menos concebida como tal, única o colectiva, pero suprema en alguna medida y personal de cierta manera, realidad de la que el hombre, de uno u otro modo, se reconoce independiente y con la cual quiere estar en relación. En sentido subjetivo la religión se entiende como

el modo de pensar, de sentir y de obrar por el individuo que se reconoce perteneciente a una u otra religión.

La conversión es uno de los modos de afiliación a una colectividad religiosa, entendemos la conversión como una adhesión total, repentina. Convertirse significa perder una identidad y adquirir otra compartida por una comunidad; la experiencia tiende a la reunificación de la personalidad y a su integración social.

En algunos casos de conversión religiosa el sujeto siente que Dios le ha revelado una verdad, esta revelación se presenta al sujeto como un fenómeno complejo en el que intervienen factores sociológicos, psicológicos y culturales. El creyente vive la religión como fenómeno total, que afecta el sentido último de su vida, por esta razón es difícil aislarla de los otros sistemas sociales a los cuales va ligada.

Del terreno se desprende que los tipos de conversión más frecuentes que se dan en el sector de Maquewe son de católicos a protestantes (evangélicos). Por otra parte, los fieles pertenecientes al credo anglicano han disminuido en los últimos años y existe muy pocas posibilidades que personas se conviertan a esta religión.

Capítulo IV: El marco de las relaciones sociales entre Comunidades e Iglesias

Introducción

En el presente capítulo describimos las relaciones sociales que actualmente sostienen las comunidades y las iglesias cristianas en Maquewe. Inmediatamente, desarrollamos los temas de las preferencias religiosas y g de la conversión religiosa en las comunidades.

Las relaciones interreligiosas las abordamos desde las religiones cristianas así como también desde la religión mapuche para mostrar el tipo de convivencia que se da en el sector.

A continuación pasamos a exponer las principales características de las religiones cristianas presentes en los sectores Plom Maquewe, Chapod y Tromen Mallin de Maquewe. Para expresar de mejor forma esto, decidimos categorizar las religiones con la intención de presentar las distintas elecciones de la gente a las religiones. Los grandes grupos son: la religión católica, la anglicana y la evangélica.

Se exponen luego, las características generales de la religión católica, ¿cómo se define un sujeto mapuche-católico?, también las características generales de lo que se entiende por, evangélico y anglicano y se responderán a la pregunta ¿cómo se define una persona anglicana? a la pregunta ¿cómo se define un sujeto mapuche- evangélico? Por último se responde a la pregunta: ¿cuáles son las diferencias entre definirse protestante o católico?

1. Las comunidades mapuches y su relación con las iglesias cristianas presentes en el sector.

En las siete comunidades que hemos estudiado, existen una o más iglesias ya sea católica, evangélica o anglicana. Las personas integrantes de estas iglesias son de géneros y edades diferentes y pertenecen a las distintas comunidades. Estas personas participan activamente en cada una de estas iglesias.

En base al reconocimiento que hacen los sujetos de cada comunidad, podemos afirmar que las comunidades mapuches pertenecen, en su mayoría a una comunidad cristiana. Partiendo de este punto, es que hablamos de afiliación religiosa en las comunidades.

Al responder en las entrevistas realizadas a distintas familias (que profesan credo religioso católico o protestante), entre ellos jóvenes y adultos, mujeres y hombre, los entrevistados afirman que han pasado por alguna de las siguientes situaciones:

- A) Que pertenece a una de estas religiones debido a que su familia siempre ha pertenecido a una de estas religiones cristianas (no hay conversión, se pertenece por definición).
- B) Que antes de pertenecer a la religión que actualmente profesa a pertenecido a otra religión cristiana (conversión).
- C) Haber sido bautizados por la iglesia católica puesto que era la única manera para registrar los nacimientos.

Para dar ejemplos sobre estas tres situaciones queremos mostrar los siguientes ejemplos que fueron recolectados en terreno:

En el caso de la familia perteneciente a *Mercedes Huina de Gajardo* compuesta por el matrimonio de M. Ch. como I. M su esposa, dice estar en la primera situación.

En la comunidad *Ignacio Huina*, R .H. presidente de su comunidad y diacono de la iglesia católica, también dice estar en la primera situación.

En el caso de A. H. perteneciente a la comunidad *Ignacio Huina* dice haber profesado la religión católica y luego a ver profesado la religión evangélica.

Como en los casos citados, muchos otros sujetos se encuentran en las situaciones expuestas anteriormente.

2. Relaciones interreligiosas

En este apartado, se muestra a las personas que constituyen las comunidades y la relación que entablan con vecinos y parientes que profesan un credo diferente al suyo, en este caso nos referimos a las relaciones sociales que mantienen los sujetos que pertenecen a las religiones católica, anglicana, evangélica y mapuche entre sí.

Para muchas personas, estas elecciones o credos religiosos no serían un impedimento para entablar las buenas relaciones humanas e incluso las relaciones de trabajo con la intención de favorecer a la comunidad. Es así como un integrante de la comunidad *Ignacio Huina* se pronuncia diciendo que:

“...las relaciones entre nosotros son buenas, no hacemos diferencias entre si somos evangélicos y católicos. Cada uno puede optar libremente su religión. Además el Señor nos dice que estemos en armonía con los demás hermanos” (Mayo: 2003).

Otras opiniones sobre el tema son las de D. A. y J. M. quienes postulan lo siguiente

“...no tengo problemas para relacionarme con los demás vecinos, la religión no es un impedimento. Si fuera así no podríamos trabajar en la cooperativa” (Junio: 2003).

“...que independientemente que yo sea evangélico soy mapuche. Por esto no puedo llevarme mal con los hermanos católico o anglicanos” (Mayo: 2003).

Al igual que las versiones positivas que se manifiestan, también existen las versiones que se refieren a lo negativo en las relaciones interreligiosas, una expresión de esta situación es la versión de I. M. (73 años), pastor Pentecostal de la comunidad Francisco Manqueñir que dice estar en desacuerdo con la iglesia católica y con sus integrantes puesto que:

“...la iglesia católica dejan que hagan lo que quieran, no se les obliga a cumplir y evitar el alcoholismo” (Mayo: 2003).

En alguna medida las relaciones interreligiosas entre religiones cristianas se establecen de manera favorable, existiendo casos en donde estas relaciones se perciben de forma desfavorable como lo hemos señalado.

Si describimos y evaluamos las relaciones interreligiosas, entre sujetos pertenecientes a la religión católica y la religión mapuche, estas aparecen como positivas, ya que ambos sectores dicen respetarse mutuamente.

En el caso de los sujetos pertenecientes a la religión anglicana con respecto a los sujetos de religión mapuche, se puede decir que la interreligiosidad se manifiesta tanto favorable como desfavorablemente. Algunas personas anglicanas se manifiestan en contra de la Asociación Mapuche (ligada a la religión mapuche) y otros se manifiestan contrarios o indiferentes frente al conflicto de la Asociación Mapuche para la Salud Maquewe Pélale con la Corporación Anglicana²¹. El grupo anglicano por su parte, posee menos adeptos que las religiones evangélica y católica, de alguna forma, no representa un peligro para propósitos del proyecto de salud intercultural.

Donde se ve realmente una rivalidad, es al observar a las personas que profesan la religión mapuche y la religión evangélica. Los sujetos que pertenecen a la religión mapuche de alguna forma excluyen de las redes de

²¹ Ver capítulo “Marco de las relaciones interpersonales entre el Hospital y las iglesias del sector”

reciprocidad a las personas de religión evangélica, esto se percibe por ejemplo, cuando se niega el acceso a la información o a las reuniones que se realizan en el Hospital.

Esta disyuntiva la interpretamos en torno a las ideologías que conllevan ambas religiones en relación a la discusión en torno a la ética y moral mapuche. En ambas religiones se plantean patrones de conducta hacia la realidad de la cultura mapuche, los pertenecientes a la religión mapuche apelan a que reviviendo las practicas culturales como la salud mapuche y los rituales (su asistencia es casi nula en el sector) se está actuando como un mapuche correcto, cosa que los pertenecientes a la iglesia evangélica conciben como un retraso en el tiempo optando por un patrón de conducta moral en la iglesia.

En alguna medida, ambos sectores representan un peligro mutuo puesto que, tanto el movimiento evangélico como el movimiento mapuche, influyen fuertemente en el sector, ambos tratan de validar sus posturas frente a la gente.

En este sentido, hemos querido analizar esta situación a través del autor Kottak (1994) quien trata esta materia explicando los estatus e identidades excluyentes en una etnia²².

²² Grupo étnico o etnia: comparten ciertas creencias, valores, hábitos, costumbres y normas debido a sustrato común (Kottak: 1994).

Tomar un estatus o unirse a un grupo requiere una experiencia de conversión, adquiriéndose una nueva identidad primaria, como ocurre con las personas miembros de comunidades de Maquewe que pertenecen al credo religioso evangélico. Estas personas, al adscribirse a un credo religioso protestante automáticamente poseen un estatus adquirido (externo a la cultura) que muchos evangélicos creen superior al resto de sus pares. Ante esta situación, las personas con credo evangélico aparentemente pierden credibilidad frente a sus pares étnicos, especialmente ante los sujetos pertenecientes a la religión mapuche siendo desacreditados en su estatus de sujeto mapuche puesto que obedecen a patrones conductuales occidentales.

Las personas pertenecientes a la religión mapuche consideran contradictorio el ser evangélico y ser mapuche, para ellos esto es contrario a su cultura religiosa. Por esta razón, las personas pertenecientes a la religión evangélica son sancionados socialmente y excluidos por algunos de sus pares; y a la vez son acogidos y bien vistos por otros grupos y por la nueva comunidad religiosa a la que pertenecen.

En los estatus adscritos las personas tienen escasa o nula capacidad de elección en su obtención, como es el caso de pertenecer a una etnia o ser hombre o mujer. En cambio, los estatus adquiridos no son automáticos, sino que se obtienen mediante tratos, talentos, acciones, esfuerzos, actividades y conversión como es el caso de convertirse en un cristiano “renacido”. Algunos estatus no son mutuamente excluyentes, sino contextuales.

A).- ¿Cómo se define un sujeto mapuche -católico?

Ser católico mapuche supone aceptar e integrar valores éticos y morales no propios de la cultura de origen. Esta integración de valores ajenos a la cultura propia se da de diferente forma en los distintos individuos, en unos casos por un proceso de conversión personal producto de una experiencia subjetiva y casi milagrosa y en otros casos son católicos desde niños porque sus padres también lo eran, otros se dicen católicos ya que están bautizados.

Por ejemplo, en el caso de un hombre de la comunidad Ignacio Huina que producto de tener a su madre aquejada de una enfermedad desconocida, sin causa ni cura que le impedía caminar. Luego de agotar todos los medios para sanarla, llevándola a médicos y **machi** recurrió a la religión católica y le pidió a Dios que le sanara. La mujer se sanó y en agradecimiento su hijo se convirtió a la religión católica ya que como él dice *"fueron escuchadas mis súplicas, ya que eran años de sufrimiento para mí y mi madre"* (Abril: 2003).

En este proceso de conversión se da una doble escala de valores ya que el individuo no deja de ser mapuche por ser católico, a sus creencias y costumbres se le incorporan las pautas valóricas propias del catolicismo. Dando origen a un proceso sincrético en donde se articulan ambas cosmovisiones.

La pertenencia a la religión católica se observa fuertemente en las comunidades Ignacio Huina, Manuel Coilla y Manuel Millañir.

B) ¿Cómo se define un sujeto mapuche -anglicano? ”.

Por lo que hemos visto en terreno, los individuos entrevistados que se reconocen como anglicanos, en su mayoría se asumen como tal debido a un proceso histórico en el que sus padres se convirtieron a esta religión. Ellos asumieron este credo como parte de su tradición familiar renunciando a sus rituales y ceremonias religiosas. La religión a la cual accedieron afiliarse voluntariamente los limita a participar de sus ceremonias debido a que son asociadas con lo profano.

Esta religión ejerce sobre sus fieles (Maquewe) la prohibición moral de acudir a la **machi** ya que se considera que ésta tiene relación con el mal pero finalmente esta opción de acudir o no a la **machi** es personal.

Todo esto trae como consecuencia en el individuo afiliado a esta religión una contradicción y cuestionamiento frente a su propia cultura, produciéndose en una parte de este grupo que se reconoce perteneciente a esta religión una pérdida o desarticulación de la cultura propia.

La pertenencia a la religión anglicana se observa debilitada en comparación con años atrás, las comunidades que poseen adeptos son Manuel Millañir y Mercedes Huina de Gajardo.

C) ¿Cómo se define un sujeto mapuche -evangélico?

Los individuos que se reconocen evangélicos son radicalmente críticos con su cultura de origen, no participan de los rituales y ceremonias mapuches. No acuden a la **machi** ya que esta práctica cultural se contrapone con las bases morales y éticas de la religión que profesan. El mapuche evangélico cree que los ritos mapuches son parte de lo profano del mundo, de lo terrenal, por esta razón rechazan este tipo de prácticas, ellos se consideran protegidos (sanos) y salvos por el manto sagrado de Dios

Se han establecido nuevas comunidad religiosa que regula la moral y las costumbres de sus miembros. La formación de esta nueva comunidad tiene como sentido combatir la enfermedad y sanar sus dolencias físicas y espirituales. Ello se logra a través del culto o reunión y por medio de las oraciones y cantos de la nueva comunidad.

En las comunidades en donde se observa fuertemente la conversión a la religión evangélica es en la comunidad Francisco Manqueñir, existen cuatro iglesias la Alianza, la Pentecostal, la Evangélica y la Cuadrangular. Por otra parte, se encuentra presente en la comunidad Ignacio Huina, la que alberga a católicos y evangélicos, al igual que la comunidad Manuel Coilla, Manuel Millañir, Miguel Huichañir y Santiago Lincoñir.

3. ¿Cuáles son las grandes diferencias entre definirse protestante o católico en Maquewe?

La diferencia entre definirse católico y protestante radican en como cada uno de los miembros que pertenece a estas religiones perciben la propia religión en la que están insertos y como desde esta perciben su propia cultura, es decir, la cosmovisión mapuche.

En el caso de las religiones evangélica y anglicana sus miembros, generalmente no aceptan a la **machi** y no son receptivos a la aplicación del modelo médico mapuche ni a la recuperación de la cultura. El pertenecer a estas religiones de alguna forma produce contradicciones en quienes se adscriben a ellas en la medida que al aceptar las doctrinas propias de esta religión no pueden participar en los rituales y ceremonias propias de su cultura. Debemos reconocer sin embargo, que aún cuando existe esta restricción o forma de entender el mundo, los miembros en particular (los pertenecientes a la iglesia evangélica) han tomado características culturales propias en las celebraciones de su culto, dándole características rituales similares, rezando en **mapudungüin** y pidiendo a **Ngnechen**.

En relación a la religión protestante, la principal diferencia que existe entre ésta y la católica es que la religión protestante tiene como premisa “no adorar a ninguna imagen ni a ídolo alguno”. Este es el principal motivo de crítica por parte de los protestantes hacia los católicos, ya que éstos últimos poseen imágenes e intermediarios como son los santos, el crucifijo, etc.

Por otra parte, el evangélico se considera “salvo” de la vida profana, “sano” de los vicios del mundo y por sobre todo “lejos” del pecado ya que “el manto de Dios” los protege de la banalidad, en cambio el católico (según el evangélico) vive en un mundo profano, vive tentado por el pecado; el católico trata de luchar contra el pecado para lograr la salvación.

El evangélico rechaza las relaciones jerárquicas ya que tiene una relación directa con Dios, sin intermediarios entre lo profano y lo sagrado, a diferencia de lo que ocurre en la religión católica y mapuche donde existen los intermediarios que interceden por los hombres en el ámbito sagrado.

Con relación a todo lo anterior, podemos decir que, las personas que se afilian al credo religioso católico son más receptivas con su propia cultura y aceptan la importancia de la **machi**, las ceremonias, el modelo de salud, etc.

Al respecto nosotras creemos que esta aceptación está relacionada con;

1) La importancia de las imágenes, es decir, que como en ambas cosmovisiones (católica y mapuche) existen imágenes y además se posee una idea similar de la muerte, dándole trascendencia a los muertos y al rito funerario.

2) La jerarquización de las deidades, ya que el católico y el mapuche jerarquizan las deidades y poseen intermediarios que los cuidan y a los que piden favores, es decir que interceden por ellos entre lo profano y lo sagrado. A diferencia del protestante que no tiene intermediarios, sino más bien una relación directa con el ámbito sagrado.

De esta manera, podemos concluir que las personas que reconocen poseer una pertenencia religiosa católica están más receptivas respecto del modelo de salud intercultural implementado por el Hospital Maquewe.

Por otro lado, los individuos mapuches que reconocen pertenencia religiosa evangélica están menos receptivos con el modelo de salud, razón de ello es que critican a las religiones mapuche y católica por tener imágenes que simbolizan jerarquías entre lo profano y sagrado, estas jerarquías para el evangélico no existen y por tanto son contrarias a su doctrina y a los valores que rigen su mundo.

**SALUD INTERCULTURAL DEL
HOSPITAL MAQUEWE Y COMUNIDADES
MAPUCHES.**

(PARTE II)

Capítulo I: El Hospital Maquewe y el modelo de salud intercultural

Introducción

En el presente capítulo desarrollamos los temas de la salud y enfermedad en la cosmovisión occidental y la cosmovisión mapuche, estos los abordamos desde la interpretación de Luca Citarella (2000) quien sitúa la convivencia y coexistencia de diversos sistemas y modelos médicos presentes en nuestra región mostrándonos en un contexto multiétnico y pluricultural.

En primer lugar damos a conocer la historia del Hospital Maquewe para luego pasar a explicar el proceso de desarrollo de las políticas de interculturalidad en salud impartidas por el Estado. En el siguiente apartado se analiza el proceso de construcción del modelo de salud intercultural del Hospital Maquewe y posteriormente se explica en que consiste el modelo de salud occidental y el modelo de salud mapuche. Es así como se analiza el rol de los agentes médicos de ambos modelos, tanto el rol de la **machi** en el sistema médico mapuche, así como el rol de los agentes médicos en el modelo occidental. El último apartado expone a los funcionarios del Hospital Maquewe en dos categorías de análisis: funcionarios mapuches y no mapuches.

1.- Descripción y breve reseña histórica del hospital Maquewe

Esta institución llamada Hospital Maquewe se encuentra ubicada en el sector Maquewe, este es un sector rural con un 90% de su población mapuche aproximadamente²³.

Este Hospital es dirigido en el presente por la Asociación Mapuche para la Salud Maquewe Pélale, siendo subvencionado por el Estado, más específicamente por el Ministerio de Salud. Este tipo de institución se puede clasificar como semi-privada o particular subvencionada ya que quienes la dirigen tienen libertad en la de tomar decisiones y pueden administrar el hospital como ellos estimen conveniente.

De datos históricos obtenidos en las distintas fuentes bibliográficas, podemos argumentar que el Hospital Maquewe - fue fundado en 1927 por los misioneros de la iglesia Anglicana, perteneciente en aquel tiempo a “La Sociedad Misionera Sudamericana”. Desde sus inicios fue financiado por los misioneros extranjeros los cuales se hacían cargo de la atención del Hospital.

En 1962 se establece un convenio entre el Hospital de Maquewe y el Servicio nacional de Salud, actualmente Servicio de Salud Araucanía Sur, en el cuál se consigna que este servicio entregaría una subvención anual destinada al funcionamiento del Hospital.

En el año 1993, el Hospital atraviesa una crisis económica, existiendo por parte de los dueños el deseo por cerrar dicho establecimiento asistencial. Las comunidades del sector junto con el personal del Hospital y algunas autoridades se proponen luchar para que no se produzca el cierre del Hospital (Barría –Fernández, 1999:59). Desde esta fecha hasta 1998, el Hospital continuo funcionando gracias a la organización de las comunidades y el comité, el cual más tarde dio origen a la Asociación Mapuche para la Salud Maquewe Pélale.

²³ Ver ubicación geográfica en “contexto de investigación”, página 9.

En 1999, la Sociedad Misionera Sudamericana (Iglesia Anglicana) cede en comodato a la Asociación el Hospital. De este modo, el primero de marzo de 1999 la institución pasa a manos de la organización comunitaria Asociación Indígena para la Salud Maquewe- Pélale. La Asociación había sido fundada con fecha del 13 de agosto del año 1998, adquiriendo personalidad jurídica inscrita a fojas 80 N° 80 del Registro de Asociaciones Indígenas con domicilio en el sector Maquewe, comuna de Padre Las Casas y cuyo único presidente, desde esa fecha, es Francisco Chureo, quien firma un convenio con el Servicio de Salud Araucanía Sur, el cual lo faculta para administrar el Hospital.

Según consta en un documento de la Asociación Mapuche P/L Salud Maquewe-Pelale “desde su fundación, la Asociación Maquewe ha tenido por misión el facilitar, mejorar y proveer de servicios médicos a los pobladores del territorio, teniendo como apuesta el revitalizar el ejercicio de la medicina mapuche y complementarla con el ejercicio de la medicina occidental hipocrática”²⁴.

En el ejercicio de la administración de salud complementaria y la rehabilitación del ejercicio de la medicina mapuche en el territorio y como parte constitutiva de la organización, la Asociación Mapuche cuenta con un consejo de sabios de la comunidad “**Nielukuifikekimün**”, gracias a quienes se asesoran en los temas organizativos, de conducción y de **mapuchekimün** para el desempeño de la Asociación; específicamente en torno a la administración y ejercicio de la medicina complementaria en el territorio Maquewe.

El Hospital atiende cerca de 20 mil personas, de las cuales el mayor porcentaje (80%) pertenece al pueblo mapuche, entre ellos los usuarios del sector Maquewe y las comunas de Padre las Casas, de Temuco, Freire e Imperial y cualquier persona que requiera de atención sin importar su lugar de procedencia.

²⁴ En documentos de la Asociación Mapuche para la salud Maquewe Pélale (2002:4).

Durante su funcionamiento, el Hospital Maquewe, él ha entablado relaciones con territorios del sector, a partir de la atención directa a pacientes y a través de la implementación de Estaciones Médico Rurales –EMR-.

Hasta ahora, equipos de salud de distintas partes del país –Arauco, Chiloé, La Serena- se han acercado al Hospital con la finalidad de intercambiar conocimientos sobre Salud Intercultural y Complementaria a través del Curso Salud y Pensamiento Mapuche; iniciativa gestada a partir de la experiencia en salud complementaria del Hospital Maquewe.

El Hospital Maquewe ha trabajado conjuntamente y consolidado relaciones con instituciones del que hacer académico como el Instituto de Estudios Indígenas de la Universidad de la Frontera, el Centro de Estudios Socioculturales de la Universidad Católica de Temuco, la Universidad Arcis, la Universidad New Castle de Australia, la Universidad de Austin- Texas, la Universidad de Siena- Italia. A lo anterior se suma la vinculación con otras identidades territoriales como Lumako, Traiguén, Tirúa, Cañete, Saavedra a través de la cooperación mutua e intercambio de experiencias (Asociación Mapuche P/l salud Maquewe- Pélale, 2002)

Actualmente, la Asociación se encuentra administrando las dos primeras farmacias interculturales de Chile²⁵. Para administrarla, la Asociación tuvo que modificar su nombre – rol - “indígena” por “mapuche”, como requerimiento legal a la apertura de ésta. La primera farmacia mapuche fue fundada en Temuco y esta ubicada en Aldunate N° 245. Este establecimiento "Herbolario Mapuche" fue considerado la primera farmacia intercultural de Chile y es patrocinado por el Hospital Maquewe. La segunda farmacia esta ubicada en Santiago en la región Metropolitana y es dirigida al igual que la otra por la Asociación.

²⁵ En este momento se encuentra funcionado la segunda farmacia intercultural, ubicada en la capital de nuestro país, Santiago. La farmacia a tenido gran aceptación y existo en esta ciudad.

Las medicinas utilizadas son extraídas de plantas, animales, hongos y otros recursos terapéuticos naturales y también de expresiones ancestrales de curación.

El Hospital Maquewe aún cuando esta en un sector rural y distante de la ciudad, tiene una proyección que va mas allá del su entorno inmediato. Quienes dirigen esta institución de salud están interesados en proyectarse al exterior, tanto a nivel regional como a nivel nacional e internacionalmente, más allá de sus beneficiarios directos que serían las comunidades de los alrededores. Lo anterior puede observarse en las constantes visitas que concurren al Hospital y que no son los beneficiarios directo, pero que se interesan por conocer como funciona este particular modelo en el Hospital de Maquewe.

La meta que se ha fijado la Asociación es participar en el mejoramiento de la calidad de vida de la población del sector, a través de la implementación de un modelo de salud intercultural. Ello significa fortalecer los recursos locales, considerar las distintas concepciones de salud-enfermedad y fortalecer la complementación con la medicina biomédica.

2. Interculturalidad en Salud y el proyecto del Hospital Maquewe.

En las últimas décadas, interculturalidad en salud o salud intercultural, han sido conceptos indistintamente utilizados para designar al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud.

La interculturalidad es fruto de un proceso histórico y social de relaciones interétnicas, estas relaciones han sido abordadas por las políticas internas y externas de los estados partiendo del hecho de los seres humanos a tener una cultura propia. La salud intercultural es un intento por respetar al otro, por aceptar formas distintas y propias de las culturas indígenas de ver el mundo, ya

que la salud esta unida de manera profunda a la cosmovisión y percepción personal y cultural de cada individuo.

La O.M.S (organización mundial de la salud) insta a los gobiernos miembros de esta organización que promuevan la transformación de los sistemas de salud y apoyen el desarrollo de modelos alternativos de atención a la población indígena, al interior de los sistemas locales de salud, incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre su calidad y seguridad.

En este contexto, la antropología como ciencia contribuye tanto a develar y comprender las culturas involucradas en el proceso de atención de salud, como a proporcionar elementos socio-antropológicos para apreciar el fenómeno de salud y enfermedad desde su dimensión biológica, social y cultural en un escenario de creciente pluralismo medico que caracteriza a la sociedad contemporánea.

En nuestro país, la propuesta de salud intercultural (proviene del gobierno y de agentes privados como “La Asociación Mapuche P/L Salud Maquewe-Pelale” pretende desarrollar la revalorización y el fortalecimiento de la medicina tradicional.

En el caso del Hospital Maquewe, la Asociación Mapuche y el Ministerio de Salud coordinan esfuerzos para rescatar, potenciar o fortalecer los conocimientos de la medicina tradicional que los agentes comunitarios desarrollan en sus propios espacios.

Para confirmar sus intenciones, el gobierno se pronuncio en 1998 a través del Ministerio de salud y la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI) firmando un convenio que estipula principios, mecanismos y procedimientos para contribuir el desarrollo de programas de salud intercultural bilingüe en todo el territorio nacional. Comentando esta propuesta, Luca Citarella, señala que las falencias más visibles son la ausencia en el fortalecimiento de la organización y de la capacitación (en términos reales o prácticos) en las comunidades sobre el tema de salud intercultural, *“en forma paralela, es tarea de las instancias encargadas de la salud a nivel*

nacional y regional garantizar el seguimiento y la actualización de la formación del personal que se desempeña en las comunidades a través de una actualización y profundización de sus conocimientos y prácticas sociales y culturales de las comunidades, incluyendo las medicinales” (Citarella, 2000:546).

Citarella, comenta que la medicina tradicional no posee el mismo estatus que la medicina oficial. Ante este problema de reconocimiento, las medicinas tradicionales quedan fuera del sistema oficial y en una situación de inferioridad, lo cual se refleja al no contar con los mismos recursos para su desarrollo que los que cuenta la “medicina científica”.

Por esta razón, en nuestro país no podemos manejar aún el concepto de interculturalidad ²⁶ puesto que en la realidad no se maneja en términos prácticos. Las relaciones interétnicas son abiertamente desiguales con relación a la sociedad nacional; la sociedad y cultura mapuche está subordinada y empobrecida, y no ejerce de manera digna sus derechos culturales.

Es por esto que no se puede hablar aún de salud intercultural ya que solo se da una salud complementaria en donde el sistema medico oficial que es el occidental o hipocrático posee la validación científica y social a diferencia del sistema medico mapuche que carece de esta validación encontrándose subordinado ante el sistema de salud mayor siendo reconocido solo como complementario de este

Desde esta perspectiva, se puede situar al Hospital Maquewe como parte de los movimientos indígena que reivindican la cultura a través de las prácticas como la medicina y la educación. La Asociación Mapuche esta a favor de la recuperación de la historia local, la descolonización y la revalorización de las culturas indígenas. Esta Asociación constituye un aporte en recursos de

²⁶ Se entiende por interculturalidad al proceso que se da en la convivencia entre grupos humanos diferentes que conviven en un entorno compartido. Esta convivencia debe buscar los elementos que puedan unir a las distintas culturas y que permitan la comunicación para el entendimiento intercultural (Forno: 2002).

liberación como movilizadores y potenciadores de la identidad, *“la indianidad comprende perfectamente y tiene muy claro que la explotación y marginación que padecen hoy nuestros pueblos, es producto directo de los sistemas coloniales que aún persisten en cada país de América”* (Fernández; Ontiveros; 1988:128-129).

La Asociación Mapuche para la Salud Maquewe Pélale se enfrenta en un marco de desigualdad y asimetría con el Estado chileno. Con el fin de revertir el proceso, las personas y grupos miembros de comunidades mapuches se sitúan en la institución “Hospital Maquewe” como una forma de empoderamiento o poderío²⁷ del derecho a ejercer la medicina tradicional

La Asociación Mapuche pretende re-significar la institución pública abriendo un espacio de diálogo con la sociedad nacional ya que las exigencias de los pueblos indígenas no son sólo de tener derechos a la tierra, sino también derechos territoriales con el consiguiente derecho al control de los recursos naturales que se hallan en el suelo y subsuelo.

La relación intercultural que persigue el Hospital es de carácter equitativa y pretende, empoderar a la población mapuche respecto de sus derechos en salud; al tratar de reconocer su cultura en un marco de igualdad y respeto, generado como consecuencia la elevación de la autoestima, la dignidad y el reconocimiento social; además de su capacidad de interlocución y acceso a los servicios.

²⁷ Capacidad de un persona o grupo para relacionarse y enfrentar dentro de un marco de igualdad, horizontalidad y respeto a otros actores sociales, estableciendo dialogo y negaciones con igualdad de oportunidades (Fernández: 2002)

3. El modelo de salud intercultural

Según Luca Citarella, la salud complementaria o salud intercultural se basa en un modelo en el que interactúan dos sistemas y modelos médicos, el de la cultura mapuche y el de la medicina occidental.

Luca Citarella, entiende por **sistema medico**;

“Un conjunto institucional sociocultural organizado de practicas, procedimientos, elementos materiales, personas y normas respecto del ambiente de la salud y la enfermedad humana que deriva sus bases conceptuales de los modelos médicos respectivos y tiene existencia objetivable”²⁸.

Y por **Modelo medico**;

“Un conjunto de concepciones, definiciones y categorizaciones generadas y explicadas culturalmente que se caracteriza por tener una existencia lógico-mental y una estructura basada en premisas y supuestos propios - supuestos contruidos culturalmente”²⁹.

Un modelo médico constituye las bases o la inspiración de cada sistema. De éste puede generarse más de un sistema médico. Ciertamente, en los últimos años los esfuerzos efectuados por parte del sector salud para alcanzar una mayor cobertura de los servicios médicos son importantes, sin embargo, aún prevalecen algunos problemas que provocan que la relación médico-paciente se haga más difícil. Una de estas razones es la escasa información que poseen aquellos que por su profesión deberían estar mejor informados –como médicos,

²⁸ Citarella, Luca. Medicina y cultura en la Araucanía. Santiago de Chile: Editorial Sudamericana, 2000, p.44.

²⁹ Citarella, Luca. Medicina y cultura en la Araucanía. Santiago de Chile: Editorial Sudamericana, 2000, p.44.

promotores sanitarios y enfermeras- con respecto a las culturas indígenas regionales.

La enfermedad y la salud son conceptos complejos, cada sociedad construye los propios de acuerdo a aspectos tan diversos como el espacio geográfico, social, cultural, histórico y económico; por lo tanto, enfermarse o estar sano va a tener significados diferentes para cada grupo humano. Para algunas sociedades, la enfermedad se relaciona con una distribución desigual de la riqueza o con el quebrantamiento de alguna prescripción religiosa o social; inclusive con algunas experiencias emotivas como el susto, la cólera y la envidia.

Construcción del modelo de salud intercultural del Hospital Maquewe.

La Asociación Mapuche P/L Salud Maquewe-Pélale como se ha expuesto anteriormente desde el comienzo de su dirección esta llevando a cabo en el Hospital que dirigen un modelo de Salud intercultural o complementario para resolver el problema de salud de sus usuarios a través del fortalecimiento de los recursos locales, considerando las distintas concepciones de salud, enfermedad y apoyando la complementación de la medicina occidental con la medicina mapuche, ya que donde se encuentra inserto este Hospital Maquewe-Pelale se da una multiculturalidad con una serie de sistemas médicos interrelacionados (bio-medico, indígena y popular).

La implementación de este modelo se sustento en un comienzo en el Programa de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud aprobado en 1993 cuyo propósito es mejorar la situación de salud y medio ambiente de los pueblos originarios 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.

Quienes dirigen este Hospital hablan de un modelo complementario>integral e intercultural en practica que se centra en una visión mapuche holística, multidisciplinaria participativa y de complementariedad de modelos médicos en todas las fases del proceso de salud-enfermedad.

Aún cuando este Hospital en muchos sentidos es autónomo, la interculturalidad en salud depende mucho de una voluntad política y de los recursos financieros del gobierno. La interculturalidad es el encuentro de dos culturas en un mismo plano en donde se debiera dar una negociación y un dialogo entre iguales como esto no ocurre en la realidad no se puede hablar de una interculturalidad en salud, sino mas bien de un complementariedad en salud o de una salud integral.

A) Conceptos de salud y enfermedad en el modelo de salud occidental.

En este apartado, nos remitimos a exponer cómo se entiende la salud y la enfermedad en el mundo occidental y cuál es el modelo y sistema médico

En el mundo occidental se entiende y define por salud la ausencia de enfermedad. Estar sano es no presentar síntomas de dolencias físicas y psíquicas ya que la enfermedad se representa a través de sintamos clínicos y/o subjetivos. De esta manera, quien la padece no pueden desempeñar sus actividades con normalidad.

Los conceptos de salud y enfermedad se basan en el modelo de salud hipocrática siendo acogido en los sistemas de salud de muchos Estados-naciones, quienes se preocupan por aplicar y coordinar la atención y los servicios a la población de cada país.

En el sistema de salud chileno nos encontramos con un sistema de salud público subvencionado por el gobierno y un sistema privado. En ambos sistemas

de salud existe una gama de profesionales de distintas especialidades dedicados a diagnosticar y tratar las enfermedades y dolencias de los pacientes.

En el caso de Maquewe, el Hospital ofrece un servicio público subvencionado por el Estado y casi completamente gratuito para sus beneficiarios. En este Hospital se aplica el modelo de salud occidental con la particularidad de la interculturalidad, es decir, se practica la medicina hipocrática y la mapuche.

El modelo de salud intercultural que ofrece el Hospital Maquewe coexiste paralelamente con los modelos que ofrecen las iglesias cristianas que dan su propio punto de vista respecto a la salud y las enfermedades. La iglesia evangélica por su parte plantea la sanación espiritual e incluso del cuerpo en el acercamiento a la palabra a Dios, planteándose en los ritos de sanación realizado en las iglesias.

Muchos testimonio avalan el modelo de sanación que ofrece la iglesia evangélica ya que su mayor virtud esta en mostrar a los fieles un estilo de vida que propicia la fraternidad, la amistad, el amor al prójimo y la vida sin vicios, en otras palabras, el equilibrio en las relaciones comunitarias y familiares.

Podemos ver que la salud también se expresa en las iglesias, tanto como en el modelo médico mapuche y en el modelo médico occidental. Las personas acuden esencialmente al que le da una solución y sana la enfermedad. La gente acude al modelo que le garantice métodos y eficiencia en la sanación de enfermedades sean estas naturales o provocadas. Sin embargo, el uso de las plantas medicinales es utilizado tanto por personas que optan por la salud occidental como en las iglesias evangélicas, incluso usadas en los ritos de sanación.

B) Conceptos de salud y enfermedad en el modelo de salud mapuche

En la sociedad mapuche la enfermedad es atribuida a una transgresión al medio y esta transgresión produce un desequilibrio que trae como consecuencia la enfermedad.

La enfermedad es universal en la experiencia humana, y es particular a cada cultura, todas las culturas desarrollan actividades teóricas (modelos médicos), técnicas (materia médica), y roles (agentes) para enfrentar y tratar de solucionar los problemas relacionados con la enfermedad y la recuperación de la salud³⁰.

En la cultura mapuche, el concepto de enfermedad surge a partir de una manera particular de concebir el cuerpo. Este cuerpo es una entidad abierta que está en constante relación con las fuerzas que rigen el universo sagrado religioso y también con el espacio socioeconómico y ecológico que ordena la relación del hombre con su grupo.

Para los miembros de la comunidad mapuche, la enfermedad va más allá de las causas meramente biológicas, aspectos como el coraje, la ansiedad, la tristeza, la envidia, el susto o bien el quebrantamiento de alguna regla social o religiosa, son también causas de enfermedad. El concepto de salud lleva consigo un conjunto de significados que incluyen no sólo no estar enfermo físicamente, sino la capacidad de poder trabajar, de poder comer y de estar contento, tener buen humor.

La salud y la enfermedad también tienen que ver con el bienestar espiritual; entre los mapuches existe toda una serie de ritos que se llevan a cabo con la finalidad de obtener buena salud y no padecer enfermedades, tanto la salud como la enfermedad se perciben como hechos colectivos que involucran numerosos factores, comprometiendo la búsqueda del equilibrio entre el

³⁰ Kuramochi, Yusoke; Huisca, Rosendo. Cultura Mapuche: Relaciones de rituales y tradiciones, vol. 2. Temuco: 1992. Página 46-50.

individuo, su comunidad, su entorno natural y espiritual. Para la cultura mapuche, la salud es una forma equilibrada y armónica de vivir con todo lo que les rodea, es decir, es un estado de armonía con la naturaleza y la sociedad.

La enfermedad y la salud, son conceptos vistos como un hecho colectivo y no como un fenómeno meramente individual y biológico.

Un ejemplo de lo anterior es el caso de una mujer de una de las comunidades que nos relató como ella se enfermó debido a que cruzó por un bosque pantanoso a una hora que no tenía que pasar y al cruzarse con un animal muerto comenzó a presentar síntomas de enfermedad. Se le hinchaban las piernas y se le comenzaron a podrir de la misma manera que al animal que ella vio. Acudió al médico, pero no le encontraron cura ni explicación y luego de recurrir a una **machi** quien le explicó que había cometido una transgresión y por esto padecía aquellos síntomas.

Las prácticas médicas mapuches se encuentran intrínsecamente involucradas con valores, principios y costumbres, inherentes a la cultura mapuche.

Los modelos culturales están presentes en las mentes de los individuos constituyendo referentes profundos de decisión, acción, legitimación, e identidad.

Para el pueblo mapuche las plantas medicinales, junto a otros elementos dan vida y estructuran el sistema médico mapuche. Los elementos que la/el **machi** utiliza se encuentran en la naturaleza, es allí donde las plantas cobran fuerza curativa, en su espacio, en su medio.

Para la cultura mapuche toda enfermedad supone un desequilibrio, en su mayoría causado por el propio individuo debido a su mal comportamiento, a la violación y abandono de sus tradiciones, costumbres y principios del mundo mapuche. La transgresión que comete un mapuche, no solo lo afecta en su ser individual, sino que los efectos de la misma podrían repercutir además en su

entorno, vale decir, en su familia y en última instancia en su comunidad, por lo tanto puede necesitar una reparación colectiva.

En resumen, la percepción de salud y enfermedad, sus causas, tratamiento y prevención y quien las trata está determinado por cada cultura en particular. Cada pueblo tiene una forma particular de entender por que la gente se enferma y que hacer para sanarlas, igualmente cada pueblo tiene su propia noción de estar sano y de estar bien. En la cultura mapuche, la concepción de salud y enfermedad, es indisoluble de la cosmovisión y para los mapuches estar sano supone poder interrelacionarse de buena manera con los demás y sentirse contento consigo mismo, y con lo que se ha conseguido.

Todos y cada uno de los seres, constituyen fuerzas que interactúan en el cosmos en un plano de igualdad, ningún ser es superior a otro, no se puede apreciar jerarquización de fuerzas, aún cuando poseen funciones y objetivos disímiles.

La salud, **konalen**, simboliza un estado de equilibrio biológico y psico-social en el individuo; es la plenitud, la vida. La enfermedad **-kutran-** amenaza este estado de plenitud, así como el bienestar constante amenazado por el mal, el paso de la salud a la enfermedad o del bien al mal depende de las acciones del individuo, quienes deben orientarse a mantener la reciprocidad y una vida en equilibrio con el entorno (Citarella: 2000).

En Maquewe, las personas que optan por este sistema de salud son las personas que pertenecen a la religión mapuche o que apoyan la recuperación de esta cultura. La Asociación Mapuche para la salud Maquewe Pélale y las comunidades que actúan como referente cultural, acuden a la **machi**. Por lo que hemos observado, en las comunidades el uso de las plantas es más frecuente que la consulta a la **machi**. La gente del sector posee conocimientos de las hierbas medicinales que son el motor del sistema médico mapuche de esta forma ellos mismos sanan sus dolencias utilizando el sistema médico tradicional.

El sistema médico mapuche que se esta llevando a cabo en el sector de Maquewe, mas específicamente el que propone la Asociación Mapuche P/L

Salud Maquewe-Pélale utiliza como recursos terapéuticos principalmente la herbolaria, los vegetales como son cortezas, raíces, hongos, barro, animales, minerales, la música, la palabra por nombrar algunos. Todos estos elementos son utilizados en este sistema por los especialistas de este considerando siempre los aspectos espiritual, psíquico, social y biológico de la enfermedad.

4. Rol de la machi en el sistema médico

En base a la información de terreno y de los datos trabajados por cronistas y estudiosos, los agentes médicos mapuches han sufrido dos grandes transformaciones a partir del siglo XVI, la primera, es la preponderancia que ha adquirido la/el **machi** con respecto a otros especialistas, encargados de diagnosticar, tratar y curar las enfermedades, los que paulatinamente han ido desapareciendo; el segundo de estos cambios radica en el hecho que el rol de la/el **machi** ha ido siendo cada vez más asumido por mujeres.

El conocimiento de la técnica del trance, el lenguaje ritual de las hierbas medicinales, el poder sacar los males del enfermo, y contactarse con los espíritus son algunos de los elementos que con propiedad debe manejar la/el **machi** para cumplir con éxito su rol, el cual es combatir el mal para restituir el equilibrio y la salud del enfermo y su familia.

La/el **machi** puede ser ayudada en la recolección de las plantas por la familia, comunidad, e incluso por el propio enfermo, pero estos nunca llegan a conocer cómo ella las prepara. Estos conocimientos los recibe la/el **machi** de los espíritus, en forma individual y personal para con el enfermo que atiende en ese momento. Se le brinda más relevancia a la causa que a los síntomas de la enfermedad o **kutran** a la hora de suministrar las plantas medicinales.

Existen plantas cuya eficacia curativa, y ubicación sólo es conocida por las/los **machi** y en este sentido, se entiende que le han sido entregadas a ellas/ellos, para que las utilice en bien de la gente³¹.

Las **machi** que participan en este particular modelo de salud del Hospital Maquewe atienden a los enfermos en sus domicilios particulares, ellas no trabajan en el hospital como muchas personas piensan. Las personas que quieren ser tratadas por una machi son derivadas a esta desde el hospital o acuden personalmente. Las **machi** solo acuden al Hospital a reuniones, ceremonias o como un beneficiario mas.

Según indagamos en esta investigación, existen muchas personas que cuestionan a las **machi** del sector de Maquewe, puesto que consideran que mantienen vínculos económicos y políticos con la Asociación Mapuche para la Salud Maquewe Pélale.

Por otra parte, existen personas que creen que las/los **machi** pueden hacer males y provocar la muerte a las personas, según quien le pida el encargo. Por esta razón es que algunas personas de Maquewe les temen y a la vez les respetan; temor a la influencia que ellas/ellos tiene hacia lo sobrenatural y el respeto que se le tienen por ser elegidas desde el ámbito sacro. Este temor se expresa frecuentemente a nivel no conciente o no explicito.

Podemos decir que en Maquewe el sistema médico mapuche esta vigente y continua siendo consultado.

³¹ Citarella, Luca; Medicinas y culturas en la Araucanía, Santiago, Sudamericana, 2000..

5. Funcionarios del Hospital Maquewe

A continuación exponemos cómo asumen los funcionarios de este Hospital la implementación de este modelo de salud intercultural y cómo es su participación en la ejecución de este. Dentro de esta institución encontramos mapuche y no mapuches, debido a esto es que utilizamos las categorías de “funcionarios mapuche” y “funcionarios no mapuches”.

A) Funcionarios mapuches

Los profesionales mapuches del Hospital Maquewe están llevando a cabo de forma participativa el modelo de salud complementario implementado por el Hospital Maquewe, es decir, ellos ocupan y aceptan este modelo, asumiendo un trato personalizado con los pacientes desde su propia cultura, esto lo podemos notar en como se relacionan entre ellos y con los pacientes, asumiendo los conceptos de salud y enfermedad propios de la cultura mapuche, ellos entienden que la enfermedad deriva en la imposibilidad de cumplir con las actividades cotidianas, valerse por sí mismos y finalmente mantener la vida.

El mantenimiento de la buena salud es crucial para la propia subsistencia, es decir, ser capaces de realizar óptimamente las actividades habituales y culturalmente primordiales. El mundo simbólico y la relación cotidiana entre lo natural y lo sobrenatural persisten siendo expresados en los propios comportamientos de la gente, en sus creencias, en lo que piensan de su pasado y de lo que esperan para su futuro.

De lo observado en el terreno, podemos concluir que estos funcionarios están asumiendo la implementación de este modelo intercultural de forma responsable y respetuosa ya que a nadie se le obliga a sanar su enfermedad por medio de uno u otro sistema médico, sino que es una decisión voluntaria de cada paciente.

A) Funcionarios no mapuches;

Los profesionales no mapuches del Hospital Maquewe están participando de forma activa de la ejecución del modelo intercultural dando un trato personalizado a los pacientes, aceptando, conociendo y aprendiendo la cosmovisión mapuche.

Al estar en terreno, nos hemos dado cuenta que estos profesionales han aprendido que la concepción de enfermedad en la cultura mapuche es distinta a la occidental y que la medicina chilena no puede dar respuesta a muchas enfermedades propiamente mapuches. Todo ello es fruto de la diaria interacción de estos profesionales con los pacientes mapuches y del respeto que muestran hacia ellos y hacia sus conocimientos ancestrales.

Creemos que estos profesionales están trabajando comprometidos con la población a la cual atienden, en un intento de acercamiento entre la salud mapuche y la occidental chilena, ya que ellos están convencidos de que al poder contar con dos sistemas médicos se puede sanar mejor a la gente. Ellos dicen que el sistema de salud mapuche es de gran utilidad para el sistema de salud occidental debido a que brindan respuestas a enfermedades que la medicina occidental no ha podido sanar.

Capítulo II: Relaciones interpersonales entre mapuches

Introducción

El siguiente capítulo consta de tres partes, las cuales poseen un orden dirigido hacia la información que da a conocer como son las relaciones interpersonales en el contexto social de Maquewe.

La primera parte trata de las relaciones interpersonales entre el Hospital Maquewe y las comunidades enfocadas en dos aspectos: primero, el área de la administración, donde se describe como se forman las alianzas y oposiciones frente a la actual administración y, luego, el área del servicio y atención, en donde se describen las percepciones de las distintas comunidades frente a este tema.

De la interpretación que hemos hecho de los datos, concluimos que las percepciones del servicio y atención son positivas e independientes de las percepciones respecto de la administración, las que por su parte son positivas y negativas.

En la segunda parte, en tanto, se describen las relaciones interpersonales entre el Hospital y las iglesias del sector y se analiza con especial atención el conflicto del Hospital Maquewe con la iglesia anglicana.

Este conflicto aparece en el plano de la esfera política, territorial y económica.

En la tercera y última parte se analiza las relaciones interpersonales en una dimensión teórica, aquí involucramos los planteamientos de Louis Faron (1964) y de Maurice Godelier (1998) para explicar lo relativo a la reciprocidad negativa en Maquewe, fundamentando que es aquí donde se centra el problema entre Hospital y comunidades y no en la pertenencia religiosa.

1. Marco de las relaciones interpersonales del Hospital Maquewe con las comunidades.

La interacción social que el Hospital Maquewe mantiene con las comunidades mapuches debe ser comprendida en función de las relaciones sociales que la Asociación Mapuches para la Salud Maquewe Pélale y los funcionarios del Hospital mantienen con las personas que componen las comunidades.

La relación que existe entre los sujetos de las comunidades mapuches, la misma Asociación Mapuche para la Salud Maquewe Pélale y gran parte de los funcionarios mapuches esta determinada por lazos de parentesco, es decir, se trata de relaciones familiares.

Gran parte de los funcionarios del Hospital y los miembros de la Asociación Mapuche para la Salud Maquewe Pélale pertenecen a las mismas comunidades que hemos estado mencionando. Es el caso del mismo presidente de la Asociación quien pertenece a la comunidad Manuel Millañir o el caso A. H.³² que pertenece a la comunidad Ignacio Huina. Otro ejemplo es, el del señor A. Ch. quien es paramédico y administrativo del Hospital Maquewe y pertenece a Mercedes Huina.

Por otra parte, tanto la Asociación Mapuche para la Salud Maquewe Pélale como los funcionarios mapuches y no mapuches mantienen una relación desde la institución hacia sus beneficiarios en torno a la satisfacción de necesidades en salud.

Así observamos que la institución Hospital Maquewe representa y mantiene dos tipos de relaciones sociales, estas son:

- a) La institucional, que se genera en asimetría frente a los beneficiarios.

³² Secretario de la Asociación Mapuche para la Salud Maquewe Pélale

b) La de parentesco, que se genera a partir de una relación de simetría entre vecinos y parientes y que está determinada por pertenencia a una de las comunidades mapuches del sector.

Se concluye entonces que existe un doble rol jugado por el Hospital Maquewe a las comunidades.

En relación al primer rol, es decir, el institucional se puede separar en dos funciones cumplidas por el Hospital

- 1) Administración y el
- 2) Area de atención y servicio a:
 - a) Los beneficiarios que optan por el sistema médico occidental.
 - b) Los beneficiarios que optan por el sistema medico mapuche.

A partir de esta categorización, podemos dar a conocer la percepción que tienen los sujetos de las comunidades frente a las diferentes funciones y áreas con que trabaja el Hospital.

En cuanto a la primera función que realiza el Hospital y que corresponde al área de administración, las percepciones son las siguientes:

En el plano de los individuos que mantienen “amistad” o “alianza” con la administración del Hospital actual y apoyan la gestión del Hospital junto al modelo de salud intercultural, se encuentran las personas de distintas comunidades y distintas religiones, entre estos se ubican aquellas que trabajan en el Hospital, algunas **machi** del sector y personas externas a las comunidades que manifiestan su apoyo al proyecto del Hospital como son algunos profesionales del área de la salud, de las ciencias sociales y agentes del gobierno. En general, ellos encuentran positiva la gestión de éste y apoyan su continuidad. Estos asisten permanentemente a las reuniones.

Respecto de los individuos que se “oponen” a la actual administración del Hospital actual, como es el caso de “La Asociación de Comunidades de Maquewe”; ellos pertenecen igualmente a distintas comunidades y distintas religiones³³ y mantienen cierta enemistad con la administración, critican la gestión del Hospital y el modelo de salud intercultural.

Estas personas miembros de comunidades argumentan sus críticas hacia el Hospital diciendo que:

- 1) Ellos desconocen cuántos y cuales son los recursos que ingresan al Hospital.
- 2) Por otro lado, ellos desconocen cómo estos recursos son administrados y de que manera llegan éstos recursos a los beneficiarios.

Esto se podría interpretar como que existe una preocupación por mantener reciprocidad y re-distribución de los recursos del Hospital.

Por otra parte, las opiniones que las personas opositoras emiten a partir de las reuniones que sostiene el Hospital en torno al tema de salud, son las siguientes:

a) Asisten a las reuniones que la institución realiza en torno a los temas de salud y que implica a la misma población, especialmente cuando estos sujetos dan su apoyo para que el Hospital siga en el sector³⁴.

b) Por otra parte reconoce ser invitada para apoyar la causa (que el Hospital no se mueva geográficamente) pero en instancias de participación dicen no ser invitados a estas reuniones por pensar diferente a los sujetos que conforman la Asociación Mapuche para la Salud Maquewe Pélale. Esto se podría interpretar en el reconocimiento de “amigos” como de “enemigos” de la Asociación Mapuche para la salud Maquewe Pélale.

³³ Pero predomina la pertenencia a las iglesias protestantes.

³⁴ Preocupación que mantiene a la población en alerta, debido al conflicto territorial que el Hospital Maquewe sostiene con la iglesia anglicana.

Servicio y atención a los beneficiarios que optan por el sistema médico occidental:

Las personas entrevistadas tanto de alianza como de oposición a la administración han dicho que califican el sistema médico occidental como bueno y muy bueno.

Estas personas se sienten muy agradecidas del servicio, puesto que gracias a que el Hospital se encuentra en el sector ellos no tienen que ir a Temuco. Viajar a ciudad significa un sacrificio para gran parte de los habitantes, la extensa distancia que existe de Maquewe a la ciudad, la escasa locomoción, la mala atención y el mismo gasto que implica asistir al Hospital regional son factores que hacen valorar el Hospital positivamente. La gente considera que el Hospital Maquewe proporciona una buena atención a sus beneficiarios en tiempo y en calidad.

Los parientes de pacientes que son atendidos en el recinto, pueden entrar y salir del lugar sin restricciones de horario, garantizándoles la interacción entre los pacientes y sus familiares.

El Hospital Maquewe ha dispuesto un tipo de atención que requiere visitas a domicilio por parte de los médicos, enfermeras, entre otros. Estas visitas médicas en general son de carácter gratuito y se realizan especialmente para la gente a la cual le es muy difícil asistir al Hospital, entre ellos ancianos y personas diagnosticadas como desahuciadas.

Hay muchos testimonios que avalan los datos expuestos, una de estas versiones son los de D.A. quien relata su experiencia diciendo que
“...estoy muy agradecido con el Hospital, hubo una preocupación por mi madre cuando estuvo enferma. El doctor Labraña fue a visitar a mi madre fuera de su horario de trabajo” (Mayo: 2003).

Otro relato pertenece a I.M. afirmando que,

“...el Hospital es bueno, en Temuco ni siquiera nos atienden” “...el doctor Labraña es un buen médico, estamos muy agradecidos” (Mayo: 2003).

Se puede concluir que, la actitud que se tenga hacia la administración no va a determinar la actitud frente a la atención y servicio que proporciona el Hospital. Mientras las actitudes frente a la administración son relativas, la actitud frente a la atención y el servicio es positiva.

Servicio y atención a los beneficiarios que optan por el sistema medico mapuche:

En términos generales, las personas de las comunidades han expresado un desconocimiento profundo en relación a la consistencia e implementación del modelo de salud intercultural. El Hospital es visto como un centro médico y principalmente asisten como beneficiarios del sistema médico occidental. Las personas que utilizan el sistema de salud intercultural son pacientes que llegan de otras comunidades e incluso de otras ciudades y regiones del país.

Muchas de las personas miembros de comunidades sienten que no se les ha informado cómo se incorporan ambos modelos en la institución y cómo se implementan entre sí (a excepción de los sujetos que trabajan en el Hospital).

Los datos recogidos apuntan a que sujetos pertenecientes a las religiones evangélica y anglicana evalúan desfavorablemente la implementación del modelo de salud intercultural. Muchas personas no aceptan los servicios de la **machi** con los servicios que ofrece el Hospital, argumentado en algunas ocasiones que **“la machi es representante del diablo”** o que **“no confían en las machi”** como agente médico. Esta visión, sin embargo, no generalizable a toda la población anglicana y evangélica.

Las personas que prefieren el sistema médico y modelo médico mapuche son:

- 1) Los pertenecen a la religión mapuche, tanto en las comunidades de Maquewe como en las comunidades de otras regiones del país.
- 2) Usuarios no mapuches que apoyan políticamente al desarrollo de la cultura mapuche.
- 3) Personas mapuche y no mapuche que optan por distintos tipos de medicinas para encontrar la cura a sus enfermedades siendo ésta una de sus opciones.

2. Marco de las relaciones interpersonales entre el Hospital y las iglesias del sector.

Las relaciones interpersonales que la Asociación Mapuche para la Salud Maquewe Pélale sostiene con las iglesias cristianas se han constituido histórica y socialmente con dirigentes y miembros de cada iglesia.

El vínculo existente entre iglesias y Hospital se ha producido a partir de la interacción social entre una y otra, teniendo cada vínculo una particularidad ya sea en la religión evangélica, católica o anglicana.

En el caso de la iglesia anglicana y el Hospital, ambas entidades se relacionan en base a un conflicto. Por una parte, la iglesia anglicana demanda a la Asociación la devolución de la infraestructura y administración del Hospital Maquewe (propiedad de la Corporación Anglicana de Chile), que hasta el momento se encuentra en comodato. La decisión de los dueños legítimos de este lugar, es inamovible, sin tomar o considerar que el Ministerio de Salud ha apoyado públicamente a la administración actual.

En este momento³⁵ no hay intenciones de renovar contrato, ambas instituciones son actores de un conflicto que se prolonga por lo menos desde hace un año sin obtener acuerdos ni acceder a ningún tipo de diálogo. Los únicos acercamientos e informaciones que se han manifestados han sido a

³⁵ Junio 2003.

través de las personas que participan en la iglesia anglicana y que a la vez trabajan o visitan el Hospital como usuarios.

Los argumentos que presentan los miembros (mapuches) de la iglesia anglicana para desprestigiar el Hospital Maquewe, se refiere a que realizan “prácticas oscuras con el demonio”, a que “la **machi** es una bruja del demonio” por lo que los cristianos deberían renunciar a la práctica de la medicina mapuche.

Hasta el momento, en que se realizaba el terreno (2003) no había información ni para los usuarios del Hospital ni para nadie en particular, respecto del conflicto, el cual permanece en reserva entre ambos sectores, especialmente para los actores pertenecientes a la iglesia anglicana.

Al tratar de informarnos, nos acercamos al domicilio particular del pastor de la iglesia anglicana, situada en Maquewe. El pastor se negó a recibirnos y a pronunciarse en relación al conflicto, manifestando lo siguiente “...no hablo del tema, si me traen una autorización del obispo podría conceder un entrevista” (Abril: 2003). A raíz de esta negativa decidimos hablar con “el sobrino” (el hijo de su hermano) del pastor, quien afirma no tener problemas personales con la administración del Hospital “el conflicto pertenece al Hospital y a la iglesia Anglicana de Santiago”.

De los datos recogidos, hemos podido interpretar esa situación en base a intereses expuestos en los distintos escenarios. La iglesia anglicana y los miembros de la Asociación se presentan en una disputa por influencia y poder político frente a las comunidades, en los escenarios nacional e internacional (en el ámbito de la política y salud).

Tanto la iglesia anglicana como la Asociación Mapuche se verían perjudicados por el conflicto, la primera por ejemplo ha perdido adeptos a su religión y esta situación no le conviene en nada, si de recobrar adeptos se trata.

En cuanto a la Asociación, éstos se verían aún más perjudicados, su propuesta es relativamente nueva y necesariamente requiere tiempo para desarrollarla y validarla. Aunque simbólicamente el gobierno se ha manifestado a favor de esta propuesta, también se ha dicho que no hay fondos para comprar el Hospital o trasladarlos a otro lugar, esto a causa de inversiones en salud realizadas en otras partes de la región y el país³⁶.

Por otra parte, en ambas entidades existe el interés por administrar la subvención que el Estado proporciona al Hospital. Esta subvención permite realizar contratos otorgando trabajo remunerado a las personas miembros de las comunidades. La discusión pasaría necesariamente por el tema económico puesto que cada entidad posee sus propios equipos de trabajo.

Ante este panorama, podemos interpretar que el conflicto entre la iglesia anglicana y la administración actual se plantea en términos de la recuperación de control político frente al territorio en donde se sitúa el Hospital Maquewe.

Por otra parte, la administración del Hospital Maquewe mantiene relaciones sociales con otras iglesias del sector como es el caso de algunas iglesias evangélicas. Esta relación social se manifiesta a través de los fieles y de forma esporádica, dependiendo de la posición política de los sujetos frente al Hospital, más bien los miembros de la Asociación se relacionan e invitan a participar a las personas más afines a sus ideas en relación a los temas que tratan como “la recuperación de la cultura” por medio de las prácticas de salud, independientemente de que sean de pertenencia religiosa evangélica.

Las relaciones sociales con las personas que conforman la iglesia católica en general son buenas. A quienes hemos entrevistado, dicen no tener problemas con la institución ni con el modelo de salud que implementa el Hospital. Existen varias personas que han cooperado con las actividades del

³⁶ A principios de 2003, el gobierno decide comprar el Hospital Maquewe a la Corporación Anglicana. La administración sigue a cargo de la Asociación Mapuche para la Salud Maquewe Pélale.

Hospital, y las personas que no han participado, están dispuestas a hacerlo mientras se les invite a aportar.

3. En la dinámica de las relaciones interpersonales, ¿el don se presenta cómo un acto de solidaridad o violencia?

Durante los años 60, Louis Faron (1964) analiza la estructura moral y ritual mapuche describiendo la solidaridad en el trabajo comunitario, sosteniendo como tesis principal la existencia de una cooperación mutua entre vecinos y parientes que gira en torno al bien común de las comunidades.

Godelier (1998), comenta en otro contexto que el hecho de permanecer en un grupo familiar no proporciona a nadie de por vida sus condiciones de existencia, sea cual fuere la solidaridad existente entre sus miembros.

Louis Faron también se refiere a esto, señalando que existe la posibilidad que no se cumpla esta solidaridad puesto que los individuos definen sus intereses propios y privados, especialmente cuando existe escasez de tierras, ya que esto afecta directamente a la herencia en el parentesco.

Ambos autores mencionan el papel fundamental de la economía en la vida social, mostrando que existe un límite entre la solidaridad y los intereses propios y esto en cualquier sociedad humana.

Para Godelier, la existencia social de los individuos depende de la economía, que se funda primordialmente en el intercambio, a partir de esta idea el autor se refiere a los estudios de Lévi-Strauss, en cuanto a que, *“La sociedad se funda en el intercambio y solo existe por la combinación de todo tipo de intercambio –de mujeres (parentesco), de bienes (economía), de representaciones y de palabras (cultura)”* (Godelier, 1998:19).

Lévi -Strauss asume que la vida social es fundamentalmente un sistema de intercambio de variados tipos, este intercambio funciona en base a sistemas simbólicos de la cultura.

Al abordar la temática del intercambio, tomamos el marco interpretativo de Godelier (1998), quien puntualiza el análisis del don (equivalente a intercambio) en su papel de producción y reproducción del vínculo social en diversas formas de la sociedad proponiendo que *“el don se halla presente en todos los dominios de la vida social en los que las relaciones personales continúan desempeñando un papel fundamental”* (Godelier, 1998:27).

Este análisis es de suma importancia puesto que nos permite interpretar el tema de la mantención de las relaciones personales por medio del don en nuestro contexto de investigación, ya que se desarrolla *“... en el seno de las sociedades cuyo funcionamiento se funda ante todo en la producción y el mantenimiento de las relaciones personales entre individuos y grupos que componen la sociedad, relaciones de parentesco, de producción, de poder etc”* (Godelier, 1998:26).

Aplicando esta interpretación en Maquewe, analizamos el sistema de “donación” en las comunidades del Hospital del sector, encausándolas en dos tipos de dones: Recursos materiales (contribución de alimentos al Hospital y el pago de las consultas) y apoyo moral de las comunidades. En este caso, la Asociación Mapuche se ve favorecida, a pesar de las críticas que sugieren algunos sectores, especialmente los que se oponen a la actual administración, este apoyo surge por la preocupación de los individuos y familias de las comunidades en que el Hospital no clausure.

El tener el apoyo de las comunidades significa el prestigio y, de alguna forma, la continuidad del proyecto en el sector, por lo que las comunidades exigen “una devolución de mano” traducida en participación política “en representación o palabra”, como diría Lévi-Strauss, y en la incrementación de recursos a través de los servicios a los beneficiarios. Esta misma situación se

acentúa cuando las personas observan el incremento en los recursos (excedente) producto del funcionamiento de la farmacia mapuche.

En la dinámica del intercambio material como simbólico existe una normativa que Godelier concibe generalizada en cada sociedad como es el “donar”, “recibir” y “devolver”. El donar siempre contrae una obligación para el que recibe puesto que el don sigue siendo del que lo donó, *“donar parece instituir simultáneamente una doble relación entre el que dona y el que recibe. Una relación de solidaridad, ya que el donante comparte lo que tiene, o lo que es, con aquel al que dona, y una relación de superioridad, ya que el que recibe el don y lo acepta contrae una deuda con aquel que se lo ha donado”* (Godelier, 1998:25).

En cualquier caso, el don se practica mientras las personas posean un estatus equivalente, *“la práctica del don se ejerce entonces entre protagonistas cuyo estatus, antes del don, es potencial o realmente equivalente”* (Godelier, 1998:26), ésto con el objeto que el don sirva para mantener el vínculo social.

Los distintos estratos socioeconómicos y la asimetría en las relaciones sociales provocadas desde la relación institución- beneficiario, no es un factor que la gente tome en cuenta al evaluar su estatus frente al otro, ya que el hecho de ser parientes los hace tener un estatus equivalente.

La gente de las comunidades da a conocer sus exigencias y además critican el hecho que sólo a algunos se les de trabajo (asalariado) en el Hospital. La mayoría de estas personas no tienen recursos, por esta razón esperan que los parientes y vecinos que trabajan en el Hospital (que representa la institución estatal) se preocupen por su bienestar.

Ante hechos de este tipo, Godelier explica que, el don debe devolverse por algo igual o superior a lo dado, *“...y en el curso de ese ir y venir, el objeto no se traslada sin razón; en realidad, acontecen muchas cosas gracias a su desplazamiento. Dos relaciones sociales idénticas, pero de sentido inverso, se*

han producido y encadenado una a otra vinculado así a dos individuos o dos grupos en una doble relación de dependencia recíproca” (Godelier, 1998:26).

El Hospital acepta una obligación con las personas miembros de comunidades, al contraer este compromiso realiza actividades y celebraciones, redistribuyéndose los recursos por medio de su propia realización. Un ejemplo es la celebración del año nuevo mapuche, puesto que en esta celebración se redistribuyen los recursos (traducidos en alimentos); de esta manera, la Asociación Mapuche trata de quedar libre de la obligación adquirida. La Asociación Mapuche trata de “romper” con la reciprocidad de los dones, es decir, trata de quedar libre de deudas y responsabilidades con la comunidad. *“en toda esta lucha, la obligación que se presenta siempre en primer plano es la de donar, pero paradójicamente donar con la intención de romper la reciprocidad de los dones” (Godelier, 1998:89).* Sin embargo, es difícil desligarse de la obligación contraída porque *“Lo que obliga a donar es precisamente el hecho que donar obliga” (Godelier, 1998:24).*

Pero las personas no se contentan con la retribución ofrecida por la administración, ya que la polémica se ha suscitado en las relaciones interpersonales que giran en torno a “tener acceso y poder frente a la administración de los recursos para la salud en Maquewe”. Este es el real interés de las personas frente a la administración.

A partir de esta exigencia, los miembros de las comunidades piden por medio de las iglesias (como instituciones sagradas) ser escuchados en sus demandas, esta situación prácticamente no tiene efecto ya que el Hospital no ha establecido vinculación institucional con ninguna iglesia, por tanto, no existe la obligación del don. El caso más explícito es la relación con la iglesia Anglicana.

En cambio, las personas que se presentan individualmente y grupalmente como es el caso de “La Asociación de Comunidades de Maquewe” sí están en posición de reclamo. El vocero de esta organización exige su derecho a

participación debido a que su propio abuelo (el padre del padre) donó el terreno en donde se encuentra ubicado el Hospital Maquewe. Ante esta situación, el vocero de “La Asociación de comunidades de Maquewe” exige participación para él y las comunidades como forma de retribuir la donación del terreno.

Cuando esta retribución no es devuelta en las condiciones que la gente pide, se desatan estos sentimientos y pasiones encontrados con respecto a un compromiso no cumplido. El hecho que muchas personas queden fuera de las redes de reciprocidad de la administración de Maquewe, es el reflejo de no devolver lo donado, ya que *“el hecho de que donar obliga y que ello abre inmediatamente un círculo de obligaciones mutuas en tanto que aceptar recibir supone la obligación de re-donar, de devolver”* (Godelier, 1998:102).

Las personas que descuidan la obligación asumida son acusadas de hacer brujería o de embrujar a otro. Godelier comentando a Sahlins, señala que la hechicería es “una amenaza al otro”, que es una forma de violencia que obliga a un grupo o a una persona a ser recíproco, *“el castigo por brujería que se profiere como una amenaza no puede provenir del hau de las cosa mismo (teoría de Mauss), sino de personas reales que, frustradas por no haber recibido el don de retorno, deciden embrujar al culpable”* (Godelier, 1998:81). En este caso las acusaciones de brujería aparecen en función de la sanción social.

En Maquewe varios de nuestros entrevistados reconocieron la existencia de la hechicería y los males que se pueden provocar por medio de especialistas como el **kalku o la machi**, éstas son la pérdida de cosechas y animales, o enfermedades y muertes provocadas.

Para ejemplificar, rescatamos la versión de un hombre de unos cincuenta años aproximadamente, de la comunidad Santiago Lincoñir quien decía que *“...el Hospital había prometido varias cosas que no ha cumplido”*, pero no iba a decir más *“porque capaz que cuando vaya para el Hospital me inyecten*

algo que me caiga mal’. De este ejemplo vemos claramente cómo el hombre acusa a los miembros del Hospital de tener la capacidad para hacerle un perjuicio a través de unas inyecciones.

En la comunidad Manuel Coilla, entrevistamos a G .L. y su esposa R .M. quienes compartieron su experiencia en torno a una enfermedad mapuche provocada por una hechicería. G. L. nos cuenta que *“..a la Rosa le hicieron un mal, y la machi la salvó”*, refiriéndose a su esposa. Por otra parte, ella nos explicaba en que consistían sus síntomas, éstos era intensos dolores de espalda y de riñón, *“...ya no podía caminar, iba día por medio al hospital pero no me encontraban nada”* *“... estuve a punto de ser operada cuando recurrí a la machi como última opción”*.

Esta pareja no tiene muy claro quién les hizo el mal, sin embargo, han deducido que fue a través de algo que bebió o comió. En cuanto a la causa piensan que se debió a la “envidia”.

El don va a tener dos funciones, por una parte, acercar a las personas o grupos y por otra, alejarlos por la obligación del deudor *“el don aproxima a los protagonistas porque se constituye en reparto y los aleja socialmente porque hace de uno el deudor del otro”* (Godelier, 1998:25). El don es en si una práctica ambivalente que une o puede unir pasiones y fuerzas contrarias ya que muestra dos caras, la solidaridad y la violencia *“..en este último caso, de una violencia disfrazada de gesto desinteresado ya que se ejerce por medio y bajo la forma de un reparto”* (Godelier, 1998:25).

La solidaridad siempre va a estar limitada por los intereses privados, cada grupo o persona vela por su bienestar, es por esta razón que el don se presenta como una obligación que lucha con intereses individuales. Muchas personas buscan una reciprocidad mediante esta obligación que sencillamente es violenta y se transforma en reciprocidad negativa. De esta manera describimos nuestro contexto de investigación en base a la problemática de las comunidades con el Hospital Maquewe.

CONCLUSION

Basándonos en los datos analizados y presentados en esta investigación y considerando las hipótesis planteadas podemos concluir que la pertenencia religiosa es una variable que influye en las percepciones que los habitantes del sector Maquewe poseen del modelo de salud intercultural (percepciones tanto favorables como desfavorables frente a este), sin embargo, estas percepciones no determinan la actitud frente al Hospital.

La variable pertenencia religiosa, va a influir de manera “no explícita” en las percepciones de los sujetos, lo planteamos de esta manera, puesto que los entrevistados no establecen una relación directa entre pertenecer a una religión y una percepción determinada del modelo de salud intercultural del Hospital Maquewe.

El análisis de los datos no permiten decir que:

La pertenencia religiosa influye positiva (en el caso católico) y negativamente (en el caso evangélico y anglicano) en las percepciones de los personas pertenecientes a las comunidades mapuche del sector hacia el modelo de salud intercultural.

En tanto a que, las personas que pertenecen al credo religioso católico están más receptivas hacia el modelo de salud intercultural.

Esta afirmación la argumentamos en el hecho a que la población católica y la religión mapuche coinciden en sí, en cuanto a que:

- 1) Las imágenes que utilizan en los ritos simbolizan la mediación entre los ámbitos sagrado y profano.
- 2) La religión mapuche como la religión católica jerarquizan las deidades que les cuidan y favorecen frente al mal, pudiendo establecer que, en ambos casos se les brinda la trascendencia a los muertos y al rito funerario

3) La religión católica ha elaborado un discurso hacia la sociedad y cultura mapuche en donde se rescatan los valores y costumbres indígenas. Ambos sectores se relacionan y vinculan favoreciendo las relaciones interétnicas.

Esta similitud va a permitir una aceptación no explícita hacia el modelo de salud intercultural.

Por el contrario, las personas que pertenecen al credo religioso evangélico y anglicano están menos receptivas hacia el modelo de salud intercultural, puesto que,

La población evangélica y anglicana tiende a rechazar -por dogma- la simbolización de las deidades cristianas (en la religión mapuche se da), ya que, la base del protestantismo es no adorar imágenes, vale decir, para ellos no deben existir ni jerarquías ni mediadores entre lo profano y lo sagrado.

En otro aspecto, la religión evangélica no ha generado ningún discurso ni prácticas que hagan alusión a la recuperación de los valores y costumbres de la sociedad y cultura mapuche, por lo que en la vida cotidiana esta situación desfavorece las relaciones interétnicas.

Hasta el momento hemos establecido la relación existente entre la pertenencia religiosa y las percepciones en torno al modelo de salud intercultural. Por otra parte, debemos establecer los resultados que indican cuál es el factor que determina la actitud frente al Hospital.

En primer lugar, hay que decir que la actitud frente al Hospital Maquewe está determinada por la actitud frente a los sujetos que lo administran, quienes éstos son los miembros de la Asociación Mapuche para la Salud Maquewe Pélale.

En segundo lugar, podemos afirmar que la pertenencia religiosa de los sujetos no es una variable que defina la actitud frente al Hospital Maquewe. Prueba de ello es la existencia de personas evangélica y anglicana que mantienen una actitud positiva frente a la Asociación Mapuche para la Salud Maquewe Pélale,³⁷ y por lo tanto frente al Hospital.

En lo que respecta a la descripción de las relaciones interreligiosas, hemos visto en las páginas anteriores que la pertenencia religiosa no es factor que influya determinadamente en el establecimiento de lazos de trabajo y amistad³⁸. La pertenencia religiosa más bien ha sido una instancia y espacio de identificación con una “comunidad religiosa” que permite expresar las diferentes actitudes, tanto de oposición como de alianza, hacia el Hospital.

A partir de los datos expuestos, podemos ver que el pertenecer a un credo religioso no impide mantener relaciones favorables en el plano de lo interreligioso tanto con las personas del Hospital como con los otros miembros de las comunidades. Las personas pertenecientes a la religión mapuche de alguna forma se distinguen de otras religiones, esta situación no es generalizada ya que en el mismo Hospital trabajan personas de credo evangélico.

Por todo lo anterior, podemos concluir que, la pertenencia religiosa no determina generalmente la actitud que se tiene frente al Hospital Maquewe.

Por tanto, podemos establecer que la pertenencia religiosa aunque influye en las percepciones frente al modelo de salud intercultural no determina necesariamente la actitud frente al Hospital Maquewe.

³⁷ Ver “relaciones interpersonales entre mapuches”.

³⁸ Ver “relaciones interreligiosas”.

Lo que hemos descubierto es que el factor que generalmente determina la actitud que tienen los miembros de las comunidades hacia el Hospital Maquewe y hacia la Asociación Mapuche para la Salud Maquewe Pélale proviene de los conflictos que se forman a partir de las relaciones interpersonales.

En este sentido, podemos decir que la actitud negativa frente al Hospital Maquewe, es más bien una actitud hacia las personas que son miembros de la administración.

En el plano de los individuos y grupos que se “oponen”³⁹, a la administración del Hospital actual se encuentran personas de distintas comunidades y pertenencia religiosa, en especial la agrupación “Asociación de Comunidades de Maquewe”.

El conflicto que se manifiesta entre personas y grupos de comunidades y la Asociación Mapuche para la Salud Maquewe Pélale tiene que ver con las relaciones de reciprocidad, ya que en las relaciones interpersonales y de parentesco siempre se busca cierto desequilibrio.

Ahora bien, concretamente, en este caso, se da más bien, un cierto desequilibrio entre los miembros de la administración y los miembros de las comunidades. Efectivamente, algunas personas de las comunidades se sienten marginadas del proyecto del Hospital Maquewe, pues han sido excluidas de las redes de reciprocidad. Ellos argumentan que: Su actitud negativa proviene del hecho que no han tenido un espacio y una participación en el proyecto del Hospital. Concretamente señalan que no han tenido las mismas oportunidades de trabajo (remunerado) en el Hospital Maquewe que otros miembros de las comunidades.

³⁹ Ver en “relaciones interpersonales entre mapuches”.

En lo que se refiere a la actitud positiva frente al Hospital Maquewe, esta es una actitud hacia los miembros de la administración.

Las personas miembros de las comunidades que se pronuncian a favor de la administración actual son, generalmente, las pertenecientes a la religión mapuche y/o las personas que apoyan el rescate de la cultura y cosmovisión mapuche.

Entre éstas se encuentran quienes trabajan en el Hospital, las **machi** y los parientes y amigos que simpatizan con el proyecto y la administración actual del Hospital

1) Pertenencia religiosa y percepciones del modelo de salud intercultural.

Lo que se pretende en este análisis interpretativo es dar cuenta más en detalle cómo la pertenencia religiosa está estrechamente relacionada con la aceptación o no aceptación del modelo de salud intercultural implementado por el Hospital Maquewe.

En efecto, la aceptación o no aceptación del modelo de salud, puede ser comprendida desde la premisa de que la pertenencia religiosa, que supone que una creencia determinada nos hace tener actitudes, percepciones y puntos de vista; ésta nos hacen captar de forma distinta la realidad, por lo tanto, nos comportarnos de acuerdo a nuestra pauta valórica o moral, la que está dada a través de la religión que profesamos.

El pertenecer a un credo religioso católico, evangélico o anglicano hace variar las percepciones que poseen los miembros que se afilian a éstos en relación al modelo de salud implementado por el Hospital Maquewe. Veamos los tres casos.

Pertenencia católica y percepción del modelo de salud intercultural

Como ya hemos señalado, la religión católica tiene algunas características que podrían asemejarse con la religiosidad mapuche. En el caso de Maquewe, la religiosidad de las personas que se dicen católicas, es sincrética o que supone una cierta coexistencia de ambos sistemas de creencias⁴⁰. Por otra parte, la religión católica ha cambiado su discurso frente a los grupos étnicos, especialmente hacia el pueblo mapuche pronunciándose hoy día más bien hacia la “tolerancia étnica” y aceptación un cierto sincretismo religioso como fenómeno cultural.

La aceptación de este nuevo discurso en la comunidad católica conlleva también la aceptación de las prácticas culturales, incluyendo la medicina mapuche, de esta forma se la confirma incluyendo a sus agentes. Así las comunidades católicas de Maquewe tienden a aceptar el sincretismo como expresión religiosa.

Se puede concluir sobre este punto, que no existe aparentemente una contradicción ni conflicto explícito entre el aspecto doctrinario “renovado” de la religión católica y la percepción del modelo de salud intercultural, por lo que, el concepto de salud y enfermedad mapuche es aplicado sin producirse gran controversia.

Un ejemplo, claro de esta forma de sincretismo, se puede apreciar en cómo la **machi** Lucinda (católica) atiende a un enfermo rezándole a **Ngënechen** y a la virgen sin producirle ninguna contradicción o disminuir la eficacia de su rezo.

Otro ejemplo lo advertimos en la cosmovisión funeraria mapuche, en este caso los antepasados son la tradición, éstos están siempre presentes al igual

⁴⁰ Ver apartado Religión mapuche y sincretismo.

que para la religión católica los muertos son recordados y se les reza para que partan al cielo.

Se puede afirmar entonces que las personas de religión católica están más receptivas hacia con el modelo de salud intercultural.

Pertenencia evangélica y percepción del modelo de salud intercultural.

La pertenencia al credo evangélico se manifiesta en dos situaciones diferentes.

La primera situación se observa en las personas que pertenecen a la religión evangélica en Maquewe y están en desacuerdo con el modelo de salud intercultural. Ello debido a que la moral y ética evangélica se diferencia de la cosmovisión mapuche en el dogma que la iglesia evangélica posee. La opción dogmática del evangélico dice no adorar a imágenes y simbolizaciones que representen jerarquías ya que es contrario a su cosmovisión religiosa. Debido a esto rechazan las imágenes, puesto que no reconocen intermediarios o jerarquías entre lo profano y lo sagrado, ellos se relacionan directamente con Dios.

El rechazo hacia el modelo de salud intercultural implementado por el Hospital Maquewe radica en que este modelo pretende recuperar la cultura mapuche a través de la implementación del sistema médico propio del pueblo mapuche, donde el principal agente médico es el/la **machi**. Sin embargo, muchas de estas personas legitiman no concientemente a la religión mapuche y a los agentes médicos cuando demuestran temor por ellos, es decir, que al temer creen en su poder sobrenatural.

Al darse esta situación de contradicción con la religión mapuche las personas que se reconocen con pertenencia religiosa evangélica (estatus adquirido) son excluidas socialmente frente a sus pares étnicos especialmente por los que pertenecen a la religión mapuche.

La segunda situación se plantea en las personas de pertenencia evangélica a quienes no se les produce una contradicción con la religión mapuche. Estas personas dicen sentirse tanto “mapuche como evangélicas”, por pertenecer a una religión no dejan de ser mapuche. Aunque estas personas cuestionan la utilización de imágenes y el tener intermediarios entre Dios y los hombres, ellas piensan que el Hospital actúa de buena fe al tratar de recuperar la cultura y la tradición mapuche a través de las prácticas culturales. Ellos están más receptivos con el modelo de salud intercultural.

Ambas situaciones están presentes en Maquewe, sin embargo, pensamos que la primera situación es más generalizada que la segunda. Los sujetos que se encuentra en la primera situación defiende el concepto de salud espiritual que se genera en la iglesia evangélica, es decir, estos individuos no aceptan que se les imponga un modelo de salud mapuche como el asignado por el Hospital. En este caso sólo usan plantas medicinales.

Pertenencia anglicana y percepción del modelo de salud intercultural.

La experiencia de los individuos pertenecientes a la religión anglicana ha sido distinta a los otros casos en Maquewe.

En primera instancia, la Corporación Anglicana de Chile se dedicó a investigar aspectos sociales y culturales de la población mapuche, incluso formulo el primer diccionario bilingüe mapuche-español. Se puede suponer que en un principio, esta institución apoyaba las relaciones interétnicas entre mapuches y chilenos, cuestión que actualmente no se da en Maquewe.

En este caso, el principal motivo de rechazo hacia el modelo de salud intercultural del Hospital Maquewe estaría determinando aparentemente por una cuestión política. Al parecer la gente que pertenece a la iglesia anglicana y

quienes pertenecen al Hospital Maquewe disputan “el control político territorial” frente a la población de Maquewe. En efecto, el Hospital Maquewe representaría un peligro para la iglesia anglicana ya que estos promueven ideologías y podría significar una pérdida de adeptos para la iglesia anglicana. Esta disputa se percibe en el discurso de los líderes y dirigentes de ambos sectores.

Existen adeptos a la religión anglicana que se muestran indiferentes o no contrarias al tema de la salud intercultural. En otro caso se encuentran los representantes de la iglesia, incluyendo el pastor y los representantes del “Concilio anglicano” se muestran categóricamente en contra del funcionamiento del modelo de salud intercultural.

2) Pertenencia religiosa y actitud frente al Hospital Maquewe .

De lo anteriormente expuesto se desprende que la pertenencia religiosa hace variar las percepciones hacia el modelo de salud intercultural, pero no es necesariamente determinante en las actitudes concretas de las personas frente al Hospital Maquewe. La adscripción a credos religiosos católico, evangélico o anglicano no es determinante ya que no incide directamente en una actitud positiva o negativa frente al Hospital Maquewe.

Entonces, ¿qué es lo que hace variar la actitud de los miembros de las comunidades hacia el Hospital Maquewe?

La información recogida en terreno nos indica que dicha actitud está determinada por relaciones interpersonales, y en este caso no se estarían dando las relaciones de reciprocidad que se esperan primen en este tipo de relaciones.

El intercambio simbólico y material que se produce entre las comunidades y el Hospital no es mutuo. Esta institución no establece una relación bilateral con todos los grupos e individuos, ya que muchos de éstos están fuera de las redes de reciprocidad del Hospital; produciéndose de esta manera una cierta

reciprocidad negativa perceptible cuando los grupos (especialmente “La Asociación de Comunidades de Maquewe”) e individuos opositores sostienen discursos en contra de la administración como forma de presionar o forzar esta solidaridad.

Esto queda de manifiesto, por ejemplo en las acusaciones de brujería hacia el Hospital por no darse dicha reciprocidad.

Un factor que acentúa el desequilibrio en las relaciones interpersonales, es el mismo rol del Hospital Maquewe como representante de institución del Estado. La asimetría que se produce en las relaciones Hospital-beneficiario desequilibra la vida social y cultural del grupo, puesto que la sociedad y cultura mapuche se basan en la simetría de las relaciones sociales. Esta situación conlleva una división entre las personas de las comunidades, entre aquellos que pertenecen a la institución y aquellas que no pertenecen.

Así por un ejemplo, en lo relativo al trabajo (asalariado) que el Hospital ofrece a grupos o individuos, estos recaen generalmente entre quienes están mas cerca del Hospital. El intercambio que se realiza con dinero en las comunidades se presenta como un problema, ya que no todos pueden contar con él y que a la vez es sumamente necesario a la hora de satisfacer las necesidades inmediatas. Esta situación afecta el equilibrio de las relaciones de parentesco e interpersonales ya que las personas que trabajan en el Hospital pueden contar con mas dinero.

Otro tema tiene que ver con la discusión en torno a la recuperación de la cultura existente en comunidades y Hospital Maquewe. Para los miembros de las comunidades la cultura se funda en una vivencia cotidiana al interior de una comunidad cultural, distintamente de la propuesta de la Asociación Mapuche quien funda su propuesta en un proyecto de intervención hacia las mismas comunidades. Las distintas maneras de entender la cultura mapuche es motivo de confrontación y conflicto entre los distintos actores, tanto de comunidades como del Hospital. De alguna manera, estas diferencias los alejan, existiendo propuestas y visiones diferentes de cómo proyectarse en el futuro en lo que concierne a la recuperación y prácticas de la cultura.

A medida que hemos ido avanzando en la exposición de los resultados, hemos ido presentando las conclusiones, pudiendo establecer cuál es la relación entre pertenencia religiosa, percepciones del modelo de salud intercultural y actitud frente al Hospital Maquewe. A partir de estos resultados y pudiendo establecer la relación entre estas variables, podemos dar por finalizado nuestro trabajo.

BIBLIOGRAFIA

Alonqueo, Martín

Mapuche Ayer y Hoy, Editorial San Francisco, Padre Las Casas de Chile, 1979.

Alvarado Borgoño, Miguel

Sincretismo latinoamericano y pensamiento católico. La ciencia como constructora de una interpretación polifónica, imprenta IPES Blas Cañas, Santiago Chile 1995.

Álvarez, Marcelo

Antropología y práctica médica, Editada por Instituto Nacional de antropología y pensamiento Latinoamericano, Buenos Aires, Argentina 1997.

Anati. E; R. Boyer

Tratado de antropología de lo sagrado I, Editorial Trotta, Madrid, España 1997.

Barría, Claudia; Fernández, Jorge

Estudios exploratorios de las características sociales, económicas y culturales de los usuarios del Hospital Maquewe y evaluación que éstas hacen de la calidad de atención de dicha institución, Tesis de grado de Servicio Social de Universidad de Temuco, Chile 1999.

Bélec, Francisco

Antropología cultural mapuche, Ediciones Rehue. Santiago de Chile 1993.

Bengoa Montecinos, José

Historia del pueblo mapuche, Ediciones SUR (colección estudios históricos),
Santiago de Chile 1985.

Berger, Peter

El dosel sagrado. Para una teoría de la religión, Editorial Kairós,
Barcelona, España 1971.

Carrier, Jean Pierre

Sico-sociología de la Afiliación Religiosa, Editorial Verbo Divino, Barcelona
España 1965.

Citarella, Luca

Medicinas y Culturas en la Araucanía, Editorial Sudamericana, Santiago,
Chile 2000.

Clifford, James

Itinerarios transculturales, Editorial Gedisa, Barcelona, España 1999.

Cristianos por el socialismo

¿Consecuencia cristiana o alienación política? Editorial del pacífico, S. A.
Santiago de Chile 1972.

Dillehay, Tom

Araucanía: Presente y Pasado, Editorial Andrés Bello, Santiago, Chile 1990.

Eliade, Mircea

Tratado de historia de las Religiones, Editorial Cristiandad, Madrid España 1981.

El chamanismo y técnicas arcaicas, Ediciones Cristiandad, Madrid España 1978.

Evans, Ernesto

Percepciones

www.red21.cl/conectados/evans/09012003/body_09012003.html. 2003.

Faron, Louis

Antipaiñamko. Moral y ritual mapuche, Primera edición 1964, Segunda edición en Nuevo Extremo, 1997; Buenos Aires, Argentina.

Fernández, José

Movimientos indígenas

www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/m/mov_indigena.htm. 2002.-

Foerster, Rolf

Introducción a la religiosidad mapuche, Editorial Universitaria, Santiago de Chile 1995

Forno Sparosvich, Amílcar

Multiculturalidad e interculturalidad: Explorando las determinantes contextuales de la identidad.

www.bicentenario.gov.cl/inicio/revisitando/ensayo%20amilcar%20forno.doc. 2002.

García Ballester, Luis

Medicina y antropología social, Editorial Akal, Madrid, España 1985.

Geertz, Clifford

La interpretación de las culturas. Editorial Gedisa, Barcelona, España 2001.

El Antropólogo como autor. Editorial Paidós, Barcelona España 1990.

Giner, Salvador

Sociología, ediciones “Nexos”, Barcelona España 1985.

Godelier, Maurice

El enigma del don, Editorial Paidós, Barcelona, España 1998.

Hammersley, Adkinson

Etnografía, Editorial Paidós, primera edición, Barcelona, España 1994.

Harré, Rom

1000 años de filosofía, Editorial Taurus, Santillana, Santa Fé de Bogotá, Colombia 2000.

Ibacache y Bocara

Manual de salud para áreas rurales mapuches, Temuco, Chile 1995.

Kalinsky, Beatriz

Claves antropológicas de salud. El conocimiento en una realidad intercultural, ediciones Miño y Dávila, Buenos Aires, Argentina 1996.

Kottak ,Phillip

Antropología, una exploración de la diversidad humana. Editorial McGraw-Hill, Madrid, España 1994.

Kuramochi, Yosuke

Comprensión del pensamiento indígena a través de sus expresiones verbales. Ediciones Abay- Yala, Cayambe, Ecuador 1994.

Relaciones de rituales y tradiciones, Ediciones Abay- Yala. Cayambe, Ecuador 1990.

Marzal, Manuel

Historia de la antropología Indigenista, Editorial. P. Universidad Católica del Perú, Lima, 1981.

Sincretismo Iberoamericano , Editorial. P. Universidad Católica del Perú, Lima 1986.

Mauss, Marcel

Lo sagrado y lo Profano , Barral editores, Barcelona, España 1978.

Introducción a la Etnografía, editorial Istmo, Madrid, España 1969.

Moulián, Rodrigo.

Magia, Retórica y cognición, un estudio de casos de textos mágicos y comunicación ritual. Ediciones LOM, Santiago de Chile 2002.

Radhakrishnan S, P. T. Raju

El concepto del hombre, estudios de filosofía comparada, Editado por el fondo de Cultura Económica, México 1977.

Samuel, Albert

Para comprender las religiones en nuestro tiempo, Editorial Verbo Divino,
Barcelona, España 1994.

Spedding, Alison

Breve curso de parentesco, Editorial Mama Huaco, La Paz- Bolivia 2003.

Stuchlik, Milan

Rasgos de la sociedad mapuche contemporánea, Ediciones Nueva
Universidad, Santiago, Chile 1974.

Torres, Cristina; Conejeros, Ana María

La medicina mapuche/en/ boletín de desarrollo y cambio n° 8, Temuco, Chile.
(Julio1993).

Vidal, Aldo

Etnodesarrollo y ¿Etnodesarrollo mapuche? CIID, Temuco octubre 1990
(sin editar).

Datos del Censo del 2002

www.ine.cl

Anexos Metodológicos

A) Pauta de entrevista:

1. ¿Cuál es su nombre y a qué comunidad pertenece?
2. ¿Participa en alguna iglesia? ¿En cuál?
3. ¿Su familia comparte su credo religioso?, ¿Desde cuándo participa en esa religión?
4. ¿Participa y/o ha participado de las ceremonias religiosas propias de su cultura?
5. ¿Habla **mapudungün**?
6. ¿Asiste al Hospital de acá? ¿Qué piensa del Hospital, de su atención?
7. ¿Tiene alguna experiencia con alguna **machi**?
8. ¿Comparte o no la idea del modelo de salud intercultural de Hospital Maquewe?
9. ¿Por qué sí? o ¿Por qué no?

B) Grupos Focales y entrevistas.

Todas las actividades que pasamos a narrar han sido realizadas para cumplir los objetivos propuestos para lograr realizar nuestra investigación, todas y cada una de las actividades descritas a continuación están dirigidas a responder a los objetivos propuestos que consistían en observar las opiniones frente al modelo de salud intercultural y la actitud frente al Hospital Maquewe. Por otra parte nos propusimos observar cuales eran las percepciones acerca de la recuperación la de cultura, de salud y enfermedad en ambos sectores.

Se realizaron las visitas a las comunidades seleccionadas conversando con los presidentes y ocasionalmente con sus esposas, con el fin de conversar con los distintos miembros de la comunidad sobre la base de tópicos definidos a partir de los objetivos, lo cual fue complementado con observación participante. Dentro de las conversaciones y entrevistas semiestructuradas se hace referencia a su historia como persona y como comunidad, la relación con las iglesias, la relación con las ceremonias mapuches, con la **machi**.

Se realizaron 5 grupos focales que buscaron refutar o confirmar los datos obtenidos hasta ese momento, se realizaron en cada una de las comunidades con sus respectivas directivas y otras personas (al igual que con la directiva del Hospital Maquewe). Los tópicos giraron en torno a la salud intercultural y las pertenencias religiosas, las personas dieron sus puntos de vista en relación a la actitud frente al Hospital y sobre el modelo de salud intercultural. Por otra parte, hubo discusiones bastante interesantes sobre el concepto de sincretismo religioso, ésta personas cuestionaron la teoría del Hospital, que consistía en que las religiones cristianas influían en la actitud que se tuviera del Hospital. Las personas pensaban que la religión no era el motivo.

Estos grupos focales fueron efectuados en cada una de las sedes de las comunidades. El último grupo focal se realizó en la **ruka** del Hospital Maquewe y asistieron la mayoría de las comunidades con quienes trabajamos en la investigación.



En esta oportunidad se presentó el Ministro de Salud quien dió a conocer su apoyo a la gestión del Hospital Maquewe. En esta misma instancia los directivos de la institución nos presentaron con las personas del sector que aún no conocíamos. En estos momentos que eran parte de la etnografía contactamos a estas personas para entrevistarlas y quedar de acuerdo para realizar los grupos focales.

2. El Hospital Maquewe hoy

En octubre de 2003 hubo una disputa entre la Municipalidad de Padre Las Casas, que estaba en alianza con “La Asociación de Comunidades de Maquewe” y con el Ministerio de Salud que esta en alianza con Asociación Mapuche para la salud Maquewe Pélale por quedarse con la administración del recinto.

Finalmente, el Hospital Maquewe fue comprado por el Ministerio de Salud, en 120.000.000 de pesos a la iglesia anglicana. La administración sigue a cargo de la Asociación Mapuche para la salud Maquewe Pélale, por tanto sigue funcionando el proyecto de salud intercultural.