

ANALES *de* HISTORIA *de la* MEDICINA



- EPÓNIMOS E HISTORIA
- ARTE-TERAPIA EN CHILE
- HECHICERÍA COLONIAL
- EL CIRUJANO NAVAL (CHILE 1886-1902)
- LOS QUINCE HOSPITALES DE MAGALLANES
- PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN CHILE (1965-1973)
- MEDICINA PRECOLOMBINA
- MACHIS Y SISTEMA PÚBLICO DE SALUD



ANALES DE HISTORIA DE LA MEDICINA

Publicación fundada en 1959

Órgano oficial de la Sociedad Chilena de Historia de la Medicina

Correo electrónico: anales.historia.medicina@gmail.com

FUNDADOR

ENRIQUE LAVAL MANRIQUE

DIRECTOR

JULIO CÁRDENAS VALENZUELA

EDITOR

IGNACIO DUARTE GARCÍA DE CORTÁZAR



EDITORES ASOCIADOS

CLAUDIA CHUAQUI FARRÚ

Pontificia Universidad Católica de Chile,
Facultad de Medicina, Programa de Estudios
Médicos Humanísticos – Chile

PATRICIO HEVIA RIVAS

Ministerio de Salud de Chile,
Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud.
Universidad de Chile, Escuela de Salud
Pública de Chile – Chile

ENRIQUE LAVAL ROMÁN

Pontificia Universidad Católica de Chile,
Facultad de Medicina, Programa de Estudios
Médicos Humanísticos – Chile

MARCELO LÓPEZ CAMPILLAY

Pontificia Universidad Católica de Chile,
Facultad de Medicina, Programa de Estudios
Médicos Humanísticos – Chile

EDUARDO MEDINA CÁRDENAS

Ministerio de Salud de Chile.
Universidad de Chile, Facultad de Filosofía
y Humanidades, Departamento de Ciencias
Históricas – Chile

NELSON A. VARGAS CATALÁN

Universidad de Chile. Facultad de Medicina.
Departamento de Pediatría
y Cirugía Infantil – Chile

COMITÉ EDITORIAL

EDUARDO CAVIERES FIGUEROA

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso,
Instituto de Historia – Chile

RICARDO CRUZ-COKE MADRID
Instituto de Chile, Academia
de Medicina – Chile

MARCOS CUETO

Universidad Peruana Cayetano Heredia,
Facultad de Salud Pública
y Administración – Perú

PAULO ELIAN

Información y Patrimonio,
Casa de Oswaldo Cruz – Brasil

MARÍA ANGÉLICA ILLANES OLIVA

Universidad Austral de Chile,
Instituto de Ciencias Sociales – Chile

JORGE JIMÉNEZ DE LA JARA

Pontificia Universidad Católica de Chile,
Facultad de Medicina,
Departamento de Salud Pública – Chile

JUAN EDUARDO VARGAS CARIOLA

Pontificia Universidad Católica de Chile,
Facultad de Historia, Geografía y Ciencia
Política, Instituto de Historia – Chile

CARLOS VIESCA TREVIÑO

Universidad Autónoma de México,
Departamento de Historia y Filosofía
de la Medicina – México

MARÍA SOLEDAD ZÁRATE CAMPOS

Universidad Alberto Hurtado, Facultad
de Filosofía y Humanidades, Departamento
de Historia – Chile

***Anales de Historia de la Medicina publica trabajos de investigación y documentos
sobre Historia de la Medicina y disciplinas afines***

ANALES DE HISTORIA DE LA MEDICINA
AÑO (VOL.) 20 n.º 2, noviembre 2010

**Agradecemos el apoyo de las siguientes instituciones:
Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile
Colegio Médico de Chile A.G.**

Anales de Historia de la Medicina (ISSN 0718-6606) es continuación de:

Anales Chilenos de Historia de la Medicina (ISSN 0718-3380) 1959-1973.
Volúmenes 1 al 15

Anales Chilenos de Historia de la Medicina (ISSN 0718-3380) 2006-2007.
(An. chil. hist. med.) Volúmenes 16 y 17

**Las opiniones expresadas en esta edición son de exclusiva responsabilidad
de los autores de los artículos.**

Valor de la suscripción (2 números anuales): 15.000 pesos.

© Sociedad Chilena de Historia de la Medicina

Derechos reservados para todos los países

Inscripción n.º 179.577

Código Internacional Revista ISSN 0718-6606 An. hist. med.

e-mail: analeschilenos.historiamedicina@gmail.com

Diseño y diagramación: Francisca Galilea R.

Impresión: Salesianos Impresores S.A.

Printed and made in Chile

SOCIEDAD CHILENA DE HISTORIA DE LA MEDICINA

Fundada el 4 de abril de 1955

Avda. Independencia 1027, Depto. de Morfología

Santiago de Chile

www.historiamedicina.cl

Correo electrónico: sociedadchilena@yahoo.com

Directorio del periodo 2009-2012

PRESIDENTE

JULIO CÁRDENAS

VICEPRESIDENTE

CARLOS MOLINA

SECRETARIO

SERGIO ZÚÑIGA

TESORERO

JAIME CERDA

DIRECTORES

YURI CARVAJAL

CARMEN NOZIGLIA

FELIPE ZÚÑIGA

ANALES DE HISTORIA DE LA MEDICINA
Año (Vol.) 20 n.º 2, noviembre 2010

ÍNDICE

TRABAJOS ORIGINALES

- El Arte-terapia y sus orígenes. Una mirada histórica hacia Chile
Dennisse Brito P. 97
- Epónimos e Historia. Cuando el conjunto suma más que las partes
Luis Araya C. 111
- Las herramientas del *echisero*: composición, usos y efectos de dispositivos mágicos
en dos casos de hechicería colonial (1739-1749)
Eduardo Valenzuela A. 119
- Situación sanitaria de la Armada de Chile (1886-1902): influencia del cirujano naval
Claudio Aros Q. 127
- Los quince hospitales de Magallanes: del Fuerte Bulnes a lo que va del siglo XXI
Dr. Matías Vieira G. 139
- Programa de Planificación Familiar en Chile 1965-1973: historia,
beneficiarios y primeros resultados
Paula Lara A. 149
- Machis y Sistema Público de Salud.
Antecedentes históricos y consideraciones actuales de contacto
Vicente Painel S. 159

DOCUMENTOS

- Medicina chilena precolombina
Enrique Laval M. 185

BIBLIOGRAFÍA

- María Angélica Illanes. En el nombre del pueblo, del estado y de la ciencia;
historia social de la salud pública. Chile 1880/1973
Entrevistó Yuri Carvajal 205
- Carlos Molina. Institucionalidad Sanitaria Chilena 1889-1989
Carmen Noziglia del N. 216

CRÓNICA	
XI Jornada de Historia de la Medicina (2010)	221
INSTRUCCIONES A LOS AUTORES	225



ARTÍCULOS ORIGINALES

El Arte-terapia y sus orígenes. Una mirada histórica hacia Chile

DENNISSE BRITO P.¹

Frente al aumento de prevalencia de las enfermedades mentales, de los costos económicos y emocionales que ellas traen como carga, consideramos necesario estudiar los nuevos métodos que se han comenzado a utilizar hace algunos años para combatir los problemas de Salud Mental.

Creemos pertinente estudiar el Arte-terapia en Chile, como un camino válido para analizar cómo nace y evoluciona una nueva técnica en la sociedad chilena.

Nuestro trabajo trata el recorrido histórico del Arte-terapia, analizando sus hitos más importantes desde los países iniciadores para luego llegar a Chile.

Dentro de los principales resultados de nuestra investigación podemos observar que el Arte-terapia se está desarrollando en Chile hace 20 años por medio de diferentes maneras: su utilización en hospitales y colegios, así como en los recientes programas de formación en la Universidad de Chile y la creación de la Asociación de Arte-terapeutas Chilenos, entre otras iniciativas. Nuestro trabajo intenta mostrar algunos de estos caminos, los actores sociales que interactúan y los distintos discursos que surgen en su deseo de legitimarse como "terapia".

Palabras clave: arte-terapia - salud mental - historia - orígenes.

Art therapy and its origins: a historical glance to Chile

Due to the prevalence of mental diseases and the economic and emotional costs they carry as a burden, we considered that it was necessary to study the new methods that started being used some years ago to fight mental health problems.

We think it is pertinent to study Art-therapy in Chile as a valid way to analyze how a new technique is born and how it evolves in the Chilean society.

Our work deals with the historic trajectory of Art-therapy, analyzing the highlights of its course from the first countries where it arose and then in Chile.

Among the main results of our research, we noted that Art-therapy has developed in Chile for the last 20 years. It has been used in hospitals and schools, as well as in the recent training programs at the Universidad de Chile and the creation of the Chilean Art-Therapists Association, besides other initiatives. Our work intends to show some of these ways, the social interacting actors and the different discourses that arise in order to become a legitimate "therapy".

Key words: Art-therapy - mental health - history - origins.

¹ Enfermera Universitaria. Diploma de especialización en Salud Familiar y Comunitaria. Master I y Master II en L'École des Hautes Études en Sciences Sociales, EHESS, en París en el Master de recherche "Santé, Populations, Politiques sociales" "Master Phoenix EM Dynamics of Health and Welfare". Estudiante de Doctorado de L'École des Hautes Études en Sciences Sociales, EHESS, en París, Francia.

Correo electrónico: dbrito@ehess.fr

El presente trabajo es parte de una investigación realizada en Francia, en L'École des Hautes Études en Sciences Sociales, EHESS en París en el Master de recherche Santé, Populations, Politiques sociales "Master Phoenix EM Dynamics of Health and Welfare".

Recibido el 11 de noviembre de 2010. Aceptado el 3 de febrero de 2011.

Actualmente los tratamientos destinados a resolver los temas en "Salud Mental", tanto para las patologías como para la prevención de estas, son principalmente dos: la terapia medicamentosa y la psicoterapia. Creemos que frente a la alta prevalencia de las enfermedades mentales, sumado a los gastos emocionales y económicos que ellas traen consigo, es necesario estudiar las nuevas metodologías de acción que se han comenzado a utilizar en los últimos años.

A partir de lo anterior, pensamos que realizar una investigación sobre una de las terapias que se ha ido desarrollando en estos últimos veinte años se vuelve pertinente para abrir nuevos horizontes que permitan reflexionar frente a las soluciones que se comienzan a implantar ante las problemáticas y enfermedades en Salud Mental.

Es en este contexto de salud en el cual deseamos adentrar nuestras reflexiones para así aproximarnos a conocer una de estas "nuevas terapias" (1) como lo veremos a continuación con el estudio del "Arte-terapia".

En este sentido, pensamos que estudiar al Arte-terapia nos permitirá encontrar un camino de análisis para comprender por qué y cómo nacen nuevas terapias destinadas a comprender al hombre y cómo intentan "sanarlo" frente a la enfermedad.

El Arte-terapia se está desarrollando con ese nombre desde hace 60 años. En tanto las formaciones de Arte-terapeutas han comenzado desde hace veinte años aproximadamente en los países desarrollados, y en el resto de los países podríamos decir que recién comienzan a surgir. Por eso estudiar un caso como el chileno, es decir, el de un país no desarrollado, se vuelve un aspecto relevante para nuestra investigación. Para ello abordaremos lo sucedido entre los años 1980 hasta el año 2008. En este sentido la fecha de estudio está justificada con el desarrollo que se ha presentado en el país de estudio, Chile. En estos últimos veinte años, tanto en lo práctico (aplicaciones del Arte-terapia principalmente en diferentes lugares de Santiago) así como en su institucionalidad (creación de estudios de postítulo; creación de asociación de Arte-terapeutas Chilenos, entre otros sucesos).

En este artículo abarcaremos el recorrido histórico a partir del siglo XIX describiendo el desarrollo del Arte-terapia desde aquellos países

"iniciadores", hasta llegar a los últimos veinte años y detenerse en lo ocurrido en Chile.

En relación con las terapias en salud, generalmente encontramos estudios de tipo cuantitativo, presentando énfasis en los efectos y los resultados. En conocimiento de esta realidad actual, creemos que en el área de la salud hacen falta más estudios de tipo cualitativo. Es por ello que nuestro estudio lo posicionaremos como un estudio de tipo cualitativo que intenta explorar y describir cómo nace, comienza y se desarrolla actualmente esta terapia a través de lo que nos muestran los personajes que están en juego, y es por ello que la metodología que utilizamos es de tipo descriptiva y explicativa, realizando una discusión bibliográfica, el uso de diferentes y numerosas fuentes, y entre ellas el uso de testimonios.

HISTORIA DEL ARTE-TERAPIA

A lo largo de la historia el arte y la medicina han sido compañeros de viaje. La colaboración entre médicos y artistas ha quedado reflejada en múltiples obras que podemos contemplar en diversos museos y colecciones de arte. Sin embargo, no pretendemos exponer estos ejemplos, sino que intentaremos visualizar aquel momento en que el arte pasó a ser un instrumento para la medicina, un instrumento terapéutico, es decir, el momento en donde creemos nace el Arte-terapia.

Para ello, en primer lugar haremos una revisión de aquellas circunstancias que nos parecen claves y necesarias de examinar antes de introducirnos en el origen del Arte-terapia. Posteriormente analizaremos la historia a nivel internacional del Arte-terapia, para luego terminar con su historia precisamente en Chile.

ORÍGENES DEL ARTE-TERAPIA

Antes de un nuevo suceso existe una serie o un conjunto de instancias que favorecen al contexto necesario para la aparición de este "nuevo" hecho. En este caso el Arte-terapia aparece después de un conjunto de instancias que fueron parte del camino y facilitaron el momento exacto de su aparición.

Creemos que no son solo hitos históricos los que permitieron su formación, sino que además creencias y posicionamientos que lo precedieron y que permitieron o contribuyeron a la formación de este.

SIGLO XIX

En el siglo XIX aparece una serie de personajes que relacionan el arte y la salud desde diferentes áreas. Entre los que destacan encontramos a Le Marquis de Sade, quien, según Jean Pierre Klein (2), habría sido uno de los primeros en plantear la importancia de la diversión y la expresión con un sentido terapéutico "L'art qui soulage" (El arte que cura). Sade dirigía mensualmente, entre 1803 y 1813, los espectáculos en la "Casa de la salud" de Charenton en donde reunía a actores, comediantes, profesionales, enfermeras, y locos.

El Marqués decía que "La comedia era un medio curativo de alienación del espíritu", los espectáculos eran "Plaisirs innocents" (Placeres inocentes) que tenían como objetivo "Despertar el espíritu de las infortunidades que la cruel enfermedad de la demencia traía consigo" escribía Sade en 1813 para protestar contra la prohibición decidida por el Ministerio del Interior sobre la instigación del jefe médico Antoine-Athanase Royer-Collard (3).

En el interior de esta misma corriente de alianza entre artistas y médicos, a fines del siglo XIX, "La maison de santé du Docteur Esprit Blanche" (La casa de la salud del Doctor Esprit Blanche) acogía a numerosos artistas (Delacroix, Maxime du Camp, Gérard de Nerval, Gustave Flaubert, entre otros) con el objetivo de pintar y decorar las habitaciones y llamar la atención de los enfermos mentales de sus ideas fijas siguiendo el ejemplo del tratamiento moral de Esquirol (4) que consistía en llamar la atención de los enfermos "à dominer leur intelligence et à gagner leur confiance" (5) (a dominar su inteligencia y a ganar su confianza). Asimismo algunos psiquiatras de esta época preconizaban el arte con estos fines. Sin embargo la mayoría de los psiquiatras condenó a Esquirol al igual que a los espectáculos, conciertos y bailes (6).

Por otro lado, encontramos el trabajo de los alienados preconizado por Pinel (1801) "Traité sur la manie", (Tratado de la manía) (7).

En este tratado Pinel desarrolló teorías sobre el tratamiento humanitario de la locura, abordó la etiología de las enfermedades mentales y propugnó el análisis de la enfermedad mental desde una perspectiva empírica. Asimismo, consideró a la actividad artística como una vía útil para el alienado de tomar conciencia de su enfermedad y como una manera de trabajo "terapéutica" para los enfermos (incorporando actividades de distracción y espectáculos, como el dibujo, la pintura, las lecturas, los juegos, la música y el teatro) (8).

Esta práctica fue llevada a cabo por el médico Pinel y su colaborador Pussin (9), después Esquirol (1816), Fodéré (1817), Georget (1820), Guislain (1826) (10). Es en el mismo paradigma del "Principio de la diversión" que uno puede situar dentro de los tipos de trabajo de los alienados en el siglo XX: *occupational therapy* venida de Estados Unidos, terapia de la readaptación; ergoterapia (11).

Asimismo, durante la década de los setenta del siglo XIX encontramos trabajos de arte como un medio útil y valioso para descifrar los síntomas de los pacientes. Entre estos trabajos hallamos algunos artículos muy valiosos como los de L.V. Marcé; los de A. Briere de Boismont y los de A. Tardieu, quien con su "Étude médico-légale de la folie" (Estudio médico legal de la locura) (1872) ilustró trabajos sobre cuadros de un alienado y dibujos de otro con los comentarios de los enfermos. También se pueden leer los trabajos de Max Simon (1876 y 1888), en los que se estudiaban las producciones de los enfermos, sus delirios, recogiendo documentos que forman parte de los síntomas patológicos, poniendo así en relación el estilo pictórico y la enfermedad mental (12).

Uno de los primero en decodificar las obras de arte de los enfermos mentales habría sido Charcot, así como sus alumnos P. Richer, H. Meige, G. Gilles de la Tourette, J. Heitz, J. Rogues de Fursac. Su principal obra es "Les démoniaques dans l'art" (Los demoníacos en el arte), en donde escribe con Richer, seguido de "Les difformes et les malades dans l'art" (*Los deformes y enfermos en el arte*) en 1889 (13).

Otro personaje que se encuentra en la mayoría de las obras y archivos que tratan la historia del Arte-terapia es Freud. En este sentido, su influencia está dada porque este autor desarrolló un gran estudio de las imágenes como medio

útil de comunicación con el inconsciente de las personas. Por tanto, el psicoanálisis trabajado por Freud es parte de la base teórica actual de la formación de los arte-terapeutas. Es por ello que resulta sugerente señalar de ejemplo la obra llamada “*Un souvenir d'enfance de Léonard da Vinci*” (14) (Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci) escrito por Freud, sobre el cual se establece la relación entre la biografía de un artista –Da Vinci– con una obra realizada por él: “*La Vierge, l'Enfant et Sainte Anne*” (15) (La Virgen, el Niño Jesús y Santa Ana).

En conclusión, Freud realizó una reconstrucción detallada de la vida emocional de Léonard da Vinci a partir de sus primeros años, como así mismo una descripción del conflicto entre los impulsos artísticos, científicos y el análisis profundo de su historia psico-sexual a partir de esta pintura.

SIGLO XX

En 1912, Freud, Rank y Sanchs lanzan en Leipzig una revista llamada *Imago*, revista destinada a la aplicación del psicoanálisis a las ciencias humanas, que trató entre otras cosas del psicoanálisis de las obras de arte (16). Dentro de los escritos se cita a Alice Miller, quien relaciona la génesis “la genèse de *Guernica*” a un traumatismo en la infancia de Picasso, que a los 3 años vivió un terremoto que provocó el nacimiento prematuro de su hermana (17).

Otro momento clave en la historia fue el nacimiento de la corriente llamada: “*L'art chez les fous*” (*El arte en casa de los locos o El Arte de los locos*), cuyo primer exponente fue Marcel Réja con su obra (1907) denominada con el mismo nombre. Marcel Réja, seudónimo literario del doctor Paul Gaston Meunier, quien tenía como proyecto aclarar que ciertas condiciones interiores susceptibles de poner en marcha la actividad artística, al mismo tiempo suprimían esta misma creatividad en pleno balbuceo (18): para esto se apoyaba en las obras y diarios de los locos.

Después de Réja fueron apareciendo diferentes obras, principalmente de procedencia alemana, las cuales intentaron definir la especificidad de los trabajos artísticos de los “alienados”. Entre los autores que destacan encontramos a: F. Mohr (1906), H. Rochach

(1913), P. Schilder (1918) y W. Morgenthaler, quien en 1921 dedica una monografía a Adolf Wölflí (19, 20) llamada “*Ein Geisteskranker als Künstler*” (21) (*Un enfermo mental como un artista*). En este estudio de caso se podrían localizar puntos claves de la utilización del arte no solo como un método de expresión sino como medio de curación.

Después de ellos aparece en 1922 el libro de Hans Prinzhorn: *Bildenerlei der Geisteskraken*, cuya traducción literal es *Las obras plásticas de los enfermos mentales*. Prinzhorn intentó reunir, con un objetivo científico, un material compuesto por obras de enfermos mentales (obras artísticas y escritas). La colección finalmente estuvo constituida por dibujos, pinturas, esculturas en madera, collage, bordados, objetos de tela, textos y escritos de los enfermos. Dicha colección duró desde 1980 a 1985 en el Hospital de Heidelberg (22). En la obra *Bildenerlei der Geisteskraken* Prinzhorn presenta esta colección y del mismo modo da a conocer los estudios que anteriormente se habían escrito sobre pinturas de alienados, como los trabajos con interés diagnóstico de Tardieu y Simon. Asimismo Prinzhorn conocía a Réja y habría tomado algunos de los aportes de este último en la clasificación de las obras (23).

Asimismo, aparece André Breton con el surrealismo. Respecto a este movimiento y su relación con el Arte-terapia presentaremos un texto de André Breton en una carta a Lévi-Strauss, a propósito de las relaciones entre el arte, el autor, las condiciones de la producción y la obra:

Identification progressive du moi conscient avec l'ensemble de ses concrétions (c'est bien mal dit) tenu pour le théâtre dans lequel il est appelé à se produire et à se reproduire. Tendence à la synthèse du principe du plaisir et du principe de réalité (pardon de rester encore au bord de ma pensée sur ce sujet); mise en accord à tout prix de comportement extra-artistique et de l'oeuvre: anti-valérysme (24); nuestra traducción literal: Identificación progresiva del mí consciente con el conjunto de sus concreciones (es muy mal dicho) tenido por el teatro en el cual es llamado a producirse y a reproducirse. Tendencia a la síntesis del principio del placer y del principio de realidad (perdón de quedarse

todavía al borde de mi pensamiento sobre este tema); puesta en acuerdo al precio que cueste del comportamiento extra artístico y de la obra: anti-valérysme.

Estas palabras podrían coincidir con el llamado "*espacio simbólico*" del Arte-terapia. Precisamente la manera en que el proceso de transformación en Arte-terapia pasa por el movimiento de una persona que se recrea en una especie de "teatro" definido por sus producciones artísticas.

Otro hito importante es la aparición de "L'art brut" traducido al español como "el arte marginal". Como concepto podemos definirlo como las producciones de toda especie de dibujos, pinturas, bordados, modelos o esculturas que presentan un carácter espontáneo y fuertemente inventivo, que nada le deben a los patrones culturales del arte, y que tienen por autores a personas extrañas a los medios artísticos profesionales. Así el término L'Art Brut pasó a la historia del arte para designar los trabajos artísticos en estado "crudo", es decir, en estado de pureza relativa a todas aquellas influencias culturales y artísticas posibles desarrolladas en Europa. Este habría nacido en 1945 cuando Jean Dubuffet hace una prospección de algunas colecciones y realiza una exposición en París en 1947 con obras como la de Wölfli, exposición llamada "L'art brut préféré aux arts culturels" (El Arte Marginal preferido ante las artes culturales), colección que a continuación en 1951-1962 se trasladó a New York. Después de esto se desarrolló una serie de eventos en relación a este nuevo término que conjugó la necesidad de utilizar en arte desde los materiales más "vulgares", siendo indiferentes frente al mercado del arte, y siendo el creador el único destinatario de la obra. La "compagnie de l'art brut" (La compañía del Arte Marginal) se creó el 1 de julio de 1949, por iniciativa de los artistas Dubuffet, J. Paulhan, Ch. Rarteterapeutaon, H.-P. Roché, M. Tapié y André Breton. Los objetivos de esta asociación eran, en palabras de Dubuffet, investigar aquellas producciones artísticas realizadas por personas que presentaban una forma de invención personal, de espontaneidad, de libertad, más allá de convenciones y hábitos recibidos (25).

Para Dubuffet, era el único arte auténtico, afirmaba que la persona sea considerada como sana o loca no importa en absoluto, ya que la locura se define exclusivamente según el criterio social de represión de la originalidad (26).

Paralelamente se comienza a desarrollar "La psiquiatría de la infancia", la cual fue sumamente importante para la posterior aparición del Arte-terapia. Es aquí donde nace un interés particular acerca de los dibujos de los niños.

En relación con la importancia del dibujo de los niños, hay numerosos autores que trabajaron sobre el tema (27). Pero nos centraremos en la influencia de parte de uno de los psiquiatras y psicoanalistas más influyentes en el Arte-terapia según los arte-terapeutas: nos referimos a Donald Winnicott. Sus principales aportes fueron integrar dos áreas, antes no nombradas, que son el juego y la utilización de materiales externos como el dibujo.

Winnicott desarrolló el tema de la simbolización en la psicoterapia con niños y la participación del terapeuta como un ente activo:

... Si el terapeuta no puede jugar, significa que no sirve para este trabajo. La psicoterapia se sitúa en ese lugar donde cabalgan juntas dos áreas de juego, la del paciente y la del terapeuta. ¿A quién pertenece el asunto? A dos personas jugando juntas. La culminación será en aquel punto en el que el juego no es posible, el trabajo del terapeuta ambicionará inducir en el paciente que no puede jugar un estado desde el que sí sea capaz de jugar (28).

Otro aporte realizado por el autor se dio con respecto al dibujo y/o el material artístico, los cuales no solo serían objetos de interpretación. De hecho, Winnicott no deja de prevenir a los psicoanalistas contra el abuso interpretativo (29).

Para los arte-terapeutas los aportes de Winnicott son significativos en cuanto a la "simbolización": ella es considerada uno de los pilares del Arte-terapia. Porque según este autor la simbolización asumida eventualmente con esos objetos como soporte, reemplaza la simbolización escondida en el síntoma, que viene a tomar el lugar de lo reprimido. El propósito ya no sería buscar la represión inconsciente, sino

recorrer un camino de metáforas. La represión sería respetada, y le es justamente ofrecido un terreno de juego desde donde podrá devolver no solamente la forma del síntoma, sino también bajo ella disfraces reconocidos como tales, sin que sea obligatorio ni recomendable la mayor parte del tiempo el saber lo que esconde el disfraz (30).

EL ARTE-TERAPIA

Hasta los años 1940 aún no se hablaba del Arte-terapia. El término recién aparece cuando el artista Adrian Hill (31), tras una larga convalecencia en un sanatorio, utilizó el término "Arte-terapia" para referirse a un proceso, observado primero en sí mismo y posteriormente en sus compañeros de hospital, por el cual la actividad artística procuraba al enfermo un notable incremento del bienestar emocional. En 1943 publica su primera obra *Art as an aid to illness: an experiment in occupational therapy*, y en 1945, *Art versus illness*.

Por otro lado en 1946, se publica la obra *Art and Regeneration*, de Marie Petrie, en la que aparecen por primera vez referencias de una formación específica en Arte-terapia (32).

Posteriormente en 1947 en Estados Unidos Margaret Naumburg, considerada como una de las pioneras del Arte-terapia (33), publica *Free Art Expression of Behaviour Disturbed Children as a Means of Diagnosis and Therapy*. Naumburg fue la primera que utilizó el proceso artístico de manera sistemática dentro de su trabajo como psicoanalista. En esta obra Naumburg esperaba que:

... El paciente comienza a proyectar en imágenes lo que no podía expresar con palabras. Tales imágenes pictóricas pueden escapar a la prohibición de la censura de un modo como las palabras no pueden hacerlo. Si esto ocurre, el paciente es confrontado con la evidencia de una imagen de su conflicto en forma de pintura o escultura. Cuando un impulso (o un fantasma, etc.) prohibido ha alcanzado tal forma fuera de la psiquis del paciente, este logra un distanciamiento de su conflicto que a menudo lo capacita para examinar sus problemas con creciente objetividad. El paciente es así ayudado gra-

dualmente a reconocer que sus producciones artísticas pueden ser consideradas como un espejo en que él comienza a develar sus propias motivaciones (34).

Para Naumburg el proceso del Arte-terapia estaría basado en el supuesto de que los pensamientos y sentimientos más profundos del hombre, procedentes del inconsciente, consiguen su expresión en imágenes antes y de mejor manera que en las palabras. Las técnicas del Arte-terapia están basadas en el conocimiento de que cada individuo, con o sin entrenamiento en arte, tiene la capacidad latente de proyectar sus propios conflictos de manera visual. Ella hace hincapié en la importancia de ajustarse al ritmo del paciente, de iniciar un desbloqueo creativo, no forzar los tiempos de cada paciente y saber ver y escuchar (35).

A finales de 1950 Edith Kramer, otra de las grandes figuras de esta terapia considerada junto a Naumburg y Marie Petrie como las fundadoras del Arte-terapia en Estados Unidos, había sido testigo del trabajo que, en el campo de concentración de Terezin, se había llevado a cabo con niños, comenzó a trabajar como arte-terapeuta con los niños de la Wiltwyck School en EE.UU. (36).

Edith Kramer se centró en el arte como terapia. En sus escritos señala el inmenso valor terapéutico de la creación artística. El trabajo realizado por ella se centra más en la activación de los procesos psíquicos durante la creación, que en la interpretación de esos procesos. Kramer señalará cómo la actividad artística tiene el potencial de transformar y dismantelar fantasías inconscientes, así como también su habilidad de preservarlas. Ella distinguirá actividades artísticas que pueden servir para trabajar emociones regresivas y otras que pueden facilitar la sublimación de energía agresiva. (37)

En 1950 aparece *On not being able to paint*, de Marion Milner, donde ella muestra cómo las técnicas del garabateo pueden ser una propia terapia. En este mismo año comienzan a ponerse en marcha los primeros programas de estudio en EE.UU. En tanto, en París, con motivo del Primer Congreso Mundial de Psiquiatría, tiene lugar la primera exposición internacional de arte psicopatológico, que reúne cerca de dos

mil obras de alrededor de 200 pacientes de diecisiete países diferentes (38).

En 1954 los profesores Volmat y Delay fundan el *Centre d'Étude de l'Expression*, de los primeros talleres de expresión plástica en París. Al año siguiente Volmat publica el libro *L'Art psychopatologique* (39) y en 1956 Delay a su vez publica *Névrose et création* (40).

En 1959 nace la SIPE (Société Internationale de Psychopathologie de l'Expression). Dos años más tarde aparece el primer número de la revista *American Journal of Art Therapy*, que constituye el primer encuentro editorial de una serie de teóricos que hasta entonces trabajaban de manera aislada. De esta forma se prepara el terreno para la futura asociación americana de Arte-terapia, que se creó en 1969, después de la creación de *La Société Française de Psychopathologie de l'Expression* en Francia, y en el Reino Unido la BAAT, *British Association of Art Therapists* (41).

En 1973 se creó, en el Centro Psiquiátrico Nacional de Río de Janeiro, el *Museo de las Imágenes do Inconsciente* a cargo del doctor Nise da Silveira, que reúne más de 300.000 obras y muchos casos de renombres como lo son: Emygdio de Barros, Adelina Gomes (42), Carlos Pertuis, entre otros (43).

En 1981 aparecen más publicaciones como *Les Autres. Expressions artistiques chez les Handicapés mentaux (Los otros. expresiones artísticas en los discapacitados mentales)* de Boulangé et J. L. Lambert; además se organizan seminarios en Arte-terapia por el Dr. Wiart, en la Universidad Paris V, en el Hôpital Sainte Anne (44). En este mismo año se crea la revista *Art et thérapie* por Jean Pierre Klein, J.P. Chevrollier, R. Forestier, P.M Charazac, R. Roussiere, O. Debre, F. Ascal, J. Durivault, J. Darrault, quienes participan en su redacción; el fin de esta revista era mostrar comptes-rendus (resúmenes), encuentros y discusiones sobre diferentes problemáticas del tema.

En año siguiente se funda la asociación italiana de Arte-terapia por Maria Belfiore, Mimma Della Cagnoletta y Marilyn Lamonica, formadas en Estados Unidos. En ese año se reconoce la profesión por el National Health Service en Gran Bretaña. Posteriormente en 1984 comienza la formación de Arte-terapia en la Universidad Paris VII de París y también en Italia. En 1986 se desarrolla el primer certifica-

do en la Universidad Paris V, *Étude Clinique et théorique de l'expression plastique*. En este mismo año se realiza la fundación de "l'Institut National d'Expression et de Creation d'Art et de Thérapie" (Instituto nacional de expresión y de creación de Arte y Terapia) (INECAT) en Tours por Klein.

Estos hechos fueron seguidos de una gran serie de publicaciones en Estados Unidos, Francia, Italia, Gran Bretaña, Brasil, entre otros. Así mismo la realización de congresos y reuniones relacionados con el tema.

Por fin en 1991 se funda el consorcio de universidades ECARTE (45), *The European Consortium for Arts Therapies Education*, que reúne a las universidades de Hertfordshire, Münster, Nijmegen y París, cuyo propósito es regular los cursos de formación en las diferentes terapias artísticas a nivel europeo. Actualmente está compuesto por 32 miembros de 14 países europeos, entre los cuales se encuentran Bélgica, Croacia, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, Irlanda, Rusia, Eslovenia, España, entre otros.

En los últimos años se ha producido un mayor desarrollo en relación con publicaciones, encuentros y la profesionalización del Arte-terapia; tal es el caso de países como Gran Bretaña, donde desde 1999 el Arte-terapia cuenta con un estatus profesional reconocido dentro del Servicio de Sanidad. Esta posición implica necesariamente una formación reconocida y un registro de profesionales con un estatuto protegido.

Finalmente creemos necesario mencionar que ciertos procesos ocurrieron de manera paralela: por ejemplo el desarrollo del Art brut (Arte Marginal) y los primeros trabajos de Arte-terapia, así como la propia utilización de la palabra *Arte-terapia* por diferentes personajes alrededor de los años 40, entre otros hechos.

Por otro lado, nos queda claro que son los países desarrollados, Estados Unidos, Francia, Alemania, etc., los que siempre están implicados en el nacimiento de nuevas terapias. A pesar de esto hay países como Brasil que tuvieron y tienen un desarrollo bastante amplio. Chile por su parte, país en vías de desarrollo, data sus primeras experiencias en los años 50: por lo tanto creemos que puede haber otros procesos en desarrollo. A continuación revisaremos precisamente sobre la historia del Arte-terapia en Chile.

HISTORIA DEL ARTE-TERAPIA EN CHILE

La historia del Arte-terapia en Chile surge a mediados del siglo XX de la mano de pequeñas iniciativas de artistas y profesionales del área de la salud mental en el intento de darle un valor al Arte como agente terapéutico. En 1950 el psiquiatra Rafael Torres, junto a educadores de Arte y otros profesionales, se abocaron a investigar el valor diagnóstico y terapéutico del dibujo y la pintura de pacientes del Hospital Psiquiátrico de Santiago (46, 47).

Una de las experiencias más amplias y de desarrollo sistemático del Arte terapia, que se extendió durante 25 años (que estuvo asociada al psicodrama e integró otras expresiones artístico-plásticas terapéuticas), se efectuó en el primer Servicio de Psiquiatría del Hospital El Salvador, por Mimí Marinovic (48), siendo esta labor reconocida profesionalmente por la American Art Therapy Association y por la Société Internationale de Psychopathologie de l'Expression et d'Arthérapie (49).

Este trabajo inicial comenzó en 1955 y continuó ininterrumpidamente hasta 1980. Los principios y técnicas del Arte-terapia se aplicaron en niños, adolescentes, adultos, grupos familiares y pacientes psiquiátricos, tanto en forma individual como grupal, y en experiencias prácticas con alumnos de diversas carreras universitarias (50).

Junto con esta intervención se han desarrollado otras de similares características, como por ejemplo

El Hospital Psiquiátrico "Dr. José Horwitz B." de Santiago ha recibido a estudiantes de Bellas Artes de la Pontificia Universidad Católica de Chile a través del curso Pintura Experimental, contando también con intervenciones de psicólogos quienes han aplicado técnicas artísticas debido a su valor terapéutico con este tipo de población. Del mismo modo existió una experiencia con pacientes esquizofrénicos ligada al Arte-terapia, mucho antes de que esta fuera conocida como una disciplina en el país, en la Comunidad Terapéutica de Peñalolen en Santiago (51).

El psicoanalista Daniel Malpartida (52) comienza en 1989 "*El proyecto estudio de Arte y psicoanálisis*", desde el cual se han desarrollado distintas experiencias en universidades y el Instituto Psiquiátrico de Santiago, y otros hospitales, además de haber realizado variadas publicaciones en torno al arte y el psicoanálisis. Malpartida sería considerado como un aporte desde el área de la psicología, para el desarrollo del Arte-terapia en Chile.

Uno de los hitos más importantes habría ocurrido en el año 1999, cuando la Universidad de Chile fortaleció su Programa de Especialización en Terapias de Artes. Primero con la introducción de la mención de Musicoterapia y luego con la de Arte-terapia, ambas destinadas a personas tituladas y graduadas de las áreas de salud, educación y artes. El segundo semestre de ese mismo año se iniciaron las clases de la mención Musicoterapia. A diferencia de la mención de Arte-terapia que inició más tarde sus clases, marzo del año 2002, con un grupo de 16 estudiantes para comenzar su formación teórica y práctica.

Dos años más tarde surge la carrera de pre-grado de Arte-terapia de la Universidad Tecnológica de Chile. Posteriormente en el año 2007 nace el diplomado en Terapia Corporal y Artística de la Universidad Andrés Bello y el diplomado en Terapias Artístico-Corporales y Desarrollo Humano en la Universidad SEK. Asimismo, en diversas universidades privadas de Santiago, como la Universidad Bolivariana, la Universidad Santo Tomás y en escuelas como la escuela de Artes y Oficios del Fuego entre otras, se comenzó a impartir el Arte-terapia como un curso optativo de profundización o electivo dentro de la malla curricular de Licenciatura en Arte y Psicología (53). Otras formaciones son el programa de Psicoterapia Psicoanalítica a Través del Arte, del Estudio de Arte y Psicoanálisis, del psicoanalista Daniel Malpartida. En la Universidad Andrés Bello, existe además un diplomado llamado Terapias Corporal y Artística (54).

Otro hito importante fue la creación de la Asociación Chilena de Arte-terapia, ACAT, fundada el 26 de diciembre de 2006. Actualmente cuenta con 28 miembros, con formación principalmente de arte-terapeutas de la especialización de la Universidad de Chile y del Magíster de la Universidad de Barcelona.

En agosto del año 2009 se realizó el II congreso Latinoamericano de Arte-terapia y III del Mercosur, el cual tuvo como lugar de encuentro Santiago de Chile.

TRABAJOS HOSPITALARIOS Y EXPERIENCIAS DEL ARTE-TERAPIA EN CHILE

Los lugares donde se ha realizado el Arte-terapia en Chile de manera profesional son:

1. Clínica "Las Condes", Pacientes Oncológicos, modalidad grupal.
 2. Hogar de niñas "Las Creches", comuna La Reina. Niñas vulneradas de sus derechos entre 8 y 13 años.
 3. Internado escuela Puqueldón, Chiloé, trabajo con alumnos de 1° a 6° básico de primaria. Y con adolescentes de 7° y 8° básico.
 4. Establecimientos educacionales municipales de la comuna de Providencia: Liceo Siete, Liceo Polivalente Arturo Alessandri Palma, Colegio Providencia. Destinados a alumnos con diferentes problemáticas (baja autoestima, problemas de aprendizaje, repetencia escolar).
 5. Colegio Pucará de los Andes, destinado a alumnas de 1° y 2° medio.
 6. Colegio San Luis Beltrán, comuna de Pudahuel, dirigido a alumnas de enseñanza básica, entre 7 y 10 años, que presentaban "Déficit Atencional".
 7. Fundación Prodemu, en provincia de San Antonio, V Región, en el programa "1ª escuela para trabajadora de casa particular".
 8. Hospital Claudio Vicuña, Servicio de Salud de Valparaíso, San Antonio (SSVSA) en la Unidad de Salud Mental, en Hospital de día para personas con Trastorno Psiquiátrico Severo y en Unidad fármaco-dependencia.
 9. ASPAUT, Asociación de Padres de Niños y Jóvenes Autistas. V Región.
 10. Unidad de Salud Mental y Psiquiatría, CRS Cordillera Oriente. Peñalolén, Santiago.
 11. Comunidad diurna de Peñalolén. Pacientes Esquizofrénicos (55).
- Lugares donde se han realizado prácticas supervisadas de Arte-terapia en Chile (principalmente por los arte-terapeutas egresados de la Universidad de Chile):
12. ASPAUT Asociación de Padres de Niños y Jóvenes Autistas.
 13. CEMERA Centro de Medicina Reproductiva y Embarazo Adolescente. En donde se ha atendido a adolescentes con las siguientes problemáticas: identidad sexual, embarazo adolescente, crisis de pánico y fobia social.
 14. COMTERRA, comunidad terapéutica raíces, pacientes adultos con adicción a drogas y alcohol.
 15. CONSULTORIO Julio Acuña Pinzón. Comuna de Lo Espejo. Se ha atendido a mujeres del Programa de Salud Mental (depresión), Embarazo Adolescente, Trastornos del Lenguaje y Emocionales.
 16. CORPORACIÓN OPCIÓN, Unidad de Larga Permanencia, trabajo con niños vulnerados en sus derechos.
 17. CORPORACIÓN DEL NIÑO AGREDIDO; Niños en situación vulnerable y con depresión.
 18. COSAM Macul, Pacientes Adultos del Programa de Adicciones.
 19. COSAM Ñuñoa, Pacientes Adultos del Programa de Adicciones y Pacientes con Trastornos Psiquiátricos.
 20. ESCUELA DIFERENCIAL JUAN SANDOVAL CARRASCO: Niños con diagnóstico limítrofe y conflictos emocionales severos.
 21. FUNDACIÓN JOSÉ NUN FEDER, Atención de adultos discapacitados.
 22. HOGAR LOS JAZMINES, COANIL, Atención de menores y adultos discapacitados.
 23. HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU, Servicio de Oncología, Unidad del Dolor y Cuidados Paliativos. Pacientes oncológicos y funcionarios.
 24. HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA, Escuela Intrahospitalaria. Niños y Adolescentes Oncológicos.
 25. HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO, Escuela Intrahospitalaria, Niños con trastornos afectivos.
 26. UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE CHILE INACAP, Autocuidado para personal académico (56).

Actualmente los ámbitos de acción en los que se está desarrollando el Arte-terapia en Chile son variados. Dentro del área de la salud, existen talleres para pacientes oncológicos y paliativos (adultos) realizados en distintos hospitales públicos y clínicas privadas. También existen talleres para niños dentro de Escuelas Intrahospitalarias (57).

Otras intervenciones en salud mental se han realizado en el Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz B.", en el Sanatorio El Peral y en la Comunidad Diurna de Peñalolén. En rehabilitación física y mental hay talleres de Arte-terapia con niños y adolescentes que participan en los programas de trabajo de la Fundación Teletón y de la Fundación Coanil. También han existido algunos proyectos en fundaciones dentro de los programas de rehabilitación de drogas y alcohol, tanto en adultos como en adolescentes (58).

Podemos concluir que el camino del Arte-terapia en Chile está en pleno desarrollo. Cada vez existen más universidades y escuelas que comienzan a impartir esta formación. Decimos en "pleno desarrollo" debido a que en Chile hasta el día de hoy el Arte-terapia no tiene la connotación de una profesión, que es lo que buscan los arte-terapeutas chilenos (59). Los expertos en esta especialidad aseguran que falta mucho aún para su reconocimiento. Creemos que para poder entender este camino es necesario dar a conocer las diferentes aristas que posee el Arte-terapia y que nos permitirán comprender las causas y formas del desarrollo ocurrido en Chile. Por ello, se vuelve importante hacer un reconocimiento a sus definiciones y a las proyecciones que ha tenido y tiene actualmente.

Instamos a realizar más investigaciones de tipo cualitativo de estos procesos a través de diversas perspectivas venidas desde las ciencias sociales: áreas como Psicología, la Historia, la Antropología o la Sociología. Todo esto con el fin de presentar un análisis interdisciplinario sobre esta terapia.

Del mismo modo, pensamos que sería sugerente realizar estudios paralelos para observar el desarrollo y la utilización de esta terapia en un país como Inglaterra (en donde el Arte-terapia es una profesión) y en un país como Chile con el fin de comprender la problemática planteada en relación con el sujeto; este tipo de metodología no solo nos permitiría

analizar las diferencias entre las instituciones que la imparten y regularizan, sino que nos llevaría a observar cómo influyen las diferencias culturales, sociales y demográficas en el implante de una nueva terapia que tiene como uno de sus fines aportar a la salud mental de las personas.

REFERENCIAS Y NOTAS

1. Nos referimos a "nueva terapia" puesto que el Arte-terapia se formaliza como una práctica en la segunda mitad del siglo XX, pero comienza a ser reconocida e institucionalizada en Chile a partir de los últimos veinte años. Antes no existía un respaldo institucional ni una formación insertada en el sistema universitario.
2. Jean Pierre Klein es psiquiatra honorario de hospitales franceses, doctor habilitado en dirigir investigaciones en psicología, creador y director de "l'Institut National d'Expression, d'Art et de Thérapie INECAT à Paris" -Instituto Nacional de expresión, de arte y terapia, INECAT en París; también es creador y director de "La Associació per l'Expressió i la comunicació, AEC, Barcelona". Él preside la Federación Internacional de Terapia y Relación de Ayuda y Mediación, Consejo de Europa "La Fédération internationale de thérapie et relation d'aide avec médiation (Conseil de l'Europe)". Los títulos de sus obras señalan sus preocupaciones: *Passion, amour et autres cas de figure*, Nantes, pleins Feux, 2007; *Petit voyage iconoclaste en psychothérapie*, Grenoble, presses universitaires de Grenoble, 2006; *Violences sexuelles faites à enfants*, Nantes, Pleins feux, 2006; *Métapsychothérapie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, Desclée de Brouwer, 1995; *Les masques de l'argent*, Paris, Robert Laffont, 1984; *L'enfance malgré nous, ou: toute une éducation à refaire*, Paris, Mercure de France, 1972; *L'art-thérapie*, Paris, Puf, 1997; Arte-terapia, la creación como proceso de transformación, Barcelona, Octaedro, 2008. Arte-terapia, una introducción, Barcelona, Octaedro, 2006. Debido a la experiencia de este psiquiatra en el campo del Arte-terapia, Klein será uno de los estudiosos en quien nos apoyaremos a lo largo de nuestro estudio, sin que ello signifique que estamos de acuerdo con todas sus apreciaciones.
3. Klein JP. Arte-terapia, una introducción, Barcelona, Octaedro, 2006, pág. 86 ; J.-L. Sudres, *L'adolescent en art-thérapie*, Paris, Dunod, 1998, pág. 9.
4. Jean-Étienne Dominique Esquirol 1772-1840 es un psiquiatra francés, considerado como el

- padre del hospital psiquiátrico francés. En efecto él hizo votar la ley de 1838 obligando a cada departamento a dotarse de un hospital especializado. Redactó un informe "Sur les établissements consacrés aux aliénés en France" (Sobre los establecimientos consagrados a los alienados en Francia). Su obra principal llevaba el título de "Des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiénique, et médico-légal" (Las enfermedades mentales consideradas bajo el criterio médico, higiénico y médico-legal).
5. Fernández M, Martínez N. Arte-terapia conocimiento interior a través de la expresión artística, Madrid, Tutor, 2006, pág. 33.
 6. *Ibid.*, págs. 3-34.
 7. Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou La manie*, Paris, Caille et Ravier, 1801.
 8. Corella M. La nave de los locos, la piedra de la locura y otras Metáforas en *De la pintura psicopatológica al arte como terapia en España*, (1917-1986), Departamento de comunicación audiovisual, documentación e historia del arte. Universidad Politécnica de Valencia. 2000.
 9. Pinel fue nombrado director del Hospicio de Bicêtre en 1792. Cuando se hizo cargo, se desempeñaba por varios años antes allí Jean-Baptiste Pussin (1745-1811), con la ayuda de su esposa, de soltera Marguerite Jubline (1754- ?), quienes ya se habían percatado que era mejor tratar a los locos razonablemente, con consejos y órdenes de criterios estables, que mediante puros castigos, restricciones y sangrías. Pinel, que era médico pero no tenía formación psiquiátrica, se dio rápidamente cuenta de las ventajas de esta actitud, a partir de la cual surge lo que posteriormente llamó el "tratamiento moral". En tal coyuntura resulta difícil adjudicar el mérito del inicio de esta nueva forma de tratamiento o de quien era el maestro y quien el alumno.
 10. Klein JP. *L'art-thérapie*, Paris, sixième édition de Presses Universitaires de France, PUF, 2008, pág. 8.
 11. Todas estas terapias vendrían del mismo paradigma y su objetivo sería la readaptación profesional o social, generalmente con trabajos de artesanía, copias de cuadros de famosos. Su auge se manifestó mucho más tarde, alrededor de los años 50 con la aparición de los "clubes terapéuticos" y actualmente se continúan desarrollando; incluso hoy existe la carrera de "terapia ocupacional".
 12. Marcé LV. *De la valeur des écrits des aliénés au point de vue de la sémiologie et de la médecine légale*, Annales d'hygiène et de médecine légale, 2^e série, 1864, t. 21, 1-35; Brierré de Boismont A. *Sur les écrits*, Annales médico-psychologiques, 4^e série, 1864, t. 3, 1872; Simon M. *L'imagination dans la folie*, *ibid.*, 16, 1876, 358-390; A.Tardieu, *Études médico-légales sur la folie*, Paris, Baillière; Trélat U. *La folie lucide*, 1861; Artières P. *Le livre des vies coupables*, Paris, Albin Michel, 2000.
 13. Charcot JM, Richer P. *Les demoniaques dans l'art*, Paris, Delahaye & Lecrosnier, 1887, rééd. Paris, Macula, 1984; Rogues de Fursac J. *Les écrits, les dessins dans les maladies mentales*, Paris, Masson, 1905.
 14. Freud S. *Un souvenir d'enfance de Léonard da Vinci* (1910), Paris, Gallimard, 1970.
 15. En este libro Freud estudia la infancia de Leonardo da Vinci a través de la obra "La Virgen, el niño Jesús y Santa Ana", en donde existirían claves importantes para postular a la supuesta homosexualidad de Leonardo da Vinci.
 16. Rodríguez J, Troll G. *L'art-thérapie: pratiques, techniques et concepts: manuel alphabétique*, ellébore, Paris, 2006, pág. 166.
 17. Miller A. *La souffrance muette de l'enfant*, Paris, Aubier, 1990.
 18. Réja M. *L'art chez les fous. Le dessin, la prose, la poésie*, Paris, Mercure de France, 1907; rééd. Nice, Z'édicions, 1994, prés. F. Hulak.
 19. Corella M. *Adolf Wölfli y la pictoescritura en: De la pintura psicopatológica al arte como terapia en España* (1917-1986), Departamento de comunicación audiovisual, documentación e historia del arte. Universidad Politécnica de Valencia, 2000.
 20. Adolf Wölfli, peón de campo, pedófilo con demencia paranoica, estaba internado en el hospital Psiquiátrico de Waldau de 1895 hasta su muerte en 1930, autor de miles de dibujos, collages, escritura en prosa, poesía y música en un conjunto de cuadernos.
 21. Morgenthaler M. *Ein Geisteskranker als Künstler: Adolf Wölfli*, Bern, Ernst Bercher, 1921, trad. Franc.: *Adolf Wölfli, Les cahiers de l'art brut*, fasc. 2, Paris, 1964 ; *De l'artistique chez Wölfli et en général*, in F. Hulak (éd.), *La mesure des irréguliers*, Nice, Z'Éditions, 1990.
 22. Fernández M, Martínez N. Arte-terapia, conocimiento interior a través de la expresión artística, Madrid, Tutor, 2006, pág. 34.
 23. Corella M. *Hans Prinzhorn y la teoría de la pulsión creadora en De la pintura psicopatológica al arte como terapia en España* (1917-1986),

- Departamento de comunicación audiovisual, documentación e historia del arte. Universidad Politécnica de Valencia, 2000.
24. Lévi-Strauss C. *Regarder, écouter lire*, Paris, Plon, 1993.
 25. López M. *L'art brut en Arte-terapia conocimiento interior a través de la expresión artística*, Madrid, Tutor, págs. 34-35.
 26. J. Dubuffet J. *L'art brut préféré aux arts culturels*, galerie R. Drouin, 1949; *Place à l'incivisme*, Paris, Arts décoratifs, 1967.
 27. Al comienzo el dibujo sirvió para la descripción de las sucesivas etapas de desarrollo: 1885, Ebenezer Cooke en Londres; 1887, Corrado Ricci en Bolonia, 1888, Pérez; 1897, Sully; 1900-1915, Lamprecht en Leipzig. J.-H. Luquet. Otro muy interesado en el mundo del niño es Piaget, 1925. Asimismo Anna Freud, quien lo utilizó como material importante dentro del psicoanálisis. En ninguno de estos casos se habla de Arte-terapia; pero sí destacamos la importancia del dibujo como forma de lenguaje y posible comunicación. Chevier A. *quelques aperçus sur l'histoire du dessin d'enfant*, *La Psychiatrie de l'enfant*, XXXIV, 2, 1991; Luquet GH. *Les dessins d'un enfant*, Paris, Félix Alcan, 1913; Michaux H. *Les commencements*, Montpellier, Fata Morgana, 1984; Minkowska F. *De Van Goth et Seurat aux dessins d'enfants*, Paris, Les Presses du temps présent, 1949.
 28. Winnicott DW. *Realidad y juego*, Buenos Aires, Granica, 1972.
 29. "El analista desea interpretar, pero esto puede estropear el proceso y hacer aparecer en el paciente una especie de autodefensa desde donde el paciente atacará al analista". "Una psicoterapia en profundidad puede ser conducida sin trabajo interpretativo [...], el momento clave es aquel en que el niño se sorprende a sí mismo y no aquel en el que yo hago una brillante interpretación. La interpretación dada cuando el material no está aún maduro es adoctrinamiento que engendra sumisión". "La creatividad del paciente, el terapeuta puede ocultarla con facilidad. Lo importante no es tanto saber del terapeuta como el hecho de que pueda ocultar ese saber, dejar de proclamar lo que sabe". "Jugar es en sí mismo una terapia" en: Winnicott DW. *Realidad y juego*, Buenos Aires, óp. cit.
 30. Winnicott y la simbolización está ampliamente trabajado en la obra de Jean Pierre Klein, Mireia Bassols, Eva Bonet et al. José Manuel Pagán, *Arte-terapia; Creación como proceso de transformación*, óp. cit., págs. 25-30.
 31. Adrian Hill contrajo la tuberculosis en 1938, ingresa en un sanatorio donde, en la cama, dibuja variados objetos, su habitación, su operación y ciertos detalles. El cuadro "El baño del sanatorio", expuesto en la sociedad real de los artistas británicos, llama la atención de la prensa. "El germen del Arte, una vez se encuentra firmemente en el espíritu y en el corazón, es mucho más difícil de desalojarlo, que otro germen que nos sea a todos más familiar". "El Arte-terapia es constructivo" son palabras de Hill citadas en Jean Pierre Klein, Mireia Bassols, Eva Bonet et al. José Manuel Pagán, *Arte-terapia; Creación como proceso de transformación*, Barcelona, 2008. pág. 34.
 32. Rodríguez J, Troll G. *L'art-thérapie: pratiques, techniques et concepts: manuel alphabétique* Ellébore, Paris, 2006, pág. 167.
 33. En el libro de Jean Luc Sudres, *L'adolescent en art-thérapie*, Paris, Dunod, 1998, p.15 Margaret Naumburg aparece como la primera en utilizar el término de Arte-terapia. "Le terme, apparu avec M. Naumburg à la fin des années trente, est sous-tendu par une exigence de formation psychodynamique sur l'étayage d'une pratique artistique. Dès 1914, elle avait fondé une école sur ces principes"; traducción literal "El término aparece con M. Naumburg a fines de los años treinta, se basa en un requisito de formación psicodinámica en el andamiaje de una práctica artística. En 1914 fundó una escuela sobre estos principios". A diferencia de otros trabajos como el del Jean Rodríguez y Geoffrey Troll, en donde el primero en utilizar el concepto no es un psiquiatra sino un artista Adrian Hill; también encontramos esta misma referencia en otras dos obras, primero en el trabajo de Marián Fernández Cao y Noemí Martínez Díez y segundo en la obra de Jean Pierre Klein, Mireia Bassols, Eva Bonet et al. José Manuel Pagán. Ver; Jean Rodríguez, Geoffrey Troll, *L'art-thérapie: pratiques, techniques et concepts: manuel alphabétique*, Paris, Ellébore, 2006, p.167. Marián Fernández Cao, Noemí Martínez Díez, *Arte-terapia conocimiento interior a través de la expresión artística*, Madrid, Tutor, 2006, pág. 36. Jean Pierre Klein, Mireia Bassols, Eva Bonet et al. José Manuel Pagán, *Arte-terapia; Creación como proceso de transformación*, Barcelona, Octaedro, 2008, pág. 34.
 34. Naumburg M. *Dynamically oriented art therapy: its Principles and practices*, Grune & Stratton, New York, 1966. Citado por Daniel Malpartida, *Psicoanálisis a Través del Arte: Un Presente Por Venir*, BS AS y Santiago. *Rev. Actualidad Psicológica* Enero-Febrero 2003.

35. Fernández M, Martínez N. Arteterapia, conocimiento interior a través de la expresión artística, Madrid, Tutor, 2006, óp. cit., págs. 36-37.
36. Kramer E. Art Therapy in a Children' Community (1958). Springfield, IL: CC Thomas. Schocken Books, NY, 1977 ; Kramer E. Art as Therapy with Children (1971). New York: Schocken Books. Revised edition Magnolia Street Publishers, Chicago, IL, 1994.
37. Fernández M, Martínez N. Arte-terapia, conocimiento interior a través de la expresión artística, óp. cit., págs. 36-37.
38. Rodríguez J, Troll G. L'art-thérapie: pratiques, techniques et concepts: manuel alphabétique, óp. cit., pág. 167.
39. Volmat R. L'Art psychopathologique, Paris, Presses Universitaires de France, 1956.
40. Delay J. Névrose et création, Aspects de la psychiatrie moderne. PUF, Paris, 1956.
41. Fernández M, Martínez N. Arte-terapia, conocimiento interior a través de la expresión artística, Madrid, Tutor, 2006, pág. 38
42. El de Adelina Gomes es un caso emblemático de una paciente con esquizofrenia del hospital de Río de Janeiro. Ella nació en 1916, fue hospitalizada desde 1937 hasta su muerte en 1984. En estos años ella produjo 17.500 trabajos artísticos. Adelina Gomes fue la primera mujer en participar en la exposición inicial del Museo de las imágenes del inconsciente del Estado de Río de Janeiro en Brasil, por Nise da Silveira. El caso de Adelina está ampliamente desarrollado por Maria Reis Amendoira, Maria Tavares Cavalcanti, "Adelina Gomes: La femme qui voulait être une fleur" in "Imaginaire, art et thérapie, figures, n° 30 cahiers sur l'image, le symbole et le mythe", Centre Gaston Bachelard de Recherches sur l'imaginaire et la Rationalité, 4° trimestre, 2006.
43. Rodríguez J, Troll G. L'art-thérapie: pratiques, techniques et concepts: manuel alphabétique, Paris, Ellébore, 2006, pág. 170.
44. Ibíd., pág. 171.
45. ECARTE, "The European Consortium for Arts Therapies Education", [En línea disponible en] <http://ecarte.info/>. (Página consultada el 7 de marzo de 2010.)
46. El Dr. Rafael Torres Orrego reunió diferentes producciones plásticas de los pacientes del entonces Hospital Psiquiátrico en el libro "La Expresión Plástica Psicopatológica". En su Nota Preliminar advierte que esta obra fue aprobada para su publicación en 1973 por la Comisión de Publicaciones de la Universidad de Chile, proyecto luego retirado por razones circunstanciales de esa época.
Por el interés de su contenido material el autor hizo una edición privada posterior, cuya referencia bibliográfica es: Torres R. *La expresión plástica psicopatológica*. Santiago, Editorial Occidente, 1997 (290 págs.).
47. Serrano P. Desarrollo del Arte-terapia en Chile, Arte-terapia, Papeles de arte-terapia y educación artística para la inclusión social, Vol. 3, 2008, págs. 17-22.
48. Mimí Marinovic, Profesora de Artes Plásticas, Universidad de Chile. Especialización de postítulo Art Therapist, American Art Therapy Association, Profesora Titular de la Universidad de Chile por más de 15 años, fundadora del Programa de Especialización en Arte-terapia. Miembro Profesional de la American Art Therapy Association y del International Networking Group of Art Therapists. Vicepresidenta de la Société Internationale de Psychopathologie de l'Expression et d'Art-thérapie.
49. ACAT, Asociación Chilena de Arte-terapia, Arte Terapia en Chile, [En línea disponible en] <http://www.arteterapiachile.cl/arteterapia.swf> (Página consultada el 20 de marzo de 2010.)
50. Ibíd.
51. Serrano P. Desarrollo del Arte-terapia en Chile, Arte-terapia, Papeles de arte-terapia y educación artística para la inclusión social, Vol. 3, 2008, pág. 18.
52. Daniel Malpartida, Psicólogo y psicoanalista argentino-peruano con residencia definitiva en Chile. Sus investigaciones han estado centradas en general y desde el año 1975 en las relaciones entre arte, cultura y psicoanálisis. Hoy en día se dedica a hacer psicoterapia a través del arte. Algunas de sus publicaciones, Winnicott y El Nuevo Paradigma -X Jornadas Winnicottianas Latinoamericanas- Santiago De Chile. 2001. Pintando en la Oscuridad.- Relación, Arte y Creatividad en un Grupo de Ciegos. Editado por Integrarte, Santiago de Chile. 2002. Psicoanálisis a Través del Arte. Un Presente Por Venir. Rev Actualidad Psicológica. Número: Arte y Psicoanálisis. BS AS - Santiago de Chile, 2003. Freud a 150 años de su nacimiento: Cuando el Psicoanálisis se relaciona con el arte. Revista Psiquiatría y Salud Mental, 2006, entre otros.
53. Serrano P. Desarrollo del Arte-terapia en Chile, Arte-terapia, óp. cit., pág. 18.

54. ACAT, Asociación Chilena de Arte-terapia, Arte-terapia en Chile, [En línea disponible en] <http://www.arteterapiachile.cl/arteterapia.swf> (Página consultada el 20 de marzo de 2010.)
55. Registros de la ACAT, Asociación Chilena de Arte-terapia, Arte-terapia en Chile, antecedentes históricos del Arte-terapia en Chile, Disponible en <http://www.arteterapiachile.cl/> (Consultado el 2 de abril de 2010.)
56. *Ibíd.*
57. Serrano P., *óp. cit.*, pág. 19.
58. Serrano P., *óp. cit.*, pág. 20.
59. En relación con el tema, Paula Serrano señala: "Como se mencionó anteriormente, el Arte-terapia es todavía una especialidad y es necesario darle la connotación de Magíster y en un futuro potenciar la formación de un Doctorado. Así mismo, para ganar credibilidad es importante realizar investigaciones. Este punto es clave ya que la investigación es la única manera de tener pruebas tangibles de que el Arte-terapia tiene resultados positivos y así se pueda lograr el reconocimiento como una profesión en Chile y en el mundo". Serrano P. Desarrollo del Arte-terapia en Chile, *Arte-terapia*, *óp. cit.*, pág. 21.

Epónimos e Historia.

Cuando el conjunto suma más que las partes

LUIS ARAYA C.²

En este artículo se recuerda el significado y el sentido de los epónimos, el lugar que tienen actualmente en medicina y diversas formas cómo pueden aplicarse.

Se propone usar los epónimos como un instrumento eficaz para estimular el conocimiento de la historia de la medicina. Si bien su empleo impone una dificultad al proceso de enseñanza/aprendizaje, puede estimular tanto al docente como al estudiante a mejorar su bagaje cultural y contribuir a enfatizar la idea de que la medicina no existe solo como un acopio de conocimiento científico o técnico, sino que su acervo ha sido elaborado paso a paso por muchos, a lo largo del tiempo, y que vale la pena conocer dicha historia. El interiorizarse en esta materia nos puede hacer integralmente mejores médicos.

En ello está la ganancia: un efecto mayor que la simple suma de sus partes.

Palabras clave: enseñanza - historia de la medicina - epónimos.

Eponyms and History. When the whole is more than the sum of its parts

This article recalls the meaning and significance of eponyms, the place they have nowadays in medicine and some different ways how they can be applied.

The use of eponyms is proposed as an effective tool to stimulate the knowledge of the history of medicine. As its use poses a challenge to the teaching-learning process, it may predispose both the professor and the student to improve their cultural background. It also contributes to emphasize that medicine is not a mere gathering of scientific or technical knowledge, since it has been elaborated step by step by many people, through time: so it is worth being acquainted with such history. This knowledge may make us better doctors.

There is the gain: an effect greater than the sum of its parts.

Key words: teaching - medicine history - eponyms.

INTRODUCCIÓN

“En toda agua, mientras más ancha y profunda más fácil es que hasta el más hábil nadador, termine por sucumbir en ella...”

Pero...

¿Quién puede aprender a nadar en la tina del baño?”

La Medicina es una materia clásicamente propia de las Ciencias Biológicas con un cada vez más fuerte contenido y enfoque científico tecnológico en sus aplicaciones diagnósticas y terapéuticas. Es una derivada natural del mayor conocimiento, complejidad y desarrollo de estas áreas del conocimiento, aspectos que son enseñados en el pregrado en apretado currículo que siempre resulta escaso pese a lo extenso de los años de estudio que lo conforman (7 años en la mayoría de los países). Y si bien en los años recientes ha ido (re)incorporando cada vez más aspectos propios del área humanista, tales como la bioética, antropología, sociología e historia de

² Médico Cirujano. Profesor Asistente de Neurología. Neurología y Bioética, Hospital San Juan de Dios, Campus Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Correo electrónico: lucas_craneo@yahoo.com
Recibido el 10 de diciembre de 2010. Aceptado el 21 de febrero de 2011.

la Medicina, estos son en general entregados en los primeros años de la carrera y luego ya no son tema habitual en las etapas educativas posteriores de los estudiantes.

Considerando que junto con el conocimiento y desarrollo técnico, serio y actualizado de sus aspectos científicos, necesarios e imprescindibles en la formación de un buen médico para la realidad actual, también deben fomentarse los propios del respeto, tolerancia, sentido social y aquellos que explican el porqué del ser de la medicina y sus raíces históricas. Pensamos que estos conocimientos no deben quedar reclusos solo en los primeros años de la carrera como un compacto aislado, sino que deben seguir siendo desarrollados, entregados y estimulados a lo largo del resto de la carrera e incluso en los años de formación de posgrado en los centros donde se imparte esta enseñanza, no agregando más materias al currículo formal, sino mediante el invaluable e imperecedero recurso de la enseñanza tutorial también clásica de la enseñanza de la medicina que se da en el trato docente-alumno de tipo clínico. Allí es donde se puede aplicar, enseñando y estimulando el conocimiento de la historia de la medicina, empleando, entre otras formas para tal efecto, seminarios sobre temas relacionados, hablando sobre los descubridores y sus aportes, asociando a lo propiamente médico aspectos biográficos, históricos y humanos de dichos personajes, promoviendo la investigación que incluya estos aspectos, etc., y mediante el recurso de insertar en el quehacer y discurso cotidianos temas que motiven este tipo de reflexión. Así el empleo de los epónimos resulta una forma simple y efectiva en tal sentido.

Este recurso resulta entonces un medio más, complementario al curricular, de contribuir a estimular y profundizar el conocimiento e interés por la historia de la medicina, cuyo mayor mérito puede situarse en que, al ser incorporado al quehacer clínico habitual, puede desarrollar permanentemente el contacto, la información y la motivación de los estudiantes y médicos jóvenes por esta disciplina, y además generar los mismos beneficiosos efectos y consecuencias en los clínicos de mayor experiencia que la practican.

Expuesta nuestra justificación, comentaremos a continuación algunos antecedentes

sobre los epónimos, particularmente referidos a la Medicina.

Epónimo: (Del gr. ἐπώνυμος, epí: sobre; ónoma: nombre)

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua, epónimo: adj. Se dice del nombre de una persona o de un lugar que designa un pueblo, una época, una enfermedad, una unidad, etc. U. t. c. s. (1). Y si bien inicialmente este término se asignó a personajes más bien "heroicos" (2), con el tiempo ha derivado en una forma más específica y menos excluyente, que es la que emplearemos en este escrito sobre el tema.

Es materia de discusión desde hace unas décadas si el empleo de los epónimos en medicina tiene justificación. En Anatomía, de hecho, han sido descartados formalmente o cuando menos desaconsejados (3) y según se lee en el texto de Anatomía Humana de H. Hollinshead al referirse a los epónimos como "...*términos anticuados de la ya en desuso Nomina Anatómica de Basilea (NAB)*." (4-6), contradiciendo a la Primera Nomenclatura Anatómica Internacional, de la ya mencionada NAB del año 1895, cuyo objetivo principal pretendía eliminar diferencias nacionales en las diversas denominaciones y hacer más reducida la nomenclatura en uso hasta entonces, pero que mantenía respetuosamente el nombre de quienes hubiesen sido los primeros en describir una determinada estructura, en su contenido (6).

En los demás ámbitos de la Medicina este abandono progresivo del uso de los epónimos también ha ocurrido por razones semejantes, con el progresivo predominio de la medicina norteamericana, más pragmática y esquemática. No obstante ello, los epónimos persisten porfiadamente, la mayoría como remanentes de antigua factura, pero también con el aporte de otros más nuevos. Es que el surgimiento de un epónimo tiene a la comunidad social médica y a los pares como principales gestores, quienes como reconocimiento del aporte de algún destacado investigador o descubridor (y en ocasiones también a algún "afortunado" favorecido de la serendipia) lo incorporan. En estos casos a la Academia solo le queda efectuar su reconocimiento formal.

Hace unos años el autor de este trabajo realizó el ejercicio de someter a una especie de análisis de pros y contras la utilidad de mantener el uso de los epónimos en el lenguaje médico (7). Análisis para nada objetivo, es cierto, pues su visión del asunto era y sigue siendo la misma: está convencido de sus múltiples beneficios para la salud cultural e intelectual del médico, incluida, entre otros, su enorme utilidad como eficaz herramienta para aprender y enseñar aspectos de la Historia de la Medicina, como parte integral del ser médico y no solo como una disciplina más del currículo, ya bastante recargado del estudiante como ya se señaló, la cual se aspira a aprobar lo más rápido y con el menor esfuerzo posible, para dedicar el tiempo a temas más "útiles e importantes" de una medicina pragmática y tecnológica, sin tiempos ni espacios para saberes prescindibles, desde esta perspectiva reduccionista.

Hecha esta necesaria explicación inicial sobre los epónimos y su sentido general, se expondrá una suerte de clasificación de los mismos en medicina, según una arbitraria forma de entenderlos de acuerdo con su uso cotidiano y al valor de los mismos, así derivado.

CATEGORÍAS DE EPÓNIMOS MÉDICOS

1.- Incuestionables e Insustituibles:

Aquellos de uso y conocimiento universal, de tal modo que definen y señalan per se y ante cualquier interlocutor medianamente instruido en Medicina, lo que mencionan, sin necesidad de mayor detalle o explicación agregada, tanto así, que algunos se pueden reducir al simple nombre de su descubridor o inventor. Ej.: enfermedad de Alzheimer; enfermedad de Parkinson; síndrome de Down; índice de Apgar; bacilo de Koch. B.C.G., etc.

En estos casos su mención suele ser habitual en el lenguaje médico y aceptada y entendida por todos, intuitivamente. Son por esta misma razón un excelente vehículo para preguntar(se): Bueno, ¿Quién habrá sido este personaje, cuál su mérito para tal honor?, entre otras posibles preguntas, que abren la posibilidad de aproximarse a saber algo más de la historia oculta de estos términos.

2.- De valor relativo:

Aquellos que aun teniendo valor orientador claro no son de uso ni conocimiento común, sino de grupos particulares (entiéndase especialistas, p.e.), o bien: aquellos que reciben diversas menciones (epónimos compuestos y no unívocos), según diversos interlocutores. Ej.: síndrome de Frey, cuadro conocido por los neurólogos pero desconocido para la mayoría de los demás médicos, s. de Sturge-Weber-DimitriKrabe, s. de Guillain Barrè-Stroll, de mención diversa, según el país donde se le nombre.

Este tipo de epónimos es poco aceptado, pero aun así, son una muy buena fuente para que, utilizados con discreción, motiven o permitan la nota anecdótica que incrementa el conocimiento de los jóvenes.

3.- De valor escaso:

Habitualmente son categorías de epónimos de conocimiento muy reducido, de aporte o aplicación muy menor y en grupos de médicos también muy escaso. Ej.: enfermedad de Bright. En este caso, y por las mismas razones, su uso sería apenas aceptable en esos grupos y no exigible en otros ámbitos, pues su empleo en grupos más externos, en vez de motivación, sin dudas lo que pueden generar es más bien rechazo, perplejidad o fastidio, transformándose así, prácticamente en un elemento aversivo más que en una motivación a conocer algo más allá de un nombre asociado a alguna entidad médica.

4.- De valor meramente enciclopédico:

Como en todo campo del saber, también en este existen estudiosos que acopian y actualizan la información sobre cuanto epónimo existe o aparece en Medicina, en diccionarios, monografías, etc. En estos se puede encontrar mucha información sin ningún criterio o valor que amerite ser tenido in mente en la práctica clínica habitual, salvo la del experto interesado en el tema, de modo particular.

De ese mismo valor es la información que entregan. Habitualmente se recurre a estos compilados para fundamentar o dar mayor valor a trabajos de investigación sobre temas específicos. Ej.: Síndrome de AASE-SMITH: malformación congénita propia de los varones, caracterizada por anemia hipoplásica y trifalangia de los pulgares, con hidrocefalo y

anormalidad de Dandy-Walker (¡el colmo: un epónimo que encierra otro en sí mismo! Un epónimo al cuadrado se podría decir), fisura palatina y contracturas de las articulaciones. Algunos autores lo asimilan al **síndrome de Diamond-Blackfan** (es decir: ni siquiera sería original, siendo su alter ego igualmente otra entelequia igualmente abstrusa) (2). No tienen prácticamente validez clínica, desde la perspectiva que motiva esta ponencia. Y su valor reside en el del reconocimiento puntual, de algún aporte con cierto significado en cuanto tal, de alguien no exento de méritos, en patologías o esferas del saber tan reducidas, que por tanto si bien aportan a la vastedad del conocimiento en medicina, no forman parte de la misma en forma cotidiana.

Resumimos a continuación algunos argumentos en pro y contra del uso de los epónimos en medicina.

UTILIDAD DEL EPÓNIMO COMO ELEMENTO PEDAGÓGICO Y ESTIMULADOR DEL CONOCIMIENTO DE LA HISTORIA DE LA MEDICINA

- 1.- Permite el acceso directo a un tema, personaje, época, o circunstancia de valor o significado histórico, sin necesidad de incorporarlo o anexarlo de modo forzado, cuando se lo menciona; haciendo que la observación, comentario o descripción del mismo por parte de quien lo emplea, resulte natural, enriquecedora e idealmente motivadora entre el auditorium.
- 2.- Produce la sensación de que la medicina, tiene profundidad, antecedentes, incidentes, curiosidades, veleidades, y no es solo un conjunto de datos para aprobar un certamen.
- 3.- El concepto aunado de medicina y nombres de personas, que la han construido a lo largo del tiempo, remarca que aquella es más que la suma fría e impersonal de conocimientos, habilidades y actitudes, sino que ha sido forjada por hombres que, como predecesores, han aportado a la misma. Este último aspecto se puede resumir y resaltar como la vertiente humanística que ensancha y enriquece la visión del ser médico. Un ejemplo dramático, pero

por ello mismo de gran importancia en este sentido, es el caso excepcional de un epónimo que recorre el camino inverso: de su creación y posterior destitución, como tal, por la sanción social de carácter ético que la comunidad científica dispuso para los descubridores del cuadro llamado en su momento de Hallervorden-Spatz, el cual perdió su denominación, a causa de que los mencionados autores son considerados criminales de guerra nazi, por tanto indignos de tener el reconocimiento que conlleva un epónimo (8). Ahora se la denomina, para bien o para mal "Neurodegeneración con acúmulo de hierro en el cerebro" (8).

- 4.- Algunos casos, aunque sean minoría, como ya se mencionó en el punto 1 de la categorización, tienen valor denominativo muy claro. Lo cual ahorra tiempo y palabras y orienta a su significado central con certeza y claridad. Ello constituye un mérito desde el punto de vista práctico. Ej.: ppanicolau.
- 5.- Como un dato de valor menor, pero no por ello excusable de mencionarlo, es el saber que muchos aportes o descubrimientos han sido efectuados por personas, a veces en condiciones adversas o circunstanciales; por médicos e incluso estudiantes de medicina y otros estudiosos o preocupados de la ciencia y la salud, no médicos (el mejor y más conocido ejemplo podría ser la figura de Luis Pasteur), abre la perspectiva de que si uno mismo pudiera, quizás también podría efectuar su propio aporte. Ello puede generar un actuar más activo y entusiasta frente al estudio y práctica clínica de cada cual y hacerlo más serio, atento y esperanzado y sacarlo de lo rutinario, que frecuentemente adormece el accionar médico.

CRÍTICA, INCONVENIENTES O LIMITACIONES ASOCIADAS AL USO DE LOS EPÓNIMOS

- 1.- Requieren de un esfuerzo extra de memoria cuando recién se los conoce o aprende.
- 2.- La gran mayoría no tiene valor nemotécnico y, por ende, no facilitan tampoco

el aprendizaje o alguna asociación que permita reconocerlos cuando se los encuentra en algún texto o algún médico “docto” los menciona. Son así más bien generadores de eventual confusión.

- 3.- Ponen a prueba, y muchas veces evidencian carencias o errores gramaticales o fonéticos del médico que los utiliza, cuando los menciona o escribe equivocadamente, si no los ha asumido en forma plena.
- 4.- Existe en realidad una cantidad infinita de epónimos, pues no hay regla que regule su uso o los autorice formalmente. Lo cual permite que existan muchos de valor solo local, e incluso que varíen por motivaciones más bien egoístas, según un lugar o país determinado. Ello es simplemente caótico. Ocurre en los epónimos que hemos denominado de valor escaso o los de tinte más bien enciclopédico en el punto 4 de la categorización de los epónimos.
- 5.- No son mencionados ni exigibles en prácticamente ningún sistema de información médica actual, ya sea de investigación o registro. Ej.: Nómina Anatómica (NA).; Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE); Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), etc.

Confrontados los pros y los contras del uso de epónimos en medicina, desde la perspectiva que motiva esta ponencia, es decir, su eventual aporte directo a la historia de la medicina y como herramienta para interesar y promover su estudio y su utilización entre los estudiantes y médicos jóvenes, siguen teniendo pleno valor.

Es claro que en las instancias curriculares formales la carrera de Medicina, la Historia de la misma tiene un lugar, tiempo y temario específico, como ya se adelantó y que constituye el pilar sobre el cual el resto, entre ellos esta proposición, deben articularse como complementos armónicos que contribuyan positivamente al mismo objetivo, sin que para ello haya que efectuar reformas curriculares, ni ningún cambio esencial en el modelo formativo. Entonces se debe pensar en cómo engarzar en el proceso educativo de pregrado y en la enseñanza de los médicos jóvenes este modelo.

Planteadas así la situación, surge la pregunta de quién, cómo y cuándo aplicar los epónimos en forma que resulten motivadores, entretenidos, discretos y cumplan finalmente su propósito, de acuerdo con el objetivo de esta ponencia.

Así: ¿Quién debería hacerse cargo de esta actividad?

De lo anterior se deduce que la principal responsabilidad como motor y ejecutor de esta tarea reside en el médico docente clínico, sin que esta labor sea exclusiva de él o no pueda ser también realizada por otros médicos que, motivados por ella, hagan su propio aporte personal.

Eso sí, debiera existir un consenso general a la idea y práctica de esta actividad, para que sin perder su carácter voluntario fuese respaldada por la autoridad académica pertinente, quizás como una aspiración de contribuir a mejorar la formación integral del estudiante de pregrado y posgrado, con un fundamento parecido al esbozado anteriormente.

Debemos entender que la enseñanza y el uso de los epónimos en medicina genera una doble vertiente en lo educativo:

La primera es de carácter informativo: que es la inicial y más básica, consistente en mostrar algo como dato concreto y que el alumno no sabe: el epónimo como tal; en ello el aprendizaje es de información pura.

Luego está el aspecto motivacional, centrado en el proceder ulterior que el alumno realiza con esta información, y que es lo realmente interesante. Para ello la primera parte debe ser entregada por el docente con intención, discreción y habilidad, para que genere más que el simple conocimiento de un nombre, una verdadera incitación a una “cacería”, que mediante un proceso de “cascada” motive al estudiante a seguir tras esa pista inicial en busca de algo más. Ese es el verdadero objetivo donde el proceso de búsqueda de mayor información genere en el estudiante el quehacer activo de adquisición personal de ese nuevo conocimiento: este acto es el verdaderamente central en lo formativo.

SOBRE EL USO PRUDENTE DE LOS EPÓNIMOS

Como en casi todo ámbito de las actitudes y comportamientos humanos la regla de oro del actuar prudente parece ser, una vez más, un buen referente al momento de emplear los epónimos.

Esta prudencia se inicia con el uso oportuno de un determinado epónimo. Emplearlos solo cuando la circunstancia lo aconseje. No hay peor enemigo del efecto benéfico y útil que le atribuimos, que el mencionarlos a cada instante o por cualquier razón. Ese es el extremo empalagoso y pedante que se enfrenta con su opuesto: el no utilizarlos nunca. Ambos generan consecuencias semejantes (como lo producen habitualmente los extremos de cualquier aspecto): el que no se conozcan, se ignoren o, peor aún, que se repudien, por parte de los estudiantes o médicos jóvenes.

Ahora, si ya sabemos el **porqué** y **cuándo** utilizarlos, hay que hacerlo bien. Es el **cómo** emplearlos.

En este aspecto también podemos distinguir varias formas de abordarlo.

1.- **Casual (formal):** Es el más empleado: casi todos los médicos con inclinación docente hacen algún aporte en esta forma, con cierta frecuencia. En general al realizar la exposición, en la parte introductoria, se mencionan aspectos históricos del tema o a alguien en particular y, junto con mostrar una foto del mencionado, se dicen algunas palabras sobre quién fue, qué aportó y su importancia.

Las ventajas de este modo de proceder son su empleo habitual y generalizada aceptación, el poder llegar a un público masivo (todo un curso) y su forma simple y directa de abordar el tema.

Las desventajas son que raramente son motivadoras, pues el auditor suele distraerse, no le da mayor atención pues, en general, lo que deba aprender al respecto (y que será evaluado) de la clase no versará sobre estos temas y nadie pone real interés en este tipo de información.

2.- **Casual (clínico):** También es relativamente habitual. La diferencia con el anterior consiste en que este suele aplicarse durante

el ejercicio clínico. En la entrevista o el examen del paciente.

Sus ventajas son: ser más dinámico que la forma anterior, permite interpelar al estudiante, de este modo le hace pensar, le motiva a buscar por sí mismo si el docente es hábil en la motivación. Y bien empleado es muy provechoso. Permite también, si el docente ocupa el recurso, generar la búsqueda en el estudiante por sí mismo, si no ha sabido dar respuesta a lo preguntado.

La desventaja es que no es exigible a todos y generalmente, si se procede de esta forma, solo uno o dos de un grupo podrán apreciarla y sacarle el verdadero provecho. Pero hay que considerar que siempre en todo quehacer humano no puede pedirse a todos motivación homogénea y debe respetarse también al que no muestra interés, por mucho que para otro sí la genere.

3.- **Formal ocasional:** Suele ser un modo más esporádico de aplicación. Consiste en la asignación de un tema de tipo biográfico a un estudiante, para que éste lo prepare y luego exponga ante un auditorium, en general de reducido número.

En esta misma categoría se puede incluir la excursión en este tipo de temas de médicos que, motivados por algún aspecto de su quehacer, dedican tiempo y estudio a alguna biografía o tema histórico y lo publican en alguna revista médica como tema.

La ventaja real suele ser para quien tiene la tarea asignada, pues los escuchas suelen adoptar una actitud pasiva y despreocupada.

La desventaja es que aparte de parecer forzada requiere un alto índice de motivación y conocimiento del docente que encarga la tarea y la dificultad de incluirlo en un calendario de reuniones en las que se privilegia lo técnico, por lo que este tipo de temas suele quedar en segundo plano.

4.- **Formal habitual:** de más está decirlo. Es el que se emplea de modo cotidiano, pero restringido a ámbitos de profesionales altamente motivados en el tema (tales como la Sociedad de Historia de la Medicina).

Su nivel es alto por la preparación y el conocimiento que estas personas suelen tener.

Es claro que todas estas formas de proceder son igualmente válidas y su conjunto necesario para producir el mejor efecto posible, en la búsqueda del objetivo planteado, cual es contribuir a mejorar en nivel de conocimientos sobre la historia de la medicina de los estudiantes y médicos jóvenes y estimular esta práctica en ellos.

CONCLUSIONES

Parece claro que el uso de los epónimos en medicina sigue teniendo un lugar importante, como forma de reconocimiento al aporte que muchas personas han hecho a su desarrollo a lo largo de la historia y que su mención, en forma recíproca, permite acceder a un mejor y mas justo medio de conocer esa historia por parte de los estudiantes y médicos jóvenes, y que quienes están mejor capacitados para promover y estimular este desarrollo son los médicos que ejercen labores clínico-docentes: para ello existe una serie numerosa de recursos, todos con su propio nivel de validez y complementarios entre sí, y que es bueno sean fomentados y ojalá acordados para que produzcan el mejor efecto posible en tal sentido.

Como comentario final quisiéramos terminar esta exposición con una pregunta dirigida a quien lea estas páginas:

¿Cómo se podrían relacionar estos dos conceptos: "Quistes de Tarlov" con "La navaja de Ocam"?

REFERENCIAS

- 1.- Real Academia Española. Diccionario de la lengua española, 22ª edición. Real Academia Española. Madrid 2001.
- 2.- Real Academia Española. Diccionario de la lengua castellana, 12ª edición. Imprenta de D. Gregorio Hernando. Madrid 1884. Primera que recoge esta voz y que dice: "Aplicase al héroe o a la persona que da nombre a un pueblo, a una tribu, a una ciudad o a un periodo o época".
- 3.- Terminología Anatómica Internacional. Tokio. Japón. 1975.
- 4.- Hollinshead H. Anatomía Humana, tomo II, Ed. la medica. S.R.L. Argentina, 1966. pág. 539.
- 5.- Primera Nomenclatura Anatómica Internacional Basilea, 1895, conocida con el nombre de Nomina (Basle Nomina Anatomica).
- 6.- Federative Committee on Anatomical Terminology. (FCAT). Terminología anatómica. Stuttgart, Georg Thieme Verlag; 1998.
- 7.- Araya. L. Epónimos: ¿se justifica su utilización en medicina? Rev. Méd. Chile; 1995; 123: 379-83.
- 8.- Neumann M, Adler S, Schluter O, et al. Alpha-synuclein accumulation in a case of neurodegeneration with brain iron accumulation type 1 (NBIA-1, formerly Hallervorden-Spatz syndrome) with widespread cortical and brainstem-type Lewy bodies. Acta Neuropathol (Berl). Nov 2000; 100(5): 568-74.

Las herramientas del *echisero*: composición, usos y efectos de dispositivos mágicos en dos casos de hechicería colonial (1739-1749)

EDUARDO VALENZUELA A.³

Es de conocimiento general el que la *hechicería* y otras prácticas "mágicas" fueron durante gran parte de la historia respuestas plausibles para explicar afecciones físicas y mentales. Una enfermedad repentina podía despertar las sospechas de vecinos, desencadenando una ola persecutoria de la que los procesos por brujería europea son una muestra emblemática. El presente artículo se aproxima a otra dimensión del problema, esto es, a los efectos *reales* que determinados dispositivos mágicos inocuos podían producir en una sociedad, a partir de dos procesos que se desarrollaron en Chile colonial (S.XVIII). Se propone la existencia de un "lenguaje mágico" común a la sociedad colonial, y su consiguiente proceso de codificación que puede desembocar en afecciones psicósomáticas reales.

Palabras clave: hechicería - maleficio - brujería - indígenas - Chile colonial.

Echisero tools: composition, uses and effects of magical devices in two cases of colonial sorcery (1739-1749)

It is widely known that sorcery and other "magical" practices were plausible answers to explain physical and mental illnesses, during a great part of history. A sudden illness could awaken the suspicions of the neighbors, triggering a persecutory wave of which the prosecutions for witchcraft in Europe are emblematic cases. This article approaches another dimension of the problem, that is, the real effects that determined magical harmless devices could produce in a society, as shown by two prosecutions carried out in colonial Chile (S.XVIII). It is proposed that the existence of a "magical language" common in colonial society, and its resulting codification process, might culminate in actual psychosomatic conditions.

Key words: sorcery - hex - witchcraft - natives - Chilean colonial period.

Hechiceros, maleficiadores, encantadores, brujos. Los crímenes de heterodoxia fueron, sin lugar a duda, uno de los delitos de mayor dificultad probatoria tanto en la Edad Media europea como en la Colonia hispanoamericana. Los límites entre una práctica piadosa y otra ilícita eran difusos para la mayoría de la población, y de difícil solución teórica para los tratadistas, como es posible apreciar en la inagotable discusión del núcleo intelectual de la Iglesia

frente a estos fenómenos (1). Una importante división de aguas se da en la distinción entre heterodoxia herética –la brujería– y aquellas prácticas mágicas que no manifiestan vínculo explícito con el demonio y, por tanto, no constituyen delitos de latría o falsa adoración.

La *hechicería* entra en esta segunda categoría. Como señala Kieckhefer (2), durante gran parte de la edad media la hechicería fue homologada a la *magia natural*, esto es, el cono-

³ Programa de Magister en Historia. Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile. Correo electrónico: eivalena@uc.cl

Ponencia presentada en las "XI Jornadas de Historia de la Medicina". Este trabajo forma parte de la investigación que el autor realiza en el contexto de su tesis para la obtención del grado de Magister en Historia, Universidad de Chile, 2010.

Recibido el 12 de noviembre de 2010. Aceptado el 28 de enero de 2011.

cimiento de los efectos que se pueden producir en personas y cosas a partir de la manipulación de distintos elementos de la naturaleza, como las plantas. Comprendiendo la existencia de *virtudes ocultas* en distintas sustancias de la naturaleza, los entendidos podían crear pócimas, polvos y ungüentos, para afectar las emociones del hombre, hacerles amar o aborrecer unos a otros, ligar personas para que nunca se pudiesen separar, etc. Dicho de manera concreta, cuando un objeto, persona o sustancia excedía los límites de su propia constitución, produciendo un efecto inusual y ajeno a su *natura*, entonces se podía hablar de *hechicería*. El ala más radical de la intelectualidad en la Iglesia, como Santo Tomás de Aquino (3), tendió –a través de una compleja argumentación– a ver en estos hechos “mágicos” la influencia directa o indirecta de los demonios, los únicos capaces de alterar las leyes del mundo. Aun cuando no existiera delito de adoración demoníaca (demonolatría), se daba por hecho algún nivel de intervención.

La Iglesia en España consideró desde sus inicios (4) estas prácticas como propias de los rústicos, los hombres del campo, embrutecidos en su ignorancia y receptores de una evangelización hecha superficialmente. Su impiedad estaba en gran medida excusada por su ignorancia y desconocimiento. Por esta razón, aun cuando el núcleo intelectual de la Iglesia podía ver en estos actos una vinculación al menos implícita con el demonio, fueron, en general, indulgentes hacia el ejercicio de la magia.

Progresivamente, cuando el ejercicio de esta hechicería tenía un fin eminentemente dañino (causando dolencias o la muerte), se comenzó a hablar ampliamente de brujería, y su estereotipo fue modelándose con otros atributos. A diferencia de las prácticas de la *hechicería* –y todas sus variantes– la *brujería* poseía al menos tres rasgos que la hacían constituirse en un modelo independiente. En primer lugar, el instrumento utilizado era el *maleficium*, esto es, la potestad entregada por Satanás para causar –sobrenaturalmente– un mal a los cristianos mediante sustancias extrañas e inmundas. Es tan extendido el uso de estas sustancias en el maleficio, que frecuentemente se utiliza el término *envenenar* o *emponzoñar* como sinónimos del oficio de la brujería y el ejercicio del *maleficium*. Este constituía, a la

vez que un poder, un pacto de obligatoriedad en causar todo el mal posible al mundo. Un segundo aspecto es que, generalmente, la brujería se expresaba asociativamente, era una *secta*, y por ende constituía una sociedad organizada, reunida frecuentemente en juntas periódicas (*sabbath, aquelarre, conciliábulo*). Finalmente, la presencia del demonio era explícita y con adoración (latría) igualmente explícita, constituyéndose en un eje central del aquelarre mismo, oficiando la misa inversa –una profanación de la misa cristiana– y siendo, en suma, la cabeza misma de la secta.

Se transitó, pues, desde el hechicero individual que hacía efectos impensados con sustancias mundanas, a la bruja asociada con otras similares para causar daño al mundo (5).

Sin poder extendernos mayormente en los alcances de esta diferenciación, podemos señalar la problemática mediante un ejemplo largamente citado. Si se suministra exitosamente una hierba a un enfermo, acompañada por tres padrenuestros, se actúa con toda piedad y orden. Si se le suministra un día viernes, a media noche, con luna menguante, se obra con superstición y hechicería. Si la misma hierba se suministra previa invocación al demonio y con el objeto de causar un mal –o remediar un mal causado– es brujería. Si se piensa en la praxis, es posible imaginar los problemas de esta minuciosa categorización de la Iglesia.

En el contexto hispanoamericano esta diferenciación se vuelve más difusa, siendo especialmente notorio en los procesos que no eran derivados al Tribunal del Santo Oficio sino seguidos por la justicia ordinaria. En tales casos, el instrumental teórico de los jueces era mucho menor que el de los preparados jueces de la Inquisición, tanto en corpus documental y de procedimiento como en conocimiento casuístico del fenómeno. Los jueces seculares muchas veces hubieron de operar echando mano a su propio acervo, mezclando los conocimientos de su entorno inmediato, sus impresiones, las voces de los testigos y debiendo pronunciarse sobre materias de muy difícil comprobación.

En la presente ponencia revisamos algunos procesos de *hechicería* en la colonia chilena, para mostrar los efectos que un determinado dispositivo mágico –en este caso, las *bolstias coloradas*– produjeron no solo en sujetos específicos como son las víctimas de estas

hechicerías, sino también la percepción que la sociedad en su conjunto podría tener sobre estas prácticas y su efectividad.

El 8 de junio de 1739, en la ciudad de Santiago, Miguel Zañartu encuentra un caballo que avanza sin freno por la calle de Santa Clara. Llovía aquella noche. En su grupa, un indio desvanecido y fatigado, con el cuerpo lleno de moretones, avanzaba agarrado al pescuezo de la bestia mientras esta corría descontrolada. Miguel Zañartu iluminó la escena con un farol, detuvo al caballo mirando con atención al indio, y “*vio que tenía en una de las manos una bolsa colorada*”. Con las sospechas de quien reconoce un elemento familiar, Zañartu quitó la bolsita de las manos del indio y decidió llevarlo a las dependencias del Maestre de Campo don Francisco de Zañartu. En presencia de las criadas abrió la bolsa sospechosa:

haviendo allado tener dentro varias inmun-dicias que le causaron temor, como que denotavan ser de echiserías. las metio dentro de dicha bolsa y serro como estava (6).

Cosas de hechicería. Miguel Zañartu parecía tener una noción de lo que podía ser considerado propio de la hechicería y, por su peligrosidad, no tardó en guardar la bolsa a la espera de entregarla a las autoridades. Quedaba pendiente el indio. Volvió a la calle donde le había dejado, y le condujo a su casa. Al momento de encaminarlo, el indio

le dio a su voluntad un relicario que contenía cierta oración diziendo leyese aquel papel.

El indio fue encarcelado. La justicia infirió que, por estos antecedentes, debía tratarse de “*echisero o brujo*”, practicante de “*maleficios o supersticiones, lo qual es grave delito*”. El proceso se inició sin existir razón criminal alguna: las sospechas levantadas por una bolsa con contenido dudoso y la presencia de un relicario con unas hojas escritas bastó para alimentar el proceso e iniciar la ronda de testificaciones que buscarían probar la culpabilidad del reo. Sin existir aún alguna víctima del maleficio, la presencia del dispositivo mágico era antecedente suficiente para comenzar las pesquisas, pues se presumía debía ser brujo o al menos hechicero.

Es lícito pensar que este celo se haya debido en gran medida a la presencia de la reliquia que, en dicho contexto, podía implicar usos impíos o escandalosos de objetos sagrados. No era una improbable. Con la llegada del mundo hispano a América y el advenimiento de la evangelización, los objetos que acompañaron la praxis religiosa cristiana –especialmente aquellos vinculados a los sacramentos– no tardaron en ejercer una irresistible tentación en los indígenas, quienes buscaron el innegable poder sagrado que contenían. El Sínodo de 1626 celebrado en Santiago señala este problema en la constitución octava del primer capítulo, sobre la costumbre de los indígenas de robar crisma y óleo para fines maléficis (7). Existen, sin embargo, antecedentes para creer que su percepción fue errada (8).

Las causas criminales no tardaron en llegar y don Pedro Gregorio de Elso, alcalde ordinario de Santiago, dio inicio al proceso. Se le imputa el haber maleficiado un hijo del gobernador don Thomas de la Sierra que habría padecido graves dolores. Aparece también un nuevo personaje en escena, un mulatillo con el que se le veía comúnmente y del cual se sospecha un ejercicio similar. El objeto del proceso será, por tanto, conocer la naturaleza de las “*inmundicias que contiene dicha bolsa*”.

Chillán, 1749. El seis de septiembre una india llamada Josepha –de 25 años de edad– fue llevada ante Simón de Mandiola, cura y vicario de la ciudad de San Bartolomé de Chillán para testificar (9), por haber causado la enfermedad de una persona, en este caso, la esposa del Capitán Alejo de Zapata, doña Rita Jufre. Aunque las causas de la dolencia no estaban claras, el capitán aseguró haber oído durante la noche ciertos pájaros dando gritos extraordinarios, antecedente suficiente para iniciar las indagaciones. Las pesquisas de Simón de Mandiola no quedaron en Josepha, y se ordenó la captura de una india de avanzada edad llamada Melchora, por sus posibles conexiones con el daño causado. Preguntada por el juez, Josepha señaló que Melchora

entendía de echiserías y que sabía dar remedio para que las justicias no les yisiesen daño ni persiguiesen (10)

además de haber oído por voz pública su capacidad para causar maleficio y, de manera relevante, para sanarlo. Las dudas sobre Melchora tenían antecedentes, ya que en cierta ocasión le hallaron “*un cantaro debajo de la cama lleno de sabandijas las cuales las echaron al río*” (11).

Para el juez, el cura Simón de Mandiola, estos elementos constituían antecedentes que iban perfilando una imagen, la cual se reforzó con la delación de varios otros indígenas en el mismo proceso (Lorenzo Lienpangui, Fernando Guidca, india Marisela, entre otros) y por la presencia de una “*bolsita colorada*” que Melchora reconoció haber entregado a Fernando Guidca. Observando el efecto que sus testificaciones tenían en los jueces, Melchora no tardó en excusarse de los actos cometidos, pidiendo conocer la verdad del Evangelio, y a recibir el agua bautismal, huyendo de las prácticas señaladas (abjurando “*de todo pacto con el demonio, implícito y explícito*”).

Tanto el proceso seguido contra el indio Joseph en Santiago-1739 como la causa sustentada contra los brujos (12) de Chillán-1749 persiguen causas criminales que habrían realizado estos hechiceros a través de un dispositivo mágico. En ambos casos, el mismo elemento: una “*bolsita colorada*” con un contenido sospechoso o derechamente *inmundo*. Es la presencia de este elemento la que lleva a Zañartu a detener arbitrariamente al indio y someterlo a la justicia, cuyo contenido probablemente sea la causa directa de las terribles dolencias del hijo del gobernador Thomas de la Sierra.

Simón de Mandiola, juez eclesiástico que lleva la causa en Chillán-1749, también centra su atención en este objeto mágico. Tras ser delatada por Josepha, Melchora es llevada ante la justicia, para explicar la forma en que opera este dispositivo. La india explicó sencillamente que

regregandolas entre las palmas de las manos quando se calentaban conosia y sabia quando asian efecto en la pasiente que estaba echizada (13).

El cura Mandiola decidió entonces la realización de una prueba empírica *in situ*, para conocer los efectos visibles del hechizo contenido en esta “*bolsita colorada*”. Con la

enferma Rita Jufré presente, la india Melchora comenzó a frotar la bolsita, y

dixo como ya se yba calentando y en efecto solo con esto la enferma o pasiente empeso a sentir cruelisimos dolores en el cuerpo distributivamente esto es en las sienes y descansando de el dolor en esta parte pasaba de alli a la frente y descansando de la frente ynmediatamente pasaba a los oydos con el mismo orden (14).

Ambas partes pidieron el cese de la operatoria debido a los terribles gritos que daba la enferma, suspendiendo enseguida la prueba.

La bolsita es, en sí, un receptáculo de otros elementos, una estructura. Las justicias estuvieron interesadas rápidamente en perseguir el contenido de ellas. Cuando Simón de Mandiola ordena abrir la bolsita colorada de Melchora, encuentra en su interior:

una piedresita musga dos corales seis chaquiras las tres blancas y las otras tres negras con mas unas yerbas que al pareser estaban picadas algo menudas (15).

Piedrecillas, corales y hierbajos. Ninguno de estos elementos parece ser intrínsecamente negativo. Si bien algunas de las hierbas podrían ser intrínsecamente dañinas o venenosas, ciertamente no fueron esas propiedades las que causaron los terribles dolores que Rita Jufré experimentó en presencia del juez y los testigos. Fue la unión de estos elementos bajo el contexto de la bolsita, y el *arte* que la hechicera conocía. El caso del indio Joseph presenta algunas diferencias. Dentro de la bolsita colorada que le fue requisada, se encontró

(...) un animal ceco como culebra, como de vara y quarta o tercia de largo al parecer. Varios pedassos como de sangre ceca, rebueltos con hilados de lana (...) un palito raspado como de quilén y otro pedaso de naranjillo todo lo cual bolbió a meter en dicha volsa, y en otra que parecia relicario se allo unas ojas escripta... (16)

Con justa razón se sorprendieron los captores de Joseph con el contenido de la bolsa. Confluyen en ella cuatro elementos conflictivos:

en primer lugar la serpiente, fuente receptora de mucha significancia mágica y con una arraigada presencia en la tradición demonológica. Aunque Juan de León, machi convocado por la justicia para dar su opinión sobre el contenido de la bolsa, aseguró que no se trataba de una *culebra* sino de "*guerguero de Huco*", es enormemente significativo que la impresión de quienes vieron la bolsa haya sido la de encontrar una serpiente, como si se *esperase* su presencia en dichos contextos. En segundo lugar, la sangre y los hilados de lana, signos inequívocos de las ligaduras espirituales que los "filacterios" antiguos realizaban, y que implicaban el manejo de las emociones de hombres y mujeres. Similar uso se encontrará en el proceso de Domingo Rojas, un mulato de la ciudad de Talca que en 1765 habría escondido atadillos de lana y cabellos para maleficar a las vecinas de Vichuquén. En tercer lugar, la presencia de hierbas (en este caso, Quilén y Naranjillo) utilizadas en el curanderismo indígena y, por ende, signos inequívocos de ritos prohibidos. Finalmente, resultaba también muy sospechosa la contigüidad de esta "bolsita colorada" con otra que contenía un relicario con hojas escritas, abriendo la posibilidad de un uso herético de elementos sagrados, tal y como el Sínodo de 1626 celebrado en Santiago denunciaba en la desaparición de crisma y óleo sagrado.

Las bolsas, como estructuras, predisponen a un uso heterodoxo. El escrutinio de su contenido no es sino la corroboración de que el *hechicero* ha agrupado distintas sustancias en un mismo espacio, con el fin de esparcir la enfermedad a quienes aborrece.

CONCLUSIONES

Los casos expuestos nos permiten apuntar tres ideas centrales: en primer lugar, podemos tomar conocimiento del uso de *bolsas mágicas* por parte de hechiceros indígenas, en ambos casos de color rojo, coincidencia que quizás nos habla de una idea preconcebida sobre *cómo debiesen ser* dichos dispositivos y, de acuerdo a Laura de Mello e Souza, de una posible circulación a nivel hispanoamericano. Circulan, además, en contextos plenamente urbanos (como el caso del indio Joseph) o en la sociedad fronteriza de Chillán de la india Melchora. En segundo lugar,

a través de la reacción de los jueces al ver el contenido de las bolsitas, es posible observar la percepción que la sociedad colonial tenía sobre algunas sustancias utilizadas en determinados contextos, tales como las hierbas indígenas, los hilos de lana, las serpientes, entre otras. Finalmente, las dolencias sufridas por doña Rita Jufre en presencia de la bolsita manipulada por la india Melchora y la certeza de Zañartu en que su hijo habría enfermado por el contenido de la misma, son la prueba más concreta de la *efectividad simbólica* de dichos elementos, capaces de producir dolencias psicósomáticas a los sujetos expuestos a sus efectos. Hablamos, pues, de un lenguaje común a toda la sociedad colonial. Una serie de elementos percibidos como dañinos, comprendidos en su codificación por sujetos de diferentes contextos (indígenas, mestizos, mulatos, funcionarios españoles).

Existe, en suma, un conocimiento en la sociedad colonial sobre los efectos de ciertos elementos articulados bajo la forma de Dispositivos Mágicos determinados, como es el caso de las "Bolsitas" expuestas en esta revisión. De manera especialmente relevante, los elementos que constituyen estos dispositivos no incluyen sustancias intrínsecamente dañinas sino sustancias inocuas que son *articuladas* de una forma particular. Se nos viene a la memoria el caso de doña Juana Corosera, acusada de envenenar a su esposo con *sesos de asno* (17). En estos casos, sale a la luz un hecho fundamental: la capacidad, el conocimiento, el *arte*, que determinados sujetos poseen y que les permite transformar elementos inofensivos en principios de maleficio y enfermedad.

REFERENCIAS Y NOTAS

1. Para una detallada revisión de las disquisiciones de los tratadistas entre los siglos XV-XVIII, ver: Campagne FA. Homo Catholicus, Homo Superstitious. El discurso antisupersticioso en la España de los siglos XV a XVIII. Miño y Dávila editores, Buenos Aires, 2002.
2. Kieckhefer R. La magia en la Edad Media. Novagrafik, Barcelona, 1992.
3. De Aquino T. Suma Teologica. Entre los muchos pasajes sobre el rol de los demonios en la superstición e idolatría, señala: "El demonio se aprovecha (...) del hombre y da a su debilidad

- el golpe de gracia, respondiendo por el intermedio de los ídolos y obrando por ellos algunas maravillas". Libro IX, Cuestión 95.
4. Para un análisis del combate de la Iglesia temprana en España desde la perspectiva de la resistencia del paganismo a la evangelización ver: Sanz R. Cesset *Superstitio: La autopsia de un conflicto*. Revista *Gerión*, Anejo, 2003. Para un estudio del mismo fenómeno, desde la asimilación y tránsito de religiosidad, ver: Valenzuela E. *Vino nuevo en odres viejos: Superstitio et idololatria en la España alto-medieval*. En: *El mundo medieval: Legado y Alteridad* (edit. José Manuel Cerda) Editorial Finis Terrae 2009.
 5. Para una completa revisión de las distintas perspectivas historiográficas de este fenómeno, ver: Ginzburg C. *Historia Nocturna: Un desciframiento del aquelarre*. Munchkin Editores, Barcelona, 1991. Introducción.
 6. RA, vol 1759, Pieza 20, foja 319.
 7. "Ordenamos y mandamos que todos los años, habiendo óleo y crisma nuevos los pidan y lleven los curas y doctrineros a sus iglesias dentro de un breve tiempo. Y no los tengan en vidrios ni en alcuza vidriadas de barro, sino en crismeras de plata y en una cajuela con llave las dichas crismeras para que estén en custodia, por ser forzoso que las lleven indios de unas parroquias a otras; y si la cajuela fuese sin llaves se debía temer alguna indecencia y que usen los indios del óleo y crisma para algunos maleficios. Lo cual cumplan los dichos curas y doctrineros so pena de diez pesos de plata por cada vez que no lo cumplieren" (Capítulo Primero, Constitución Octava).
 8. Hacemos hincapié en que la visión de estas prácticas se realiza desde el área de conocimiento de los jueces locales, y no de la justicia eclesiástica. El juez cuestionó la presencia de estos papelitos en el relicario, exigiéndole al réo que dé explicaciones sobre su porte cuando, recordemos, el propio indio Joseph "dio a su voluntad un relicario que contenía cierta oración diziendo leyese aquel papel". La actitud del indio puede explicarse porque sencillamente no es el caso del Crisma y Oleo, donde operó un robo, sino algo distinto. Encontramos una pista en una nota en las *Cartas Annuas* de los Jesuitas. Se señala: "Es costumbre en los jesuitas, repartir hojitas con el nombre de un Santo, cuya fiesta se celebra en el mes que comienza, para venerarlo durante el mes que corre". Las *Cartas Annuas* mencionan varias veces esta costumbre, que era muy popular entre los indios cristianos. Facultad de Filosofía y Letras Instituto de Investigaciones Históricas. Documentos para la historia de Argentina. Tomo XIX. Talleres Casa Jacobo Peuser. Nota n° 9, págs. 434.
 9. "Lagos Carlos, protector de los indios de San Bartolomé de Chillán, representación que hace a la Real Audiencia sobre los excesos de justicia cometidos por el juez eclesiástico don Simón de Mandiola, cura y vicario de dicha ciudad, en la tramitación de las causas seguidas a los indígenas acusados de hechiceros (1749-1757)". ANS. Fondo RA, Vol 495, pág. 4ta. Este proceso es analizado in extenso en: Casanova H. *Diablos, brujos y espíritus maléficos: Chillán, un proceso judicial del siglo XVIII*. Temuco: Eds. Univ. de La Frontera, 1994.
 10. RA, vol 495, pág. 4. Foja 97.
 11. RA, vol 495, pág. 4. Foja 98. Aquí sabandijas opera en la misma dirección de inmundicias: como un concepto que engloba una serie indeterminada de elementos que solo tienen en común el pertenecer al universo conceptual de la hechicería y brujería.
 12. De acuerdo con la perspectiva señalada al inicio de este artículo, el proceso de Chillán 1749 se inicia como un proceso por hechicería en las mismas coordenadas que el proceso llevado contra el indio Joseph en 1739. A partir de cierto momento, el proceso de Chillán tomará las características de una causa por brujería, estando entre sus características la latría demoníaca, la asociatividad, el vuelo mágico y el theriomorfismo, todos rasgos estereotípicos del delito de brujería.
 13. RA, vol 495, pág. 4. Foja 99v.
 14. *Ibíd.*
 15. RA, vol 495. pág. 4. Foja 98v.
 16. Foja 320. Laura de Mello e Souza, en su estudio de la hechicería y religiosidad popular en Brasil colonial constata también la presencia de estas bolsas, las que reciben el nombre de "Bolsas de Mandinga". Compartimos la opinión de la autora, la cual señala: "Las bolsas son tal vez la más sincrética de todas las prácticas mágicas y de hechicería conocidas entre nosotros: son la resolución específica de hábitos culturales europeos, africanos e indígenas; congregan la tradición europea de los amuletos con el fetichismo amerindio y las costumbres de las poblaciones de África". Las bolsas analizadas por la autora son blancas, en lugar de aquellas coloradas observadas en los procesos chilenos. Sobre el contenido, señala: "Contenían piedra del rayo, ojo de gato, azufre, pólvora, una

bala de plomo, un vintén de plata, un hueso de difunto y los famosos escritos que debían colocarse sobre la piedra de ara. Eran papeles llenos de letras y figuras escritas con sangre de pollo blanco (...) palabras en honor de santos y otras cosas sagradas” (pág. 200). En nuestro caso, las hojas sagradas no se mezclan con las otras sustancias, sino que van “en otra que

parecía relicario”. Mello e Souza L. El diablo en la tierra de santa cruz: hechicería y religiosidad popular en el Brasil colonial. Alianza Editorial, Madrid, 1993, págs. 193.

17. Laval EM. Una autopsia en Chile en el siglo XVII. Historia, Santiago 1962-63: 118-133.

Situación sanitaria de la Armada de Chile (1886-1902): influencia del cirujano naval

CLAUDIO AROS Q.⁴

Este artículo describe la desfavorable situación sanitaria de la Armada Chilena en la segunda mitad del siglo XIX. Las propuestas de los cirujanos navales para implementar procedimientos diagnósticos, preventivos e higiénicos contribuyeron a mejorar esas condiciones entre 1886 y 1902.

Palabras clave: situación sanitaria - cirujanos navales - diagnósticos - medidas profilácticas.

Sanitary situation of the Chilean Navy (1886-1902): influence of naval surgeons

This article describes the unfavorable sanitary situation of the Chilean Navy in the second half of the 19th century. The proposal of naval surgeons to set up diagnostic, preventive and hygiene procedures contributed to improve those conditions between 1886 and 1902.

Key words: sanitary situation - naval surgeons - diagnoses - prophylactic measures.

INTRODUCCIÓN

Hacia fines del siglo XIX y principios del XX nuestro país entró en un proceso de urbanización e industrialización y esto condujo a su vez a la aparición de algunos problemas sociales, que comenzaron a mostrarse con mayor intensidad en el periodo señalado.

Los procesos de industrialización y de la mayor intensidad de ocupación de los núcleos urbanos causada por el incremento de las corrientes migratorias, produjeron un proceso de deterioro de las condiciones de vida de las clases bajas de las ciudades. Prostitutas, mendigos, delincuentes y marginados poblaron las ciudades. (1)

Sin embargo, en lo que respecta a la presente investigación, tenemos noticias del estado sanitario de la marinería chilena, que, como parte integral de la sociedad, también sobrellevará la carga de epidemias, pestes y enfermedades propias del periodo en que se encuadra este artículo.

En relación con los propósitos de la presente investigación, hay que reconocer la importancia de la figura del cirujano naval dentro de la Institución como principal impulsor de los cambios introducidos en la sanidad naval y en el estado sanitario de la Marina en general.

El grado de importancia del médico se manifestará según su preponderancia en los cambios conseguidos por el cuerpo de cirujanos de la Marina, su búsqueda por mejorar ostensiblemente el estado sanitario de las tripulaciones de la Escuadra, como también de las instalaciones terrestres de la Armada.

Sus principales tareas, según lo observado, fueron mejorar las condiciones higiénicas en general dentro de la Institución, y perfeccionar de manera estructural su propia posición dentro de la Marina, como un cuerpo integrado de la Armada.

Serán los médicos los llamados a ser los principales impulsores de tomar las providencias necesarias para combatir las enfermedades.

Es por tanto necesario revisar si el trabajo de los cirujanos de marina fue capaz de subsanar

⁴ Licenciado en Historia. Profesor de Historia y Geografía.
Correo electrónico: Claros15@gmail.com
Recibido el 10 de junio de 2010. Aceptado el 24 de enero de 2011.

las condiciones higiénicas tanto de las tripulaciones de la Escuadra como de la marinería que efectuaba labores en tierra.

El marco temporal que nos ocupa corresponde al periodo entre los años 1886 y 1902 aproximadamente. Dicha época coincide con los procesos de urbanización e industrialización que se propagaron desde Europa al resto del mundo, con su consiguiente carga de problemas sociales y pestes, producto de las condiciones ambientales que se generaron.

La bibliografía usada en la presente investigación fue la disponible en los Archivos y Biblioteca Histórica de la Armada (2), donde a través de la revisión de artículos de la Revista de Marina (3) y de las Memorias de Marina presentadas al Congreso Nacional, en la sección del Cirujano Jefe de Sanidad respectivo de cada año investigado. También se utilizó bibliografía disponible en el sitio de Internet de la Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos, donde se puede acceder a documentos y libros pertenecientes a dicha Institución.

ANTECEDENTES DEL ESTADO SANITARIO DE LA MARINA NACIONAL

En el periodo que corre entre los últimos 15 años del siglo XIX y los primeros del siglo XX, dentro de las naves de la Escuadra de la Armada de Chile así como en las reparticiones de tierra de esta institución, la marinería chilena (4) debía vivir en pésimas condiciones de higiene.

Estas condiciones eran particulares por el escenario de trabajo en que se desenvolvía la marinería, como se puede apreciar en el siguiente informe:

la vida es única en su modo de ser, una reunión de hombres reducidos a un espacio limitado, en el cual se ha medido para cada uno de ellos el lugar, el aire, la luz, conformándose a la exigencias de una rigurosa necesidad...expuestos a las inclemencias de los climas tropicales y a los rigores de los fríos polares, alimentados y vestidos de una manera monótona y uniforme; tales son las condiciones que la higiene (sic) naval tiene la misión de mejorar tanto como sea posible (5).

De lo expuesto se desprende que se sufrían los estragos propios de las condiciones de a bordo, tanto de cubierta como en los compartimentos inferiores; el ambiente era propicio para que la marinería contrajera enfermedades y lesiones (6) de distinta índole y origen, entre ellas accidentes debidos a las maniobras propias de esa actividad.

Condiciones a bordo de naves de guerra

Por otra parte, las condiciones físicas que otorgaba el diseño de las naves de guerra facilitaban la propagación de enfermedades infecciosas; ejemplo claro de esto es lo que se vivía en los puestos bajo cubierta tales como los de pañoleros (7), maestros de víveres (8), etc., facilitado por la ubicación de los camarotes (9), y otras dependencias en donde concurría y pululaba la marinería. El trabajo en general y el medio poco salubre de las bodegas y demás dependencias de las naves mantenían un aire impuro para respirar; a esto se adicionaba la falta de luz de sol, la constante humedad y la poca ventilación, que creaban condiciones ideales para la proliferación de gérmenes y mantención de enfermedades asociadas al ambiente generado. Se podría decir claramente que existía una influencia del buque sobre el hombre de mar, muchas de las veces por las emanaciones o exhalaciones llamadas en aquella época "miasmas" (10) que se suponía eran originadas por la madera podrida, el agua infecta por las grasas y demás inmundicias que se desprendían de las sentinas y viciaban el aire del buque. Es así como se escribía:

estas emanaciones exhalan también del cuerpo de los individuos enfermos y se llaman miasmas humanos, los cuales, en el caso que reine a bordo enfermedades contagiosas, envenenan el aire común que todos respiran y les comunican la enfermedad, dando lugar al desarrollo de epidemias (11).

Este ejemplo es parte del escenario en que convivían los marinos en sus labores diarias.

Otro factor importante que afectaba fuertemente la condición de salud de la tripulación era el hacinamiento de individuos en los compartimentos de camarotes, donde se acomodaban a duras penas cada uno en su

coy (12); generalmente el número excedía al permitido. Además, los camarotes casi siempre se localizaban bajo la línea de flotación (13). Estos factores eran más que suficientes para hacer de estos buques una fuente constante de infección y contagio, puesto que a esta condición se sumaba la atmósfera enrarecida por el excesivo número de individuos en esos recintos estrechos, el vapor de agua que hacía irrespirable el aire de los entrepuentes (14) mal ventilados, las emanaciones propias de los cuerpos mal aseados, además –muchas veces– de la descomposición de víveres depositados en los paños (15), también mal ventilados.

Hay que mencionar también la alimentación del embarcado en comisiones navales por periodos largos, en donde la nutrición, debido al mal estado de conservación de los víveres, también era un foco de enfermedades; la mala alimentación disminuía las defensas de las tripulaciones; debemos agregar que la falta de agua fresca para el consumo diario era un problema que generaba sin duda un detrimento en la alimentación. La provisión de alimentos y agua en otras latitudes podía tener consecuencias adversas para la tripulación.

existe una mala condición hijiénica (sic) en los buques de guerra... el trabajo en general... los medios pocos salubres, de las bodegas y dependencias con el aire impuro que respira y sobre todo la falta de la luz del sol... contribuyen a hacerlo enfermizo (16).

Por otra parte, la misma tripulación ignoraba muchas de las veces que eran ellos mismos causantes de la propagación de enfermedades contagiosas: muchas veces se dio el caso de marinos que presentaban síntomas de enfermedades del tipo infeccioso del aparato respiratorio o de enfermedades venéreas (17), que no las revelaban para no ser licenciados, porque aquello conllevaba un congelamiento de sus salarios por el tiempo que permanecían fuera del servicio.

IMPORTANCIA DEL CIRUJANO NAVAL

Los progresos incesantes de la medicina, promisorios y plenos de fascinación, se

encuentran indisolublemente unidos a la profesión médica (18).

Fueron entonces estos profesionales los que a fines del siglo XIX introdujeron con fuerza las medidas higiénicas en nuestro territorio y buscaron su difusión ya sea a través de las autoridades regionales, de las Fuerzas Armadas o de Gobierno para que se pusieran en práctica las medidas tendientes, ya no a combatir las enfermedades y epidemias que llegaban a Chile, sino más bien para evitar que éstas encontraran un medio propicio para su propagación en el territorio nacional. Es así como estos médicos dentro de la Armada tuvieron la misión de velar por el estado sanitario de la institución, no sin antes haber vivido las deficientes condiciones ya descritas.

Hay que hacer notar la falta de preparación del personal en general frente a las disposiciones establecidas para su propio bienestar.

Resaltan las condiciones de trabajo de los médico-cirujanos navales quienes, a través de su propia práctica, fueron haciendo patente las insuficiencias de las condiciones de higiene de la Escuadra. Ejemplo claro es un testimonio que describe la experiencia de uno de los tantos cirujanos que sirvieron a finales del siglo XIX, registrado en los archivos de la Marina Nacional, que relata las condiciones en que se encontraban los médicos al momento de comenzar su carrera en la institución durante el periodo estudiado. De ahí la urgencia de llevar a cabo las medidas de prevención, contención y curación de las posibles lesiones o enfermedades que se podrían presentar, propias de las comisiones largas en alta mar. Además, en primera instancia existía una condición deficiente para la labor de los médicos, pues la infraestructura de las naves no era óptima para el desarrollo de sus prestaciones profesionales, lo que redundaba en una desfavorable atención para las tripulaciones. Al respecto, se señalaba:

...muchos de ellos gravemente enfermos no tenían más albergue que un húmedo colchón tendido en el suelo. En ese entrepuente estaba la botica, la enfermería, la panadería, la cámara de sargentos de mar y el albergue del equipaje...ahí mis visitas las hacía verdaderamente andando de barriga, medio ahogado con la fetidez consiguiente

del hacinamiento de tanto infeliz, el techo del entrepuente no dejaba lugar para un nuevo coy y el suelo tampoco permitía un hombre más. Yo tenía que saltar y andar en cuatro pies para llegar donde estaba un enfermo colocado al azar... No se crea que este hecho sea aislado, sino que las mismas condiciones se encuentran en los demás buques (19).

Cabe señalar que este es un testimonio dado por el médico de a bordo de la nave, donde no solo describe uno de los ambientes que debían enfrentar los cirujanos navales dentro de la institución. Estas condiciones deplorables para la salud de la marinería chilena serían una de las causales de la baja adhesión que tenían los llamados a ingresar a la Armada, puesto que el futuro no se vislumbraba muy alentador en cuanto a mantener la salud de las tripulaciones. Frente a este escenario, la figura del médico-cirujano naval tuvo una preponderancia mayor, pues fueron los llamados a organizar las medidas de profilaxis (20) y a estructurar más profundamente la sanidad naval, relocalizar los compartimentos dentro de una nave de guerra, encargarse de las provisiones de medicamentos y de las raciones. Es decir, fue el personal único e idóneo para buscar una mejoría tanto de las medidas higiénicas como de su propia estructura organizativa interna dentro de la Marina. Su importancia como figura dentro de la sanidad naval es gravitante, aunque su condición dentro de la institución no estaba aún claramente definida para proseguir una carrera médica dentro de ella. La falta de alicientes no favorecía que los médico-cirujanos de la Armada permanecieran mucho tiempo en ella.

Primera barrera sanitaria naval

Para los cirujanos de los últimos años del siglo XIX la necesidad de mantener las tropas de marinería en óptimas condiciones higiénicas no fue una tarea fácil; variadas dificultades hicieron que sus esfuerzos por mejorarlas fueran una titánica tarea. Una de las primeras medidas tendientes a superar paulatinamente las condiciones higiénicas de la marinería fue la de implantar disposiciones necesarias para evitar el contagio de diferentes tipos de enfermedades

entre sus miembros. Una de estas disposiciones se proponía en conjunto con las oficinas de enganche (21) de la Marina Nacional: trataba sobre las condiciones físicas y sanitarias de los individuos tanto nacionales como extranjeros que se presentarían a las oficinas para ingresar a la Marina de la época. A partir del año 1885, por disposición de los cirujanos de la Armada, se hizo llegar reclamaciones con respecto al ingreso de aspirantes, puesto que no existía en aquella época una reglamentación clara con respecto de cuáles debían ser los requisitos para entrar a la Armada. Estos variaban de acuerdo a las necesidades del servicio de la oficina general de enganches y no a una disposición reglamentada que emanara de la Armada o del Gobierno. Los seleccionados debían pasar una revisión superficial de los exámenes médicos, puesto que bastaba con una condición física acorde a las tareas que deberían realizar, desechando a los que caían en la categoría de inutilidad física. Es por esto que ya desde 1885 en adelante, con un procedimiento más formal, el individuo que se presentaba para embarcarse o engancharse debía someterse a un examen médico a fin de asegurarse que su estado de salud fuera compatible con los requerimientos de las tareas que se le encomendaran. La revisión médica buscaba en su propósito final que el individuo seleccionado se encontrara exento de enfermedades y de parásitos susceptibles de ser contagiados a los demás. En el proceso de selección de los futuros tripulantes, la vacuna (22) tuvo una importancia mayúscula en lo referente a la prevención de la viruela, una enfermedad de tan fácil contagio. Este proceso de selección fue la primera barrera sanitaria impuesta en la marinería chilena al ciudadano que provenía de la esfera civil para ingresar a la Institución. Fue esta la primera defensa que se impuso por sobre el criterio de cantidad necesaria de enganche para la Armada, donde primó claramente el criterio de orden sanitario. Al respecto se señalaba:

la cuestión de la vacuna debía tener más importancia entre nosotros, debía ser prohibido el embarque a todo individuo no vacunado; pero nuestros reglamentos no lo ordenan como sucede en Francia y otros países en donde la vacunación es obligatoria (23).

Aun cuando en la Marina no estaba reglamentada de forma oficial la vacunación como medida primaria de salud, a partir de 1892 se comenzó a buscar soluciones definitivas.

Con respecto a las condiciones de insalubridad que existían a bordo de las naves de la Escuadra y a las enfermedades que reinaban allí, se comenzó a emplear medidas que buscaban prevenir la aparición y propagación de enfermedades. Se aplicaron como medidas de profilaxia general las reglas de Higiene Naval, a las cuales debían someterse los buques, equipajes y todo lo que se relacionara con ello. Es así como el Cuerpo de Cirujanos Navales recomendó mantener algunas mamparas (24) abiertas, abrir escotillas (25) por espacios determinados de tiempo, abrir las claraboyas (26) y por un tiempo establecido por el médico de a bordo, ventilación de entrepuentes (27) en forma lenta y moderada. Se indicaron otras medidas tales como evitar que los marinos durmieran en cubierta o cerca de las escotillas para prevenir enfermedades respiratorias. También se entregaron por disposición médica nuevas medidas de higienización de los buques, donde se buscaba mantener una verdadera desinfección y limpieza, pasando ésta a ser una disposición de la ordenanza naval; entre ellas se tomaron medidas tan simples como la limpieza de cubierta con arena seca o con arena húmeda, y el escobillado con agua por medio de baldes y mangueras; el baldeo debía realizarse con agua dulce; sobre esto se menciona lo siguiente:

Puesto que el agua de mar deposita sales delicuescentes que absorben el vapor del agua y mantienen húmeda la cubierta (28).

De lo anterior se desprende que lo que se buscaba era desinfectar la nave de guerra para conseguir un ambiente adecuado para los propósitos originales y mantener la salud de la marinería. Es así como entre las medidas de higiene se intentó la desinfección del aire en las embarcaciones utilizando fumigaciones cloradas (29). Se agregaba también en las cubiertas interiores cloruro de cal (30), licor de Labarroke (hipoclorito de soda) (31) y, si fuese necesario para tiempos de alguna epidemia, fumigaciones de ácido fénico (32) que no es sino un fuerte antiséptico.

Fue una época de renovaciones de los tipos de embarcaciones, donde los buques de hierro poseían sentinas fáciles de limpiar y desinfectar. Con estas transformaciones y medidas la Higiene Naval fue mejorando, buscando evitar riesgos de aparición de enfermedades. Sin embargo, aún estaba lejos de lo requerido por el Cuerpo de Cirujanos.

Alimentación como medida sanitaria

Otra medida importante para evitar enfermedades fue mantener una buena dieta para el personal embarcado. Los médicos establecieron una alimentación como medida de prevención clara y necesaria. Realizaron estudios y dispusieron una dieta que se basaba en la utilizada por la Marina Francesa de la época y que se dividía en dos tipos de raciones. Por un lado la ración fresca (33) que se utilizaba generalmente cuando la nave estaba atracada en un puerto o en un fondeadero y cuya particularidad radicaba en que contenía alimentos que no podían conservarse por un tiempo largo; por lo tanto, eran consumidos en breve tiempo. La ración seca (34) normalmente se utilizaba cuando el buque de guerra se encontraba navegando o en algún lugar con condiciones desfavorables y no podía abastecerse de alimentos frescos. A este modelo francés de raciones los médicos chilenos le hicieron pequeños cambios, como la sustitución del aguardiente por vino; éste debía estar presente en ambos tipos de raciones y no solamente en la seca. Debían agregarse coles agrias debido a que se le atribuía poder prevenir el escorbuto (35). Se agregaba que

además se debería contar con una alimentación especial para los enfermos como existe en la marina francesa (36).

Se debía vigilar que el alimento fuera fresco. Además se agregaba una distribución profiláctica de jugo de limón; se debía estar siempre atento a mantener un adecuado suministro de agua, puesto que muchas de las veces cuando se efectuaba un aprovisionamiento de este vital elemento en puertos extranjeros, era el vehículo de enfermedades como el cólera.

PROGRESOS ALCANZADOS POR EL CUERPO DE CIRUJANOS

Pese a las desfavorables condiciones que encontraban los cirujanos en la Armada, durante el periodo investigado, los resultados del Servicio de Sanidad fueron generalmente óptimos, y cumplieron con las tareas asignadas, puesto que se siguieron siempre las indicaciones de higiene despachadas por los cirujanos en sus informes, ya fuera para mejorar las condiciones existentes en la Escuadra, como para hacer frente a epidemias que amenazaban con ingresar al país, adoptando las medidas pertinentes.

Las medidas profilácticas y de ayuda no solo se circunscribieron al ámbito institucional: los médicos navales prestaron ayuda cuando ella fue requerida por la Nación. Es así como cuando se comprobó que el cólera asiático (37) había llegado a territorio nacional en 1886, el Servicio Sanitario de la Marina (38) prestó su ayuda entregando información impresa sobre la naturaleza del cólera y su profilaxia, como también indicando medidas concretas, como las descritas en los informes,

Se estableció un Lazareto en Quintero... provisto de los elementos necesarios para asistir... enfermos... la Comandancia Jeneral de Marina, auxiliada por el cuerpo de cirujanos de la Armada, tomo medidas en los distintos buques y en las diferentes localidades de su jurisdicción... gracias a las indicadas medidas, oportuna y diligentemente tomadas, la epidemia no entro al país por mar, ni por mar se propago en el territorio (39).

El informe citado refleja que con las medidas impuestas por el Cuerpo Médico de la Marina, la epidemia de cólera que causó estragos en la población en aquella época tuvo su entrada al país a través de la cordillera y no por vía marítima. La implementación de medidas tomadas por los cirujanos ayudó a evitar el ingreso de otras epidemias por vía marítima.

También hubo preocupación por el aprovisionamiento de medicinas e instrumental hospitalario, que fueron incorporados en los buques de la Escuadra. Además de las medicinas y de una mejoría de las condiciones higiénicas, se implementaron en las naves adelantos técnicos como el que se señala:

En la provisión de los buques de medicinas i útiles del servicio sanitario... que salen a viajes largos i a países cálidos, han sido surtidos de maquinas de hielo... a los buques grandes se les ha dotado de microscopios i maquinas eléctricas... (40).

Los cirujanos se preocuparon también de mantener sus conocimientos al día; de allí la necesidad de participar en congresos e intercambios con otros cuerpos de sanidad extranjeros. Por ejemplo:

La sección de Higiene Militar y Naval del Congreso Nacional de Higiene de Buenos Aires, invitó al Cuerpo Médico de nuestra Armada a asistir a esa reunión científica... (41).

A partir de las invitaciones a participar en congresos internacionales los cirujanos navales consideraron también conveniente y oportuno seguir perfeccionando sus conocimientos médicos en el extranjero: y para esto incluyeron cirujanos en las dotaciones que se fijaban para los buques en construcción fuera del país, a fin de que pudieran observar la distribución de los departamentos de la nave -pues la construcción naval de la época había ido transformando la disposición de los compartimentos en su interior- y aprovecharan su estadía para estudiar alguna especialidad de interés para la institución, como así mismo para conocer los servicios médicos de otras Marinas más adelantadas en la higiene naval.

Disposiciones como éstas las volvemos a encontrar claramente definidas en informes posteriores como el siguiente:

...el servicio...concurrió a la Esposición de Higiene del Congreso Médico Latino Americano, que tuvo lugar en Santiago en diciembre de 1900 (42).

Conjuntamente con la disposición del Cuerpo Médico Nacional de participar y asistir a Congresos de Higiene, también se preocuparon de mejorar el servicio médico de los buques de la Escuadra e hicieron hincapié en la necesidad de contar con hospitales o enfermerías, bien provistos de elementos necesarios para hacer frente a las vicisitudes que pudieran

tener que afrontar. Ellos se dieron cuenta de la gran utilidad que significaba tener enfermerías adecuadamente implementadas a bordo de las naves y de sus accesorios para la atención óptima de las tripulaciones. Antes de estas disposiciones debían atender a los enfermos a bordo. Muchos de los problemas de higiene de las enfermerías en las naves de guerra se debían a la falta de aseo personal y de la ropa interior de la marinería; por eso era necesario que los médicos, a través de la enfermería, impusieran como medida profiláctica el uso de un baño para contagiados con sarna, como se observa en el siguiente informe:

...se impone con fuerza de las cosas un baño; en algunos buques de guerra el servicio de baños para los sarnosos y otras enfermedades se hace a bordo de tinas resultantes de cortar un tonel por su mitad por lo general se tienen en los buques 2 tinas, ambas destinadas al baldeo o lavado de la nave. Una de estas tinas se emplea también en los viajes para desaguar la carne salada de la ración. Cuando el cirujano ordena un baño se elige la tina que no se emplea en desaguar carne, pero sucede que muchas veces se equivocan en la elección y los microbios de la sarna van indiferente a cualquiera de las dos. (43)

Es entonces primordial la actuación del médico a bordo debido a la implementación que ellos van exigiendo como Cuerpo de Cirujanos. Sus intervenciones fueron obligando a efectuar en las Naves de Guerra los cambios requeridos, estipulando que en caso de que fuera impracticable contar con un baño propio únicamente para la enfermería entonces, se

...impone la necesidad de lavar al enfermo entrante a fin de que no inutilice la ropa de la cama desde el primer momento (44).

Con respecto a la limpieza y vestuario, se creó finalmente para estos propósitos el departamento de ropa (45), que era indispensable para los cirujanos como medida sanitaria y profiláctica.

Otra obligación de los cirujanos de la Escuadra tenía directa relación con los medicamentos; estos se debían renovar cada seis meses,

tarea que fue encargada a los cirujanos de los respectivos buques. También debían realizar un informe escrito para ser entregado al Cirujano en Jefe, dando cuenta de los medicamentos utilizados en el tiempo estipulado. Esto se debió a que los arsenales de Marina (46) dispusieron de una Sección de Drogas (47) que suministraba directamente a los buques de la Escuadra los insumos y medicamentos necesarios.

Otra medida positiva aplicada por el cuerpo de cirujanos fue el Servicio de Vacunación, el cual se estableció de un modo más organizado en 1894 (48); se dispuso que en el depósito de marineros y también en las embarcaciones de la Armada se inoculara al personal. Con esta medida se buscaba detener y controlar posibles epidemias y enfermedades de las tripulaciones, y trajo consigo beneficios de los que se dio cuenta oportunamente en los informes emitidos cada año en las respectivas Memorias de Marina.

Por tanto, las funciones y medidas de los cirujanos fueron tomando fuerza y, a su vez, dando resultados positivos. Por esto, en los informes emitidos durante este periodo se destacaba que el Estado sanitario de la Escuadra había sido satisfactorio (49).

Parte importante para la investigación, consistió en revisar algunas de las estadísticas de Marina y observar los resultados obtenidos por el departamento de cirujanos navales, y así establecer si se produjeron los cambios esperados por el cuerpo médico; algunas de las cifras se entregan en las Memorias de Marina que se editan de un modo más estructurado a partir de la presentada al Congreso Nacional en 1895 (50).

A partir de 1894, gracias a los pedimentos del Cuerpo de Cirujanos, las naves de la Escuadra contaron con enfermerías o pequeñas salas que se ocupaban como hospitales a bordo. Las enfermedades y accidentes que se presentaran a bordo serían atendidas con mayor prontitud y con una mejor preparación. Así el Servicio Médico arrojó a través de su estadística para el año 1894 los siguientes resultados:

El total de las enfermedades asistidas en la Escuadra ha sido 2.272 de los cuales solo tuvieron un desenlace fatal 18, (3 a bordo i 15 en el hospital del departamento) (51).

Frente a lo anterior, las cifras indican que el número de fallecidos se mantuvo en relación con el año 1888, en que los fallecidos a bordo de la Escuadra ascendían a tres (52), y se asignaba esta baja mortalidad a la competencia de los cirujanos; además efectuaron cambios en las medidas de higiene naval. Para el año 1892 la cifra de fallecidos correspondió a 12 individuos, de los cuales se detallaba que,

En el año han muerto en el Hospital 9 individuos; a bordo el Doctor Pina, el ingeniero 3° Sr. Hidalgo Toro i un marinero.

El Sr. Hidalgo Toro i el Doctor Pina murieron a consecuencia de enfermedades que los llevaron a la tumba en pocas horas. El marinero dejó de existir repentinamente (53).

Lo que muestra la estadística anterior al año 1894 es que desde que se comenzó esta investigación, el número de fallecidos fue bajo debido al impulso que dio a las medidas sanitarias el cuerpo de cirujanos, a lo que se agregó un mejoramiento de las atenciones a bordo.

Según registra la Memoria de Marina del año 1895, de un total de 2.272 enfermedades asistidas en la Escuadra, el número de fallecimientos fue de 18; de ellos solo 3 fallecieron a bordo y el resto, en el Hospital San Juan de Dios de Valparaíso.

Durante el transcurso del año 1895 el total de fallecidos ascendió a 50 individuos. Sin embargo hay que destacar que del total, solamente fallecieron 7 personas a bordo de las naves nacionales, otros 14 fallecieron en el Hospital, 13 fallecieron en sus casas, dos se suicidaron y 14 perecieron ahogados. Si se considera que la principal preocupación de la Sanidad Naval era la atención de los enfermos y en especial de aquellos con enfermedades infecciosas, el número de fallecidos atendidos por médicos navales fue bajo.

En 1896 fallecieron en la Escuadra 26 individuos, sin embargo el número total de fallecidos ascendió finalmente a un total de 47, debido a un accidente (54) ocurrido aquel año.

Respecto a los fallecimientos que se produjeron durante los años 1898, 1899 y 1900, estos están contenidos en la Memoria presentada en el año 1901, donde se reúnen los datos estadísticos de tres años consecutivos, y nos muestra que los fallecidos durante el año 1898

en las naves de la Escuadra fueron 15 personas y en el hospital 14, dando un total de 29 defunciones. El año 1899 fallecieron a bordo 14 personas y en instalaciones en tierra 13, lo que arroja un total de 27 personas. Y en 1900 los fallecidos fueron 12, tanto a bordo de las naves como en las instalaciones en tierra, dando un total de 24 personas. En estas estadísticas no están considerados los que fallecieron en sus domicilios, como tampoco aquellos que fallecieron fuera de las naves y en hospitales, no dando mayores detalles de ellos las Memorias investigadas.

El año 1901, de un total de 5.363 enfermos atendidos, fallecieron 15 pacientes en los buques de la Institución y 15 en el hospital San Juan de Dios de Valparaíso.

Y finalmente, los resultados del año 1902 que fueron presentados en las Memorias de Marina de 1903, describen un total de 39 fallecidos, los que se desglosaron en la siguiente forma:

El total de fallecidos en enfermerías de buques i secciones de marina, hospital naval, i sus domicilios fue de 5 oficiales i 34 individuos de tripulación (55).

De las cifras mencionadas en cada uno de los informes descritos, la cantidad de fallecidos fue considerada como menor en relación con el total de los individuos que pertenecían a la institución. No obstante, todos los informes hacían el alcance que siempre una pérdida es significativa, más aún si era de un integrante de la Marina. Sin embargo, la muerte estaba presente en todos los ámbitos de la sociedad y la marinería no estaba exenta de aquella; se hacía hincapié en la eficiente labor de los cirujanos, que con su laborioso esfuerzo y capacidad llevaban adelante una tarea eficiente profesional que se fue afianzando en el tiempo.

Es necesario destacar que hasta la fecha que abarca la investigación su tarea no había sido completa; si bien se había avanzado bastante accediendo a los requerimientos del Cuerpo de Cirujanos, faltaba la concreción de un anhelo esperado por ellos, que era la construcción de un definitivo edificio institucional dotado del equipamiento necesario para un Hospital Naval, que respondiera a las necesidades reales de la Institución. Debido a que durante

el periodo investigado las atenciones médicas eran efectuadas por los cirujanos navales en las enfermerías de las naves de la Escuadra, aquellos pacientes cuya gravedad requería de un lugar de mayor equipamiento que el propio de las enfermerías de las naves de guerra, eran trasladados al Hospital San Juan de Dios de Valparaíso (56), en donde a la Marina nacional se le cedieron algunas salas (57) para la permanencia y atención de tripulantes; las salas en cuestión también eran conocidas con el nombre de Pabellón de Marina.

Las salas facilitadas para la atención médica de las tripulaciones requerían la presencia de personal propio de la Marina para tratar a los enfermos trasladados de acuerdo con la disciplina naval; la presencia de un facultativo naval era una petición por lo demás sugerida en los informes anuales de los cirujanos.

También por esos años aparecieron los primeros argumentos que señalaban la importancia de tener un establecimiento propio para las atenciones médicas, manifestándose sobre su conveniencia económica.

El contar con un Hospital Naval de índole militar sería para la institución una verdadera Escuela de Sanidad. Al igual que en las fuerzas armadas de los demás países, serían la base de instrucción del personal y además el nexo perfecto para inculcar a las tropas las medidas higiénicas apropiadas. Un hospital propio sería un medio de preservar la disciplina militar y así evitar las deserciones que a veces ocurrían en las salas de hospitales civiles, puesto que allí la disciplina naval no estaba siempre presente, al no contar con un personal que impusiera el criterio naval a los enfermos de la Marina que allí alojaban temporalmente.

CONCLUSIÓN

El presente trabajo trata la problemática propia de fines del siglo XIX y primeros años del XX –epidemias, pestes y enfermedades de distinta índole– que debió enfrentar la Armada chilena en aquel periodo.

Se rescata la intensa labor de los cirujanos de la institución, quienes debieron hacer frente a las deplorables condiciones higiénicas de las Naves de Guerra de la Marina chilena, como también al descuido general de la marinería; se

visualizan los cambios al Reglamento, necesarios para implementar las providencias que subsanaran las malas condiciones higiénicas de los buques y de sus tripulaciones en general.

A través de los distintos informes elevados a las autoridades de la Marina, los cirujanos navales lograron que se modificaran paulatinamente las normas, con el fin de ir mejorando las condiciones que configuraban un riesgo para las tripulaciones. Ellos detectaron las malas condiciones higiénicas dentro de las naves, los lugares insalubres dentro de las mismas y la falta de un lugar apropiado para la atención médica de las tripulaciones a bordo de los buques de la Escuadra. Ellos implantaron barreras sanitarias con el fin de evitar la propagación de distintas enfermedades infectocontagiosas que podía adquirir la marinería tanto a bordo como en las bajadas a tierra. Además implementaron medidas concretas de desinfección dentro de las naves de la Escuadra e hicieron modificaciones en las dietas alimenticias de las tripulaciones, buscando siempre una mejoría en la salud de estas.

Se destaca la importancia de los cirujanos navales en el proceso de mejoramiento de las condiciones higiénicas; fueron el pilar de la gradual transformación de las condiciones higiénicas de la Marina.

A medida que los cirujanos navales fueron realizando de modo paulatino las transformaciones higiénicas requeridas, hacían notar a las autoridades navales las carencias de la institución en distintas áreas. Asimismo hicieron presente la necesidad de contar con un recinto hospitalario propio donde albergar a las tripulaciones que necesitaban de atención médica de mayor envergadura, debido a que las condiciones materiales de las enfermerías de las naves no lo permitían y la atención en las salas cedidas por el Hospital San Juan de Dios no estaba exenta de problemas de diferente índole, siendo claramente insuficientes para la atención del gran número de marinos que allí llegaba.

En relación con lo anterior, la necesidad de contar con un hospital propio para la Armada fue un punto frecuente en los diversos informes enviados al Congreso Nacional a través de las Memorias de Marina.

Se comprobó el rol fundamental de los cirujanos en las transformaciones de la Sanidad

Naval entre 1886 y 1902, logrando establecer para esos años la directa relación entre la preocupación del Cuerpo de Cirujanos respecto del mejoramiento de las condiciones higiénicas y los avances reales que esta institución fue obteniendo en el ámbito de la sanidad naval.

Aunque el tema tratado no abarca en su totalidad todos los avances que logró la medicina naval en dicho periodo, sí nos acerca al conocimiento de algunos de sus aspectos y nos permite comprender parte del proceso de transformación y modernización de la medicina en la Armada Nacional en el periodo estudiado.

REFERENCIAS Y NOTAS

1. Para mayor información véase: Higiene y Salud Publica en Chile, 1870-1910. www.memoriachilena.cl
2. El archivo de la Armada de Chile se encuentra ubicado al interior del Museo Naval y Marítimo. Está destinado a resguardar, conservar y difundir hacia la comunidad el Patrimonio Histórico Naval y Marítimo de Chile. [N. del A.]
3. La Revista de Marina fue fundada el 1 de Julio de 1885.
4. La Marinería la constituían los cabos de mar, los marineros y los grumetes. La marinería en ese entonces usaba una blusa llamada chompa y un pantalón de paño azul, además de un juego de igual forma y corte pero de color blanco. En la cabeza, la tradicional gorra de marinería con el nombre del buque en el cintillo. Otra categoría era la de los oficiales de mar. Estos correspondían a los actuales sargentos de la Armada. En este grupo se encontraban las especialidades de condestables, contra maestres, veleros, carpinteros, herreros, calafates, maestros de víveres, despenseros y aprendices mecánicos. Ellos eran el cuerpo técnico en un buque de guerra; por tal razón, muchos iniciaban su carrera naval como marineros tanto en buques de guerra como mercantes. Otros venían directamente del mundo civil tras tener un oficio especializado. [N. del A.]
5. O'Ryan V. Pedro, Cirujano 1º de la Armada de Chile, conferencia de higiene (sic) naval, Revista de Marina, Chile. 1885.
6. Las enfermedades y afecciones que se presentan en los buques más o menos, eran las mismas que se observaban comúnmente en tierra. Sin embargo bajo la misma influencia que ejerce la navegación, el hacinamiento y mal aseo que existía en las naves de la Escuadra Chilena de fin del siglo XIX y principio del XX, otorgaba una mayor predisposición a contraerla y a que se propagasen fácilmente entre la tripulación enfermedades tales como tuberculosis, fiebre tifoidea, influenza, colerina, disentería, sífilis, entre muchas otras más, así como también lesiones desde contusiones simples, quemaduras, fracturas varias. [N. del A.]
7. El pañolero es la persona que custodia bienes tales como víveres, pertrechos, municiones, etc., de una nave; pañol es equivalente a una bodega. [N. del A.]
8. También conocido como guarda almacén era el encargado de velar por la conservación de los víveres dentro de una nave. [N. del A.]
9. Es el espacio de un buque destinado al alojamiento de tripulantes o pasajeros. Son pequeñas habitaciones individuales o compartidas donde habita la tripulación. [N. del A.]
10. Emanación perniciosa que se desprende de organismos enfermos, sustancias corruptas o aguas estancadas. [N. del A.]
11. Revista de Marina, Valparaíso, pág. 390, 1885.
12. Trozo de lona en forma de rectángulo que colgado de sus extremos sirve para dormir. [N. del A.]
13. Corresponde a una demarcación que indica hasta dónde pueden ser cargados los buques para navegar con seguridad. [N. del A.]
14. Es la cubierta que divide la bodega de forma vertical, mirado transversal o longitudinalmente el casco de la nave. [N. del A.]
15. Espacio cerrado de la nave, donde se guardan distintos objetos. Así, suelen existir distintos pañoles, cuyo nombre particular viene dado por aquello que guarde. [N. del A.]
16. Araya, Delfín, cirujano 1º de la Armada Nacional, Revista de Marina, pág. 83, 1889.
17. Enfermedades infecciosas transmitidas por contacto sexual tales como la sífilis, la blenorragia o gonococcia, el chancro blando, el linfogranuloma venéreo, el condiloma acuminado (o papiloma venéreo), y algunas ectoparasitosis como la pediculosis púbica (ladilla). [N. del A.]
18. Laval EM., Noticias sobre los Médicos en Chile en los siglos XVI, XVII y XVIII, Editorial Universidad de Chile, Santiago 1958.

19. Dr. G. Araya, Médico de 1ª clase, Revista de Marina, 1886.
20. Este término se refiere al conjunto de medidas destinadas a preservar de enfermedades físicas a los individuos. [N. del A.]
21. El origen de esta oficina está dado luego de la Guerra contra España 1865-186; las autoridades del país vieron la necesidad creciente de incorporar personal idóneo y mejor capacitado a la Escuadra. Por otro lado, el entonces Comandante General de Marina, Juan Ramón Lira, informaba periódicamente al Ministro de Guerra y Marina de las dificultades que se presentaban para conseguir personal y llenar las vacantes que se iban produciendo. Por consiguiente el 2 de mayo de 1868 se proponía a Oficiales para que recorriesen el sur para "enganchar" gente y se crean las oficinas de enganche, en diferentes puertos con el propósito de captar personas aparentemente aptas para el servicio del mar. [N. del A.]
22. "La repetición casi periódica con que las epidemias...se han sucedido entre nosotros. Ha obligado a tomar enérgicas medidas para combatir las, propagando la vacuna como el medio profiláctico por excelencia...". Doctor Adolfo Murillo. Servicio de Vacuna en Chile, 1898.
23. Óp. cit. Rev. de Marina. Pág. 385, 1885.
24. Son los tabiques de un barco. Cualquier pared interna transversal de un barco, sobre todo las que son muy recias y estancas. [N. del A.]
25. Abertura grande, generalmente rectangular, practicada en varios puntos de las cubiertas de un buque con objeto de introducir y extraer la carga de las bodegas, así como para establecer comunicación con algún departamento. [N. de A.]
26. Ventana abierta en el techo o en la parte alta de las paredes. [N. del A.]
27. Espacio comprendido entre la cubierta principal y la inmediata inferior, y en las fragatas, entre el sollado y la batería. [N. del A.]
28. O'Ryan V. Pedro, Cirujano 1º de la Armada de Chile, conferencia de higiene (sic) naval, Revista de Marina, Chile. 1885.
29. Usadas frecuentemente para desinfectar las cubiertas de las naves, por medio de vapores en dosis adecuadas (no se especifican las dosis). [N. del A.]
30. El cloruro de cal se usaba de desoxidante, desulfurizador, o decarburizador para varias aleaciones ferrosas y no ferrosas de las que estaban compuestas las diferentes cubiertas de los buques de la época. [N. del A.]
31. Hipoclorito de sodio es un compuesto que puede ser utilizado para desinfección del agua. Se usa a gran escala para la purificación de superficies, blanqueamiento, eliminación de olores y desinfección del agua. [N. del A.]
32. Agentes que destruyen, eliminan o inactivan los gérmenes de la infección. [N. del A.]
33. Ración fresca: Carne 700gr., Pan 460gr., Cacao 28gr., Azúcar 75gr., Verduras 110gr., Cebolla 120gr., Papa 460gr., Sal 20 gr., Arroz 10gr., Aji molido 3gr., Café 14gr.
34. Ración seca: galleta 300gr., café 14gr., charqui 115gr., verdura seca 50gr., carne salada 230gr., agua ardiente 5 centilt., frejoles 150gr., vinagre 2 centilt., harina 260gr., arroz 60gr., grasa 30gr., sal 15gr., aji molido 3gr., azúcar 75gr., cacao 28gr.
35. Es producida por el déficit de vitamina C. Era corriente en los marinos que subsistían con dietas en las que no figuraban fruta fresca ni hortalizas, fue reconocida hace más de dos siglos por los médicos navales británicos, que la prevenían o curaban añadiendo jugo de lima y/o limón a la dieta. [N. del A.]
36. O'Ryan V. Pedro, Cirujano 1º, Rev., de Marina 1891.
37. El cólera había aparecido en octubre de 1886 en Buenos Aires, de ahí se propagó a Rosario, Córdoba y Santa Fe. En Mendoza apareció en noviembre y sus habitantes huyeron en todas direcciones, llegando algunos a Chile en diciembre se inició la epidemia en San Felipe, días más tarde se denunciaron casos en La Calera, Quillota, quedando todo el valle de Aconcagua contaminado. [N. del A.]
38. Dentro de la ayuda prestada por cirujanos de la Armada cabe destacar entre otros médicos navales, a Cornelio Guzmán, quien cumplió varias misiones de Estudio en Europa y se transformó en el primer médico que obtuvo el título de profesor Extraordinario de Cirugía en la Universidad de Chile, para posteriormente colaborar con dicha epidemia. [N. del A.]
39. M.M. presentada al Congreso Nacional en 1887. Pág. XLIV.
40. M.M. presentada al Congreso Nacional en 1890. Pág. 136.
41. M.M. presentada al Congreso Nacional en 1895. Pág. 186.

42. M.M. presentada al Congreso Nacional en 1901, pág. 78.
 43. Doctor Araya, cirujano 1ª clase. Revista de Marina, pág. 627, 1889.
 44. *Ibíd.*
 45. Es un departamento destinado a lavado para las enfermerías de los buques de guerra y secciones sanitarias del apostadero naval de Valparaíso, creada por el reglamento de 4 de mayo de 1899. M.M. presentada al Congreso Nacional en 1901, pág. 82.
 46. Estos aparecen dentro del primer Reglamento Provisional de Marina en noviembre de 1817 con la creación de un Arsenal de Marina en Valparaíso utilizado como punto de acopio carga y pertrechos varios, además donde se realizaba una gestión administrativa, en la distribución de suministros navales; en la actualidad este departamento es conocido como Centro de Abastecimiento. [N. del A.]
 47. Oficina de la época de suministrar y llevar una estadística de las medicinas consumidas en la Escuadra Nacional y en las reparticiones de tierra de la Marina Nacional. [N. del A.]
 48. *Ibíd.*
 49. En cada una de la Memorias de Marina que se utilizaron como fuente para esta investigación, se hace mención a que el cuerpo médico de la Armada cumplía satisfactoriamente con las obligaciones que el servicio de abordó le imponía, destacándose menciones como las siguientes "personal médico...cumple con empeño su tarea" M.M. de 1888 pág. 67, "El estado sanitario del personal de la Armada ha sido bueno" M.M. de 1893 pág. XIX, "La atención médica en los buques se presta con regularidad...con un personal de cirujanos competentes" M.M. de 1896 pág. 202, "Todos los buques de guerra...dotados de arsenal quirúrgico i material sanitario... permiten...servicio correcto" M.M. de 1897 pág. 19, por cuanto la idea generalizada del correcto desempeño del servicio a cargo de los cirujanos se considera satisfactorio se basa en los informes emitidos. [N. del A.]
 50. La clasificación de la estadística médica adoptada de la propuesta por el Dr. Sarnow al congreso de Berlín de 1890, que además comprende una nomenclatura para la identificación de distintas enfermedades y dolencias, es adoptada a partir del año 1894. Memoria de Marina presentada en 1895. [N. del A.]
 51. M.M. presentada al Congreso Nacional en 1895, pág. 189.
 52. M.M. presentada al Congreso Nacional en 1889, pág. XX.
 53. M.M. presentada al Congreso Nacional en 1893, pág. 201.
 54. El 1º de abril de 1896 ocurre un accidente en el Monitor Huáscar, una explosión de sus calderas ocasiona el fallecimiento de 8 hombres de forma instantánea y posteriormente debido a la gravedad de sus heridas fallecen otros 6 marineros, engrosando con esto el número de fallecidos aquel año. [N. del A.]
 55. M.M. presentada al Congreso Nacional en 1903, pág. 100.
 56. Los orígenes del Hospital se remontan a 1768, donde por Real Cédula del rey de España Carlos III, se ordenó la construcción de un Hospital para el puerto de Valparaíso, que inicialmente era llamado Hospital General de la Caridad o de "San Juan de Dios", debido a que por muchos años y, en sus inicios, estuvo en manos de la Congregación de Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios. Esta congregación permaneció a cargo del hospital hasta el año 1822. Finalmente el nombre fue cambiado el 24 de mayo de 1929, denominándose desde entonces como Hospital Carlos Van Buren. [N. del A.]
 57. En el año 1897 se cedieron a la Marina dos salas ubicadas en el cerro, para la atención de la tropa: salas Santa Dolores y Santa Ana, además de un pensionado. Fueron los comienzos del Hospital Naval. [N. del A.]
- Nota del Autor. Debido a lo extenso de algunos conceptos, explicaciones y/o definiciones encontradas en las diversas publicaciones, escritos y otras fuentes, sobre un tema, o concepto específico, es que el autor ha encontrado necesario resumir de las diversas fuentes halladas, la idea general para un mayor entendimiento del lector. Con esto el autor no se atribuye la definición real del concepto o idea en cuestión, sino más bien aclara en términos generales la idea presentada.

Los quince hospitales de Magallanes: del Fuerte Bulnes a lo que va del Siglo XXI

DR. MATÍAS VIEIRA G.⁵

Desde el primer asentamiento chileno en el territorio de Magallanes en 1843, se han fundado en esta extensa región quince hospitales. Se hace una breve reseña de cada uno de ellos, desde el precario rancho en Fuerte Bulnes hasta el moderno Hospital Clínico de Magallanes entregado al uso público en diciembre de 2010. Se hace un breve análisis de la circunstancias y contexto histórico que llevaron a la fundación y, en la mayoría de los casos, al abandono o destrucción de estos establecimientos.

Palabras clave: hospitales - Región de Magallanes.

Fifteen hospitals in Magallanes: from Fuerte Bulnes up to the XXIth century

This brief account reviews the foundation of 15 hospitals in Magallanes, starting with the precarious one built in Fuerte Bulnes, the first Chilean settlement in that territory in 1843, up to the modern Clinical Hospital of Magallanes opened to public use in December 2010. The circumstances and historic context leading to the foundation and, in most cases, to the abandonment or destruction of these hospitals, are analysed.

Key words: hospitals - Chilean Magallanes Region.

La expedición de la goleta Ancud es una de las hazañas más destacables de la historia de la Región Magallánica y, por qué no, del país entero. No es del caso referirse a ella en detalle, pero vale la pena afirmar que consolidó el dominio del estado chileno sobre el Estrecho de Magallanes y sus territorios aledaños, aparte de ser el primer intento que logró con buen éxito iniciar la colonización de esta extensa zona. Como es bien sabido, la epopeya culminó con la fundación del Fuerte Bulnes en 1843, y en ella venían fundamentalmente chilotes, algunos de ellos en grupos familiares, destacando la presencia incluso de un niño. Pese a ser probablemente de conocimiento general de la época el aislamiento a que estarían sometidos, no se embarcó en la Ancud ningún médico. Recién al año siguiente, junto con un capellán, sesenta hombres de una compañía de artillería, varios reos y otros colonos, llegó el "cirujano" José María Betelú, quien no era

médico propiamente tal, sino un práctico con algunos conocimientos básicos, pero que salvaba en algo la situación. Fue en ese momento cuando una de las dependencias del fuerte, que no era otra cosa que un simple rancho construido con armazón de troncos, paredes de champa y techo de coirón, pasó a cumplir las funciones de hospital. Tenemos aquí, entonces, por rudimentario e inadecuado que fuese, el primer hospital de Magallanes, fundado en 1844 (1, 2).

En 1848 se buscó un lugar más adecuado para establecer un asentamiento humano, y el Gobernador del territorio de Magallanes, José de los Santos Mardones, decidió refundar la colonia en un lugar llamado Sandy Point, o Punta Arenosa. En 1850 ya se encontraba, ubicado en la calle María Isabel (la única del pueblo y actual calle Magallanes), en funciones un hospital compuesto por una sala de enfermos, ocho piezas y un corral, y dotado con

⁵ Médico Cirujano. Coordinador, Unidad Regional de Patrimonio Histórico de la Salud. Servicio de Salud Magallanes. Correo electrónico: matvi46@gmail.com

Recibido el 8 de febrero de 2011. Aceptado el 14 de febrero de 2011.

buenos colchones, sábanas, almohadas, frasadadas, capotes, gorros i mejor habitación que las que se puede proporcionar en otra parte". No obstante aquellos esfuerzos, el año anterior había muerto el 10% de su población, principalmente en los largos meses de invierno. Fueron trece personas, y es de suponer que los niños ocupaban un lugar preponderante, puesto que en la colonia la proporción de ancianos era mínima. Hubo, sin embargo, un notable "reciclaje", con quince nacimientos en el mismo periodo. El primer niño nacido en Punta Arenas fue María Magdalena Morales, el 1 de junio de 1849, producto de parto en domicilio, a la luz de las velas y sin asistencia profesional. A fines de ese año los habitantes de la colonia eran 103 vacunos, 31 caballos, 19 animales cabríos, 14 cerdos y 139 personas. No se consigna la cantidad de perros, pero aparentemente no constituían, como ahora, un problema grave de salud (1).

En 1851 llegó como gobernador Benjamín Muñoz Gamero, quien se preocupó de habilitar en el hospital una sala para mujeres. No es que antes no se atendiera mujeres, sino que se ubicaban en la misma sala de hombres, con las incomodidades que de ello derivaban. Ese mismo año el gobernador fue asesinado durante el motín encabezado por el Teniente Miguel José Cambiazo. El pueblo, incluyendo el segundo hospital de Magallanes, fue reducido a escombros. Fue reconstruido en 1853 gracias a los oficios del gobernador Schythe, pero no pasó de llegar a ser una modestísima sala de enfermería que no cumplía para nada con las necesidades sanitarias de la población (1).

El tercer hospital de Magallanes nace de la iniciativa del gobernador Oscar Viel, quien en 1867 obtuvo fondos para adquirir, entre otros elementos de progreso para la colonia, gran cantidad de medicamentos, instrumental y otros artículos indispensables para la atención sanitaria. Así también, hizo construir un edificio destinado a *escuela y dispensario*.

Tiene forma de martillo, también allí vive el cirujano (...) situado en un ángulo de la plaza principal, debidamente pintado y de elegante construcción, es uno de los principales ornatos de esta lejana población.

Por la descripción era sin duda un edificio primoroso, y se ubicaba frente a un ángulo de la plaza, donde actualmente existe una no menos bella obra arquitectónica, que corresponde a la antigua Sociedad Comercial del Sur. Llama la atención que, pese a que la población apenas sobrepasaba las 600 personas, en 1870 se efectuaron en el hospital 2.341 atenciones, un promedio de casi cuatro atenciones por habitante (1).

En 1875 llegó a Punta Arenas, a los 25 años de edad, el médico irlandés Thomas Fenton, el primero con estudios universitarios que ejercería en Punta Arenas con vocación de servicio (antes había sido contratado el médico norteamericano Whipple, también con estudios universitarios, pero que debió ser despedido y embarcado a Valparaíso por borracho). Aparte de su profesionalismo y esmero en atender a la población, la que mucho lo apreciaba, Fenton se destacó durante el tristemente célebre *motín de los artilleros* por su abnegación en multiplicarse por dar alivio a muchos heridos, contusos y necesitados, cayendo él mismo herido en las escaramuzas. De pasada, en ese alzamiento de 1877 fueron destruidos nuevamente el hospital, en que murieron calcinados todos los enfermos, la casa anexa del médico y la del boticario (1).

Luego pasaron largos años hasta que se construyera otro hospital digno de tal nombre, pero para dar mérito al gobernador Sampaio, quien se preocupó de habilitar en 1880 un recinto para tal fin, se podría este considerar como el cuarto hospital de Magallanes, aunque precario e inadecuado. Se manifestó en 1892 la necesidad de crear una estación sanitaria destinada a prevenir y controlar el ingreso de enfermedades infectocontagiosas, y para las cuarentenas se habilitó un lazareto en la localidad de Agua Fresca, a unos 30 kilómetros al sur de Punta Arenas. Pero en aquellos tiempos el acceso era principalmente por mar, lo que constituía más un destierro que un aislamiento, por lo que terminó siendo trasladado a los extramuros nortes de la ciudad (1).

Hacia 1893 ejercía en Punta Arenas el doctor Lautaro Navarro Avaria, cuyo nombre llevarían dos de los hospitales de esta reseña. Como Fenton, tenía el cargo de Médico de Ciudad. Profesional titulado en la Universidad de Chile, hombre ilustrado, fue fundador del

diario *El Magallanes*, de la Primera Compañía de Bomberos y otras obras de bien público. Durante el mandato del gobernador Manuel Señoret se implementó en Punta Arenas en 1894 la Junta de Beneficencia, parte de un programa nacional, cuyo objetivo era promover la creación y fundación de hospitales, pero, por falta de recursos, el proyecto en Punta Arenas hubo de diferirse por largo tiempo. No fue sino hasta cuatro años después que se constituyó en debida forma la Junta de Beneficencia, a la que se integró Navarro en calidad de secretario. Esta entidad, pese a ser estatal, terminó mayoritariamente financiada por erogaciones de los vecinos y especialmente de las grandes empresas. Su primera y urgentísima misión fue la creación de un hospital provisorio, el quinto de Magallanes, en las esquinas de Ecuatoriana y Llanquihue (actuales Carrera Pinto y O'Higgins), inaugurado en 1899. Pese a su precariedad, ingresaron 200 pacientes al año y tenía capacidad para 20 hospitalizados, sala de cirugía y depósito de cadáveres (3).

El 19 de enero de ese mismo año un decreto supremo había creado el Consejo Superior de Higiene, y en junio el Servicio Sanitario del

Ejército y luego uno similar de la Armada, con la misión de levantar un hospital en Valparaíso y en los Apostaderos Navales de Talcahuano y Punta Arenas. Debieron pasar, sin embargo, muchos años antes de que este proyecto se materializara. Entretanto, la Junta de Beneficencia persistía en su empeño de construir y poner en funcionamiento el denominado Hospital de la Caridad, el sexto de Magallanes, que por fin fue construido y librado al uso público en 1906 (Fig. 1). Este sí era un hospital moderno, y ocupaba casi toda la manzana 92 bis, circundada por las calles Magallanes, Sarmiento, Atacama (actual Bories) y Progreso (actual Croacia). Mateo Martinic lo describe magistralmente en su libro *La Medicina en Magallanes* como

(...) una edificación de un piso, arquitectónicamente ceñida al estilo chalet, (...) con lucarnas en el pabellón central de administración que servía de acceso al edificio (Fig. 2); con falsos entramados decorativos en las paredes y recortes ornamentales en cornisas y aleros, pintado en color ocre en sus paredes (zinc) y verde inglés en marcos, puertas, ventanas y demás elementos en



Fig. 1. Hospital de la Caridad, inaugurado en 1906.

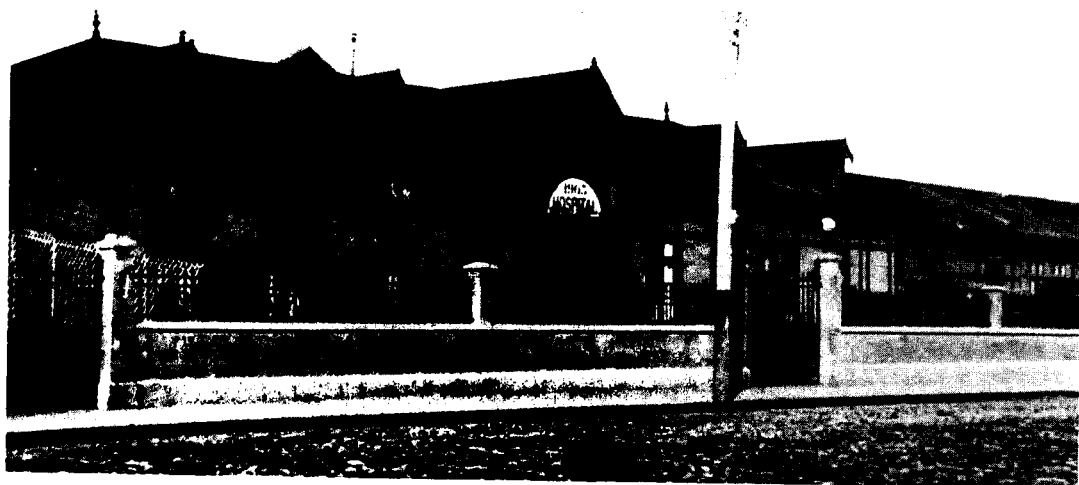


Fig. 2. Entrada principal del Hospital de la Caridad.

madera, y la techumbre, que también era de zinc, en rojo oscuro. Al concluirse la construcción se la circundó con una verja de ladrillo y hierro forjado, con gran portal de acceso de este mismo material.

Tenía jardines interiores, y contaba con las más modernas instalaciones y equipos para constituirse en el principal hospital de toda la Patagonia, y así fue y sirvió durante más de 45 años. Fue inaugurado solemnemente el 1 de febrero de 1906, y el día 10 del mismo mes se trasladaron los enfermos desde el hospital provisorio, el cual desde entonces quedó como un centro de atención de enfermedades de transmisión sexual (3).

En el ángulo que forman las esquinas de Magallanes y Sarmiento se inauguró el mismo año de 1906 el Hospital Naval, el séptimo de Magallanes, gracias a que en 1900 la Dirección General del Personal de la Armada consiguió la autorización para levantarlo. Ambos establecimientos se comunicaban por un patio interior. En 1968 la construcción naval resultó totalmente destruida por un incendio, debiendo trasladarse los enfermos al ex Hospital de la Caridad, llamado para ese entonces Hospital de Asistencia Social. También se debió habilitar un improvisado hospital en el Casino de Tripulaciones en Avenida Colón, cuyo edificio es de triste memoria para los que allí sufrieron involuntaria estadía tras los sucesos de septiembre de 1973 (3, 4).

En la década de los años 20 existía el denominado Hospital de Miraflores, destinado a albergar tuberculosos y pacientes psiquiátricos, los cuales allí vivían en miserables condiciones. Más tarde dedicado exclusivamente a psiquiatría, podría tal vez considerarse el octavo hospital, reducido a cenizas junto con la lamentable muerte de varios de sus internos en un incendio en 1988. Luego se reconstruyó el moderno hospital psiquiátrico que hoy conocemos y que actualmente solo efectúa atención ambulatoria, con la denominación de "Hospital de Día". Los pacientes que requieren ser hospitalizados lo hacían en un anexo del Hospital Regional, llamado "Unidad de Corta Estadía", la cual se mantiene en el actual Hospital Clínico de Magallanes (5).

Resulta interesante leer el análisis que efectuaba el Intendente Guillermo Arroyo Acuña en 1944 respecto a la conveniencia de construir un nuevo hospital para Punta Arenas. Refiriéndose a su resolutivez señala:

El Hospital de Punta Arenas debe servir a una población de más de 50.000 habitantes. El hecho de que esté a tanta distancia y con comunicaciones poco frecuentes (...) normalmente con intervalos de 15 a 20 días— con el centro del país (...) impone que el de Punta Arenas sea un Hospital completo.

Propone acelerar la construcción, que ya había sido decidida,

... de uno nuevo, y (...) conviene mover el asunto para conseguir su realización a corto plazo, porque la situación no puede sostenerse por más tiempo; no solo por el deficiente edificio actual, sino porque el crecimiento de la población tiene un ritmo notable, que seguramente va a aumentarse considerablemente cuando termine la guerra.

Entre otros considerandos, plantea la posibilidad de que se encuentre petróleo, y con ello la mayor afluencia de gente a la zona. Pasa a continuación a referirse al estado de los proyectos:

Los planos existentes para el Hospital de Punta Arenas indican un edificio con poco más de 150 metros de frente, cinco pisos en la parte central, y bajando a tres pisos en las alas. El total de camas alcanza a 250.

En cuanto a su locación, comenta:

Existía la resolución de expropiar una de las manzanas colindantes con el actual Hospital, y edificarlo sobre ambas. Esta solución tenía algunas desventajas: a) Su construcción que debe hacerse en dos blocks, comunicándose por puentes a través de la calle divisoria (...). b) (...) punto demasiado céntrico y considerable tráfico. c) (...) expropiar la manzana en cuestión, (...), agravando aún más la crisis de vivienda (...). Por estas razones busqué la solución a base de un buen terreno Municipal (...) y que no implica desembolso alguno para la Beneficencia. Su ubicación es preferida por el Cuerpo Médico, que la considera mejor que la actual. Este terreno se cambiará por: a) Una faja diagonal para una calle en la manzana del Hospital actual (...). b) Por una faja que atraviesa la hijuela de la Beneficencia en la población Miraflores, para prolongar una avenida.

Sin duda estamos ante el origen de la Diagonal Don Bosco y de la prolongación hacia el borde costero de la Avenida Pedro Aguirre Cerda. Más adelante abunda en consideraciones sobre el valor comercial que adquirirían los terrenos colindantes a la diagonal, lo que, considerando la gratuidad del trueque antes referido,

dejaría una ganancia de unos \$ 3.000.000 para la Beneficencia. Por otro lado, la prolongación de la avenida en Miraflores

dejaría una superficie donde podrá construirse una población para el personal, y otra muy extensa, en la que actualmente está un pequeño y desvencijado Hospital de tuberculosos, y un asilo de ancianos y en la que con los \$ 3.000.000 (...) se podrá construir otro de unas 80 camas para enfermos crónicos, con lo que se obtendrían camas suficientes, si se considera las 250 del Hospital en proyecto. (6).

Gran parte de la visión del Intendente Arroyo se hizo realidad ocho años después con la entrega a la comunidad del noveno hospital de Magallanes, en la calle Angamos 180. Hasta allí se trasladaron en 1952 los pacientes, los equipos, y todos los muebles. Desde luego los primeros fueron llevados en ambulancias, pero el resto hubo de ser llevado caminando y empujando carros, subiendo por calle Angamos. El viejo Hospital de Beneficencia fue demolido y se abrió allí la Diagonal Don Bosco. Solo se mantuvo el Hospital Naval, y del antiguo hospital se mantiene en pie una derruida construcción que, pese a haber sido una morgue, se niega a morir. El nuevo Hospital Base, más tarde llamado "Hospital Regional Lautaro Navarro Avaria", fue inaugurado solemnemente en marzo de 1953 (Fig. 3). Sirvió a la comunidad magallánica durante 58 años, hasta que fue cerrado el 15 de diciembre de 2010. En 1982 se amplió con una moderna construcción de seis pisos. La historia, y las historias que han ocurrido en este hospital, darían pábulo para escribir un grueso volumen. Solo diremos que fue un fiel reflejo de la historia sanitaria de Chile, desde la creación de esa magna obra del Estado que fue el Servicio Nacional de Salud y todas sus reformas posteriores, los adelantos en la salud pública y los asombrosos avances tecnológicos que han marcado los últimos 60 años. Pero más que eso, lo más valioso que ha tenido ha sido la riqueza humana de los que, muchas veces incomprendidos y mal pagados, han servido entre sus ya vetustos muros (7).

El 24 de abril de 1960 se inauguró en Puerto Williams su primer hospital, denominado "Casa de Socorros y Primeros Auxilios", construido

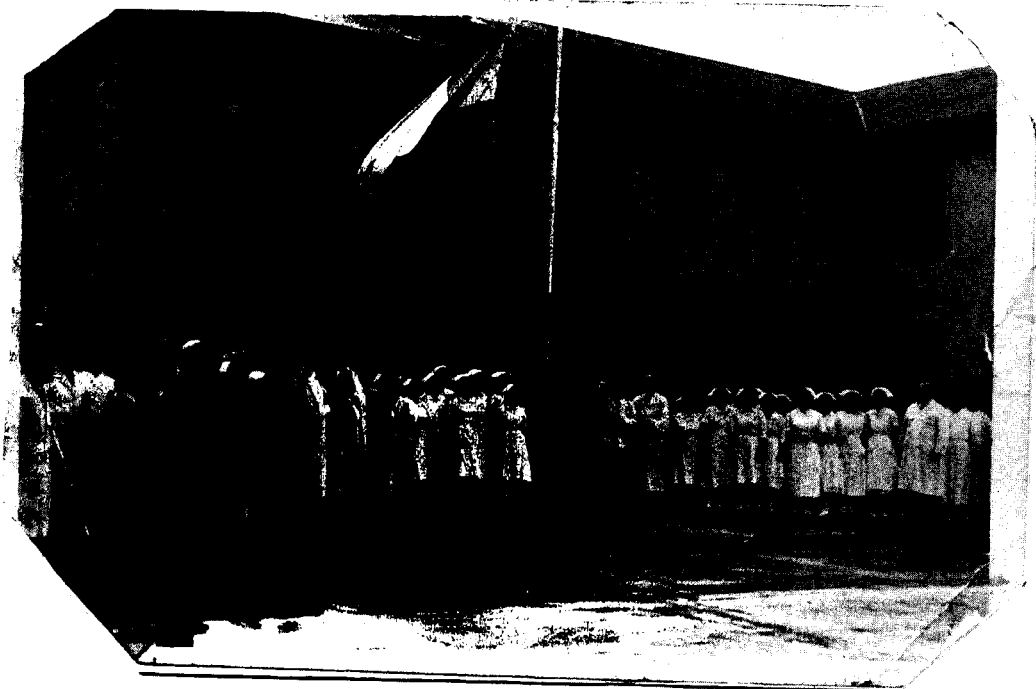


Fig. 3. Inauguración solemne del Hospital Base de Magallanes en 1953.

con el financiamiento del Ministerio de Salud y la mano de obra de la Armada de Chile. Quedó como propiedad de la primera entidad, pero en comodato para su administración por la Armada, pasando a denominarse "Hospital Naval de Puerto Williams". Desde entonces, este décimo hospital de Magallanes, inserto en la base naval, sirve tanto a la población de fuerzas armadas como a los civiles. Inicialmente los médicos eran oficiales de sanidad, los que actualmente comparten responsabilidades con Médicos Generales de Zona. Durante los años 1962, 1979 y 1999 fue sometido a ampliaciones y remodelaciones, pero con el tiempo se hizo obsoleto, por lo que las autoridades han decidido iniciar los trámites para la construcción de un nuevo hospital (8).

Ese mismo año 1960 se fundó el undécimo hospital de Magallanes, que ya cumplió medio siglo, en Porvenir (Fig. 4). Su primer director, y cuyo nombre lleva el hospital, fue el doctor Marco Chamorro Iglesias. No fue este, sin embargo, el primer proyecto de hospital para Porvenir: ya a mediados de los años 40 había uno que llegó a estar en obra gruesa, pero por encontrarse desproporcionadamente grande

para las necesidades de la población, quedó inconcluso. Se decía que era absurdo tener un hospital de 40 camas para una población de 1.700 habitantes, ya que se estimaba para todo el año un número de 40 ingresos. El intendente de la provincia proponía entregar la construcción al ejército para una futura guarnición militar, ya que lo construido hasta el momento podría dar cabida a 120 soldados. Se habilitó entonces un local provisorio con capacidad para 6 pacientes hospitalizados. Así fue como pasaron quince años hasta la entrega del actual hospital que, si bien es cierto ha cumplido una loable labor gracias al esfuerzo de su abnegado personal y sus médicos, que históricamente han sido Médicos Generales de Zona, ha llegado seguramente el momento de reemplazarlo por uno nuevo y más moderno, que sirva las necesidades de Tierra del Fuego (6, 9).

El duodécimo hospital de Magallanes nació con la creación del poblado de Cerro Sombrero, en el corazón de Tierra del Fuego, entre los años 1958 y 1961. Inicialmente Cerro Sombrero fue un campamento de exploraciones de la Empresa Nacional del Petróleo (ENAP), pero por esos años se decidió instaurarlo como



Fig. 4. Hospital de Porvenir a fines de la década de 1960.

población para empleados y obreros de la misma, con mercado, cine, gimnasio, piscina, gran jardín invernadero y, claro, no podía faltar el hospital. Tenía 11 camas, con servicios de medicina, gineco-obstetricia, cirugía y odontología. Asumió las necesidades sanitarias tanto de los trabajadores de ENAP como de los habitantes de las estancias vecinas y de los transeúntes de los caminos, que no pocos fueron salvados al ser oportunamente atendidos después de un accidente automovilístico. Su personal, inicialmente contratado por la empresa, poco a poco ha sido reemplazado por funcionarios de instituciones de salud externas, y en los últimos años se ha convertido en poco más que una posta rural, que depende de rondas del Hospital de Porvenir para atención profesional (6).

Durante el primer gobierno de Carlos Ibáñez (1927-1931) se inició la construcción del decimotercer hospital de Magallanes en Puerto Natales, pero quedó inconcluso y nunca se inauguró. Tal como lo sucedido en Porvenir en la misma época, se encontró que la obra gruesa era sobredimensionada, y a mediados de los años 40 informaba el intendente de la provincia, que

Lo ejecutado en Natales puede calcularse en un poco más de tres millones de pesos (...). Se hizo la proposición de ceder al Ejército para cuartel (...), a petición de esa fuerza armada, por lo que pagarían en cambio, el costo actual de lo construido. Con esa suma, y con planos aprobados por la Junta Central de Beneficencia, el mismo Ejército construirá un Hospital del tamaño y condiciones necesarias, resolviéndose así el problema en forma rápida y conveniente.

Esta rapidez y conveniencia nunca se manifestaron, ya que durante los siguientes 20 años Puerto Natales seguiría sin hospital, aunque sí con regimiento. Se improvisó entonces un centro de atención en una vieja casona, con 47 camas, que no cumplía para nada con los requisitos para ser considerado en propiedad como un hospital, pero ya tenía director médico, siendo el primero de ellos el doctor Osvaldo Muñoz Reyes. En 1955 asumió dicho cargo el doctor Augusto Essmann Burgos, cuyo nombre lleva el actual hospital. No fue sino hasta 1967 que se inauguró dicho establecimiento, que aún se mantiene en servicio (Fig. 5). Tuvo su época de

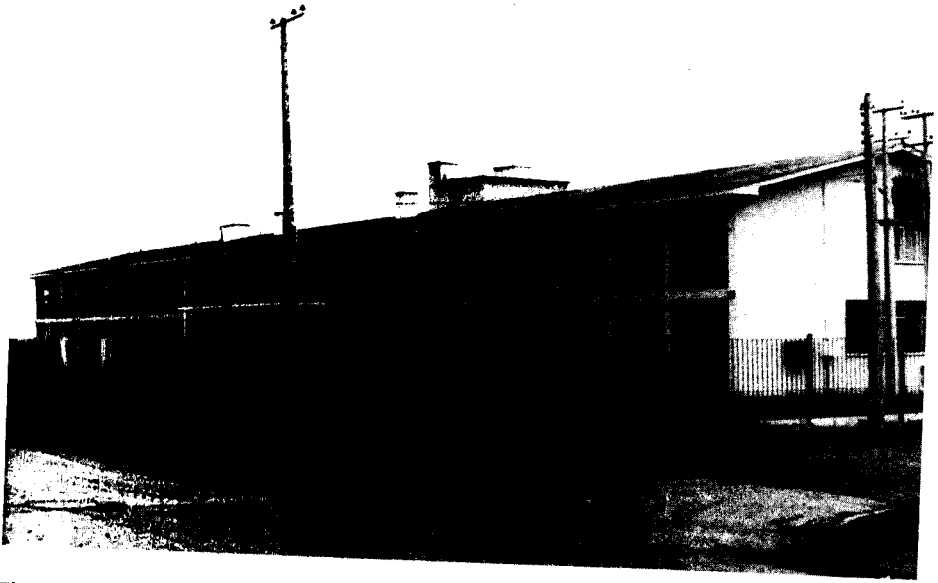


Fig. 5. Hospital de Puerto Natales a comienzos de la década de 1970.

apogeo con los servicios de especialistas como Álvaro Soto y Álvaro Sanhueza, entre otros. Desde entonces, y como en Porvenir, su labor ha recaído sobre los hombros de su abnegado personal y los Médicos Generales de Zona, con ocasionales residencias de especialistas pediátricos y obstétricos. Existen proyectos gubernamentales para la construcción de un nuevo hospital para satisfacer las necesidades actuales de la comunidad de Última Esperanza (6, 9).

Después del incendio de 1968, que destruyó por completo el viejo Hospital Naval, con los esfuerzos económicos de la Defensa Nacional más el aporte de la Corporación de Magallanes, en 1971 se adquirió un hospital de campaña cuyo nombre sería "Cirujano Guzmán". Este decimocuarto hospital de Magallanes, modular y prefabricado, se construyó en la esquina de Avenida Bulnes y calle Juan Guillermo. Fue concebido como un hospital provisorio, pese a lo cual sirvió por más de 35 años a los funcionarios de las Fuerzas Armadas, y también a la comunidad civil cuando ha sido requerido, muchas veces complementándose eficazmente con el Hospital Regional. Así también ha sido, y más aún, ha aumentado considerablemente esta interacción con el inicio de la moderna construcción actual (9, 10).

El continuo aumento de la demanda en salud, las nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas, y la mayor expectativa de vida de la población llevaron a las autoridades de salud a plantear la necesidad de asumir el desafío de responder de forma adecuada a la brecha existente en la atención de salud de la región. Es así como el año 2000 se firmó un convenio de programación entre el Ministerio de Salud y el Gobierno Regional, reformulado y ampliado el año 2004, que ha significado la incorporación de equipamiento con tecnología de punta, y la construcción y entrega en diciembre de 2010 del decimoquinto hospital de Magallanes y uno de los más grandes, modernos y hermosos del país, con el nombre de "Hospital Clínico de Magallanes Dr. Lautaro Navarro Avaria". No abundaremos en detalles sobre este gran adelanto, porque no es historia, sino presente y futuro. El primer niño nacido en este establecimiento fue Byron Lizama Silva, de parto normal, con asistencia profesional y la seguridad brindada por la presencia de personal altamente competente, y con el respaldo de la más moderna tecnología en caso de que se hubiesen presentado complicaciones (11, 12).

REFERENCIAS

1. Martinic M. La salud pública en la Colonia de Magallanes (1843-1894). En: *La Medicina en Magallanes*. Talleres La Prensa Austral, Punta Arenas 2009, págs. 75-99.
2. Braun A. Las dos fundaciones chilenas. En: *Pequeña historia magallánica*. Editorial Francisco de Aguirre, Buenos Aires 1969, págs. 31-40.
3. Martinic M. El adelanto sanitario (1894-1952), óp. cit., págs. 121-127.
4. <http://www.psiquiatriasur.cl/portal/modules/news/print.php?storyid=66>
5. Amarales J. La medicina desde los años 40. Suplemento Calidad de Vida, La Prensa Austral 25 de agosto de 2001, págs. 2-3.
6. El Intendente de la Provincia, ex Comodoro de la Marina de Guerra, Sr. Guillermo Arroyo Acuña, enfoca algunos problemas que afectan a Magallanes. Anuario del tercer año segundo grado del Instituto Comercial de Punta Arenas. Imp. Ahués, Santiago 1944, págs. 148-156.
7. Testimonio personal de familiares de Rosa Navarro Navarro, auxiliar de enfermería que participó en el traslado del Hospital de Beneficencia al Hospital Base de Angamos 180.
8. http://www.sanidadnaval.cl/wsg/sitio/hospitales/paghist_pw.htm
9. Martinic M. La modernidad sanitaria. La evolución de la atención de la salud durante la segunda mitad del siglo XX, óp. cit., págs. 215-253.
10. http://www.sanidadnaval.cl/wsg/sitio/hospitales/paghist_pare.htm
11. http://hlnavarro.cl/index.php?option=com_content&task=view&id=12&Itemid=26
12. La Prensa Austral, 18 de diciembre 2010.

Programa de Planificación Familiar en Chile 1965-1973: historia, beneficiarios y primeros resultados

PAULA LARA A.⁶

En 1965 el gobierno de Eduardo Frei Montalva instauró el Programa de Planificación Familiar en todas las dependencias del Servicio Nacional de Salud, con el objeto de reducir las elevadas tasas de aborto en mujeres que buscaban con esta acción controlar su fertilidad. El programa prescribía entregar información sobre métodos de control natal inocuos a mujeres de 15 a 49 años que asistieran a los servicios hospitalarios por motivos de parto o complicaciones de aborto.

Este artículo busca analizar el Programa, caracterizar a las mujeres beneficiarias y saber sobre el funcionamiento del programa en las dependencias hospitalarias del Servicio Nacional de Salud.

Palabras clave: planificación familiar - control natal - mortalidad materna - aborto - Servicio Nacional de Salud.

Family Planning Program in Chile 1965-1973: History, beneficiaries and first results

In 1965, the government of president Eduardo Frei Montalva established the Family Planning Program in all the hospitals of the Servicio Nacional de Salud (National Health Service), in order to reduce the high rates of abortion in women seeking by this action to control their fertility. The program gave information on innocuous natal control methods for 15 to 49 year old women who attended hospitals for childbirth or abortion complications.

This article pretends to analyze the Program, characterize the women who were beneficiaries and to know about its operation in the hospitals of the Servicio Nacional de Salud.

Key words: family planning - natal control - maternal mortality - abortion - National Health Service.

La cantidad de hijos que cada mujer o pareja desea procrear es una preocupación que tiene estancia hace más de 50 años en nuestro Sistema de Salud. La incorporación del Programa de Planificación Familiar en 1965 bajo el Gobierno de Eduardo Frei Montalva al Servicio Nacional de Salud (SNS) inició una gran tarea de apoyo a todas las mujeres que ingresaban por aborto o con antecedentes de múltipara a los Servicios Hospitalarios. De hecho, las elevadas tasas de natalidad se verifican al observar una tasa del 36,2 por cada 1.000 habitantes para 1964 (Tabla 1).

La importancia de este programa, sus redes de apoyo, dificultades y logros se basan en los intereses que profesionales sanitarios cercanos al Gobierno vislumbraron, diseñaron y ejecutaron. Por este motivo, uno de los objetivos centrales de la investigación se basó en la búsqueda del motor que provocó el inicio del Programa de Planificación a nivel del SNS, conocer sus características y definir a los usuarios.

La creación del Servicio Nacional de Salud data de 1952, pero los inicios en cuidado sanitario reglamentado en el país se remontan hacia 1918 cuando se promulga el

⁶ Licenciada en Historia. Correo electrónico larancibiap@gmail.com

Este artículo forma parte de la investigación presentada el año 2009 para optar al grado de Licenciada en Historia.

Recibido el 2 de marzo de 2011. Aceptado el 21 de marzo de 2011.

Tabla 1
NATALIDAD. CHILE 1964-77

AÑO	POBLACIÓN EN MILES	NACIDOS VIVOS	TASA DE (*) NATALIDAD
1964	8.450	306.050	36,2
1965	8.484	307.014	36,3
1966	8.661	295.761	34,1
1967	8.838	277.009	31,3
1968	9.015	273.296	30,3
1969	9.112	268.807	29,2
1970	9.369	261.609	27,9
1971	9.545	273.518	28,7
1972	9.722	277.891	28,6
1973	9.899	276.650	27,9
1974	10.076	267.977	26,6
1975	10.253	256.543	25,0
1976	10.454	247.722	23,7
1977	10.655	240.463	22,6

(*) Por 1.000 habitantes.

Rodríguez, F. "Natalidad, mortalidad infantil y mortalidad materna Chile, 1964-77", Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 1979; 4:141. (Tabla íntegra del trabajo del Dr. Rodríguez.)

primer Código Sanitario, año en que se crea la Dirección General de Sanidad. Para 1924 se crea el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social y Ley de Seguro Obrero y la de Accidentes de Trabajo. En 1938 nace la Ley Madre y Niño que protegía a la madre durante el embarazo y después del parto. Antes de 1952 y de la Ley 10.383 que diera origen al SNS, había cuatro instituciones que cubrían la salud en Chile; el Departamento Médico de la Caja de Seguro Obrero Obligatorio con atención médica a sus imponentes; los Servicios de Beneficencia y Asistencia Social, encargados de la atención hospitalaria y la asistencia social del anciano e inválido; la Dirección General de Sanidad, encargada de la prevención de las enfermedades transmisibles, higiene del ambiente, control de alimentos, etc.; y la Dirección General de Protección a la infancia y adolescencia con atención preventiva materno-infantil. El 8 de agosto de 1952 el presidente Gabriel González Videla promulga la Ley 10.383 que da origen al

Servicio Nacional de Salud, que fusionaba las 4 organizaciones, más el Instituto Bacteriológico, y el organismo encargado de la medicina del trabajo. La tarea principal fue la de integrar todos los organismos en un solo servicio, en el cual había escasez de personal, infraestructura y de recursos financieros.

En este escenario, la ayuda internacional y nacional fue clave para el desarrollo del Programa. La presencia de la Federación Internacional de Planificación Familiar (FIPF), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Asociación de Protección de la Familia (APROFA) establecieron un vínculo de apoyo y sostén que se evidenció en recursos, apoyo financiero, conocimiento y adiestramiento.

Hacia 1963, en el gobierno de Frei Montalva se observa una agresiva demanda de la comunidad por más y mejores servicios que se debió a una masificación de la información por medio de la radiodifusión. Durante el periodo se destaca la prioridad hacia la atención

rural, la que se dificultaba debido a la carencia de profesionales sanitarios que emigraran a localidades apartadas con escasez de recursos, además de la disparidad entre médicos y enfermeras. Por esta razón para 1967 los planes de trabajo del SNS y que atañen directamente en la búsqueda de mejor atención y cobertura fueron: incremento en la formación de profesionales, descentralización de la atención médica a través de la atención rural, construcción de hospitales y postas, y mayor participación de la comunidad mediante conocimiento de sus derechos y deberes.

Desde el contexto internacional, la FIPF realizaba gestiones de extensión que cubrían Latinoamérica. Vigente actualmente, fundada en 1952, es una organización filantrópica privada, compuesta para el año 1965 por 35 organizaciones nacionales oficiales, semioficiales y privadas, patrocinadas por más de 78 países (1). Sus objetivos eran promover la planificación familiar como preocupación de la medicina preventiva y como derecho humano básico, promover el equilibrio entre la población mundial y los recursos naturales y la producción, condición necesaria para la felicidad humana, el progreso y la paz. Para esta organización, la educación era el vehículo para promover una procreación responsable. Sostenían una ardua labor en entregar las herramientas básicas a los servicios necesarios con el objeto de estimular la investigación en el campo de la reproducción humana. La Federación además promovía la investigación científica en biología, demografía, sociología, economía, sicología de la regulación de la fertilidad, métodos anticonceptivos, fertilidad e infertilidad, educación sexual y conyugal, cubriendo de esta manera todos los ámbitos sociales que la familia asistida pudiera trastocar (2).

En 1961 la FIPF solicitó al SNS información acerca de todas las actividades de regulación de la natalidad implementadas en el país. Con tal petición, se supo que en la Clínica Ginecológica universitaria del Hospital José Joaquín Aguirre se prescribían anticonceptivos vaginales desde 1938; también que la Dra. María Figueroa hacía educación sexual y prescribía diafragmas a madres de consultorios prenatales de la ex Dirección de Protección de la Infancia; que existían antecedentes del funcionamiento en la Unidad Sanitaria Quinta Normal de un

pequeño "centro anticonceptivo", donde se prescribían métodos anticonceptivos a cargo del Dr. Avendaño, y que por más de 25 años algunos médicos chilenos habían recomendando métodos anticonceptivos en su práctica privada a mujeres que lo solicitaban (3).

Con todos estos antecedentes, en 1962 el médico Gustavo Fricke convocó a profesionales de obstetricia, ginecología, medicina preventiva y de higiene materno-infantil de la Universidad de Chile, a los jefes de los Servicios y a los de la Dirección General, para constituir un Comité de Protección de la Familia (posteriormente APROFA) a nivel de Subdepartamento de Fomento de la Salud, bajo la presidencia de la jefa de dicha oficina, Dra. Luisa Pfau. Los propósitos de dicho comité se resumían en la prevención del aborto criminal y los fundamentos de su creación eran las elevadas tasas de natalidad, de mortalidad materna y de letalidad por aborto que prevalecían en el país.

Hacia 1963 los centros anticonceptivos bajo la supervisión del Comité de Protección de la Familia adquirieron mayor auge y la FIPF comenzó a proporcionar ayuda financiera para su mayor desarrollo (4). Hacia fines de 1963 el nuevo Director General del SNS, Dr. Alfredo Bravo, resolvió despojar al comité de su calidad de organismo asesor. De esta forma, el Comité Chileno de Protección de la Familia, bajo la presidencia de la Dra. Luisa Pfau, se constituyó en una entidad de carácter privado para transformarse un año más tarde en Asociación de Protección de la Familia. Los propósitos de APROFA se basaban en la creación de instancias de investigación del aborto como problema clínico, social y sanitario; prevención del aborto criminal y la lucha contra sus consecuencias, mediante acciones educativas y el uso de métodos anticonceptivos aceptables y eficaces. En 1965 (5) se inició la publicación de un periódico mensual denominado *Boletín del Comité Chileno de Protección de la Familia*, que contenía la doctrina de la institución y proporcionaba informaciones y crónica sobre el movimiento de planificación familiar en Chile y el mundo. Su difusión alcanzaba los 4.000 ejemplares y se distribuía ampliamente en el extranjero y a nivel nacional. Debemos destacar que el Boletín constituyó una de las sólidas herramientas de profesionalización en materias de control natal, porque a través de

sus 8 páginas mensuales convocaba a cursos de perfeccionamiento mensuales entre profesionales sanitarios nacionales y extranjeros, e informaba sobre los avances científicos a la vanguardia.

Gracias a las gestiones de la FIPF y APROFA, sabemos que desde 1957 un grupo de médicos formó parte de un comité para la preparación de un Seminario Materno-infantil, organizado por el SNS, que después de los cambios de gobierno quedó en receso. Sin embargo, a raíz de todos los antecedentes que se encontraron y revisaron en base a la fertilidad femenina y su relación con la salud, desde 1962 (6) este grupo de médicos (7) desarrolló gradualmente en la clínica obstétrica del Hospital José Joaquín Aguirre un programa de control de la fertilidad humana. Este programa poseía como fundamento la defensa de los derechos de la madre, de los hijos y de la familia, por lo que el control natal fue considerado como la actividad médico-social más importante del programa. Con este fin se creó el Departamento de fertilidad que contó con el apoyo financiero de la Fundación Ford, el cual dentro de sus objetivos buscaba espaciar los embarazos, permitir a los padres una fecundidad más responsable, proteger y defender el hogar.

Importantes fueron los esfuerzos por estar en la contingencia internacional en materias de salud y Chile no escatimó en esfuerzos. La XVIII Asamblea Mundial de Salud realizada en 1965 adoptó el acuerdo de estimular el control de la fertilidad humana. Para tales efectos, el gobierno de Chile estimó pertinente realizar y analizar el problema del crecimiento demográfico a nivel nacional, comunitario y familiar, contemplando los aspectos biológicos, sanitarios, sociales y éticos, sumándose al acuerdo adoptado por la OMS. Con tales propósitos, por resolución N° 5.181, el 13 de agosto de 1965, el Director General de Salud designó una comisión de carácter transitorio (8), destinada a informar al Consejo Técnico de Salud sobre recomendaciones en el sistema de protección de la familia, para reducir el riesgo de aborto, mortalidad materna e infantil y para promover el bienestar del grupo familiar. El objetivo central de esta comisión era analizar la situación del país en materia de regulación de la maternidad, tanto en los aspectos de asistencia médica como de investigación y conocimientos. De este modo,

el país sumaba conocimiento y técnica gracias a la gestión de tres instituciones, FIPF, APROFA y OMS.

Con todo, la función del Estado fue la de supervisar el desarrollo integral de la familia mediante la protección y fomento de la salud de los individuos que, en este caso particular, eran la madre y el niño (9). Pero la importancia de ello radicó en la incorporación del Programa de Regulación Natal al Programa de Atención Materno-infantil como parte esencial de su desarrollo (10). Por esta razón era responsabilidad fundamental del Ministerio de Salud entregar información relevante sobre el uso y función de los mecanismos de anticoncepción, excluyendo los de tipo irreversible, a saber, aborto y esterilización.

En cuanto a la puesta en marcha del Programa Ministerial, este debía tener en consideración las limitaciones de origen administrativo y financiero propios del Ministerio, como eran la infraestructura en camas, personal con conocimientos adecuados y destinaciones monetarias para el inicio del proyecto dentro del Programa Materno-infantil. Se consideraba que el programa debía beneficiar a los grupos más afectados de los programas médico-sociales derivados del uso del aborto, además de aquellos que solicitaran ser incorporados (11). Es importante destacar que el Estado no buscó disminuir la natalidad o el tamaño de la familia, sino que entregar a la población las herramientas que facilitarían una elección libre y consciente de los métodos anticonceptivos existentes con exclusión del aborto.

Finalmente, el 29 de septiembre de 1966 se publicó el Oficio Circular N° 21.306 (12), preparado por el Sub-departamento de Fomento de la Salud y emitido por el Director General, Dr. Francisco Mardones Restat, con el propósito de poner en ejecución y ajustar a las normas del Servicio las actividades de Regulación de Natalidad en las 13 Zonas de salud y en los establecimientos respectivos el Programa de Planificación Familiar (13).

Los propósitos y objetivos de este programa eran los siguientes:

Propósitos. Las acciones de Regulación de la Natalidad, en el Servicio Nacional de Salud, forman parte del programa de Atención Materna, y se ejecutan teniendo presente el

cumplimiento de los siguientes propósitos de índole médico-sanitaria:

- a) Disminución de las tasas de mortalidad materna, condicionadas en alta medida por el aborto provocado clandestino.
- b) Descenso de las tasas de mortalidad infantil, determinado de forma prevalente por el deterioro del nivel de vida de una fracción importante de la población.
- c) Promoción del bienestar de la familia, favoreciendo la protección responsable, que permita a través de una información adecuada, el ejercicio del deber y del derecho de la paternidad consciente.

Objetivos. En mérito de los propósitos antes expuestos, y teniendo presente la ponderación de los hechos médico-sanitarios pertinentes y la disponibilidad de recursos locales, se estima imperativo, en la definición de los objetivos del programa, establecer las siguientes prioridades en la cobertura asistencial:

- a) 100% de las mujeres atendidas por aborto en los servicios hospitalarios;
- b) 40% de las mujeres atendidas por parto en los servicios hospitalarios, contemplándose en este grupo preferentemente la asistencia de grandes múltiparas con severos problemas socioeconómicos y la interurrencia o asociación a patología crónica grave (tuberculosis, cardiopatías, neuropatías), y
- c) 10% de mujeres en edad fértil, en control en consultorios, otorgándose idéntica prioridad a la especificada en párrafos precedentes.

La prioridad de atención la poseían las mujeres que fueran atendidas por parto y aborto, que fueran grandes múltiparas (14), con graves problemas socioeconómicos y que hubieran quedado con graves daños físicos y morales producto de estas acciones. Este programa no incluía en su inicio a la totalidad de las mujeres

atendidas en el Servicio de Salud, porque las normas y condiciones de atención eran restringidas a casos y condiciones especificadas.

La puesta en marcha del programa de regulación de la natalidad en el gobierno de Frei Montalva poseía las características de acercar a la población femenina hacia herramientas de carácter científico, tecnológico, inocuas y reversibles para combatir la natalidad no deseada que se reflejaba en las altas tasas de aborto provocado. Parece paradójico ver los inicios estatales de este plan regulador de la natalidad en un gobierno de corte demócratacristiano, pero las primeras iniciativas apuntaban justamente hacia la dignidad humana, menoscabada por la acción del aborto.

Luego de la elecciones presidenciales de 1970, el mundo tiene puesto su interés en el país. Salvador Allende es el primer presidente socialista electo en forma democrática para ejercer la presidencia de un país latinoamericano. Allende, de profesión médico, ha estado desde varias décadas involucrado en las políticas médico-sanitarias del país y será él quien modificará las políticas de salud materno-infantil implementadas por Frei Montalva.

Para la Unidad Popular (15) el objetivo de la atención médica era el hombre, su salud y su bienestar. Se reconocía que hombres más sanos producirían más, pero para el gobierno de Allende no se planteaba la atención médica con un fin utilitario, sino que en servicio de las necesidades humanas. En la atención médica hacia la mujer se promovía una protección médico-social de la familia, en los que se debía integrar los planes de atención obstétrica, ginecológica y de planificación de la familia en un solo programa de atención a la mujer, denominado Programa de Salud Integral a la Mujer (PAIM). En cuanto a sus objetivos, la Unidad Popular buscaba asegurar que cada mujer tuviera los hijos que ella deseara, para disminuir los riesgos biológicos del niño, de la madre y también para combatir el aborto inducido en condiciones precarias.

Con este fin, se proyectó la creación de un Ministerio de Protección de la Familia, que se preocuparía de garantizar que todo el desarrollo de la sociedad bajo este nuevo gobierno repercutiera en beneficio de la humanización de cada individuo. Sus objetivos se orientarían hacia la seguridad de la madre y el niño. En

cuanto a la salud, el principal problema que observaba el gobierno de Allende tenía relación con la estructura económica, social y cultural de la nación y los precarios niveles de vida, porque dentro de la estructura capitalista que habían desarrollado los gobiernos anteriores, se consideraba que inversión en salud era inversión económica. Ante estos hechos, el gobierno de Allende rechazó esa concepción y consideró un error salir del subdesarrollo a través del aumento de la producción sin alterar las estructuras sociales. Porque,

uno de los bienes esenciales del hombre, [...] se consagra en el derecho de toda persona a ejercer el derecho en salud (16).

Así, el gobierno se planteó en oposición a todas las concepciones economicistas que consideraban la salud como medio para desarrollar las fuerzas productivas.

A raíz de las características que presentaba la mortalidad materna e infantil en el país, con altas tasas de desnutrición y bajos niveles de vida, las primeras medidas que gestionó el gobierno tuvieron relación con el aumento en la distribución de leche en polvo, la que en años anteriores fluctuó en 12 millones, proyectándose en 1971 a 48 millones. Esta leche la recibían embarazadas y niños hasta los 14 años. La campaña contra la bronconeumonía infantil también se hizo intensa, y se aplicó un plan de vacunación antipolio a los recién nacidos. El PAIM, dedicado al cuidado de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio, se amplió e incluyó atención ginecológica, planificación de la familia, educación y protección social de la mujer desde los 15 años. La aspiración del proyecto era incluir a un 90% de la población femenina en edad fértil a este nuevo sistema de salud integral, otorgando especial prioridad a las áreas rurales y periféricas de las ciudades.

El funcionamiento del programa se basaba en que el SNS facilitaba toda la información que correspondiera para que toda mujer que la solicitara planificara el número y la oportunidad en que quisiera tener sus hijos. Las actividades de planificación familiar en este gobierno, al igual que Frei Montalva, no apuntaban a determinar el número de hijos sino a tenerlos en las mejores condiciones de bienestar familiar. Y como el país no poseía los recursos econó-

micos necesarios para ofrecer al 100% de la población, este programa admitía toda la ayuda internacional que se ofreciera.

Con el propósito de comunicar los beneficios del programa de Planificación Familiar en zonas alejadas de Santiago, se realizó en septiembre de 1970 en Temuco, Zona X de salud, un Seminario en el que participaron más de 90 personas, entre ellos médicos, matronas y enfermeras del SNS. Según el seminario de Temuco, uno de los factores socioculturales que condicionaban la aceptación o rechazo de la comunidad a las acciones de planificación familiar brindada por los equipos de salud era el desconocimiento por parte de la población de los anticonceptivos modernos y de los prejuicios y temores con respecto a ellos. Otros factores determinantes para el buen desarrollo del programa eran la falta de integración entre los profesionales de la salud y la limitación de recursos humanos materiales en salud, por ejemplo, en camas, salas de atención y horas de atención que condicionaban en la población un posible rechazo a la planificación familiar.

De las características de los usuarios podríamos decir que si bien el programa estaba orientado a la atención de las mujeres que llegaron a los Hospitales del SNS por concepto de aborto o parto siendo múltiparas, la familia también se beneficiaba de las acciones en materias de salud.

Debemos comprender, además, la manera en que los hombres en la calidad de maridos o parejas de las mujeres atendidas también eran beneficiarios; así, de ambos podemos obtener características que nos ayuden a crear un perfil de usuarios.

Los primeros estudios con los que contaba el SNS para definir a sus usuarias, se obtuvieron gracias al trabajo de Rolando Armijo y Tegualda Monreal, según el estudio realizado con estadísticas del año 1960 de 1.890 mujeres atendidas por aborto provocado en el Servicio Hospitalario del país, más del 70% de ellas eran casadas, 81,9% poseían un nivel económico social bajo (17), un 64,8% poseía cobertura en el SNS. Respecto a los hijos vivos, el 77% de mujeres que se realizaron abortos tenía como promedio 3 niños (18). En cuanto a las edades la incidencia máxima recaía en las que tenían entre 24-29 años, seguido del grupo que tenían entre 30-34. Mientras que en los datos con-

cernientes a estado socioeconómico, de cada 100 mujeres, se efectuaron 5,4% abortos en la clase alta y un 10,2% en la clase baja. Pero ambas clases sociales utilizaban en la misma proporción preservativos. Estos datos nos demuestran que: las mujeres que se realizaban abortos eran casadas, tenían más de 3 hijos, sus edades fluctuaban entre los 24 a 29 años, en su mayoría correspondían a nivel socioeconómico bajo y estaban cubiertas por el SNS. Bajo estas características, los Dres. Monreal y Armijo dieron al aborto nacional la categoría de epidemia, pues afectaba a un grupo determinado de mujeres, y estas mismas mujeres eran las que el Programa de Planificación Familiar pretendía ayudar.

Con todo, la postura de los hombres con respecto al programa de control natal era de aceptación, pero no consideraban que ellos lo necesitaban, sino que en casos ficticios se mostraban de acuerdo (19). De hecho, mientras sus mujeres señalaban que utilizaban métodos anticonceptivos, ellos indicaban que sus mujeres no los utilizaban. La diferencia con la real información entre mujeres que usaban anticonceptivos y los hombres los negaban radica en que el marido o pareja no necesita saber que está usándolo, ya que al utilizar DIU o píldoras que podríamos caracterizarlos como "invisibles" no dificulta la intimidad (20). Podría decirse que la mujer adopta una postura de rebeldía al usarlo frente a la ignorancia del marido. Pero lo que demuestran estos estudios es la necesidad prioritaria de no querer tener más niños e ignorar la postura del marido sometándose al programa de control natal de modo silencioso.

En ambos gobiernos (Frei Montalva y Allende), la información con respecto al Programa debía entregarse a todas las mujeres que llegaran con un nuevo parto en la condición de múltipara o con riesgos vitales por motivo de un aborto clandestino a los servicios hospitalarios. Sin embargo, los hombres encuestados estaban de acuerdo en entregar información a hombres casados y a hombres solteros, no a mujeres casadas, a pesar de que afirmaban el apoyo en la entrega de información a mujeres solteras. La razón: las mujeres casadas podían tener todos los hijos que concebían porque para tal fin estaban casadas (21).

Empero, no podemos juzgar las opiniones vertidas por los encuestados, porque con estos antecedentes observamos que del universo de hombres entrevistados, no conversaban con sus parejas sobre natalidad, no poseían conocimiento de los males que provocaba el aborto y que principalmente no sabían en qué consistía el Programa de Planificación Familiar, porque más que limitar el nacimiento de otro hijo, consideraba prioridad el bienestar de la madre y de los hijos existentes. De hecho, los trabajos señalados nos entregan una visión masculina respecto del Programa de Planificación Familiar y permiten observar los inicios de una paridad sexual entre hombres y mujeres.

Finalmente, podemos destacar los nuevos desafíos que enfrentó el Estado al implementar en los gobiernos de Frei y Allende un programa que pretendía disminuir las tasas por aborto inducidos en la población nacional. De hecho, la disminución puede ser apreciada al verificar el descenso en las tasas de mortalidad materna por aborto de un 11,8 en 1964 a un 4,3 en 1973 (Tabla 2). El gobierno de Frei incentivó el cambio en las conductas sexuales de las chilenas al integrar una ayuda inmediata en los servicios de salud a quienes se encontraran en riesgo producto de los abortos inducidos realizados en condiciones precarias. Su mayor logro se encuentra en haber focalizado el problema gracias a las gestiones de entidades internacionales y a los estudios de médicos nacionales. Por su parte, Allende reconoció, al igual que Frei, la importancia de la familia en la solución al problema del aborto, pero se basó preferentemente en la integración de la mujer en el sistema de salud, promoviendo la igualdad entre hombres y mujeres, al integrar la salud pública en todos los parámetros de atención necesarios para la población femenina (ginecología-obstetricia y planificación). Sin embargo, todos los logros del gobierno de Allende poseen su antecedente en las gestiones que el gobierno de Frei integró, ya que para 1973 el programa llevaba 7 años en funcionamiento. Estas acciones se comprenden al observar que Frei promovió la regulación de la natalidad entre las afectadas por aborto y Allende lo amplió a toda la población femenina en edad fértil del país por medio del Programa de Atención Integral a la Mujer.

Tabla 2
MORTALIDAD MATERNA. CHILE 1964-77

AÑO	DEFUNCIONES MATERNAS	T. MORTALIDAD (1) MATERNA	DEFUNCIONES POR ABORTO	T. MORTALIDAD (*) POR ABORTO
1964	866	28,3	360	11,8
1965	860	27,9	306	9,9
1966	771	26,1	296	10,0
1967	734	26,5	276	10,0
1968	579	21,2	230	8,4
1969	488	18,2	171	6,4
1970	439	16,8	172	6,6
1971	389	14,2	143	5,2
1972	452	16,3	138	5,0
1973	365	13,2	119	4,3
1974	326	12,2	114	4,3
1975	336	13,1	122	4,8
1976	284	11,6	111	4,5
1977	246	10,1	93	3,8

(*) Tasa por 10.000 nacidos vivos.

Rodríguez F. óp.cit.

REFERENCIAS Y NOTAS

- Boletín APROFA, 1965; 2.
- Esta organización se sostiene con cuotas de sus organizaciones miembros, con donaciones de instituciones filantrópicas y con contribuciones individuales de sus patrocinantes. La región del Hemisferio Occidental, una de las cuatro regiones de la FIPF, tiene su sede en New York y comprende a todos los países del continente Americano, ofreciendo los mismos servicios que la Federación Internacional en sus otras sedes.
- Boletín APROFA, óp. cit.
- La ayuda financiera de la FIPF entregada a APROFA en 1963 fue de 12.000 dólares, suma que en 1965 ascendió a 86.000.
- Boletín APROFA, 1965; 1.
- Para muchos 1962 solo representa el primer mundial de futbol realizado en Chile, en el que la selección Chilena obtuvo el 3er lugar. Pero para esta fecha Chile era el primer país en Latinoamérica en incorporar un programa de regulación de la fertilidad a población usuaria de los servicios que entregaba el SNS.
- Juan Puga, Juan Zañartu, David Rosenberg, entre otros.
- Pfau L. Consejo técnico del SNS toma acuerdo sobre política de Regulación de la Natalidad. Boletín APROFA, 1965; 7. Esta comisión estaba bajo la presidencia del jefe de Sub-departamento de fomento de la salud, Dr. Jorge Rosselot, comisión que además estaba formada por profesores de obstetricia, de higiene y medicina preventiva, de higiene materno infantil, y de Bioestadística e integrada por la presidenta de la Asociación Chilena de Protección de la Familia.
- Posición del Ministerio de Salud Pública frente a los problemas de Población y Familia. Boletín APROFA, 1966; 8.
- Recordemos que en los altos índices de abortos inducidos en el país, de cada 100.000 abortos mueren alrededor de 350 madres.
- No se precisa si este sistema de petición a la incorporación del programa de planificación familiar tiene las características de lista de espera, lo que a juzgar por los antecedentes es lo más probable. Porque la capacidad de atención era para cupos limitados.
- Boletín APROFA, 1967; 3. Cabe señalar que el programa presentado se encuentra en su íntegra estructura y no se ha modificado.
- Las 13 zonas corresponden a las 13 regiones del país, que cambiaron a 15 en 2008. En 1965

había 25 consultorios a lo largo de Chile que colaboraban con el plan de regulación de la Natalidad. En 1967 estos consultorios aumentaron a 128 y para 1969 eran 169 en todo el país.

14. Que ha tenido 5 partos anteriores. Puga J. Efectos de la aplicación y difusión de sistemas de control de la natalidad en el área Hospitalaria Norte de Santiago de Chile y en mujeres tratadas en la clínica obstétrica de la Universidad de Chile. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 1967; 32:220-227.
15. Conjunto de partidos políticos, a saber, Comunista, Socialista, Radical y Socialdemócrata.
16. Sobre salud, asistencia materna e infantil y planificación de la familia. *Boletín APROFA*, 1970; 7.
17. Armijo R., Monreal T. Epidemiología del Aborto provocado en Santiago. *Rev Méd Chile*, 1965; 93:357-362. Sin embargo, existen diferencias en el artículo de Manuel Borgoña: El aborto, problema médico-social en Chile. *Revista Mensaje* 1965; 140:380. Porque encontramos la disyuntiva de enfrentar el problema del aborto en iguales cifras para solteras, casadas y separadas. Sin embargo, la fuente demuestra que afecta mayoritariamente a mujeres casadas y con parejas estables. Estudios de Vial, Armijo, Zañartu, y otros lo avalan.
18. Según señala el Dr. Armijo, no se presta mucha atención a mujeres que poseen menos de 4 niños para realizar una esterilización, siendo que ellas son las que más contribuyen con la masa de abortos provocados.
19. Hardy E. Influencia de algunas características del esposo sobre el uso de anticonceptivos por su mujer. *Cuadernos Médicos Sociales*, 1971; 12: 34-41.
20. Hardy E., óp. cit., Muestra de 200 hombres de entre 15 y 49 años de la población San Gregorio en 1968.
21. Hall M. Los hombres y la educación en planificación familiar. *Cuadernos Médico-Sociales*, 1969; 10: 5-15.

Machis y Sistema Público de Salud. Antecedentes históricos y consideraciones actuales de contacto

VICENTE PAINEL SEGUEL⁷

El propósito de este trabajo es ponderar la capacidad del Sistema Público de Salud de Chile para cumplir la misión intercultural que se ha propuesto contemporáneamente, disponiéndose como espacio en el que opere la medicina tradicional mapuche, y en particular los Machi. Se exploran documentos históricos de la medicina y el pueblo mapuche, en especial sus relaciones con el Estado chileno y los antecedentes que pueden prefigurar algún tipo de apertura o clausura de las iniciativas interculturales.

Con una mirada etnográfica, se revisan casos de machis en centros públicos de salud y sus respectivas contrapartes dependientes del Ministerio de Salud. Se evalúa hasta qué punto se trata de una auténtica legitimación de la medicina mapuche o solo de una estrategia de propaganda y transculturación, intentando identificar los vectores que indiquen su resolución en uno u otro sentido.

Palabras clave: Mapuche - Machi - hegemonía - medicina intercultural - sistema público de salud.

Machis and Public Health Care System: historical references and current contact considerations

The purpose of this research is to examine the Chilean Public Health Care System ability to achieve the intercultural mission recently undertaken as a space for Mapuche traditional medicine, and particularly for the Machi. Historical documents on Mapuche people and medicine were studied focusing on their relationship with the Chilean State and on information that could prefigure some kind of opening or closing of intercultural initiatives.

With an ethnographic perspective, we review cases of the work of machis in Public Health Agencies and their respective counterparts in the Chilean Health system. We try to evaluate to what extent this is real legitimization of Mapuche medicine or if it is only propaganda and transculturization strategy, trying to identify vectors of the phenomenon that could indicate a resolution in either direction.

Key words: Mapuche - Machi - hegemony - intercultural medicine - public health system.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se refiere al contacto entre los Machi y el Sistema Público de Salud, los antecedentes históricos que conforman el fenómeno y las consideraciones actuales del mismo.

La dificultosa empresa acarrea consigo desafíos: se trata de dilucidar cuestiones con densidad de debate investigativo de plena

vigencia. Es decir, la conceptualización se interpela por abordar cuestiones en tensión; por citar un botón de muestra, el asunto de la interculturalidad, buscando una definición objetiva, ya es problemático.

Para estas exigencias nuestra investigación procederá estratégicamente mediante las disciplinas de la etno-historia, la antropología y la reflexión filosófica. Así, deberemos avanzar en el discernimiento de los rasgos del contacto entre Machi y Sistema Público de Salud.

⁷ Licenciado y Profesor de Filosofía. Magíster en Historia.
Correo electrónico: vicente_painel_s@hotmail.com
Recibido el 10 de marzo de 2011. Aceptado el 30 de mayo de 2011.

I. ¿COSMÉTICA INTERCULTURAL O EFECTIVO PROCESO DE INTERCULTURALIDAD EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD?

1. Un primer problema es la interculturalidad, la que puede describirse como

la interacción, el intercambio y la comunicación entre culturas donde el individuo reconoce y acepta la reciprocidad de la cultura del otro (1) ...

Si bien esta definición no se encuentra en Chile hecha realidad en ningún área, tampoco en Salud, exploraremos los procesos que se plantean realizarla.

Un segundo problema son las (los) Machis, antiguos agentes del sistema de salud mapuche. Es menester constatar que es precisamente el cambio lo que permite la reproducción y perduración de una cultura y, por ende, de sus agentes culturales, en este caso los agentes de salud. Es decir, los Machis actuales, no obstante que no son idénticos a los ancestrales Machis, siguen siéndolo culturalmente. Así, el Machi, lejos de ser un sujeto prehistórico de la medicina, a la luz de la gestación institucionalizadora de la medicina intercultural, aparece como innovador agente.

Como tercer problema, tenemos al Sistema Público de Salud chileno, en el cual se han insertado las disposiciones respecto a los agentes de salud mapuche.

Revisadas estas consideraciones nos referiremos a los Machis "urbanos". Estos son un fenómeno sociocultural asociado a la migración del Pueblo Mapuche a centros urbanos. En el mencionado escenario, dada la creciente participación de Machis en el Sistema Público de Salud, cabe preguntarse si se trata este de un fenómeno cosmético y contingente, o de un proceso efectivo de crecimiento cualitativo y cuantitativo del Sistema Público de Salud chileno y, por ende, de reconocimiento de identidad cultural de los pueblos originarios.

2. Objetivos

Precisar grado y tipo de reconocimiento del sistema de salud Mapuche por parte del Sistema Público de Salud de Chile.

Ponderar el contacto de parte del Estado de Chile y el Sistema Público de Salud, así como desde las (los) Machis y el Pueblo Mapuche: lo cual requiere la consideración de la "hegemonía" (2). Nos referimos a un enfoque desde la "legitimidad" (3), en los marcos de la gestación de la medicina intercultural en Chile. Se tomarán en consideración los factores relativos a la a) "interculturalidad" y b) "aculturación" (4). Así, discerniremos si estamos ante una modificación cultural propia de los Machis y el sistema de salud mapuche, es decir, consecuentes con los vectores culturales mapuche que por naturaleza mutan para perdurar, o estamos ante una modificación sustancial que nos llevaría a definir el fenómeno como neochamanismo (5). Por ende, se escudriñará entre las probabilidades: 1) hay una relación recíproca entre salud mapuche y Sistema Público de Salud, o 2) hay una asimetría fatal desde la lógica mayor a menor, entre uno y otro, que puede provocar una alteración determinante al oficio de Machi respecto a su *ethos* tradicional.

3. Ubicación del problema investigado

Respecto al Pueblo Mapuche: es el pueblo originario numéricamente más importante de Chile y su porcentaje relativo al resto de la población no deja de ser relevante, según el Censo 2002 (6): 604.349 individuos, equivalentes a un 87,31% del 4,6% de la población general que se reconocen pertenecientes a algún pueblo originario (7). Pero también hay un factor cualitativo. Y es que pulsar la nota mapuche provoca un sonido agudo en la caja de resonancia de la sociedad chilena. Se trata de actitudes que, a decir de Milan Stuchlik (8), se manifiestan en estereotipos ahistóricos sobre los mapuches que responden a las necesidades de los no-mapuches, variando según varían aquellas necesidades. Tres son estos estereotipos ahistóricos: 1) los valientes guerreros; 2) los bandidos sangrientos; 3) los indios flojos y borrachos. Los cuales corresponden respectivamente a: 1) Guerra de Arauco Colonial; 2) República en consolidación y sometimiento al mapuche, y 3) Periodo reduccional. Lo crucial es que las constancias y cambios reales de los mapuches permanecen independientemente a estos estereotipos (9).

Respecto al Sistema Público de Salud, partimos estableciendo el rol estratégico del sistema de salud en relación con la sociedad:

En el aspecto sociológico, puede ser más interesante el impacto de las enfermedades sobre la vida del grupo que la entidad de una enfermedad particular. Las enfermedades, al igual que algunos otros enemigos humanos, constituyen una amenaza para la unidad y supervivencia del grupo, sea este una familia o una sociedad. Las enfermedades pueden interrumpir la comunicación entre los miembros del grupo, incapacitar a los dirigentes y a los otros miembros, reducir la capacidad de sus componentes para llevar a cabo los roles o tareas sociales que le están encomendados y alterar los modos de relación entre ellos. Es, por lo tanto, de gran importancia para la continuidad de la existencia de una sociedad que esta se defiende en contra de la enfermedad (10).

El acto de sanación consiste en una microfísica económica requerida por cualquier población (11); nos referimos a que hay un enhebrado directo entre sanación, individuo y Estado. Investigar el "Sistema de Salud" es tocar la estructura ósea, musculatura y capilaridad de la sociedad, pues se cruza directamente con la salud, la economía y el poder (12). Así, tenemos que el fenómeno de agentes de salud mapuches accionando en medios del Sistema Público de Salud, no es un hecho menor a nivel de la sociedad.

II. EN TORNO A ANTECEDENTES Y CONSIDERACIONES TEÓRICAS PARA ABORDAR EL PROBLEMA.

1. Interculturalidad en el Sistema Público de Salud. Marco institucional

Los vectores a analizar en esta investigación respecto a las definiciones giran en torno a la Interculturalidad. El concepto comienza a aparecer en el bagaje institucional a mediados de los años 90, en el contexto de la conmemoración del V Centenario de la llegada de los españoles a América y la emergencia de los

Pueblos Originarios como sujeto reivindicativo. Encuentra como antecedentes la política indigenista de la Ley 17.729 de 1972 (caracterizada por la participación mapuche en su elaboración); y la ley N° 19.253 de 1993, luego del acuerdo de Nueva Imperial. Por cierto, es necesario mencionar como antecedente más remoto el sinnúmero de tópicos conseguidos, a través de las concesiones, luchas y contiendas, promovidas por distintas asociaciones mapuches desde comienzos del siglo XX (13). Estas consideraciones son recogidas con la actual Ley Indígena, la cual es calificada como hito fundacional de un nuevo ciclo de la Cuestión Indígena en Chile.

Para el Ministerio de Salud (Minsal), la interculturalidad es definida como:

un proceso social interactivo, de reconocimiento, respeto, horizontalidad y colaboración entre dos o más culturas, en un espacio determinado. Interculturalidad significa, entonces, la promoción de relación de confianza, reconocimiento mutuo, comunicación efectiva, cooperación y convivencia; y derecho a la diferencia (14).

Esta definición tiene una aplicación insuficiente contrastada consigo misma, pues desde el punto de vista normativo la interculturalidad es concebida por el mismo Minsal solo como políticas desarrolladas para zonas de alta concentración de población indígena, e interculturalidad según la misma definición se refiere al contacto de dos o más culturas.

2. Migración y Ciudad

2.1. Respecto a la migración

En el proceso de migración, que comienza a continuación de la ocupación político militar del *Gulumapu* a fines del siglo XIX, se podría distinguir dos fases: la primera posreduccional y la segunda migracional, que se consolida durante el siglo XX. Además, destaca el mecanismo de "reclutamiento" del Estado-nacional, que es el Servicio Militar Obligatorio (SMO) (15).

En la actualidad (16), según el Censo 2002, un 30,2% de los mapuches vive en la Región Metropolitana (17); a esto se debe agregar que en la Región de la Araucanía, región de mayor

porcentaje mapuche comparado a las demás regiones del país, muchos viven en ciudades.

2.2. Aproximación a la valorización cultural mapuche y no mapuche de las enfermedades

Cuando hablamos de enfermedad debemos comprender que estamos abordando componentes recíprocos que constituyen el fenómeno. Específicamente nos referimos a enfermar como estado y como proceso, a la entidad dañina en sí y a la dolencia (18). Podríamos afirmar que los mapuches, desde que comienza su contacto cultural con poblaciones foráneas, están sometidos a nuevas dimensiones de la enfermedad. Así, desde lo considerado por los cronistas como *Chavalongo* y sus estragos apocalípticos en los siglos XVI y XVII, hasta el estrés o el Sida en la actualidad, son enfermedades que pueden ser interpretadas desde un *locus* cultural como "importadas". Aproximándonos, entonces, a una taxonomía tradicional mapuche de las enfermedades, tenemos:

Re-kuutrán o enfermedades simples, las cuales siempre son producidas por efectos de comidas mal digeridas o mal preparadas y antihigiénicas o simplemente por alteraciones del clima y el sol, por ejemplo dolores de cabeza o fiebres.

Weza-kuutrán: eran estas las enfermedades más complicadas y que son consecuencias de no respetar la naturaleza o la influencia de terceros; no debemos olvidar en esto último que conocían –con una sabiduría casi infinita– todas las propiedades de las plantas siendo estas buenas o malas para la salud de los seres humanos. Por ejemplo, si se quería enfermar a una persona se le colocaba en la comida *lletún* –que afecta al hígado–, y podía producir hasta la muerte.

Püllü-kuutrán y estas son las enfermedades llamadas sobrenaturales o espirituales y generalmente aquí "trabaja" el *Wecufü* (19)

Considerar todo este complejo patentiza los desafíos de la interculturalidad en Salud, lo que va planteando sus brechas a través de esta investigación.

III. MACHI, INTERCULTURALIDAD Y SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

Las Machis, como ya ha sido mencionado, existen desde tiempos inmemoriales, no obstante que han vivenciado modificaciones. El cambio, componente simbiótico con la perduración, guarda relación con: 1) La historia del Pueblo Mapuche, 2) los Machis y sus transformaciones-adaptaciones, y 3) los componentes constitutivos de la actualidad.

1. Sobre la Historia General del Pueblo Mapuche

a).- Raíces y condición territorial

Los mapuches son reconocidos "Pueblo Indígena" debido al Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo OIT, ratificado por Chile el año 2009. Por el lado argentino el Pueblo *Mapuche* es reconocido desde el año 2000. En la mítica ancestral de la memoria mapuche se distinguen cuatro ciclos largos:

El Genpin (20) e investigador mapuche Armando Marileo ha planteado la idea de que la sociedad mapuche ha transitado hasta por cuatro ciclos históricos: 1era Historia, aquella que va desde la creación de la especie humana mapuche hasta la gran batalla de Xeg-Xeg y Kay-Kay. De este periodo no existe memoria histórica; 2da Historia, ciclo que comienza en el momento de la lucha entre estas fuerzas y que culmina con la invasión española. Es el periodo en que se configura la cultura mapuche con todos sus componentes y del cual existe memoria histórica, siendo la oralidad y el mapudungun sus principales mecanismos de reproducción; 3era historia, va desde los tiempos de invasión hispana hasta los momentos de mayor expresión de la dominación de los estados nacionales chileno y argentino; 4ta historia, es el presente y tiene como referente el proceso de reconstrucción de la sociedad mapuche, su lucha por recuperar el territorio... (21).

Cronistas relatan la existencia del Pueblo Mapuche en relación con la expansión del *incanato* y la posterior "Guerra de Arauco".

Ahora bien, si la etnogénesis como mecanismo de aglutinación identitaria de carácter fundante gracias a un enemigo común, la adoptamos como regla, podemos concluir; que la etnogénesis de los mapuches ocurre frente al *Inca* (22).

Las dimensiones del territorio mapuche prehispánico según José Millalen en el libro *Escucha Winka* (23), quien se basa en relatos de los cronistas, toponimia y pruebas arqueológicas, da cuenta de una espacialidad que va desde el norte de Coquimbo hasta *Chiloé* (el *Wallmapu*) y al otro lado de la Cordillera andina (el *Puelmapu*). Sin embargo, estas dimensiones como cantidad de población varían según los investigadores (24). No obstante, los mapuches existen hasta la fecha en ambos lados de la cordillera y sus patrones culturales sobreviven: *Tun* (sentido de procedencia) y *Kpalme* (sentido de antepasados), las autoridades se conservan, aunque sus funciones están relativizadas de cara a la tradición (25). Establecidos en el marco general, es imprescindible considerar para efectos etnológicos la fase que se expande desde la mitad del siglo XIX. Se trata de la ocupación político-militar que finiquita cruelmente la soberanía mapuche y altera con magnitud purgatoria su cotidianeidad.

b).- ¿Un laberinto ciego, sin posibilidad de retorno ni salida?

La aniquilación de la soberanía mapuche "*Wallmapu*", es un factor determinante en el examen cultural. Comprender esta magnitud, nos permite abordar nuestra investigación, ya que subyace a este fenómeno la cuestión de viabilidad cultural de los mapuches al carecer de territorio. Esto es: ¿serán las presentes actividades, especialmente las relativas a Salud, síntomas de una inexorable asimilación a los patrones culturales occidentales, la reconversión de "lo mapuche" en *folk*? (26). O, al contrario, los nuevos fenómenos se bosquejan en la línea que indica Louis Faron, a saber:

A pesar de estas fuerzas sociales destructoras, los mapuches han conservado en gran medida su integridad cultural y social. Por el contrario, estas fuerzās no solo no han conseguido hacer desaparecer su vida tradicional, sino que su efecto ha sido, más bien, el unir a la sociedad mapuche en una

estructura más compleja que la que existía en la época anterior a las reservas.

Habiendo tenido que soportar durante más de cuatrocientos años los persistentes empeños por colonizarlos, como también las misiones, es comprensible que los mapuches hayan experimentado cambios culturales y sociales. Han sufrido continuas readaptaciones y reintegraciones durante estos cuatro siglos en contacto con los blancos (27).

Es decir, el fin de la soberanía mapuche fue tan determinante que marca el inexorable horizonte de una cultura mapuche asimilada dentro de la cultura "*winka*" o por el contrario, la lógica reduccional, propulsada por los Estados chileno y argentino constituyó los caracteres coincidentes de identidades territoriales anteriormente disímiles, fijando ahora una identidad cultural más homogénea, a los dos lados de la cordillera, claramente diferente de las correspondientes culturas nacionales chilena y argentina.

2. Comentarios sobre perspectivas del cambio histórico en la Machi

2.1. La Machi como chamán mapuche

a) ¿Qué es un Chamán?

Por chamán se entiende un rol, oficio y personalidad justificada por una comunidad, que desarrolla el éxtasis como componente primordial de su *praxis* sanadora. Un análisis comparado de lo concluido por varios autores desde Mircea Eliade, Claude Lévy-Strauss, Michael Harner, Gonzalo Aguirre Beltrán (28) y considerando lo verificado por Raymond Prince (29), confirma que todo chamán se caracteriza por:

Vocación advertida mediante alguna revelación insólita e involuntaria (...) Proceso iniciático de duración variable, con frecuencia próximo a un maestro (...) Sabiduría amplia (...) Rol específico, el que tiene como referente el propio grupo sociocultural, y (...) Lucro secundario o ausente (30).

Bajo esta convención antropológica, podemos entender por chamán mapuche a los Machis.

b) La Machi como Machi

¿Por qué no médico? ¿Por qué sí médico? Como plantea Ana Mariella Bacigalupo, los Machis habrían adoptado roles sacerdotales más que chamánicos

Encontramos que las machis oficiaban como sacerdotes en las zonas de mayor influencia cristiana (cercanas a los centros urbanos) y que existen muchos elementos sincréticos (31).

Estas aseveraciones, de cara a los Machis en centros públicos de Salud, son discutibles, dado que en la ciudad, aparentemente al menos, ocurre todo lo contrario (32). El Machi es reconocido como agente de salud, a menos que los consideremos equivalentes a sacerdotes católicos y otros apoyos religiosos que se encuentran también en los centros públicos de salud, asunto que no es considerado oficialmente así por el Ministerio de Salud (Minsal). Por todo esto es factible denominar al Machi médico nativo, médico propio de la ancestral tradición de estos lares.

2.2. Machi en el recorrido del tiempo

a) Agentes del ayer y contexto vital histórico. Como cuestión previa es importante mencionar que los agentes de salud mapuche fueron más variados que en la actualidad. La riqueza de las especialidades desaparecidas se mantiene en huellas. Es de valor mencionarlos, pues si bien la (el) Machi es el agente más visible que prosigue, de todas maneras estos agentes extraviados la (lo) acompañaron en jornadas pretéritas:

Juan Ignacio Molina nos da cuenta que los araucanos tenían tres tipos de médicos: los ampiver, los vileus y los machis. Los ampiver eran empíricos y los mejores de todos, pues usaban curas simples, con buenas hierbas, después de tomar el pulso y hacer un diagnóstico práctico. Los vileus eran los médicos metódicos, que aseguraban que las enfermedades eran contagiadas por causa de insectos y gusanos. Combatían contra las epidemias (cutampiru)...

A estos médicos "internistas" se deben agregar los dos tipos de cirujanos: los gutarve, que eran traumatólogos y curadores de heridas,

y los cupove, que abrían los cadáveres para mostrar las entrañas y encontrar el veneno mágico. Ellos eran anatomistas y trataban de ser patólogos.

Esta clasificación ha sido rebatida por Laval, quien estima que había un solo tipo de machi, el cual desarrollaba diversas funciones actuando como especialista según las circunstancias (33).

También podemos encontrar otras interpretaciones respecto a los agentes, por ejemplo respecto al "vileo" o "fileo", quienes para Arturo Leiva constituyen una especialidad netamente celestial, como señala en "El chamanismo y la medicina entre los araucanos" (34, 35).

Respecto al contexto vital histórico del Machi tenemos como componente un espacio geográfico tradicional que:

coincide en su límite septentrional con el comienzo del área de la distribución de los ecosistemas de bosques templados de Chile. En la transición entre las zonas climáticas mediterráneas, con lluvias de invierno y sequía en verano, y húmeda todo el año (al sur de los 38 grados S), se desarrollan bosques deciduos con predominancia de distintas especies del género *Nothofagus* (v. gr. "roble" o coyam, hualo, raulí). Al sur de los 38 grados S, las especies deciduas son reemplazadas paulatinamente por especies siempre verdes del bosque lluvioso valdiviano (v.gr. ulmo, gevuin o "avellano", "arrayán" o coli mamell, luma) hasta transformarse en una selva impenetrable (36, 37).

Las plantas primordiales (38), según A. Bacigalupo en su investigación *La Voz del Kultrun* (39), son: Foye o canelo (*Drymis winteri*), el tiwe o laurel (*laurelia aromática*) y el maqui (*Aristotelia maqui*). Las fuentes ecosistémicas, en tanto espacios proveedores de medicamentos, son: *Menoko* (pantano), *Mawizantu* (bosque), *Rayenco* (flor de agua).

b) Cambio en la Machi

Como ya se ha mencionado anteriormente, según Bacigalupo la sociedad mapuche transitó de una condición guerrera a agrícola subsistente, lo que habría determinado una relativa

transición del Machi de chamán a sacerdote. Nos parece discutible este enfoque por un doble motivo: I) la sociedad mapuche no fue una cultura ni guerrera ni de resistencia, sino más bien una cultura de libertad brindada por la prosperidad del medio físico (*Mapu*) y el despliegue ganadero-comercial: a) libertad de tránsito, b) libertad de organización. II) Por añadidura, si examinamos este asunto frente al *mapudungun*, nos encontramos que desde el encuentro con el Inca los mapuches comportan una condición cultural específica de conceptos como guerra y libertad. Nos referimos a que: “*Auka*”, en *mapudungun* significa –libre–, mientras que en *quechua* significa salvaje. En *mapudungun*, *Aukan* significa guerra, pero también significa juego, en consecuencia, *aukan* como acto de libertad puede darse cuando se va a guerrear como cuando se va a jugar, o el juego es otra manifestación de la guerra y viceversa. Asimismo, el Machi también desde esta perspectiva sigue siendo más chamán que sacerdote; en forma análoga a que, mientras se juegue *palin* (40), seguirá existiendo el concepto *aukan*, así *aukan palin* significa literalmente jugar *palin*. Por lo mismo, inclusive podríamos afirmar que los Machis siguen siendo guerreros cósmicos del inconsciente colectivo (41) mapuche, pues ven donde los demás no ven (42), ya que luchan donde los demás no pueden luchar, puesta la permanencia del concepto con su contenido cultural. Por otro lado, Pablo Mariman (43) presenta un esquema factual de agentes mapuches. Entiende al Machi como una bi funcionalidad, es decir, es agente religioso y de salud, con roles claramente diferenciados y vinculados solo a través de su relación con subestructuras independientes, considerado todo en una taxonomía. Así, la Machi, para el caso de la salud, estará solo relacionada con *Lawentuchefe* (44), *puñelelchefe* (45), etc., y para efectos religiosos solo estará relacionada con el *Ngenpin* (46), *Dungumachife* (47), etc.

Religión: *Machi; Ngenpin; Pillankushe* (48); *Dungumachife; Lonko*.

Salud: *Machi; Lawentuchefe; Ngütanchefe* (49); *Püneñelchefe; Elputrafe* (49-51).

3. Sistema Público de Salud e interculturalidad. ¿Un nuevo *Tun*?

3.1. A través del Sistema Público de Salud

Es menester apuntar un vector presente en la historia del Sistema Público de Salud (52): es factible traslucir sintonías que han alejado y conectado al Sistema Público de Salud con el multiculturalismo. Desde los hospitales y boticas coloniales –materia médica vegetal y algunos registros de valorización de agentes de salud de pueblos originarios (53)– hasta la era republicana (54), considerando las transformaciones de la medicina docta hasta desarrollar un carácter científico moderno (55); es posible identificar participación valorizada o no valorizada de aspectos de medicina mapuche; es factible identificar un reconocimiento o desconocimiento parcial o completo del contacto cultural.

Para efectos del presente, hay que identificar un ciclo institucional más próximo. El Sistema Público de Salud a cargo de un Ministerio independiente (anteriormente bajo el Ministerio del Interior) comienza su existencia oficial en 1924 (Ministerio de Higiene, Asistencia, Trabajo y Previsión Social). En tanto hitos, mencionamos nueve por su relación con nuestra investigación:

1924

- Creación del Ministerio de Higiene, Asistencia, Trabajo y Previsión Social mediante DL N° 44 (...)

1925

La nueva Constitución establece como deber del Estado el “...velar por la salud pública y el bienestar higiénico del país. Deberá destinar...dinero suficiente para mantener un servicio nacional de salubridad” (Art. 10° del Capítulo III)...)

1927

El Ministerio de Higiene, Asistencia, Trabajo y Previsión Social cambia a Ministerio de Bienestar Social (...)

1932

- Creación del Ministerio de Salubridad Pública (en reemplazo del de Bienestar Social). (...)

1936

- El Ministerio de Salubridad Pública se transforma en el Ministerio de Salubridad,

Previsión y Asistencia Social (Ley N° 5078.)
(...).

1953

- Creación del Ministerio de Salud Pública y Previsión Social. (...)

1959

Creación del Ministerio de Salud Pública (DFL N° 25), con la responsabilidad de realizar actividades de programación, control y coordinación en materia de Salubridad Pública, siendo su órgano ejecutor el Servicio Nacional de Salud.

1979

Reorganización del Ministerio de Salud Pública (DL N° 2.763). El nuevo Ministerio de Salud, integrado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el Instituto de Salud Pública (ISP, ex Instituto Bacteriológico) y la Central Nacional de Abastecimiento, encabeza normativamente el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). Cuenta inicialmente a lo largo del país con 26 Servicios de Salud, entes autónomos de carácter ejecutivo, y con 13 Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIs), entes coordinadores entre el Sector Salud, el Gobierno y otras instituciones sanitarias descentralizadas (FF. AA., Universidades, etc.).

1980

- La Constitución Política del Estado garantiza a todas las personas el derecho a la protección de la salud y a vivir en un medio ambiente libre de contaminación. (56).

A mediados de los años 80 se empieza a generar estudios de hierbas medicinales, estableciendo algunos aspectos indirectos, con los que en la actualidad se ha desarrollado la iniciativa intercultural desde la institucionalidad. Luego del "Plan de Salud de los Pueblos indígenas", el 2006 se aprueba la norma administrativa de interculturalidad en los servicios de salud:

16. Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena (57).

En síntesis, las gestiones en clave étnica han ido reivindicando a, pero también siendo originadas por, todo este desarrollo histórico institucional (58).

3.2. ¿Un nuevo Twñ?

El *Twñ* –territorio de procedencia– es crucial para los mapuches. Los mapuches son mapuches por su *kpalme* –linaje– y su *Twñ*. Para el Machi Manuel Lincovil

los machis somos todos distintos, tiene que ver con el *kpal* (ancestro), el *twñ* (origen) y el *feyentun* (creencia), tres conceptos fundamentales básicos de la cultura mapuche" (59).

El *Twñ* entonces es primordial para los Machi, su *Rewe* guarda una relación con el espacio territorial. Una pertinente observación respecto a esto es la de Arturo Leiva:

Por *Rewe* se entiende...al poste sagrado araucano usado por la Machi para entonar plegarias y llegar al éxtasis, siendo su símbolo por excelencia y la única autorizada a plantarlo. Pero *Rewe* es también el nombre de la más pequeña unidad política araucana que puede agruparse con otras para formar una estructura de ya cierto peso político, al nivel de una localidad entera por ejemplo, y que se conoce con el nombre de *Aylla-Rewe* o nueve *Rewes*. Esta coincidencia entre nombre religioso y político sugiere otro papel del chamanismo, ya a una escala mayor y no solamente religiosa y hace de la Machi en cierta forma un símbolo de la existencia de sociedad como tal o de su moral que es lo mismo, interpretación que en parte explicaría el grado de supervivencia mostrada por esta antigua institución Mapuche... (60).

Ante esta constatación (*Twñ* y *Rewe*), al encontrarse en un Hospital o un Consultorio: ¿Se habría desplazado el *Twñ* del Machi? Es decir, ¿podrían sucederse nuevos Machis en esta nueva área? A continuación exploraremos exposiciones de nuestras entrevistas etnográficas, las cuales, enriquecen la incógnita en sí.

3.3. Casos de Observación

Revisaremos dos casos de Machis en establecimientos públicos de Salud. También desarrollaremos un punto tercero de entrevistas a contrapartes del Minsal (61).

a) Machi Manuel Lincovil Collipal

Recuerdos: Manuel Lincovil nació en Cudico, Nva. Imperial, IX Región de Chile. Tuvo mucha influencia de su padre, quien dominaba varios oficios, y de su abuelo. La pobreza no impidió que fuera a la escuela (en este sentido valora la influencia de un tío profesor normalista). Aprendió a leer temprano. De aquella época, Manuel Lincovil subraya:

en Misión Boroa... .. éramos como 100 alumnos y en ese tiempo fui elegido... entonces no se hablaba de acá... elegido con otros pocos niños por alguna razón... yo que venía saliendo de la comunidad mapuche apenas hablaba castellano, muy enredado... ¿por qué me eligieron? No lo sé... casi 2 años allí con los curas... (62).

Cursó en el Liceo de Nva. Imperial hasta el 4º humanidades. Recuerda dificultades por la pauperización. Visitaba su hogar cada 2 meses, siempre llevando regalos, ya que como vivía con orden podía ahorrar. Cuando adolescente migró a Concepción, donde se recibió de contador y trabajó en eso antes de ser Machi. En la actualidad reside en la Comuna de La Florida, Región Metropolitana.

Señales de Machi: En lo que respecta a la vocación de Machi, don Manuel destaca: “*Se nace con eso*”. Las “visiones” son componentes nucleares en el desenvolvimiento del Machi, partiendo con el pasaje onírico que le da “nacimiento”: *el perrimontun* (63). Luego de un extraño sueño cuando niño su madre le dijo que tal vez fuera Machi, ya que lo habían sido su tatarabuelo, su abuela y una tía por su lado; a esto acudieron avisos de vida nueva.

La iniciación fue con la Machi María Cañiuqueo de Pichín, que vivía en Cancura (64). Lo que sabe lo aprendió luego de a poco, a través de numerosos sueños. La ceremonia misma duró solo un par de días. “*Todo lo que sé se lo debo al espíritu*”. Los Machis nacen para lo espiritual, no son simples sanadores. El que sabe es el espíritu que asiste internamente al Machi, él hace sanación. Aunque también “*los machis despiertan prejuicios en el mundo mapuche: los adoran, los odian, les temen*”. Hay falsos Machis, pero la comunidad controla. En este sentido, la ceremonia pública es trascendental.

Su experiencia en el Sistema Público de Salud: Actualmente labora en los consultorios Los Castaños, de la Municipalidad de La Florida, y Nueva Extremadura, de la Municipalidad de La Pintana; considera que los Machis cumplen un rol social:

hemos trabajado mucho con esas familias (se refiere a familias con conflictos conyugales serios)... he conversado mucho a través de los hijos, o sea, la mamá trae a los hijos por una depresión y llegamos al origen de la depresión, que es la separación de los papás... para poder conseguir que estos niños se normalicen, terminen con la depresión. He trabajado mucho con las familias, he logrado felizmente arreglar la reconciliación... la palabra de uno tiene más peso... (65).

Desarrolla además la *dualidad* en lo mapuche, una cuestión dinámica.

el Machi se compone de dos personas: por un lado, la persona, con su cuerpo... tangible, pero hay otro nivel que está con uno en el fondo orientando al Machi... para dar sanación... para ser consejero, en este momento Ud. está conversando con Manuel Lincovil, pero hay momentos en que Manuel Lincovil ya no es solo Manuel Lincovil... (66).

Para Don Manuel la enfermedad es un fenómeno ligado al polo psíquico. Es la comunidad la portadora de justicia, la comunidad es rectora. Se destaca el éxtasis y la ceremonia como elementos claves con los que se puede comprender la praxis sanatoria. La situación del éxtasis es de una fuerza tan profunda, que el Machi siempre necesita de un ayudante que “traduzca”, le ayude a entender “la voz del todo” que habla por su boca durante el trance, para que una vez cuando haya recuperado la conciencia normal, diagnostique y recete (asunto destacado por el mismo Machi). Así se integra “*lo humano con lo espiritual*”. Pero, en su opinión no hay gremio de Machis para reproducir el oficio.

El Machi también reconoce un lugar en que se da una concentración de energías en que puede ir a recargar... “*en mi comuni-*

dad... donde yo nací... una energía natural". Es el territorio original -*Twin*- un espacio de acontecimiento:

la primera vez que abrí los ojos, que pronuncié palabras en contacto con la naturaleza... las plantas, los animales (67).

Honorarios: respecto a remuneración y reciprocidad atingente al oficio nos refiere:

mañumptu... simplemente es la creencia que 'tú me das, yo te doy'... especie de equilibrio... cuando el machi hace esta ceremonia, está pidiendo que todo salga bien... eso depende del que solicita el trabajo, la salud, igual. El Machi no pone el precio. El solicitante dice 'yo quiero a mi mujer sana... le ofrezco, esta vaquilla'. No está considerado como pago, sino como retribución.

Hay dos tipos de trato, una que yo le diga al Dr. Medina: yo lo contrato para que venga a atender aquí al consultorio unas horas a la semana... me pongo de acuerdo con él... estamos hablando de un servicio contratado, un acuerdo de ambas partes, pagarte... un horario de trabajo... El otro es una ayuda... yo te vengo a ayudar, no hay acuerdo de pagarle, simplemente 'apóyeme en esto'... en este caso yo voy a pensar cómo le retribuyo su buena disposición, ese es el mañumptu... (68).

Conceptos cardinales: respecto a la Salud nos plantea:

la salud podríamos traducirla como mognen, la vida... es un todo, la existencia misma... es dinámica, cambia de un momento a otro... en este momento estamos todos bien, con nuestro cuerpo tranquilo, en equilibrio, también nuestro entorno está en equilibrio, no tenemos grandes problemas que pensamos, de lo que pasa en nuestra casa, donde trabajamos... estamos en equilibrio... de repente pasó algo en tu casa, se altera la salud inmediatamente... porque la salud es sentirse viviendo en un momento determinado... salud es estar bien con uno mismo, es aceptarse, aceptar a los demás...

la existencia no termina con la muerte, ahí viene lo que se llama el choyem, la renovación de la especie... (69).

Imagen de sus pares: El conflicto ínter Machi es intenso, la envidia dirige este avatar. La brujería entonces, aparece como una suerte de tercer ojo omnipresente sobre la pirámide social ya difusa, una suerte de súper-yo (70) pretérito, residual pero latente.

Para la cultura mapuche todo está vivo, por ende todo exige autorización. En palabras de don Manuel, al iniciar su actividad regular en el Consultorio, a la entrada de la *Ruka*: "*la ceremonia del saludo... tiene que saludar al espacio*". Respecto a la popularidad, Manuel Lincovil guarda cautela. La Sra. María, su esposa, se mantiene crítica, pues para ella la popularidad -grabadora y cámaras-, daña el poder del Machi. La comunidad es el agente colectivo de validación, no los medios de comunicación.

b) Machi Luis Nahuelcura Calfuqueo (71)
 Recuerdos: El Machi Luis Nahuelcura Calfuqueo nació en 1982, sujeto joven, viste sencillamente. Su departamento habitacional se ubica en la comuna de San Ramón. Es oriundo de Puerto Saavedra. Su familia se vino a Santiago como a sus 12 años de edad. Su madre vive todavía en Huechuraba. Estudió gastronomía en un Instituto Profesional, en Santiago; recibiendo de maestro pastelero. Trabajó algo como tal años atrás, pero hace nueve años que no lo hace porque está a tiempo completo en su rol sanador. En cierto modo tuvo aprendizaje desde niño (abuelo *lonco*, tía abuela fallecida fue Machi, su abuela también), pero después de aceptar el rol, luego de la enfermedad consiguiente, se ha perfeccionado en los sueños. Su condición de Machi le fue entregada a través de una ceremonia que él llama *machilcar*, la que fue realizada por su abuela el año 2003.

Señales de Machi: Su capacidad es hereditaria. Empezó esto con enfermedad de todo el cuerpo, sin ánimo de comer, grave. No pudieron sanarlo los médicos. Su abuela le anunció que iba a ser Machi. Él se fue mejorando, soñaba con grandes ceremonias, hasta que "...*me hicieron la ceremonia... ahí paró esto... antes del año empecé a atender...*"

El Machi Luis Nahuelcura estuvo trabajando en una comunidad en Valparaíso. Posteriormente,

trabjará y lo respaldará una comunidad de la Comuna de La Granja.

Por conocidos fue integrado en la comunidad mapuche Trawun Mapu, que se encuentra en la Comuna de La Granja, existiendo además otras 5 comunidades mapuches, las cuales son apoyadas por CONADI y MIDEPLAN, cuyo objetivo es el de establecer una política de cooperación e integración entre los indígenas y el Estado chileno, en las áreas educativa, sanitaria y productiva. La presidenta de la comunidad Trawun Mapu, Margarita Callupil, fue la encargada de generar los primeros contactos institucionales para que Luis N. iniciara su trabajo como machi, no sin antes demostrar su don entre los mismos miembros de la comunidad mapuche. El resultado fue satisfactorio, pero él mismo prefirió recibir la aprobación de su abuela, la cual consintió sin problemas, aconsejándole que aceptara el trabajo "... y que Dios se encargaría de darme el conocimiento que me falte... y el idioma" (mapudungun) (72).

Como el Machi debe hablar en su idioma en sus ceremonias, su abuela lo tranquilizó. Intentó estudiar *mapudungun*, pero el espíritu de Machi no aceptó. ¿Cómo lo supo? Le empezó a dar una cefalea insoportable. Pero, pidiendo logró que el *chaonegechen* (73) le fuera devolviendo el idioma. Ahora puede hacer sanación en *mapudungun*. Para conectarse usa un par de colihues secos. En el sueño aprendió cómo hacer la conexión. "*Toda enfermedad es por espíritu. La religión protege*" afirma. Cuando está en *nguillatunes*, le dan recepción protocolar como tal. La doctora Doménica Marasca (74) corrobora que en los *nguillatunes* a Luis Nahuelcura le dan trato de Machi.

Su experiencia en el Sistema Público de Salud: Por iniciativa de la Asociación de funcionarios mapuches y a través de la CONADI que tiene un proyecto denominado "Salud Intercultural", fue invitado a trabajar en el Complejo de Salud (Hospital), donde ya existía interés por contar con sus conocimientos. Agradece las gestiones de la doctora Doménica Marasca y la Asociación de Funcionarios de Pueblos Originarios, quienes llevaron a cabo conversaciones con el Director. Actualmente se desempeña en el Hosp. San Borja-Arriarán, dentro del contexto intercultural. Sería

el primer Hospital en Santiago en abrirse a esta actividad. Allí laboran alrededor de 30 funcionarios de origen mapuche. Aparece la Dra. Marasca. Luis Nahuelcura le solicitó estar presente. Nos sentamos en un patio de la parte antigua del Hosp. Arriarán (75). En el Hospital tiene contratos trimestrales renovables; en el comprobante con el cual se le paga se reconocería la condición de agente de salud. En la práctica lo contratan de abril a diciembre. Se le observa que resulta algo ingrato esto, pues obviamente tiene necesidades los meses restantes. Acepta esta limitación, pero aún así prefiere esto que nada. Además del trabajo inicial con funcionarios, solicitado por la asociación de ellos, gradualmente se ha ido abriendo la oportunidad de laborar con niños y también atender a pacientes comunes. En este caso, además de recibirlos mediante interconsulta, el interesado firma un consentimiento. Él destaca el *newen* (fuerza) "*se grita para darse fuerza y conectarse*".

Fortalecimiento de un *Rewe* -Hospital San Borja Arriarán- (Diciembre 2008):

Se subraya que lograron "plantar" el *Rewe*, en un sitio que la asociación asume estratégico (jardín de paso de funcionarios y otras gentes de distintas áreas del Hospital). La ceremonia (duración de la ceremonia: 1 hora 25 min. aprox.) (Me dijeron que la ceremonia se llama *Mongelchefe*) (76). En total hay 25 a 30 personas participando directamente y otras 20 a 30 personas mirando (77). No se permiten fotos de Luis Nahuelcura ni de la ceremonia cuando este se encuentra en trance. La dinámica es un ejemplo de las actividades interculturales, se encuentra presente una periodista del Ministerio de Salud que toma registro de la actividad.

Conceptos cardinales

Imagen de sus pares: Acepta que hay reuniones de Machis en grupos. Él se incorpora cuando va a su sitio de origen, pero acá en Santiago no. Hace dos años habría habido un congreso de Machis en Santiago, organizado por una universidad, pero a él no lo invitaron (78). Agrega, refiriéndose a un sanador mapuche del cual teníamos referencia (79): "*es chamán, no machi*". Luis Nahuelcura no se considera chamán. Enfatizó que la diferencia es que se trata de poder hereditario, recibido por el linaje. Por todo esto, tampoco puede haber Machis no-mapuche. Para ser Machi se requiere

mucho coraje culmina afirmando el Machi Luis Nahuelcura.

Proyecciones: El Machi Luis Nahuelcura se destaca por su compostura. Respecto a su futuro destaca la "... *posibilidad bien grande que me dan acá...*". La Dra. Marasca nos comenta que

los médicos o equipos profesionales de acá miran con reserva esto, al parecer por la competencia que significa (especie de celo o de defensa de autoimagen profesional). Pero todo parece que corre por una buena tendencia. Los pacientes vienen porque prefieren las plantas.

Más aún, si agregamos que muchas de las motivaciones de los pacientes al acudir donde el Machi son los llamados malestares biopsicosociales, tendrá asegurado el futuro de pacientes como todos los Machi en la ciudad.

Dentro de este mismo ámbito el machi actúa como agente sanador para molestias relativamente graves, por ej: enfermedades del colon, gastritis, úlceras, problemas ováricos, entre otros. En caso de encontrar enfermedades que no puede tratar aconseja a sus pacientes dirigirse a un médico profesional, y mantener el uso de las plantas medicinales como complemento al tratamiento de la medicina oficial.

Luis N. considera que las enfermedades que trata en Santiago tienen como causa "...el vivir estresado, no ser escuchado, todos viven en forma rápida..." por eso él pone mucha atención a sus problemas y les aconseja. Las plantas son un buen complemento, porque los limpia y energiza. Pero a diferencia de los mapuches que él trata, cree que los de Santiago no miran a la naturaleza con respeto, por eso hay contaminación y pocos árboles (80).

El Machi plantea que: "*Atiendo de 9 a 18 horas empleando ceremonias para orar y yerbas medicinales...*" (81). El horizonte se abre con promesas (82).

c) Observaciones de casos complementarios
Colección de las experiencias: Básicamente todos los informantes revisados se corresponden

con agentes intermedios que son la contraparte directa de los Machi y las instancias mismas de aplicación de medicina mapuche en el seno de los establecimientos públicos de salud. En este sentido, hay una constante de cierta abstracción de los aspectos deficitarios que ellos mismos constatan críticamente; de hecho, al contrastar sus opiniones se pueden desprender discrepancias, tanto respecto a los mapuches como al Sistema Público de Salud. No obstante, por su ubicación, hay varias perspectivas completamente objetivas e importantes juicios significativos (83) relativos a estas experiencias. En síntesis estos agentes públicos de Salud diagnostican que la medicina intercultural en medio del Sistema Público de Salud se encuentra en un estado embrionario:

Gran parte de lo que se logre será mediante el progresivo reconocimiento de los sistemas de salud indígenas (84).

Comparación de los casos de contraparte: El énfasis crítico más destacado son los diferendos intra-mapuche en varios planos y sentidos:

"El tema mapuche urbano es un problema":

casi no hay estudios que ayuden a entender, no hay consenso de temas básicos y cada asociación tiene su propio criterio frente a muchas cosas. Ejs.: si el dinero que entrega el Estado para la interculturalidad es solo para financiar actividades hacia población mapuche, o si se reparte entre todos los que llegan a solicitar atención de machi, o si se acepta a la medicina mapuche en exclusividad o se la integra con otras Medicinas Alternativas o Complementarias (MAC) (flores de Bach, etc.). (85)

También está presente cierta apreciación de faltas de alianzas con actores de la sociedad civil chilena por parte de los mapuches; los nuevos diseños deberían resolver esta falencia:

En la planificación existe el "tercer" representante; primero el Estado y las jefaturas, segundo los grupos originarios, y tercero la comunidad. Este tercero rompe la alianza paternalista frecuente entre los otros dos (86).

Apreciaciones respecto al Sistema Público de Salud: Hasta ahora el único atisbo de la constancia de estas experiencias de salud intercultural es la esfera legal-reglamentaria. Así, la sujeción al carácter anual de los dineros de los proyectos y la circunscripción de los recursos a la duración de ciertos subproyectos aún más específicos en tiempo o alcance, dan cuenta de una inestabilidad presupuestaria que pone en entredicho la reproducción de los espacios interculturales. Por ejemplo una arista clave: si bien hasta ahora la medicina mapuche ha sido considerada oficialmente como medicina tradicional (87), nada asegura que en un futuro no pueda ser concebida como apoyos espirituales, como los sacerdotes católicos en los hospitales, y no médico

En algunos lados los machis tienen rol sacerdotal...y en otros como medicina MAC (88).

Finalmente, destacan las faltas de sistematizaciones que posibiliten parámetros nítidos con los cuales desenvolverse, se carece de convenciones, un mismo campo hermenéutico. Esto, que es propio de una política pública recién nacida, se verifica en las distintas ocupaciones de las *Rucas* en los recintos públicos de salud: en algunos, como el hospital Sótero del Río, es un sitio reflexivo, mientras en el consultorio de La Pintana la *Ruca* es un espacio de atención de salud.

En síntesis, se da cuenta de una "cohabitación" entre módulos de medicina mapuche en medio del Sistema Público de Salud, pero esta cohabitación "multicultural" no ha conllevado a una convivencia "intercultural", es decir, a una interconexión funcional programática entre la medicina tradicional mapuche y la medicina de cuño occidental.

VI. CONCLUSIONES

Cruelles han sido las amenazas que los mapuches han soportado; despojados de su poder (89) han padecido un ríspido derrotero. No obstante, actualmente los mapuches son relativos portadores (90) de aspiraciones presentes entre los chilenos: ecologismo, descentraliza-

ción, democratización económica, identidad cultural, etc.

Desde la Historia

Podemos concluir que los historiadores nos proporcionan algunos datos generales y específicos, no obstante desarticulados, sobre la "Salud y Medicina Mapuche". Por otro lado, casi todos los médicos que han desarrollado actividad de historiadores, solo han ponderado a la medicina mapuche como antecedente de la "Historia de la Medicina en Chile", la ubican como pasado prehistórico. Además, el área de "Historia de la Medicina y la Salud en Chile" no es una temática suficientemente abordada por las Humanidades ni por las Ciencias Médicas. Estas tres constancias develan a-historicidad de las experiencias interculturales en el Sistema Público de Salud. Abriéndose inclusive la *chance* de una protoelaboración estereotipada a-históricamente de la medicina mapuche, a saber:

En términos generales se podría decir que el conocimiento acerca de la sociedad Mapuche y, consecuentemente, una gran parte de las relaciones con los mapuches mismos, deriva de estereotipos que son por una parte ahistóricos, por cuanto se basan en datos que eran correctos en otro tiempo y no toman en cuenta los cambios ocurridos posteriormente. Por otra parte quedan invalidados por sustentarse en generalizaciones apresuradas y con enfoque valorativo según los criterios relevantes, en cada momento histórico, dentro de la sociedad chilena (91).

¿Alteración de la tradición mapuche o tradición mapuche en un nuevo escenario?

En estos marcos, contemporáneamente y desde la ponderación de rasgos tradicionales, los Machis en medio del Sistema Público de Salud se enfrentan a situaciones que alteran su condición. Tenemos entonces que el Machi ha sido un oficio independiente; en el Sistema Público de Salud en cambio, se proletariza bajo el "contrato", los pacientes modifican su condición al acudir a un Establecimiento Público de Salud, etc. Los Machis que atienden en hospitales no solo accionan en tanto son Machis sino porque los ha reconocido de una

u otra manera el Estado, por cierto, una nueva variable, porque el Estado ahora participa en acreditar quién es Machi.

En esta orientación, ejemplifiquemos, a la luz de los cambios que han sufrido los Machis, respecto a los remedios de plantas medicinales *-lawen*:

La forma de adquirirlo va desde la compra de hierbas envasadas en locales cercanos al hospital donde trabaja, y asegurándose que vengan las bolsas bien selladas; las que recolecta en el sur del país y las deja secar o las trae en maceteros, en especial la ruda y el maqui para ahuyentar los malos espíritus; y aquellas que logra conseguir en áreas verdes de la ciudad, como fue el caso del diente de león, el cual Dios se lo mostró en sueños, indicando la dosis para preparar un remedio a una paciente con problemas ováricos y el lugar donde se encontraba (en una plaza cercana a su domicilio) (92).

Es manifiesta la alteración en el área de hierbas, más allá que el mismo Machi no dé cuenta del fenómeno. La depredación de la flora, evidentemente altera el espacio tradicional.

Si ponemos el acento entonces en el juego de contradicciones desplegado, podemos distinguir que las modificaciones que han sufrido los Machis no solo son periféricas sino que tocan el patrón cultural de reproducción: *Twn* (territorio) y *kpalme* (descendencia). De esta manera damos cuenta de la densidad vivencial de los Machis en la ciudad: No hay Machi sin su *rewe*, y el *rewe* no es solo el *chemamull* (93) y las ramas de *boigue* (canelo), sino que más que nada el *rewe* es eje del *lof*, si no hay *lof* no hay *rewe*, no por casualidad que la unidad política estable tradicionalmente inter *lof* fuera el *aylla rewe*. Ni *ayllarewe* ni *lof* existen en la actualidad. Del *lof* queda la reducción o comunidad, del *ayllarewe* quedan algunas alianzas de tipo reivindicativo agrario. Es decir, quedan retazos, microcomposturas, delicadas urdimbres. Del *kpalme* quedan las huellas de los antepasados, recuerdos, las reuniones familiares esporádicas debido a un reordenamiento etnodemográfico conllevado por la migración (94). En consecuencia, en el Sistema Público de Salud se ratifica un Machi desterritorializado... hay una melancolía de geografía vital:

Estos puntos son diferentes en el sur, por ejemplo los (las) machis reciben apoyo institucional directamente para abrir mini clínicas, fuera del hogar, o huertos para plantar plantas medicinales. También hay más solidaridad entre los machis, se realizan renovaciones entre ellos e intercambian remedios y conocimiento del mismo.

El Machi tiene claro que en Santiago su trabajo es muy distinto a lo que podría realizar en el sur...hay enfermos que no los podría atender en el hospital ni en su casa, necesitan por su gravedad viajar al sur para tomar contacto con la naturaleza, "respirar otro aire". Es por eso que él mismo viaja por lo menos una vez al año para renovar sus fuerzas (95).

En medio de la Hegemonía

Existe un polo mayor, que por muy astuto y creativo que sea el polo menor, en una lógica binaria y por un asunto de gravedad lo terminará "moldeando". El Estado culminará creando etnicidad. Como ha identificado Michel Foucault, en sus estudios sobre gobernabilidad (96) es acción natural de un Estado, para su propia reproducción, la de crear grupos disonantes consigo mismo, de esta manera refuerza su regularidad, pues lo dota de un otro antagónico desde el cual afirmarse y reproducirse. Bajo esta constatación, se activa la etnopolítica, como plantea Guillaume Boccara (97). Esto es, cuando el Estado genera una identidad cultural de acuerdo a una batería de características predefinidas por el mismo Estado, según su potencial laxitud (redundando la acostumbrada folclorización y/o academización de la alteridad) (98). Así, la analítica medular versa: ¿son los mapuches capaces de desenvolver integralmente su agencia sanadora, es decir, restablecer al *admapu* (99), en un espacio ignorante del mismo?, lo que conlleva a la siguiente pregunta: ¿es posible que los mapuche reproduzcan sus patrones culturales careciendo de territorio sagrado (*Mapu*)?

Toda pregunta conlleva su respuesta

Así como los mapuches son capaces de reproducir sus patrones en la medida que van reabriendo –parafraseando al *lonko* de la Comunidad "urbana" *Kalfulikan*, Samuel Melinao, "territorialidad sagrada"–; así también

los Machis pueden desenvolverse en la medida que recrean el *admapu* y de esta manera, por medio de una pedagogía sanadora, lo restablecen. Esto es, así como las comunidades urbanas son viables en la medida en que se constituyen reabriendo territorialidad sagrada, los Machis urbanos también son posibles, sin dejar de ser seculares. Ahora bien, en la *warria* (ciudad), evidentemente que cual *pantomima*, la reproducción cultural-sanitaria mapuche se encuentra conviviendo con su *némesis*, la etnopolítica que por naturaleza desarrolla el Estado para autorreproducirse garantizando su gobernabilidad, en específico, en el área pública de Salud.

Desde la primera afirmación, entonces podemos concluir que en la medida en que los mapuches no reabran territorio sagrado y los Machis (en conjunto con los demás agentes culturales mapuches) no regeneren pedagógicamente el *admapu*, la etnopolítica estatal superará a la reproducción cultural mapuche, quedando esta como *folk*, "integrado" en el sentido de la asimilación. Bajo este eventual escenario los Machis urbanos vendrían a ser un problema de *New Age*, "*neo-machis*" específicamente, más que de chamanismo tradicional en un nuevo escenario. Hasta el momento nada predice que esto ocurra como tendencia consolidada, debido a la situación absolutamente larvaria de las experiencias; no obstante, según vectores que en esta situación embrionaria se han constatado, de reproducirse, podrían terminar por subvertir las polaridades en un sentido de asimilación de lo mapuche en el entramado cultural *winka* (occidental) y en especial relativo a sus agentes de salud. Esto se traduce en las siguientes tensiones:

- Poca claridad respecto a las *Rucas* y *Rewes*: ¿módulos de salud, o espacios decorativos?
- Rol de los agentes de Machi: ¿agentes de apoyo religioso / ideológico o agentes de salud?
- Aplicación de la interculturalidad en Salud: ¿Convivencia y reciprocidad del módulo mapuche y del Sistema Público de Salud en el mismo recinto? o ¿Reforzamiento de los espacios propios de Salud Mapuche incentivando a los profesionales del Sistema

Público de Salud a interactuar con ellos derivándose mutuamente pacientes?

Podemos afirmar que la facultad de creatividad que han demostrado los *mapuche* (palabras en *quechua*, uso del caballo, monedas como platería, etc.), depende de una materialidad comprendida con una eficacia simbólica, la precondition del territorio sagrado: *Mapu*. Para efectos del Sistema Público de Salud y el Machi, esto implicaría un *Twin* como área en que pueda reproducirse la ecología propia del *etbos* mapuche (cuestión relacionada con la conexión del medio ambiente y el ciclo vital), y el *kpalme*, la re-generación de comunidades *mapuche* en la actual condición demográfica (100).

En síntesis: considerar la interculturalidad en el Sistema Público de Salud implica abordar el preconditionante integral de la *Mapu*. En efecto, el "territorio sagrado" (101) es una temática *sine qua non* para el ejercicio tradicional de la medicina mapuche, todo lo cual ha sido concluido debido a la revisión histórica; sin asumir esta tarea no es posible comprender el fenómeno. La temática de *medicina intercultural*, no puede desconocer este asunto basal.

AGRADECIMIENTOS

El autor agradece las orientaciones y colaboraciones del doctor Eduardo Medina Cárdenas. Además agradece la buena disposición de los Machi Manuel Lincovil Collipal y Luis Nahuelcura Calfuqueo.

REFERENCIAS Y NOTAS

1. Reunión Anual de Ministros de la Red Internacional de Políticas Culturales -RIPC (2002). "La interculturalidad hacia un diálogo entre naciones". http://incp-ripc.org/meetings/2003/theme3_inter_s.shtml.
2. Por hegemonía entendemos: "Supremacía de cualquier tipo" Real Academia Española RAE. Diccionario de la Lengua Española - Vigésimosegunda edición. http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=hegemonia

3. Legitimidad se refiere a "Cierto, genuino y verdadero en cualquier línea" Real Academia Española RAE. Diccionario de la Lengua Española - Vigésimosegunda edición. http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=legitimidad
4. Por aculturación entendemos:

"el proceso de cambio que emerge del contacto de grupos que participan de culturas distintas...

Conforme a la definición que antecede, el principio fundamental que determina el fenómeno de la aculturación es el conflicto entre elementos opuestos de dos culturas antagónicas. El carácter conflictivo del encuentro entre Occidente y el mundo indígena salta a la vista donde quiera que se le examine (...)

El conflicto es incesante en su desenvolvimiento y continúa en tanto las culturas en contacto subsisten como entidades diferentes. La interacción cultural puede hacer variar en tal manera los patrones originales de los grupos en conflicto, que hoy día uno y otro sistema cultural no presentan la misma estructura ni los significados iniciales; mas, al permanecer diferentes, continúan en un intercambio recíproco de elementos y en una lucha permanente de sus opuestos". Aguirre Beltrán G. (1957). El proceso de aculturación. México: Universidad Nacional Autónoma de México UNAM, pág. 49.
5. Por neochamanismo nos referimos a un fenómeno occidental ajeno a las premisas chamánicas tradicionales que, adoptando componentes de lo chamánico, procura reproducir el fenómeno. Se genera así un fenómeno de nuevo tipo, ahora en los marcos de la propia cultura occidental.
6. Instituto Nacional de Estadísticas, INE (2002). Censo 2002. Síntesis de Resultados. [ine.cl http://www.ine.cl/cd2002/sintesisiscensal.pdf](http://www.ine.cl/cd2002/sintesisiscensal.pdf)
7. Esto posiblemente tendrá una modificación numérica oficial, pues mediante la ratificación del Convenio 169 de la OIT, los Pueblos Originarios son "reconocidos" como Pueblos Indígenas, cuestión que tendrá incidencia en el número de identificación en el próximo Censo.
8. Stuchlik B. (1974). Rasgos de la sociedad mapuche contemporánea. Chile: Ediciones Nueva Universidad. Universidad Católica de Chile.
9. Según José Bengoa: "Chile, se ha dicho, se ha construido en la oposición a "lo indio". Primero la guerra de Arauco y su marca indeleble sobre la colonia y el origen de la nacionalidad. Luego la guerra denominada eufemísticamente en nuestra historiografía, como de la "Pacificación de la Araucanía". El Chile del siglo XIX quiso borrar su ancestro indígena y acercarse al imaginario de la civilización occidental. Con el siglo XX los chilenos quisieron ser un solo pueblo, una sola Nación, una sola cultura nacional y popular. Vieron el pasado indígena con conmiseración y nostalgia. Trataron por todos los medios de que el indio se integrara a esta idea de país. Los esfuerzos fueron muchos, variados pero vanos. La contumacia indígena dijo otra cosa". Bengoa J. (1985). Historia del pueblo mapuche Siglo XIX y XX. Chile: Ediciones Lom, 2000, pág. 7.
- O en palabras de Vicente Painel Pilquil:

"En los tiempos de la Conquista... "Esta tribu es la más celebre, no solo de Chile, sino de toda América, por su valor, por su gobierno militar, y por las cuasi continuas guerras que ha hecho a los españoles desde el principio de su entrada hasta nuestro días"...

En los tiempos de la colonización llegaron a ser relevantes no las características que impiden o facilitan la conquista, sino las características que impiden o facilitan el uso de terrenos en la Frontera... "individuo flojo, no cumplido, borracho, un indio muy inferior a los chilenos". Hoy es un individuo deseoso de "chilenizarse" como trabajador o como participante, pero muy mal informado y continúa siendo calificado como en la colonización". Painel Pilquil V. (1972). Marginalidad Socioeconómica y Educacional del Pueblo Mapuche. Seminario para optar al título de profesor de educación general básica. Victoria, Chile: Escuela Normal Victoria, pág. 1.
10. Coe RM. (1973). Sociología de la Medicina. Madrid, España: Alianza Editorial, pág. 81.
11. La Necesidad tiene, filosóficamente hablando, como base primera la "conservación de la vida". Fracasar frente a la necesidad es un "trozo" de muerte que se cuela entre zoe (vida natural) y bios (vida social). Vencer el yugo de la necesidad es la tarea económica por excelencia, combatir a "thánatos" no es sino la economía más elemental. Tal es la densidad política que contienen los Sistemas de Salud, que su espesura es sigilosa. Tal es su peso, que forma una indistinguible unidad con el sistema de gravedad de la misma sociedad.
12. Si bien frente a esta aproximación se podría argumentar que todas las funciones públicas padecen de la misma relación, nosotros subrayamos ya que a nuestro juicio aquello no está suficientemente asumido.
13. Temática tratada en: Foerster R, Montecino S. (1988). Organizaciones, Líderes y Contiendas

- Mapuches (1900-1970). Chile, Santiago: Arancibia Hnos. y Cía. Ltda.).
14. Ministerio de Salud (2006). Política de salud y pueblos indígenas (Resolución exenta N° 91). Chile.
 15. En efecto "hacer el servicio militar" en las zonas rurales mapuches, se percibe como un procedimiento de movilidad social. No obstante, el caso del oficial de ejército capitán Juan Lorenzo Colipí (Guerra contra la Confederación Perú-Boliviana) no se ha repetido a lo largo de la historia. Paradójicamente, se mantiene en general una cierta "simpatía" a la pertenencia de las FF.AA., aunque los mapuches alcancen a lo máximo el grado de suboficiales en estas instituciones.
 16. Existe una conversión del tema mapuche desde un polo racial a uno actual de identidad cultural.
 17. Instituto Nacional de Estadísticas, INE (2002). Censo 2002. Síntesis de Resultados. ine.cl <http://www.ine.cl/cd2002/sintesisiscensal.pdf>
 18. "en cualquier enfermedad existe no solo un problema biomédico, fenómeno habitualmente privilegiado por la medicina moderna, sino también un contexto sociocultural que otorga una serie de significados y valores al anterior. Así, en la enfermedad y el proceso de enfermar (sickness), siguiendo a Arthur Kleinman, es importante diferenciar dos aspectos interrelacionados: la entidad morbosa, es decir, una configuración físico y/o psicopatológica (disease) y la dolencia, esto es, una reacción personal, interpersonal y cultural (illness). Así, podría existir una entidad morbosa sin dolencia (por ej., respuestas orgánicas y mentales a la sobrecarga imprevista derivada de un desastre, que no da tiempo para generar la segunda), o viceversa, una dolencia sin una entidad morbosa subyacente (por ej., la hipochondriasis, un síndrome psiquiátrico ficticio tal como la Pseudo Demencia Histérica o Síndrome de Ganser, varias de las connotaciones psicossociales de la drogadicción, etc.). La mayoría de las veces, especialmente en las enfermedades crónicas, ambos planos existen y se influyen recíprocamente; en muchas de éstas, además, la calidad de la dolencia influye en la forma y significado que adopta la enfermedad.
- Continuando con nuestro autor, mientras que la entidad morbosa responde a las intervenciones tecnológicas (cura, "cure"), la dolencia frecuentemente requiere el agregado de intervención psicosocial (sanación, "healing"). Los sistemas médicos tradicionales habitualmente proveen ambas formas de tratamiento dentro de los contextos socioculturales que los sustentan, en tanto que la atención médica moderna por lo general privilegia la primera. Los pacientes, cualquiera sea su nivel socioeconómico u origen sociocultural, consideran esenciales a ambas, siendo creciente su insatisfacción frente a la ausencia de sanación en la práctica médica moderna. Este verdadero impasse es continua fuente de discrepancias entre el médico y su paciente respecto a evaluar la eficacia de la atención recibida, incluso impulsando a éste a la búsqueda de formas alternativas de cuidado". Medina E. (2001). "Enfermedad y contexto sociocultural. Algunas reflexiones sobre los escenarios sanitarios en el cambio de siglo". En: *Imágenes en Salud Mental II*: 35-41. Sociedad Chilena de Salud Mental y Laboratorio Chile. Santiago.
19. Cartes V. (2006). Purén indómito recuerdos al futuro. [puren.cl](http://www.puren.cl)
<http://www.puren.cl/multimedia/PUREN%20INDOMITO.pdf>
 20. Literalmente significa dueño de la palabra, oficia de director en eventos sagrados.
 21. Millalen J. (2006). "La sociedad mapuche pre-hispanica: kimun, arqueología y etnohistoria". En Mariman P, Caniuqueo et al. (óp. cit.): págs. 17-52, pág. 24.
 22. En efecto, múltiples son los antecedentes que atestiguan la reciprocidad cultural de un choque, cuyo punto más famoso es la batalla en torno al río Maule entre el Incanato y los Mapuches. Debido a la reciprocidad cultural, se luce uno de los rasgos más neurálgicos de las constantes identitarias Mapuches: la "reapropiación", en este caso, de ciertas categorías quechuas que en el mapudungun operan similares, como antu e inti (sol), conceptos matemáticos como Pataka (cien), Waranka (mil), y resignificaciones antagónicas como Auka que en quechua significa salvaje y en mapudungun significa libre o indómito. De esta misma manera, el Tahuantinsuyo obtiene su contrapunto en el "Meli Wixan Mapu" mapuche. En síntesis, nos parece que el Pueblo Mapuche es un pueblo andino por negación, es decir, al ser contra-andino, cabe en la dialéctica andina y en su reciprocidad. Bajo las consideraciones del concepto de etnogénesis también es significativo anotar algunos componentes de la mentalidad española y la construcción del imaginario de "lo otro"; respecto a esto tenemos:
- "En 1616, otro fraile completamente entregado a las razón de Estado, el franciscano Pedro de Sosa, describió a los mapuches como a los insufribles musulmanes: "Estos bárbaros viven sin

gobierno, ni república, rey, ni más ley, razón o justicia que su gusto". Su poligamia es común a los árabes... Si el Estado no imponía su fuerza pública con la necesaria y rigurosa distinción entre el bien y el mal, los propios colonizadores españoles terminarían "paganizándose" (...)

Segunda fase, la iglesia católica intenta convencer a los mapuches de lo incorrecto de sus creencias religiosas respecto a los machis: "En su más extenso Sermón en lengua de Chile, hecho publicar en Valladolid en 1621, el padre Valdivia volvió a enseñar con mayores armamentos la virulencia de su política cultural. Era necesario hacer caer en la cuenta a los mapuches que debían combatir consigo mismos... "Desventurados de esos viejos hechiceros, que pobres, son locos, y tontos, que os engañan, y por eso lo que les deis de comer, os llevan al infierno, y todos ellos mismos también arderán allá, y se harán brasas para siempre en el fuego con los diablos".

(Ver: Salinas M. (2005). Las hablas populares sobre la religión en Chile (1541-1840). En Sagredo R, Gazmuri C. (directores). Historia de la vida privada en Chile (Tomo I):199-231. Santiago, Chile: Taurus, pág. 211; 212; 213; 215 y 216.)

23. Millalen J. (2006).
24. Importante para saldar este crisol es considerar la tensión entre el Pueblo Mapuche y los Estados chileno y argentino, que ha cobrado magnitud desde 1992 - V Centenario del "descubrimiento" de América hasta la fecha. Esto produce una inevitable "influencia" política en los investigadores, aunque no manifiesten adhesión a una u otra causa, ya que el origen directo o indirecto de muchos trabajos se debe a esta tensión. Por ejemplo, textos de la "Comisión de Verdad Histórica y Nuevo Trato", impulsada por el Gobierno del Presidente Ricardo Lagos. Bajo esta consideración (influencia política de las investigaciones), es pertinente atender también que, justo entre el centenario de las repúblicas latinoamericanas y el posterior nacimiento de la primera ola de indigenismo latinoamericano (primer cuarto del siglo XX), es cuando se ubica el debate entre Ricardo Latcham y Tomás Guevara sobre el origen de poblamiento de los mapuches. El primero indica que llegaron desde Argentina, el segundo desde el Perú. O sea, podríamos interpretar desde los intereses contemporáneos, que estarían dejando a los mapuches bajo una u otra consideración, con un origen extranjero (Ver: Latcham R. (1928). Chile Precolombino. Revista Chilena de Historia y Geografía, Tomo LVII: 44-91. Publicado por la Sociedad Chilena de Historia y Geografía y el Archivo Nacional. Santiago, Chile: Imprenta Cervantes. Además ver: Guevara T. (1928-1930). Sobre el origen de los araucanos (réplica a Don Ricardo Latcham). Revista Chilena de Historia y Geografía. Tomo LIX: 128-168; Tomo LXIV: 322-331; Tomo LXV: 137-143. Publicada por la Sociedad Chilena de Historia y Geografía y el Archivo Nacional. Santiago, Chile: Imprenta Cervantes).
25. Tales como: Lonko (Jefe político), Machi (Médico Social), Werkenes (mensajeros-voceros), Weupife (historiadores), Ngenpin ("Sacerdotes") etc., además el idioma (mapudungun) persiste.
26. Folclórico, entiéndase: "La sociedad "folk" es, en realidad, una parte, un segmento o estrato de la sociedad mayor, y está ligada por múltiples lazos a la sociedad urbana". Palermo A. (1967). Introducción a la teoría etnológica. Instituto de Ciencias Sociales. México DF: Universidad Iberoamericana, pág. 358.
27. Faron L. (1964), pág. 7.
28. Los marcos generales en que se involucra el concepto chamán, a decir de Gonzalo Aguirre Beltrán, consisten en:

"Médicos e indigenistas se pronuncian por el respeto y la tolerancia hacia las ideas, ritos y ceremonias utilizados por los médicos nativos... Hay un vivo interés por estudiar la flora medicinal americana y, en lo particular, por el conocimiento científico de las plantas alucinógenas y los complejos culturales que las acompañan, tanto para descubrir propiedades bioquímicas aún no bien conocidas, cuanto para desvelar el significado recóndito de cultos". Aguirre Beltrán G. (1986). Antropología Médica. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social CIESAS, pág. 34.
29. "Raymond Prince señala que terapias mediante estados modificados de conciencia o trance, con o sin posesión por seres sobrenaturales, fueron pesquisadas en el 90% de 488 culturas". Medina E. (2006). Chamanismo: Consideraciones Históricas y Contemporáneas. Psiquiatría y Salud Mental, Año XIII-Nº 1-2: 51-64 Chile, pág. 53.
30. Medina E. (2006).
31. Bacigalupo AM. (1995). El rol Sacerdotal de la Machi en los valles centrales de la Araucanía". En Marileo, Curivil A et al. (óp. cit.): págs. 51-95. Pág. 73.
32. Respecto a este punto, M. Bacigalupo desarrolla una afirmación que también merece discusión:

“En los siglos XVI y XVII machis predominantemente hombres propiciaban espíritus ancestrales locales y realizaban curaciones y augurios sobre batallas en una sociedad militar y semi-móvil. En esta época las machis se podrían considerar como chamanes... Ya a mediados del siglo XVIII, aparecen las machis mujeres que dominan por sobre los machis hombres progresivamente y a medida que la sociedad mapuche se sedentariza y se vuelca hacia actividades agrícolas. Las machis pasan a ser un tipo de chamanes-curanderas. Empiezan a propiciar deidades regionales y, a partir de la implantación del sistema de reservaciones, a Ngenechen. Aunque la machi hoy en día realiza actividades propias de un sacerdote, no es un rol que asume por un proceso de evolución interna como es el caso de la chamán-curandera. El rol sacerdotal propiamente dicho solo se da en sociedades políticamente integradas y jerarquizadas, algo que es totalmente ajeno a la sociedad mapuche, que sigue siendo descentralizada. La “machi” actúa de sacerdote en situaciones específicas.” Bacigalupo AM. (1995), pág. 88.

33. Como corolario subtemático, es meritorio anotar que recientemente se han levantado alertas, en el sentido de la extinción del bosque nativo debido a los monocultivos exógenos impulsados por las empresas forestales, lo que haría desaparecer el contexto vital de la Machi.
 34. Bacigalupo AM (2001). La voz del kultrún en la modernidad. Tradición y cambio en la terapéutica de 7 machis mapuches. Ediciones Universidad Católica de Chile, pág. 78.
 35. También denominado chuequa, especie de hockey mapuche.
 36. “Según Jung el alma no nace como una tabla rasa; hay continuidad entre las generaciones humanas, y, en cierto modo, somos parte de una gran alma única, de un hombre único, inmenso, para hablar como Swedenborg”. Si bien el alma no posee representaciones heredadas, tiene por lo menos unas posibilidades, debido a la herencia, de producir de nuevo aquellas representaciones “que, desde siempre, fueron la expresión de los dominantes del inconsciente”. Existe un patrimonio común de la humanidad: el patrimonio anímico heredado, y las adquisiciones de los antepasados perduran no solo corporal, sino también anímicamente, en los descendientes”. Brachfeld OF. (1961). Presentación. En Jung C. (1997) Teoría del psicoanálisis (Cuarta edición). España: Litografía Roses, pág. 12 y 13.
- Con respecto a la afirmación que permite desprender que antes al siglo XVIII habría habido más Machis hombres, no solo contradice las actuales evidencias que en los centros de Salud hay varios Machi hombres, sino también no considera lo ya afirmado hace algún tiempo por Faron:
- “En ninguno de estos enfoques (se refiere a Metraux 1942 y Cooper 1946), ni siquiera en el de Titiev (1951) se encuentra información que indique la causa o magnitud –en términos precisos– del periodo del supuesto cambio de shamanes masculinos a femeninos(...) El cambio de profesión dominada por los varones, a un dominio de las mujeres, durante un periodo vago, a mediados del siglo XVIII, no está confirmado”. Faron L. (1964), pág. 140.
- Así Faron continúa desmontando aseveraciones y estableciendo que no hay base material para las afirmaciones de un pasado de Machis varones y uno más reciente con mayoría de Machis mujeres.
37. Cruz-Coke R. (1995), pág. 36.
 38. Leiva A. (1991). El chamanismo y la medicina entre los araucanos. En Amodio E, Juncosa J (comp.). Los espíritus aliados: Chamanismo y curación en los pueblos indios de Sudamérica: págs. 11-79. Quito, Ecuador: Edic. ABYA-YALA.
 39. También se ha pesquisado subespecialidades: “...un “kinesiólogo” llamado Nalotufe, un “traumatólogo” llamado Nütanfe que tenía gran habilidad en colocar huesos en su lugar” Cartes V. (2006).
 40. Aldunate C. (1996). “Mapuche Gente de la Tierra”. En Hidalgo J, Schiappacase V. et al. (óp. cit.): págs. 111-134, pág. 112.
 41. Flora autóctona en la que encontramos “el peumo (*Cryptocarya alba*), el boldo (*Peumus boldus*), keule (*Gomortega queule*), “avellano” o gevuin (*Gevuina avellana*), diversas especies de michay (*Berberis darwinii*, *B. serrata*, *B. dentata*), litre (*Lithraea caustica*), pitra (*Myrceugenia planipes*) y muchos otros, como la murta (*Ugni molinae*), mulul (*Ribes geandulosum*) y luma (*Amomyrtus luma*)”(...) “Entre ellos se puede mencionar nuestra flor nacional, el copihue (*Lapageria rosea*), el cóguil (*Lardizabala biternata*), el pose (*Fascicularia bicolor*) y la quilineja (*Luzuriaga radicans*). Estos frutos, junto a los de la frutilla silvestre o khelgen (*Fragaria chilensis*) y muchas otras bayas y drupas se comían frescos o secos y servían para hacer bebidas fermentadas o mudai. Muy apreciados eran el apio del campo o panul (*apium panul*), el panke o nalca (*Gunnera tinctoria*) y el “chupon” (*Greigea sphacelata*)” Aldunate C. (1996), pág. 113.

42. Las "visiones" incluso constituyen técnicas sistémicas de diagnóstico: Por medio de "la orina o pewtuwün willenmeu", "por medio de la ropa o pewtuwün tukunmeo", por medio de "la saliva o pewtuwün kewün" y aun hay una muy misteriosa como es "por medio de la imagen y que se proyecta en la orina del enfermo o humor". Cartes V. (2006).
43. Mariman P. (2006), pág. 65.
44. Don de conocer las potencias medicas de las plantas para la generación de lawen (remedio).
45. "Matrona".
46. Ver nota al pie 38.
47. Especie de secretario de Machi, colabora en recuperar las ideas expresadas en el éxtasis por el Machi.
48. Intérprete de sueños y espíritus.
49. Don del masaje y composición de huesos.
50. "Orientador".
51. Mariman P. (2006).
52. Imprescindible para ilustrar la historia general de la medicina en Chile es consultar por lo menos tres libros. Es pertinente señalar que estas tres obras carecen de carácter prospectivo, a saber: conciben las prácticas médicas de los mapuches y otros pueblos originarios como prehistoria de la medicina en Chile, visión evolucionista unilineal que, a pesar de su exquisita descripción de datos, dejan anticuadas a estas obras para comprender el fenómeno contemporáneo de medicina mapuche en el seno del Sistema Público de Salud; tampoco por cierto, dan cuenta de las modificaciones que la medicina mapuche ha tenido en todos estos siglos desde la llegada de los españoles hasta el momento en que publicaron sus respectivas obras. Las investigaciones son: a) Cruz-Coke R. (1995). Historia de la Medicina Chilena. Chile: Editorial Andrés Bello, b) De Tezanos Pinto S. (1995). Breve historia de la medicina en Chile. Chile: Universidad de Valparaíso-Editorial, c) Ferrer PL. (1904). Historia General de la Medicina en Chile (Documentos inéditos, biografías y bibliografía desde el descubrimiento y conquista de Chile, en 1535, hasta nuestros días). (Tomo I). Talca, Chile: Imp. Talca.
53. En la "Época Colonial" existían hospitales y boticas. Estas tenían un rango "municipal" y funcionaban al alero de la Iglesia, siendo mudos testigos del "contacto cultural": así tenemos la utilización de hierbas medicinales mapuches, la cual será registrada como contribución a la farmacopea colonial, en la importante Botica de los Jesuitas (Laval EM. (1953). Botica de los jesuitas de Santiago. Biblioteca de Historia de la Medicina en Chile - II. Asociación Chilena de Asistencia Social, Santiago).
54. La gestación del Sistema Público de Salud republicano guarda relación con las guerras de la independencia. Según Ricardo Cruz Coke, la decadencia del imperio español permitió nuevos contactos lo que se combinó con un proceso de refugio a científicos europeos de corte republicano que desembarcaban descontentos con la restauración monárquica europea. Con estas afirmaciones, buscamos aproximar un hito de contracción de los esfuerzos médicos que sientan el sistema público de salud temprano republicano.
55. La secularización progresiva que va experimentando el Estado chileno con la nueva República, coincide con los saltos cualitativos que organizan una base científica a la medicina (además, muchas funciones asumidas por la Iglesia sufren un desplazamiento al Sistema Público de Salud y otras áreas del Estado). El Sistema de Salud en varios de sus componentes "importado" desde Europa se hallaba embarcado en un "positivismo organicista", asunto que lo condiciona respecto al saber mapuche.
56. Medina E, Toro J. (2007). Sinopsis Sanitaria Chilena An.chil.hist.med. 2007; 17: 77-93, Chile.
57. Ministerio de Salud (2006) Norma general administrativa N° 16: Interculturalidad en los Servicios de Salud (Resolución Exenta N° 261 / 2006). Chile.
58. El proceso centralizador del sistema se ha desplazado desde el Ministerio por medio de la municipalización y privatización, a otro eje centralizador no ministerial mas no necesariamente no centralizador como pueden ser las Isapres. Es decir, se pasó de un Estado empresario a un Estado subsidiario y regulador.
59. Medina E. Entrevistas al Machi M. Lincovil C. Octubre 2006. (Inédito).
60. Leiva A. (1991), pág. 19.
61. Las bases de estas aproximaciones etnográficas fueron elaboradas en equipo con el Dr. Eduardo Medina C.
62. Medina E. Entrevistas al Machi M. Lincovil C. Mediados de 2005 (Inédito).
63. En esa época tuvo un sueño: llevado arriba de un cerro, pudo mirar hacia el mar... del fondo...

- salió un toro inmenso que se sacudía tan fuerte que remecía la tierra durante algunos minutos... al poco rato se sacude todavía más fuerte... Medina E. (Mediados de 2005).
64. Al sur de Nueva Imperial. Suroriente de Temuco.
65. Medina E. (Mediados de 2005).
66. Medina E. (Mediados de 2005).
67. Medina E. (Mediados de 2005).
68. Medina E. (octubre 2006).
69. Medina E. Entrevistas al Machi M. Lincovil C. Noviembre 2006 (Inédito). Todos estos conceptos –preciso es recalcarlo– Manuel Lincovil los plantea en distintas instancias educativas, desde la Pontificia Universidad Católica-PUC hasta en los consultorios y sus espacios interculturales.
70. “En el psicoanálisis freudiano, parte inconsciente del yo que se observa, critica y trata de imponerse a sí mismo por referencia a las demandas de un yo ideal”. (Real Academia Española, RAE. Diccionario de la Lengua Española - Vigésimosegunda edición).
- http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=super%20yo...
- “el aparato mental está compuesto de un ello, que es el reservorio de los impulsos instintivos; de un yo, que es la porción más superficial del ello, modificada por la influencia del mundo exterior, y de un super-yo, desarrollado a partir del ello, que domina al yo y representa las inhibiciones de los instintos, características propias del ser humano” (Freud S. (1926). *Psicoanálisis: Escuela Freudiana*. En: *Obras completas*, tomo VIII (1925 a 1933). España: Biblioteca Nueva, pág. 2906).
71. En general este texto es articulado a partir de entrevistas sin grabadora, en consecuencia especificamos que el relato se basa en las notas tomadas en entrevistas en su domicilio (Medina E. Entrevista al Machi L. Nahuelcura C. Abril 2007. Inédito) y entrevista en Hospital San Borja-Arriarán (Medina E, Painei SV. Entrevista al Machi L. Nahuelcura. Noviembre 2008. Inédito). Además utilizamos una colección de algunos artículos de prensa; los demás alcances están debidamente citados.
72. Ramos S. (2007). Luis Nahuelcura joven Machi en Santiago. (Trabajo final del Seminario “Chamanismo y Neochamanismo”, 1^{er} semestre de 2007, dirigido por el Prof. Eduardo Medina C.) Departamento de Ciencias Históricas, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile. (La migración a temprana edad debe haber sido una causa en la pérdida del idioma vernáculo).
73. “Padre Dios”.
74. La doctora Doménica Marasca es de origen italiano. Su carrera contiene algunas misiones de servicio en distintas partes del mundo. Se demuestra muy receptiva a la medicina tradicional mapuche, y a las medicinas alternativas, respecto de las cuales es la coordinadora en el Hospital San Borja Arriarán.
75. También atiende en la ruca de Av. Iquique 1123, La Pintana. Acá el lonko es Osvaldo Cheuquepan.
76. Significaría algo como Mongel: “Buena salud”, che: “gente”, fe: “sacar”.
77. El Rewe en sus escalinatas tiene dos pequeños vasos con Mudai, luego unas cuchillas grandes y luego un brebaje, el cual Luis Nahuelcura lo toma y a posterior los esparce en el Rewe con su boca como un aspersor. Comienza la música (el Machi Luis está con algunos mapuches miembros de su comunidad mapuche urbana). Comenzamos a bailar, se unen 3 enfermeras, la Dra. Marasca y un dentista, gritamos afanfan (unanimidad, equivalente a aplausos), luego el baile tiende a saludar los cuatro puntos de la tierra (Meli Wixan Mapu), con lo que queda develado que el espacio circundante al Rewe es insuficiente pues no se alcanza a realizar una cruz al hacer el baile en la dinámica tradicional.
- Don Luis se detiene frente al Rewe y comienza a entrar en trance, hasta que de manera brusca pone su kultrun en la espalda, y se pone a decir palabras “desordenadas” en mapudungun, se acerca su madre y un mapuche de cierta edad a ayudarlo, él comienza a subir por el Rewe dando saltos como continuando el baile. Finalmente, llega a la cúspide y sacude vigoroso las ramas de canelo, cayendo las hojas secas en torno al Rewe. Una señora mapuche me comenta: “va quedando limpiquito el Rewe y todo ya tiene mucho Newen”. Posteriormente don Luis baja, y un mapuche de cierta edad (presumiblemente dungumachife) le hace unas preguntas en mapudungun que no logro entender. Luis se queda en silencio, ante lo cual la señora me comenta: “parece que el cielo no le dijo nada”. Luego el dungumachife le vuelve a preguntar, y Luis Nahuelcura comienza una especie de oración en *mapudungun* en que pide buena salud al cielo y a Dios, poder vencer la enfermedad, y que todos tengan buena salud, que lo ayuden a

hacer bien su trabajo, etc. Finalmente, se baila un poco más y concluye la ceremonia. Luis Nahuelcura agradece la presencia de todos y se termina tomando Mudai para refrescarse.

A continuación, nos fuimos al Quincho del Hospital a una convivencia en la que pudimos comer mote, sopaipillas, merken, trapí (ají), y carne (todo lo compró el Hospital). También la asistente social me comentó que la atención de Nahuelcura sería gratis. Desarrolló lo complejo que significó llegar a eso, así como que el Hospital comprara mote y merken, cuestión limitada en su lógica de salud (Painel S., Vicente. Ceremonia de fortalecimiento del Rewe - Hospital San Borja Arriarán. Noviembre 2008. Inédito).

78. Por cierto, es preciso comentar que el despliegue de actividades sanitarias interculturales ha ido interesando a universidades que tienen carreras de la salud y de ciencias sociales, lo que ha dado origen a eventos de intercambio y difusión académica.
79. Sanador de origen mapuche que no se corresponde con componentes tradicionales que hemos verificado en los Machis que hemos observado.
80. Medina E, Painel V. (Noviembre 2008).
81. Bravo C. (2006). Medicina milagrosa. *lanacion.cl* http://www.lanacion.cl/prontus_noticias/site/artic/20061016/pags/20061016203618.html
82. Respecto a las perspectivas, Luis Nahuelcura asiste a foros en que comparte con la comunidad laboral y usuarios del Sistema Público de Salud, por ejemplo en el Consultorio N° 1 de Santiago Centro, en que comparte tribuna con un Yatiri (chaman andino), el Sr. Severo Yusco. En este foro don Luis planteó:

"...la sanación es eliminar enemigos ocultos. Periódicamente viaja a su lugar de origen a renovar energías (fuerza espiritual), cuyo descenso asocia a su dedicación a los males del cuerpo y otros del alma (trabajos, envidias, malas voluntades, etc.). Es como el equivalente al sacerdote de los chilenos, también a psiquiatras, psicólogos, médicos (...)

Un Machi sin kultrún no es Machi. (...)La mayoría de la consulta que recibe es por problemas nerviosos: depresión, angustia, susto, dolor de espalda, colon irritable". Medina E, Painel SV. Asistencia y observación "Diálogos en salud intercultural" (con la participación del yatiri Severo Yusco y el machi Luis Nahuelcura) - Consultorio N° 1 "Dr. R Corvalán M". 24.IX.09 - 15.00 hrs.-. Inédito.

83. Así hay coincidencia en evaluar que a pesar de los retrasos: "El MinSal es el sector que más ha avanzado en integración, dentro del Estado chileno". (Medina E. Entrevista a Ricardo Fernández Fonfav, Jefe Depto. Participación Ciudadana y Gestión de Calidad al Usuario (responsable de salud intercultural) - SS Biobío. ricardo.hernandez@ssbiobio.cl. Lugar: su oficina. 30.enero. 2009, 09.30 hrs. (Inédito).
84. Medina E. (2009).
85. Medina E. Entrevista a Matrona Carolina Videla, coordinadora intercultural Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente SSMS-O.28.10.09 (Inédito).
86. Medina E, Painel SV. Entrevista a Ricardo Gómez Monroy. (Oficina Asuntos Indígenas - Municipalidad de Maipú). 09 VII 09. Inédito.
87. De hecho, en los reglamentos han quedado con una singularidad específica pues se les considera algo distinto a las medicinas alternativas y complementarias, lo que queda explícito en el Reglamento para el ejercicio de las prácticas médicas alternativas... "Artículo 2°.- La medicina popular tradicional chilena, entendida como las actividades y procedimientos de recuperar y mantener la salud, de origen sociocultural autóctono en el país, ejercida por sanadores formados tradicionalmente en sus propias comunidades de pertenencia y que gozan del respeto de éstas, quedará al margen de la aplicación de este reglamento" (DTO N°42/ 2004)". Chile. [redsalud.gov.cl](http://www.redsalud.gov.cl)
- <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/reglamentomec.pdf>
88. Medina E. Entrevista a Matrona Carolina Videla, coordinadora intercultural Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente SSMS-O.28.10.09. Inédito.
89. "El sistema ganadero de producción fue destruido por la guerra y la derrota militar. La guerra de los últimos veinte años significó la pérdida de miles y miles de cabezas de ganado. La derrota implicó el cierre de los pasos cordilleranos, el fin de la trashumancia de ganado entre ambas bandas, el recorte de los territorios de pastoreo y el fin de la actividad a gran escala. Los mapuches fueron despojados del espacio de reproducción para la actividad ganadera. Al ser encerrados en pequeños retazos de tierra, debieron cambiar su sistema de reproducción. La tecnología de manejo ganadero, de carácter extensivo, fue aplicada en pequeñas superficies, generalmente colinas, que rápidamente se sobretalajearon y erosionaron, perdiendo buena parte de su valor productivo.

Ya en 1910 los protectores de indígenas veían con preocupación el rápido deterioro de los suelos de las comunidades. No había una cultura agrícola de pequeños propietarios productores” Bengoa J. (1985), pág. 364.

90. Desde una perspectiva filosófica, en medio de la postmodernidad, cuando campeaba la muerte de la historia, los derechos, la res publica, devenía en circuitos de tecnopoder y el ciudadano yacía reconvertido en consumidor; se hacen presentes los por años considerados agentes premodernos, arcaicos o bárbaros destinados a desvanecerse por la vorágine del progreso: los Pueblos Originarios. Los “indígenas” llegaron reivindicando la modernidad cuando la modernidad se vaporizaba y era apenas defendida por pocos, tachados a esas alturas de conservadores... Es en esta supuesta renovada era, la posmodernidad, cuando los pueblos indígenas acudieron con sus proclamas, desarrollando el gesto hipermoderno por excelencia: irrumpir con la facultad de decisión, pregonando libre determinación. Los Pueblos indígenas muestran su rostro cuarto mundista desde las urbes del tercer mundo, y han ido salvando la modernidad de su diluir. Ya que los pueblos indígenas portan conceptos modernos como: democracia, justicia, deber, valor del trabajo, ecología, ética, equidad. Los Pueblos Originarios emergieron como propuesta de refundación de la modernidad desde el reconocimiento de las deudas de la misma.
91. Stuchlik M. (1974), pág. 94.
92. Ramos S. (2007).
93. Literalmente “gente de madera”. Poste antropomórfico de madera que incorpora una escalera como corpus.
94. Podemos afirmar que los mapuches luego de la fijación de reducciones, pasaron, en términos generales, de ser campesinos comunitarios pauperizados a subproletariado descomunitarizado urbano. Este proceso taladró la condición tradicional del kpalme, y su consecuencia social-simbólica.
95. Ramos S. (2007).
96. “Vivimos en la era de la gubernamentalidad, que ha sido descubierta en el siglo XVIII. Gubernamentalización del Estado que es un fenómeno particularmente retorcido porque si efectivamente los problemas de la gubernamentalidad, las técnicas del gobierno se han convertido en el único reto político y el único espacio real de la lucha y de las rivalidades políticas, esta gubernamentalización del Estado ha sido sin embargo el fenómeno que le ha permitido sobrevivir. Y es probable que si el Estado existe tal como existe ahora, sea precisamente gracias a esa gubernamentalidad que es a la vez interior y exterior al Estado, puesto que las tácticas de gobierno son las que permiten definir en cada momento lo que le debe y lo que no le debe concernir; lo que es público y lo que es privado, lo que es estatal y lo que no lo es. Así pues, si les parece, el Estado en su supervivencia y el Estado en sus límites solo se deben comprender a partir de las tácticas generales de la gubernamentalidad”. Foucault M. (1978) “La ‘gouvernementalité’” (4º lección, 1 de febrero de 1978, “La ‘gouvernementalité’”, Curso del College de France, años 1977-1978 “Seguridad, territorio y población”), *Aut-Aut*, N° 167-168, septiembre-diciembre de 1978: 12-29.
97. “(...) Desde esta perspectiva, planteamos que la Salud Intercultural representa una nueva ingeniería social que se inscribe dentro de un nuevo diagrama de saber / poder o de una gubernamentalidad de un nuevo tipo que tiende a producir nuevos sujetos étnicos colectivos e individuales a través de una doble dinámica de etnicización y de responsabilización. A través de la puesta en marcha de programas de salud intercultural, son las relaciones entre cuerpo social y cuerpo individual, esfera pública y esfera privada, individuo y población y Estado y ciudadano que se encuentran repensadas y modificadas...
- Desde esta perspectiva, el campo social y semántico de la interculturalidad, entendido como juego concreto entre los agentes (Fassin) y no como entidad abstracta, remite más bien a una nueva gestión de la diversidad, a la emergencia de nuevos modos de legitimación de las prácticas y de los agentes terapéuticos llamados tradicionales, a una redefinición del cuerpo individual y colectivo indígena, así como también a un nivel más global, a un recorte del cuerpo social en clave étnica. Por otra parte, este nuevo espacio de la interculturalidad es, como cualquier otro espacio social, un espacio “contestado” y tensionado”. (...) “Son estas nuevas modalidades de regulación de las poblaciones indígenas que van más allá de la imposición de un sistema de reglas o de la simple represión de las prácticas y representaciones terapéuticas indígenas que hemos propuesto abarcar bajo el término de etnogubernamentalidad, puesto que contribuyen a formar nuevas subjetividades, a acrecentar la vida, a inducir a los usuarios a adoptar una buena conducta, a medicalizar el espacio de las figuras políticas comunitarias, a

- despolitizar los problemas de salud desvinculándolos de la estructura socioeconómica y a incitar a los individuos a que se gobiernen por sí mismos de la mejor manera posible. Dentro de este nuevo espacio de la interculturalidad en salud, el Estado opera como un escenógrafo que organiza las operaciones de transferencia de legitimidad y de autenticación cultural”
- Boccaro G. (2007). “Etnogubernamentalidad, la formación del campo de la salud intercultural en Chile”. *Chungara, Revista de Antropología Chilena*. Volumen 39, N° 2: 185-207. Chile.
98. Ahora bien, se puede argumentar que toda fuerza, en tanto existencia material, implica reacción, es decir, todo moldeamiento comporta contra-moldeamiento, el intervenido deja su signo en el interventor. Sin desconocer que existe una “acomodación”, la “gravedad” como hecho, hace que el polo menor aporte en la fisonomía del moldeamiento, más no altera la fuerza de mayor magnitud. No obstante, cuando el binomio se sustituye por tríada, es decir, cuando participa la sociedad civil chilena, u organismos multilaterales como OIT, OMS, etc., podría variar esta afirmación.
99. Ley de la tierra. Consiste en estar en armonía con los demás, el medio y consigo mismo.
100. Bajo todo lo expuesto, nos referimos a que si bien se reconoce una medicina mapuche en tanto tradición cultural y se reconoce la cultura como un constitutivo de la medicina, aún no se integra la variable cultural en la conciencia práctica de todos los agentes de salud y el ethos sistémico.
101. Lo cual, como hemos revisado, implica el Twn: Área originaria y Kpalme: linaje-comunidad.

DOCUMENTOS

Medicina precolombina

El doctor Enrique Laval Manrique, fundador de nuestra revista en 1959 con el título de *Anales Chilenos de Historia de la Medicina*, dejó al fallecer en 1970 varias carpetas con trabajos inéditos, presumiblemente en espera de corregirlos, completarlos con nueva información

o agregarles las referencias y notas necesarias para publicarlos.

Habiendo transcurrido más de cuatro décadas, hemos considerado de interés poner a disposición de nuestros lectores el presente documento, por su valor didáctico.

Medicina chilena precolombina

ENRIQUE LAVAL M.

INTRODUCCIÓN

La medicina en su desarrollo, al igual que todas las demás manifestaciones de la cultura, ha recorrido etapas sucesivas que son comunes en todos los pueblos cuando se ha logrado un mismo nivel de evolución.

Es evidente que la medicina primitiva fue en sus orígenes meramente intuitiva: la extracción de un cuerpo extraño como la astilla de un madero o la punta de una flecha, la ingestión de bebidas frescas en los febricitantes. La experiencia obtenida con estas medidas y otras análogas, acrecentada paulatinamente con el conocimiento de los diversos medios que estaban a su alcance tales como la acción curativa de algunas plantas medicinales, el provecho conseguido con el reposo en la consolidación de las fracturas, etc., dio paso a la medicina empírica.

Era natural que el hombre primitivo no se pudiese explicar siempre el origen de las enfermedades por el solo efecto de los elementos que lo rodeaban, y pensó que otras fuerzas entraban en acción para producirlas y señaló como causantes a los astros, a los más variados fenómenos meteorológicos y dentro de su concepción mágica, generalizada en todos los pueblos primordiales, las atribuyó también a las divinidades buenas o malas, a la venganza

u odio de otros hombres, a animales y objetos inanimados a los cuales suponía con atributos capaces de provocar el daño. En "las sociedades primitivas, dice Castiglioni, la concepción mágica es fundamental para todas las formas de la vida individual y social, la cual rige por una serie de leyes que difieren según el lugar, la época y el grupo étnico en su forma y aplicación, pero que son análogas o parcialmente idénticas en su estructura fundamental".

Y así surgió la medicina teúrgica y con ella el hombre dotado de condiciones excepcionales para intervenir favorablemente entre los causantes del mal y el paciente: el shamán, el mago-sacerdote, el hechicero.

De estas etapas instintiva, empírica, teúrgica y mágica, la medicina ha tenido que realizar un lento, penoso y largo camino para desembocar definitivamente en la vía científica hasta llegar al punto actual de su espléndido progreso en plena evolución.

Por esencia la medicina prehistórica tiene que basarse en los hallazgos arqueológicos: esqueletos, huesos, artefactos, pinturas en las viviendas, cuevas o tumbas de los hombres primitivos, en el estudio de las tribus que aún viven en forma primordial y también en los vestigios perpetuados por la tradición en los diversos grupos étnicos, vestigios con los cuales entró en contacto el hombre histórico

y que de modo habitual se han conservado en la medicina popular.

GRUPOS ÉTNICOS DE CHILE EN LA PREHISTORIA

No es fácil dar una idea bien precisa sobre los variados grupos humanos que habitaron Chile durante la época precolombina, ya que nuestro país aún se encuentra en proceso de reconocimiento arqueológico y los trabajos llevados a cabo hasta la fecha evidencian en sus autores diferentes concepciones y técnicas y diversas interpretaciones que los llevaron a conclusiones no siempre concordantes.

No obstante, hay un hecho firmemente asentado: la pretendida homogeneidad cultural del pueblo chileno sustentada por Barros Arana no resiste el análisis a la luz de nuestros actuales conocimientos.

Presentaremos un esquema somero de las diversas culturas prehistóricas chilenas siguiendo los más recientes estudios especializados, y las ordenaremos, para una mejor inteligencia, de norte a sur del país.

Chile, igual que el resto de América, recibió las corrientes migratorias que llegaron del Asia a través del Estrecho de Behring. No todas pertenecían al mismo grupo ni poseían igual cultura, pero las primeras no habían abandonado el periodo paleolítico. Tampoco se puede desechar la tesis de que muchos de los grupos prehistóricos reconocen origen polinésico, melanésico o australiano.

Los más importantes trabajos realizados en la costa norte de Chile se deben a Junius Bird y desde entonces se acostumbra reconocer allí cuatro etapas culturales que corresponden a dos periodos precerámicos o preagrícolas cuyos habitantes recolectores y pescadores vivían de la pesca y de la caza, y dos periodos agrícolas. Sus pobladores, llegados en una época no precisada aún, habrían ocupado el área comprendida entre Arica y Taltal y serían los primeros habitantes de la costa norte chilena descendientes a su vez de los primeros grupos que penetraron en América.

Max Hule estudió también esta zona y Carlos Munizaga, en un trabajo reciente en que compara las secuencias culturales de la zona de Arica según las conclusiones de Bird y Hule,

estima que los *periodos del hombre primordial* y de *los aborígenes de Arica* descritos por el último, corresponden en sus líneas generales a los periodos precerámicos de Bird.

Recientemente se han agregado nuevos hallazgos que ponen en duda que éstos sean los primeros habitantes de la zona norte de Chile.

En todo caso, es indudable que los individuos que vivieron en los periodos precerámicos fueron solamente cazadores y pescadores y se ha estimado por algunos que sus últimos descendientes fueron los *changos*, pescadores nómades que habitaron la costa chilena desde Arica hasta el Biobío, pero hoy se considera que la denominación de changos es confusa y vaga por no corresponder a ningún grupo étnico definido, sino un término genérico aplicado a los grupos de pescadores que vivieron en ese sector de la costa.

Nada se sabe de las costumbres ni de la fecha en que llegaron los cuatro grupos correspondientes a las etapas culturales descritas por Bird, ni cuándo desaparecieron, pero a través de los hallazgos arqueológicos se ha determinado que tanto ellos como otros que los siguieron fueron influenciados por culturas más avanzadas provenientes del Perú y de Bolivia (entre otras la Protonazca, Protochimú, Recuay, Chavin de Huantar, Tiahuanaco, Chíncha, Inca, etc.).

De los diferentes pueblos que quisieron imponer su dominio en el Altiplano, solamente los Incas lo lograron y ya en el Siglo XV de nuestra era llevaron su influencia en Chile hasta el río Maule por el sur.

Parece que durante su dominación llegaron al norte del país diversas tribus que habitaban en o cerca del Lago Titicaca: los Uros y los Aymarás, que probablemente vinieron en calidad de mítimaes. Lo cierto es que los españoles a su llegada encontraron en la costa norte de Chile a los Uros. Más al oriente, pero al norte del río Loa se establecieron los Aymarás, donde aún existen diversos e importantes grupos, que poseían la costumbre de deformar los cráneos.

Al oriente de la provincia de Antofagasta, al sur del Loa y en los faldeos cordilleranos se encontraban los *Atacameños* sobre cuyo origen, fecha de llegada al país, usos y costumbres, áreas de dispersión, ha existido hasta el presente una extraordinaria confusión. Con sobrada razón Schaedel ha expresado "que el término

Atacameño ha sido usado desde el tiempo de Hule como una etiqueta para describir varias manifestaciones en el norte de Chile."

Nuestros conocimientos tienden a esclarecerse con los hallazgos y estudios realizados en esa zona por el misionero Jesuita R. P. Gustavo Le Paige, quien en su trabajo aún inédito *Los Atacameños, su origen y desarrollo* sostiene que los atacameños o Lican-antai fueron los primitivos habitantes de toda la zona en que se encuentra la toponimia *cunza*, nombre que ha sido dado a su idioma, o sea, la región sur del Perú, suroeste de Bolivia, noroeste de Argentina y norte y centro de Chile y que mientras sus coetáneos, los primitivos habitantes de Estados Unidos (Folsom, Sandia, Clovis, Middland, etc.) se extinguieron totalmente, sus hermanos atacameños permanecieron en la zona del Loa Superior y Salar de Atacama donde aún existen individuos de esta raza.

El Padre Le Paige basa su tesis en los hallazgos de vida paleolítica en la zona que ha explorado hasta hoy y que se extiende desde los Salares de Coposa y Ujina al norte de Ollagüe hasta Tulán al pie del Volcán Pular y piensa que si se investigara en toda la región de toponimia *cunza* es evidente que se lograrían vestigios de vida paleolítica.

Según este arqueólogo y etnólogo, los atacameños, pueblo mucho más antiguo que los pescadores de la costa, fueron en la cordillera, durante milenios, simplemente cazadores y recolectores; con posterioridad abandonaron sus tierras para establecerse en las quebradas y oasis y derivaron de la vida nómada a la sedentaria, convirtiéndose en agricultores y pastores. El atacameño habría sido el primer habitante de la región y ha permanecido en ella sin interrupción hasta el día de hoy. La época en que los atacameños se instalaron en la zona remonta aproximadamente a 10.000 años A.C., pues Purica ha proporcionado material lítico tallado a percusión, cuya edad es seguramente la anotada.

Avanzando hacia el sur, se encuentra en las provincias de Atacama y Coquimbo a los *Mollenses* y a los *Diaguitas* que ocupaban todos los Valles Transversales. En 1938 describió Cornely en esta zona una cultura que denominó de El Molle, que se distingue del grupo de los diaguitas por numerosos rasgos somáticos y culturales: cráneo de paredes gruesas de

hasta 11 mm de espesor, el uso de tembetá, de cachimbas de piedras de dos brazos y un depósito central, fabricación de alfarería compuesta principalmente de cántaros y jarros altos sin asa. Los mollenses llegaron antes que los diaguitas y parece que fueron sometidos por éstos. Su área de dispersión no ha sido aún exactamente determinada.

El punto de origen de los diaguitas es absolutamente desconocido, pero es indudable que vinieron desde muy al norte; constituían primitivamente un solo grupo que se dividió en dos ramas, una que tomó por el oriente de la cordillera de los Andes, los diaguitas argentinos, y otra que penetró por el occidente y dio lugar a los diaguitas chilenos. Se ignora la fecha de su llegada, pero por la evolución de su alfarería desde las formas primitivas hasta las más avanzadas con artística decoración y técnica muy perfeccionada se supone que formaba un pueblo de antigua raigambre en la zona que habitaron.

Eran un pueblo agricultor y tanto ellos como los mollenses se extinguieron. El idioma de los diaguitas persiste en la toponimia y en algunos apellidos.

Desde el Valle de Choapa por el norte hasta el río Itata por el sur vivieron diversos pueblos a los cuales hoy se les llama *habitantes de Chile Central* y que no obstante constituir en el tiempo y en el espacio diferentes grupos étnicos se les ha englobado bajo la denominación de *Picunches* que les dieron los mapuches o araucanos y que significa Hombres del Norte.

Se supone que siglos atrás toda la población indígena entre el Choapa y el Reloncaví constituía un solo pueblo, agrícola y ganadero, conocedor de técnicas textiles y alfareras, que hablaban el mismo idioma. Pero aproximadamente 200 años antes que llegaran los españoles a Chile una raza nómada venida del otro lado de los Andes irrumpió como una cuña en su territorio, estableciéndose entre los ríos Itata y Toltén. La masa aborígen se desplazó a uno y otro lado de ellos; los que traspasaron el Itata fueron llamados Picunches, o sea hombres del Norte y los que se ubicaron más allá del Toltén, Huilliches, esto es hombres del Sur.

En la zona ocupada por los picunches las diferencias eran substanciales entre los habitantes de la costa, el valle central y las faldas occidentales de los Andes.

Por algunos rasgos peculiares se suele dividir los picunches del Valle Central en tres grupos principales: los colindantes con los diaguitas, que vivían entre el Choapa y el Cachapoal; los que habitaban entre este río y el Maule a quienes los españoles denominaron Promaucaes, esto es, gente no sometida, y por último los establecidos entre el Maule y el Itata.

Por otra parte, en la costa se encontraban los pueblos de antiguos pescadores que iban dejando sus incontables conchales.

La zona cordillerana estaba poblada por tribus nómades, entre estos los *Chiquillanes* que en los meses de verano venían desde la Argentina, ocupaban los valles cordilleranos e incluso descendían al Valle Central, y de Chillán al sur se encontraban los *Pebuenches*, cazadores y recolectores que vivían preferentemente del fruto del pehuén, el piñón: *Araucaria imbricata*.

Entre los ríos Choapa y Maipo se han encontrado restos de un pueblo de cierta cultura, pero inferior a la de los diaguitas y que por su hábito de enterrar sus muertos en túmulos o montones de piedras y de tierra hasta de dos metros de altura y cinco a seis de diámetro, Latcham los llamó *pueblo de los túmulos*. Se ignora la fecha en que este grupo ocupó la zona, pero se estima posterior al periodo de Tiahuanaco.

En las provincias centrales raras veces las agrupaciones alcanzaron a formar pequeñas poblaciones; habitualmente los habitantes vivían en ranchos dispersos; carecían de un gobierno central y solo obedecían al jefe de su tribu.

La cultura de las provincias centrales tiene como característica la presencia de un elemento cultural preponderante: las piedras o peñas con excavaciones artificiales hechas por el hombre, llamadas piedras de tacitas. Algunos han pensado que servían de morteros, pero para Latcham son piedras rituales destinadas a ceremonias religiosas y a recibir las ofrendas; las cree labradas por el pueblo de los túmulos.

Es igualmente en esta misma zona donde son más abundantes las piedras horadadas, pulidas, a las cuales se les daba diversas formas y tamaños, habitualmente circulares y con un orificio central. Su uso ha sido muy discutido, pero se supone que fue variado: arma arrojadiza,

cabeza de maza, para cavar la tierra, tortera de uso, para pescar, etc.

Últimamente don René León Echáiz en su publicación *Prehistoria de Chile Central* ha dado a conocer detalladamente sus conceptos sobre las culturas de los habitantes de Chile Central.

Los Incas eran de origen quechua y llegaron, a través de dos invasiones realizadas durante el siglo XV, hasta el río Maule. Poseedores de un avanzado sistema económico social, su influencia fue acentuada no obstante que el lapso de ocupación fue relativamente corto. Su mayor preocupación radicó en que sus exigencias políticas y económicas fueran aceptadas. A pesar de su tolerancia religiosa introdujeron el culto al Sol y danzas religiosas, y los hallazgos arqueológicos de 1954 en el cerro El Plomo (provincia de Santiago) demuestran que la cultura incaica se había arraigado fuertemente.

La región comprendida entre el Itata, mejor dicho el Biobío y el Toltén, a la llegada de los españoles, se encontraba habitada por un grupo étnico de distinto origen del que vivía al norte de aquellos y al sur del Toltén y que fue conocido con el nombre de *Araucano*, dado por Ercilla, o de *Mapuche* con que ellos se distinguían y que significaba hombre de la tierra. Este pueblo había venido probablemente de la otra banda de la cordillera de los Andes, sus componentes eran nómades, cazadores y recolectores, valientes, dotados de un indomable espíritu guerrero.

Al establecerse en la región, poco a poco se hicieron sedentarios, se transformaron en agricultores y aprendieron el tejido y la alfarería y como eran exogámicos buscaron sus mujeres entre las tribus aborígenes, adquirieron su idioma y por ello los conquistadores advirtieron que una misma lengua se hablaba desde el Choapa al Reloncaví, aun cuando los pueblos eran diferentes, pues su espíritu extraordinariamente belicoso los diferenciaba de las tribus que vivían al Norte del Itata y al sur del Toltén.

La Arqueología, según Latcham, ha demostrado que en la región habitada por los mapuches hubo superposición de culturas y que la más antigua de ellas no fue practicada por los araucanos, y los trabajos recientes de Bullock concluyen que existió una cultura pre-

raucana para la cual ha propuesto el nombre de *Kofkeche*.

Dentro de esta zona vivían tribus costeñas pescadoras que se mezclaron intensamente con los araucanos y dieron lugar a un nuevo tipo de estatura más baja. En los faldeos de la Cordillera habitaban los *Pebuenches* que llegaban hasta el Antuco y al sur de ellos seguían los *Puelches* que ocupaban las cordilleras de Cautín, Valdivia y Osorno y llegaban hasta el Lago Nahuelhuapi. A continuación se encontraban los Poyas, rama de los tehuelches, que de vez en cuando alcanzaban hasta las playas que hoy forman parte de Chiloé Continental.

Por el Valle Central y más al sur de los araucanos se encontraba la raza aborigen que ellos habían desplazado al sur del Toltén: los *Huilliches*, que en sus usos y costumbres se diferenciaban muy poco de los picunches; eran agricultores y fabricaban una alfarería rudimentaria.

Junto con los huilliches se replegó, a la llegada de los Araucanos, otro grupo, el de los *Cuncos*, quienes en su migración atravesaron el Canal del Chacao y se instalaron en las zonas norte y central de la Isla Grande de Chiloé, desalojando a sus habitantes primitivos que eran los *Chonos*. Estos se refugiaron al sur de la Isla Grande, en los archipiélagos de Chonos, Guaytecas y Península de Taitao, de donde a su vez desalojaron a los *Alacalufes*.

Los chonos eran nómades, poseían un idioma propio hoy casi desconocido; eran principalmente pescadores y se movilizaban en barcas construidas de tres tablas incurvadas a fuego llamadas dalcas, lo que hace presumir el origen polinésico. Los chonos se han extinguido.

En la región cordillerana entre el Golfo de Reloncaví y el Estrecho de Magallanes, vivía un pueblo nómada que se dedicaba a la caza de guanaco: era el de los Tehuelches o Patagones.

El Archipiélago de la Patagonia Occidental, que se extiende desde el sur del Golfo de Penas hasta la salida occidental del Estrecho de Magallanes, estaba ocupado –y aún vivían en él sus escasos sobrevivientes– por los *Alacalufes* (*Kawéskar*), que han recibido la denominación de *indios en canoa*. Forman los alacalufes una tribu nómada del mar, que prácticamente conserva su cultura primitiva,

sin influencias determinantes, hasta el día de hoy. Este grupo étnico se encuentra en pleno periodo de extinción.

En la Isla Grande de Tierra del Fuego habitan los sobrevivientes de un raza otrora numerosa y hoy reducida a unos escasos individuos: los *Onas*, así llamados por los Yámanas y que significa hombres del norte, pero ellos se denominan *Selk'nam*. Parecen tener parentesco con los patagones, lo cual explicaría su elevada estatura. Son nómades; por ningún motivo se internan en el mar; cazan el guanaco que constituye su principal alimento.

Al sur de los Selk'nam y constituyendo la población más austral del mundo, viven los sobrevivientes de los *yáganes* o *yámanas*. Ocupan la zona que va del Canal Beagle hasta las islas próximas al Cabo de Hornos. Igual que los alacalufes son nómades del mar y según el Padre Gusinde “su forma de vivir, con una inconcebible escasez en bienes materiales, corresponde con toda seguridad a la que tuvo la humanidad al comenzar su progreso cultural” y es probablemente no solo la más antigua de las tres tribus fueguinas sino de las que aún subsisten en América.

Junius Bird, que estudió las culturas primitivas en la costa norte de Chile, investigó en 1938 las de las costas del Estrecho de Magallanes y del Canal Beagle y en la sucesión de culturas ha encontrado cinco etapas o periodos culturales prehistóricos perfectamente diferenciados de los cuales el más antiguo tendría una antigüedad de 8.000 años aproximadamente. De estos diversos periodos derivarían las culturas de los onas, yámanas y alacalufes.

A la llegada de los conquistadores españoles la situación de estas culturas puede resumirse así:

A.- Habían desaparecido y no se conserva noticia alguna de la medicina que practicaron:

- a) Las culturas descritas por Bird para la Costa Septentrional de Chile.
- b) Los Mollenses
- c) Los hombres de los túmulos y
- d) Las culturas descritas por Bird en el Estrecho de Magallanes y Canal de Beagle.

B.- Existían a la llegada de los Españoles:

1.- Pero los cronistas no dejaron constancia de las características de su cultura ni los hallazgos arqueológicos nos suministran información sobre sus conocimientos médicos:

- a) Los Diaguitas,
- b) Los Picunches,
- c) Los Chiquillanes,
- d) Los Pehuenches,
- e) Los Cuncos, y
- f) Los Chonos

2. Su medicina ha sido detenidamente estudiada en su país de origen:

- a) Los Uros y
- b) Los Aimarás

3. Su medicina es conocida por algunos hallazgos arqueológicos y por la tradición aborígen:

- a) Los Atacameños

4. La práctica médica se conoce a través de los antiguos cronistas, o bien ha sido estudiada en las tribus que aún persisten y conservan total o parcialmente sus antiguos usos y costumbres:

- a) Los Araucanos o Mapuches,
- b) Los Puelches,
- c) Los Huilliches,
- d) Los Poyas,
- e) Los Tehuelches o Patagones,
- f) Los Alacalufes,
- g) Los Onas o Selk'nam,
- h) Los Yámanas o Yáganes

En consecuencia pasaremos sucesivamente en revista los conocimientos que actualmente poseemos sobre la medicina que practicaron los atacameños, araucanos, puelches, poyas, tehuelches, alacalufes, onas y yámanas.

Desde luego advertimos que estos grupos, igual que todas las tribus primitivas, tenían un mismo concepto etiológico de las enfermedades: solamente algunas eran producidas por acción directa fácilmente evidenciable, tales como las heridas provocadas por flecha, astillas

de madera, pedradas, las fracturas, etc., pero en las demás atribuían la acción de espíritus malignos o de individuos deseosos de vengarse. Los aborígenes sentían en la naturaleza que los rodeaba a los seres inanimados, dotados de fuerzas sobrenaturales capaces de desencadenar el mal y, en consecuencia, procuraban prevenir el daño acudiendo a individuos provistos de la facultad de adivinar, o eliminarlo por medio de la acción de personas capaces de influir favorablemente entre los espíritus y el paciente. Pero esta medicina fundamentalmente mágica se encuentra en todas las tribus complementada por una medicina empírica basada en el conocimiento cierto o supuesto de la acción terapéutica de las plantas.

ATACAMEÑOS

Nuestros conocimientos sobre la práctica médica de los atacameños deriva esencialmente de la tradición aborígen y en muy pequeña parte de hallazgos arqueológicos. No sabemos si en la época precolombina tuvieron médicos-magos; hoy no los poseen, pero sí conservan tradicionalmente diversas prácticas de tipo mágico destinadas a prevenir las enfermedades.

Los sobrevivientes de esta raza que ocupan de preferencia la banda occidental del Salar de Atacama tienen la costumbre de usar un amuleto: el *lloque*, que es un pequeño cordón de lana torcida en el sentido contrario en que habitualmente se dirige la lana, formado de uno o varios hilos, de uno o diversos colores y cuya eficacia aumenta si cada hilo corresponde a lana de distinto animal: guanaco, llama, vicuña, oveja. Terminada la confección del lloque se le sahúma con plantas resinosas, algunas traídas de Bolivia y otras como la brea que se dan en la región. Se le coloca como brazalete en la muñeca, o bien circundando el tobillo. El lloque satisface diversas funciones: previene las enfermedades y diagnostica el estado de salud del individuo. Se le coloca el 1° de agosto de cada año y si la persona se encuentra ya enferma se corta espontáneamente; en caso contrario le conserva la salud hasta el 1° de agosto del próximo año en que debe ser renovado.

Igual que en el resto el país se usa para el *corrimiento* (*artralgias* y *neuritis*) los brazaletes de cobre, ya en forma de hilo o de cinta

y que se colocan en la muñeca o en el tobillo y para acrecentar su eficacia se les suele usar en forma cruzada, muñeca de un lado y tobillo del otro; además también se colocan anillos de cobre en el dedo anular, especialmente en las odontalgias.

Es frecuente observar en los niños collares de cuentas de vidrio alternadas con pequeñas bolitas negras de una masa resinosa que se trae de Bolivia y que sirve de preservativo general. Igualmente en las casas se guardan con igual objeto huevos empollados de flamencos, llamados parinas en la zona.

El parto se verifica en el suelo; el cordón umbilical se corta con hojas de cortadera, la gramínea *cortaderia sp.*, la placenta se troza finamente y se entierra en un hoyo; entonces la puérpera se traslada a su cama. El parto, igual que en todas las tribus primitivas, es un acto impuro y como resabio de esta concepción la mujer no puede parir en su cama sino en el suelo.

Otro rasgo tradicional digno de recordarse es el tratamiento de las fracturas: una vez coaptados los huesos, dos personas los mantienen en su sitio y mientras tanto el algebrista prepara una *birma* (Bizma) compuesta habitualmente de sangre de perro que se obtiene cortándole una oreja y si la obtenida es insuficiente se le degüella; coagulada la sangre se le agrega ramas de toquilla (*Fabiana denudata Phil.*), marancel (*Clarionea atacamensis*), solda que solda y baje que son hierbas que traen los bolivianos, especialmente los yungueños que trafican por la zona, y bosta de huaicho o arriero, que es un pájaro cuyo nombre científico no conocemos. La bizma se coloca en torno del sector fracturado y una vez seca, se entablilla con madera de cactus (*Cereus atacamensis*) y se venda.

En el tratamiento de las enfermedades la terapéutica es casi exclusivamente herbolaria y solo queremos referirnos a los *vahos de agua* o *pisadas de agua* que tienen su aplicación en las lesiones articulares de los miembros inferiores. Las diversas plantas que se utilizan: atalde (*Atriplex sp.*), bailahuén (*Haplopappus baylahuen Remy*), chacha (*Lepidophyllum cuadrangulare* (Mey) Benth. et Hook), pingo-pingo (*Ephedra andina Poepp*), etc. Se colocan en una artesa, se les agrega agua hirviendo y sobre el receptáculo se colocan tablones, separados entre sí, sobre los cuales el paciente apoya los pies y recibe el vapor de agua.

Y siendo la puna o mal de altura una de las enfermedades regionales frecuentes debemos recordar que para combatirla se usan dos medios: o se mascan sin descanso dientes de ajo o se bebe una infusión de chachacoma (*Senecio eriophyton Remy*), flor de la puna (*Chaetanthera sphaeroidalis* (Reiche) Hicken) y pupusa.

Entre los objetos que las excavaciones han puesto de relieve figuran tabletas y tubos de madera muy dura, probablemente de diversas especies de *Prosopis* (algarrobo). Las tabletas casi cuadradas tienen su cara anterior excavada y la posterior abombada y lisa. Los tubos de 17 a 20 cm de largo constan de dos trozos de madera y tanto éstos como las tabletas ostentan figuras talladas que representan motivos zoo o antropomorfos. La excavación de las tabletas habría estado destinada a moler polvos de semillas secas de la leguminosa *Piptadenia peregrina Benth*, que crece en el noroeste de Argentina y que según Oyarzún se conoce con el nombre de Paricá. Es una droga ilusínogena y narcotizante.

ARAUCANOS

Los conocimientos médicos de los araucanos eran muy escasos y como todas las tribus primitivas eran fácilmente dominados por los procedimientos de sugestión de la medicina mágica. Dentro de su concepción la muerte no debía sobrevenir y toda enfermedad o accidente necesariamente reconocía por causa la acción de los espíritus malignos. De aquí que fuera necesario, en caso de enfermedad, neutralizar estos espíritus, lograr su apaciguamiento y también eliminar el daño que la venganza de individuos de la misma u otra tribu hubiera podido provocar.

Para los araucanos el espíritu maligno era el **huecuve**, pero como es natural, no escapaba a su observación que ciertas enfermedades, especialmente las heridas, fracturas etc., tenían una causa directa que les era fácil poner en evidencia.

La posición del araucano fue muy clara frente a la enfermedad: prevenir el daño, acudiendo a los seres protectores o al adivino, o bien curarlo, poniéndose en manos del o la machi.

Los elementos protectores estaban representados en primer término por los espíritus del bien, enemigos encarnizados de los espíritus del mal, por los antepasados, por el culto del tótem y del fetiche. Este se encontraba representado por cualquier objeto animado o inanimado al cual el aborigen suponía cualidades especiales capaces de favorecerlo. Este fetiche recibía el nombre genérico de *perimontu*.

El *ampivoe* o *ampivavoe* era el individuo que exclusivamente se dedicaba a invocar los espíritus para la curación de las enfermedades. Pero para prevenir las, el araucano acudía a los adivinos, y a los *huecuvuyes* a quienes se refiere Núñez de Pineda y Bascañán en su *Cautiverio Feliz*, poniendo las siguientes palabras en boca del cacique Quilalebo: "Habéis de saber, Pichi Alvarado amigo, que en los tiempos pasados (más que en los presentes) se usaban en todas nuestras parcialidades unos *huecuvuyes*, que llamaban *renis*, como entre vosotros los sacerdotes; estos andaban vestidos de unas mantas largas, con los cabellos largos, y los que no los tenían los traían postizos, de cochayuyo o de otros géneros para diferenciarse de los demás indios naturales; éstos acostumbraban estar separados del concurso de la gente, y por tiempos no ser comunicados, y en diversas montañas divididos, adonde tenían unas cuevas lóbregas en que consultaban al *pillán* (que es el demonio), a quien conocen por Dios de los hechiceros y endemoniados machis (que son los médicos). Estos, como os he dicho, por tiempos señalados estaban sin comunicar mujeres ni cohabitar con ellas".

Además existía al lado de estos adivinos el denominado *ramtuvo* que únicamente era consultado cuando se suponía la hechicería como causa de muerte.

Pero junto con el *ampivoe* y el *huecuvuye* actuaba el o la machi que era el médico por excelencia, en quien concurría la capacidad para intervenir eficazmente entre los espíritus causantes del maleficio y el paciente y además el conocimiento empírico de determinados procedimientos terapéuticos, señaladamente la acción curativa de las plantas de la región.

Primitivamente los machis fueron exclusivamente hombres, pero poco a poco el ejercicio de la medicina fue pasando a las mujeres.

Núñez de Pineda y Bascañán durante su permanencia entre los araucanos cono-

ció sobradamente a los machis y en su obra *Cautiverio Feliz* nos ha referido los rasgos que los caracterizaban: "Parecía ... un Lucifer en sus facciones, talle y traje, porque andaban sin calzones, que este era de los que llamaba *bueyes*...; traía en lugar de calzones un *puno*, que es una mantichuela que traen por delante de la cintura para abajo, al modo de indias, y unas camisetas largas encima: traía el cabello largo, siendo así que todos los demás andan trenzados, las uñas tenían tan diformes, que parecían cucharas; feísimo de rostro, y en un ojo una nube que le comprendía todo; muy pequeño de cuerpo, algo espaldado, y rengo de una pierna, que solo mirarle causaba horror y espanto: con que daba a entender sus viles ejercicios". Y más adelante, refiriéndose a otros machis que siendo hombres vestían como mujeres, dice: "usan el cabello largo siendo que todos los demás andan trenzados; se ponen también sus gargantillas, anillos y otras alhajas mujeriles, siendo muy estimados y respetados de hombres y mujeres, porque hacen con estas oficios de hombres y con aquellos de mujeres".

La palabra *bueye* significa pederasta.

Hasta ahora no existe unanimidad de pareceres para estimar que en el o la machi se confundieron el sacerdote y el médico-mago. Latcham con razones muy atendibles piensa que ambas funciones se ejercieron separadamente: que el sacerdocio se encontraba centrado en el cacique que era el encargado de officiar en las rogativas sin que ello obstase para que en algunas ocasiones el machi pudiera actuar como sacerdote, pero en caso tal eran funciones perfectamente diferenciadas ejercidas por una misma persona.

En general el pretendiente a machi se sentía llevado a aprender el oficio, que era muy remunerativo, por el aviso de los espíritus, ya sea en sueño o en alucinaciones. Se iniciaba en el aprendizaje del arte al lado de un o una machi respetada y que gozaba de excepcionales consideraciones: le enseñaba a tocar el *cultrún*, a *machitucar*, o sea, el arte mismo de curar, de echar el huecuve o espíritu maligno y el *pillán*, preparar venenos, descubrir y echar maleficios, celebrar las ceremonias que pudiéramos llamar de consagración de la machi: el *rebuétún* o *ñecurebuen*. Este aprendizaje solía tomar hasta varios años, durante los cuales el postulante

no se separaba de la machi y actuaba como su ayudante.

Cuando ya se la consideraba suficientemente preparada se celebraba su consagración en el rehuetún: previamente debía permanecer encerrada en su ruca acompañada de su maestra que le impartía las últimas instrucciones; ayunaba durante cuatro días en los cuales se alimentaba con muy pequeñas cantidades de harina de avena y agua. En la víspera de la fiesta sus parientes cortaban un árbol, en cuyo tronco labraban una gradería formada por peldaños que en total alcanzaban a dos o tres metros: es el *rehue*, que se plantaba a cierta distancia de la ruca y con una ligera inclinación y se le rodeaba de ramas de canelo. Este ceremonial previo se ejecutaba en medio de toques de trutuca, pifilcas, y cultrunes de los invitados, para cuyo festejo se mataban caballos, ovejas y se les servía *muday* (chicha de maíz) y se levantaban ramadas en las cuales durante toda la noche precedente a la consagración se entregaban a la danza.

El día de la ceremonia el o la aspirante a machi salía de su ruca en compañía de un grupo de otras machis que tocaban, bailaban y cantaban al compás. La postulante se encontraba en medio de ellas con su cultrún nuevo (especie de tambor) con cascabeles. Se izaba una bandera blanca en lo alto de los canelos que rodeaban el rehue y en torno de ellos se bailaba durante una hora. La persona encargada de dirigir la ceremonia hacía una seña, el baile se detenía, se repartía cigarros a los hombres, quienes lanzaban en alto volutas de humo que tienen un carácter ritual. Luego comenzaban de nuevo los toques, cantos y bailes que adquirirían una animación extraordinaria; las machis golpeaban sus cultrunes con fuerza inusitada al mismo tiempo que daban saltos a gran altura. Todos estaban sobreexcitados, sus cuerpos cubiertos de sudor y una machi separada del grupo efectuaba contorsiones hasta entrar en éxtasis. En este instante la machi que presidía la ceremonia se vendaba la vista y con un cuchillo efectuaba una pequeña incisión en los pulpejos de los dedos pulgar y anular de ella y de la aspirante y luego confundía la sangre de ambas con lo cual traspasaba o comunicaba los poderes mágicos que poseía. Este era el momento culminante de la ceremonia y a continuación la machi vieja hacía una pequeña

incisión en la lengua del aspirante y en la de ella y con el cuchillo mezclaba ambas sangres con lo cual le transmitía el poder de dominar el huecuve, el espíritu maligno, el pillán y la facultad de interceder favorablemente entre los espíritus y el paciente.

En este instante el joven recuperaba el conocimiento y colocaba zumo de canelo (*Drymis winteri* Fros.) sobre las heridas lo cual ocasionaba el más intenso dolor. Después era adornada con piel de oveja recién desollada, con guirnaldas de copihue y del hongo conocido con el nombre de oreja de palo y bailando y tocando su cultrún subía una a una las gradas del rehue hasta llegar al peldaño superior, acompañada por otras dos machis que se balanceaban suavemente de uno a otro lado; las demás machis bailaban en las gradas restantes. Las acompañantes quitaban sus adornos recién colocados a la aspirante y todas descendían del rehue y la nueva machi al último, bailando y retrocediendo. Desde este instante quedaba capacitada para ejercer como machi.

Después de la ceremonia consagratória comenzaba la comida abundantemente socorrida con *muday*, hasta que se generalizaba la borrachera y los invitados regresaban a sus rucas solamente cuando la chicha se había terminado.

El rehue quedaba en su sitio y, cuando la parte enterrada se podría y se caía, la machi quedaba obligada a plantar otro, con las mismas ceremonias ya indicadas, con excepción de las incisiones que no era necesario repetir. El rehue frente a la ruca era y es el indicador de la residencia de la machi en ejercicio activo, pero este emblema está complementado por otros que la machi lleva en sus funciones: el cultrún que como hemos ya dicho es un tambor en el cual la membrana está fabricada de piel de oveja y el golpe se da con una varilla forrada que se llama *trepucultrunhue*; la *huasa* que es una maraca, formada por una calabaza hueca, a la cual se ha adaptado un mango de madera y dentro de ella se colocan guijarros o arvejas que producen una sonajera ensordecedora, y por último los cascabeles que penden de un arco que se sujeta con la misma mano que el cultrún.

Este *rehuetún* o *ñecurehuen* tiene numerosas variantes regionales pero nos hemos atendido a la descripción del Hno. Claude Joseph

que corresponde muy exactamente a la ceremonia que nos ha tocado observar a orillas del Lago Lanalhue y en Nehuentúe, en la banda norte del río Imperial.

La machi desde el momento que ha recibido los poderes para ejercer como machi *machituca*, o sea cura, y de modo habitual lo hace en una ceremonia denominada *machitun*, que también tiene muchas variantes. Durante ella entra en éxtasis y no solo logra establecer la causa del mal sino que lo extrae, o bien, señala los remedios para la curación.

El enfermo es tendido de espaldas sobre una frazada en medio de la ruca; a sus pies y su cabeza se plantan ramas de canelo. La machi con el cultrún y las cascahuillas se sienta con las piernas cruzadas, al lado del enfermo. Los familiares y amigos asisten al machitun, sentados igualmente con las piernas cruzadas y rodeando el interior de la ruca. La machi comienza sus invocaciones, los hombres bailan y gritan y a una señal de la machi salen de la ruca, blandiendo palos, para ahuyentar los espíritus malignos provocadores de la enfermedad. El baile y la salida de los individuos se repite reiteradamente. La machi descansa, fuma el humo que se desprende en ritual y suele provenir de hojas de chamico (*Datura stramonium* L.) fuertemente tóxico a causa de la escopolamina, hiosciamina y atropina que contiene. Vuelve a iniciar el canto, la invocación a los espíritus, y cae en éxtasis, del cual sale al cabo de un rato más o menos prolongado y entonces queda en condiciones de precisar la causa del mal e instituir el tratamiento. Este naturalmente está en relación con aquella: la machi ha localizado el daño en el cuerpo, comienza a sobar al enfermo con masajes hasta que logra acumularlo en un punto determinado, lo succiona fuertemente hasta que obtiene eliminarlo botando de su boca sapos, lagartijas, etc., que son los que han producido la enfermedad; en otros casos incide un absceso y chupa y bota el pus; en ocasiones efectúa incisiones y la herida la cubre con hojas de canelo y faja al enfermo. Pero en múltiples oportunidades la machi se limita a señalar la persona que ha provocado el mal y los parientes del enfermo se encargan de castigarla hasta darle muerte.

Pero fuera de estas ceremonias en que predominan fundamentalmente la magia y la superchería, el o la machi hacían uso de sus

conocimientos empíricos, ya en pequeñas intervenciones quirúrgicas, en sangrías efectuadas por una piedra de pedernal atada a una varilla, el *queipu*, en el tratamiento de fracturas y luxaciones. Pueblo tan luchador tenía necesariamente que hacerse acompañar en sus innumerables guerras por individuos que tenían algún conocimiento quirúrgico, eran los *gutaves*, cuyos tratamientos no iban más allá de la abertura de abscesos, tratamiento de heridas con algunas yerbas, sangrías que eran indispensables para aliviar los miembros de los combatientes, extracción de puntas de flechas, etc.

Por algunos se ha querido reconocer entre los araucanos la existencia de anátomo-patólogos capaces de hacer diagnósticos post-mortem de las lesiones; estos eran los *cupoves*. Tal calidad no tenían estos individuos; ejecutaban actos de simple hechicería que con el correr de los tiempos quedaron confiados a los machis: al fallecimiento del enfermo efectuaban una incisión crucial en el hipocondrio derecho y llegaban a la vesícula, extrayéndola o limitándose a su simple abertura para sacar la bilis, la cual era calentada y su residuo observado minuciosamente para informar a la familia sobre el veneno que había encontrado en ella.

Pero otras prácticas médicas también entraban en el juego. Desde luego era muy común la creencia de que las enfermedades podían traspasarse a un árbol o a un animal. Esta idea se encuentra todavía arraigada en nuestro pueblo que cree que la hernia, *la pabua*, puede curarse, colocando a medianoche el pie del enfermo sobre el tronco de una higuera. Los araucanos efectuaban este traspaso de la dolencia, traspaso que llamaban *pentün*, tomando el enfermo en sus brazos, durante una o dos horas, un pequeño animal: perro, cordero o gallina, para librarse de la enfermedad e introducirlo en él.

También usaban los araucanos los baños mágicos y los baños de vapor. Para los primeros el enfermo se bañaba a intervalos durante toda una noche y toda la mañana siguiente hasta el amanecer y con este procedimiento eliminaba todo elemento que fuera capaz de dañar su salud. Los baños de vapor también tenían en realidad un carácter mágico: en una artesa se colocaban diversas yerbas en agua, se echaban piedras recalentadas que luego hacían desprender vapor: el enfermo se colocaba

sobre la artesa, cubiertos ambos con bastante ropa. Antes y durante el baño la machi hacía invocaciones, llenaba la pieza con humo de tabaco para exorcizar el huecuve y hacerlo salir del cuerpo del paciente. Este baño se llama *trufrüfkei*.

La flora indígena proporcionaba a la machi materia médica extraordinariamente rica que utilizaba habitualmente cuando el enfermo no podía curar con el machitún. De ella, solo deseamos referirnos a aquellas plantas que en sus manos tenían un carácter mágico:

El latue: *Latua venenosa Phil.*, solanácea, cuyo zumo de hojas en dosis pequeñas logra el amor de la persona que lo recibe; en cantidad ligeramente mayor es afrodisíaco y cuando se le bebe en abundancia provoca un delirio alucinatorio que termina de modo habitual con la muerte;

Pailahue: *Marchantia polymorpha L.*, hepática afrodisíaco igual que la que sigue,

Oñoquintúe:

Mellicolahuén: *Psicrophilla andicola gay* que además de ser afrodisíaca predispone a la pederastia;

Pillunchuca: usada para avivar la inteligencia;

Culipillán: esto es, cocimiento del pillán y cuya fórmula es secreta. Destinada a rechazar las intervenciones del pillán.

Melico: que literalmente quiere decir cuatro aguas y se prepara con cuatro yerbas cuya composición ignoramos. En algunas ocasiones la machi dice en sus cantos: "Te traeré cuatro clases de agua para remedio, de la neblina de una cascada; ya no se sabe qué hacer contigo. Probablemente dominaré tu enfermedad con este remedio". De lo que se deduce que se trata de un remedio excepcional en sus proyecciones curativas y cuyas yerbas deben recogerse próximas a una cascada y que se encuentran ocultas por las nubes de agua que se desprenden al precipitarse desde la altura.

Mareupúll o marepullahue: remedio de carácter sagrado, compuesto por doce yerbas cuyos nombres se guardaban en secreto.

Deu: *Coriaria ruscifolia Feuill*, tóxica que produce estados convulsivos y vómitos

sanguinolentos; propiedades que utilizaban los hechiceros.

Fuera de estos remedios que revestían carácter mágico existían drogas narcóticas que, como hemos visto, tenían uso ritual en los machitunes, o bien se utilizaban para provocar un estado de hipnosis. Entre las principales debemos recordar:

Las diversas especies de *tabaco* que se producían en el país y que se fumaba en cachimbas denominadas *cütra* o *quita*, estaban formadas habitualmente por un hornillo central y dos caños.

El **Chamico o myaya:** *Datura stramonium L.*;

El **Chapico:** *Desfontainea spinosa Remy*;

El **Maqui:** *Aristolotelis maqui L'* Herit.

Todas estas plantas se fumaban, se masticaban sus hojas o se sorbían como rapé.

Además los araucanos acudían también al reino animal en sus prácticas médico-mágicas. Así, desde antes de la llegada de los españoles utilizaban la *luan cura*, o sea, la piedra bezoar extraída de los órganos digestivos del guanaco, de los cuales expresa el padre Miguel Rosales en su *Historia General del Reino de Chile*: "Crían muchos en el vientre piedras vezares que fraguan de yerbas muy cordiales y expulsivas de todo veneno. Y sobre un palito se va formando la piedra, adquiriendo unas capas sobre otras con que toma cuerpo y grandeza".

En este mismo orden de cosas, practicaban una operación llamada

Catantecún, que consistía en colocar bajo la piel raspaduras de hueso de león, especialmente debajo de la que cubre el cuello, hombros y brazos con el objeto de dotar al individuo, preferentemente al guerrero, de la misma fuerza y astucia de este animal.

También utilizaban los órganos genitales calcinados del *Huillín (Lutra Huidobra)* para aumentar la potencia sexual o renovar la ya extinguida en los ancianos frotándose con ellos especialmente las masas lumbares y los órganos sexuales. Esta operación se conocía con el nombre de *buillintún*.

Y dentro de este aspecto del problema cabe recordar que los araucanos estimulaban el placer de la mujer durante la cópula con el empleo del *Huesquel* que según Guevara estaba

compuesto de uno, dos o tres cordones de crin de seis centímetros de largo atravesados en los extremos y en el centro por hilos de lana que amarraban al pene. Suponían al huesquel dotado de propiedades mágicas cuando en realidad su acción era simplemente mecánica.

En las picaduras de la *araña de poto colorado* (*Latrodectus mactans*) que suele ser muy venenosa, los araucanos utilizaban como antídoto el comer parte de la misma araña.

Los aborígenes de esta zona practicaban los masajes de los músculos adoloridos con un dedo, con la mano entera, y a veces friccionaban con yerbas diversas.

Igualmente se encontraba muy desarrollado entre los araucanos el empleo de enemas de cocimientos de plantas, entre éstas el *natri* (*Solanum gayanum* Remy y *Solanum crispum* R. et. P.) en enfermedades acompañadas de estados febriles, lavativas para las que usaban vejigas de animales vacunos a los cuales se adaptaba un pequeño hueso o un trozo hueco de colihue (*Chusquea* sp.)

Reconocieron propiedades curativas en las aguas termales y acudían principalmente a las de Punta de Lavapié (hoy conocida con el nombre de la Providencia) en el departamento de Arauco, de Villacura en las quebradas que descienden de la Sierra Velluda, de Tolhuaca en la provincia de Malleco y las de Chiuchiu y Palguín, estas dos últimas ya en la provincia de Valdivia.

En su vida diaria los araucanos estaban sometidos a numerosas prohibiciones o tabúes. Desde luego las embarazadas no podían ingerir testículos (criadillas) de toros ni corderos porque deformaban los órganos genitales de sus hijos, no podían comer carnes de animales contrahechos especialmente de los llamados *buallipenes*, porque transmitían la deformación a los niños, como tampoco podían comer huevos con dos yemas por temor a parir gemelos.

De igual modo que en todas las tribus primitivas, el parto era considerado como un tabú para los familiares y para el hogar mismo. Cuando promediaba ya el embarazo, la mujer construía una choza especial, separada de la ruca más o menos un kilómetro de distancia y cerca de un curso de agua. Al iniciarse el parto se dirigía a esta choza, sola o acompañada de alguna ayudante y allí paría. La ayuda consistía en colocar un travesaño de madera en la choza,

sobre la cual aplicaba el abdomen teniendo inclinada la cabeza hacia la tierra y en esta forma empujaba el fondo del útero. Una vez verificada la expulsión de la placenta esta era regada con sangre de cordero recién muerto y la mujer se encaminaba de inmediato con su hijo a bañarse al río y vuelta a la choza la incendiaba, de tal manera que en esta forma quedaba purificada y podía volver a su ruca. Si por casualidad se verificaba en forma imprevista un parto prematuro dentro de la ruca, era de absoluta necesidad quemarla con todo lo que había tocado la parturienta.

Diversas otras prohibiciones existían: entre ellas la de comer cualquier comestible que se encontrara abandonado en algún lugar porque podían contener maleficios; tampoco se podía comer el cuello de ningún animal porque se quedaba expuesto a la luxación o fractura de las vértebras cervicales en cualquier accidente por mínimo que fuera e igualmente no se ingerían los sesos del animal porque ello predisponía al encanecimiento del cabello o a la vejez prematura.

Igualmente el uso de la sal estaba prohibido a los niños porque les producía pesadez en las piernas; y en época de guerra, a los mocetones que participaban en los combates; y como ya hemos referido anteriormente, antes de partir a la lucha estaban obligados a sangrarse justamente para eliminar la torpeza de los movimientos.

PUELCHES, POYAS Y TEHUELCHES

Como hemos visto precedentemente, los puelches vivían vecinos a los poyas y a continuación de ellos venían los tehuelches o patagones. En realidad sus costumbres eran exactamente las mismas: eran nómades que vivían en pequeños toldos que cambiaban frecuentemente de un sitio a otro. Cubrían su cuerpo con pieles de guanaco que cazaban en abundancia y el alimento que más apetecían era la carne de caballo, tanto la del primitivo caballo americano como la del producido por los conquistadores.

La causa de la enfermedad era siempre invisible, producida por espíritus malignos y para precaverse de ellos se acudía a brujos o amuletos. El padre Lagunas, que a comienzos del siglo XVIII se dirigió desde las misiones

de Chiloé a tierras de poyas y puelches a evangelizarlos, quitó a un bogador puelche una bolsa que llevaba amarrada al cuello y contenía plumas y cabellos, amuleto que según el brujo que consultó le serviría para que jamás enfermara.

Igual que en los araucanos, la acción de los brujos al señalar a determinadas personas como causantes de las dolencias fue funesta y el padre Francisco Menéndez en el Diario de sus viajes a esa región expresa que “es fama que los poyas, los vecinos de los puelches de Nahuelhuapi, quedaron extinguidos posteriormente por las disensiones domésticas fomentadas entre ellos mismos por los brujos”.

Estos mismos brujos servían de médicos, quienes en sus curaciones ponían en práctica ceremonias muy parecidas a los machitones y, además, empleaban las plantas de la región a las cuales suponían alguna propiedad curativa.

Pero hay dos hechos que corresponde subrayar: estos indios aislaban a los variolosos en cuanto aparecía algún caso y, además, sacaban a los moribundos de sus habitaciones y los abandonaban para que no los contaminasen con su enfermedad, contaminación que necesariamente debía producirse si el enfermo fallecía dentro de su toldo. Después de muertos no los querían nombrar por sus nombres sino que se valían de circunloquios para hacerlo, no porque no sintiesen la pérdida del deudo a quien lloraban durante largo tiempo, sino por el hecho que pronunciar su nombre los exponía a contraer la misma enfermedad de que falleció aquel.

TRIBUS FUEGUINAS

Las costumbres de los indios fueguinos han sido estudiadas a fondo por el distinguido etnólogo el padre Martín Gusinde, que vivió largo tiempo entre ellos, y a quien seguimos, y por los padres salesianos que mantienen misiones en los territorios que habitan.

Las tres tribus sobrevivientes y en proceso de extinción: los onas o selk´nam, los yámanas y los alacalufes tienen, desde el punto de vista médico, prácticas muy semejantes.

Desde luego hay que subrayar que el proceso de educación del hijo está confiado al padre y el de la hija a la madre, pero una

vez terminado la comunidad comienza a actuar con el objeto de convertir a los jóvenes en auténticos miembros de la tribu, perpetuar en ellos las tradiciones y que logren el dominio absoluto de la voluntad. Esta educación de la comunidad se realiza en un acto secreto que a veces se prolonga largos meses y que se llama ceremonia *de la iniciación a la pubertad*, y que entre los selk´nam está vinculada a otra ceremonia secreta para los hombres y que en lo esencial coincide con las de los alacalufes.

No existe una edad determinada para impartir esta enseñanza, pero se requiere que los iniciados posean un cierto sentido de responsabilidad que se supone logrado entre los 15 y los 18 años. Generalmente se celebran las ceremonias cada cuatro o cinco años, especialmente cuando se ha cazado una ballena capaz de proporcionar alimentos por varios días. Para llevarla a cabo se construye la gran cabaña que contrasta con la pequeñez de los toldos o habitaciones de las tribus fueguinas y que pueda dar cabida a 80 o más personas. Al centro arde continuamente el fuego. Todas las familias aborígenes que lo deseen pueden concurrir: los individuos se sientan siguiendo el contorno de la habitación, uno al lado de los otros; permanecen día y noche en cuclillas. Previamente se ha elegido la persona que dirigirá la ceremonia y seleccionado los muchachos de ambos sexos que participarán en ella, en el entendido de que solamente los que se han iniciado pueden contraer matrimonio.

El maestro de ceremonia se pinta una gran raya roja desde la mitad de la nariz hasta el mentón; una serie de rayas del mismo color en las mejillas y alrededor de la frente ata un penacho de plumas. Los adultos pasan en la gran cabaña en el mayor silencio, meditando en los espíritus hasta que entran los aspirantes que son traídos amarrados y recibidos en medio de una gritería espantosa. El muchacho se sienta entre un hombre y una mujer y la muchacha entre dos mujeres: son sus padrinos, pasan día y noche al lado del ahijado, lo vigilan, lo enseñan y lo castigan rudamente si el ánimo flaquea. Lo obligan a permanecer en la postura ritual: en cuclillas sobre el suelo cubierto con ramas secas, los brazos cruzados sobre el pecho y la cabeza inclinada, sin que por ningún motivo pueda ladearse, estirar las piernas, reclinarse o acostarse; el sueño no dura más de cinco horas

y les está prohibido hacer el menor movimiento, ni siquiera rascarse. Para que los muchachos demuestren que son capaces de dominio, los viejos disimuladamente les colocan sobre la piel desnuda gorgojos y mientras estos se arrastran los aspirantes no deben mover el cuerpo ni tratar de cogerlos. En las noches los adultos narran cuentos graciosísimos, pero los muchachos no deben siquiera sonreír.

En las primeras semanas las comidas son extraordinariamente reducidas y los iniciados se adelgazan con suma rapidez. El silencio es absoluto.

Todo este plan que como se ve tiene por fin lograr el dominio de sí mismo, se va modificando paulatinamente a medida que se consigue el propósito y con el objeto de que se les procure habilidad manual en determinados trabajos que les serán útiles más tarde. Si el muchacho duerme más allá de lo prescrito, el padrino le da un fuerte puñetazo; el aspirante debe levantarse de un salto, lavarse, ordenar sus cabellos y arreglar su asiento al cual vuelve durante tres o cuatro horas, y aproximadamente a las 8 de la mañana sale acompañado de su padrino al bosque para aprender a cortar árboles, arrastrarlos; va al mar para sumergirse largas horas en el agua fría, manejar arpones, lanzar correctamente las flechas, etc. Las muchachas salen también de la gran cabaña a aprender a tejer pequeñas cestas, extender y curtir pieles, hacer mantas con ellas, a buscar moluscos y crustáceos en el mar y a remar, que es oficio exclusivamente femenino.

Durante meses prosigue la instrucción. Todas las tardes alrededor de las 15 horas se vuelve a la gran cabaña, donde se recibe la habitual y escasa comida y se puede descansar, pero en la posición reglamentaria.

Todos los participantes deben pintarse diariamente la cara: los aspirantes con líneas que parten en forma de rayos desde los párpados inferiores. Ya en esta época no se guarda silencio: durante todo el tiempo que se pasa en la gran cabaña todos cantan, día y noche, una canción monótona que parece un suave murmullo. Al iniciarse el crepúsculo uno de los ancianos más respetables reúne a todos los aspirantes y les habla en términos cordiales del comportamiento moral del individuo frente a la vida, fin elevado que solamente se obtiene con el dominio de la voluntad a través de la

severidad de las prácticas rituales y con las órdenes que reciben para realizar una serie de trabajos encaminados a proporcionarles actividad, obediencia y disciplina.

Todo lo que pasa en ti, no ha sido invención de los yámanas; todo proviene de watauineiwa (nombre del Ser Supremo). Él ha enseñado a nuestros predecesores cómo debemos celebrar las ceremonias de iniciación a la pubertad. Nosotros nos ajustamos lo más posible a ello, pues está siempre vigilando.

A medida que avanza el tiempo el programa va perdiendo su rigidez: se agregan danzas coreadas y mímicas en las cuales toman parte todos los aspirantes; en otras tardes se relatan cuentos y mitos tradicionales.

Quando los aspirantes, al cabo de algunos meses de instrucción, han demostrado prácticamente obediencia, disciplina, dominio de la voluntad y fiel sumisión a la tradición, comienza a darse término a las ceremonias mediante el aumento de las comidas y la preparación de una especial, que es la final, en la que reina la más intensa alegría. Cada uno toma sus cosas, se aparta de la gran cabaña y sigue su vida de rutina.

En la elección de esposa los padres no intervienen; existe la más absoluta libertad entre los futuros cónyuges para comprometerse. Los alacalufes y los yámanas exigen que el novio haya participado en la ceremonia ya descrita y los selk'nam, además, haber concurrido a la ceremonia secreta de los hombres.

La futura madre trabaja durante todo el periodo del embarazo, pero aproximadamente ocho semanas antes de la probable fecha de parto entra en vigor una serie de prohibiciones para ambos padres. Los yámanas no pueden comer carne de cormorán o cuervo marino (*Phalacrocorax magellanicus*), pues en caso contrario los hijos nacerán deformes.

Entre los selk'nam, cuando se aproxima la fecha del parto la mujer va al bosque en busca de gran cantidad de leña y mientras mayor sea, más robusto será el hijo. Dentro de lo posible tratan de que el parto no se produzca en su toldo sino en el bosque, a donde va acompañada de una india que entiende de partos. Al marido se le mantiene totalmente ignorante

del acto mismo y una vez realizado no puede dirigirse la palabra a su mujer si esta no lo hace antes, silencio que a veces se prolonga por veinte o más días. La mujer, inmediatamente después del parto se purifica con un baño; su hijo también es bañado: la madre lo coge con sus dos manos por debajo de los brazos y lo coloca sobre sus muslos y arroja buchadas de agua sobre el recién nacido a fin de que el agua no sea demasiado fría, después lo seca con manojos de musgos o finísimas virutillas de madera; le limpia los ojos, orejas, boca y nariz, lo acuesta en el lado suave de una piel de zorro o nutria, sobre la cual ha esparcido abundantes plumas.

El día del parto la madre se toma solamente algunas horas de descanso para reanudar de inmediato sus faenas con el mismo ímpetu anterior.

Las prohibiciones no han terminado para los padres: ciertos alimentos no pueden ingerirse sino una vez que ha caído el cordón umbilical.

Entre los yámanas y los alacalufes es muy común que el parto se verifique en la canoa. Además hay ciertas diferencias en las costumbres anteriores y siguientes al parto: la madre yámana enrolla el cordón umbilical y espera que se seque y lo guarda cuidadosamente hasta que el niño ha cumplido cuatro años. En esta época le enseña a cazar a su hijo los pequeños y abundantes abadejos o reyezuelos que hay en las islas: cuando lo logra la madre le entrega su cordón desecado; el niño lo coloca al cuello del pajarito y lo deja escapar con él. Entre los alacalufes es costumbre que el cordón una vez desecado sea colocado en el cuello del padre, quien lo lleva durante seis semanas como testimonio de que en este lapso la madre debe dedicarse exclusivamente al cuidado del hijo. Durante este tiempo los viajes en canoa están prohibidos.

Las madres selk'nam atan la cabeza de sus hijos para que la vista se haga más penetrante y los somete a rudos masajes con tierra blanca que les provocan intensos dolores. No se preocupan del llanto de sus niños porque si no hicieran este enérgico amasamiento los expondrían a la muerte.

Entre los yámanas el hombre debe guardar cama durante el parto de su mujer y los vecinos

se preocupan de su alimentación. Los Selk'nam y los alacalufes no tienen esta costumbre.

En general las fueguinas amamantan sus hijos hasta el próximo parto. Para el destete introducen en la boca del niño un trozo de grasa de guanaco o de foca, previamente calentado y comienzan a suministrarles muy pequeños pedazos de carne asada.

La madre no se separa de su pequeño hijo; lo lleva consigo donde ella vaya, colgado a la espalda y cubierto con la misma piel con que ella se guarnece. Mientras la mujer selk'nam trabaja, coloca al niño en un pequeño bastidor en forma de escalera, lo cubre con una piel y clava en el suelo los extremos puntiagudos de los palos largueros, quedando el niño en posición vertical.

En el tratamiento de sus enfermedades los fueguinos recurren a los hechiceros. Los yámanas los denominan *yékamuscb*.

Los hechiceros reconocen su vocación ya sea por súbita inspiración, o bien por ciertas circunstancias, tales como el canto reiterado de alguna melodía que cantó un hechicero ya fallecido, lo cual es indicio cierto de que ya actúa en él Waiyuhuen, o sea, el otro yo del muerto.

Los yámanas reúnen de vez en cuando a los más experimentados de la tribu para determinar qué jóvenes tienen aptitud para convertirse en *yékamuscb*; se juntan en una cabaña llamada Casa Loima donde se realizan diversas ceremonias durante las cuales los seleccionados caen en estado de hipnosis, por lo cual se supone que el hechicero pierde su propia personalidad y un determinado espíritu actúa en su lugar.

Durante largo tiempo vive el nuevo hechicero al lado del otro, habitualmente un anciano pariente, el cual no le proporciona una enseñanza especial sino que permite que lo acompañe, lo observe y lo imite.

El hechicero goza de una incuestionable influencia, la cual no se limita al campo de la terapia sino que con sus poderes excepcionales es capaz de modificar las condiciones climáticas, obtener que se logre una pesca abundante, presagia los hechos buenos y malos y puede introducir el daño en otros individuos. No obstante que hacen vida común y participan en los trabajos habituales de los demás componentes de la tribu, que no se diferencian de ellos por

ningún signo exterior en su jornada corriente, son extraordinariamente temidos por sus posibilidades de desencadenar el mal.

Cuando el yékamusch actúa como médico inicia su trabajo con un canto prolongado y monótono para obtener el auxilio de los espíritus; después se acerca al enfermo en medio de una danza que no va más allá de un contoneo y de su canto siempre monocorde; hace suaves masajes al enfermo para reunir la materia mórbida en un punto determinado del cuerpo, que lo succiona violentamente; se separa del enfermo, sopla sobre su mano para arrojar la causa de la dolencia y cae en estado de éxtasis. Salido de él, explica al enfermo la forma del mal que lo dominaba: punta de flecha, pequeño gusano, etc.

El hechicero, el médico de los selk'nam, es conocido con el nombre de *Kon*. La idea etiológica predominante en las enfermedades es la entrada de elementos exteriores al cuerpo del doliente y para su curación necesariamente deben ser extraídos: estos cuerpos extraños pertenecen a los *Kon* de otras Tribus o a la luna.

Según el padre Coiazzi, el *Kon* llega a casa del paciente con "la cabeza cubierta de ceniza o arena, la frente rodeada con una cinta de piel que sostiene en posición vertical cinco o seis largas plumas de pájaro que le rodean la cabeza dándole el aspecto de una mitra; la cara y el cuerpo pintados de varios colores. Llegado a la presencia del enfermo y habiéndole observado, lo primero que dice a los parientes es qué objetos se encuentran en el cuerpo del paciente y qué brujo maléfico se los ha mandado. Acto seguido empieza la cura. Toma una manta de piel de guanaco y después de haberla sacudido, la extiende en el suelo y coloca en medio al enfermo de rodillas y completamente desnudo. Después empieza a dar vueltas alrededor, a cierta distancia escuipiendo a cada paso hacia la parte opuesta al enfermo y se acerca poco a poco, estrechando el círculo y cantando con tono lúgubre y monótono palabras incomprensibles en un tono ya fuerte, ya bajo, bajísimo".

Después se acerca al paciente, le frota la parte enferma y con la boca tapada con ambas manos succiona la parte afectada, se levanta y vuelve a succionar repetidamente y al ponerse de pie simula con fuertes resoplidos que echa fuera los malos espíritus. Si el enfermo no sana, el

Kon declara que los objetos introducidos dentro del cuerpo eran demasiado numerosos para ser extraídos, y en caso de incurabilidad suele practicarse la eutanasia por los parientes.

Los *Kon* cortan parte de los cabellos a cada uno de los enfermos que asisten y con ellos hacen una bola que mantienen permanentemente en su poder y declaran que si la lanzan contra un individuo, entrará en él el espíritu del mal y fatalmente morirá. Con ello viven rodeados de un respeto pleno de temor.

Empeaire, que permaneció en medio de los alacalufes en los años 1946-1947, pudo estudiar concienzudamente sus creencias y sus costumbres. Los indios están dominados por el temor al espíritu del mal *Ayayema*, el cual entre otros maleficios que ocasiona produce directamente todas las enfermedades y es causante de los accidentes que ocurren a los alacalufes. Cuando *Ayayema* se les presenta en sueños y les anuncia alguna enfermedad los indios inmediatamente abandonan la comarca que habitan para instalarse en otro sitio o en su canoa.

Para ellos el corazón es el órgano de la vida y un pulso regular es indicio de buena salud, pero cualquiera palpitación, sobre todo si es violenta y dolorosa, es signo cierto de muerte próxima y los sume en un estado de hiper-angustia.

En su vida cotidiana tienen numerosos tabúes alimenticios, entre otros no ingerir moluscos ni crustáceos crudos ni corazón ni pulmón de focas.

Atribuyen la muerte súbita a que se les ha cortado parte del cabello durante la noche y por eso lo usan habitualmente corto, para no dar lugar a que les puedan hacer este maleficio. Cuando se lo cortan, para librarse de todo daño, arrojan el pelo cortado o un mechón al fuego.

Las enfermedades corrientes las curan ellos mismos sin necesidad de acudir a médicos: las heridas infectadas las tratan habitualmente con maceración de hojas y corteza de canelo y cuando tienen dolores a los miembros, cualquiera sea su origen, se amarran la extremidad distal con una fibra de junco, o bien con una tira de cuero. Es un equivalente al brazalete de cobre que se usa más al norte del país para el corrimiento. En los dolores abdominales se colocan una pasta caliente de hojas de ortiga y

en las enfermedades de la piel, especialmente cuando hay lesiones infectadas, las chupan y después soplan fuertemente con la boca para arrojar el mal.

En enfermedades de mayor envergadura utilizan sus médicos, que no actúan, por lo menos hoy en día, como hechicero. Se limitan a efectuar incisiones de varios centímetros de largo, con el filo de una concha, generalmente

de choro, en la piel correspondiente a la parte afectada y succionan la sangre, que arrojan en una concha hasta que esta se llena; coagulada la sangre la calienta, y la ceniza, en la misma concha, la colocan sobre la piel que cubre al paciente.

Otro tratamiento tradicional es el baño de mar, aun cuando llueva torrencialmente y, el frío sea intensísimo.

BIBLIOGRAFÍA

María Angélica Illanes. En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia; historia social de la salud pública. Chile 1880/1973

(SEGUNDA EDICIÓN)

(HACIA UNA HISTORIA SOCIAL DEL SIGLO XX)

ENTREVISTÓ YURI CARVAJAL (JUNIO 2010)

En 1993 apareció la primera versión de este libro que rápidamente pasó a ser historia. Escasos ejemplares que alcanzaron una extensa circulación. Más citado en referencias internacionales (1) que locales, a fines de los 90 ya era un clásico obligado. Agotado y buscado por las nuevas generaciones, la posesión de un ejemplar original empezó a tornarse un signo peculiar.

La segunda edición editada por el Ministerio de Salud en marzo del 2010, con modificaciones, podría saldar la deuda intergeneracional y generar una difusión entre lectores más comunes. Llevarlo al debate salubrista nacional, en el que no tiene la presencia que la propia salud pública requiere. Y finalmente, discutir 17 o 20 años más tarde la lectura del pasado, pero también las esperanzas del presente.

Una relectura de este libro 20 años más tarde, suscita varias interrogantes. Las mías surgen acerca de la historia social. ¿Cuáles son las influencias intelectuales y el marco teórico en que la autora trabaja? ¿Su balance respecto de lo que había en Chile en ese momento y en el exilio? También me pregunto sobre la presencia de la obra de Foucault en este trabajo, las lecturas, las interpretaciones, las interpelaciones, en suma, la recepción.

María Angélica pone un estilo a sus palabras, una marca que no es un simple relato parco, sino que articula las frases con ritmo y metáforas, la persigue el cuerpo del pueblo, el dolor. Creo que hay una intencionalidad, pero también la presencia de la literatura nacional. ¿Cuáles son esas lecturas? ¿Baldomero Lillo, Augusto D'Halmar, Manuel Rojas?

Acerca de estas y otras preguntas conversamos con María Angélica Illanes en el campus de la Isla Teja de la Universidad Austral de Chile, una lluviosa tarde de junio recién pasado. Lo que sigue es una versión revisada de la transcripción de ese diálogo:

La primera pregunta es un poco frívola, pero me importa saber ¿qué sentiste tú en esta segunda edición?

Ah, bueno, emoción, emoción de que Fanny Berlagosky, entre todas sus actividades en el Ministerio de Salud, haya hecho posible esto, porque realmente ella fue la que se venía moviendo mucho tiempo atrás por esto, y me dio emoción de ver cómo la voluntad de ella, la decisión, sobre todo en un momento de despedida del ministerio de salud... su voluntad empecinada finalmente permitió que esto saliera, así es que en realidad esta re-edición es un homenaje a ella y su permanente compromiso por tomar iniciativas que a su juicio son importantes. En este sentido creo que esto es un fruto de ese empecinamiento que tiene ella en tomar iniciativas que, aunque la invisibilicen, signifiquen algo para los demás.

¿Qué relación tenías después de algo así como 17 años con el libro? ¿Lo habías vuelto a revisar? ¿Habías estado trabajando con él? ¿Lo tenías guardado?

Siempre lo he usado en mis cursos de Historia del Siglo XX; es como mi texto de base, porque es una manera de poder hacer una historia que no sea la de los gobiernos, una historia que apunte a reflexionar y comprender los proyectos

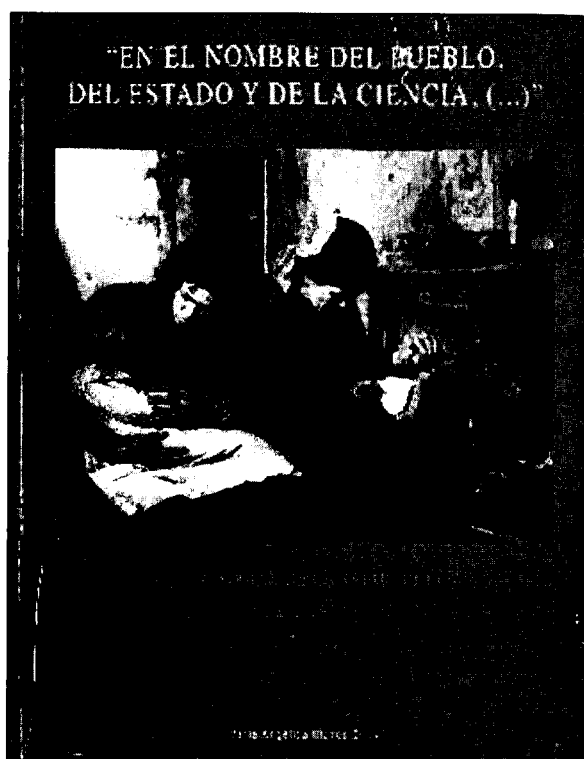


Fig. 1. Cubierta de la primera edición de "En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia". María Angélica Illanes, Colectivo Atención Primaria, Santiago, 1993 (1ª edición); Ministerio de Salud, Santiago, 2010 (2da edición).



Fig. 2. Cubierta de "Cuerpo y sangre de la política: la construcción histórica de las visitadoras sociales". María Angélica Illanes, LOM, Santiago, 2007.

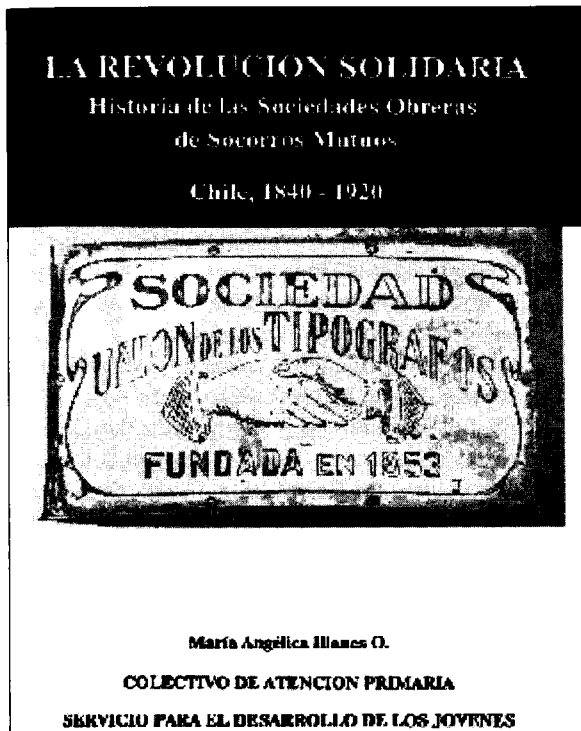


Fig. 3. Cubierta de "La revolución solidaria; Historia de las Sociedades Obreras de Socorro Mutuo, Chile 1840-1920". María Angélica Illanes, Colectivo Atención Primaria, SEDEJ, Santiago, 1991.

políticos relativos a cómo construimos sociedad. En este sentido en este texto se historiza el proyecto Estado que es clave, las políticas sociales, la política de vivienda, la política de salud, por supuesto. Por otra parte, el texto "Ausente, señorita", trata sobre la política de educación, temas que me permiten hacer una entrada a la historia desde el corazón de la organización social.

Vamos ahora a las influencias, porque me parece que no están visibles ahí en el libro. Un par de veces dices que este libro debe ser parte de una historia social...más que una historia de la salud.

Claro...

Sin embargo, a mí me parece que ha sido más visto como una historia de la salud y no como parte de una historia social.

Claro... Yo creo que tienes razón en ese sentido... los que han utilizado más este texto son los médicos, ¿no?... y cuando se reparten los libros, se reparten más al área de la salud y creo que esto es un buen punto a reflexionar.

Por una parte, creo que aquí está presente una cuestión de identificación y pertenencia, ¿no?... los médicos sienten que, de alguna manera, esta historia es su historia...es la historia de su protagonismo histórico...y en ese sentido tienen razón...Sí, yo también descubrí que el suyo fue un protagonismo muy importante en un momento en que efectivamente se necesitaba levantar un proyecto ético biopolítico y en ese sentido esta la historia de su propia historicidad, valga la doble mención, y, en ese sentido, tienen pleno derecho a sentir que esta es más bien una historia de la salud más que una historia social, ¿no?... Sin embargo, posiblemente hay muchos médicos que se deben sentir incómodos con esta historia y no la consideran tanto, pero de todas maneras, los que la han considerado, lo han hecho desde la perspectiva de su historia como una historia de la salud.

Por otra parte, los historiadores si bien valoran el texto, lo conocen menos, ha circulado mucho menos; cuando los historiadores comenzaron a saber de este texto, ya estaba agotado. Recién ahora estoy entregando a los historiadores sociales el texto. Por otra parte,

quizás esta es una historia que les era absolutamente extraña. De hecho, el Colectivo de Atención Primaria (la editora) pensó en otro historiador para hacer esta historia, pero a él, según supe, le pareció que era una historia que no tenía que ver con sus intereses y me la ofrecieron hacer a mí. Yo me dije: "hago esta historia, pero la hago desde la perspectiva de la historia social". Los médicos interesados no sabían mucho lo que significaba eso, pensaban que lo que se iba a hacer era entrevistar a algunos médicos. Yo tenía una intuición de que desde el tema de la salud pública se podía hacer una historia social... y comenzamos a hacer esta exploración... pero a los historiadores quizás recién les empieza a hacer sentido, porque ellos estaban haciendo una historia de la sociedad civil popular y de la sociedad política: esos eran los actores de la historia social. Pero, en general, todavía a fines de los 80, a fines de los 90, no se había abordado mucho la historia del siglo XX, la que recién se está abordando con mayor complejidad, así como también los temas del cuerpo y de la salud.

Por otra parte, la influencia de Foucault todavía no era muy evidente, yo era una de las pocas que, desde la historia, lo leía porque había tenido la oportunidad de conocer a Foucault en otras circunstancias, en un campo que no era propiamente el de la historia, sino más bien el de la literatura y la filosofía... porque yo tuve otra formación además de la de historiadora. A medida que me fui involucrando en la investigación, me di cuenta de que estaba ante un tema histórico significativo, oculto y totalmente desconocido para mí y para los demás, y me di cuenta que estaba ante una categoría fructífera de análisis histórico que era la categoría del cuerpo, una categoría foucaultiana, pero en el texto no hice reflexiones teóricas porque era un libro dirigido al público amplio. Pero, además, me fui dando cuenta que estaba ante una historia del Estado, ante la historia de un proyecto de transformación del modelo de desarrollo y de transformación de la política de salud protagonizada por los profesionales de la salud... y pude percibir la ocurrencia en Chile de una "revolución pasiva" como la llama Gramsci... Por otra parte, me fui dando cuenta de que la aplicación de la "revolución pasiva", es decir, desde el Estado, en buena medida consistió en una intervención sobre el cuerpo del

pueblo... También descubrí una especificidad de la categoría del cuerpo que es el "cuerpo de pobres" que no es la categoría propia de Foucault. Al trabajar con el concepto de cuerpo del pueblo o "cuerpo de pobre" me involucro en otras determinaciones que había que ensayar, dibujar, atreverse, y por lo tanto quedó abierto este libro para otra investigación que fue la tesis doctoral acerca de la visitadora social, la que apunta a trabajar con esta categoría del cuerpo del pobre. Entonces sentí que este estudio me dio la oportunidad de abrir temas tanto para los médicos y otros profesionales, como para los historiadores. Los médicos la iban a leer como una historia de la salud y quizá los más inteligentes pudiesen darse cuenta de que allí había algo más que una historia institucional y de hecho muchos se dieron cuenta de eso. Por otra parte, alguna(o)s historiadora(e)s, se han ido dando cuenta de que aquí hay una forma de hacer historia desde una realidad social encarnada... los historiadores sociales la usan bastante para conocer aspectos de la vida cotidiana, para ver cómo se presentaban las condiciones de vida del pueblo.

Aparece esta filiación de Foucault, ¿no? ... que era un poco lo que te había preguntado... y que algo tocaste, porque él quiere construir las mediaciones, entender todas las mediaciones y no tener una sola palabra que explique como actor social, entonces me decías que tu lectura venía de más del campo de la filosofía... ¿cómo fue eso?

A mí nunca nadie me dio a leer Foucault desde la historia, quizás porque era muy posmoderno... pero yo tuve la oportunidad de estudiar en el Departamento de Estudios Humanísticos (Universidad de Chile) donde se leía la "Arqueología del saber" o la teoría del discurso de Foucault; también conocí "Vigilar y castigar" y eso me inspiró en mis primeros artículos de historia social...

Y eso a fines de los 70.

Claro...

Empezaste a leer a Foucault...

Yo empecé a leer a Foucault a fines de los 70 y en los 80 cuando estaba en Estudios Humanísticos...

Se trata de una elite, ¿no? porque en Chile dictatorial por ejemplo Foucault pasó, yo estaba rastreando los viajes de Foucault a Brasil, vino la primera vez el año 67, después estuvo en el 72, pero parece ser que en Chile no tuvo ningún...

No, en Chile no lo consideraron, era absolutamente posmoderno para los cientistas sociales de acá; como te decía, yo lo conocí por los literatos y por los filósofos de Estudios Humanísticos. Por los literatos conocí primero la "Arqueología del saber" y de ahí me entusiasmé y leí "Vigilar y castigar" y me hizo mucho sentido para todo lo que estaba investigando en ese momento que era el disciplinamiento de la mano de obra en la minería y entonces lo combiné con mi formación marxista... me hizo mucho sentido... y desde entonces no dejé más a Foucault y seguí leyéndolo, pero era de las pocas. Leía también a Heidegger... un día Lucho Moulián, mi querido amigo que ya no está, me dice, "oye, queremos conversar contigo sobre lo que tú escribes" y me llevó donde unos jóvenes estudiantes que estaban reunidos en una pieza muy oscura de una casa antigua, vestidos de negro; eran jóvenes que participaban en los grupos políticos de izquierda de esos momentos... me preguntan por qué yo escribía con Foucault y Heidegger y no solamente con Marx y les dije: "porque no me basta, simplemente es imposible para mí hacerlo solamente con Marx..." y les traté de explicar... era una especie de control y cuadro...; después esos jóvenes se han puesto muy posmodernos... así, para mí Foucault llegó desde la literatura, desde la filosofía.

Me parece que también Foucault te soltó la mano para que escribieras con tu propio estilo, ¿no?

No, no, eso me viene de mi tío bisabuelo, mi bisabuela es hermana de Benjamín Vicuña Mackenna... y bueno, yo crecí en esa escuela de una historia más literaria. La verdad es que siempre encontré que la historia, sobre todo en el tiempo del marxismo, del estructuralismo, con la influencia de la sociología, se estaba poniendo muy, muy muerta... falta de imágenes... falta de vida... y yo siempre aprecié la historiografía del siglo XIX: Amunátegui, el propio Diego Barros Arana tiene una buena narrativa y Vicuña Mackenna, a quien encontraba muy

innovador en todo. Y tuve clara conciencia que la historiografía es una narrativa antes de que me lo dijera Barthes o Hayden White. Si hacíamos narrativa, no existía ninguna justificación para hacer de la narrativa historiadora un bloque de mármol; entonces tuve muchos problemas por eso, me decían que la mía era una historiografía muy femenina, que era literatura de ficción y no historiografía, en fin, pero al final se fue aceptando... Los más jóvenes escriben en su propio estilo y ensayo se ha ido valorando... pero eso fue a contrapelo total... no, no fue Foucault, porque Foucault es duro... de alguna manera esa narrativa está más bien inspirada en Vicuña Mackenna, en Amunátegui, en los clásicos del siglo XIX...

De tradición también francesa, ¿no?, cultural francesa...

Sí, la literatura... sí.

Y acomodarse a un mundo cultural, es decir que en Francia, no en Inglaterra no en Estados Unidos, aquí hay como una vertiente que busca comunicar las humanidades con la literatura, no están esas barreras...

Sí, sí, pero yo no tuve mucho contacto con la historiografía francesa, sí con la literatura; siempre me interesó mucho la literatura francesa, pero no la historiografía, fuera de Braudel, por supuesto, pero yo no soy, como dicen algunos autores, de la Escuela de los Anales, no, para nada...

Pero cuando tú dices por ejemplo historia social, ¿a qué te refieres, más bien a la influencia marxista?

Sí, sí, por supuesto.

¿A la influencia nacional, de Jobet, Segall, Ramírez Necochea?

...exacto, por supuesto, sí y Vicuña Mackenna y Amunátegui, pues ellos hicieron una historia muy innovadora; Amunátegui fue uno de los primeros que escribió sobre los sectores populares, Vicuña Mackenna escribió sobre historia urbana, sobre los médicos...

Sobre las cosas

...el oro, la plata, biografías, memorias... toda esa tradición es riquísima, la tenemos

con nosotros y bueno Jobet, Ramírez, Segall en los 60. La Escuela de los Anales no estuvo presente en mi vida de formación; además no tenía quién me la enseñara, salvo Álvaro Jara en Estudios Humanísticos, y Álvaro estaba en una etapa muy cuantitativista de la Escuela de los Anales, perspectiva que no me interesaba y, bueno, por eso es que no pude trabajar con él ni ser su ayudante y se sintió un poco conmigo, pero era imposible, esa historia cuantitativa no te permitía comprender, no te permitía interpretar, no te permitía penetrar en la complejidad del proceso histórico, sino que principalmente ordenar, clasificar y contar. Eduardo Devés dice que lo/as historiador/as de los 80 estamos formados en la Escuela de los Anales, pero por lo menos yo no... me cuesta incluso encontrar en mi biblioteca algún texto sobre la Escuela de los Anales para enseñarles a los alumnos, salvo de Braudel pues me parece muy significativo todo lo que escribió. Se trató de una escuela francesa que aglutinó a los historiadores franceses, pero no constituyó un nuevo paradigma; fue una escuela que trató de competir con el marxismo y fue exitosa en ese sentido, pero, por lo menos a mí no me parecía muy atractiva; yo soy muy hegeliana y a Hegel no lo encuentro en la Escuela de los Anales... es la dialéctica hegeliana el paradigma y el método que me da luces para la comprensión e interpretación histórica.

Pero estás pensando desde la posmodernidad también, esa es una de las cosas que creo, porque tú dices de tu libro, es un libro de dos épocas, es un libro muy contemporáneo, en ese sentido, la división del libro es muy acertada, es contemporáneo...

Sí

Pero también tiene Chile, digamos, el Chile republicano, el otro Chile...

Claro.

Y yo creo...claro...que tú puedes tener un alma hegeliana, pero tienes un alma también foucaultiana...

Ah, sí, pero yo creo que esas dos almas pueden trabajar juntas, estoy segurísima...no tanto en teoría del sujeto ni mucho menos, sino que como dialéctica, por ejemplo, en el movimiento de disciplinamiento y resistencia...

Y la teoría...el libro teórico que no está ahí "En el nombre del pueblo", ese libro teórico ¿dónde va a estar? ¿O no va a estar no más?

Bueno... yo creo que ahora en la nueva introducción incorporé los nombres de los teóricos que están tejiendo por debajo esta narración; ahora, así como los novelistas no tienen obligación de poner encima de su narración a los teóricos que los están inspirando —y son tremendamente teóricos los novelistas—, así yo creo que una narración histórica no necesariamente tiene que estar tejida expresamente con sus teóricos..., pero en esta introducción incorporé algunos teóricos que inspiran mi comprensión de esta historia y sobre todo los dos principales que son Foucault y Gramsci... Gramsci está muy presente en la narración y Foucault también como biopolítica, pero, por otra parte, debo decirte que no me interesa aplicar textualmente a Foucault en el texto porque yo siento que no calza totalmente por lo que decía tu profesor: porque en América Latina y Chile la combinación de ética y biopolítica es muy estrecha; más aún, no se trataba de que cuando se terminara la ética comenzaba la biopolítica o viceversa... me parece que aquí se dieron mezcladas las dos cosas desde los comienzos del siglo XX, así como desde el momento en que se levanta el estado asistencial propiamente tal: creo que no es una biopolítica estrictamente foucaultiana porque, incluso en su figura laica, tiene muchos componentes propios de la mediación cristiana y de la utopía estatal hegeliana... ahora, creo que lo que ocurre es que Foucault no es historiador y que, además de tener muchas falencias como historiador, no trabaja con la complejidad histórica; él trabaja con temas muy específicos, si hubiera trabajado con la complejidad, posiblemente se le hubiese resbalado mucho más su teoría o le hubiera sido más difícil configurarla; además, él trabajaba con personajes que calzaban muy bien en sus conceptualizaciones, es decir, trabajar con cuerpos de locos o con cuerpos de presos o, en fin, trabajar con cuerpos marginalizados es muy distinto, por ejemplo, a trabajar con cuerpos de pobres o de pobres latinoamericanos... Yo creo que es muy importante considerarlo como un guía o un inspirador... él puso sobre la mesa los grandes temas de este tiempo contemporáneo, como la biopolítica o el ejercicio del poder

sobre los cuerpos...; para mí es el autor más importante del siglo XX, pero al momento de narrar la historicidad de nuestras sociedades, yo no lo puedo dejar de combinar con otros, lo diría de esa manera...

Como autor tan importante no puede ser un canon, no puede ser un dogma...

No, no puede ser el único y al combinarlo con otros, necesariamente pasa algo... pasan cosas interesantes si lo combinas con Marx... Por ejemplo, en la historia social de la minería del siglo XIX no puedo ver cuerpos sin sujeto: ahí veo conciencia crítica, conciencia de clase a cualquier nivel, no me interesa si es una conciencia en sí o para sí, claramente hay clase, hay crítica y hay lucha de clases y eso no lo puedo ver sin Marx. Entonces, cuando Foucault comienza a ser trabajado con otros –así como Marx cuando empieza a ser trabajado con otros–, se va generando una narración interpretativa desde la historicidad; es la historicidad la que va invitando a la comprensión y a la interpretación teórica y no al revés, no es la teoría la que nos trata de hacer amoldar la historia a sus cánones...sino que más bien es la propia historicidad con sus contradicciones, sus movimientos, su particularidad propia y su configuración histórica la que va dictando el camino interpretativo, con la ayuda de algunas “herramientas” teóricas...; es distinta la historicidad latinoamericana a la historicidad francesa o africana...es esa historicidad propia la que tiene que invitar a la teoría y en esa invitación comienzan a dialogar ciertos autores. En el libro de la historia de la salud no habría podido –por ejemplo– levantar el capítulo del Estado Asistencial en tiempos de Alejandro del Río sin Gramsci, seguramente no habría visto la conjunción programática de los militares con los médicos y a éstos no los habría visto como una “intelligentsia”...concepto y palabra gramsciana que ahora saqué...(me la cuestionó un médico); la saqué... para que no se interprete como un sector supra-iluminado...

¿Serían como intelectuales orgánicos?

Intelectuales orgánicos, sí, pero como Gramsci usa la palabra intelligentsia yo la tomé de él... yo no habría visto ese capítulo sin Gramsci y de hecho no habría podido identificar ese sector sin el concepto de intelligentsia que él

usa. Posteriormente trabajé con el concepto de “Estado ampliado” de Gramsci en el libro sobre las visitadoras sociales...; la lectura de la historia me iba permitiendo tener un diálogo con autores como Gramsci y Foucault...

Pero te sacaste a Foucault, no está, porque yo veo, por ejemplo, que hay hoy día mucha producción de los jóvenes que es una especie de fotocopia de sus textos.

Claro, por eso mismo yo no lo pude poner tan explícitamente, porque en el fondo me lo estaba sacando, a medida que iba narrando me estaba sacando el Foucault de “Vigilar y castigar”, porque no me hacía sentido cabal con la historicidad nuestra.

Con Roy Porter pasa algo similar a lo que te pasa a ti. Él dice que empezó con Foucault. Claro él también viene del marxismo...fue discípulo de Thompson me parece ...

Sí...y tiene un libro muy bueno sobre Foucault... él escribe con mucha seriedad sobre Foucault y lo relaciona con el marxismo.

La otra cosa que me parecía, esto de las influencias literarias...a partir un poco del pueblo...esto que te decía yo...como por ejemplo...nosotros hemos sido educados en Baldomero Lillo, como...

Claro, por supuesto...Manuel Rojas...

Como los escritores realistas...Augusto D’Halmar...

Sí...me encantaría haber tenido tiempo de reescribir los libros y haber incorporado la literatura de época. Los literatos tienen la posibilidad de escribir sobre lo real histórico por medio del testimonio directo o documental, pero, al mismo tiempo, hacer una narración ficticia que otorgue vida a lo que se está-tratando de mostrar. Los escritores tienen puestos sus ojos en la vida, en la existencia...y en ese sentido son un llamado de atención respecto de la tentación sociológica de hacer una historia exclusivamente racionalista...; en la narración uno tiene la posibilidad de aprender de los literatos. Creo que nunca hay que dejar de aprender de ellos, de esa capacidad que tienen de hacer de la escena más simple y cotidiana de la vida, un campo de reflexión sobre la existencia, incluso una crítica social. Sí, esos referentes de la literatura-

social nos acompañaron a toda las generaciones del siglo xx, somos hijos de todos los literatos que nos mostraron la realidad social y en ese sentido, somos quizás más hijos de ellos que de Marx. Tenemos en nuestra piel a los literatos realistas, a los criollistas (tienen distintas clasificaciones), porque son los que vieron la pobreza y también las múltiples posibilidades que brinda la vida... Violeta Parra, por ejemplo, cantó y narró todas las configuraciones que surgían desde el seno de la vida en cualquiera de sus manifestaciones, desde el carbón hasta el salitre y desde la pampa nortina a Chiloé..., nosotros quizás no hemos explicitado tan bien esa tremenda tradición que tenemos y esos padres y madres de la patria que tenemos que son los y las literato/as nuestros...

...y también está la enfermedad, por ejemplo, en Manuel Rojas está la tuberculosis, la neumonía, "imagínate que tienes una herida" todo ese monólogo que hace en Hijo de Ladrón... en Juana Lucero, el aborto...

Sin duda. Estoy también pensando en El Roto de Joaquín Edwards Bello... ese retrato de la vida de la Estación Central, la prostitución... su narración es agudísima. Es maravillosa la posibilidad que ellos tienen de narrar sin tener que meter explícitamente a los teóricos europeos... porque la teoría nos viene principalmente de Europa y no nos calza mucho acá...¿no? No tienen que incorporar a los teóricos a cada rato (me refiero a los narradores, no a los críticos literarios) y no tienen que poner referencias de documentos de prueba... si les falta información la inventan, porque su objetivo principal es narrar la vida y los tremendos desafíos que ella nos plantea. Los considero admirables. Sin embargo, esa narrativa no nos permite comprender cabalmente, a mi juicio, las estructuras que nos ordenan, no nos permiten entrelazar todos los hilos de una historia...; personalmente me mueve la idea de explicitar los aparatos de poder y trabajar historiográficamente con ellos. En la literatura a veces no queda eso claro, a veces tampoco lo quieren hacer claro los literatos, quizás no les interesa tampoco... yo creo que se hace necesario saber cómo se manejan los aparatos...quiénes los controlan y con qué discurso y qué órdenes objetivos son los que están, en cierta medida, construyendo la vida de esos personajes. Los historiadores

tenemos un discurso político y no podemos dejar eso de lado...

Vamos a algo más complicado, sobre las raíces del libro en los años 80: se publicó en el 93. Me parece más fundado en la experiencia poblacional, en la lucha contra la dictadura, en ese momento concentrada en el movimiento popular y no en el movimiento obrero, como había sido antes. En ese sentido ¿hay una apuesta ahí de algo que podría ser a partir de ese movimiento? ¿Cómo podría ser un nuevo proyecto político, una nueva trama de poder? ¿Y cuál es tu visión hoy día de eso?

Yo creo que sí, que efectivamente esto se escribe en un momento donde se están produciendo dos fenómenos relevantes: por una parte, la manifestación de una posible democracia popular en el mundo poblacional y, por otra parte, se estaba desarrollando el proceso de municipalización, que era un proceso que tenía bastantes interesados, especialmente entre la gente de la salud. Estoy hablando especialmente del Colectivo de Atención Primaria. Este libro se escribió al calor de los talleres que ellos hacían con pobladores y donde algunas partes del libro se expusieron... cada cierto tiempo yo tenía que ir a presentar los resultados de la investigación y entonces se organizaban estos encuentros con médicos, con líderes sociales, pobladores y gente proveniente de distintos ámbitos de la salud pública. El libro se fue escribiendo al calor del protagonismo social de los 80 y paralelamente con algunos talleres de memoria de los líderes de la salud poblacional, ya que ellos mismos estaban recogiendo y elaborando sus memorias poblacionales; estaba muy presente ECO (2) donde Mario Garcés, Pedro Milos y otros estaban trabajando las memorias de pobladores...; efectivamente, como tú dices –y yo no me había dado cuenta de eso– el Colectivo y los historiadores sociales en general estábamos presenciando el protagonismo de los pobladores. Yo no trabajé específicamente en ese tema de los pobladores porque era un tema de ECO... de hecho ellos iban a hacer los talleres a la gente pobladora a que convocaba el Colectivo. Sí, en general era ese el calor, el calor de los pobladores, quienes eran los sujetos activos en ese momento de la dictadura... claro, la primera edición estuvo empapada de esa idea

de la democracia pobladora... En este sentido, hay un referente histórico que es mucho más fuerte que los 80 y es el de la Unidad Popular con el protagonismo de los pobladores de los 70 en las Brigadas de Salud, cuya memoria recogían los líderes sociales en los 80 en los talleres del Colectivo.

Por otra parte, en el curso de esta investigación emergió un sujeto que me interesó muchísimo, el sujeto popular de la Sociedad de Socorros Mutuos... Así, hice paralelamente una historia de ellos que titulé "La revolución solidaria" y que el Colectivo publicó aparte... no sé si la viste alguna vez...

Sí, yo lo tengo...de tapa verde...horrible la tapa.

No, era una tapa negra con dorado...

Hay uno que es claro... rojo con negro... pero hay uno que es verde...

No, esos eran los textos que iban saliendo con los avances ...esos eran verdes...pero había uno que se sacó como libro con tapa brillante negra con la foto del logo de la Sociedad de Socorros Mutuos Unión de Artesanos que dibuja dos manos entrecruzadas y se llama La Revolución Solidaria y que ahora está publicado también en Chile Des-centrado. Motivada por el protagonismo de las sociedades obreras de socorros mutuos, me dije: "voy a hacer paralelamente esta investigación sin un solo peso", y lo hice porque sí no más y me di cuenta que eso para mí era idealmente un futuro posible para el cuidado colectivo de la salud. Yo diría que el libro considera un sujeto histórico muy importante que abre la historia de la salud. Y me enamoré de ese tremendo esfuerzo organizativo que se hizo en Chile en el siglo XIX y que hasta el día de hoy pervive en algunas figuras... doblarle la mano a la caridad y al patronaje y a todo lo que hoy día se quiere volver a instalar fue un esfuerzo titánico. Entonces yo me impresioné de eso, inauguré la historia con ello y me di cuenta, además, que el Estado Asistencial y Previsional había extraído de allí la iniciativa de las Cajas, lo que significó la muerte de las sociedades de socorros mutuos; así, la construcción de la previsión como un ámbito público supuso la neutralización de las propias iniciativas de autonomías sociales en el cuidado de la salud.

Y eso vuelve a aparecer en los años 50... porque ahí hay unas páginas...¿valientes no?...muy difíciles de mostrar, como del rol de Allende por ejemplo, que había sido parte de este proceso de neutralización

Todos los socialistas le cierran las puertas al mutualismo obrero... yo consideré que ese grupo fue usurpado, no por el socialismo sino por la revolución pasiva, tal como lo explica Gramsci, y los socialistas fueron funcionales a eso. Para mí la clave del cambio hoy no son tanto las transformaciones en el mismo aparato de salud, sino las transformaciones en el sistema de acumulación de capitales para la salud, la previsión social. Entonces eso de incorporar a estos protagonistas en la historia, abriéndola y después aparecen de nuevo en los años 50, agonizando... Las sociedades de socorros mutuos de artesanos y obreros fueron grupos históricos que tuvieron una gran autonomía desde el punto de vista del control de la salud de su cuerpo, del control de la medicina y de los médicos y, en general, de las decisiones sobre la salud en su grupo y su clase; ese grupo, de alguna manera, fue la víctima del modelo de biopolítica de Estado... fueron víctimas y también fueron cooptados por el Estado. Con la privatización de la previsión social en la dictadura, se cortó la cabeza del Estado y nos quedamos completamente atomizados y proletarizados respecto de los grandes capitales financieros, los que son nutridos con el ahorro social forzoso que mensualmente se dirige a sus arcas. Quise mostrar en el libro el proceso histórico de construcción de capital y de iniciativa social en torno al cuidado asociado de la salud, y su sustracción en vista de una apropiación de la salud social por parte del Estado, y, después, por parte de las empresas previsional-financieras. Mostrar ese proceso era, quizás, la intencionalidad política más clara y manifiesta del libro ...

Pero ahí también hay como una re discusión de la historia social, porque en la historia social chilena digamos en clave comunista ...estos movimientos eran como embriones...eran como en la etapa infantil de la madurez propia, que era la del movimiento obrero...pero esto era como el prólogo... no era una etapa plena.

Claro... pero ahí me acompañó Foucault, un Foucault que me permitió ver el cuerpo y a estos grupos de las Sociedades de Socorros Mutuos; el marxismo no lo podía ver porque no había visto la importancia del cuerpo. Foucault me permitió ver que el cuerpo era su medio de producción, que su cuerpo era un objeto de disciplina caritativa y que al sustraer su cuerpo asociado de la intervención caritativa o de la biopolítica de la caridad y apropiarse de su cuerpo, los trabajadores de esas mutualistas estaban haciendo un acto emancipatorio revolucionario. La categoría foucaultiana del cuerpo me permitió ver ese fenómeno y apreciarlo y atreverme también a ir en contra de esa historia marxista tradicional que hace una negación de estos grupos, los que fueron catalogados como la prehistoria del movimiento obrero, etc. En el libro hay una crítica a esa interpretación. Pero entonces ya se estaba valorando a estos grupos, por ejemplo, el historiador Sergio Grez hizo su tesis doctoral sobre la historia de estas sociedades, una investigación muy sólida, con su propia interpretación. Grez, desde la perspectiva política, las ve a estas sociedades como expresión de un liberalismo popular; por mi parte, desde la perspectiva del cuerpo y del acto que hacen de sustracción colectiva de su cuerpo de la caridad y de la construcción de organización en función de su cuerpo, hablo de un proyecto democrático popular y me salgo de las categorizaciones estrictamente partidistas o ideológico-partidistas. Sin Foucault yo no habría podido ver la apropiación emancipatoria de esos grupos... no obstante, tampoco me calzaba, porque, en este caso, no vemos solo un disciplinamiento, no es solo la biopolítica caritativa la que actúa, sino que también su resistencia toma el carácter de una suerte de auto-biopolítica societaria para poder generar emancipación... y en ello fueron muy exitosos hasta que las condiciones históricas cambiaron.

A mí me sigue interesando ese proyecto... creo que la sociedad civil tiene que volver a tomar el control de la salud. No podemos seguir de esta manera, en que empresas que se hacen millonarias, trafican con los cuerpos, generando y reproduciendo desigualdades... es triste decir que es el propio sistema de salud, basado en una dicotomía radical entre "salud para pobres" y "salud para ricos", el que sirve para generar desigualdades y pérdida de derechos y de de-

mocracia en la sociedad. Específicamente, las S.S.M. me interesan porque son organizaciones que no solamente se conciben como prestadoras y al cuerpo no solamente como un tema sanitario. Yo creo que el sistema de salud está equivocado: el cuerpo no es solamente una cuestión de la salud. Es el lugar donde reside el alma... y así, en torno al tratamiento del cuerpo se debiera generar un mundo de relaciones, como lo hacía la Sociedad de Socorros Mutuos: en función de su cuerpo, la sociabilidad, la educación ciudadana, la solidaridad en torno al cuidado de la vida... Yo no veo que en estos sistemas de salud se vaya a poder llegar a una cosa más integral, a no ser que sea a través de esos proyectos que se levantaron en los años 70, cuando efectivamente hubo un proyecto de educación colectiva y social en torno al cuidado de la vida.

Me atrevería a sugerir que incluso era más que un proyecto; yo diría que hay una acción, hay una afirmación. Porque las sociedades de socorros mutuos más que solo prepararse, fueron en ese momento capaces de actuar.

Sí, y en la época de la UP también hubo una acción del cuidado de la vida, donde todos participábamos, no solamente los médicos. Recuerdo haber ido entonces a la escuela de medicina y en unas cuantas sesiones nos capacitaron para diagnosticar a niños desnutridos, nos enseñaron a preparar mamaderas higiénicas y así fuimos a las poblaciones, entrando a las casas donde pudimos detectar emergencias, pero, además, conversar con la gente y ver cómo se podía cuidar mejor la vida: de eso se trata. Yo creo que el sistema capitalista tiende a fracturarnos, a no entendernos integralmente, a cosificar el cuerpo, a dividirnos. Pero creo que ahora hay movimientos y encuentros que se hacen de medicina alternativa, donde no solamente se sana, sino que además la gente se va socializando y adquiriendo una filosofía de vida determinada... En fin, esas sociedades y esas brigadas de salud poblacionales me entusiasmaron por eso, porque no trataban con un puro cuerpo-sanitario y no trabajaban con una dicotomía organismo sano o enfermo... en fin, no se relacionaban en función de la dupla salud-enfermedad, sino que indagan las condiciones vitales integralmente. Ahí emerge la

salud preventiva, la que siempre ha sacrificado el sistema de salud. Entiendo que el problema de enfermedad siempre ha sido tan agudo que no permite hacer prevención, pero, creo que ello ocurre así porque el cuidado de la salud se ha concentrado en ciertos aparatos y no se permite que el resto de la gente participe en el cuidado de la vida y no se permite porque no se quiere, porque le tienen miedo a la participación de los poderes sociales, civiles, en fin, el miedo...

A que al margen de libertad de las personas sea grande...en el fondo que esté todo previsto...en una enfermedad te subes a un camino y ...

Da miedo hoy día la medicina, la gente está asustada, es preocupante ver que la gente tiene miedo a los médicos hoy día...hay un temor de que los vayan a meter en el carril de los exámenes y tratamientos sin fin...y que ese camino no le conduzca sino a la muerte... entonces se entiende la búsqueda de medicinas alternativas que apuntan principalmente a la armonización emocional. No sé si tú lo percibes así, pero creo que existe una crisis de confiabilidad en la medicina tradicional y, bueno, me imagino que eso será un síntoma propicio para algún cambio.

Claro, y hay éxitos notables también o sea es sorprendente, hay unos desarrollos tecnológicos que uno queda sin palabras...

Todo lo que se refiere a la parte tecnológica, es decir, todo lo que es la parte diagnóstica...

Claro, la posibilidad que tú te metas una cuestión aquí que te haga escuchar, otra acá que te haga caminar...

Sí... pero esos son éxitos de la ciencia, yo diría que a veces la medicina cree que es de ella..., pero no, por ejemplo, conozco el hijo de una amiga que está haciendo unos descubrimientos importantes para sanar la sordera y él es un físico, o sea, obviamente la ciencia va a seguir trabajando, haya una institucionalidad de la salud u otra; ahora, obviamente que no se puede excluir del acceso a quien no tiene el poder de compra, tiene que haber un estado que la pague...

¿Y cómo se dialoga también con esa tecnología?...porque claro ponte tú a un niño de tres meses le pones un implante coclear estás tomando una decisión muy fuerte sobre ese niño...y sin que él pueda dar su opinión...

Sin duda...ahora hay muchos avances en lo que es el campo de la química, pero también hay grandes problemas: yo creo que ese tema de la ética y la ciencia...

Y del rango de libertad que tengan las personas para poder dialogar con la ciencia, con la ética y puedan tomar decisiones y no decir que esto es el último avance...y hay que ponerlo...

Claro...por supuesto que tiene que haber una mayor transparencia; este pacto entre los médicos y los laboratorios es espantoso. La ciencia va a seguir desarrollándose y tratando de responder a las necesidades más sentidas de la vida humana, pero que no se piense que la ciencia o los avances de la ciencia necesariamente requieren un determinado aparato de salud u otro. Que tiene que haber una salud privada y hay que ser rico para tener acceso a esos avances es terriblemente inequitativo y establece una necesidad imperativa de tener recursos para no morir...como una cuestión propia de la naturaleza, de la vida y la muerte...en fin... yo creo que este tema se está abriendo a un cuestionamiento. A lo mejor en este momento de Chile, donde se va a empezar a avanzar hacia la privatización del aparato público, va a surgir una oportunidad de debatir la situación estructural... O tal vez no, pero creo que si se llega a una salud privada total en una sociedad con el 80% cubierto por el sistema público, no va a ser viable...

El sector privado tampoco da para atender a ese 80%.

Claro, o se llega a modelos tipo Hogar de Cristo y pidiendo un peso a la salida de todos los negocios para sustentar la salud, o se hace algo ya que no hay ninguna posibilidad de que disminuya ese porcentaje, porque, con el actual sistema previsional la mayor parte de la población vamos a ser indigentes...

NOTAS

1. Por ejemplo, en Brasil ha sido fuente para María Eliana "Labra Política e medicina social no Chile: Narrativas sobre uma relação difícil História", *Ciências, Saúde-Manguinhos* VII(1)23-47, mar-jun, 2000 y también Marcos Cueto la incorpora como fuente complementaria en su curso de Historia Social de la Salud Pública en América Latina y la menciona en "El valor de la salud". Historia de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, 2004.
2. ECO, Educación y Comunicaciones. Organización no gubernamental que trabaja desde 1980 con organizaciones sociales de base, con un importante trabajo en historia local y oral.

Carlos Molina. Institucionalidad Sanitaria Chilena 1889-1989

CARMEN NOZIGLIA DEL N.

Recientemente ha sido publicado el libro "Institucionalidad Sanitaria Chilena 1889-1989" (editorial LOM, Santiago de Chile), del doctor Carlos Antonio Molina Bustos, médico cirujano especialista en obstetricia y ginecología y, a la vez, médico salubrista, subespecialista en planificación de la salud por la Escuela de Salud Pública de México y la Organización Panamericana de la Salud, y magister en historia de la Universidad de Chile. Al publicar este libro, el doctor Molina era responsable de la investigación histórica de la Unidad de Patrimonio Cultural del Ministerio de Salud. Muy de acuerdo con esto último, la portada del libro muestra una foto del Sanatorio Laennec de San José de Maipú tomada a un grupo de enfermeras y personal femenino en 1951, con la vestimenta propia de la época.

El estudio, de 200 páginas de extensión, tiene el mérito de abordar la formación de la institucionalidad sanitaria chilena desde las ciencias sociales y la historiografía, ofreciendo una visión interesante y difícil de encontrar en otras obras sobre el tema. El libro es un aporte explicativo del proceso de desarrollo de estas instituciones y de sus transformaciones desde el gobierno del Presidente José Manuel Balmaceda hasta el término del periodo del gobierno militar, en 1989. El libro está bien estructurado y recorre en forma ordenada y lógica el periodo en estudio. Describe el desarrollo de las ins-

tituciones jurídicas, legales y administrativas creadas por el Estado en respuesta a las necesidades de salud de los distintos segmentos de la población durante la centuria que se inicia en 1889, fecha de creación del Consejo Superior de Higiene Pública, que expresa una nueva concepción del rol del Estado en materias de salud pública. Estudiando las características de estas instituciones, aborda los factores políticos y sociales de su gestación, así como la participación de los sujetos sociales que influyeron en su creación. El trabajo considera, además, el rol de algunas instituciones creadas al margen del gobierno para suplir el limitado alcance de las políticas estatales, y el aspecto sanitario del país y sus cambios a medida que el Estado evoluciona hacia la modernidad. Dentro del análisis que ofrece el autor, se identifican los principales contrastes que hasta el día de hoy no han podido ser resueltos: la universalidad de la atención versus la exclusión de determinados grupos; el antagonismo entre un enfoque integral y la fragmentación; y la antítesis entre solidaridad y mercado.

La hipótesis básica del autor plantea que a pesar de que las fuentes bibliográficas habitualmente muestran la evolución de las instituciones sanitarias como un proceso de continuidad histórica lineal, producto de consensos entre todos los sectores protagonistas, que sería expresión de madurez de la conciencia

cívica colectiva, el estudio de cómo y por qué ocurrieron los hechos indica que, en realidad, dicha institucionalidad ha sido fruto de profundas contradicciones y confrontaciones entre las diversas clases y grupos sociales con intereses contrapuestos y antagónicos. Se aborda la forma en que se fueron resolviendo estos conflictos y de qué manera las instituciones sanitarias fueron tomando medidas para hacer frente a la cada vez mayor demanda de cobertura por parte de la población. Esta dinámica de avances y retrocesos ofrece una interesante visión sobre el permanente debate que existe hasta el día de hoy respecto de la institucionalidad sanitaria nacional. Inicialmente, la discusión se daba entre quienes postulaban que era necesario implantar reglamentaciones obligatorias para mejorar las condiciones de higiene y de salud pública, y quienes se oponían a esto invocando el principio de libertad individual. Este debate tiene su equivalente en las dos posturas que existen respecto del tema de salud pública en la actualidad: si la salud de la población debería ser responsabilidad del Estado o si este tiene solamente un rol subsidiario. Una segunda hipótesis se refiere a que el nacimiento de la institucionalidad sanitaria, en la década de 1920, encuentra sus raíces en la "cuestión social" surgida en la década de 1880, cuando un movimiento popular organizado propone proyectos de transformación social, uno de cuyos

componentes centrales se refería al problema de la salud de la población.

La obra ha salido a la circulación en forma oportuna, en un momento en que las más importantes facultades de medicina del país, conscientes de la necesidad de formar profesionales íntegros, han incorporado a sus programas de pregrado fundamentos humanísticos de la profesión, que comprenden Ética, Antropología e Historia de la Medicina Universal y Chilena. Asimismo, tiene el mérito de presentar dos interesantes hipótesis, basadas en una amplia y extensa bibliografía, que incluye actas, boletines y diarios de sesiones del Congreso Nacional, mensajes presidenciales, leyes y decretos, Revista de la Beneficencia de 1917 y 1923, Boletín del Sindicato de Médicos entre los años 1925 y 1932, Boletín Médico de la Caja del Seguro Obrero de 1935 y 1936, Boletín de la Asociación Médica de Chile (AMECH) de 1933 a 1939, Revista Vida Médica entre 1954 y 1970, Revista Médica de Chile hasta 1993, Cuadernos Médico-Sociales entre 1962 y 2006, actas del H. Consejo Nacional de Salud, publicaciones de CIEPLAN y FLACSO, además de diversas fuentes inéditas, manuscritos, periódicos, revistas y publicaciones de Historia, Salud y Seguridad Social, tesis, memorias, estudios de reconocidos historiadores del ámbito nacional y publicaciones electrónicas, todo lo cual la hace extraordinariamente completa.

CRÓNICA

XI Jornada de Historia de la Medicina (2010)

Esta reunión de carácter anual se efectuó el 5 de noviembre de 2010 en el Auditorio de la Unidad del Patrimonio Cultural de la Salud del Ministerio de Salud de Chile, ubicado en dependencias del antiguo Hospital San José de Santiago.

La inauguración de la Jornada contó con la presencia de la Subsecretaria de Salud doctora Liliana Jadue, y del profesor Mateo Martinic, premio nacional de Historia del año 2000, quien dictó la conferencia

- EL GENOCIDIO INDÍGENA DE MAGALLANES, UNA TRAGEDIA SANITARIA

Acto seguido, el presidente de la Sociedad Chilena de Historia de la Medicina, Dr. Julio Cárdenas, hizo entrega al profesor Martinic del certificado de Socio Honorario de la Corporación.

El programa continuó con la presentación oral de los siguientes trabajos libres:

- 1.- EPÓNIMOS E HISTORIA. CUANDO EL CONJUNTO ES MÁS QUE LA SUMA DE LAS PARTES.
Dr. Luis Araya Cortez, Neurólogo.
- 2.- SANTIAGO RAMÓN Y CAJAL. PATÓLOGO GENERAL.
Dr. David Oddó B. Departamento de Anatomía Patológica. U. Católica de Chile. Instituto Nacional del Cáncer SSMN.
- 3.- LAS HERRAMIENTAS DEL *ECHISERO*: COMPOSICIÓN, EFECTOS Y USO DE DISPOSITIVOS MÁGICOS EN CASOS DE HECHICERÍA COLONIAL (CHILE, S. XVIII).
Eduardo Valenzuela A. (Tesis Magíster en Historia). Licenciado en Historia, UC Magister (C) en Historia, Universidad de Chile.
- 4.- MARTHA FREUD (1861-1951): VIVIENDO EL PSICOANÁLISIS PUERTAS ADENTRO.

Daniela García P. Médico Fisiatra, Instituto Teletón Santiago.

Cristián García B. Radiólogo Pediatra. Pontificia Universidad Católica de Chile.

- 5.- EL USO DE GASES EN LA PRIMERA GUERRA MUNDIAL (1914-1918); SUS EFECTOS Y FORMAS DEFENSIVAS EN ESE MOMENTO.

Dra. Olga A. Mutti. Centro Nacional de Intoxicaciones. Hospital Nacional "Prof. Alejandro Posadas", República Argentina.

- 6.- DE PASTOR METODISTA A CIRUJANO ORTOPEDISTA: SIR FREDERICK GRANT BANTING (1891-1941). LA SORPRENDENTE VIDA DEL DESCUBRIDOR DE LA INSULINA.

Sergio Zúñiga R. Jefe Sección Cirugía Pediátrica. División de Cirugía. Facultad de Medicina, P. Universidad Católica de Chile.

- 7.- FREDERIC BAZILLE (1841-1870): MÉDICO POR OBLIGACIÓN, ARTISTA DE CORAZÓN.

Cristián García B. Radiólogo Pediatra. Pontificia Universidad Católica de Chile.

- 8.- LA TRAVESÍA DESDE LAS AMPUTACIONES COMO PENA CORPORAL A LOS TRASPLANTES DE EXTREMIDAD.

Juan Pablo Espinoza G, Felipe Montellano V, Ricardo Espinoza G.

Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes.

- 9.- UN PIONERO OLVIDADO: DR. FRANCISCO JAVIER VILLANUEVA Y GODOY (1810-1890). EN EL BICENTENARIO DE SU NACIMIENTO.

Dr. Samuel Barros. Anestesiólogo. Hospital Clínico FUSAT, Rancagua.

- 10.- LUIS VALENTÍN FERRADA URZÚA. FUNDADOR DE LA MICOLOGÍA MÉDICA CHILENA.

- Dr. David Oddó B. Departamento de Anatomía Patológica. U. Católica de Chile. Instituto Nacional del Cáncer SSMN.
- 11.- EL ARTE-TERAPIA EN CHILE, UNA MIRADA HISTÓRICA Y SOCIAL.
Dennisse Brito Placencia
Enfermera Universitaria. Magister en Salud, L'École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHES), Paris, France.
- 12.- ANTECEDENTES SOBRE MORTALIDAD EN UNA COMUNA INDUSTRIAL: TOMÉ ENTRE 1935 Y 1940.
Prof. Andrés Medina Aravena, Dr. en Historia. Miembro correspondiente en Concepción, Academia Chilena de la Historia. U. Católica Sma. Concepción.
- 13.- ¿TRABAJADORAS O MADRES?: DISCURSOS MÉDICOS Y FEMINISTAS EN EL PROCESO DE MATERNALIZACIÓN DEL CUERPO DE LA OBRERA EN CHILE, 1900-1930.
Víctor Rocha Monsalve. Universidad Diego Portales.
- 14.- CONSIDERACIONES MÉDICAS SOBRE EL CONTROL NATAL PARA FINES EUGENÉSICOS. CHILE, 1930-1950.
Andrea del Campo Peirano. Licenciada en Historia de la P. Universidad Católica de Chile. Magister en Psicología Comunitaria de la Universidad de Chile. Docente Universidad Alberto Hurtado y Universidad de Chile.
- 15.- PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN CHILE, 1964-1973. CONTROL NATAL Y DECISIÓN.
Paula Arancibia. Licenciada en Historia, Universidad Alberto Hurtado, Santiago, Chile.
- 16.- HOSPITALES CHILENOS EN EL SIGLO XX. DISCUSIÓN Y OCULTAMIENTO.
Dr. Sergio Sánchez Bustos
Asesor Servicio Salud Metropolitano Occidente, Santiago de Chile. Profesor Agregado Escuela de Salud Pública. U de Chile.

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

En los Anales de Historia de la Medicina se publican trabajos sobre historia de la medicina y temas afines.

Los trabajos que cumplan con los requisitos formales serán sometidos a arbitraje por el Comité Editorial y por asesores ad hoc.

Los trabajos deben enviarse directamente por correo electrónico a: anales.historia.medicina@gmail.com. El trabajo debe ser escrito en formato papel tamaño carta (21,5 x 27,5 cm), dejando un margen de a lo menos 3 cm en los 4 bordes, y un espacio y medio entre líneas. Todas las páginas deben ser numeradas en el ángulo superior derecho, empezando por la página del título. Las figuras que muestren imágenes (retratos, fotografías, radiografías, histología) deben incluirse en archivo separado.

La revista recibe los siguientes tipos de artículos:

- Artículos originales de investigación, que no hayan sido previamente publicados en extenso.
- Documentos: transcripción de cartas, actas, conferencias, mapas o planos de interés histórico.
- Reseñas bibliográficas.
- Noticias de actualidad para la sección Crónica.

ARTÍCULOS ORIGINALES

Los artículos de investigación deben tener una extensión de 5 a 35 páginas en el formato indicado en el párrafo precedente.

Página de título. La primera página del manuscrito debe contener:

- 1) El título del trabajo, conciso pero informativo, sobre el contenido central de la publicación. Ej.: Introducción del método de Lister en Chile.
- 2) El o los autores, identificándose con su nombre de pila, apellido paterno e inicial del materno; al término de cada nombre de autor debe identificarse con número de "superíndice".
- 3) Nombre de la o las secciones, departamentos, servicios e instituciones a las que perteneció dicho autor durante la ejecución del trabajo.
- 4) Nombre y dirección del autor con quien

establecer correspondencia. Debe incluir la dirección de su correo electrónico. 5) Fuente de apoyo financiero, cuando corresponda.

Usando los números señalados con superíndice, especifique el título profesional, grado universitario o calidad de alumno del(de los) autor(es).

Cada una de las secciones siguientes debe iniciarse en nuevas páginas:

Resumen. La segunda página debe contener un resumen, de no más de 250 palabras, que describa los propósitos del estudio, los principales puntos del desarrollo del tema y las conclusiones más importantes.

Se recomienda a los autores que envíen su propia traducción del resumen al inglés, en página separada, con la respectiva traducción del título del trabajo. La Revista hará dicha traducción para quienes no estén en condiciones de proporcionarla.

Palabras clave: Al final del resumen deben escribirse entre tres y cinco palabras o expresiones clave que permitan la ulterior inclusión del artículo en índices de búsqueda.

Cuerpo del artículo. El artículo debe indicar al principio el o los objetivos del trabajo. Al final se indicará una breve conclusión relacionada con los objetivos planteados.

Referencias y notas. El artículo debe indicar las referencias, numeradas en el orden en que se mencionan por primera vez en el texto. Identifíquelas mediante numerales arábigos, colocados (entre paréntesis) al final de la frase o párrafo en que se las alude. Las referencias que sean citadas únicamente en las tablas o en las leyendas de las figuras deben numerarse en la secuencia que corresponda a la primera vez que se citen dichas tablas o figuras en el texto.

En la lista de referencias su formato debe ser el siguiente:

- a) Para artículos en revistas. Apellido e inicial del nombre del o de los autores, en altas y bajas. Mencione todos los autores cuando sean seis o menos; si son siete o

más, incluya los seis primeros y agregue "et al.". Limite la puntuación a comas que separen a los autores entre sí. Sigue el título completo del artículo, en su idioma original, en redondas, altas y bajas. Luego, el nombre de la revista en que apareció, abreviado según el estilo usado por el Index Medicus, año de publicación; volumen de la revista: página inicial y final del artículo. Ejemplo: Lev E, Ohry-Kossov K, Ohry A. Langerhans in the Middle East: more about the discoverer of the pancreatic islets. *Vesalius* 2003; 9:19-21.

- b) Para capítulos en libros. Ejemplo: Cruz-Coke R. Historia del Estado Benefactor Médico Social en Chile. En: Goic A, Cruz-Coke R, (eds.) *Quintas Jornadas de Historia de la Medicina*. Academia Chilena de Medicina, Instituto de Chile. Lom Editores. Santiago de Chile 2003.
- c) Para artículos en formato electrónico: citar autores, título del artículo, revista de origen si procede, tal como para su publicación en papel. Indicar a continuación el sitio electrónico donde se obtuvo la cita y la fecha en que se hizo la consulta.
Ej. Vesalius A. The nature, use and diversity of bone. En: *De humani corporis fabrica*. Disponible en: <http://vesalius.northwestern.edu/flash.html> (consultado el 7 de junio de 2005).

Referencias con notas. Las siguientes normas se aplican a trabajos en que alguna de las referencias incluya una nota, o que incluya notas sin referencia bibliográfica.

Cada referencia con nota debe tener una numeración diferente, aunque esté tomada de un artículo u obra ya citada. Cada nota no acompañada de referencia se numerará correlativamente entre las referencias. Las referencias con notas y las notas sin referencia se listarán también al final del artículo y no al pie de la página.

Ej.: 3. Becker H. K. "Coca Koller" Carl Koller's discovery of cocaine anesthesia. *Psychoanalyst Quart* 1963; 32: 309-373.

4. La cocaína no tiene efecto sobre la piel intacta.

5. Becker, óp. cit., pág. 283.

No se aceptarán trabajos con una lista bibliográfica final integrada por artículos o libros no referidos con numeración en el cuerpo del texto.

No se aceptarán trabajos con referencias o notas al pie de página, excepto los datos de los autores en la página de título.

Los autores son responsables de la exactitud de sus referencias.

Tablas. Presente cada tabla en página aparte, separando sus celdas con doble espacio (1,5 líneas). Numere las tablas en orden consecutivo y asígneles un título que explique su contenido sin necesidad de buscarlo en el texto del manuscrito (título de tabla). Sobre cada columna coloque un encabezamiento corto o abreviado. Separe con líneas horizontales solamente los encabezamientos de las columnas y los títulos generales. Las columnas de datos deben separarse por espacios y no por líneas verticales. Cuando se requieran notas aclaratorias, agréguelas al pie de la tabla. Use notas aclaratorias para todas las abreviaturas no estándares. Cite cada tabla en su orden consecutivo de mención en el texto del trabajo.

Figuras. Denomine "figura" a cualquier ilustración que no sea tabla (ejemplos: gráficos, retratos, radiografías, etc.). Los gráficos, dibujados o diseñados computacionalmente deben tener calidad profesional. Las letras, números, flechas o símbolos deben verse claros y nítidos y deben tener un tamaño suficiente como para seguir siendo legibles cuando la figura se reduzca de tamaño en la publicación. Sus títulos y leyendas no deben aparecer en la figura sino que se incluirán en hoja aparte, para ser compuestos por la imprenta. Los símbolos, flechas o letras empleados en las fotografías con detalles topográficos deben tener un tamaño y contraste suficientes para distinguirlos de su entorno. Cite cada figura en el texto en orden consecutivo.

Si una figura reproduce material ya publicado, indique su fuente de origen y adjunte en documento aparte copia del permiso escrito del autor y del editor original para reproducirla en su trabajo.

La publicación de figuras en colores debe ser consultada con la Revista; su costo es fijado

por los impresores y deberá ser financiado por los autores.

Leyendas para las figuras. Presente los títulos y leyendas de las figuras en una página separada. Identifique y explique todo símbolo, flecha, número o letra que haya empleado para señalar alguna parte de las ilustraciones.

DOCUMENTOS Y RECENSIONES

Los documentos deben limitarse a la extensión original, agregando hasta 2 páginas de antecedentes y comentarios. Las recensiones (de libros) pueden tener una extensión de hasta 6 páginas.

FORMALIZACIÓN DEL PROCESO DE PUBLICACIÓN DE UN ARTÍCULO

Una vez que el Comité Editorial haya comunicado la aceptación de un trabajo para ser publicado en los Anales, el autor responsable debe firmar una Declaración de Responsabilidad en los siguientes términos:

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Título del manuscrito:

- 1) Certifico que he contribuido directamente al contenido intelectual del manuscrito, a la búsqueda y análisis de sus datos, por lo cual me hago públicamente responsable de él.
- 2) El artículo aprobado por el Comité Editorial para su publicación en los Anales de Historia de la Medicina es inédito. No ha sido enviado a otra revista, ni lo será en el futuro.
- 3) Material gráfico. *Marque con un visto bueno la alternativa que corresponde, y marque con una X la alternativa que no corresponde:*
 - El trabajo no incluye material gráfico tomado de otras publicaciones.
 - El trabajo incluye material gráfico tomado de otras publicaciones. Adjunto copia de la autorización del poseedor de los derechos para reproducir el material en los Anales de Historia de la Medicina.

Nombre del autor:

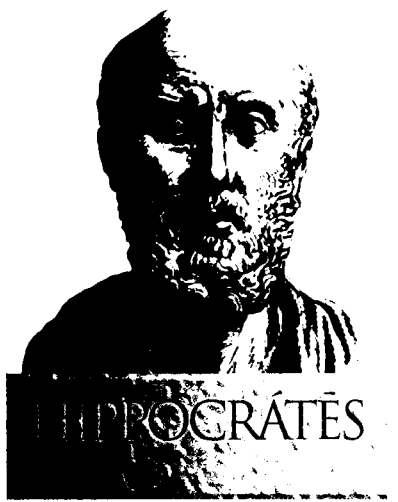
Firma del autor:

Teléfonos:

FAX:

Correo electrónico:

Fecha:



SOCIEDAD CHILENA DE HISTORIA DE LA MEDICINA
www.historiamedicina.cl