

CICLO DE CONVERSACIONES ANTROPOLOGÍAS DEL SUR: ANA MARÍA OYARCE PISANI

CLAUDIO ESPINOZA*, PAULA CONTRERAS** & LUIS CAMPOS***

Resumen

En esta sexta entrevista del ciclo de conversaciones *Antropologías del Sur*, cuyo fin es revisar y pensar formas no hegemónicas de la disciplina, se presenta la trayectoria académica, intelectual y profesional de Ana María Oyarce (Temuco, 1954) quien, tras un breve paso por la Universidad de Chile, desarrolló sus estudios de antropología en la Pontificia Universidad Católica de Temuco. La entrevistada nos relata sus últimos años de Educación Media, en pleno gobierno de la Unidad Popular, y cómo allí se gestaron los intereses que van a marcar su vida profesional: el trabajo cercano y colaborativo con las comunidades mapuche y el campo de la salud. Luego recorreremos su experiencia como estudiante de antropología en plena dictadura cívico-militar, sus primeros trabajos como profesional, sus estudios de posgrado y profundizamos en el área de trabajo de Ana María y donde ha realizado sus mayores aportes: la antropología médica. En esta línea revisamos sus aportes en antropología visual y su rol como formadora en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, su lugar de trabajo. A lo largo de la conversación pueden identificarse con claridad concepciones del quehacer antropológico, vinculadas al carácter político y social de la disciplina, así como su capacidad de mediación intercultural.

* Académico, Antropología, Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

** Académica, Antropología, Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

*** Académico, Antropología, Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

AdS: Muchas gracias Ana María por aceptar esta invitación. Quisiéramos comenzar esta conversación con tus inicios, con el lugar donde naciste, dónde estudiaste y cómo llegaste a la antropología.

Nací en Temuco y me formé durante la enseñanza básica en una escuela pública, después estuve en un colegio particular y luego en el Liceo. Como estudiante secundaria me tocó el periodo de la elección de Allende y trabajé como voluntaria en escuelas y comunidades, sobre todo en comunidades mapuche cercanas a Temuco. Y me quedé pensando, ahora cuando miré la pauta sobre cómo llegué a la antropología, que a lo mejor eso me influyó mucho más de lo que me doy cuenta, porque si pienso en eso, me veo, por ejemplo, yendo a la Posta, a inaugurar la Posta de Quepe con un equipo de salud, con el doctor Martín Cordero, que fue un doctor muy importante en la Araucanía, que inició todo el proceso de desinstitucionalizar a los pacientes del psiquiátrico a través de un proyecto muy revolucionario para su tiempo, muy innovador, que consistía en llevar a los enfermos psiquiátricos a una granja en Nueva Imperial y hacerlos producir en conjunto con los equipos de salud. Participé bastante en esos trabajos voluntarios que eran para la elección de Salvador Allende.

Y quiero decir de inmediato que para mí una de las figuras más importantes como salubrista es precisamente la figura del doctor Salvador Allende Gossens. Soy una profunda admiradora de como él, ya en 1930, cuando se recibió de médico, y buscó trabajo -tuvo muchas dificultades porque era un dirigente político y no le dieron trabajo tan fácil- se fue a hacer autopsias al Hospital Van Buren y, a través de 1500 autopsias, empieza a relacionar el cuerpo físico de

los trabajadores, de los indigentes, que era con quienes estaba haciendo las autopsias, con las condiciones de salud y con las condiciones de pobreza en que vivía el pueblo. Él es el padre de la medicina social, de lo que nosotros llamamos ahora Salud Colectiva, entonces también cuando yo miro estas personas, me doy cuenta de que entre los grandes maestros que uno tiene, la figura de Allende como salubrista es una figura que es muy importante, tanto en la formación, como en esto que se está hablando ahora de vincular el cuerpo físico, social y político o de las determinaciones sociales; Allende lo vio ya en 1930, o sea su pensamiento fue increíblemente pionero, y tengo la suerte de trabajar en una Escuela de Salud Pública que lleva el nombre del doctor Salvador Allende Gossens y, además, trabajo en un Programa que se llama Salud y Comunidad, recién denominado Salud Colectiva donde podemos construir mucho de esto, porque tengo colegas que son muy dialogantes y que de, alguna manera, están siempre reforzando este pensamiento del doctor Allende y de la medicina social.

Entonces, creo que siempre estuve vinculada a la salud, desde los trabajos voluntarios cuando era estudiante secundaria y, bueno, cuando salí del Liceo, que salí el año 1972, di la Prueba de Aptitud Académica y quedé en Antropología en la Universidad de Chile, aquí en Santiago, pero yo era provinciana y me vine a un pensionado que se llamaba Paulina Starr –en honor a la primera mujer dentista- que estaba en Avenida España, pero yo no conocía prácticamente a nadie. Y cuando entré a la universidad (1973), teníamos muy pocas clases, porque estaba muy tensionado por el momento político y todo era movilizaciones. Entonces los primeros cinco meses, viviendo en un pensionado, no tenía una red. Y la verdad es que no puedo

decir que estudié antropología en la Chile¹ porque asistí a muy pocas clases. Para el 4 de Septiembre me fui a Temuco y no quise volver. El 11 de Septiembre, afortunadamente para mi, estaba allá porque el pensionado donde yo estuve lo hicieron pedazos, lo allanaron. Ahí habían estudiantes que eran dirigentes del MIR, detenidas desaparecidas, entonces... por eso yo diría que casi que prácticamente no estudié en la Universidad de Chile, sino que ese mismo año 1973 entré a estudiar antropología en la Pontificia Universidad Católica de Temuco.

Ahí, unos dos años antes, se habían formado algunas Escuelas regionales vinculadas al CEREN y en Temuco se formó el CERER, Centro de Estudios de la Realidad Regional. Este grupo estaba liderado por Milan Stuchlik, que estaba haciendo su trabajo de campo en Chol Chol, en la comuna de Nueva Imperial. Y él junto a otros profesores, formó la carrera de antropología, que recibía 15 alumnos de secundaria y 15 profesionales que estuvieran trabajando en distintas reparticiones e instituciones del Estado. Y como me quedé en Temuco después del golpe de Estado, un amigo mío que es antropólogo, Luis Pradenas, me habló de ese Programa —que yo no conocía cuando postulé a la U. de Chile—, entonces fui a hablar con Stuchlik, que me dijo que era muy difícil que pudiera entrar porque tendría que haber hecho el primer semestre con el resto de los alumnos, pero me dio la posibilidad de preparar un examen con las materias ya cursadas; bueno, lo dí y me aceptaron, así fue como logré entrar en Octubre de 1973 a la carrera de antropología en la Universidad Católica de Temuco; carrera que rápidamente se vio diezmada como consecuencia del golpe de Estado, donde la mayor parte de los profesores tuvo que irse del país...también se fue Milan Stuchlik a fines de 1973.

AdS: Y un poco antes, en el momento en que decides estudiar Antropología, ¿recuerdas más o menos por qué elegiste antropología y no medicina o sociología, por ejemplo?

Entre las cosas que me interesaban, estaban los temas y procesos sociales, políticos y tratar de entender, por supuesto, a las personas y comunidades. Yo soy de la Araucanía, siempre conviví con la población mapuche y siempre tuve la noción de que habían personas que eran de “otros mundos” en la Araucanía. Me acuerdo que en el correo de Temuco, por ejemplo, había un enorme *rewe*², y era algo que me llamaba mucho la atención, ¿Qué es lo que era eso?, entonces yo tenía un interés también en entender, me imagino, las conductas, la cultura, y por eso entré a estudiar antropología.

Ads: Ana María y regresando a tu tiempo universitario, ¿cómo fue estudiar antropología en plena dictadura?, porque tú empiezas antropología unos meses con el Gobierno de Salvador Allende, pero después inmediatamente viene el golpe Militar, viene la Dictadura, la represión, cuéntenos un poco cómo fue esa experiencia.

Bueno, fue bastante compleja, porque muchos de los profesores tuvieron que irse inmediatamente, me acuerdo de unos sociólogos, que eran curas canadienses, quienes tuvieron que irse en septiembre porque los andaban buscando. El doctor Martín Cordero también tuvo que exiliarse porque estaba peligrando su vida. En Temuco hubo un movimiento de personas que estaba vinculado a lo que era la promoción de la salud y estas personas, con sus equipos, trabajaban con machis haciendo capacitaciones en salud rural con el Instituto

de Educación Rural (IER), y, claro, fueron acusados de tener una escuela de guerrilla; solo de ese grupo hay cinco médicos detenidos desaparecidos, entre ellos el doctor Henríquez, que era director del Hospital de Temuco, y varios otros trabajadores de salud. Entonces la represión fue terrible, fue realmente terrible con la gente que trabajaba en las comunidades mapuches y rurales. La Escuela de Antropología, por supuesto, sufrió esa misma devastación con sus profesores, se fueron profesores que eran noruegos y que habían venido interesados en el proceso chileno, Milan Stuchlik logró mantenerse solo hasta fines de ese año. Considero que no tuve suficiente tiempo con él para decir, por ejemplo, que fui formada por él, más bien, creo que otras colegas como Teresa Durán, Fresia Salinas, ellas sí; incluso la Tere después se fue a la Universidad de Belfast e hizo su doctorado allá con él. Por supuesto, tengo mucha influencia de Teresa Durán y de ese grupo de personas que fue formado por Stuchlik.

Y bueno, como muchos profesores se fueron, ¿qué sucedió en la Escuela de Antropología?, empezaron a traer profesores de Estados Unidos, por ejemplo llegaron Thomas y Margarita Melville, llegó Tom Dillehay, entre otros, y la Escuela se orientó hacia la etnolingüística, que es la mención que tengo. Otra rama se fue más por el lado de la Arqueología, pero, evidentemente, lo que era la antropología política o la antropología social que hacía Stuchlik, y donde habían otros excelentes profesores que también estaban en esa línea, se acabó, o sea fuimos una Escuela de Antropología que quedó prácticamente sin clases de Historia, sin Teoría Social y fuimos, de alguna manera, capacitándonos entre nosotros.

Así logró graduarse esta generación de la cual yo egresé, fue la única generación que logró terminar los cinco años, porque luego cerraron la Escuela en 1978. Algunos quedaron con la carrera hasta la mitad y se fueron a terminar a la Universidad Austral, en Valdivia.

AdS: Ana María y ¿tienes recuerdos de algunos autores que te hayan marcado, autores que desde la antropología o la etnolingüística, te hayan mostrado algún camino?

No me acuerdo tanto de autores, sí me acuerdo que en ese tiempo estaba muy en boga lo que era la etnometodología y, bueno, como nosotros estábamos de alguna manera en esta mención de etnolingüística, a mí me fascinaba todo lo que era la lingüística. Me acuerdo muy bien, por ejemplo, de la hipótesis Sapir-Whorf y todas las teorías de los cursos de lingüística moderna. Yo creo que eso me impresionó, me gustó mucho, y me dio también un sentido que conservo hasta hoy día: que vivir en un mundo cultural o vivir en una lengua, es ver el mundo de una determinada manera, de alguna manera esa hipótesis Sapir-Whorf o como se llame, revisitada como está ahora, me marcó profundamente, porque sigo creyendo y lo practico en salud, es decir, yo trabajo mucho con lo que son los “idiomas” de la enfermedad, los idiomas de la dolencia, y esa formación etnolingüística, de alguna manera, me ha servido mucho también para seguir haciendo este papel de traductor entre mundos culturales que hace el etnógrafo y que yo hago mucho en mi trabajo; en la intersección entre la antropología y la salud pública. Me siento y soy una especie de traductora de mundos culturales, desde el mundo de la biomedicina a los mundos indígenas por ejemplo, y

me siento como una especie de traductora del lenguaje, de idiomas, y de mundos culturales de referencia, por supuesto, en relación al bienestar, la salud, la enfermedad y la atención.

AdS: Ana María, ¿cómo fue ese proceso de comenzar a trabajar en el tema de antropología y medicina?, ¿cómo fue ese tránsito de la universidad y luego entrar a una Escuela de Salud Pública?

Bueno, la historia es muy circular. Lo que pasa es que cuando yo salí de la Universidad estaba todo ya en movimiento, había la necesidad de reorganizar las redes de las organizaciones indígenas que habían quedado totalmente cortadas por la dictadura. En ese tiempo se hacían muchas cosas al alero de la Iglesia, en la Casa de Ejercicio en Temuco, y en una jornada conocí a un abogado que se llama Daniel Rocco, que trabajaba en una institución que se llamaba Ayuda Cristiana Evangélica (ACE) y me invitó a trabajar con él, y ese fue mi primer trabajo. Cómo antropóloga nunca me he olvidado de esa experiencia porque me enseñó que hay que hacer lo que le sirva a la gente, que tenga sentido para la gente. El trabajo era ir con molino desarmable, móvil, molino de moler trigo para hacer harina, y yo acompañaba a don Moisés, que era el que manejaba el molino. Íbamos de comunidad en comunidad, hacíamos la lista de personas, organizábamos a la gente, la invitábamos a las reuniones, y la gente se tenía que organizar para darnos alojamiento, para darnos comida, y entonces nos movíamos con el molino de comunidad en comunidad moliéndole el trigo a la gente. Y esa fue una manera muy práctica, muy significativa, de empezar a organizar a la gente; por supuesto, ese abogado había ido

precisamente a la Araucanía con esa misión, y después fue uno de quienes apoyó la fundación de los Centros Culturales Mapuche, que posteriormente dio paso a Ad Mapu; entonces mi primer trabajo me mostró la importancia de hacer algo que le sirviera a la gente, ahí aprendí mucho con la *papai* Dominga Mariqueo de Roble Huacho donde me quedaba.

Después postulé al Magister en Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, motivada por Marcelo Reyes, un amigo salubrista. Ingresé apoyada por la ONG donde yo había trabajado, era el año 1978 y era algo muy extraño porque la mayor parte de los y las alumnas eran médicos o profesionales de salud.

Después de que terminé ese Magister, donde, por supuesto, hice mi tesis sobre las condiciones de vida de las comunidades indígenas -con una encuesta que yo misma construí y validé en terreno-, Teresa Durán me llamó para que me fuera a hacer cargo de una investigación sobre medicina mapuche en un proyecto de atención primaria que la Universidad Católica tenía en ese momento con el Servicio de Salud de la Araucanía; el Programa se llamaba PAESMI, Programa de Salud Materno Infantil, y era una ONG apoyada por el Gobierno Sueco.

Entonces volví a la Araucanía y empecé a trabajar en ese programa y a ir a terreno con el Servicio de Salud, en plena dictadura, lo que fue muy complicado y duró muy poco. Después seguí solo con la universidad y en uno de esos viajes pasé por Traiguén y conocí a Jaime Ibacache, que ya estaba en la salud comunitaria. Así empezamos a trabajar en esta complementariedad de sistemas médicos, con parteras en la posta, con *machis*, *lawentuchefe* en distintas comunidades.

Al mismo tiempo empecé a trabajar en la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina con Fernando Muñoz, salubrista de quien tuve mucho apoyo para seguir con mis estudios de posgrado. Y así me fui transformando, de alguna manera, en antropóloga salubrista.

AdS: Ana María una pregunta sobre el trabajo de antropología y salud con los pueblos indígenas. ¿Qué cambios has notado en la forma de trabajar con los pueblos indígenas desde esa época, digamos a fines de los '70 hasta ahora, cuando ha habido una serie de cambios en la relación entre antropólogas y antropólogos con los pueblos indígenas? ¿has podido distinguir algún tipo de modificación en la relación entre el antropólogo y los pueblos indígenas?

Por supuesto, ha habido enormes cambios, cuando estoy hablando del trabajo del PAESMI, estoy hablando de una primera monografía que sacamos que se llama *Conocimientos, creencias y prácticas sobre el ciclo vital en una comunidad mapuche*, que es la típica monografía donde una aprende también, porque yo no sabía nada de esto, entonces aprendí con mi *lamngen* Luisa Reiman y con la propia gente de Reñico Chico sobre los modelos de Salud / Enfermedad y Atención. Me pasé un año yendo y viniendo de esa comunidad y, al mismo tiempo, empecé a trabajar con Jaime Ibacache en otros proyectos de salud en Temulemu, con la partera Hermenegilda Huentelao. En general, no veo mucha diferencia en mi manera de

trabajar, porque siempre trabajé con la gente tratando de producir conocimiento que fuera dialogante con los programas de salud. Es decir, nunca trabajé aislada como para hacer una etnografía solo explicativa de una realidad, siempre produciendo conocimiento para que, de alguna manera, fuera aprovechado en algún programa de salud. Y esto fue así desde el principio, porque yo empecé trabajando en este programa de salud, PAESMI, y en mi manera de trabajar no veo mucho cambio, porque hago lo mismo ahora, sigo trabajando en Temulemu, en Temucuicui, en Pantano, Lumaco o sea sigo trabajando en el mismo sector de las comunidades de Araucanía Norte. Pero, por supuesto, ahora hay una relación muy diferente del antropólogo respecto a las comunidades, para empezar ahora me considero una antropóloga que está al servicio de la comunidad, de la organización y de lo que ellos quieran decir, contar y hacer. Y ese es un gran cambio conceptual y metodológico, pienso que se hizo evidente en ese estudio de las desigualdades territoriales, porque en ese trabajo con la Alianza Territorial Mapuche -ATM-, en Temucuicui, la verdad es que yo me puse al servicio de los dirigentes para hacer el diagnóstico que ellos querían hacer y en coautoría con ellos. Y eso es algo en lo que ya no se puede volver atrás, o sea cuando uno ya empieza a trabajar en coautoría y un poco al servicio de lo que las propias comunidades quieren decir para transformar la realidad y para impactar en los programas y las políticas de salud, ya no hay vuelta atrás en ese camino. Entonces lo he visto, lo he experimentado, aunque de alguna manera siempre trabajé así.

AdS: Respecto de lo mismo, en estos trabajos iniciales, cuando conoces a Jaime Ibacache y a otras personas de otras disciplinas, médicos fundamentalmente, ¿cómo sentías que se valoraba tu trabajo?, porque tú venías de un mundo diferente, la antropología, ¿cuál crees tú que era el aspecto que ellos valoraban de tu presencia?

Creo que siempre lo que se ha valorado es esa posibilidad de hacer de puente, de lo que, en el fondo, ahora se llama *facilitadores interculturales*, o sea yo creo que lo que valora el equipo médico y lo que valora también la comunidad, es que alguien pueda de alguna manera traducir en el más amplio, completo y también literal sentido los “mundos de significados diferentes”. Un poco lo que hace siempre el etnógrafo. En la etnografía, ya sea mono local o multi local, siempre el etnógrafo está traduciendo un mundo a otro mundo, está buscando el diálogo. Entonces de alguna manera yo creo que eso era lo valorado; ahora, eso se relaciona directamente con lo que iba a contar después, que es que cuando yo empiezo a trabajar en la Escuela de Medicina, necesitaba para tener este diálogo un sustrato de conocimientos, porque uno puede dialogar cuando tiene una base de sustrato y de conocimiento común, o sea tú no puedes dialogar si no tienes algún conocimiento compartido, entonces yo necesitaba una formación también en salud pública y en epidemiología. Y esa es una recomendación que le haría a todos los colegas que trabajan en salud: tienen que saber de salud pública, tienen que saber epidemiología convencional, tienen que pasar por la experiencia de, por así decirlo, ser “nativos” en la manera en que se enseña, se aprende y se ejerce la medicina; porque si no, no se logra el diálogo. O sea, por una parte, no eres validado por el resto de los

colegas, porque no hablas el mismo lenguaje y, por otro lado, simplemente no puedes hacer de traductor, porque no tienes las claves culturales de la medicina como otro etno-sistema más, ese es el punto.

Yo creo que lo más importante para un antropólogo médico, un antropólogo de la salud o antropólogo salubrista, es entender que la etnomedicina es otro sistema cultural más y hay que entenderlo en términos de las lógicas culturales que hay detrás.

Entonces ahí es cuando voy a estudiar en un programa bastante transdisciplinario que se llamaba *Health Social Sciences*, que es como Ciencias Sociales y Salud, pero que tiene de base a la epidemiología. Me fui a Australia donde estudié *Health Medical Sciences* y donde tuve la influencia de una antropóloga que trabajaba en Asia, que se llamaba Linda Connors y ella me habló de Mark Nichter, uno de los mejores antropólogos médicos y epidemiólogos a nivel mundial que trabajaba en la Universidad de Arizona.

Entonces cuando volví a Chile y volví a la Facultad de Medicina, empecé a hacer todo lo necesario para tratar de irme a estudiar con Mark, y finalmente lo logré, y ahí yo siento que se completó de alguna manera esa formación en la antropología médica, porque yo soy formada en antropología médica, no en antropología de la salud, parece una distinción semántica, pero es mucho más que eso, entonces ahí se concretó eso de antropología médica y de salubrista, porque también tuve mucha formación en epidemiología clínica, en bioestadística, entonces tengo, de alguna manera, los dos lenguajes incorporados.

AdS: Ana María ¿cuál sería esa distinción entre Antropología Médica y Antropología de la Salud?

Para mí la Antropología Médica se ubica desde el estudio de las dolencias y de las enfermedades y de cómo las distintas sociedades han respondido culturalmente a esos padecimientos que pueden ser muy distintos, desde una diabetes hasta un mal de ojo, pasando por un kalkutun o lo que sea. La antropología de la salud es una vertiente un poco más sociopolítica, que se ubica más bien desde teorías más estructurales, de comprensión de la economía política de la salud y que no necesariamente entra al mundo fenomenológico de salud-enfermedad- atención, sino que se posiciona más bien desde el mundo de las políticas de salud. Entonces hay diferencias, en mi caso, tuve mucha formación por ejemplo en etnomedicina, y aquí quiero nombrar también al más grande antropólogo médico latinoamericano, que ha sido mi maestro en todo: el profesor Eduardo Menéndez. Yo creo que es una figura indispensable de la antropología médica y de la antropología de la salud en América Latina y en todo el mundo de habla hispana. Es una persona que ha desarrollado teóricamente conceptos tan importantes como el concepto de “modelo médico hegemónico” o el concepto de “hecho social total” referido a salud. Por ejemplo el artículo que escribimos sobre la pandemia del Covid 19 como hecho social total y eso está absolutamente tomado del profesor Menéndez. El tema del enfoque relacional, que es importantísimo en salud pública y también el tema de la auto atención, la auto atención como el sistema primario en el cual los grupos desarrollan su bienestar y que también ahora en tiempo de la pandemia es importantísimo como medida de salud pública, que no es lo mismo que autocui-

dato. El Profesor Menéndez es un maestro y una persona maravillosa, consecuente, de hecho fuimos recibidos por el *lonko* Juan Pichun de Lof Temulemu en el 2018.

AdS: Ana María, y para seguir en este ámbito de la antropología y la medicina, la antropología y la salud, ¿cómo ves tú el desarrollo de esta área en Chile?

Mira, yo creo que el mundo de la antropología de la salud y la antropología médica es la subdisciplina de la antropología que más crece, eso es impresionante, por ejemplo en Estados Unidos la Asociación de Antropólogos Médicos es la que cuenta con la mayor cantidad de miembros, la que más crece, la que hace más congresos, etc. Creo que en Chile se ha ido produciendo lentamente un espacio donde están también los antropólogos que están trabajando en sistemas de salud, en municipalidades, en departamentos de salud y son, a esos colegas, a quienes creo que, de alguna manera, hay que apoyar porque pienso que la formación del recurso humano es fundamental en esta mirada de la antropología médica y la antropología de la salud. Lamentablemente no nos ha ido tan bien en la universidad para sostener un programa más sistemático, hemos hecho varios diplomados en antropología médica, con profesores muy importantes, entre ellos Ángel Martínez Hernáez, que es la figura más grande en estos momentos en antropología médica de habla hispana en Europa, pero de alguna manera nos falta tener más formación sistemática en antropología de la salud y antropología médica, ojalá pudiéramos concretar algo en la Universidad de Chile, entre la Facultad de Ciencias Sociales y la Facultad de Medicina para hacer algo más sistemático,

más riguroso, porque se necesita, se requiere muchísimo una formación más sistemática en este papel que tienen los antropólogos en salud hoy en día, y donde hay mucho trabajo además, es un campo de trabajo muy importante.

AdS: Hay en la historia de la antropología chilena un personaje clave, don Carlos Munizaga, que desde el inicio estuvo entre ambos mundos, en la antropología y en la medicina, y que tuvo trabajos muy importantes en la materia. Llama la atención que existiendo esta relación tan temprana entre ambas disciplinas haya costado mucho tiempo para que se pudiera desarrollar esta línea de trabajo en la antropología hecha en Chile.

Él hizo trabajos bien importantes, pero no lo conocí, ni nunca conversé con él. La explicación es simple, pues cuando me volví a Temuco prácticamente no vine a Santiago, creo que a la Escuela de Antropología de la Universidad de Chile he ido muy pocas veces. Si bien estoy establecida en Santiago hace 16 años, parte de mi vida profesional la hago en Araucanía Norte, entonces estoy siempre yendo y viniendo, y la verdad es que no he tenido mucho contacto con los colegas de Santiago, conozco a muy pocos colegas y tengo muy poco vínculo con la Escuela de Antropología, porque el trabajo en la Facultad de Medicina es muy absorbente y es como un mundo aparte de las otras facultades.

AdS: Ana María, cambiando un poco el tema, nos gustaría saber cómo fue tu acercamiento y trabajo en el campo de la antropología visual, donde tienes algunos trabajos, también vinculados a la antropología médica.

Claro, lo que pasa es que cuando empecé haciendo clases en la Escuela de Medicina y cuando me incorporé al Departamento de Salud Pública, yo hacía clases con alumnos de medicina en la UFRO y con alumnos de antropología en la Universidad Católica, que están a tres cuadras una de la otra. Y cuando trataba de explicarle a los alumnos de medicina sobre la medicina mapuche, el sistema médico mapuche, el sistema de creencias, la asunción en que se basaba el modelo médico mapuche, era imposible, entonces como yo iba mucho a terreno, un día llegué donde la machi Carmen Curín (ya fallecida), en Loncoyan Grande cerca de Lumaco, y tenía hospitalizado en su casa a un enfermo, le pregunté si ella me dejaría que filmara a ese enfermo, estamos hablando del año 1986, ella no me contestó nada, pero en el próximo viaje, porque yo la iba a ver cada semana o cada quince días, ella me dijo: “le vamos a hacer un *machitún* doble en dos semanas más, y me dijeron sí, que podía venir usted”.

No entendí muy bien que me estaba diciendo, pero lo que había pasado es que ella le había consultado a sus *Pu lonko*, sus espíritus y, bueno, ellos dijeron que podría grabar la ceremonia. Pienso que con el profundo conocimiento que tienen de las personas, seguramente la machi se dio cuenta que andaba tratando de comprender la medicina mapuche para poder explicarla mejor a los equipos de salud ..., yo siempre le dije eso, que quería entender porque hago clases en la universidad, estaba formando a los futuros médicos y ...me dejó grabar el *machitún*.

El tema es que yo no tenía nada para grabar un *machitún*, entonces me tuve que conseguir

todo, cámaras para filmar cumpleaños, bueno, no importa, la cosa es que finalmente salió esa grabación, y ese es el video *Vida entre dos mundos*, que a lo mejor alguno de ustedes lo ha visto. Es un video que narra un caso, que es un caso real, una persona que es vista por la biomedicina, lo internan en psiquiatría, sin ningún resultado; y después lo ve la machi y le hace esa ceremonia. Con mi compañero Ernesto González, documentalista y músico, hicimos ese video reconstruyendo el caso..., así llegué a la antropología visual, no dijéramos que lo tenía pensado, que era un objetivo; llegué por la necesidad de contar una historia que yo no podía contar.

Y después de ese video hicimos otro, que fue el primer video que se hizo en dos versiones: una en mapudungun y una en español, que se llama *Mapuche Elngeain, el llamado de la tierra*. Aquí debo reconocer a mis maestros mapuche, que son don Melillan Painemal y don Eusebio Painemal, dirigentes y lonko de las grandes movilizaciones mapuche organizadas por los Centros Culturales Mapuche - después, Ad Mapu- que fue la primera organización mapuche en dictadura.

Mientras trabajada en la UFRO³, leí un artículo de Carolina Manque que se llamaba *La responsabilidad de ser mapuche*, y ahí surgió la idea de hacer el video. En el fondo, el video es una larga historia de vida que hicimos durante un año, nos estuvimos juntando todos los sábados y yo la fui grabando y, finalmente, el resultado es su historia de vida, de cómo ella se dio cuenta que era mapuche, de cómo lo asumió, recuperó su identidad étnica y se transformó en dirigente. Y ese es el segundo video que hicimos.

Después, cuando trabajamos en la Facultad de Medicina, también hicimos un video, siempre

basado en casos reales, porque el caso es la herramienta metodológica más importante para reflejar, sintetizar y cristalizar una realidad con sus dimensiones socioculturales. Ese video se llamó *La cercana lejanía de Margarita Huaiquilao*, y es sobre una mortalidad materna que sucede a 5 kilómetros del hospital, pero son 5 kilómetros separados por el río y por 500 años de colonización.

Luego de eso dejé de hacer videos porque de alguna manera he priorizado la formación de recurso humano en salud, creo que desde la perspectiva de la interculturalidad crítica, basada también en la pedagogía del oprimido de Paulo Freire, y con todo este tema de la formación en pro del cambio social, hay que relativizar y decolonizar el poder, el saber, el hacer, el ser en los equipos de salud, y eso se logra solamente trabajando con una formación sistemática basada en estudios de caso, deconstruyendo las categorías que la biomedicina asume que son universales, como persona, tiempo, lugar, cuerpo, enfermedad, etc. y considerando la biomedicina no solo como el modelo médico hegemónico, como lo dice el doctor Menéndez, sino además como un etno sistema médico; y eso es muy difícil de lograr, y en eso se me va toda la energía, en la capacitación y el trabajo de terreno en Araucanía Norte.

AdS: ¿Y tus capacitaciones hoy en día a quién se las estás haciendo, a la gente de consultorios, de hospitales, dónde estás trabajando?

Trabajo en un nivel muy amplio, hago bastantes cursos internacionales, trabajo también en el Magíster de Salud Pública de la Escuela de Salud Pública, en el Magíster de Salud Mental,

y hago mucha capacitación en Araucanía Norte a los Cefam, a los facilitadores interculturales, a los dirigentes, y también estamos ahora en una línea de capacitación sobre trauma social para toda la red del PRAIS, del Programa para la Reparación y Acción en Salud, y esa es una gran línea de trabajo porque si realmente queremos decolonizar el poder, el saber, el ser, el hacer, la formación es fundamental.

AdS: Y en ese sentido, cómo has visto tú estos cambios que ha habido con las políticas indígenas, y especialmente con las políticas de salud, porque acá pasamos de un momento, que tú alcanzaste a ver, en el gobierno de Allende, donde hubo algo distinto en relación con los pueblos indígenas, luego de eso viene la dictadura, donde hay una negación absoluta, después de eso viene un poco del despertar de este reconocimiento, con lo que podríamos llamar el multiculturalismo más de corte anglosajón, con una mirada a veces folclorizante y dentro de lo cual el reconocimiento de la salud de los pueblos indígenas no fue algo tan complicado, de hecho entre los primeros programas que hay en Chile de reconocimiento, está el programa de salud y luego viene el PESPI, para pasar, finalmente, a lo que tú llamas la interculturalidad crítica, que ya viene siendo algo que articula una nueva perspectiva con mucho más involucramiento. Entonces, ¿cómo has visto este tránsito en términos de lo que es esta antropología médica que tú trabajas y el impacto que ha tenido en los pueblos?

Bueno ese es un buen resumen, porque la verdad que cuando nosotros empezamos, estoy hablando del año 1986 en la Araucanía,

que empezó simultáneamente en el Hospital de Galvarino y en el Hospital de Temuco, se inició por la necesidad de dialogar entre el equipo de salud y lo que pasaba en la comunidad mapuche, por ejemplo, me acuerdo en la UCI del Hospital de Temuco del tema de los tratamientos con anticoagulantes, o sea los pacientes mapuche se iban con su tratamiento y cuando regresaban, volvían gravísimos o ya fallecidos, entonces había necesidad de una comunicación con sentido hacia ambos lados. Por eso creo que el etnógrafo, el antropólogo de salud, el antropólogo médico, es un traductor de mundos culturales, de mundos culturales y de idiomas locales de sufrimiento, de enfermedad, de daño y también de resiliencia y cosas positivas por supuesto.

Y entonces cuando nacen estos primeros gérmenes en la Araucanía -ya se había acabado la dictadura-, empezamos a trabajar con la Cooperación Italiana y tuvimos un programa muy bueno de atención primaria, de hecho, de ahí salió el libro *Medicina y Cultura en la Araucanía*, de Editorial Sudamericana, que recoge un poco esa experiencia. Y ahí hicimos mucha formación, y siempre nos reímos con Patricio Mesa, que es el actual director del Colegio Médico, porque él fue de los primeros alumnos de ese curso, cuando él era médico general en Puerto Saavedra. Entonces creo que de alguna manera ahí se fue creando un cimiento que, por supuesto, después se expandió a todos los servicios de salud del país y que es la base del PESPI⁴, sin embargo yo soy bastante crítica de cómo se han implementado estas políticas de salud, porque siempre se han basado en una interculturalidad más bien funcional y relacional, pero nunca han puesto en el centro del problema la diferencia colonial, o sea el tema del por qué de la situación actual

de los pueblos indígenas. Muchos de esos programas de salud y pueblos indígenas hacen mucho énfasis, y esto lo dice muy bien Guillermo Boccara, en la diferencia cultural: en lo que tenemos de diferente los occidentales respecto de los indígenas, pero no ponen el énfasis en la diferencia colonial, que es la que explica las condiciones objetivas de subordinación, de pobreza, de sobre-mortalidad, que tienen los pueblos indígenas en toda América Latina, no estamos hablando solamente de Chile.

Y esa es otra gran línea de trabajo: producir información epidemiológica que haga evidente las condiciones de vida de los pueblos indígenas. Está toda la colección, por ejemplo, de diagnósticos epidemiológicos de pueblos indígenas, que la hicimos con la colega Malva Pedrero para el Ministerio de Salud, está toda la colección que sacamos con la CEPAL de condiciones de vida de salud materno infantil de pueblos indígenas, de mortalidad de pueblos indígenas en América Latina. Es decir, una parte importante del antropólogo salubrista, médico, de la salud, es producir conocimiento para entendernos en el diálogo con la biomedicina, evidencias “objetivas” de las condiciones de vida, complementadas con etnografías situadas.

Por eso soy un poco crítica de cómo se han implementado los programas de salud y pueblos indígenas, porque se han quedado en la diferencia cultural, se ha hecho énfasis en la diferencia cultural y se ha tendido muy poco a la transformación de la diferencia colonial. Se ha tendido muy poco a una transformación verdaderamente profunda. Por ejemplo, en el caso del Covid-19, todas las iniciativas se van en hacer una especie de traducción desde la biomedicina hacia las medicinas indígenas, de llevar el mensaje de alguna manera con “perti-

nencia cultural”, pero la verdad es que nadie se ha puesto a pensar que la pandemia es un espejo de la situación colonial, o sea ¿por qué afecta más a los pueblos indígenas? Acaba de salir un estudio de la CEPAL donde se ve que hay mayor mortalidad por la pandemia en pueblos indígenas y que se debe a la pobreza, la marginalidad, la falta de agua, la poca relevancia y falta de significado que tienen los mensajes que vienen desde la biomedicina. Entonces, es cierto, se ha avanzado mucho, ha habido muchos programas, pero al institucionalizar los programas de salud y pueblos indígenas, también de alguna manera se ha folklorizado. Y con esto quiero cerrar la idea de que en el escenario que estamos ahora, con un cambio constitucional, con la formulación de una convención constitucional que dé el lugar a una ciudadanía plurinacional, que dé el lugar a un derecho en salud ampliado, diverso, con ciudadanías que son en este momento negadas por el sistema, hay que tomarse muy en serio esto de la interculturalidad y cómo vamos a construir un país donde se escuche a los territorios, porque no se trata de tener un sistema de salud único e igual para todos, esto hay que pensarlo muy bien, cómo se va a dialogar en los territorios, porque los territorios al mismo tiempo tienen que ser autónomos, y si somos un país que quiere ser plurinacional, cómo va a ser ese diálogo.

Entonces ahí yo creo que el Programa de Salud y Pueblos Indígenas se quedó estancado, se quedó en un discurso institucionalizado y se burocrató. Esa es mi crítica al programa, se burocrató absolutamente, y no solo eso, sino que además está reproduciendo hegemonías que de alguna manera van en contra de la transformación estructural. No todo, por ejemplo en Araucanía Norte yo veo un camino de mucho

control territorial, de mucha autonomía y de mucha posibilidad de, realmente, hacer y construir salud intercultural, pero eso es mérito de las organizaciones y comunidades. Ahora, por supuesto que hay que relativizar lo que yo digo porque yo estoy hablando de lo que conozco y, evidentemente, no conozco todos los programas de salud y pueblos indígenas que hay en Chile.

AdS: Ana María y esta política en Salud que derivó en el PESPI, y que efectivamente se aplica en todo el país, en todos los municipios, ¿tú ves que estos problemas de no ir al fondo de la cuestión, se reprodujeron en todos los gobiernos de los últimos 30 años o hubo matices?, es decir ¿el Estado actuó igual o dependió del gobierno de turno?

Yo creo que en el tiempo de los gobiernos de la Concertación, como no cambió el modelo neoliberal, sino que más bien se acentuó, las brechas se siguieron produciendo y de alguna manera el Programa de Salud y Pueblos Indígenas se burocratizó. Precisamente porque, yo estoy hablando de la Araucanía principalmente, un ejemplo de eso para mí es la militarización de la Araucanía que se produjo en tiempo de la Concertación y donde las organizaciones indígenas claramente se alejaron del gobierno, porque se dieron cuenta que no se iba al fondo del problema, ¿cuál es el fondo del problema?, el fondo del problema es el modelo neoliberal y la expansión de las forestales que son parte del mismo proceso que están asfixiando a las comunidades indígenas. Las comunidades indígenas no tienen agua, qué mensaje de protección contra la pandemia del Covid puedes hacer tú relevante en comunidades donde no

hay agua. Mira, yo antes de ayer hablaba con el facilitador del Cesfam Los Sauces, en Los Sauces, donde todo el año los camiones aljibes están llevando 500 litros de agua cada 15 días a las familias, las familias no tienen agua; ¿cómo van a enfrentar una pandemia donde lo fundamental es lavarse las manos? O sea, ese es el tema de fondo, se ha perdido el foco de lo que deberían ser los programas de salud y pueblos indígenas, donde, evidentemente, que la primera lucha, el primer derecho humano es el derecho al agua. La Organización Mundial de la Salud ha comprobado que con 8 litros de agua diarios por persona apenas se subsiste, y ninguna comunidad indígena las tiene. O sea, si les van a dejar 500 litros cada 15 días, no tienen agua para la subsistencia, menos para tener animalitos, ni para tener huerta, entonces a eso voy, que no le ponen el énfasis a las cosas realmente trascendentales. Y entonces se criminaliza la demanda mapuche, como que fuera una demanda, por así decirlo, terrorista, y no una lucha social de un pueblo por recuperar el agua, por recuperar la tierra, por recuperar la sobrevivencia.

Estamos hablando de indicadores duros, indicadores objetivos, ¡la gente no tiene agua! ¿Si la gente no tiene agua, cómo vamos a enfrentar la pandemia del Covid-19?, ¿qué cosa relevante podemos hacer si no hay agua? Entonces a eso voy, que se pierden muchos esfuerzos en poner la diferencia en lo cultural, en lo que tenemos de distinto, “es que los mapuche tienen un sistema medicinal simbólico”, cosa que estoy totalmente en desacuerdo, porque la medicina mapuche es relacional, es social, lo que hace la machi es que moviliza la red de relaciones en torno al enfermo; claro, las moviliza dentro de una performance, podríamos decir, que a luces de nosotros, los que no estamos en esa cultura

nos parece simbólica, esotérica, mágica, folclórica, pero lo que hace la machi es manejar las relaciones sociales, hace, por decirlo en palabras simples, psicología integrativa, eso es lo que hace; hace movimientos, vaya para allá, haga esto, váyase un tiempo para allá, tome estas hierbas, no se junte con este, vaya donde las personas que más lo quieren. La machi moviliza las relaciones. Entonces no hay una comprensión también de lo verdaderamente importante para el trabajo en salud intercultural, se quedan en la diferencia cultural, y eso es algo que de alguna manera hay que trascender si queremos realmente cambios profundos, hay que trascender esa diferencia, hay que dejar de poner el énfasis en lo que tenemos de distintos, para ver que son medicinas absolutamente socio-psico-biológicas, totalmente relacionales. Eso.

Les quería mostrar un libro, ¿no sé si lo conocen este libro? Este libro se llama *Repensar la salud mental colectiva: diálogos, saberes y encrucijadas* y los editores Ángel Martínez Hernández, Eduardo Menéndez, Carlos Madariaga y Ana María Oyarce. Es un libro que salió hace 3 meses atrás y en el cual logramos, logramos porque realmente para mí es un honor, que en el Comité Editorial y en los artículos, en la mayor parte de los artículos, estén el doctor Menéndez, Ángel Martínez y otros colegas que también están trabajando en salud intercultural. Así que se los recomiendo porque creo que este libro habla de la salud colectiva como la nueva manera que tenemos de entender también que lo intercultural no es sólo con los pueblos indígenas, sino como una nueva manera de entender los procesos sociales, políticos que hay detrás de todo lo que es salud y enfermedad.

AdS: Un comentario Ana María: tú preguntabas al inicio sobre el por qué te queríamos entrevistar, y sentimos que has hecho un aporte gigante con todo lo que nos has contado, con las reflexiones que has hecho ahora en torno a la antropología médica, de la salud, y una visión de la antropología que no es muy conocida, y que es fundamental que se conozca, porque la antropología no solo está situada en esta relación con la academia, sino que también hay una antropología aplicada, en la cual se toman todos estos conocimientos y se usan a favor de las comunidades. Creemos que es fundamental que se sepa todo lo que tú has hecho durante todos estos años.

Bueno yo creo que hay muchos colegas que están en la misma línea, en la misma Chile⁵ hay un núcleo de antropología y salud donde está Andrea Álvarez, María Sol Anigstein, Marisol Ruiz, que ahora está en la Austral⁶, o sea, hay muchos colegas trabajando en salud, Malva Pedrero, Vivian Gavilan en el Norte; en el sur hay muchos colegas que han estudiado fuera y han vuelto, que tienen excelente formación, como Alejandra Carreño, por ejemplo. Hay una red de antropología y salud muy importante, donde está Michelle Sadler, Alejandra Obach..., hay gente haciendo muchos aportes, y creo que eso es importante sobre todo para la gente que está estudiando antropología, ver esta línea de trabajo con todas las potencialidades que tiene. Y es una línea de trabajo de por sí aplicada, implicada y también profundamente reflexiva.

AdS: Ana María no podemos dejar de preguntarte por el libro *Desigualdades territoriales y exclusión social del pueblo*

mapuche en Chile, que aborda el caso de la comuna de Ercilla en el sur del país, pedirte que nos cuentes más detalles de este libro, porque además de una rigurosidad impecable, tiene este componente de la coautoría con la Alianza Territorial Mapuche. Entonces cuando uno piensa en la pregunta respecto de los desafíos de la antropología hoy en día, tal vez una buena parte de esa pregunta se responda con lo que se hizo en este libro.

Cuando trabaja en el CELADE, Centro Latinoamericano de Demografía (CEPAL N.U.), produciendo información para hacer objetiva la situación de vida de los pueblos indígenas de América Latina y el Caribe, la Alianza Territorial Mapuche ATM ocupó la CEPAL y entre sus demandas, por supuesto, pedían la desmilitarización de la Araucanía y no más allanamientos en Temuicui; entre las negociaciones que se hicieron surgió la idea de hacer un diagnóstico de la situación de esa comunidad. Si bien, el terreno lo hice principalmente con Mijail Carbone y Miguel Melin en un período de más o menos dos años, el trabajo en su conjunto lo hicimos también con Malva Pedrero –que estaba en Arica-. Viajaba a la Araucanía, recorría la comunidad siempre acompañada del *lonko* y los *lamngen* de la comunidad, después me iba a Temuco e investigaba en las fuentes oficiales de datos. Me gustaría decir tres cosas de ese trabajo: primero que es un diagnóstico totalmente consensuado con ellos, donde el antropólogo está para construir y elaborar lo que la comunidad quiera, la segunda es que los datos “objetivos” vienen de fuentes oficiales de las Instituciones del Estado: INE, CONADI, Fondef, Dirección de Aguas, y como teníamos el apoyo de la CEPAL todas las instituciones tuvieron que darnos la información, informa-

ción que es pública por lo demás. Respecto al agua, construimos un indicador a partir del registro del camión aljibe que va a dejar agua a las comunidades, todos los demás datos son datos oficiales del gobierno. Lo tercero, es que con Malva logramos reconstruir, a partir de los mapas de los Títulos de Merced, la distribución espacial de las comunidades y aplicar los indicadores en esas unidades territoriales, logrando configurar indicadores con sentido. Esa es una de las grandes fortalezas que tiene ese estudio. Si bien es una metodología difícil de hacer, en teoría cualquiera la podría hacer porque está bien explicada en el libro. Un cuarto elemento es que también logramos reconstruir la cantidad de acusaciones o imputaciones de los comuneros presos por causas asociadas al conflicto con el estado, 80% de los cuales sales libre a los 6 meses sin ninguna prueba, y esos son datos de la fiscalía, son todos datos oficiales. Finalmente, otra cosa que ese libro tiene, es que la coautoría significa recoger también el punto de vista de los autores mapuche. Todo ese primer capítulo que escribió la Alianza Territorial sobre las razones de la resistencia en Temuicui a partir de los descendientes del *lonko* Quilapan, explicando que por ahí entró la línea de ocupación de la Araucanía. Es importante también que esa parte se sepa, que no sea solamente contar con las estadísticas oficiales, sino también con la visión oficial de la comunidad de Temuicui en este caso y de la Alianza Territorial. Entonces yo creo que ese es un trabajo bastante bien hecho, porque fuimos siempre supervisados por el *lonko* Juan Catrillanca... quiero aquí agradecerle porque aprendí muchísimo de él, es una persona con una sabiduría impresionante.

Fue, además, un trabajo muy importante para nosotros como salubristas, porque nosotros siempre usamos la comuna de Ercilla como un estudio de caso de salud pública. A la comuna de Ercilla de alguna manera la desestigmatizamos, cambiamos el foco de la zona roja, o el mal llamado “conflicto mapuche”, para presentarlo como un problema de salud pública, porque todos los indicadores que aparecen ahí son de salud pública, son los problemas de un pueblo por reproducirse sin agua, sin tierra, con pobreza, con mayor mortalidad, sin red de atención primaria suficiente, etc., etc. y con una enorme violencia política. Entonces yo creo que esa línea de producir conocimiento, pero producir conocimiento para decolonizar el saber-poder, es super importante, es muy importante. Yo agradezco la posibilidad de haber estudiado epidemiología y tener esa rigurosidad también, por así decirlo “estadística” para producir información, porque las dos son necesarias: la información epidemiológica, objetiva, con datos duros, y, por supuesto, la información etnográfica, antropológica, con las vivencias de los fenómenos, son fundamentales las dos.

AdS: Todo ese periodo fue muy complicado, hubo huelgas de hambre, presos, hubo intervención de la iglesia, estuvo todo muy complicado.

Sí, es que son parte del mismo conflicto, por eso digo, si no hay cambios estructurales ese conflicto no puede resolverse, y si pones el énfasis en la diferencia cultural, estás de alguna manera alienando el conflicto, estás alienando la verdadera razón que hay detrás, porque la gente está tratando de recuperar sus tierras y su agua.

AdS: Ana María, y cambiando un poco el tema, yendo al tema del Covid, nosotros hemos hecho un estudio desde el CIIR, y pudimos ver varias cuestiones interesantes, por ejemplo, posibilidades de autogestión, cerrando las fronteras comunales o comunitarias unilateralmente, sin la autorización del Estado, que se vio mucho en lugares como Rapa Nui, en otros lugares aceleraron el proceso de vacunación, etc. Entonces quisiéramos saber si te tocó ver aspectos como estos u otros en los lugares donde trabajas.

Sí, este tema es muy importante. Antes de ayer hablé con Juan Pakomio, que es el Director del Hospital Hanga Roa, y ellos están todavía en *tapu*, y van a estar hasta lo que sea, pues la única manera que ellos saben de controlar la pandemia es que no entre y salga nadie, y tendremos que estar el tiempo que tengamos que estar, porque aquí entra uno y el hospital no va a dar abasto, o sea ellos tienen la red de salud en el Hospital Hanga Roa, desde la urgencia, el nivel primario, hasta el terciario. Ellos saben que no pueden afrontar una pandemia, entonces *tapu*, autodefensa, ... con todos los sacrificios que significan para ellos, por ejemplo que la gente no pueda venir al continente, ni pueda ir la gente de aquí para allá, es muy duro, pero ellos están dispuestos a hacerlo, esa es una autonomía importante.

Lo que yo he visto muy interesante en Araucanía Norte es el trabajo que están haciendo algunos CESFAM⁷ con los facilitadores interculturales, donde ahí realmente se ha logrado hacer esto que nosotros llamamos, una atención del proceso salud/enfermedad/atención o curación con pertinencia intercultural, que es mucho más de lo que habla el Ministerio

de Salud sobre las atenciones con pertinencia intercultural. En el fondo ¿qué han hecho los facilitadores?, por ejemplo, en los Sauces, el facilitador ha ido acompañando al equipo que va a hacer la visita después de la atención médica. Los Sauces es una comuna que ha tenido una gran pérdida por la pandemia del Covid porque es una comuna muy pobre, donde no hay agua, allí hubo varios brotes y fallecidos, ¿qué pasó? Como no tienen tierra ni tienen agua, la gente viene a trabajar de temporeros a la zona central, cuando vino la pandemia se quedaron sin trabajo y se volvieron a la comunidad, y allá llevaron el contagio, hubo brotes muy importantes en Caracoles, que es una parte muy devastada de la comuna y, también, parte de esa comunidad es relocalizada en un fundo donde también hubo un brote.

Entonces los facilitadores acompañan al equipo, primero hacen todo el saludo, el manejo en mapudungun, explican qué son y por qué se usan los equipos de protección personal, hacen todo el acompañamiento, hablan de que esta es una enfermedad, un *kutran* que viene de afuera, y revitalizan en la memoria histórica las epidemias que asolaron la Araucanía. Hay que pensar que lo que verdaderamente colapsó demográficamente a los pueblos indígenas fueron las enfermedades, no la guerra de conquista; o sea lo que produjo el colapso demográfico fue lo que se llama la “invasión mórbida” y la gente se acuerda, la gente tiene en su memoria ese recuerdo. Entonces el facilitador en el fondo usa todos esos elementos que son de la cultura, pero en un diálogo con sentido, no es decirle: lávese las manos o póngase la mascarilla en mapudungun, no, es comprender desde la visión mapuche por qué se producen estas enfermedades y por qué los mapuche de

alguna manera son más susceptibles; porque no hay agua, porque hay pobreza, porque ya tienen la experiencia de que las pandemias mataron mucha gente, y entonces ellos hacen mucho *Ngulam*, que es el consejo, es la herramienta, piensen que las medicinas indígenas son orales, o sea el *Ngulam* es la terapia, todo eso y además van a visitar regularmente a esas familias.

En otro CESFAM, en el de Lumaco, el facilitador lo que hizo fue tener una reunión con el *lonko* de la comunidad y con él conversar de todo el daño al *itrofill mongen*, al ecosistema, la falta de agua, la falta de bosque y, a la par de a la falta de agua, y del daño del *itrofill mogen*, también habla de la debilidad que tienen las personas mapuches ahora frente a las pandemias que vienen de afuera, por eso la necesidad de protegerse, cerrarse, pero al mismo tiempo de recibir mascarilla, de vacunarse, de protegerse. En el fondo de levantar un diálogo intercultural, pero realmente hecho desde la matriz indígena, no al revés, no es una traducción desde el modelo biomédico hacia lo indígena.

Porque ¿qué ha hecho el gobierno?, el gobierno ha medicalizado totalmente la pandemia, cuando uno ve cosas sobre la pandemia ¿qué ve?, el virus, el virus, el virus, pero nunca ve por ejemplo, una imagen de Wuhan donde se produjeron los primeros casos de bronconeumonía; es una ciudad impresionantemente contaminada, impresionantemente poblada, es donde se produce toda la cantidad de mercancía para los países capitalistas que la consumen; entonces, claro, ahí se produjeron los primeros 18 casos, da lo mismo si fue un murciélago que infectó un pescado que se lo comieron en el mercado, eso es consecuencia no es causa. Entonces cuando el doctor

Menéndez dice, el modelo médico hegemónico es biologicista, es ahistórico, es asocial, está hablando de eso, de que precisamente todo el manejo de esta pandemia ha sido biologicista, cuando en el fondo lo que ha matado a la gente es la desigualdad, la pandemia es un espejo de la desigualdad. Y en Chile ha ocurrido exactamente igual; entró por las comunas de nivel socioeconómico más alto y ¿a quién mató más?, a la gente de las comunas de nivel socioeconómico más bajo y, entre ellos, a los pueblos indígenas, a los trabajadores de la salud, a los migrantes. Entonces, de alguna manera, esto de la antropología médica, la antropología de la salud, no es solo para los pueblos indígenas, es para la salud de toda la población, o sea es para medicalizar y develar este modelo médico hegemónico que viene de la mano con el colonialismo y que hasta el día de hoy nos siguen enseñando desde la biomedicina hegemónica. Así que yo creo que con la pandemia Covid-19 hay que darle una vuelta también al enfoque, porque si no, si nos quedamos muy pegados en lo del virus, estamos reproduciendo ese modelo y, lamentablemente, así ha ocurrido.

Muchas gracias Ana María por esta conversación. Solo para finalizar nos gustaría pedirte una mirada acerca de la antropología en Chile, algún mensaje a las generaciones de antropólogas y antropólogos a partir de tu experiencia ¿Qué cosas buenas tiene la antropología hecha en Chile y qué cosas quizás se podría mejorar o profundizar?

Creo que tenemos que afirmarnos en este Sur-Global, tenemos que afirmarnos en las epistemologías del sur, tenemos que afirmarnos en nuestras matrices culturales, en las matrices indígenas, y me gusta mucho lo que está

planteando Boaventura de Sousa Santos con su maravilloso libro *La cruel pedagogía del virus*. Tiene, además, otro libro que se llama *El futuro comienza ahora*, donde dice que la crisis civilizatoria que nos ha develado la pandemia es tal, que la única solución para el hombre es darse cuenta de que ya la naturaleza no nos pertenece, sino que nosotros pertenecemos a la naturaleza. La Organización Mundial de la Salud está hablando ahora de lo que ellos llaman *One health*, o sea aunar la salud humana, animal y medioambiental en un solo enfoque, porque todas las pandemias que se vienen van a ser producto de ese desequilibrio de las sociedades capitalistas, del neoliberalismo que exacerba esta devastación de los medios ambientes y exacerba el consumismo en circunstancias que todos sabemos que por ahí se viene el fin de nuestra humanidad. Y, en ese sentido, yo creo que los antropólogos tienen un papel muy importante, precisamente tratar de comprender los procesos políticos, históricos, sociales que están detrás de esto y, de alguna manera, hacer de traductores también, entre esto y la comunidad: ya sea comunidad indígena, comunidad urbana, comunidad de migrantes, comunidad de minorías o mayorías sexuales, o el movimiento feminista, o sea, yo creo que el antropólogo tiene un papel fundamental de diálogo, ahí está el papel primigenio del etnógrafo.

Todos sabemos que la inequidad mata y que la inequidad va a seguir matando si no logramos estos cambios estructurales y ahí la antropología tiene un papel importante, pero no cualquier antropología, una antropología realmente aplicada e implicada con las transformaciones sociales, no una antropología purista que ponga el énfasis en la diferencia cultural. Bueno, eso es por lo menos mi posición.

Notas

¹ Nombre coloquial con el que se conoce a la Universidad de Chile.

² En general, y en términos simplificados, la palabra *rehue* alude a un tronco escalonado que se ubica en el centro de un lugar consagrado para ceremonias mapuche. Allí confluían los diversos niveles de la cosmogonía mapuche, por ejemplo, la tierra de abajo y la tierra de arriba. También posee otros significados, por ejemplo, un determinado nivel de integración social: un determinado conjunto de familias mapuche, sin embargo en esta entrevista se alude el primer significado: un tronco escalonado ubicado en las afueras de

las oficinas del correo.

³ Universidad de La Frontera, ubicada en la ciudad de Temuco.

⁴ Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas.

⁵ Hace referencia a la Universidad de Chile.

⁶ Hace referencia a la universidad Austral de Chile, ubicada en la ciudad de Valdivia.

⁷ Centro de Salud Familiar, el nivel primario de la salud pública en Chile.