

**Universidad de Chile  
Facultad de Ciencias Sociales  
Departamento de Antropología**

**MEDICINAS EN ATACAMA:  
SALUD E INTERCULTURALIDAD EN EL SALAR**

---

Memoria para optar al título de Antropóloga Social



Constanza Tocornal Montt

Profesora Guía: Mónica Weisner  
Profesora Tutora en Cultura Andina: Victoria Castro

Octubre 2006

## AGRADECIMIENTOS

---

*Mi gratitud es a cuatro mujeres.*

*A mi madre, Ximena Montt, que desde niña me heredó la fascinación por el conocimiento. En esta tesis hay mucho ella, de su mirada hacia arriba en la sobremesa de un sábado, o en una tarde cualquiera, buscando explicar o entender algún acontecimiento recién visto en las noticias o en el diario, o simplemente respondiendo a mis preguntas de aspirante a filósofa. Hasta el día de hoy es fácil reconocer su pasión y goce por buscar respuestas desde la filosofía, la historia y la ciencia.*

*A mi profesora guía de tesis, Mónica Weisner, que me abrió las puertas de su casa donde pasamos horas discutiendo de la tesis y conversando de la vida. Agradezco enormemente su rigurosidad como investigadora, su entrega como maestra y su generosidad como persona*

*A Victoria Castro, quien me entregó las pistas y claves para comprender el mundo andino e ir más allá de sólo los datos.*

*A Andrea Chamorro, compañera de terreno, sin la cual esta tesis no habría sido lo mismo. Nuestras risas aún resuenan entre las quebradas y los cerros.*

## ÍNDICE

---

	<b>INTRODUCCIÓN</b>	5
<b>1.</b>	<b>PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	7
<b>1.1</b>	<b>Fundamentación</b>	10
<b>2.</b>	<b>MARCO TEÓRICO</b>	14
<b>2.1.</b>	<b>Antropología Médica.</b>	14
<b>2.2.</b>	<b>Antropología Médica Crítica</b>	22
<b>2.3.</b>	<b>Breve Reseña de la Biomedicina y de la Medicina Tradicional</b>	27
<b>2.3.1.</b>	Biomedicina	27
<b>2.3.2.</b>	<b>Medicina Tradicional / Indígena</b>	31
<b>2.4.</b>	<b>Interculturalidad</b>	34
<b>2.4.1.</b>	Cultura y cambio cultural	34
<b>2.4.2.</b>	Definiciones y características de la interculturalidad	37
<b>2.4.3.</b>	Interculturalidad en salud	39
<b>2.4.4.</b>	Algunas diferencias entre biomedicina y medicina tradicional	42
<b>2.5.</b>	<b>Nociones para el Análisis de los Resultados</b>	46
<b>2.5.1.</b>	Sistemas médicos/ Modelos médicos	46
<b>2.5.2.</b>	Etiologías	48
<b>2.5.3.</b>	La entrevista terapéutica	49
<b>3.</b>	<b>MARCO METODOLÓGICO</b>	52
<b>3.1.</b>	<b>Orientación Metodológica.</b>	52
<b>3.2.</b>	<b>Objetivos</b>	53
<b>3.2.1</b>	Objetivo general	53
<b>3.2.2.</b>	Objetivos específicos	54
<b>3.3.</b>	<b>Técnicas</b>	54
<b>3.3.1.</b>	Entrevistas	54
<b>3.3.2.</b>	Observación participante	55
<b>3.4.</b>	<b>Universo de Estudio</b>	56
<b>3.5.</b>	<b>Muestra</b>	58
<b>3.6.</b>	<b>Trabajo de Campo</b>	59
<b>4.</b>	<b>ANTECEDENTES DEL SALAR DE ATACAMA</b>	60
<b>4.1</b>	<b>Antecedentes Generales</b>	60
<b>4.1.1.</b>	Descripción geográfica - ambiental de la zona del Salar de Atacama.	60
<b>4.1.2.</b>	Recursos	61
<b>4.2.</b>	<b>Antecedentes Históricos: La complementariedad de recursos.</b>	61
<b>4.2.1.</b>	Época Prehispánica	61
<b>4.2.2.</b>	Época Colonial	67
<b>4.2.3.</b>	Repúblicas	71

4.2.4.	Actualidad.	75
4.3.	<b>Antecedentes Culturales</b>	77
4.3.1.	Cosmovisión	77
4.3.2.	Medicina Atacameña	82
4.3.3.	Especialistas	93
5.	<b>RESULTADOS</b>	96
5.1.	<b>MODELO MÉDICO ATACAMEÑO</b>	97
5.1.1.	<b>Relación con el Entorno</b>	97
5.1.2.	<b>Concepto de Salud-Enfermedad</b>	100
5.1.3.	<b>Etiología Atacameña</b>	101
5.1.3.1.	Enfermedades Personalistas.	101
5.1.3.2.	Enfermedades Naturalistas.	109
5.1.3.3.	Enfermedades de causas mixtas personalistas y/o de tensión emocional.	110
5.1.3.4.	Accidentes	110
5.1.4.	<b>El Imperativo de la Fe.</b>	114
5. 2.	<b>SISTEMAS MÉDICOS EN EL SALAR</b>	115
5.2.1.	<b>Sistema Médico Tradicional Atacameño</b>	115
5.2.1.1.	Medicina Doméstica.	117
5.2.1.2.	Yerbatero	122
5.2.1.3.	Cuidados asociados al parto.	127
5.2.1.4.	Relación agente de salud/ consultante	130
5.2.2.	<b>Sistema Biomédico: La Posta Rural de San Pedro de Atacama</b>	131
5.2.2.1.	La población y la cobertura	134
5.2.2.2.	Caracterización médica- epidemiológica de la población de las comunidades del salar según el equipo biomédico	137
5.2.2.3.	Las Rondas y los Pueblos	142
5.2.2.4.	Limitaciones y fortalezas evidenciadas por el equipo biomédico respecto del servicio	146
5.2.2.5.	Relación médico/paciente	149
5.2.3.	<b>Itinerarios Terapéuticos</b>	152
5.2.3.1.	Acudiendo a la biomedicina.	153
3.3.2.2	Acudiendo al Yerbatero.	155
5.3.	<b>RELACIONES DE COEXISTENCIA DE LOS SISTEMAS MÉDICOS EN EL SALAR</b>	158
5.3.1.	<b>Desde las Comunidades hacia la Biomedicina</b>	158
5.3.1.1.	Demandas de las comunidades	158
5.3.1.2.	Acogida del sistema biomédico en las comunidades del salar.	163
5.3.2.	<b>Desde el Equipo Biomédico hacia las Comunidades.</b>	166
5.3.2.1.	Caracterización cultural de los pacientes de las rondas.	166
5.3.2.2.	Percepción de acogida	168

5.3.4.1	Visualización de la medicina tradicional entre el equipo biomédico.	170
6.	<b>CONSIDERACIONES FINALES PARA UNA DISCUSIÓN EN SALUD INTERCULTURAL EN ATACAMA</b>	173
6.1.	¿Es tradicional la medicina entre los atacameños?	173
6.2	¿Es posible la interculturalidad en salud en San Pedro de Atacama?	176
6.3	La Interculturalidad como Estrategia Estatal de Desarrollo.	182
7	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	186
8.	<b>ANEXOS</b>	196
	Anexo N° 1: Pautas de terreno	197
	Anexo N° 2: Cuadro identificación personas aplicación entrevista en profundidad	199
	Anexo N° 3: Fragmentos entrevistas en profundidad y notas de campo por comunidad	200
	Anexo N° 4: Fragmentos entrevistas focalizadas	229

## INTRODUCCIÓN

---

El trabajo que se presenta a continuación es fruto del interés de relacionar dos temas antropológicos que han sido el hilo conductor en mi búsqueda personal y antropológica.

El encanto por la cultura andina y mi interés por encontrar una forma de comprender cómo se entrelazan lo cultural y biológico en el cuerpo y las sociedades, fueron las razones que me llevó a estudiar antropología.

En los primeros años de universidad esta búsqueda al fin encuentra un cauce con la Cátedra de Antropología Médica dictada por Mónica Weisner, y es aquí donde logro comprender cómo la cultura impregna los cuerpos de las personas. Cómo la cultura, que a veces puede parecer difícil de asir, se imprime en el cuerpo en las dolencias de hombres y mujeres a partir de las premisas simbólicas que comparten con su grupo, y los significados que para ellos tienen. Es la cultura que enferma, duele y sana, es la cultura plasmada en síntomas, dolor y sanación.

Así mismo encuentro en el mundo andino un reservorio de conocimientos invaluable y maravillosos, que configuran una filosofía distinta, donde principios regidores de la vida invitan a ver el mundo cargado de magia y energías, donde comprender la salud y enfermedad resulta un juego de fuerzas que en este caso se vivencian en los cuerpos de hombres y mujeres que habitan en la puna del salar de Atacama.

Así, con la intención de unir ambos temas, nace el interés de la interculturalidad en salud, tanto porque desde ahí se permite una crítica constructiva al modelo biomédico, como una propuesta hacia una medicina integral que permita avanzar hacia una medicina más holística y que al mismo tiempo otorga reconocimiento a los pueblos originarios como poseedores de un conocimiento digno de aprender.

En este sentido, en el primer capítulo, se presenta la interrogante de describir la relación entre la medicina atacameña y la biomedicina, y luego problematizar las posibilidades de una interculturalidad en salud.

El segundo capítulo entrega las bases teóricas con las cuales se abordó la investigación, describiendo sucintamente la influencia que ciertas corrientes han tenido

sobre la antropología médica, y deteniéndose un momento en la Antropología Médica Crítica. Así mismo, da una descripción de las distintas medicinas involucradas en esta investigación y se entromete en la difícil tarea de definir lo que es interculturalidad.

Luego en el capítulo tercero, se presenta la metodología con la cual se abordó la investigación. Se explica la elección por la orientación cualitativa, las técnicas a utilizar y el universo a representar.

El cuarto capítulo contiene los antecedentes históricos para comprender los cambios y continuidades socioculturales en la zona del salar de Atacama, y los antecedentes de investigaciones etnográficas que entregan las primeras pistas para adentrarnos en la cultura atacameña y sus prácticas médicas.

Los resultados están contenidos en el capítulo quinto, divididos en tres subcapítulos. El primero pretende entregar una comprensión del modelo médico que está en la base de las conceptualizaciones de salud entre los atacameños de las comunidades del Salar. El segundo busca entregar una descripción de los sistemas médicos presentes en la zona e indagar en los cruces entre sistemas que realizan los atacameños en sus itinerarios terapéuticos. El tercer subcapítulo intenta establecer una suerte de diálogo entre los usuarios atacameños de los sistemas médicos presentes en la zona y los profesionales biomédicos que trabajan en el Salar, buscando así, entrever las posibilidades y obstáculos para una interculturalidad en salud.

Por último, en el capítulo sexto, se entregan algunas consideraciones respecto de la vigencia de la medicina tradicional en San Pedro de Atacama y de las posibilidades de una salud intercultural.

Así esta investigación pretende ser una contribución a la comprensión del mundo atacameño y un aporte para futuras investigaciones e intervenciones en salud con pueblos indígenas.

## 1.- PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

---

El problema que convoca a realizar esta investigación es develar el carácter de la relación entre las medicinas tradicional atacameña y biomédica (formal, científica, académica, occidental, alópata, oficial<sup>1</sup>) en la zona del salar de Atacama. Es decir se busca describir cómo coexisten ambas en un contexto territorial y cultural en el cual están presentes tanto elementos de la modernización y globalización, como de las tradiciones locales atacameñas. Se presenta entonces como el estudio de una situación coyuntural entre lo moderno y lo tradicional, lo global y lo local, dando cuenta del dinamismo en los procesos socioculturales que ocurren en un contexto de relaciones ínter étnicas.

Esta coyuntura estaría ejemplificada en la existencia, por un lado de la biomedicina que tiene como fundamento filosófico y epistemológico una racionalidad lineal, donde el criterio de validación se encuentra en el método científico estableciendo relaciones deterministas de causa-efecto. Y por el otro lado, tenemos la medicina tradicional atacameña que, aunque basa sus conocimientos en la experiencia, tiene como base epistemológica un fuerte componente mágico religioso cuya validación generalmente está fuera del ámbito de las causas demostrables por el método científico, representando la persistencia de la tradición.

Este aparente antagonismo entre ambas medicinas se daría en el plano de los distintos modelos culturales de los cuales se desprenden sus prácticas de salud que estarían institucionalizadas en los distintos sistemas médicos que observamos.

El problema se abordará desde el enfoque de la Antropología Médica Crítica que plantea que la biomedicina tiende a reforzar su posición dominante y monopolizadora del conocimiento y de poder en cuanto a resolver cualquier problema de salud; en este sentido, ha impedido visualizar la presencia de la medicina tradicional como una fórmula válida y

---

<sup>1</sup> El término de biomedicina hace alusión a aspectos epistemológicos y ontológicos que entran en juego en el desarrollo de los conocimientos y prácticas de este tipo de medicina, tema que se trata más adelante en referencia a Kleiman (1995). Otros sinónimos como cosmopolita o moderna también se refieren a lo biomédico, sin embargo se utilizará el término de biomedicina para referirse a las prácticas médicas que se dan dentro de los servicios médicos Estatales en Chile debido a que representa más claramente su postura ante las practicas medicas tradicionales.

arraigada de resolución de las necesidades de salud en grupos culturales que no necesariamente se pliegan a la tradición biomédica.

Por lo tanto la investigación pretende aportar tanto hacia la valorización de la medicina tradicional como una estrategia de salud vigente y efectiva en la zona del salar, como hacia la visualización de la biomedicina como una fórmula institucionalizada de resolución de los problemas de salud, producto de un proceso histórico y social y que por lo tanto forma parte de una cultura específica, siendo productora de un conocimiento relativo a sus categorizaciones del cuerpo, la salud y la enfermedad basadas en el modelo de la ciencia y legitimados por el método científico. Es decir, en su racionalidad reside su criterio de verdad.

En este sentido, el lenguaje biomédico, basado en la visión que tienen las biociencias de la naturaleza, implica que el modelo médico predominante en la práctica biomédica y sus investigaciones asume que las enfermedades son entidades biológicas o psicofisiológicas universales, reflejando así los hechos de la naturaleza, donde la validez y racionalidad del discurso médico depende de la integración causal-funcional de los sistemas biológicos. (Good 2003)

Sin embargo una vez que comprendemos a la ciencia y sus racionalidades como una forma ideológica, que expresa una época histórica determinada, que se estructura como práctica social en torno al método científico, y que se caracteriza por ciertas nociones sobre la realidad, el saber y el sujeto (C. Pérez 1996), es posible plantear que tanto modelos médicos tradicionales como biomédicos son válidos en sus contextos culturales.

*Toda sociedad se ha desarrollado en medio y a través de racionalidades características: ha entendido la realidad, al hombre, al conocimiento, a la técnica, de maneras auto concientes y completas que les son propias. Las formas de racionalidad que anima a un conjunto social determina las formas que adquieren sus diversas creencias y acciones. La idea que los hombres tienen de la realidad está enmarcada en la racionalidad en que viven, la que no expresa, en último término, sino la manera en que producen y reproducen sus vidas. (C. Pérez 1998:211)*

Por ende en la investigación, tanto la medicina tradicional atacameña y la

biomedicina se tratarán como válidas en el sentido que forman parte de distintas cosmovisiones, es decir en términos de etnomedicinas, y que ambas aportan soluciones desde su construcción de realidad en la resolución de los problemas de salud de la población en Atacama.

En este sentido es importante plantear que, como afirma Menéndez (1994) que tanto los saberes biomédicos como los tradicionales se han desarrollado dentro de un proceso histórico en el cual se construyen las causas y explicaciones de la enfermedad, las formas de atención y los significados respecto de los mismos conformándose en instituciones sociales, generando actividades que inevitablemente se “*sociologizan y culturizan*”, que como plantea el autor: “*dado que se ejercen sobre sujetos y grupos sociales que no sólo dan significado técnico a sus problemas, sino que sobre todo significados subjetivos y sociales* (Menéndez 1994:72)”

A su vez Menéndez (Op. cit) también alerta sobre la tentación de comprender a la medicina tradicional como ahistórica y desde una visión esencialista, situación que sólo contribuye a reducir la realidad, y por lo tanto, a la imposibilidad de comprender la complejidad de los procesos sociales de transformación y la relación entre distintas medicinas.

Es así como resulta necesario visualizar el escenario histórico y sociocultural actual donde se desarrollan las relaciones entre la biomedicina y la medicina propia de las comunidades atacameñas en el salar.

Por lo tanto el interés está en develar el carácter de la relación entre ambas medicinas en función de reconocer las estrategias de restitución de la salud en el contexto específico de las relaciones interétnicas dadas en el salar de Atacama. El propósito es aportar al conocimiento de la realidad atacameña actual, así como vislumbrar la posibilidad de una interculturalidad en salud para la zona de San Pedro de Atacama

Las comunidades del salar de Atacama hoy por hoy cuentan con una cobertura de salud primaria a cargo de la posta rural de San Pedro de Atacama, bajo el sistema de rondas y una ambulancia en caso que se requiera, pero en los pueblos involucrados en la investigación las rondas realizan, en el mejor de los casos, dos veces al mes. Sin embargo

los problemas de salud se le plantean a los individuos independientemente de las visitas del equipo de salud de la posta, entonces la pregunta esta en si acaso los atacameños mantienen su medicina tradicional en cuanto a cómo conciben el cuerpo, la enfermedad y la salud. Así también se busca caracterizar cómo se relacionan ambas medicinas en función de las necesidades de salud de los habitantes de las comunidades de Socaire, Talabre, Camar y Santiago de Río Grande. Ya que generalmente a la biomedicina le resulta difícil captar que: “(...) *si hipotéticamente tales agentes no oficiales de la salud no existieran, la situación de estos grupos estaría en muchos sentidos -y no sólo en lo sanitario propiamente- todavía más desmedrada* (Medina 1998: 17).

### **1.1. FUNDAMENTACIÓN**

En 1976 las OMS, en Alma Ata, pone en el tapete la discusión acerca de la integración de la medicina tradicional y la medicina científica. A partir de esta primera discusión a nivel mundial se han ido generando una serie de experiencias y encuentros con el objetivo de cumplir uno de los postulados fundamentales de esta organización el cual es “*la extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud*”<sup>2</sup>.

A partir de este postulado la OMS, asumiendo que más de tres tercios de la población mundial acude a sus medicinas locales, inicia un acercamiento a la medicina tradicional, promoviendo investigaciones e intercambio de información. La meta es dar salud a toda la población del planeta para el año 2000, a través de la apertura y el desarrollo en la atención primaria, con el objetivo de obtener una coordinación entre ambos sistemas médicos (tradicional/indígena y biomédico).

En 1992, con motivo de la celebración del año internacional de los pueblos indígenas, se aprueba la iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas en la cual la Organización Panamericana de la Salud y los estados miembros se comprometen a trabajar con las poblaciones indígenas para mejorar su salud, bienestar y reconocimiento étnico.

---

<sup>2</sup> Organización Panamericana de la Salud. Velimirovich (ed) 1978.

Los principios fundamentales del accionar de la OMS implican el abordaje integral, el derecho a la autodeterminación y a la participación sistemática, el respeto y la revaloración de las culturas indígenas y la reciprocidad en las relaciones con representantes indígenas (Organización Mundial de la Salud [OMS] /Organización Panamericana de la Salud [OPS] 1996).

En América Latina la injusta repartición de las riquezas repercute directamente en la calidad de vida de los menos afortunados, siendo especialmente los grupos indígenas quienes están bajo la línea de pobreza. Por lo tanto, la limitación del acceso a los recursos dada por una estructura socio-económica que empobrece social, económica y culturalmente a los grupos indígenas, dificulta sus capacidades autónomas de resolver y mejorar su calidad de vida.

Las brechas existentes evidencian las malas condiciones de salud y calidad de vida de los pueblos originarios. Actualmente en nuestro continente habría 43 millones de indígenas con una mortalidad alta por causas evitables, con menor esperanza de vida al nacer, con persistencia y acentuación de desigualdades y condiciones de vida y salud deficientes (OMS/OPS, Op. cit).

Las iniciativas estatales se dan dentro de los resultados de la investigaciones promovidas por la OMS que hablan de: a) Las dificultades para recopilación de información pertinente para detectar las inequidades y las condiciones sociales de las comunidades, ya que los indicadores y elementos para trazar un perfil exacto de las poblaciones indígenas, en cuanto que las prioridades y necesidades de salud de la población bajo perfiles epidemiológicos no se ajustan a la realidad concreta de los pueblos; b) las comunidades se encontrarían con barreras de acceso a los servicios de salud de tipo económico, geográfico, y cultural; y c) los problemas relacionados con el medioambiente resultado del desarrollo, el derecho a la tierra y los reclamos territoriales en relación con el control comunitario del uso de la tierra y los recursos (OMS/OPS; 2001).

Por lo tanto la OPS propone la tarea de a) promover marcos de referencia y modelos de atención interculturales pertinentes y adecuados cultural y lingüísticamente para los indígenas; b) generar sistemas que garanticen la participación activa de los pueblos

indígenas en la construcción y puesta en práctica de planes, políticas, sistemas y programas integrales en el ámbito de la salud; c) elaboración de estrategias para aumentar la equidad bajo la necesidad de cambiar el modelo de atención, pasando de uno de carácter curativo a uno que enfatice la prevención con un enfoque intercultural; d) movilizar recursos, y por ultimo e) capacitación para los equipos de salud de los servicios de atención primaria en cuanto a los conocimientos indígenas actuales, y la ampliación de las oportunidades de educación universitaria para indígenas con el objetivo que integren los equipos de salud tanto como practicantes como administrativos (Op. cit)

El caso de Chile no es distinto al resto de Latinoamérica evidenciando para el año 1996 un perfil epidemiológico de la salud de los pueblos indígenas que comparado con el resto de la población expresa una brecha importante que se expresa en<sup>3</sup> :

- Altas tasas de Mortalidad Infantil, superiores hasta en 40 puntos a la tasa nacional, en el caso atacameño
- Menor esperanza de vida, inferior incluso en 10 años, en el caso aymará
- Bajo índice de Swaroop, equivalente al que poseía Chile a inicios de la década de los ochenta
- Patrón de causas de muerte pre-transición epidemiológica, en el caso aymará
- Condiciones de salud indígena urbana mas deterioradas que en el campo.

En este contexto, el Estado Chileno y otras instancias de desarrollo asumen los desafíos de acortar la brecha social. Por ello y en el marco de relaciones interétnicas la visión de interculturalidad ha generado iniciativas de desarrollo tendientes a buscar la resolución de la asimetría sociocultural existente entre las comunidades indígenas y la sociedad mestiza o no indígena en general. De este modo, se han elaborado estrategias conducentes a mejorar el acceso de los grupos indígenas a los diferentes servicios del Estado como lo son los sectores de educación, salud, productividad, entre otros.

En Chile dentro de los marcos de este escenario de desarrollo el Estado ha venido desarrollando dos programas que se orientan a la salud intercultural.

---

<sup>3</sup> MINSAL, 2000.

El programa Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud que tiene como objetivo llevar una buena atención a los pueblos indígenas y mejorarla respecto los conceptos que las etnias manejan en cuanto a salud y enfermedad, para así adecuar una atención efectiva hacia la comunidad indígena respetando su identidad y sistema médico.

Por otro lado el Estado ha instalado las Áreas de Desarrollo Indígena o ADI, que responde al empeño estatal de propulsar la autogestión de las comunidades a través de la delimitación de territorios administrativos configurados en función de variables socioeconómicas y medioambientales, pretendiendo con ello constituir el marco para aplicar programas de desarrollo coordinados por los servicios locales y con la participación de las comunidades.

La zona del salar de Atacama corresponde al ADI de “Atacama la Grande”, donde opera el programa Orígenes. Este programa tiene por objetivo general “mejorar las condiciones de vida y promover el desarrollo de los pueblos aymara, atacameño y mapuche en el área rural, particularmente en los ámbitos económicos, social, cultural y ambiental”. Este objetivo se cumpliría bajo la ejecución de cuatro componentes dentro de los cuales se encuentra la salud intercultural, el cual tiene por objetivo “optimizar la situación de salud de la población indígena, mediante la eliminación de barreras culturales y el mejoramiento del acceso a los servicios públicos<sup>4</sup>”.

En este escenario la investigación que se presenta a continuación pretende ser un aporte a disminuir los vacíos respecto de las condiciones socioculturales de salud de las comunidades del salar de Atacama ubicadas en la zona precordillerana de la segunda región de Antofagasta.

Se pretende contribuir a la reflexión de las posibilidades de interculturalidad en nuestro país y proveer de los insumos mínimos para posteriores discusiones y acciones de carácter intercultural en la zona del Salar de Atacama para la superación de las desigualdades culturales y de salud de los atacameños.

Así mismo la investigación pretende aportar al conocimiento de las realidades médicas actuales de poblaciones indígenas sumidas en la coyuntura de la globalización y la

---

<sup>4</sup> [http://www.origenes.cl/quienessomos\\_2.htm](http://www.origenes.cl/quienessomos_2.htm)

radicalización del discurso indígena. La globalización en nuestro continente surge de una modernidad incluyente que cuente con actores sociales con posibilidades de autodeterminación, donde la afirmación de identidades culturales es un núcleo esencial en la construcción de ciudadanía (Calderón, et al.1996). Marco en el cual el surgimiento de una identidad étnica en las poblaciones indígenas del salar impone, por un lado una fuerte crítica a la participación de los organismos de desarrollo en la región y por otro, representa una oportunidad de reconocer que el tejido intercultural constituye más bien un potencial que un obstáculo para lograr una integración global en el contexto latinoamericano.

## **2.- MARCO TEÓRICO**

---

### **2.1. LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA.**

La enfermedad es una de las posibilidades ciertas del hombre, en toda sociedad encontramos el problema que se le plantea a la persona a la hora de asegurar su salud. En este sentido, no hay sociedad en la cual la enfermedad no tenga una dimensión social, lo cual ofrece una ligazón entre percepción individual y simbólica social, ya que la enfermedad está anclada al cuerpo del sujeto que la sufre. Se presenta entonces como un nudo donde se anclan y visualizan tanto lo individual, como lo colectivo, es decir la cultura se sufre, vive, sana y duele en el cuerpo de la persona.

El padecimiento es un hecho cotidiano y recurrente en todo grupo humano y por lo tanto, la respuesta a éstos constituyen una estructura necesaria para la producción y reproducción del grupo; en consecuencia, resultan ser procesos estructurales a toda sociedad, las cuales no sólo generarán representaciones prácticas sino que estructurarán un saber para enfrentar, convivir, y solucionar los padecimientos. En otras palabras, los sistemas sociales tienen la necesidad de construir significados sociales colectivos sobre ciertos padecimientos, por lo cual la enfermedad constituye uno de los ejes principales de construcción colectiva de significados. (Menéndez 1994)

Así, todo grupo humano, dentro de su marco cultural, desarrolla técnicas y conceptualizaciones para explicar, diagnosticar, tratar e incluso justificar el por qué de la presencia de la enfermedad, donde los aspectos de construcción simbólica de ésta y, por lo tanto la cultura, juegan un rol preponderante. (De Miguel 1980)

Desde una perspectiva simbólica interpretativa, el trabajo del antropólogo médico consiste en comprender cómo se constituye el entramado de signos y significados en relación a los síntomas enunciados por el otro y los modelos de legitimación que entran en juego en el fenómeno médico. Es decir:

*¿Cómo los pacientes y practicantes conocen lo que ellos conocen?  
¿Cuales son sus variadas reglas de evidencia, qué tipo de categorías o información ellos encuentran persuasiva y bajo qué circunstancias?  
¿Cómo ellos saben cuando un juicio médico es errado o correcto?  
¿Qué significa errado o correcto para los pacientes, para los practicantes tradicionales y para los entrenados en la tradición biomédica? ¿Qué clase de lógica inductiva y analógica esta trabajando aquí? ¿Bajo qué circunstancias estas personas se inclinan a aceptar o ignorar las nuevas ideas y prácticas médicas? (Leslie & Young 1992:14, traducción propia)*

En estas interrogantes se ancla la Antropología Médica, intentando ligar y reconstruir al segmentado hombre de nuestros días. El intento de esta subdisciplina es comprender los procesos de salud/enfermedad desde una perspectiva ecológica, biológica, mental, social y cultural.

La Antropología Médica tiene sus primeras apariciones en las etnografías clásicas de las sociedades primitivas a fines del Siglo XIX, cuando etnógrafos se aplican en la descripción “científica” y exhaustiva de las instituciones que conformaban aquellos grupos culturales.

Como señala Weisner, (1998) pioneros en el tema fueron las investigaciones patrocinadas por la Universidad de Cambridge en 1898 a cargo de Alfred Cort Haddon - quien acuñó para la antropología el término metodológico de trabajo de campo- en las islas del Estrecho de Torres, llevando un equipo multidisciplinario que incluía la etnomusicología, la antropología física, la psicología y la etnología. Con la publicación póstuma de W. Rivers de los resultados de la investigación antes mencionada, en el año 1924 (*Medicine Magic and Religion*), es posible hablar del nacimiento de la Antropología Médica, disciplina que toma su nombre en 1963 con el trabajo de Norman Scotch.

Las raíces de la disciplina se remontan al interés de los primeros investigadores por describir los sistemas médicos no occidentales. La Antropología física también aporta lo suyo fijándose en temas como la evolución, adaptación, anatomía comparada y genética de los distintos grupos culturales. Con los estudios de la corriente de Cultura y Personalidad en los años 30, antropólogos, sicólogos y psiquiatras comienzan a indagar en la personalidad adulta a partir de comprender las pautas culturales de crianza. La escuela de Chicago

también aporta en la disciplina con las investigaciones de problemas psiquiátricos en las comunidades urbanas. Por último con las políticas de salud pública después de la II Guerra mundial, el campo de la Antropología Médica se va conformando tanto desde un punto de vista aplicado como teórico (Weisner Op cit.)

Durante los años 70' Foster y Anderson acuñan una definición operacional de la Antropología Médica<sup>5</sup> como:

*“(1) El estudio que busca una descripción comprensiva y la interpretación de la interrelaciones bioculturales entre el comportamiento humano presente y pasado y los niveles de enfermedad, sin un interés primordial en la aplicación de estos conocimientos, y (2) su participación profesional en programas que buscan el mejoramiento de los niveles de salud a través del entendimiento de las relaciones entre fenómenos bioculturales y la salud y a través del cambio de los comportamientos en salud dirigidos a promover una mejor salud (Foster y Anderson 1978:10 Traducción propia)”*.

Así, Foster y Anderson reconocen una antropología de la medicina, siendo una construcción teórica de cómo las culturas enfrentan el proceso salud/ enfermedad, como también una antropología en la medicina siendo la aplicación de los conocimientos teóricos respecto de éstos procesos con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas, siguiendo el temprano modelo, ya superado, de la Sociología Médica<sup>6</sup> (Straus 1957).

Por su parte, en 1992 Ann Millard, editora del Medical Anthropology Quarterly en el volumen de marzo se refiere a que la antropología médica se dedica al análisis de la salud en el contexto de la cultura, del comportamiento social, de los sistemas económicos y de la biología humana. En este sentido “antropología médica” es un término tomado de una categoría de nuestra propia sociedad - medicina- pero contextualizada para dedicarse a un amplio campo de teoría, investigación y práctica que se extiende mucho más allá del dominio del sistema médico oficial de nuestra sociedad. Ya que si sólo tratara con la enfermedad y la sanación, la antropología médica sería paralela al dominio médico de

---

<sup>5</sup> Aunque esta definición resulta antigua ayuda a comprender los campos de interés de la antropología médica.

<sup>6</sup> Sociology **in** medicine y sociology **of** medicine.

nuestra sociedad; sin embargo, en la Antropología Médica el examen de temas de salud es más extenso e incluye el conocimiento, el significado, el comportamiento social y la biología, relacionada con el bienestar, el sufrimiento, el infortunio, el ciclo vital y la sobrevivencia. (Millard 1992)

Los supuestos bajo los cuales opera la Antropología Médica es que los sistemas médicos integran distintos ámbitos de la cultura (mitología, magia, ontología, ciencia, tecnología, relaciones sociales y recursos), por lo tanto la enfermedad estaría culturalmente definida. Donde las estrategias de salud se refieren tanto lo curativo como lo preventivo, teniendo múltiples funciones dentro del entramado de las instituciones que configuran un sistema sociocultural determinado.

El fenómeno médico se constituye como un hecho social transversal a los distintos niveles de la cultura en cuanto integra todos sus ámbitos, en función tanto de la prevención como de lo curativo a partir de ciertas creencias y prácticas sociales y culturales. De aquí el rol primordial que juega el sistema médico en la mantención de la identidad cultural de un grupo (Foster y Anderson, Op.cit.). Incluso Laplatine, (1999) nos invita a comprender el hecho de enfermar como un hecho social total, en el sentido de Mauss en cuanto a que su lectura debe ser desde lo biológico, psicológico, económico, cultural y social.

En palabras de Menéndez (1994:73):

*“... lo que nos interesa subrayar es que en todos los casos, sean curadores populares o representantes del saber biomédico, su saber se aplica a sujetos y grupos y, en consecuencia, entran en relación con representaciones y prácticas sociales que conducen necesariamente a convertir en hechos sociales y culturales una parte sustantiva de sus actividades técnicas”.*

Por último Ann Millard (1992), se refiere a que los cambios que observamos en los campos de interés en la antropología en general, llevan el sello de la antropología médica, ya que ella se interesa en la desigualdad social como por ejemplo, las hambrunas, guerras y otras formas de violencia.

El devenir de la teoría en la Antropología Médica ha dialogado con los paradigmas ecológico- empiristas, cognitivos, interpretativos, el paradigma crítico, posmodernistas y postestructuralistas.

Desde el punto de vista de la ecología médica las estrategias curativas son analizadas en términos de adaptación bajo una visión sistémica donde el hombre está inserto en un ambiente natural y cultural, que está permanentemente siendo modificado en el dinamismo de su interdependencia. Por ende, podemos ver al sistema salud-enfermedad como las estrategias que un grupo social desarrolla para generar una respuesta dirigida a interpretar, controlar, prevenir, tratar o reparar el daño, la lesión, enfermedad o muerte.

Según Foster y Anderson (1978) el fenómeno médico son estrategias adaptativas que devienen en la creación de instituciones para dar respuesta a la enfermedad dentro de un grupo social determinado. Cuando una persona- que cumple varios roles- sufre una enfermedad, tiene como consecuencia la imposibilidad de cumplir con las expectativas que el grupo tiene hacia él. La medicina, entonces, se presenta como una manera de prevenir y solucionar una situación que afecta al grupo en su totalidad. Esto se explicaría bajo la lógica de costo y beneficio para el grupo. La irremplazabilidad del individuo en la cultura en este punto se hace dramática, ya que la organización en torno a este problema da surgimiento a la medicina.

Según Good el enfoque empírico ecológico tiene tres elementos esenciales. Primeramente, realiza el análisis de las representaciones acerca de la enfermedad como creencias sobre la salud, en segundo lugar, posee una visión de la cultura en términos de adaptación, y en tercer lugar prioriza un enfoque analítico racional por sobre el valor del individuo (Good 2003: 84)

Entre los años cincuenta y sesenta el paradigma cognitivo centró sus análisis desde el enfoque de la etnociencia en el cual las estructuras del lenguaje y de la cognición constituyen la base para entender la cultura y la estructura cultural tal como lo perciben los miembros de una sociedad. A partir de ello su dedicación se centra en las categorizaciones de las representaciones de las enfermedades (Op. cit).

Por su parte, la Antropología Médica interpretativa ve la enfermedad como un modelo explicativo y por lo tanto pertenece a la cultura más que al cuerpo biológico del individuo que sufre la enfermedad. Basa su análisis desde la idea de Clifford Geertz (1992) del análisis semiótico de la cultura, es decir hace hincapié en la negociación de significados que están envueltos en el proceso terapéutico, en el acto de la enunciación del síntoma y los distintos significados que se producen en los actores sociales involucrados, que poseen marcos conceptuales culturalmente construidos para la interpretación de los síntomas.

Kleiman (1995), introduce “el modelo del malestar” en el cual enfermedad y malestar son dos realidades diferentes. Enfermedad consiste en una disfunción orgánica y el malestar en la significación que da la persona al padecimiento de esa disfunción, significación que estaría determinada por el contexto cultural en el cual esta inserta. Así la enfermedad se devela como una categoría, una construcción social variable en el tiempo y en el espacio, que se aloja en el cuerpo del sujeto. La enfermedad es una construcción social que se anida en el cuerpo, es decir esta vez el individuo siente la cultura a través de sus dolencias.

Esta tradición centra sus investigaciones en cómo el significado y las actividades interpretativas interaccionan con los procesos sociales psicológicos y fisiológicos para producir diferentes formas de enfermedad y trayectorias de las dolencias (Good 2003:111)

Por otro lado, la distinción entre *disease*, *illness* y *sickness* en el inglés recogería las distintas dimensiones que tiene la situación de enfermar. Según Fábrega la diferencia entre *disease* e *illness* está en que la primera da cuenta de la enfermedad en sí, en términos del hecho “objetivo” del cual se ocupa la clínica, y la segunda como el padecimiento de ésta que se aloja en la subjetividad de la persona que la padece. Es decir, *disease* se referiría al nivel etic -dentro de la terminología antropológica-, o analítico en cuanto a lo patológico, biológico y fisiológico, es el “estar enfermo”, la dolencia en sí. En cambio *illness* se referiría al nivel emic o subjetivo en cuanto a la experiencia de padecer la enfermedad, es el “sentirse enfermo” (Prat et al.:1980). Por último el término *sicknes* hace referencia al nivel social de la situación en cuanto a los cuidados y atenciones que despierta el rol del enfermo

como también el desviado social en la comunidad. Es decir, en palabras de Eisenberg<sup>7</sup>, los pacientes sufren “*illnesses*” y los médicos diagnostican y tratan “*diseases*”.

Finalmente la Antropología Médica Crítica se desarrolla a partir de la década de los 70 y 80 en Norteamérica y se nutre del legado de Marx, Engels y C. Wright en cuanto cómo las diferencias de poder moldean los procesos sociales, siendo la biomedicina una expresión de las relaciones de dominación en el contexto capitalista. Propone la superación de las relaciones asimétricas entre los sistemas médicos indígenas, tradicionales y populares con el objetivo de democratizar la salud (Junge 2001), corriente en la cual se inserta la presente investigación y por lo tanto se tratará a profundidad en el siguiente apartado.

En resumen el papel que juega el lenguaje en los análisis que realizan los distintos paradigmas resulta determinante, en palabras de Good:

*Los relatos sobre la relación entre lenguaje y enfermedad varían considerablemente en las cuatro perspectivas que he examinado aquí. De acuerdo con el enfoque empirista, se considera que el lenguaje describe la enfermedad y modela el calculo racional de la acción. Los antropólogos cognitivos ven el lenguaje como el material de la cognición individual, más o menos ampliamente compartida, y como aquel que organiza la percepción individual. La tradición interpretativa enfoca el lenguaje como producto de la civilización e intersubjetivo, como activo y constitutivo, como algo abierto a la significación, mientras que los autores críticos describen el lenguaje médico como algo ocultador, mistificador y manipulador. Cada una de estas perspectivas representa un aspecto significativo de la realidad, y ninguna de ellas contradice las formas validas de la crítica cultural (Good 2003:126)*

---

<sup>7</sup> Comunicación Personal M. Weisner diciembre del 2005

## **2.2. ANTROPOLOGÍA MÉDICA CRÍTICA**

La Antropología Médica Crítica (AMC) se desarrolla a partir de los cuestionamientos que sufre la antropología, y las ciencias sociales en general, luego del Seminario de Santa Fe<sup>8</sup> y de las críticas político epistemológicas que emanan de las teorías posmodernas. La paradoja de interpretar al otro a partir de representaciones del investigador de campo guía el devenir de la producción intelectual en los últimos años. Surgen las monografías dialógicas y polifónicas buscando evocar al otro más que representarlo.

Las ciencias sociales sufren una tormenta posmoderna de la cual la Antropología Médica no salva ilesa.

El antropólogo toma conciencia de su ingenuidad colonialista y emprende el camino de la visión crítica. Así para la AMC las ideologías dominantes y los patrones sociales en el cuidado médico están íntimamente relacionados a ideologías hegemónicas.

En este punto la Antropología Médica se convierte en un intento radical donde la atención esta puesta en la forma en que todo conocimiento relacionado con cuerpo, salud, y enfermedad es culturalmente construido, negociado y renegociado en un proceso dinámico a través del tiempo y el espacio. Intenta evitar que las categorías que se originan en el pensamiento médico occidental se apoderen del diálogo entre informante y antropólogo. Es una posición desde la cual se sospecha de los poderes soberanos y verdades universales, así como también busca comprender, siendo desconfiada de su propia tendencia imperialista. En este sentido, no es diferente del campo general de la antropología crítica interpretativa, sin embargo una inquietud siempre presente e irreductible preocupa de sobre manera a la Antropología Médica: el sentir del cuerpo humano (Lock y Scheper-Hughes 1990:48)

---

<sup>8</sup> Los aportes críticos de la Antropología Posmoderna, a partir del Seminario de Santa Fe, da cuenta de un cambio de paradigma que comienza a darse en las ciencias sociales a partir de los años 60, en el cual se pone en discusión a los totalitarismos y su relación con el Estado-Nación y las ciencias sociales, poniendo en duda que con la II Guerra Mundial hubiesen desaparecido las condiciones que permiten su aparición. Así, en la antropología devendrá la descolonización y el desarrollo de profesionales autóctonos en los lugares de estudio, lo cual conducirá al momento experimental que anunciaban Marcus y Fisher (1986), ya que los "pueblos y las culturas exóticas" han cambiado sus contextos frontalmente, lo que obliga a una reconceptualización del texto etnográfico, y por lo tanto a una crisis de la representación en la antropología, en el momento en que su tradicional objeto de estudio se disolvía, haciéndola desviarse hacia la frontera del texto literario y la intangibilidad más propia de las humanidades. (Palacios 2003)

Tres son los elementos fundamentales que se conjugan en la AMC. Contiene una aproximación ecológica en cuanto ve el proceso salud/enfermedad como relaciones de adaptación social, medioambiental y cultural. Se funda en la teoría interpretativa considerando la enfermedad como modelo explicativo siendo una construcción social que se establece a partir de la negociación de significados por todos compartidos. Y por último analiza los servicios de salud en función de las relaciones de poder, en cuanto da cuenta de una dominación social de la medicina occidental a partir de la ideología capitalista por sobre las otras alternativas de salud que busca la obtención de ganancias, generando alta tecnologización, uso masivo de drogas, y concentración de servicios complejos como medida de control y optimización de resultados (Junge 2001).

La AMC hace conexiones entre el nivel macro del mundo capitalista y el nivel micro de las creencias de los pacientes acerca de la enfermedad y de sus experiencias con la misma. Por lo tanto se ocupa de la salud tanto en sociedades indígenas, como sociedades precapitalistas, capitalistas y aquellas de orientación socialista. Entiende los problemas de salud dentro del contexto de las fuerzas políticas y económicas que los circundan, incluyendo a las fuerzas a escala institucional, nacional y global, que estructuran las relaciones humanas, moldean los comportamientos sociales, condicionan las experiencias colectivas, reordenan las ecologías locales y sitúan los significados culturales. (Weisner 1998:75)

En relación a la biomedicina, critica el reduccionismo fisiológico que excluye los aspectos sociales, culturales, ecológicos, emocionales o afectivos generando una fuerte tendencia a la medicalización. Desde la crítica al capitalismo emergen conductas que reflejan desequilibrios sociales como pobreza, desempleo, racismo que son medicalizados transfiriendo al ámbito individual problemas sociales.

En esta línea Michael Taussig (1995) hace una crítica profunda al accionar de la medicina occidental así como también lanza los dardos contra la misma Antropología Médica. Para el autor los signos y síntomas de una enfermedad y las técnicas de curación no son sólo biológicas sino también signos de relaciones sociales disfrazadas como naturales. El problema surge con la confusión desatada por la reificación de las relaciones

sociales en la ideología capitalista, es decir, el problema de la transferencia de los problemas sociales al ámbito individual estaría dado por la cosificación del mundo. La división entre objetividad y subjetividad, propia de la modernidad, sería un instrumento que reproduciría la ideología capitalista. En otras palabras, se toman como evidentes categorías de lo real propias de la “estructura de la mercancía”, donde *“la relación entre la gente adopta características de una cosa y de esa manera adquiere una objetividad fantasmal (111)<sup>9</sup>”*, así el conocimiento médico occidental con su definición de enfermedad estaría impregnado de este velo de verdad. Donde la objetividad fantasmal de la enfermedad y su tratamiento negaría las relaciones humanas encarnadas en síntomas, signos y terapias reproduciendo una ideología política a modo de ciencia de “cosas reales”. *“De esta manera nuestra objetividad, en su representación por la medicina, representa axiomas culturales básicos y modula contradicciones inherentes a nuestra cultura y a nuestra concepción de objetividad” (Taussig 1995:111)*

Es por esto que la AMC pone en entredicho el juzgar todas las prácticas médicas en términos de la eficacia basada en estándares científicos o biomédicos. Cuestiona la supuesta neutralidad de estos estándares y los reconocen como instrumentos de gobernabilidad, un dominio que es ejercido a través de la codificación de los síntomas y las evidencias de la enfermedad desde la *“mirada”* biomédica. La profesionalización biomédica determina la legitimidad de su práctica basada en la evidencia científica para evaluar la eficacia de las formas de curación, a través de métodos prescritos en la misma institucionalidad biomédica. En este sentido la eficacia es quien consigue definir qué es lo que se constituye como evidencia, qué fuentes de información y de conocimiento son privilegiadas así como también vigiladas, y quien determina el modo en que las enfermedades son clasificadas bajo categorías seleccionadas (Nichter y Lock 2002)

Para la AMC es fundamental el tomar en cuenta la variedad de las concepciones metafóricas concientes e inconscientes sobre el cuerpo, para luego mostrar sus usos sociales, políticos e individuales. Es más, según Margaret Lock y Nancy Scheper-Hughes

---

<sup>9</sup> Taussig (1995) citando a Lukacs (1969) La conciencia de clase y la cosificación del proletariado. En *Historia y Conciencia de Clase*,

(1996) mientras la Antropología Médica no considere la forma en que el cuerpo humano es culturalmente construido, estará destinada a caer en algunos supuestos característicos de la biomedicina. Para las autoras esta construcción constituye una dialéctica entre “los tres cuerpos” es decir, el cuerpo individual, el cuerpo social y cuerpo político, donde se develan la sociedad y la cultura y sus significados de salud y enfermedad.

El **cuerpo individual** se presenta como el nivel más evidente, entendido en el sentido fenomenológico de la experiencia vivida por el cuerpo mismo. Toda persona comparte, al menos, algún sentido intuitivo de la corporalidad misma como existiendo aparte de otros cuerpos individuales. Sin embargo las partes constituyentes del cuerpo - mente, materia, psique, alma, el yo- y las relaciones entre ellas y el modo en las cuales el cuerpo es experimentado en salud y enfermedad son altamente variables. El **cuerpo social** da cuenta de los usos representacionales del cuerpo como un símbolo natural con el cual pensar la naturaleza, la sociedad y la cultura. Se refiere a la discusión de los antropólogos simbólicos, sociales y estructuralistas que habla de un constante intercambio de significados entre los mundos naturales y sociales. El cuerpo saludable ofrece un modelo orgánico de totalidad; el cuerpo enfermo ofrece un modelo de desarmonía, conflicto y desintegración social y viceversa. Por último el **cuerpo político**, se refiere a la regulación, vigilancia y control de los cuerpos (individuales y colectivos) en términos de la reproducción, la sexualidad, el trabajo, el descanso y la enfermedad. La estabilidad del cuerpo político descansa en su capacidad para regular a la población (el cuerpo social) y disciplinar los cuerpos individuales. (Lock y Scheper-Hughes 1990:48)

En relación a lo anterior Menéndez (1994) plantea que la enfermedad y los padecimientos han sido una de las principales áreas de control social e ideológico, tanto a nivel macro social, como micro social, siendo un fenómeno generalizado a partir de la existencia de padecimientos que refieren significaciones negativas colectivas, comportamientos que necesitan ser estigmatizados o controlados, y la creación de instituciones que se hacen cargo de dichas significaciones y controles colectivos tanto a nivel técnico como sociológico.

Dentro de los intentos de vencer las relaciones de dominación, la AMC propone como elemento clave superar la jerarquía en la relación médico/paciente ya que generalmente es el médico quien decide quien esta enfermo y quien no. Como plantea Taussig (1995), en la epistemología moderna los órganos aparecen como cosas, un mosaico de entidades biológicas y también una colección de símbolos como líquidos, aromas, tejidos...etc. *“Y si el cuerpo se convierte en semejante deposito de generación de significados sociales, entonces es en la terapia donde encontramos la entonación finamente calibrada, en que la ratificación de las categorías engendradas por la sociedad y la fabulación de la realidad llegan a su plenitud” (Op. cit.:114)*

Por lo tanto a nivel individual la AMC se preocupa cómo los individuos responden, significan y actúan en relación a la enfermedad , en este sentido plantea el empoderamiento de los sujetos como actores sociales y de salud para superar la dominación. Siendo la relación médico paciente una interacción que puede reforzar poderosamente las premisas básicas de la cultura

En suma, cuestiona política y epistemológicamente la forma de hacer medicina desde el modelo médico occidental, el cual es homogeneizante, hegemoniza los conocimientos biomédicos y establece relaciones de dominación hacia otros sistemas médicos y sus pacientes. Luego propone una democratización de la salud bajo un pluralismo médico que supere las relaciones asimétricas entre los sistemas médicos indígenas y la biomedicina. Establece la necesidad de un diálogo horizontal entre medicinas, es decir una interculturalidad en salud.

## **2.3. BREVES RESEÑAS DE LA BIOMEDICINA Y DE LA MEDICINA TRADICIONAL**

### **2.3.1. Biomedicina**

Desde la perspectiva interpretativa Arthur Kleiman (1995) escoge el término “biomedicina” para referirse a la medicina que se practica en la mayoría de los hospitales<sup>10</sup> (occidental, oficial, alópata, académica) ya que esta palabra contiene la significación ontológica más fiel respecto del estatus epistemológico de su accionar. Según el autor la tradición monoteísta de occidente determina la posibilidad de la existencia de una sola medicina, ya que los fundamentos metafísicos hablan de una verdad, una belleza y un Dios. Aristóteles establece una esencia bajo la sustancia intuyendo que la realidad es una tras una apariencia múltiple. Es la presunción de algo permanente, perfecto, objetivo y universal que disciplina los cambios y garantiza un orden natural y moral fijando las condiciones para su existencia.

En este contexto la biomedicina se centraliza en la materia del cuerpo y no establece una dialéctica entre materia y subjetividad del paciente. Para el biomédico la naturaleza es física, como dice el autor. *“Lo psicológico, lo social y moral son sólo epifenómenos que cubren la verdad de la esencia patológica y terapéutica. Lo verdadero es la biología como una estructura arquitectónica de asociaciones químicas. Los otros órdenes de realidad son por definición cuestionables (Kleiman 1995:30 traducción propia)”*

La biomedicina (científica, occidental, formal, moderna, alópata), es producto de una sola trayectoria histórica y, por ende, cualquier sociedad donde se aplique constará de conceptos comunes. Sus fundamentos para entender la enfermedad se hallan en la relación causa efecto comprobable a través del método científico, buscando respuestas dentro de los adelantos científicos occidentales. Tiene una visión particularista del cuerpo y del individuo, donde la enfermedad estaría producida por microorganismos externos

---

<sup>10</sup> Es importante recordar que la medicina China y Ayurveda, en sus países de origen, sí se practican en contextos intrahospitalarios y que no se basan en la misma racionalidad científica de la biomedicina. Estas medicinas representan tradiciones de conocimiento distintas, con sus propios mecanismos de legitimación y su propia institucionalización.

infecciosos o por un mal funcionamiento fisiológico.

El modelo biomédico se desprende de los planteamientos científicos iluministas del siglo XVIII cuando se separan irreconciliablemente el espíritu del cuerpo, lo físico de lo mental, ya que según la lógica cartesiana es necesario dividir para conocer. Se impone una visión mecánica del cuerpo y del universo.

El proceso histórico social que va constituyendo la biomedicina arranca desde la antigua Grecia con Hipócrates hacia 460 a.C. hasta nuestros días, el cual ha estado obviamente inmerso en el devenir del mundo occidental y su particular búsqueda de la verdad. En este sentido, desde el siglo XVII el conocimiento moderno se caracteriza por la búsqueda del estatus científico como el ideal de verdad, lo que en medicina implica una ruptura entre el arte de curar y el conocimiento de las enfermedades en la racionalidad médica occidental.

Según Madel y Camargo (1997) la ruptura entre el arte de curar y el conocimiento de las enfermedades –la clínica y las ciencias biomédicas respectivamente- se ha desarrollado a partir de cuatro momentos de crisis respecto del conocimiento y la práctica. Un primer momento estaría marcado por el período hipocrático, es cuando el pensamiento médico emprende una fuerte tendencia hacia la racionalización para establecer teorías de las enfermedades y métodos terapéuticos. Este hecho señalaría el comienzo del movimiento de la medicina occidental hacia la ciencia, es decir, el convertirse en una búsqueda sistemática de clasificar síntomas, enfermedades y síndromes bajo la búsqueda de explicaciones causales. Una segunda ruptura ocurriría a finales del Renacimiento, entre los siglos XVI y XVII, cuando las disciplinas científicas básicas, como anatomía, fisiología y patología, comienzan su proceso de acumulación, con el ideal de estructurar el conocimiento médico en términos científicos por sobre el conocimiento práctico de la experiencia de curar personas, es decir cuando el diagnóstico adquiere progresivamente hegemonía sobre la terapéutica. El tercer momento sería el surgimiento de la Medicina Social, cuando la base formal de la medicina clínica, centrada en la anatomía patológica se establece firmemente hacia el final del siglo XVIII. Es el momento analizado por Foucault en *El Nacimiento de la Clínica*. Por último una cuarta ruptura ocurriría luego de la segunda guerra mundial,

cuando se incrementa la intervención de los aparatos médicos Estatales y donde la eficacia esta por sobre la calidad de las intervenciones, estableciendo una ruptura en la relación medico/paciente (Madel y De Camargo 1997)

El momento analizado por Foucault (1999) también entraña un hecho determinante en el devenir de la medicina occidental. Con la irrupción de la anatomía patológica, el médico intenta ubicar la lesión en un lugar determinado del cuerpo, es una búsqueda de las causas por medio de la “*mirada*”. El examen médico y la localización de la lesión que causan los síntomas adquiere preponderancia por sobre la “*escucha*” del paciente. Es el surgimiento de una semántica médica que codifica el cuerpo y la enfermedad con sus propios signos y significados.

*“...el momento en el cual el mal, lo contranatura, la muerte, es decir todo el fondo negro de la enfermedad sale a la luz, o sea todo se ilumina a la vez y se suprime como noche en el espacio profundo, visible y sólido, cerrado pero accesible, del cuerpo humano. Lo que era fundamentalmente invisible se ofrece de repente a la claridad de la mirada, en un movimiento en apariencia tan simple, tan inmediato que parece la recompensa natural de una experiencia mejor hecha. (Foucault, 1999: 274 [1963])”.*

Para fines del siglo XIX las prácticas médicas adquieren características formales y mediatizadas por el accionar del Estado. El modelo médico moderno, según Comelles es producto de la coyuntura entre el modelo hipocrático-galénico de carácter empírico-naturalista y la incorporación de los paradigmas biológicos de la ciencia experimental. El cual da lugar a una medicina en torno a la consolidación del Estado-Nación moderno con una fuerte tendencia a la medicalización además de la institucionalización de ésta bajo dispositivos de protección social. (Obach 2003)

Según Foucault, la progresiva medicalización de la sociedad convierte a la biomedicina moderna como una estrategia biopolítica que se ejerce “*en el cuerpo y con el cuerpo*”. Identifica tres etapas para el surgimiento de la medicina social – como el autor llama a la biomedicina o “*medicina en occidente*”- los cuales giran en torno al interés del control del cuerpo como fuerza de trabajo, como instrumento laboral. Son la Medicina de Estado, la Medicina Urbana y la Medicina de la Fuerza Laboral. (Foucault 1992)

La Medicina de Estado se da en Alemania durante el siglo XVIII con la “*Policía Médica*” que combinó; un sistema Estatal de registro de datos como mortandad y natalidad, y los diferentes eventos epidémicos y endémicos en todo el territorio; dejar en manos de la Universidad la normalización de la práctica y del saber médico; una organización administrativa para controlar la actividad médica; y la creación de funcionarios médicos nombrados por el Estado quienes estaban a cargo de un grupo de población. (Op. cit)

La Medicina Urbana se desarrolló en Francia a fines del siglo XVIII con la idea de construir la ciudad como una unidad coherente y homogénea, ya que se consideraba que la desorganización de las urbes era la causa de las principales enfermedades epidémicas de las ciudades. Sus objetivos eran; analizar los lugares de acumulación de todo lo que podía generar y difundir fenómenos epidémicos; el control de la circulación y secuencia del agua y del aire. Con esto se ponía en conexión los conocimientos de la química y el saber médico, analizando el medio ambiente del hombre, el cuerpo y el organismo, lo que conlleva la aparición del concepto de salubridad como el estado de las cosas y del medio en cuanto afectan a la salud y así, la higiene pública deviene en el control político-científico del medio. (Op. cit)

Por último la Medicina de la Fuerza Laboral tuvo lugar a finales del siglo XIX en Inglaterra, que por esos tiempos experimentaba las consecuencias de la revolución industrial con un gran número de población proletaria. A partir de una epidemia de Cólera que comenzó en Francia y se extendió a toda Europa se cristalizaron una serie de temores políticos y sanitarios respecto de la población proletaria. Entonces, surge la idea de una intervención médica fiscalizada por el Estado como una forma de ayudar a los más pobres, y al mismo tiempo mantener un control por el cual se garantizaba la salud de las clases necesitadas y por lo tanto la protección de la población adinerada. Pero, a partir que el pobre se beneficia del sistema de asistencia, debe someterse a varios controles y acciones médicas como la vacunación obligatoria, la organización de un registro de epidemias y de las enfermedades susceptibles de convertirse en una, y la identificación de lugares insalubres y su destrucción oportuna. (Op. cit)

Por último, según Foucault fue el modelo Inglés de Simon del “Health Service”,

sucesor de la Medicina de la Fuerza Laboral, el que vinculó los tres grandes objetivos de la “Medicina Social”: La asistencia al pobre, el control de la fuerza laboral y el monitoreo de la salud pública (Op. cit).

Hoy en día la biomedicina construye su objeto como un desorden en los procesos biológicos, siendo este mismo su objeto de estudio y tratamiento. Este reduccionismo deshumaniza su práctica y al mismo tiempo permite una tecnologización en los tratamientos que deslegitima el sufrimiento social, e individual de los involucrados en un proceso terapéutico.

En síntesis el modelo biomédico es producto de la conciencia analítica de la realidad, donde la enfermedad se explica como la ruptura de mecanismos de regulación biológica y la etiología corresponde a una relación lineal de causa efecto; el diagnóstico es fruto de la anamnesis, exámenes y pruebas; y el tratamiento es a nivel sintomático. Además la biomedicina hoy en día es una institución organizada jerárquicamente donde los agentes de salud están legalmente legitimados por medio de instituciones de enseñanza, y el ejercicio de ésta es una práctica secularizada respecto que otros elementos integradores de la cultura como son la religión y la familia.

### **2.3.2. Medicina Tradicional / Indígena**

Desde una perspectiva histórica la medicina tradicional es muy anterior a la biomedicina. Con el advenimiento del positivismo, se elimina la especulación médica docta, filosófica y religiosa, usual hasta el comienzo del renacimiento: *“Así el estetoscopio, inventado en 1816, se convirtió en el símbolo del médico moderno, de manera análoga a lo que había sido el vaso de orina para su colega medieval (Medina 1988:12)”*.

Según Medina (Op. cit.), hoy, la medicina tradicional sería una fusión de elementos específicos de las tradiciones indígenas y componentes apropiados de la biomedicina. La medicina popular tradicional es producto del proceso de aculturación en que prácticas y creencias de la medicina aborígen pre-hispánica y de la europea medieval que fueron reinterpretadas, para hacerlas funcionar como un todo integral de partes físicas y psicológicamente conectadas. Al consolidarse el régimen colonial la medicina fue dual, es

decir la medicina académica y racional quedó al servicio de la clase dirigente, y la medicina sincrética estuvo al alcance de la masa popular.

Desde una perspectiva sistémica la medicina tradicional es una reinterpretación y una síntesis funcional de conceptos entre conocimiento indígena y el aporte del sistema políticamente dominante.

Por otra parte, según Estrella (1978), una primera característica de la medicina es que la salud y la enfermedad se explican mediante elementos religiosos, mágicos y empíricos; una segunda es que la enfermedad es un proceso que representa una parte de la vida del enfermo y de la propia comunidad; una tercera característica es que el tratamiento es racional con la etiología sobrenatural o natural que prevalece en el concepto; y por último, una cuarta particularidad es que los agentes de salud forman parte de la tradición y la vida de la comunidad, por lo que la relación terapeuta/paciente va más lejos de la propia enfermedad, hacia una relación interpersonal y social que enfrente la historia de dos individuos en el marco de una integración grupal.

Para Grebe (1988) las características transculturales de la medicina tradicional, se centran en que es patrimonio de un pueblo, transmitida oralmente, y en que los fundamentos se hayan en el conocimiento empírico del medio ambiente. Con la combinación de recursos empíricos y religiosos se busca mejorar síntomas tanto físicos como psicológicos bajo una visión integral del hombre, social, física y mental, así como los roles entre paciente y médico se caracterizan por la cercanía del lazo más allá de la atención terapéutica.

Por último, según Laplatine (1995), lo que caracteriza a éstas medicinas es la estrecha relación entre la causa y el tratamiento de la enfermedad, y la interrogante acerca del por qué de la enfermedad en relación a la subjetividad del consultante, es decir da una respuesta integral a una serie de insatisfacciones tanto somáticas como culturales y sociales.

En relación a una definición de medicina tradicional es importante detenerse en el análisis que Menéndez (1994) realiza en cuanto a como se ha tratado el tema. Según el autor las investigaciones en torno a la medicina tradicional han sido planteadas en términos tipológicos, estableciendo una autonomía respecto de los “otros tipos de medicina” en la

cual esta escasamente afectada por los procesos de transformación propios de cualquier institución social. Por lo tanto ha adquirido una categoría más ideológica que técnica, en cuanto es definida a partir de tres características que impiden comprenderla en toda su complejidad. En primer lugar las prácticas médicas tradicionales estarían referidas solamente a grupos que son a priori definidos como tradicionales; en segundo lugar se le otorga la posición de opuesta o antagónica a la biomedicina; y en tercer lugar tendría una condición poco modificable en el tiempo, otorgándole una suerte de esencialismo que implica su desaparición por la incompatibilidad con los procesos dominantes.

Por lo tanto Menéndez insiste en la importancia de comprender la “medicina tradicional”<sup>11</sup> desde el enfoque relacional, es decir en referencia al sistema cultural dentro del cual el grupo utiliza un espectro de representaciones y prácticas producto de un conjunto de saberes que redefinen continuamente el sentido, y significado de la “medicina tradicional”. Con esto busca comprender este tipo de prácticas médicas en constante transformación, intentando des-ideologizar el término. Es decir busca comprenderla a nivel de las prácticas, ya que en palabras del autor *“Es en el sistema funcionando que veremos operar procesos de síntesis, de yuxtaposición o de exclusión de prácticas, pero que, en los conjuntos sociales, se organizan de una determinada manera (Menéndez 1994:75)”*.

Por lo tanto, al intentar definir medicina tradicional los límites se mezclan entre la popular y la étnica pero algo común a todas las medicinas tradicionales, es que sufren la embestida del sistema biomédico el cual pone en duda sus conceptualizaciones de salud y enfermedad.

---

<sup>11</sup> Menéndez se cuida de utilizar el concepto de “medicina tradicional” y prefiere hablar de saberes populares, intentado subsanar de momento el problema respecto a una definición del término.

## **2.4. INTERCULTURALIDAD**

En los últimos años ha surgido con fuerza la noción de interculturalidad para referirse a un sinnúmero de situaciones que involucran, de alguna manera, el contacto entre culturas diferenciadas.

Luego del incipiente reconocimiento de Chile como un país multiétnico, el empleo de estrategias interculturales con las culturas indígenas de nuestro país se presenta como una nueva alternativa para abordar el desarrollo con pertinencia cultural.

Sin embargo, el concepto de interculturalidad actualmente está escasamente definido y analizado. Por ende en las siguientes páginas se intentará acercarse a una definición del concepto y encontrar elementos que faciliten la comprensión de la discusión entorno al tema de la salud intercultural.

### **2.4.1. Cultura y cambio cultural**

Al hablar de interculturalidad estamos frente a la palabra cultura. La búsqueda de una definición de cultura ha sido el gran problema y, a la vez el motor de la antropología, ya que la cultura sería su “objeto de estudio”, un objeto compuesto de sujetos, por lo tanto la cultura es sin duda subjetiva, movédiza, escurridiza, múltiple, heterogénea y continua. Definiciones de cultura existen muchas en la disciplina social, dependiendo del enfoque desde el cual se la intente explicar.

Para efecto de esta investigación la cultura es lo que hace inteligible el mundo, es la interpretación que un grupo de personas construye, simboliza y aprende respecto de su entorno. Cultura, en esta investigación se comprende desde el enfoque simbólico.

En este sentido, Clifford Geertz (1973) plantea que la cultura consiste en estructuras de significado establecidas socialmente, es el contexto donde las instituciones, las conductas, y los sucesos o procesos sociales son inteligibles a un grupo social determinado. En otras palabras, es como una *“telaraña en la que el hombre está suspendido y cuyo significado el mismo ha construido”*<sup>12</sup>. Por lo tanto la cultura se comprende desde un

---

<sup>12</sup> En: Bohannan y Glazer (1993:548).

análisis semiótico de ella, bajo una jerarquía estratificada de estructuras significativas<sup>13</sup>.

Según Bahamondes (2001) esta telaraña de signos y significados da sentido al quehacer de un grupo de personas, donde ellas son intérpretes activos de las representaciones que heredan, las cuales construyen y reconstruyen. Es decir es una telaraña en permanente construcción, ampliación y remodelación, donde los sujetos son los obreros, y es la propiedad plástica de las culturas lo que permite que sean dinámicas y múltiples.

Son múltiples porque en esta construcción colectiva de estructuras significativas, cada obrero contiene su propia historia y su ubicación particular dentro de la telaraña, existiendo muchos lugares e historias dentro de un mismo conjunto de sujetos que tejen la trama cultural. En este sentido, un sólo sujeto difícilmente será portador de todas las estructuras significativas que constituyen la gran telaraña en la cual esta suspendido.

Así, trabajar con culturas implica explorar sus múltiples facetas que sólo son posibles de interpretar si renunciamos a ver los hechos culturales como objetos, “como esencias museificadas”. Así mismo si buscamos comprender las culturas a partir de su carácter relacional, analizando conflictos étnicos y sociales, evitamos una naturalización de la cultura, una suerte de objetivación de ella. Evitamos, a fin de cuentas, una folklorización, ya que una interpretación de los grupos culturales no puede ser a partir de esencias intrínsecas porque reduciría su complejidad y profundidad. Por lo tanto, de acuerdo a este planteamiento, es necesaria una comprensión en relación a las circunstancias históricas, sociales, y económicas para poder entender sus procesos de resemantización que dan nuevos sentidos a la existencia de los sujetos suspendidos en la telaraña (Bahamondes 2001).

En otras palabras, lo que se busca es evitar lo que en palabras de Marc Augé es la “tentación de la totalidad”, es decir la tendencia a concebir la cultura como un todo integrado, lo que conlleva a una visión generalizante de la cultura caracterizándola a partir de su condición pasada, ajustándola a un formato donde se minimizan las discontinuidades

---

<sup>13</sup> Es la postura interpretativa de la cultura, donde esta se concibe como texto factible de interpretación, un texto con connotaciones que hacen legible el mundo a partir de signos y sus significados para un grupo social determinado.

y sobresaltos de su desarrollo histórico, las incoherencias y complejidades estereotipándola en un meta relato de la cultura. (Bahamondes 2001)

Por otro lado las culturas contendrían particulares orientaciones cognoscitivas que dejan su impronta en la configuración de un mundo de vida, de una realidad determinada del sujeto cultural. Por tanto el significado es impuesto a la realidad por la cosmovisión o mundos de vida que son construcciones mentales que configuran la realidad en la que actuamos. Así, los significados coproducidos en la experiencia tendrían por consecuencia, que la vivencia en un mundo de vida se determina recíprocamente con los significados que la orientan. Como afirma Sepúlveda (1996), *“Mi modo de ser en mi cultura es constitutivo de mi comprensión y de mi posibilidad de comunicarme. Incluso, los ámbitos de prácticas que, al interior de mi cultura, yo comparto con algunos, pero no con otros, condicionan algunas distinciones que solo son relevantes y comunicables en esos ámbitos de práctica. Mi comprensión de otros mundos solo es posible en los términos de mi mundo (Op. cit: 95)”*

Para una discusión en interculturalidad es necesario comprender que el cambio es una dimensión sustancial de la cultura, el cual generalmente se produce por intercambio y prestamos de elementos de otras culturas. Sin embargo en situaciones de contacto cultural, generalmente se despliegan procesos de dominación de un grupo por sobre otro, donde el cambio cultural se presenta más bien como imposición que como préstamo. Es el caso de la historia de los pueblos indígenas donde las interacciones con la cultura dominante son fundamentalmente conflictivas ya sea como resistencia o como reelaboración de significados.

En este sentido, los planteamientos de Bonfil Batalla (1983; 1991) acerca del “control cultural”, iluminan el análisis para comprender los procesos de cambio en situaciones de contacto en las cuales culturas contrastantes están vinculadas por relaciones asimétricas, es decir de dominación y subordinación

El autor entiende por control cultural la capacidad de decisión, producción y reproducción sobre los elementos que conforman una cultura. Este control se refiere a un

proceso histórico y social donde los individuos del conjunto son sujetos activos. Los elementos culturales van desde los aspectos materiales hasta los componentes ideológicos de la cultura. Es decir hace referencia a la capacidad de respuesta de las culturas locales en los procesos de adaptación ante las nuevas necesidades y exigencias generadas por el contexto mayor en el cual están insertas.

El control cultural conjuga cuatro ámbitos o categorías de una cultura; a) la cultura autónoma es aquella en que el grupo social tiene poder de decisión sobre sus propios elementos culturales y es capaz de producirlos, usarlos y reproducirlos; b) la cultura impuesta es aquella en que ni las decisiones, ni los elementos culturales son del grupo, pero los resultados de este proceso entran a formar parte de la cultura total del grupo; c) la cultura apropiada siendo aquella en que los elementos culturales son ajenos, en el sentido de su producción y reproducción, pero el grupo los usa y decide sobre ellos, y por último; d) la cultura enajenada se refiere a situaciones en las cuales los elementos culturales son propios pero las decisiones ajenas.

Los ámbitos de la cultura autónoma y la cultura apropiada conforman la cultura propia a partir de la cual se ejerce la inventiva y creación cultural, constituyéndose en el motor de la capacidad social de producción cultural autónoma. Es lo que permitiría al grupo concebirse como una unidad diferenciada, como dice el autor: *“La continuidad histórica de una sociedad, es posible porque posee un núcleo de cultura propia, en torno al cual se organiza y se reinterpreta el universo de la cultura ajena. La identidad contrastante, inherente a toda sociedad culturalmente diferenciada, descansa también en ese reducto de cultura propia (Bonfil Batalla 1991:52)”*

La presencia de los ámbitos de la cultura impuesta, la cultura apropiada, la cultura autónoma y la cultura enajenada se refieren a los procesos socioculturales de a) resistencia de la cultura autónoma; b) imposición de la cultura ajena; c) apropiación de elementos culturales ajenos; d) enajenación de las decisiones sobre elementos culturales propios; e) innovación de nuevos elementos culturales a partir de la cultura autónoma; y f) supresión o prohibición de elementos culturales que originalmente formaban partes de la cultura autónoma.

Los procesos de enajenación, supresión e imposición conducen a una reducción del ámbito de la cultura autónoma de los pueblos colonizados y al contrario los procesos de resistencia, apropiación e innovación permiten la mantención de una cultura contrastante y con un proyecto común a los integrantes de un grupo cultural.

En síntesis, al hablar de cultura, estamos frente a esta telaraña que es dinámica, y que varía en el tiempo y el espacio, a partir de la reelaboración, apropiación, e invención de nuevos significados, de la resistencia por la mantención de ciertos elementos culturales y por la supresión y enajenación de otros en situaciones de contacto cultural, configurando una telaraña, en permanente movimiento, heterogénea y múltiple, dentro de la cual el sujeto encuentra un contexto con el cual dar sentido más o menos coherente al entorno que lo rodea y a partir de la cual intentará comprender al otro.

#### **2.4.2. Definiciones y características de la Interculturalidad**

El término de interculturalidad se ha prestado para hablar de un sinnúmero de realidades de contacto interétnico; sin embargo, se pueden apreciar ciertos niveles discursivos dependiendo de la postura desde la cual se habla.

Primeramente es posible hablar de interculturalidad simplemente cuando existen contactos entre dos pueblos diferenciados culturalmente. En consecuencia todos seríamos interculturales en la medida que nuestra cultura es producto de aportes que se han mezclado, confrontado, separado y unido (Bahamondes 2001) Asimismo también se puede entender la interculturalidad como un desafío, y por lo tanto una voluntad, en pos de lograr un diálogo horizontal entre distintos grupos culturales.

Según Donoso (2003) las relaciones interculturales poseen tres características: en primer lugar en ellas hay una confrontación de naturalizaciones, donde cada cultura se presenta ante la otra como un universo autosuficiente, legítimo y necesario. En segundo lugar, las personas involucradas en la relación se desenvuelven a partir de sus propios modelos, es decir, con su cultura interpretan las acciones y discursos del “otro”<sup>14</sup>. Y por último, en tercer lugar, las relaciones interculturales tendrían una esencia autocrítica ya que

---

<sup>14</sup> Cuando se comprende al “otro”, se lo integra y con ello se expande la cultura; si no se comprende, se inventa a partir de analogías con la cultura propia.

depararían una suerte de cuestionamiento a las premisas culturales, a la forma de ver y estar en el mundo de los sujetos confrontados a otras formas de estar en el mundo que, en un primer momento, se ven como sin sentido.

Según Godenzi (1996), el término “interculturalidad” podría tenerse en cuenta para la descripción de “*una realidad signada por la diversidad en la que de hecho se dan mutuos intercambios (Op. cit: 14)*”, sin embargo si tomamos el término como desafío, en el contexto latinoamericano, la interculturalidad se convierte en una tarea, un proceso conducente que pretende lograr una situación que supere una realidad fuertemente marcada por el conflicto y las relaciones de poder asimétrico a través de una negociación social, a partir de relaciones dialógicas y equitativas en términos económicos, políticos y sociales.

La interculturalidad como propuesta teórica emergente en América Latina se presenta como un desafío que asume la resolución de las relaciones asimétricas de poder en el marco de un contacto interétnico, como un antecedente necesario para la superación de las contradicciones socio-económicas. Perspectiva desde la cual la construcción de estrategias de desarrollo tiendan a fortalecer las instancias de decisión y de control cultural de los grupos sociales, de modo que sean éstos y en el contexto de sus propias dinámicas locales, quienes articulen los parámetros que permitan resolver tanto las condiciones de precariedad socioeconómica como su reproducción sociocultural en el tiempo.

Sin embargo para Martínez (1996) lograr la interculturalidad implica superar un “falso dilema”: el del universalismo v/s el particularismo cultural. La autora plantea que por un lado la opción particularista desembocaría rápidamente en la búsqueda de una esencia ahistórica de la cultura, donde todo cambio y aparición de nuevas necesidades y préstamos culturales estará estigmatizado de inauténtico. Es aquí donde la reflexión cultural se cierra a la autocrítica, imposibilitando ver a la cultura como una creación colectiva e histórica y que por lo tanto es dinámica, múltiple y compleja, condenándola a la desaparición por entropía. Por otro lado la opción de “La Cultura Universal” es la idea de la Ilustración que rige las posturas asimilacionistas de occidente, donde simplemente la tradición y la diferencia de las culturas locales, deberán desaparecer en pos de lograr “La Civilización”. Por ende ambas posturas terminan a, fin de cuentas, por hacer desaparecer al otro, tanto por

negar sus procesos históricos específicos como por desvarolizar sus diferencias.

En este sentido, para la interculturalidad ni lo particular ni lo universal es lo importante, lo relevante esta en la articulación entre culturas en cuanto a cómo se plantean las relaciones y con qué racionalidad éstas se rigen. Se trata por tanto, de elaborar un paradigma no en los contenidos culturales que se intercambian si no en el aspecto formal de cómo estos contenidos se comunican para construir nuevos significados.

Es decir, según Sepúlveda (1996), la comunicación intercultural tiene que ver con la mediación semiótica, con la posibilidad de articular simbólicamente dos mundo de vida en un dominio de construcción de conocimiento, en tanto los participantes en las conversaciones negocian el sentido de sus respectivas orientaciones cognoscitivas. Esta instancia requiere de la “simetría del discurso” ya que en la medida en que la relación es asimétrica nos movemos desde la articulación simbólica hacia la violencia simbólica, donde la información pasa a ser arbitraria y sin sentido para el grupo en una posición subordinada. Desde esta perspectiva las tradiciones culturales respectivas no son un obstáculo para la comunicación sino que la constituyen

De este modo, la interculturalidad se abstrae como producto de relaciones sociales e interétnicas de cooperación sostenidas en el tiempo, las que superan las barreras y resistencias comunicativas en la medida que se reconocen y/o crean universos de significados y significantes, no necesariamente iguales, pero ya no antagónicos ni incomprensibles, sino que interculturales. Estas nuevas relaciones y convivencia requieren que a partir de características formales de las interacciones, a saber, que las personas participantes de la interacción se asuman y acepten como sujetos autónomos y que la relación se funde en el respeto, valoración y simetría entre las partes, se logren instituir relaciones de cooperación, en que el diálogo sea la tónica que permita generar nuevas síntesis interculturales (Donoso 2003)

### **2.4.3 Interculturalidad en salud**

La medicina de cada grupo cultural es por cierto, una parte de la telaraña donde esta suspendido el hombre, como todo componente cultural es dinámica y esta afectada por los procesos de transformación. Entender la medicina desde otro punto de vista sería nuevamente, simplificar la cultura y condenar la medicina tradicional a su desaparición.

En la medicina no solamente intervienen las técnicas médicas sino que estas también están saturadas de contenidos sociales y culturales. Como diría Taussig (1995), basta con revisar los significados que han tenido los signos o síntomas como la delgadez, la obesidad, los olores, la sangre etc... que adquirieron sentidos y significación distintos en diferentes momentos de la historia. *“Las manifestaciones de una enfermedad son como símbolos, y el médico que diagnostica los ve y los interpreta con el ojo entrenado por las determinaciones sociales de la percepción (Op. cit 115)”*.

Entendiendo que toda medicina esta afectada por los procesos de transformación Menéndez (1994), plantea el enfoque relacional es decir, que la medicina además de ser analizada en el nivel técnico debe ser descrita y analizada en referencia a las múltiples relaciones dentro las cuales intervienen como las institucionales, étnicas y socioculturales. Por lo tanto lo pertinente es remitir las distintas prácticas y representaciones médicas al campo social en cual se constituyen y entran en relación con los diferentes saberes; así, la forma en que cada grupo articula su saber médico con el saber de otros sectores es lo posibilita entender su tipo de saber.

Sin embargo, según Lock y Nitcher (2002) en lo que se refiere a salud intercultural la “mezcla de medicinas” muchas veces solamente son consideradas legítimas cuando encajan en el proyecto de Estado Nación de modernidad reflexiva. Bajo estas estrategias habría claramente un ensayo en que el Estado ocupa biomedicina, salud pública y medicinas tradicionales como instrumentos de gobernabilidad y de control social. Esta coyuntura es importante para un examen crítico y global de la agenda de salud pública y cómo las agencias de salud y desarrollo influyen en las políticas nacionales de salud que en el nombre del mejoramiento de la calidad de vida, racionalizan, y hacen elecciones que a fin de cuentas, homogeneizan prácticas en el nombre de la eficiencia.

En cuanto a la posibilidad de creación de nuevas tramas de la “telaraña” y siguiendo a Menéndez (1994), es en el análisis de la posibilidad de articulación de los dos tipos de servicio que emergen de manera explícita o implícita, cuestionamientos mutuos, así como las formas de articulación posible dadas las relaciones de hegemonía/subalternidad que operan entre los mismos.

Sin embargo, antes de todo, esta posibilidad de articulación no saldrá de su etnocentrismo que los caracteriza sino se funda en el reconocimiento de las estructuras cognoscitivas de las otras culturas y les faciliten espacios de diálogo, sobre esa base, puedan construir nuevas prácticas y conocimientos.

Por consiguiente para que la comunidad se abra a un diálogo verdaderamente intercultural en salud se necesita reconocer la relatividad histórica-cultural del sistema biomédico con el propósito de lograr la legitimación y la equidad en el acceso a la salud, lo que se traduce en *“la capacidad de moverse entre los distintos conceptos de salud y enfermedad, los distintos conceptos de vida y muerte, los distintos conceptos del cuerpo biológico, social y relacional”* (Oyarce 1996 77).

#### **2.4.4. Algunas diferencias entre biomedicina y medicina tradicional**

La biomedicina ha tenido una trayectoria histórica que, desde sus comienzos, las técnicas en los tratamientos van de la mano con los avances científicos occidentales, buscando relaciones comprobables de causa efecto para explicar la presencia de enfermedad. En cambio, la medicina tradicional ha tenido tantas trayectorias históricas como culturas<sup>15</sup> podemos encontrar. Una característica común a todos los sistemas tradicionales, es que sufren la embestida del sistema biomédico que pone en tela de juicio sus conceptos de salud y enfermedad (Velimirovich (ed) 1978)

Lo que sucede, según Menéndez (1994), es que la biomedicina tiende continuamente a expandirse directa o indirectamente sobre las prácticas y representación populares, *“no solo se va constituyendo en parte de las mismas, sino que su proceso expansivo suele exigir que otras formas de atención de la enfermedad adquieran un carácter subalterno, que*

---

<sup>15</sup> “culturas” en este punto se refiere a culturas indígenas o populares.

*supone en determinados casos la apropiación de dichas formas de atención, a partir de incluirlas en su racionalidad técnica ideológica” (1994: 80).*

Para Menéndez (Op. cit) dada su concepción ideológico-técnica, la biomedicina relega o descalifica los procesos de eficacia simbólica y no se preocupa por el papel que cumplen los practicantes tradicionales en los procesos de integración y cohesión social. Y cuando existe un interés de parte de la biomedicina este simplemente se reduce a la utilización de ciertas técnicas populares como un recurso subordinado a la biomedicina, con el objetivo de mantener un control sobre sus practicantes y una integración de los grupos culturalmente distintos al sistema biomédico.

Las diferencias entre la medicina tradicional y la biomedicina pueden verse fundamentalmente en sus concepciones de enfermedad, tratamientos y la entrevista terapéutica.

La biomedicina comprende la causa de la enfermedad como la acción producida por agentes infecciosos o un mal funcionamiento fisiológico, bajo una visión mecanicista fija la vista en el órgano enfermo o los desordenes químicos del organismo. La medicina tradicional en ocasiones explica el origen de la enfermedad producto de la trasgresión de normas culturales; en otras ocasiones, también posee explicaciones naturalistas de la enfermedad en cuanto a desordenes biológicos y ambientales, y en sus explicaciones a la presencia de la enfermedad existe una visión holística que fija la vista en el conjunto que constituye al sujeto enfermo.

Siguiendo a Taussig (1995), a la hora de explicar el sentido de la enfermedad, es decir, el “¿por qué?” La biomedicina no tiene respuesta por que la ciencia actual no puede explicar el sentido humano de los efectos físicos. Sí puede referirse al “cómo”, a partir de las deducciones causa efectos y es aquí donde falla en la búsqueda de certidumbre y de sentido de los eventos de padecimiento o enfermedad. Por otro lado, las etiologías premodernas son simultáneamente físicas, sociales y morales, y la enfermedad será también social y su tratamiento deberá encarar esa síntesis de orden moral, social y físico.

Las diferencias entre los tratamientos de la medicina tradicional y la biomedicina se refieren a que la medicina tradicional se enfoca a curar al enfermo y la biomedicina se

enfoca a curar la enfermedad. Además las estrategias curativas en la medicina tradicional muchas veces implican una fuerte participación de la colectividad en la cual el grupo juega un rol importante en devolver la salud al enfermo, en cuanto la impronta social de la participación colectiva implica una contención del enfermo y al mismo tiempo una reinserción de este en el grupo. Por su parte, en la biomedicina los tratamientos suelen ser mas íntimos apuntando específicamente a la relación entre el terapeuta y el consultante, donde la subordinación del paciente y su colectividad cercana debe ponerse bajo las indicaciones del médico. Sin embargo esto último también sucede en la medicina tradicional donde las indicaciones generalmente también deben seguirse tanto por el enfermo como por su colectividad. A fin de cuentas la diferencia radica en que en la medicina tradicional la colectividad juega un rol activo en la sanación bajo las órdenes del practicante tradicional, mientras en la biomedicina es más bien pasiva.

Una tercera diferencia entre ambas concepciones médicas es la relación médico paciente que se da en la entrevista terapéutica; en el caso de la biomedicina, el lazo se establece de manera impersonal, buscando en la medida de lo posible una objetividad, que permita al médico una posición de autoridad sobre el diagnóstico que realiza ante el paciente. El biomédico debe evitar hacer juicios de valor ante la enfermedad consultada. En el caso del médico tradicional establecer una empatía con el paciente que permita un conocimiento acabado de su estado social, ambiental y emocional resulta determinante en el diagnóstico y en su posterior tratamiento.

Una cuarta diferencia radica en la certificación, es decir la legitimidad del practicante. En ambas medicinas es un paso importante, sin embargo se establece un punto clave que diferencia el ejercicio de las distintas prácticas y se refiere a la fuente de legitimación de los sistemas médicos. En la biomedicina la certificación viene de parte del Estado bajo un código legal y de la comunidad nacional en general, en lo referente a la profesionalización de sus prácticas y las instituciones donde se realizan. Para la medicina tradicional la certificación esta dada de manera ritual bajo una iniciación del discípulo y es la comunidad quien legitima las capacidades del practicante a partir de la prueba cotidiana de su don de sanador.

La biomedicina, para efectos de su análisis, se puede tomar también como etnomedicina en el sentido que es un sistema simbólico que responde a su propia historia, a su propio lenguaje, espacios y organización propia y que se caracteriza por depender cada vez más de la tecnología (Arratia 1996), por ende como cualquier sistema simbólico fácilmente peca de etnocéntrico, así como también tiene un fuerte componente de control de la sociedad occidental.

Por último, es importante consignar que producto de las investigaciones hechas en el campo de la calidad de la atención biomédica, se han venido visualizando los efectos negativos que a veces tiene la dicotomía mente/cuerpo y lentamente, durante los últimos treinta años, la biomedicina ha hecho esfuerzos por integrar al paciente en una dinámica mente y cuerpo, reconociendo, por ejemplo, las enfermedades psicosomáticas y las enfermedades ambientales como producto de una compleja relación entre mente y cuerpo. En este sentido se han venido planteando la importancia de la reflexión en los aspectos psico sociales y culturales de los procesos vitales altamente medicalizados en las sociedades contemporáneas, como son la sexualidad, embarazo, parto y las enfermedades mentales (Junge 2001).

A modo de resumen se presenta el siguiente cuadro que explicita las diferencias entre ambas concepciones médicas.

Cuadro 1: Diferencias entre concepciones médicas

	<b>Biomedicina</b>	<b>Medicina (Tradicional) Indígena</b>
<b>Enfoque</b>	<b>Mecanicista:</b> la vida es una serie de fenómenos físicos y químicos, regida por las leyes mecánicas (1845 Virchow, patólogo).	<b>Holístico:</b> La vida como una unidad, donde lo social, mental, ambiental, productivo y espiritual esta dentro de cada individuo (Mamani 1996; Arratia 1996; Sánchez 1982).
<b>Etiología de la enfermedad</b>	Causa específica: <b>origen microbiano</b> ; o perturbaciones físico químicas de la actividad celular que lleva a alteraciones en la función de ciertos órganos; <b>mal funcionamiento fisiológico.</b>	Causas <b>sobrenaturales:</b> intromisión de fuerzas maléficas, , abandono del espíritu, <b>sociales y ambientales:</b> desequilibrio ambiental, social y mental y <b>naturales:</b> desórdenes biológicos
<b>Relación consultante / practicante</b>	Imparcial y profesionalizada, centrada en los aspectos fisiológicos	Familiar y prolongada, centrada en los aspectos emocionales, productivos y comunitarios.
<b>Tratamientos</b>	Enfocados a curar la enfermedad a través de extrema sofisticación tecnológica, drogas producidas en laboratorios y manipulación intrusiva de órganos afectados: <b>cura la enfermedad</b>	Enfocados a la sanación del enfermo a través de rituales, herbolaria nativa, dietas especiales y acciones sacras: <b>cura al enfermo</b>
<b>Legitimación</b>	Método científico que se basa en el principio de relaciones causa-efecto comprobables. Desde el Estado a través códigos legales.	Mágico-mítico/sagrado y empírico. La comunidad en la prueba y error legitima los conocimientos.
<b>Salud:</b>	Ausencia de enfermedad	Equilibrio entre medio ambiente, sociedad, (espíritu) y cuerpo

En síntesis, las medicinas aquí analizadas corresponden a tramos de distintas telarañas. Ambas están incrustadas en distintas estructuras y al mismo tiempo constituyen los cimientos para su constante construcción y reconstrucción, donde distintas personas permanecen suspendidas.

## **2.5. NOCIONES PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

Con la intención de facilitar un análisis de la realidad de las medicinas de los distintos grupos culturales enfrentados en escenario de San Pedro de Atacama, se presentan a continuación las nociones conceptuales desde las cuales se desprenderá el posterior análisis.

### **2.5.1.-Sistemas médicos/ Modelos médicos**

Toda medicina se constituye en estructuras conceptuales (modelos) y estructuras organizacionales (sistemas), componentes que están fuertemente relacionados.

Los modelos médicos constituyen estructuras conceptuales cognitivo-culturales que conllevan una serie de supuestos y asunciones construidos histórica y culturalmente por un grupo social determinado. Se refiere al estatus epistemológico y ontológico de un dominio de realidad dado y por lo tanto determina los marcos de referencia de las valoraciones y acciones de los individuos. Los modelos médicos definen las cualidades y propiedades de la “realidad” de las “cosas” en cuanto a su relación e interacción con lo humano. Por ende establece las posibilidades del conocimiento que se puede dar en torno al cuerpo y la enfermedad, así como establece las categorías para entender los fenómenos como la vida y la muerte (Vidal 1996).

Los modelos médicos tendrían una suerte de objetivación en los sistemas médicos.

Los sistemas médicos son estructuras organizacionales que derivan sus conceptualizaciones de un modelo médico determinado. Tienen una existencia empírica observable que se constituye en un conjunto organizado de instituciones, recursos, prácticas y procedimientos respecto de un modelo cultural dado. Determina roles, status y funciones; mecanismos de reclutamiento y legitimación de sus prácticas; técnicas terapéuticas y diagnósticas; recursos materiales y tecnologías a emplear; escenarios y contextos de funcionamiento; y códigos y lenguajes específicos. (Op. cit 1996)

Se define sistema médico como “...*el conjunto organizado de recursos humanos, tecnologías y servicios específicamente destinados y práctica de una medicina para la atención de la salud individual o colectiva*” (Pedersen 1989). El sistema médico cuenta con tecnologías (drogas, adivinación, hierbas, procedimientos médicos) y practicantes (médicos, enfermeras, brujos, curanderos, parteras etc...) los cuales están integrados en un sustrato ideológico que forma parte del repertorio cultural de una sociedad determinada.

### **2.5.2. Etiologías:**

Según Foster y Anderson (1978), es posible definir dos grandes tipos de enfermedades según sus causas. Por una parte las enfermedades personalistas<sup>16</sup> tienen como agente de causalidad del medio ambiente animado o producto de recurrir a un especialista para causar un mal; en este sentido, serían lo que comúnmente se llama síndromes culturales con una sintomatología clara y distinta entre distintos grupos culturales. Por otra parte, están las enfermedades naturalistas<sup>17</sup> que tienen como causa un desequilibrio tanto con el entorno, como en el mismo organismo de la persona.

Las causas personalistas se refieren a la intervención de personas o agentes con poderes sobrenaturales quienes envían una enfermedad al individuo cuando éste rompe una norma o mantiene relaciones comunitarias conflictivas. Generalmente, el individuo es víctima de brujos, seres sobrenaturales presentes en la naturaleza o de los antepasados quienes sancionan haciendo caer la enfermedad sobre la persona que ha trasgredido alguna norma.

Las causas naturalistas se refieren a un desequilibrio entre elementos del cuerpo y del medio ambiente, es decir, la explicación de la presencia de una enfermedad es impersonal. Este tipo de explicación se ajusta a la biomedicina en cuanto hace referencia a agentes microbianos que producen un daño funcional.

Existiría además otra causalidad que se refiere a los estados emocionales por los cuales pasa la persona, debido a una descarga emocional fuerte producto de un encuentro inesperado, una situación traumática o un problema irresoluto. Dependiendo de la significación cultural que tengan estos eventos las enfermedades que produzca se referirán tanto a causas personalistas como naturalistas.

Generalmente tanto las enfermedades de causas emocionales y personalistas pueden ser agrupadas en las enfermedades de etiologías místicas

Por último los agentes intermediarios aportan un importante punto de contraste entre

---

<sup>16</sup> También denominada etiología mágica (O. Simmons) o sobrenatural (H. Seijas; P. Nurge) (Comunicación personal Mónica Weisner 2006).

<sup>17</sup> También denominada etiología empírica (O. Simmons), no sobrenatural (H. Seijas) o natural (P. Nurge). (Comunicación personal Mónica Weisner 2006).

los sistemas personalistas y naturalistas.

En los sistemas naturalistas la enfermedad generalmente se explica por una sola causa, por ejemplo, el excesivo calor o frío en el cuerpo, lo cual rompería el equilibrio natural. Por su parte los sistemas personalistas son más complejos ya que dos o más niveles de causalidad pueden ser distinguidos, y en la curación, estos niveles deben ser tenidos en cuenta. Como mínimo se distingue el agente personal (el brujo, fantasma o deidad) y la técnica usada por el agente (como intromisión de un objeto enfermo, veneno, abandono del alma, posesión, o brujería), pero estos actos por sí solos, usualmente no son suficientes. El agente que esta detrás del acto debe ser identificado y castigado, de lo contrario la recuperación será poco efectiva y no permanente.

Los diferentes niveles de causalidad, como veremos, son críticos para un entendimiento de las bases diferenciales de las técnicas curativas encontradas en las dos medicinas.

### **2.5.3. La Entrevista Terapéutica**

Una instancia donde es posible ver el operar del cruce entre sistema y modelo médico es en la entrevista terapéutica. Es la interacción que se da entre el individuo que cree tener una enfermedad y el practicante de un sistema médico determinado (Foster y Anderson 1978). Los roles entre practicante médico y consultante se definen en una relación de poder donde generalmente el consultante es subordinado a los conocimientos del sanador, sin embargo las características de los roles que se asuman en esta relación dependerán de cómo se concibe, el cuerpo, las causas de la enfermedad, y la muerte en cada modelo médico.

En la entrevista terapéutica es posible visualizar la relación médico / paciente bajo ciertos roles interdependientes y complementarios que se analizan en dimensiones pares de oposición. El par *restringido / universal* da cuenta que el número de personas reconocidas dentro de un grupo como capaces de curar, es pequeño en contraste que toda persona a lo largo de su vida padece alguna enfermedad. La pareja *permanente /temporal* expresa que el rol de sanador es por toda la vida, en cambio la calidad de enfermo la mayoría de las veces es momentánea, es decir el sujeto muere o se cura. Para la biomedicina, en el caso de

los pacientes crónicos, esta relación se ha vuelto casi permanente debido a los adelantos tecnológicos y farmacéuticos que buscan mantener al enfermo estable durante largos periodos con el objetivo de evitar la muerte, a veces costa de la calidad de vida de la persona enferma. Otra pareja de oposición es *voluntario/involuntario* que estaría formulando qué el practicante médico elige voluntariamente su rol, en cambio el paciente no elige enfermarse, sin embargo cuando vemos las enfermedades sicosomáticas no queda muy claro en que punto una enfermedad es involuntaria. Kleiman (1995) señala que cuando el sujeto se encuentra en un prolongado estado angustioso producto de una problemática familiar, económica o social la incapacidad de ver una salida a esta crisis la persona enuncia y genera síntomas patológicos. Por lo tanto la involuntariedad de sentirse enfermo es cuestionable en cuanto la calidad de enfermo muchas veces puede ser un estado buscado conciente u inconscientemente. También es el caso del shamán que es elegido por las deidades que lo eligen en su rol de sanador, y si este se negara a desarrollar su don caería con facilidad en peligro de muerte, demencia o sufrimientos permanentes.

Por último el consultante estaría supeditado a las decisiones del sanador estableciendo el par *supeditado/subordinado* (Foster y Anderson 1978).

En la entrevista terapéutica generalmente se produce la anamnesis, donde se establecen los antecedentes del consultante. Las características y profundidad de la relación dependerá del modelo médico que articule la relación: en este sentido los antecedentes pueden ir simplemente de un par de preguntas acerca de las patologías hereditarias presentes en la familia y de intervenciones quirúrgicas anteriores, como es el caso de la biomedicina, o como una larga conversación acerca de los problemas en la producción, en la comunidad y en la familia como generalmente es el caso en la medicina tradicional.

La relación practicante/consultante variará en función del modelo médico en el cual se contextualiza esta comunicación, a partir de lo cual, se formulará un diagnóstico y el tratamiento a seguir. La eficacia terapéutica de la relación se medirá de acuerdo al cumplimiento de las expectativas creadas en tono a los roles que constituye la interacción, en relación a que es posible buscar en más de un sistema médico para la consecución de un estado de salud que dependerá del modelo médico que establece la conceptualización de

sanación. Por lo tanto las acciones que se realizan por la consecución de la salud, constituirán el itinerario terapéutico.

\*\*\*\*\*

La siguiente investigación en las comunidades del Salar de Atacama, buscará constatar las diferencias y convergencias entre los modelos y sistemas médicos a los que recurren los atacameños en sus itinerarios terapéuticos, y la importancia que juegan las etiologías en la conceptualización y comprensión de la dolencia y cómo la entrevista terapéutica influye en la realización de un tratamiento y en la solución de un problema de salud entre los atacameños.

### 3. MARCO METODOLÓGICO

---

#### **3.1. ORIENTACIÓN METODOLÓGICA.**

Debido a las características del problema de investigación la metodología cualitativa es la que mejor se acerca a los fenómenos que nos interesan, como el concepto de salud, diagnósticos, tratamientos y el mundo simbólico detrás de los conceptos de cada sistema médico a estudiar.

El enfoque cualitativo busca comprender la conducta humana desde el propio marco de referencia de quien actúa, es decir desde dentro enfatizando en la subjetividad de quienes entregan los datos. La observación es naturalista y sin control, orientada a los descubrimientos. Es expansionista y descriptiva bajo una mirada inductiva. Y entiende las realidades como un proceso dinámico no generalizable a otras situaciones. (Bericat 1998).

La investigación cualitativa produce datos descriptivos es decir “*las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable*” (Taylor y Bogdan 1992).

Lo cualitativo es una forma de encarar el mundo empírico de manera inductiva, holística y reflexiva. Los resultados de las investigaciones desarrollan conceptos y modelos explicativos sobre la base de los datos obtenidos en el trabajo de campo. La investigación se da en un contexto que es tomado en cuenta para la reflexión acerca de todos los fenómenos observados en el campo. Por lo tanto todo es importante para explicar una determinada porción de la realidad. Por último es reflexiva porque el investigador es consciente de su influencia sobre los fenómenos que observa es decir, causa un efecto entre las personas que estudia.

En la investigación se utilizarán las técnicas etnográficas bajo el enfoque interpretativo, es decir buscará lograr una “descripción densa” de las representaciones y significados de los símbolos compartidos por un grupo.

En este sentido Geertz (1997) plantea una visión semiótica de la cultura, es decir, como un texto, que el hombre ha construido y en el cual esta inserto. Donde la conducta

humana se presenta como acción simbólica con distintos niveles de significados. Por lo tanto el trabajo del etnógrafo es la interpretación, es la búsqueda de significados para poder hacer legible los actos simbólicos, es decir el contexto, y en última instancia la cultura.

Así el objeto de la etnografía se constituye en realizar una jerarquía de significaciones que sin embargo no son el acontecimiento en sí, si no más bien el significado de los acontecimientos, los cuales en el texto etnográfico así como en el trabajo de campo son construcción de construcciones, interpretaciones de interpretaciones, es decir el investigador construye explicaciones de las explicaciones que obtiene de su sujeto de estudio y no pretende nunca que sea la cultura en sí y por lo tanto estas descripciones siempre serán incompletas pero no por eso menos precisa en la explicación del acontecimiento.

*Nuestra doble tarea consiste en descubrir las estructuras conceptuales que informan los actos de nuestros sujetos, lo “dicho” del discurso social, y en construir un sistema de análisis en cuyos términos aquello que es genérico de estas estructuras, aquello que pertenece a ellas porque son lo que son, se destaque y permanezca frente a los otros factores determinantes de la conducta humana. En la etnografía, la función de la teoría es suministrar un vocabulario en el cual pueda expresarse lo que la acción simbólica tiene que decir sobre sí misma, es decir, sobre el papel de la cultura en la vida humana (Geertz 1997: 37).*

Es decir un análisis semiótico que nos permitirá acceder al mundo conceptual en el cual las personas enfrentan sus problemas de salud/enfermedad.

## **3.2.- OBJETIVOS**

### **3.2.1 Objetivo general**

Comprender la situación de coexistencia de los sistemas médicos (tradicional atacameño y biomédico) en la zona del salar de Atacama, realizando un aporte hacia una interculturalidad en Salud

### **3.2.2.- Objetivos específicos**

- 1.- Identificar la vigencia de las prácticas médicas tradicionales atacameñas en la zona del salar.
- 2.- Analizar la medicina tradicional atacameña.
- 3.- Describir la práctica de la biomedicina en la zona de San Pedro de Atacama
- 4.- Describir la relación entre la biomedicina y la medicina tradicional atacameña en el contexto actual
- 5.- Identificar posibilidades de una interculturalidad en la zona de San Pedro de Atacama

### **3.3. TÉCNICAS.**

Las técnicas que se utilizarán en esta investigación se desprenden del acercamiento cualitativo hacia el sujeto de estudio, las cuales serán la entrevista, y la observación participante.

#### **3.3.1 Entrevistas.**

De entre los varios tipos de entrevistas que existen en esta categoría de instrumento (estructuradas, semi estructuradas, en profundidad, etc) se emplearán la entrevista focalizada y la entrevista en profundidad.

##### **a) En profundidad**

La entrevista en profundidad busca ahondar en el entramado conceptual a partir de la cual significan el mundo los sujetos involucrados en el acontecimiento a investigar. Es de pauta libre, generalmente con una pregunta de arranque pertinente a los temas de la investigación, como es en este caso las técnicas de sanación y diagnóstico, el concepto de salud y enfermedad, la visión del paciente así como también la relación entre sanador/consultante, que es en definitiva un aspecto determinante en los distintos sistemas médicos a estudiar. Se aplicará a los sujetos que hayan acudido tanto a la medicina formal como a la tradicional.

## **b) Focalizada**

La entrevista focalizada, esta dentro del tipo semiestructurada y se adapta a las necesidades de información que nos interesa producir y se caracteriza por: (Valles 1997)

1) Los entrevistados han estado expuestos a una situación concreta.

2) Los entrevistados han estudiado previamente dicha situación, derivando de la teoría hipótesis sobre el significado y los efectos de determinados aspectos de la situación.

3) La pauta de entrevistas se ha elaborado a partir del análisis de contenido y las hipótesis derivadas.

4) La entrevista se centra en las experiencias subjetivas de la gente expuesta a la situación, con el propósito de contrastar las hipótesis y averiguar respuestas o efectos no anticipados.

Para que resulte exitosa y contundente la información producida por la entrevista focalizada debe basarse en los aspectos de no dirección, especificidad, amplitud y profundidad y contexto personal. Este tipo de entrevista se aplicara al equipo de salud de la Posta Rural de San Pedro de Atacama.

### **3.3.2. Observación participante.**

La observación participante implica que el investigador se involucre con los sujetos de estudio más allá de los objetivos de la investigación, ya que necesita ganarse la confianza de la comunidad y las personas. La información que se busca recabar través de esta técnica es la comprensión de la situación y del escenario social de las interrelaciones entre los miembros y la dinámica del grupo. Es decir, busca empaparse de las significaciones de las acciones simbólicas y sus significados. En esta situación el investigador debe ocupar un rol en el grupo y ser aceptado como tal; en este sentido, el rol será de investigadora, ya que las implicancias éticas de este punto son de suma importancia para la investigadora.

### **3.4. UNIVERSO DE ESTUDIO**

En la II región de Antofagasta, en la zona de la precordillerana podemos observar dos núcleos de población de origen indígena, uno es la subregión del río Salado, donde encontramos pueblos como Caspana, Ayquina, y Toconce y el otro, es la región del salar de Atacama, con pueblos como Toconao, Talabre, Camar, Socaire y Peine, entre otros.

El universo de estudio se constituye en cuatro comunidades, ubicadas en la zona del salar de Atacama, pertenecientes a la tradición atacameña. En estas comunidades encontramos el desarrollo tanto de la biomedicina (servicios de salud primaria; postas y estaciones médico rurales), como el ejercicio de la medicina tradicional. Es decir, nuestro universo de estudio son sujetos que se mueven en distintos universos simbólicos que aparentemente están en constante contradicción. Por un lado tenemos a los integrantes del sistema biomédico que se basa en la tradición científica occidental para elaborar tratamientos y drogas con el objetivo de curar enfermedades, este sistema cuenta con el reconocimiento de la mayoría de la comunidad nacional y está legitimado legalmente. Y por el otro, los especialistas tradicionales de cuyas prácticas se puede decir que recurren fuertemente a la medicina herbolaria y mágica preventiva. Las comunidades se caracterizan tanto por el aislamiento de los centros salud pública como por su identidad cultural.

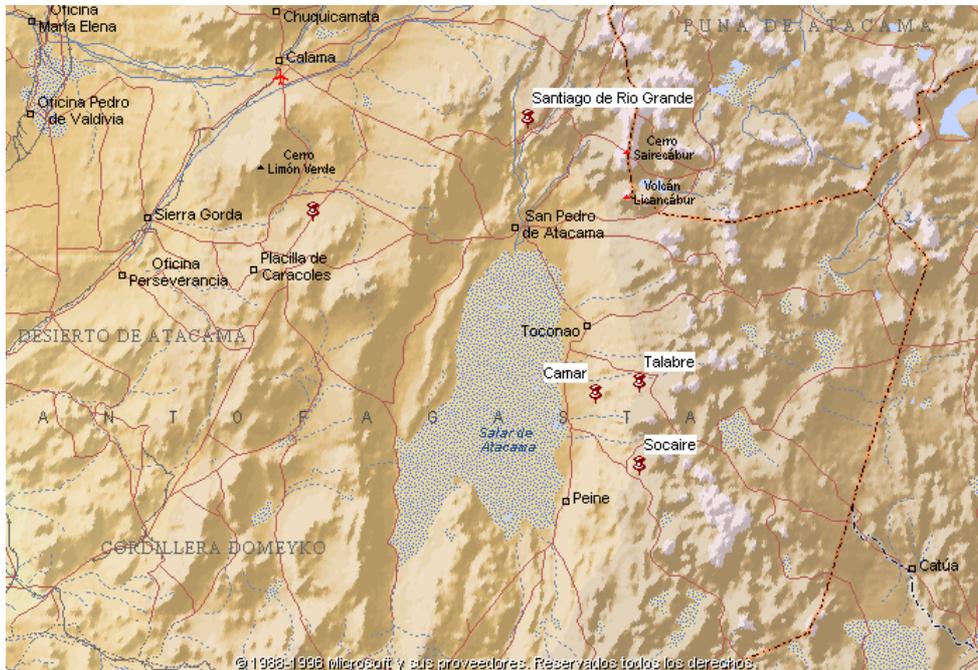


Figura 1: Mapa de ubicación

Los pueblos de Santiago de Río Grande, Camar, Socaire y Talabre serán nuestro universo de estudio:

- Camar es un pequeño oasis de no más de 70 personas que se dedican al cultivo del maíz y al pastoreo de ovejas, se sitúa a 2770 m.s.n.m., a 72 kms. de San Pedro de Atacama. Esta comunidad, ha sufrido dramáticamente la fuga de habitantes que se emplean en la minería del salar. Para los intereses de la investigación es necesario señalar que cuenta con una estación médico rural, la cual es utilizada una vez al mes por la ronda del equipo de salud de la posta de San Pedro de Atacama.
- Talabre es un pueblo con gran dedicación a actividades artesanales, ubicado a 50Kms. al Sureste de San Pedro de Atacama y a 154 kms. de Calama, a una altura de 3.450 m.s.n.m. La comunidad se integra por 76 habitantes. La actividad fundamental del pueblo es el pastoreo en los pisos ecológicos de vegas y praderas naturales a unos 3.800 y 4.000 m.s.n.m., caracterizados por presentar planicies con tipos específicos de vegetación, la que es utilizada como forraje por los pastores de rebaños de llamas y ovejas, y por burros. Otra actividad de la población es la artesanía en lana, piedra y madera cactus, que se realiza con técnicas ancestrales. Se destaca una creciente agricultura y cultivo de frutales (Morales

1997). Para los intereses de la investigación se señala que cuenta con una estación médico rural, la cual es utilizada una vez al mes por la ronda del equipo de salud de la posta de San Pedro de Atacama.

- El pueblo de Socaire se localiza a una altura de 3.500 m.s.n.m.; y se encuentra a una distancia de 205 km. al sureste de Calama y a 98 km. de San Pedro de Atacama. Se compone de 70 familias, que corresponde a un total de 325 personas. En la actualidad la producción en Socaire está circunscrita a la agricultura y la ganadería, existiendo también personas trabajando en la minería. En relación a nuestra investigación cabe destacar que esta comunidad cuenta con una posta y un paramédico, y el equipo de salud de la posta de San Pedro de Atacama realiza dos rondas al mes.
- Santiago de Río Grande se ubica a 100 Kms. de la ciudad de Calama su población es de unas 90 personas quienes principalmente se dedican al cultivo de ajo, además de actividades pastoriles de caprinos, ovinos y camélidos en menor número. Es una comunidad eminentemente agrícola debido al suministro constante de agua que entrega el río que corre a través de la quebrada donde se ubica el pueblo. Es una de las comunidades más tradicionales de la zona del salar. Cuenta con una posta y por lo tanto con paramédico de planta, el equipo de San Pedro de Atacama realiza una visita al mes.

### **3.5. MUESTRA**

Los criterios para elegir la muestra son la representación de la comunidad indígena, en cuanto hayan recurrido tanto a prácticas tradicionales como biomédicas para la restitución de su salud. Puntos importantes también en la elección son la accesibilidad, disposición y recursos para acceder a las personas o contextos que se desean llegar.

- **Talabre:** entrevistas en profundidad a tres personas (hombres y mujeres) que hayan recurrido tanto a la biomedicina como a la tradicional.
- **Camar:** entrevistas en profundidad a tres personas (hombres y mujeres) que hayan recurrido tanto a la biomedicina como a la tradicional.

- **Socaire:** entrevistas en profundidad a cinco personas (hombres y mujeres) que hayan recurrido tanto a la biomedicina como a la tradicional.
- **Santiago de Río Grande:** entrevistas en profundidad a dos personas (hombres y mujeres) que hayan recurrido tanto a la biomedicina como a la tradicional.
- **Posta San Pedro de Atacama:** Entrevistas focalizadas al equipo de salud que visita Talabre, Camar, Socaire y Santiago de Río Grande: una enfermera, un obstetra, un médico cirujano y un paramédico

### **3.6 TRABAJO DE CAMPO**

El trabajo de campo se llevó a cabo durante los meses de Octubre y Diciembre del año 2002 y también en visitas esporádicas durante el año 2003, donde fue posible aplicar los instrumentos y participar activamente con la comunidad en ceremonias importantes como el día de los muertos, fiestas patronales, baño del ganado y limpia de canales.

Se convivió con los habitantes de cada una de las comunidades tanto en actividades domésticas como agropastoriles, donde, en un ambiente informal se pudo captar, someramente, la vida en las comunidades.

También se tuvo acceso a ciertas instancias de consultas a la medicina tradicional como la cura de ganado, la consulta a un yerbatero y la visita del médico a las comunidades.

## **4. ANTECEDENTES DEL SALAR DE ATACAMA**

---

### **4.1 ANTECEDENTES GENERALES**

#### **4.1.1. Descripción geográfica -ambiental de la zona del Salar de Atacama.**

El Salar de Atacama se localiza en la región de Antofagasta, entre los 22° y 26° Latitud Sur, y corresponde a la máxima penetración de aridez hacia el interior del continente, conformando un “desierto absoluto” en gran parte de la superficie. Las condiciones desérticas se deben fundamentalmente a dos causas: por un lado, la presencia de la corriente fría de Humbolt en el Océano Pacífico que impide el aporte de humedad a la zona y, por el otro, el efecto de biombo climático que produce la Cordillera de Los Andes impidiendo el paso de las lluvias que vienen del Amazonas.

La escasez de precipitaciones, a su vez, determina la ausencia de procesos erosivos lo que sumado a una intensa actividad volcánica produce un paisaje de fuertes relieves donde encontramos, por ejemplo, el volcán Llullaillaco de 6723 m.s.n.m. (Villagrán et al 1998:9). Dentro de este espacio, la cobertura vegetal es escasa y se retrae con el aumento altitudinal, es decir que a medida que subimos en altitud (sobre los 3.800 msnm.) la cobertura de plantas es prácticamente es nula.

El Salar de Atacama es una formación geológica producto de la existencia de un antiguo lago cuyas aguas han desaparecido por evaporación. Ocupa una superficie de 2.270 km<sup>2</sup> dentro de la llamada Puna de Atacama, ubicada al este de la cordillera Domeyko (2.390 msnm.). La Puna es interrumpida por oasis y algunas quebradas que cuentan con agua permanente, permitiendo el emplazamiento y subsistencia de comunidades indígenas de tradición atacameña que han desarrollado un acabado uso de los precarios recursos bióticos del desierto.

#### **4.1.2. RECURSOS**

Para los atacameños muchos de los recursos vegetacionales y faunísticos se asocian a estrategias de salud por sus efectos curativos.

##### **a) Vegetacionales**

Al conjunto de recursos naturales presentes en el área del Salar de Atacama es factible de dividir en dos, la flora zonal y la azonal.

La flora zonal se relaciona con la gradiente altitudinal, por lo que la cobertura vegetal disminuye a medida que se asciende en altura, tradicionalmente en esta área se distinguen cuatro pisos o nichos ecológicos: el piso Prepuneño o Desértico que abarca desde los 2.600 m.s.n.m. hasta lo 3.400 m.s.n.m. donde la diversidad es casi nula con una cobertura menor al 10%, se caracteriza por ser planicies desérticas con vegetación muy rala, encontramos arbustillos como la tikara (*Ambrosia artemisioides*; *Krameria lappacea*), la rica rica (*Acantholippia deserticola*), y tomatillo (*Lycopericon chilense*) entre otras; el piso Puneño o Tolar, semi-desértico, que se extiende desde los 3.400 hasta los 4000 m.s.n.m., es la zona con más diversidad arbustiva o tolas con una cobertura vegetal de hasta un 30%, este piso se caracteriza por el alta presencia de arbustos como la tolilla (*Baccharis boliviensis*), lejiá (*Baccharis tola*), pingo pingo (*Ephedra breana*), añawa blanca (*Adesmia erinacea*), lampaya (*lampaya medicinales*) y quebrolla (*Chuquiraga atacamensis* Kuntse)<sup>18</sup>; el piso Altoandino o Pajonal que comienza por los 4.000 m.s.n.m. y se extiende hasta los 4.350 m.s.n.m., su fisonomía es esteparia y dominada por gramíneas en champas y plantas en cojines, en las quebradas podemos observar el afloramiento de napas subterráneas con aguas permanentes permitiendo el crecimiento de pastos y algas idóneos para el pastoreo de llamos. Los arbustos que predominan en este piso son el chuchican (*Mulinum crassifolium*), maransel (*Perezia atacamensis*, *Werneria glaberrima*) y la pupusa. Por último, nos encontramos con el piso subnival que se caracteriza por coberturas muy ralas en forma de cojines y rosetas, extendiéndose hasta el límite superior de las plantas (Villagrán et.al 1998).

---

<sup>18</sup> En la transición entre este piso ecológico y el siguiente se encuentran especies vegetales como la chacha hembra (*parastrephia quadrangularis*) y la añawa negra (*Adesmia spinosissima*).

Las formaciones vegetacionales azonales, en tanto, se corresponden con los salares, quebradas y chacras. Los salares generalmente están interrumpidos por oasis en los que se desarrollan extensiones arbóreas como tamarugos (*Prosopis tamarugo*), chañares (*Geoffroea decorticans*) y algarrobo (*Prosopis alba*), arbustos como el kachiyuyo (*Atriplex madariagae*) y una densa cobertura de grama y especies palustres como la cortadera. Las quebradas que cuentan con agua permanente permiten el desarrollo de la agricultura y a recolección de distintas especies arbustivas con usos alimenticios, medicinales y de combustibles (Villagrán et al. 1998).

#### **b) Faunísticos**

En relación con los recursos fáusticos, según Romo (1998) se puede distinguir entre doméstica y silvestre, los cuales están ligados a todos los niveles del paisaje, siendo parte integral del ambiente y de los modos de relación y complementariedad que los habitantes de las comunidades establecen en miras de asegurar su supervivencia y reproducción.

Dentro de la fauna doméstica se encontrarían los animales de pastoreo como son las ovejas, cabras y llamos, otros animales de consumo doméstico serían los conejos, cuyes y gallinas que estarían dentro de la dieta atacameña. El burro y la mula serían el medio de carga por excelencia.

Por otro lado los animales que son susceptibles de domesticar serían el guanaco, el burro silvestre, la parina, el suri, patos y jilgueros, los cuales generalmente se encuentran en lugares de difícil acceso para un control directo de parte de los atacameños.

Los animales silvestres serían el lagarto, zorros, pájaros como el gúaicho, ratones y culebras. Especial mención merece la vicuña y la vizcacha.

## **4.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS: LA COMPLEMENTARIEDAD DE RECURSOS.**

### **4.2.1. Época Prehispánica:**

El proceso de adaptación humana en el altiplano se da en un espacio definido como un mosaico ecológico heterogéneo desde donde surge la necesidad de complementar los recursos de los distintos pisos ecológicos altitudinales. En otras palabras, en un contexto macro regional mediatizado por condiciones climáticas y geográficas específicas que dan cuenta de un hábitat extremado por la aridez del suelo y la escasez de agua; estos mecanismos de adaptación han sido significativos para la constitución cultural, social y económica de las sociedades andinas en general y de las atacameñas en particular, puesto que se dirigen a aprovechar el máximo de ventajas que la precariedad del medio les puede otorgar, sosteniendo y manteniendo a su vez este vínculo en equilibrio. Por lo tanto, al hablar de complementariedad no sólo se está aludiendo a la relación de las personas con el medio ambiente sino que también al carácter de la trama de relaciones sociales que se ha suscitado entre los distintos pueblos altiplánicos localizados en la región alrededor del lago Titicaca desde tiempos prehispánicos (Santoro 1997), y que se extiende de una u otra manera hasta nuestros días en estrategias sincréticas que aluden tanto a formas económicas de eficiencia y principios seminales que ordenan la comprensión de la relación con el entorno

En este sentido, en el territorio de lo que hoy corresponde al extremo norte de Chile<sup>19</sup> se articulaban redes de interacción social en sus extremos costeros y selváticos con un núcleo altiplánico y valliserrano de interacción (Nuñez y Dillehay 1978), que estaban conformadas por recursos insulares integrados de los señoríos los cuales, a la llegada de los españoles, tenían una explotación intensiva de cultígenos ya domesticados traídos de la vertiente oriental de la cordillera y técnicas de conservación que hacían posible el tráfico caravanero entre distintos poblados.

---

<sup>19</sup> I y II región.

Se estima que las primeras familias cazadoras-recolectoras arribaron al territorio hacia el año 9.000 a.C.; y desde 7.000 a los 5.000 a.C., ya se trasladaban tras manadas de camélidos caracterizándose por su trashumancia. (Bengoa (ed) 2004; [Nuñez 2002])

Según datos arqueológicos la domesticación de camélidos en los Andes Centrales ocurrió hace 5000 a.p.<sup>20</sup>, lo que condicionaría un modo de vida andino trazado por la ocupación ampliada e integral de los distintos pisos ecológicos en relaciones de intercambio, social y cultural constante con los diversos grupos humanos asentados en las gradientes (norte-sur, oeste-este). En Los Andes centro-sur, los registros arqueológicos que evidencian este hecho datan cerca de los 4.300 a.p.; la domesticación de estos animales, con capacidades de carga de unos 80 kilos, implicó además de los primeros logros civilizatorios y del sustento, una economía pecuaria en tierras altas, medias y bajas basada en la oferta de dieta cárnea, con recursos textiles, uso del cuero, huesos y artesanías (Nuñez 1997). Esto se puede apreciar en los restos arqueológicos del sitio de Tulan al sur este del poblado de Peine fechado por los años 3.200 a.p.

En el área atacameña habían iniciado el proceso de experimentación agrícola y domesticación de ganado con anterioridad al 2000 a.C. y habían alcanzado el dominio de técnicas agropecuarias, metalúrgicas y cerámicas hacia el 100 a.C. (J. Hidalgo 1982).

En toda el área existieron notorias limitaciones para el desarrollo de sociedades agrícolas que sólo pudieron subsistir con el desarrollo de técnicas de cultivo intensivo como abonos y riego y por mecanismos de complementación ecológica, integrando elementos de otros nichos ecológicos. Lo último implicó el desarrollo de técnicas de conservación de los alimentos como la deshidratación para facilitar el transporte y la conservación. Esto mismo dificultó la concentración de población, no existiendo ciudades en términos prehispánicos en la zona, pero sí existió una tendencia a que los pobladores de oasis y valles actuaran como provincias autónomas o semiautónomas; esta dispersión de la población no favoreció la concentración de la autoridad, sin embargo los jefes o elites de algunos grupos lograron hacerse reconocer como cabeceras formando pequeños señoríos (J. Hidalgo Op. cit.).

---

<sup>20</sup> Antes del Presente.

En suma, la complementariedad se daba entre recursos puneños y vallunos transportados por bandas caravaneras que permitían intercambiar y con ello ampliar el acceso a los recursos de cada población.

La influencia de la cultura Tiwanaku se expande hacia la zona atacameña entre los 600 y 1.000 d.C., trayendo innovaciones culturales como la agricultura intensiva, la metalurgia e innovaciones textiles; su llegada habría sido en forma de pequeñas colonias-enclaves de explotación agraria en torno a los recursos cerealeros y tubérculos proporcionándoles recursos típicos según las características de las distintas regiones de acuerdo a la altitud.(Bengoa (ed) 2004;[ Berenguer 1989]) Hacia el 1.200 el poderío pierde fuerza debido a sequías reiteradas en la zona del Titicaca y su gradual desintegración cede el paso lo que se llaman los señoríos regionales. (Bengoa 2004 (ed);[Núñez 1992]) Después de la fragmentación de la unidad forjada por la influencia Tiwanaku y por las herencias de ésta más otros aportes étnicos dieron origen a la constitución de varias de las etnias que encontraron los conquistadores.

Es el periodo de los desarrollos regionales, post Tiawaku y pre Inca, el que junto a evidencias etnohistóricas, permite la caracterización de estas sociedades en la víspera de la conquista. (J. Hidalgo 1982)

Desde la época de florecimiento cultural San Pedro de Atacama (300-900 d.C.) evidencias arqueológicas en el noroeste argentino sugieren colonias atacameñas en el territorio trasandino; esto debería relacionarse con algún tipo de organización jerarquizada. Hacia fines del periodo de los desarrollos regionales se vislumbra un nuevo ordenamiento de las agrupaciones étnicas logrando un equilibrio que precede a la paz incaica. Es la época de florecimiento de los señoríos regionales. Esta organización debe haber consolidado una elite basada en el sistema de parentesco local y en el dominio de una comunidad por sobre otra con menos prestigio o población. Este patrón aseguraba la subsistencia de relaciones de reciprocidad y redistribución con la imposición de lazos de dependencia con comunidades necesitadas de protección o de recursos distantes (J. Hidalgo 1982).

La influencia Tiwanaku ejerció su influencia en las poblaciones atacameñas también en la cerámica y la escultórica de los símbolos sagrados como la representación de

chamanes y símbolos muy elaboradas, que implica rituales complejos y la participación comunitaria bajo cultos que combinaban la idiosincrasia de la cultura San Pedro con los cultos Tiwanaku. Además se intensifican el uso de las tabletas para inhalar alucinógenos – provenientes de ambientes selváticos- que les permitían entrar a un mundo mágico religioso donde valores que se representaron como el felino, llamas, aves y serpientes eran los más significativos. (Bengoa (ed)2004)

En cuanto al desarrollo cultural de estos grupos Castro plantea que en el periodo de los Desarrollos Regionales (800 a 1000 d.C.) se distinguen dos tradiciones culturales en la zona del Loa. Por un lado tenemos la tradición altiplánica, con fuerte influencia de lo que actualmente es Bolivia; estos grupos, serían predominantemente aymara y quecha parlante y se localizarían en la zona del Loa Superior. En la zona del Salar de Atacama, en tanto, nos encontramos con la “Tradición del Desierto” correspondiente a la etnia atacameña y que habrían sido kunza parlante. (V. Castro 1998)

Por los años 1430 d.C. la zona se incorpora al imperio Inca que buscaba recursos para mantener su política expansiva hacia el sur; se produce una explotación intensiva y expansiva de cultivos de maíz (Álvarez 1991) que culmina con la llegada de los europeos a la zona norte de lo que hoy es Chile.

Según Nuñez en la zona del norte de Chile la ocupación incaica fue *“evidentemente más política que cultural, ya que se fundamentó en alianzas con las autoridades atacameñas, las cuales estaban preparadas para este entendimiento, a raíz de la conducción del tráfico multiétnico que existía desde antes<sup>21</sup>”*

Así, la penetración española se encuentra con un territorio organizado en varios señoríos que manejaban la explotación y traslado de sus recursos entre los distintos pueblos de la vertiente occidental y a las zonas más densamente pobladas del otro lado de la cordillera, conformando los señoríos de Arica, Tarapacá-Pica, Loa Medio, Superior, oasis de San Pedro de Atacama y altiplánicos-tarapaqueños (Nuñez 1997).

---

<sup>21</sup> 1992 Nuñez, L. Cultura y Conflicto en los oasis de San Pedro de Atacama. Editorial Universitaria, Santiago de Chile; En Bengoa, 2004:54.

#### **4.2.2. Época Colonial**

La ocupación española en el área circumpuneña modificaría profundamente la organización del territorio y sus recursos imponiendo profundas transformaciones en la ocupación espacial y productiva de la Puna.

Sin embargo la posibilidad de un seguimiento histórico de los cambios y continuidades que tienen lugar en el área circumpuneña durante la colonia se limita a los documentos históricos durante la administración colonial, los cuales son escasos, además la información se encuentra desperdigada en diferentes ciudades de distintos países en la medida que la administración colonial implementaba distintas jurisdicciones administrativas para la zona puneña. En este sentido, el trabajo de etnohistoriadores resulta fundamental para comprender, aunque sea fragmentadamente los procesos que sufrieron estos territorios y sus habitantes.

Las transformaciones comienzan tempranamente en el siglo XVI con las medidas implementadas por el virrey Toledo que consistieron en una reorganización del asentamiento y la ocupación de las tierras a partir de las cuales las poblaciones indígenas son reducidas a pueblos y la tierra es redistribuida.

El proceso colonial en Atacama se desenvuelve desde 1536 cuando se inicia la guerra de conquista en la región y recién por el año 1557 los españoles logran pacificar Atacama por Juan Velásquez Altamirano, cuando en marzo de ese mismo año firma un tratado de paz con los caciques (J. Hidalgo 1998b). Desde 1559 el distrito de Atacama formó parte de la audiencia de Charcas, integrante del Perú (J. Hidalgo 1978). Para el siglo XVII ya es posible hablar del “Corregimiento de Atacama” que configuraría el espacio socio-político que comprendería toda la provincia del Loa y el litoral aledaño, cubriendo –en términos culturales- de un manto de homogeneidad a los indígenas, pero fundamentalmente integrándolos a nuevos patrones sociales y económicos que orientarían las transformaciones subsiguientes en el ámbito de sus relaciones interétnicas, complejizando los modos vernáculos de relacionarse ecológica y socialmente. (Gundermann 1998; V. Castro 1998)

El siglo XVII será el período donde se consolidan las políticas coloniales en el área de Atacama tanto en los niveles materiales como lo espirituales, las que después se

irradiaran al próximo siglo. *La actividad eclesiástica se delineó en este territorio desde 1536, hasta fines del siglo XVII, y durante la segunda mitad del mismo, se llevó a cabo un fuerte proceso de extirpación de idolatrías. A través de este transcurso se pretendió eliminar las creencias, símbolos e ídolos, de Sotar Condi –deidad regional- y en los pueblos, Quma Quma de Chiuchiu, Socomba de Ayquina; Sintalasma de Caspana, de entre los más conocidos en Atacama (V. Castro 1997)<sup>22</sup>*”. De este modo, la erradicación de idolatrías y la demostración de las verdades del cristianismo fueron los pilares fundamentales en la evangelización de estos territorios.

En el área propiamente andina, Atacama se dividía entre Atacama La Baja y Atacama La Alta. La primera tenía su cabecera en el pueblo de Chiuchiu y agrupaba los pueblos de la hoya del río Loa. La cabecera de la segunda era San Pedro de Atacama y los poblados alrededor del salar de Atacama, además comprendía algunos poblados ubicados en lo que hoy constituye la puna argentina, como lo son Susques e Incahuasi. (J.Hidalgo 1984a)

Según Jorge Hidalgo (1984a), la situación prehispánica de señoríos que se articulaban bajo un sistema de control de recursos distantes, se rompe con las presiones monetarias fiscales que impone la administración colonial a las poblaciones indígenas. Con el reemplazo del impuesto en fuerza de trabajo hacia el Inca, y por el pago de tributos en especies y luego en moneda hacia la corona, se va produciendo paulatinamente la desarticulación y desorganización de los grupos étnicos. El “indio de comunidad” huye de su lugar de origen para evitar los abusos, al trasladarse a otra comunidad es aceptado como forastero donde paga una tasa menor, o se inserta en una hacienda y pasa a ser agregado o arrendero y queda vinculado a la tierra, en ambos casos procura cortar con los lazos con su comunidad de origen, la cual al reducirse el número de tributarios debe aumentar la carga de los que quedan. La búsqueda de moneda para pagar los tributos empujó al campesino andino a buscar trabajo temporal en haciendas, minerales y obrajes.

Como bien menciona el autor antes mencionado: *“la dispersión en busca de recursos económicos monetarios y por esta vía la ruptura con la comunidad de origen sería la*

---

<sup>22</sup> Castro, 1997. Huacha Muchay : Evangelización y religión andina en Charcas Atacama la Baja. Tesis para optar al grado académico de Magíster en Historia, Universidad de Chile. En: Bengoa, 2004:166.

*esencia del proceso que habría fundido las variedades étnicas en esa especie única: “el indio colonial” (J. Hidalgo 1984a:108).*

No obstante, las investigaciones etnohistóricas de este periodo señalan que las actividades económicas se encuentran aún *“regidas por un sistema de complementariedad ecológica que obliga a estos grupos a una alta movilidad dentro del espacio macrorregional”* (V. Castro 1998:23), mostrando que Atacama la Alta a través de toda su historia -las poblaciones del Salar-, las del Noroeste argentino y de Lípez han estado interdigitadas en redes de relaciones socioculturales de intercambio que traduce los modos particulares de ocupación del territorio, es decir, la población de Atacama la Alta habitaba un vasto territorio que incluye ambas vertientes del área circumpuneña, por lo que la noción de *“poblaciones entretejidas y de territorialidad interdigitada”* (Castro1998:16), según Victoria Castro (1998), daría cuenta de la complejidad de las presencias étnicas en la Atacama colonial, permitiendo de esta manera comprender el proceso de reorganización del asentamiento y de ocupación de la tierra por parte de las poblaciones indígenas reducidas.

Este proceso de reorganización del territorio y sus recursos en el área circumpuneña, implicó el pasar de una verticalidad de los recursos o alguna forma de complementariedad ecológica a un abandono de la comunidad de origen por efectos de abusos. Durante la época colonial, en un principio, los antiguos pobladores de Atacama mantuvieron una suerte complementariedad ecológica entre núcleos de población distantes- en función de adaptarse a las presiones fiscales coloniales- donde se trataba de personas instaladas en comunidades lejanas de su lugar de origen, al cual paga tributo a través del cacique, quien viajaba a cobrarles para pagar al corregidor, manteniendo, por tanto relaciones de reciprocidad con su comunidad y derecho a la tierra. Esta situación de complementariedad ecológica fue eliminada cuando a partir de 1792 se estableció el sistema de empadronar a los indígenas de acuerdo al criterio de residencia y no al de filiación. (J. Hidalgo 1984b)

Paralelamente a que el sistema de complementariedad ecológica de los señoríos prehispánicos se desarticulaba también lo hacía la cultura, desapareciendo algunos elementos constitutivos de ella, especialmente la lengua cunza.

En 1749 llega como Corregidor a Atacama Francisco de Argumaniz, militar imbuido de las ideas de la ilustración, quien emprende obras de urbanización de San Pedro y puso en práctica en Atacama un proceso de cambios dirigidos a eliminar la lengua cunza. Las ideas de Argumaniz al parecer fueron inspiradas de un auto librado por la Real Audiencia de la Plata, que ordenaba establecer escuelas y notificaba a los hacendados bajo pena de 25 pesos que no hablasen con sus hijos, sirvientes domésticos e indios otra lengua que la castellana<sup>23</sup>. Hecho que según las investigaciones de Hidalgo (1984b), habría tenido extraordinaria eficiencia ya que para fines del siglo XVIII los datos permitirían decir que la lengua castellana empieza a ser predominante y aparecen los primeros síntomas de que la lengua regional perdía prestigio, pudiéndose ocupar cargos importantes dentro de la comunidad cunza sin saber hablar su lengua. (Op. cit).

En el año 1776 es la Formación del Virreinato de La Plata (Buenos Aires) y el distrito pasa a formar parte de de la Provincia de Potosí, dependiente del nuevo Virreinato, en cual nuevo el virrey prohibió sacar oro de las provincias del nuevo virreinato para Lima, hecho que vino a complicar aún más los circuitos de tráfico, perjudicando entre otros a los arrieros. (J. Hidalgo 1982b)

Por otra parte en 1781 en Atacama se produce una sublevación de la población indígena inspirada en las ideas de Tupac Amaru. La sublevación se produce luego de los excesivos abusos de las autoridades en la fijación de precios de las mercaderías para los indígenas. Ya desde 1749, en la administración del corregidor Manuel Fernández Valdivieso, quien fue uno de los gobernantes más corruptos y abusivos, un ambiente de inestabilidad empieza a aparecer en Atacama. Para el año 1775, en la administración del corregidor Argumaniz, estalla la rebelión en Incaguasi, y para fines de 1780 la sublevación indígena, que se había iniciado en Chayanta bajo la figura de Tomas Catiri y que luego de su muerte se fundió con el movimiento que había iniciado Tupac Amaru, era generalizada

---

<sup>23</sup> En síntesis, las reglas que se aplicaron en Atacama eran las siguientes: designación de un maestro de escuela en una persona reconocida por su cristiandad, conducta y preparación a quien se le asigno un salario de 50 pesos, y quien además de enseñar a los niños debía proporcionarles una cartilla que contenía el alfabeto. Se prohibía a los niños dentro y fuera de la escuela hablar otra lengua que no fuera el castellano bajo la pena de seis azotes para los transgresores. Además un bando de la real audiencia advertía que, si al cabo de seis meses los indígenas que no hablasen el castellano se les imponía la pena de dos pesos y ocho días de cárcel (J. Hidalgo 1984b).

de manera tal que el corregidor de Atacama no se atrevía a cobrar tributo. En 1781 bajo la figura de Tomas Paniri estalla la rebelión en Atacama (J. Hidalgo, 1982b).

Sin embargo la penetración de las ideas católicas y la presencia de la figura de los sacerdotes ayudarían en poco tiempo a reconquistar espiritual y militarmente la conciencia de los rebeldes. La contra resistencia organizada desde Chiuhiu por el sacerdote Alejo Pinto logró que prontamente la región fuera pacificada y Paniri fue hecho prisionero y sentenciado a muerte el 14 de Mayo de 1781 (J. Hidalgo, 1982b).

#### **4.2.3. Repúblicas**

Con el proceso de las independencias Latinoamericanas en 1824 el territorio quedaría bajo la administración boliviana.

Desde el principio el Estado Boliviano ve la necesidad de una salida al mar; en este sentido la provincia de Atacama se constituye como corredor estratégico hacia el mar por el puerto de Cobija el cual le permitiría relacionarse con el mundo de manera autónoma. El puerto quedaría conectado por un corredor que cruzaba el desierto hacia el interior hasta empalmar con el río Loa, luego Chiuchiu, Salar de Ascotan, Ollague, Lípez y finalmente Potosí. En 1830 se crea la Prefectura La Mar que correspondía a la provincia de Atacama y el puerto de Cobija, con un valor estratégico de entrada y salida de insumos para el funcionamiento del Estado, y de la minería de la plata en Bolivia (Gundermann 2002).

En cuanto a la economía interna, la región cumplía dos funciones. Por un lado una función minera donde ya existen los primeros yacimientos de cobre explotados con capitales y mano de obra chilena. En 1840 empieza la explotación del salitre. Además se conocen otros yacimientos de cobre en el interior pero la falta de agua y de infraestructura impidió su explotación. Por otra parte el arrieraje cumplía la función de abastecimiento para el consumo interno de la región por rutas como Cobija-Calama-Potosí, Cobija- San Pedro de Atacama-Noroeste argentino (carne y animales de trabajo), Lípez-Calama, y rutas que iban hacia Pica y Huatacondo en el territorio Peruano. (Gundermann Op. cit).

La relación entre la población del área de Atacama y el Estado Boliviano mantuvo según Gundermann una estructura neocolonial y una segmentación de la población entre la

oligarquía y la clase indígena, a quienes a pesar de las ideas de Estado moderno, se les impuso el “Tributo indigenal” para mantener el Estado. El tributo era en metálico el cual se recolectaba dos veces al año, y además una especie de “mita” de trabajo de apoyo al Estado en temas de arrieraje y apoyo a tareas administrativas como las “postas”. Eran sociedades de comunidades indígenas locales sin reconocimiento oficial del Estado. Se visualizaban como campesinos asentados en torno a la tierra, que sin embargo debido a las limitaciones ambientales, dependen de bienes y fuentes externas para su abastecimiento y el cumplimiento de las obligaciones tributarias estatales. En su abastecimiento destacaron el intercambio de productos desde la costa (pescado seco) y las zonas más altas (papas, quinoa) por sus productos (maíz y silvicultura). En cuanto a recursos monetarios los obtenían del trabajo en haciendas del noroeste argentino como peones, en la arriería y la venta de productos campesinos en las faenas mineras (Op. Cit.).

Según Gurdermann en este periodo predominarían dos tipos de identidades colectivas en Atacama, por una parte las identidades locales de la comunidad, con una matriz cultural que albergaba una religiosidad indo católica, con un tipo de pensamiento dual aplicado en la organización social y en la cotidianeidad, que los diferenciaban de otras poblaciones, y por otro lado la identidad indígena, que como categoría socio cultural estar marcada por la subordinación (Bengoa (ed) 2004, Gundermann 2002).

Desde 1870 existieron tres centros mineros importantes en la zona. Caracoles era un yacimiento aurífero a setenta kilómetros de San Pedro de Atacama. Chuquicamata era una agrupación de minas de cobre ya conocidas desde la época incaica. Y por último la explotación salitrera del desierto (Gundermann 2002). Esta vocación minera de la región- desde tiempos prehispánicos- jugara un rol importante en el devenir del pueblo atacameño (Rivera1997).

Luego de la Guerra del Pacífico la puna pasa a integrar el territorio chileno. Recién el año 1885, consolidado el dominio geopolítico se maximizó la explotación minera como también las políticas de integración nacional (Bengoa (ed) [Sanhueza, 2001]).

Se transformaría así, la transformación la tradicional ocupación del territorio, pasando –y siguiendo a Gundermann (1998) - desde un sistema campesino microrregional a un

pastoralismo transformado e inscrito en un sistema social andino regionalizado<sup>24</sup>, lo que en otras palabras es el proceso de redefinición socio-política y territorial de las poblaciones indígenas atacameñas. Las actividades tradicionales agroganaderas y de recolección, normadas bajo un mecanismo de complementariedad que incluirá macro y micro distancias, generará un patrón de asentamiento disperso en estancias que pueden ser de ocupación más o menos permanente (V. Castro 1998:28), combinando estrategias económicas con el sistema mercantil y la incorporación a la gran minería.

Por lo tanto habrían dos fuerzas estructurantes de los territorios étnicos: los procesos coloniales y los nacionales. Respecto de estos últimos serían las formas de integración política de los territorios andinos desarrollados durante el siglo XIX y la primera mitad del siglo XX mediante la acción de los Estados nacionales peruano y boliviano, primero, y chileno a partir de 1878 (Gundermann 1998:294), las claves para comprender las formas de continuidad y cambio en las poblaciones atacameñas.

Los territorios de Tarapacá y Antofagasta se anexan bajo la jurisdicción chilena, donde la zona circumpuneña haría las veces de núcleo de abastecimiento de servicios y productos agrícolas para la minería del salitre que, por principios del siglo XX vivía sus mejores años. Sin embargo luego de la crisis mundial de 1929 y la paulatina modernización de los medios de transporte en la zona, que ampliaban los mercados donde la minería podía abastecerse, provocó que los grupos indígenas pasaron de ser proveedores de productos agrícolas a ser asalariados de los enclaves manufactureros y mineros que eran promovidos por el Estado en el proceso de sustitución de importaciones. Desde esos tiempos la proletarización progresiva de estos pueblos indígenas fue tónica de su condición social (Gunderman 2002).

Así, paralelamente a que las comunidades se fragmentaban (siglos. XIX-XX) crean a su vez respuestas a los sistemas colonial y republicano; es decir, aumentan las especialidades y las articulaciones complementarias se hacen más profundas, las condiciones geográficas y ecológicas se hacen más extremas de norte a sur, con condiciones climáticas

---

<sup>24</sup> Para Gundermann la noción de microregión y de región aluden a la configuración dada por el Estado nación chileno, por lo que el “proceso de regionalización del pastoralismo andino” vendrá a expresar el proceso en que las economías indígenas atacameñas se vuelven hacia el sistema capitalista de mercado, aunque manteniendo una suerte de microverticalidad.

estacionales críticas, por lo que la producción requiere de una integración estrecha de producción agrícola y pecuaria mediante, por ejemplo, la producción de alfalfa y desechos agrícolas aprovechables por el ganado (Gundermann 1998:295) siguiendo patrones técnicos y sociales flexibles que permita adecuaciones oportunas a este tipo de contingencias sociales y ambientales.

Sin embargo, al interior de estos espacios microrregionales los hogares y los grupos de parentesco gozaban de un grado notorio de autonomía (consumo e intercambio campesino, endogamia comunitaria y étnica, ritos y fiestas de integración simbólica), la que se rompería durante la segunda mitad del siglo XX en el marco de la articulación de las comunidades atacameñas en torno a enclaves salitreros instalados en la meseta intermedia desértica ubicada en la costa del Pacífico y los Andes, propiciando la proletarización definitiva de un cierto número de campesinos y modificando paulatinamente los patrones de consumo y de productos campesinos. “*A esta nueva estructura se añade la apertura social y una relación más fluida con instituciones culturales y universos simbólicos modernos*” (Gundermann 1998:301) como la castellenización, la incorporación de ideologías nacionales, de civilización y de progreso, entre otras.

De modo que tenemos un proceso en el cual la producción tradicional se transforma en función de los requerimientos de las economías mineras (ej: producción pecuaria desde los camélidos a los ovinos), volviéndose la macroregión del norte, más específicamente la espacialidad atacameña, en un lugar de confluencia no sólo campesina o rural, sino que también asalariada.

En síntesis, en lo que va de los siglos XIX y XX, “*tenemos, por lo tanto, la configuración de un mercado para productos agrícolas y pecuarios campesinos retraído en sus rubros históricos, restringido en los emergentes y de baja valoración (...) y una oferta de trabajo minero disponible históricamente en la región para la fuerza de trabajo atacameña*” (Gundermann 1998:313). Consideraciones que en su conjunto determinan una red de relaciones urbano rural donde existe una sociedad indígena regionalizada (modernización periférica) que se desarrolla a través del mercado bajo la demanda minera regional de la fuerza de trabajo asalariado.

#### **4.2.4. Actualidad.**

La dualización histórica de la economía atacameña; es decir, por un lado, la participación como mano de obra asalariada en la gran minería, y por otro una economía campesina deprimida de consumo interno que depende de la articulación de las economías campesinas con las empresariales, resulta ejemplificadora de las transformaciones, nudos y tensiones en las cuales las comunidades indígenas atacameñas hoy están inmersas.

La tenencia de animales y la práctica de la ganadería vienen a significar hoy en día la posibilidad de que las comunidades atacameñas financien la migración hacia zonas urbanas, costeen la educación de los niños o engruesen los fondos de la inversión patrimonial urbana. Perfilando de este modo una participación precaria en la regionalización o inserción en el mercado nacional, donde las posibilidades de revitalización de la agricultura y la ganadería se encuentran mediatizadas por la injerencia de las mineras y de las zonas urbanas. Las demandas del abastecimiento de los escasos recursos hídricos, ha aumentado la desecación del ambiente y por lo tanto ha disminuido las posibilidades de subsistencia basadas en patrones socioeconómicos y culturales tradicionales.

En este sentido, según Gundermann (1998), la incorporación de una fuerza de trabajo masculina y una infantil sustraída del apoyo a labores domésticas tradicionales no sólo feminiza las estructuras sociales y económicas sustentadas en actividades agropecuarias sino que también dificulta que éstas se puedan sostener en el tiempo. No obstante, la cantidad de fuerza de trabajo atacameña disponible (reserva) no es enteramente absorbida por el mercado o las mineras, por lo que las comunidades y sus actividades “tradicionales” se transforman en un espacio de contención socio-económica y cultural. Lo que complejiza el escenario y articula nuevos actores económicos tradicionales, es el caso de las mujeres, que resultan las continuadoras de las “costumbres” o la “tradición” dedicándose a la organización de festividades y ritos comunales como a mantener actividades agrícolas y ganaderas que, aunque económicamente deterioradas, resultan soporte del autoconsumo.

Finalmente durante las dos últimas décadas se ha producido un cambio sustancial en el discurso identitario de los grupos andinos. Se trata de un fenómeno de etnogénesis donde el Estado, el mundo académico y las elites andinas cumplen roles determinantes.

Según Gundermann (2000), la constitución de los atacameños dotados de una conciencia de identidad étnica y de demandas hacia la sociedad y hacia el Estado constituye una novedad de los últimos veinte años. Las décadas anteriores se habrían caracterizados por la vía de la asimilación con demandas de mayor desarrollo económico, de integración y movilidad social. Sin embargo con la intensificación minería metálica y no metálica surge fuertemente el problema referente a las aguas, abriéndose así un conflicto por la inscripción de la propiedad de las aguas superficiales entre mineras y comunidades. En este contexto y con el apoyo de ONGs y también de manera autónoma los dirigentes de base y una intelectualidad andina incipiente, se preocupan de la defensa de sus recursos construyendo de esta manera un nuevo discurso en torno a la identidad atacameña y aymará y sus derechos de reconocimiento nacional.

Hoy en día las comunidades rurales donde habitan los atacameños se encuentran ubicadas alrededor de los 3.000 msnm. aproximadamente, en quebradas y oasis donde las condiciones ambientales favorecen el desarrollo de la agricultura y ganadería. La agricultura generalmente se realiza en suelos terrazados (M. Castro 1997), con un sistema de canales de regadío basado en tecnologías tradicionales bajo un régimen de turnos por hectárea cultivada, que se orientan principalmente al autoconsumo y al forraje.

Desde el punto de vista económico, las comunidades mantienen una agroganadería tradicional combinada con la incorporación a la economía mercantil. Las actividades tradicionales agroganaderas y de recolección estarían normadas bajo un mecanismo de complementariedad entre macro y micro distancias, generando un patrón de asentamiento con el pueblo como núcleo central y asentamientos dispersos en estancias de ocupación más o menos permanentes. (V. Castro 1998). El control comunitario de las tierras y el agua es esencial para la existencia de la comunidad porque significa la posibilidad de manejar adecuadamente sus recursos, es decir el manejo comunitario de las tierras esta estrechamente vinculado al control del agua (V. Castro y Martínez 1996)

Durante las últimas décadas la movilidad atacameña alcanza también los espacios urbanos, sobretodo de Calama y Antofagasta, existiendo una alta proporción de migración de parte de uno o varios integrantes de la familia hacia la ciudad en busca de trabajo,

educación y mejores oportunidades, quienes sin embargo vuelven a sus comunidades rurales en fechas importantes tanto para la familia como para la localidad. Situación que teje una red de vínculos rurales-urbanos que hacen posible hablar de comunidades translocalizadas (Gundermann, 1998).

### **4.3. ANTECEDENTES CULTURALES**

#### **4.3.1. Cosmovisión**

A pesar que los atacameños son un grupo cultural de tradición surandina, han sido poco estudiados en términos etnográficos, por lo tanto debido a la escasez de investigaciones, una caracterización de su cosmovisión es posible de hacer, sólo en una parcialidad de la complejidad que se intuye una vez dentro de las comunidades.

Un primer acercamiento a la cosmovisión puede ser situar la importancia de su medio ambiente geográfico y natural, con el objetivo de comprender el papel fundamental que juega en ellos la organización del espacio. Como se explica en la siguiente cita:

*La organización espacial quechua es por lo menos parcialmente un producto del ambiente montañoso de los Andes que la rodean, donde el espacio no se extiende sobre llanuras planas, ni el mar sobre horizontes distantes, sino que esta limitado por puntos de referencia: cerros distantes, colinas cercanas, valles estrechos, etcétera. En semejante ambiente (mas cerca y mas lejos, arriba y abajo) hay tendencia a expresarse por referencia a lugares específicos- generalmente los picos de los cerros- en lugar de kilómetros o grados (Wagner, C. 1986: 176).*

Es así como la compleja ordenación cultural andina estaría fundada en una organización sofisticada del espacio tanto en la dimensión vertical como horizontal. En la dimensión vertical encontraríamos zonas ecológicas a distintas alturas que estarían integradas como parte independientes de un mismo sistema económico; la dimensión horizontal estaría dada por el eje del poblado donde nos encontramos (Op. cit).

Este ejemplo es fácilmente aplicable a los atacameños cuando nos encontramos en una geografía accidentada, donde cerros tutelares y lugares específicos forman parte tanto de su universo simbólico, como de su sistema de referencia espacial.

Victoria Castro (1998) plantea que los atacameños son poseedores de una ciencia que categoriza y ordena los espacios naturales y sus recursos, la cual al mismo tiempo se subsume en una filosofía que integra los distintos niveles de la vida cotidiana, percibiendo el mundo de manera integrada entre los aspectos sociales, económicos y religiosos. A su vez, estos valores compartidos por la comunidad se perciben nítidamente en sus ceremonias, las cuales presentan particularidades en las distintas comunidades<sup>25</sup>.

Dentro de este devenir del hombre andino, tierra, agua, tiempo y espacio son categorías importantes para comprender sus valoraciones de la vida y su entorno.

Según Victoria Castro y Varinia Varela (1994) la filosofía andina entrega a la naturaleza un poder único ya que sin sus contribuciones no es posible reproducir la vida en ninguno de sus ámbitos. Es que según Van Kessel (1991) el mundo andino se rige por una lógica seminal la cual responde a una relación con el medio de manera integrada, es decir el hombre andino se siente parte del proceso vital en el cual esta inserto y su esfuerzo se concentra en un ajuste cada vez más perfecto a los procesos naturales de su medio ecológico.

Respecto al tiempo Soledad Pérez señala que es una:

*“(..) entidad relacionada con el ritmo de la tierra y de la naturaleza; hay ciertos tiempos en que la Pacha está más activa que en otros. Además el microcosmos y el macrocosmos no están separados; lo pequeño y lo grande, los cambios de luna, las transiciones día noche son momentos de especial atención, de acompañamiento, de rituales simbólicos; los nevados tienen un carácter divino, también el relámpago y la neblina son puentes divinos entre el cielo y la tierra.*

---

<sup>25</sup> Por su parte, es importantes señalar que cada comunidad posee una identidad local, con su propia auto percepción, que implica procesos sociales de incorporación y exclusión (V. Castro 1998), que tiene como consecuencia que los habitantes de cada pueblo se autodefinan, por ejemplo; primero como socaireños, y en segundo lugar como atacameños.

*Muchos ritos andinos tienen como finalidad mantener esta relacionalidad fundamental y protegerse (S. Pérez 2005:14)”*.

Es como si el hombre andino se negase a vivir separado en sus opuestos. La noción del tiempo también se niega en una separación irreconciliable del pasado y el presente, y el espacio se resiste a dissociarse entre un arriba y un abajo. Así es como la Virgen apenas es un rasgo del carácter de la inaprehensible Pachamama.

Sin embargo, el proceso de Extirpación de Idolatrías, llevado a cabo por los nuevos conquistadores católicos, durante los siglos XVI y XVII, buscó arrancar de la cordillera lo que era de los Andes. La acción evangelizadora de la conquista española tenía por objetivo convertir a los indígenas al culto católico. Desde entonces la lucha contra el “demonio y sus secuaces” presentes en las creencias y ritos indígenas, sería el estandarte de la Corona. (V. Castro 1993).

Como se explica en la cita, así *“al intentar destruir las formas más destacadas de estos cultos, los evangelizadores no sólo procuraban acabar con lo que consideraban idolatrías, sino que transformaban además las formas de ubicarse en el tiempo y el espacio, en las que se plasma lo esencial de la existencia social aymará. Destruyendo esta concepción fundamental se desintegraban a la vez las estructuras mentales colectivas y las de los individuos” (Harris 1988:219)*.

Desde entonces el pensamiento religioso andino es una yuxtaposición de ambas creencias fundiéndose en un “sincretismo religioso”. Sin embargo, el papel de la Pachamama en la cosmovisión andina sigue siendo central y a pesar de sus vinculaciones religiosas con el culto mariano indígena y mestizo, la Pachamama sigue gozando de un lugar privilegiado en panteón andino pues –como decíamos- no sólo da cuenta del universo simbólico, sino que asimismo de la comprensión del espacio social y físico andino, expresando de esta forma el carácter total de esta entidad.

La Pachamama expresa tiempo, espacio y movimiento, en una fusión cósmica que da cuenta del constante movimiento de la realidad viviente y por lo tanto es lo más sagrado, es una entidad que cuida y castiga, da salud o enfermedad, por ello que la relación con los seres humanos se traduzca en un dar y recibir, proteger y ser protegido; alimentar a la

Pachamama en este sentido, se refiere a cuidar de ella para ella cuide de nosotros, hay que alimentarla para recibir su alimento. Su relación con los seres humanos habla acerca de la fragilidad de la relación y del respeto que las personas deben demostrarle en una reciprocidad asimétrica pero fructífera (Mamani 1996).

Por su parte, el hombre andino busca el orden cósmico lo que se expresa en los principios básicos de la cultura andina que son la reciprocidad, redistribución y equilibrio de contrarios. La reciprocidad se entiende como el intercambio de trabajo en el sentido de la energía humana que implica, es decir de ayuda mutua entre familias con ciertos lazos de parentesco. La ayuda prestada se devuelve para invertir los papeles con el objeto de mantener una equidad en las relaciones. La reciprocidad se convierte en redistribución dentro de las comunidades cuando ésta se organiza en torno a un poder independiente de la familia y centraliza las labores comunales en un cierto grupo de personas. Por lo tanto existe la capacidad de producción de excedentes que permite retribuir sobre la base del trabajo de toda la comunidad. Esta redistribución es producto de la reciprocidad asimétrica en el sentido que a cambio de bienes se retribuye con fuerza de trabajo (Uribe 1996). *“Lo importante en el mundo andino no es la acumulación de bienes, sino la capacidad de tenerlos y utilizarlos redistributivamente” (Op. cit: 61).*

Por último el equilibrio de contrarios se logra en base a la capacidad redistributiva del hombre andino, que puede verse tanto en la redistribución comunal como en los pagos a las divinidades siendo una forma de mantener el preciado orden cósmico.

En cuanto a una explicación del origen del mundo, o mito de origen, la entrevista que Victoria Castro (1994) realiza a un Yatiri del pueblo de Toconce da algunas pistas de un ser creador y de una mixtura de religiones entre evangélica, católica y propiamente andina. Donde habría un cierto mundo bajo tierra y en el cielo, los cuales serían infinitos, que girarían en torno al hombre, es decir una concepción antropocéntrica.

***“¡Mmm! Todos esos animales son venenosos, parece que son parte del diablo. Por eso dicen, el mundo no se ha hecho solo, el mundo lo ha hecho una persona. Y la persona hizo el mundo, la tierra. Por eso dicen que vive el mundo puh. El mundo está el aire, todos dicen que el espíritu de la tierra está firme. El mundo está en el aire, más grande que el sol... está dando vueltas a la derecha. El sol no se mueve. Luna y estrellas, no se mueven (...) En el mundo está todo, está marcado en la tierra... Cuando se formó***

*el mundo, la persona ésa, puso varias animales. ¡Muchos animales! Cristianos, el Jehová, el Adán, el Eva, Camellos, corderos, burros ¡Todos los animales!... Esos lagartos hizo el Jehová que le puso al mundo primero. Entonces hizo al mundo, y ahí aparecieron...no se sabe ese hombre ¡Cómo apareció poh! En el aire. Dice que era una mosquita ese hombre, dice que estaba sentado en un oscurito. Dice que no conocía ni el sol, ni ninguna cosa ¡Oscuro! Tiniebla. Dicen que en el norte no había fin...apareció en el aire como mosco.”<sup>26</sup>*

Debido a la aridez del paisaje en la zona del Loa se le concede especial significación a cerros y manantiales los que están vinculados a espíritus y divinidades. Las altas cumbres ricas en minerales, se conciben como agentes protectores de enfermedades a los cuales se les realiza ofrendas en forma de “pagos” que consisten en animales con carácter sagrado como el cuy, plumas y hojas de coca y otras plantas (V. Castro 1992). En el panteón atacameño los cerros o *Malkus*, tienen un lugar predominante a los cuales se le asocia con la Pachamama, en este sentido el panteón atacameño sería principalmente telúrico y no astral como en otras culturas que comparten elementos andinos; es así como, en este caso, los cerros se convierten en agentes de salud.

En cuanto al sistema de creencias Blas Hidalgo (1992), en el pueblo de Socaire, plantea que se fundamenta en cuatro entidades que son la Pachamama, Tata Cerro, Tata *Putarajni* y los antepasados o Abuelos. La Pachamama es la deidad asociada a la tierra, y que “vive en todas partes”. Tiene el don de la fertilidad, que trasmite en los campos y animales, así como también en una agricultura y ganadería fructífera. El Tata Cerro o *Malku*, que vive en los cerros, en las alturas, es quien controla las fuentes de agua que emanan de las montañas, provee de lluvia, nieve, y de pastos para el ganado. El Tata *Putarajni* es la divinidad del agua que vive en las vertientes. Por último, los Abuelos, son los espíritus de los antepasados que entregan protección a la comunidad y que residen en los gentiles o restos arqueológicos.

Para el caso de Talabre, Morales (1997) también distingue, cuatro “imágenes mitológicas” que son el espíritu de los cerros y volcanes, de la tierra, el agua y los antiguos o abuelos. La interrelación entre los seres humanos y los espíritus se materializaría en ofrendas, sacrificios, sahumeros, oraciones y cantos. Además plantea que en lo

---

<sup>26</sup> Entrevista a Don Juan, por Victoria Castro, 1994, ver bibliografía

cosmológico, los pastores atacameños se moverían en el plano horizontal, donde deidades conviven y dialogan con los seres humanos compartiendo los espacios donde se mueven los atacameños, como quebradas, cementerios, campo y gentilares.

Las ofrendas hacia los seres tutelares presentes en la cosmovisión atacameña buscan una clase de conexión con éstos a partir de las Koas<sup>27</sup>, que son el humo ofrendado durante ceremonias de ciertas plantas aromáticas, de las cuales al emanar su humo transformarían el momento y el lugar en un espacio con una suerte de sacralidad que logra comunicarse con los seres tutelares; así mismo, la presencia de la coca también es un elemento fundamental (Villagran y V. Castro 2004). En este sentido, la quema de la Chacha hembra (*Parastrephia quadrangulis*) en la zona del salar es un componente fundamental en los ritos de la limpia de canales, floriamientos y ritos medicinales.

Por último y sin olvidar la impronta católica que dejó la evangelización en estos pueblos también es importante mencionar que cada localidad tiene un santo/a patrono del pueblo, que es una divinidad protectora de la comunidad, y además existirían otros santos venerados en función de sus atributos milagrosos en las distintas esferas de la vida cotidiana (V. Castro y J. L. Martínez 1996).

### **3.3.2. Medicina Atacameña**

Según Saravia (2004), la medicina entre los atacameños tiene una clara impronta andina, ya que para ellos el cuerpo y la mente son entendidos como una unidad en equilibrio con el medio, principio clave para comprender la salud o enfermedad en los atacameños. Así mismo, el principio de complementariedad también rige las relaciones entre las personas, y el entorno, ejemplo de ello son los rituales andinos como el “*convido*” y el “*pago*”. Así, según la autora, es posible identificar un sistema médico propio y diferenciado de la biomedicina, donde las enfermedades se producirían por una diversidad de factores naturales, religiosos y sociales

Según Arratia (1996) la medicina Andina es un sistema ideacional fundamentado en

---

<sup>27</sup> El nombre genérico de Koa se utiliza para nombrar un conjunto de especies cuya función se encuentra en la eficacia simbólica del humo aromático que emana de la quema de estas especies vegetales.

concepciones mágico religiosas, cuyas prácticas no dejan de tener una base empírica y demostrable en su efectividad en los procesos terapéuticos. Es una construcción que vincula creencias en los antepasados y distintas divinidades, con la observación y experiencia del medio circundante.

Para Van Kessel (1985) la existencia de los hombres, mujeres y todas las cosas en el mundo andino es concebida como dentro del flujo vital del crecimiento, donde los seres humanos forman parte en los engranajes fluir de la vida, su mundo es un organismo vivo, es decir se hace inteligible seminalmente, y por lo tanto lo integra tanto lo propicio como lo nefasto, la vida y la muerte, es por esto que según el autor, la medicina andina tendrá un carácter simbólico orgánico. La clave para la interpretación de la medicina andina es el equilibrio entre opuestos complementarios de la existencia andina, de lo fructífero y de lo lánguido, de lo que crece y de lo que muere, es la mantención del equilibrio mediante la reciprocidad entre los opuestos complementarios. Ya que tan sólo una parte de la unidad de los opuestos no tiene sentido por sí sola pero, juntas constituyen un equilibrio dinámico que permite el fluir de la existencia andina.

Por lo tanto y siguiendo al autor, vigilar por la salud es *“vivir cuidadosamente en armonía con el sistema de contrapuestos, tanto ecológicos y sociales como cósmicos y religiosos, manteniendo el justo equilibrio (Van Kessel 1985: 15)”*, así la salud se convierte en el resultado del cumplimiento de los ritos, de la remembranza a los difuntos, de los pagos a la tierra, y de respetar lugares “fuertes”. En este complejo escenario los errores conscientes e inconscientes de los seres humanos son frecuentes y normales, es ahí cuando aparece la enfermedad.

La cultura andina al tener una fuerte personalidad colectiva articula el discurso de la enfermedad sobre la base de representaciones de la unidad social. Así la comunidad se transforma en una metáfora del cuerpo.

En este sentido, las formas de referirse al cuerpo humano son escasas; sin embargo, esto es reemplazado por el desplazamiento hacia las corporalidades medioambientales y sus ciclos, así como también hacia la sociedad y sus relaciones.

*La anatomía individual opera como un trazo de unión por el cual el individuo se prolonga y completa en la corporalidad del grupo” Así el cuerpo se integra a la percepción del medio ambiente; “Al representarse el organismo humano como parte integrada a otras corporalidades, y en estrecha relación con ellas, dicho organismo se encuentra sujeto a múltiples y variadas metabolizaciones de factores externos (Sánchez 1992:66).*

Por lo tanto la enfermedad aparece como efecto del dinamismo de fuerzas y poderes de acciones externas o fuerzas sustractivas de las energías del organismo, provocando debilidad o deficiencias en las respuestas del cuerpo al entorno que lo rodea. Así, por ejemplo el cuerpo enfermo somatiza un trauma del “cuerpo social” o de una crisis del ambiente.

Volviendo con Van Kessel (1985) la comunidad constituye una unidad orgánica y al interior de ella, donde todas las cosas se comunican unas con otras, existiendo un paralelismo entre los procesos naturales y los sobrenaturales. No es causalidad sino paralelismo, es decir para mantener el equilibrio y normalidad de las fuerzas naturales es necesario cuidar la normalidad complementaria de la conducta humana y viceversa.

La proyección anatómica del cuerpo en el medio ambiente que rodea a las sociedades andinas establece una relación particular donde la personificación de montañas, la tierra, los rayos, las ruinas y tumbas configuran un cuadro de entidades demandantes de una reciprocidad con los seres humanos, donde la salud es motivo de negociación ritual. Los lugares físicos que no están bien atendidos en cuanto a sus necesidades alimenticias se enferman y se encuentran, igualmente en disposición de hacer enfermar a sus inquilinos y por lo tanto como medida preventiva se establece con el entorno una negociación ritual de salud por “comida ceremonial” (Fernández 1999). Son las mesas ofrecidas a los malkus, pachamama y gentilares, entre otros seres.

Para Van Kessel (1985) la medicina andina, en las distintas comunidades, reflejará en su etiología, pronóstica y terapéutica las estructuras sociales tradicionales de la comunidad andina. En su nosología se incluyen enfermedades somáticas, sico-somáticas, endémicas y epidémicas. En su terapéutica se encuentran fármacos, dietas como elementos de una tecnología médica empírica, pero también su montaje ritual, su dimensión ético religiosa,

su psicología y su sistema comunicativo que incluye a especialista, enfermo, parientes y divinidades. Además incluye en sus prácticas elementos de la biomedicina a partir de su pensamiento andino produciendo una suerte de indigenización de ellos.

Por último, y siguiendo al autor antes mencionado, en la terapéutica ritual es posible distinguir un cierto orden y ordenación de los procedimientos, donde los remedios y tratamientos son parte integral del ritual terapéutico y son escogidos de acuerdo a los criterios etiológicos y nosológicos con ciertas variaciones regionales. Distingue entre rituales terapéuticos de tipo profiláctico o preventivo y de tipo curativo, así como también de tipo integrador y de tipo ordenador como se explica en el siguiente cuadro:

Cuadro 2: Clasificación de terapéutica ritual según Van Kessel (1985)

	<b>PREVENTIVO</b>	<b>CURATIVO</b>
<b>INTEGRADOR</b>	<p><b>Preventivo –integrador</b> Su función es integrar de manera adecuada un nuevo elemento en la comunidad para evitar cualquier desajuste en la ordenación y en las distintas esferas de la existencia andina.</p>	<p><b>Curativo- integrador</b> Cuando la razón del padecimiento reside en el enfermo o sus parientes por algún error cometido, provocando un “vacío”, la función del procedimiento es reintegrar la salud del enfermo y reintegrar al paciente en la comunidad</p>
<b>ORDENADOR</b>	<p><b>Preventivo – ordenador</b> Su función es ordenar o reubicar adecuadamente los elementos de la comunidad con el fin de prevenir un desarreglo mayor que puede provocar trastornos en la comunidad tanto a nivel productivo, como social o ambiental</p>	<p><b>Curativo – ordenador</b> Cuando la razón del padecimiento es ser víctima de alguna persona o entidad, la función del procedimiento es propiciar la recuperación del enfermo mediante la expulsión del elemento intruso.</p>

En todos estos procedimientos el elemento central es la “*mesa*” de ofrendas para alimentar a las entidades que integran el territorio representados en elementos presentes en la mesa, que busca la integridad orgánica de la comunidad-cuerpo.

Por último la eficacia del rito terapéutico, siguiendo a Van Kessel, esta en el carácter recordatorio del procedimiento. La mesa hace al enfermo volver a conectarse con el origen del sistema social y ecológico, reintegrando así, el desgarró del mundo. Después de este acto, ya nada prohibiría la recuperación del enfermo, y sólo habría que atender su

dieta y sus cuidados familiares y médicos.

La “*mesa*” es una suerte de altar, que generalmente esta delimitado por un pañuelo o ikuña<sup>28</sup> que se deposita sobre la tierra. El pañuelo es el soporte para las ofrendas las que al menos son coca y alcohol. Es un espacio sacralizado que potencia las peticiones de los participantes hacia las deidades (Castro y Varela 1994). Así, la misma “*mesa*” puede constituir un “*pago*” a las deidades, como también lo puede ser otro tipo de acciones como el convidar a la tierra, por ejemplo, los alimentos o líquidos que se están consumiendo en un momento especial.

Para el caso propiamente atacameño, debido al vacío etnográfico, se hace difícil una comprensión de la medicina, impidiendo una visión acabada. Las exploraciones etnomédicas de Laval (1958); las investigaciones de Mostny (1954) en el poblado de Peine; el estudio etnobotánico de Munizaga (1958), la extensa etnografía realizada por Blass Hidalgo (1992) en el pueblo de Socaire; y las exploraciones de etnopercepción de Cárdenas (1998) en el pueblo de Talabre, sólo permiten una mirada tangencial del tema. Por otro lado algunas investigaciones más completas como las de Villagrán et al (2004) acerca de la etnobotánica del salar permiten una mirada de los recursos terapéuticos vegetacionales a los cuales acuden los atacameños. Otra investigación es la realizada por Saravia (2004), en Socaire, respecto de la representación de las relaciones de genero en los patrones alimentarios en la comunidad y su incidencia en los niveles de la calidad de vida de los hombres y mujeres atacameño/as. También desde la perspectiva de genero, pero en relación a la salud y la enfermedad, esta el trabajo realizado por Soledad Pérez (2005) en la comunidad de Talabre. Material etnográfico que permite, por un lado, una parcelada visión de los cambios y continuidades respecto de las concepciones de salud y enfermedad entre los atacameños, y por otro una caracterización preliminar de la medicina atacameña.

Según Mostny (1954), por esos tiempos los peineños sabían preparar remedios a base de extractos de plantas “*o sencillamente amuletos sin ningún otro poder que el mágico que*

---

<sup>28</sup> También conocido como “aguayo”.

*se le atribuye (Mostny:83)*” además las causas que le atribuían a las enfermedades eran – hasta donde pudo averiguar- naturales, *“aunque generalmente no saben hacer el diagnóstico, salvo casos sencillos como disturbios del aparato digestivo, por ejemplo (Op. cit:83)*”. El amuleto antes referido es el *“lloque”* que describe como un brazalete de cuatro hilos de distinto color, el cual se pone en la muñeca cada primero de agosto; *“Si la persona que lo lleva esta enferma, el “lloque” se corta solo. Si esta sana dura hasta el próximo primero de Agosto (Op cit:99)*”. Así mismo describe otra “medicina” que son los “contra” que consistían en collares de *“walca”*, cuentas de vidrio junto a bolitas de una maza negrusca, que tiene propiedades medicinales o de protección contra los males. También menciona el *“corrimiento”* para los dolores de huesos, que consiste en un alambre de cobre en las extremidades. Además, según Mostny los huevos de parina ya empollados también serían un remedio, aunque no se refiere para qué dolencia. Por último describe los sahumeros para las parturientas y sus hijos.

Por su parte Laval (1958) también describe el Lloque y los collares de cuentas de walca y menciona unos brazaletes de cobre para el “corrimiento” que se *“coloca ya en el dedo en forma de anillo, ya en la muñeca o en el tobillo y es muy característicos encontrarlos en forma cruzada: muñeca de una lado y tobillo del otro, hecho que acrecienta sus cualidades preventivas y curativas (Laval 1958:210)”*.

Cuarenta años después Saravia hace mención nuevamente del “yoque” en el día de *Pat’ ta ohiri*<sup>29</sup> o Pachamama: ceremonia que en los últimos dos años, se ha vuelto a realizar, *“...promovida por la comunidad indígena para rescatar las tradiciones atacameñas. En ella participaron cuando niños quienes están hoy en la directiva, y recurren a los yatiris porque no hay un maestro de ceremonia específico y nadie más conoce bien las rogativas (...) quienes participan en esta ceremonia deben usar en la mano izquierda y en la pierna derecha una pulsera tejida con hebras de colores rojo, negro y blanco, llamada “yoque”. Esta pulsera es un distintivo, que los protege de los espíritus que salen desde dentro de la tierra el primero de agosto, el día de la pacha mama (Saravia 2004:105)”*.

---

<sup>29</sup> Palabra kunza.

Por otra parte, Munizaga (1958), en su estudio etnobotánico en Socaire, concluye que la materia médica es abundante, pero constata que en el pueblo no existían especialistas herbolarios, aunque sí acota que durante su estadía tuvo información de curanderos visitantes procedentes de Bolivia. Por su parte describe una serie de usos medicinales para al menos unas diecisiete afecciones identificadas con nombres de la biomedicina, como dermatitis, neumopatías, gastropatías etc.

A diferencia de Mostny (1954) y Munizaga (1958), Laval (1958) sí identifica ciertos especialistas tradicionales, como son los componedores de huesos quienes se dedicaban al tratamiento de las fracturas, quienes preparan una *birma*, una especie de emplasto que se compone de “*sangre de perro que se obtiene cortándole una oreja y si la cantidad es insuficiente se le degüella; coagulada la sangre se le agregan ramas de tolilla, marancel, solda que solda (hierba que traen los bolivianos espacialmente los yungueños que trafican por la zona), baje (igualmente traída de Bolivia) y bosta de Huaicho o arriero que es un pájaro cuyo nombre científico desconocemos (Laval 1958:211)*”, a esta preparación se puede agregar clara revuelta con harina o también resina de llareta. Este autor observa que la medicina tradicional atacameña aún conserva restos de la terapéutica mágica, pero sería principalmente herbolaria “*y es natural que los primitivos habitantes de la zona aprovecharan no sólo las plantas de la región a las cuales suponían propiedades curativas, sino también las de las comarcas vecinas con las cuales mantenían intercambio comercial (Op. cit:209)*”.

Otro es el caso de los estudios de Villagrán et al. (1998) respecto de la etnobotánica del salar, donde en una muestra de 173 especies, cerca de 60 presentaron usos medicinales. Luego en una sistematización más acabada de las facultades curativas otorgadas a las plantas de parte de los atacameños, Villagrán et al (2004) menciona que los remedios basados en vegetales están vinculados al sistema digestivo, respiratorio, óseo, circulatorio, nervioso y reproductor, además de cubrir afecciones como enfriamientos, “aire”, fiebre, alergias, afecciones cutáneas y heridas, hemorragias, dolores de cabeza, muelas y oídos. Incluso para enfermedades como el cáncer, diabetes y gonorrea. Por su parte Laval (1958), cincuenta años antes, también reconoce un extenso e intensivo uso de las plantas análogo al

estudio mencionado anteriormente.

Los procedimientos terapéuticos a base de plantas según Villagrán et al (2004) son los baños o el vapor que producen ciertas especies, son eficaces para las dolencias de los sistemas óseo y muscular como dolores reumáticos e inflamaciones, y para enfermedades del sistema urinario; los sahumeros o inhalación del humo que emiten ciertas plantas sea para curar dolencias físicas o procedimientos simbólicos que buscan el bienestar de la persona; las infusiones o mezclas son los procedimientos más comunes para ingerir plantas medicinales; los emplastos, una suerte de pomada a base de la molienda de ciertas especies; y los yesos a sobre todo para las quebraduras de huesos. Para la realización de estos procedimientos Victoria Castro (1997), establece que se utilizan diferentes partes de la planta como son raíz, hojas, flores, fruto, resina y jugo en caso de las cañas.

Cárdenas (1998), también hace una pequeña mención a los usos medicinales y mágicos de ciertas plantas en el pueblo de Talabre como son la tara o monte negro para la ceremonia del lavatorio en el caso de defunciones y la chacha para sahumeros y en el rito del floreamiento de los animales, siendo *“una de las principales especies que utiliza el yatiri para realizar baños medicinales (Cárdenas 1998:261)”*.

En cuanto al concepto de enfermedad, en el estudio de Soledad Pérez (2005), el significado de la salud tiene relación con el equilibrio entre la comunidad y su medioambiente donde es de vital importancia la mantención de las reglas y normas de la comunidad y su entorno ya que la trasgresión de ellas llevaría a la enfermedad. Las normas tienen que ver con la reciprocidad hacia y desde los distintos ámbitos tanto comunitarios, medioambientales como sobrenaturales. Así mismo las enfermedades tendrían una directa relación con el etno conocimiento. En este sentido *“La salud esta en estrecha relación con su cosmovisión, con su vida diaria; no se aparta de sus quehaceres, de su visión de comunidad, de su relación sagrada con la tierra, el agua y las montañas, así como también con los caminos por los que se deben transitar (S. Pérez: 59)”*.

Entre las enfermedades que la investigadora identifica están las siguientes:

**Cuadro 3: Algunas enfermedades en el pueblo de Talabre**

<b>Enfermedad</b>	<b>Características</b>
<b>1. Susto</b>	<i>“sustos graves, accidentes, perro que muerda, atropella siendo grande o chico, uno va inocentemente y lo atropellan a uno. Que lo pesquen a la maleta también...”(D. P.) “A los chiquitos da más susto”(M.S.)</i>
<b>2. Tierra</b>	<i>”Has tenido una pena grande ahí que te ha entrado a los huesos pero ya te vas a sanar...ha mirado el cerro coquena, le ha pedido pago”. (D. P.) “los cerros nos mira, dicen que también nos agarran, a su hermano, le daba una herida y le daba comezón y se le rompía y le daba de nuevo y después le hicieron pago al cerro”. (M. S.) “Me tropecé en la tierra y me dio tanta rabia que le pegué y se me pegó la pierna” (L. A.)</i>
<b>3. Alma o abuelos</b>	<i>“Se siente mal, no puede dormir en la noche, desesperitado, se ponen rabiosos...llorar y llorar...había venido el espíritu de la mamá de O.”(E. F.) “Agarro de tierra, se lo comió la tierra”(D. P.) “El abuelo se le entró en la guata (embarazo), le tuvo lastima”.(F. J.); “Agarrar abuelo...un poquito con coca, amarrito con coca y quinoa y se avienta. Todos los chaviris de Talabre, Toconao, Pato, Camar, Socaire. Gente chucara que no conocía bautizo, gente de antes, indígena, del indio, inca, morían no sabían, gentiles, son los canales”. (D. P.)</i>
<b>4. Mal</b>	<i>“Te hacen mal, los vecinos, tierra de cementerio, mal con el ganado, huesos de ganado”(E. F.)</i>
<b>5. Mal de ojo</b>	<i>“llora, se enferma la guagua, se le pone cintita roja en la ropa”(E. F.)</i>
<b>6. Mal de aire</b>	<i>“mal de aire, sale transpirando le pesca la corriente, llega un dolor de cabeza, cuerpo granuja” (D. P.)</i>
<b>7. Mal de orine</b>	<i>“mal de orine, se pasa de hielo las sentaderas, se escarcha, ha llegado a llorar con eso, se enferma la matriz” (D.P.)</i>
<b>8. Mal de boca</b>	<i>“Cuando otra habla mal de mi y bostezo y estoy cansada” (P. P.)</i>
<b>9. Pagrón ó padrón</b>	<i>“tiene una matriz que se corre, se pal lado, arriba, p’abajo, eso es donde hacen mal fuerza, igual antes o después que tengan hijos”.D.P.)”la matriz de la mujer, dolor adentro”(F. J.)</i>
<b>10. Resentido</b>	<i>“Bien querido y se le ocurre retarlo o pegarle igual se queda resentido. A veces le pasa a los grandes. Con una pena y cae enferma”(D. P.)</i>
<b>11. Lastimado</b>	<i>“Como ser que tenga dolores en la espalda, con un hierbatero me da friegas y parche y tomar remedios pal lastimado” (I. S.) “lastimado de abertura de carne, me han curado”(T. M.)</i>

Fuente: (S. Pérez 2005: 64)

Por último en su análisis Soledad Pérez plantea que las experiencias de curación, es un acto colectivo donde la comunidad y especialmente la familia del enfermo tienen un rol fundamental en la restitución de la salud del afectado.

Según Saravia (2004) el vínculo con la naturaleza también tiene un componente preventivo ya que si bien la enfermedad es factible de contraer de distintas maneras, la dimensión social y cultural del daño esta sujeta a la relación de reciprocidad establecida con el entorno ya que la *“cosmovisión atacameña previene y cura de manera consciente a través de un ritual los males que podrían aquejar a quien no logre mantener una relación armoniosa con el medio ambiente. En ese sentido, la naturaleza provoca una reacción inmediata en la persona que la ha ofendido”*. (Saravia 2004:89)

En otra investigación, esta vez realizada en el Noroeste Argentino<sup>30</sup> en la zona de Humahuaca se describen cuatro causas de enfermedad, ellas son: contacto con fuerzas sobrehumanas; conflictos con otras personas; pérdida del vínculo con personas queridas; y no respetar principios reguladores. Aquí nuevamente aparece la idea del equilibrio, como dice el texto:

*“Es posible comprender la necesidad ineludible de asumir la lucha por una permanente construcción del equilibrio que continuamente se quebrará, sin que por eso ésta sea una tarea infructuosa, ya que esta en relación con el reconocimiento del conflicto como dimensión permanente de la vida. Y esta –a su vez- no es entendida sólo en una dimensión individual, sino también socio-comunitaria, con lo cual se asume su continuidad, a pesar de las diferentes manifestaciones en que cada momento se manifiesta. La vida es una dinámica en la que se juegan permanentemente desafío y riesgo (Rubinelli, 1999:34)”*.

Por otra parte el trabajo de Gómez et al (1998), plantea que la medicina tradicional atacameña se compondría de distintos elementos de diferentes tradiciones médicas. En este sentido se compone de elementos de la medicina religioso popular, vegetal, espiritista, mágica supersticiosa e indígena. El concepto de salud/enfermedad esta fuertemente ligado a su cosmovisión, prácticas sociales, productivas y religiosas.

---

<sup>30</sup> Es importante recordar que la Puna abarca mucho más que sólo el territorio chileno, la cultura de la Puna trasciende las fronteras nacionales de Chile, y que recién a principios del siglo XX queda como definitiva. Recordemos que en épocas coloniales, e incluso republicanas existía un fuerte intercambio a nivel de parentesco, comercial y cultural entre las distintas comunidades de la Puna, situación que aún persiste y que fue plenamente constatada en terreno.

En cuanto al parto es posible tener un poco más de información. Mostny describe que el alumbramiento puede ser en posición acostada o agachada, donde *“le ayuda otra mujer, experta en estos asuntos, la matrona. Esta corta el cordón umbilical con tijeras y en seguida entierra la placenta en el suelo, afuera de la casa”* (Mostny 1994:80). Además la convalecencia de la madre duraba unos quince días, luego de los cuales, antes de su primera salida, debía sahumarse. Así mismo Laval narra la situación donde tuvo la oportunidad de presenciar el parto, que según le explicó la parturienta esos procedimientos eran una costumbre habitual. *“(…) en cuanto la embarazada comenzó con dolores se le hizo un arreglo: se la acostó directamente en el suelo y dos amigas la levantaron de los brazos hasta que se produjo el parto; el cordón umbilical se cortó con ramas de cortadera (...). Posteriormente la placenta fue cortada en pequeños trozos que se enterraron en un hoyo abierto en el patio de la casa y a continuación la púerpera fue trasladada a su cama que exhibía sabanas de una limpieza inmaculada* (Laval 1958:211)”.

Por su parte Blass Hidalgo (1992), casi 40 años después, hace mención del parto donde la mujer *“Hincada en el suelo, con las piernas abiertas, era la posición habitual que adoptaba la mujer en el instante del alumbramiento; “nosotros no conocíamos cama”, nos decía la informante. Con la difusión de la medicina moderna esta práctica en parte ha sido reemplazada por la posición decúbito dorsal. La madre, una pariente o la partera del pueblo intervenían según como fueran las circunstancias del parto. A la mujer casada era común que la asistiera el marido* (B. Hidalgo 1992:240)”.

Ya en nuestros días Soledad Pérez (2005) describe conocimientos tradicionales que aún persisten en Talabre como remedios para los dolores, la posición de rodillas para el alumbramiento y los masajes para ayudar a salir a la criatura, manteos a la parturienta y los cuidados de los primeros días después del parto. Además menciona que a pesar que la mayoría de los partos se producen en el hospital de Calama, aún es posible reconocer a una partera, quien posee la práctica y la experiencia para ayudar en partos y en los cuidados del recién nacido.

Así mismo Saravia (2004) en su investigación en Socaire también identificó ciertos procedimientos, prohibiciones y dietas tanto para prevenir ciertas dolencias como el susto

en el niño y el mal de aire y el desmande en la parturienta como para asegurar la salud de ambos. Las prohibiciones para el madre según la autora tendrían que ver con abstenerse de tener contacto con el agua y la dieta sería sobre la base de caldos de zorro.

#### **4.3.3. Especialistas**

Para la época del contacto hispánico se describen diversos especialistas en el ámbito médico – religioso; entre ellos, la figura del sacrificador relacionado con el culto al felino y la inhalación de psicoactivos- acciones claramente shamánicas en la cultura andina- , prisioneros españoles de la colonia en el siglo XVI relatan su encuentro con un personaje con estas características, y lo describen como: *“indio que había muchos años tenía por oficio sacrificar... vestido con una ropa larga que le daba a los pies y en lugar de bordón traía un hacha de cobre y lo que sacrificaba este indio eran hombres”* (Hidalgo, J. 1982<sup>31</sup>)

También los cronistas describen a los “indios herbolarios” y los Hambi-Camayos o hechiceros quienes fueron perseguidos por el cabildo de Santiago por el año 1552 así como también habían otros que “hablaban con el demonio” (Hidalgo et al 1998:49).

Para el siglo XVIII el proceso de Extirpación de Idolatrías, llevado a cabo en nombre de la evangelización tenía como chivos expiatorios a los curanderos en Atacama siendo perseguidos por brujerías y hechicerías, por lo cual sufrieron azotes y torturas como relata Jorge Hidalgo y Nelson Castro (1998). El proceso llevado a cabo por el corregidor de Atacama Manuel Fernández Valdivieso se inicia en 1749, cuando:

*“...una vecina de San Pedro de Atacama solicito a Juana Antonia, una india curandera del ayllu de Conde Duque, que atendiera una confusa enfermedad que padecía su hija Juana Pascuala. Juana Antonia recurrió a los conocimientos que había adquirido desde temprana edad, cuando recorría los alegados lugares del pueblo para encontrar las yerbas, cuyo conocimiento y clasificaciones probablemente había adquirido aprendido de su madre Francisca Elvira. (...) recogió, en alguna quebrada o vega cercana, cori y preparó con las semillas del algarrobo un brebaje que llamaban en su lengua Quilapana. Los efectos curativos de estas hierbas y brebajes, los había observado al aplicarlos a otros pacientes, pero también su*

---

<sup>31</sup> Citando a Pedro Mariño De Lovera 1867: 81-82 [1595]. Crónica del Reino de Chile. En: *Colección de Historiadores de Chile y Documentos Relativos a la Historia Nacional T. VI. Santiago.*

*uso estaba impregnado de una profunda sacralidad para la comunidad indígena. Lamentablemente las técnicas curativas empleadas por Juana Antonia no produjeron los efectos esperados. Para explicar el mal biológico que aquejaba a Juana Pascuala, había que acudir a un sistema de interpretación cuya primera víctima sería la propia Juana Pascuala” (J. Hidalgo y N. Castro 1998: 299).*

Sin duda casos como este deben haber provocado que las prácticas médicas tradicionales fueran poco a poco perdiendo la importancia y la complejidad de los conocimientos contenidos en ellas, y posiblemente quedando en el ámbito estrictamente privado de la comunidad.

Hoy en día Yatiri es el nombre que recibe el médico sacerdote en los Andes; elegido a través del rayo, en sus manos reside el poder del conocimiento ancestral y heredado de la cultura indígena. Ellos son los encargados, en gran parte, de la mantención de la cultura, siendo el mediador entre las fuerzas divinas y los hombres. Los Yatiris, hoy en día son los encargados de practicar los ritos de agradecimientos y de hacer las peticiones, son médicos, “sacerdotes” y magos. Conocen la medicina herbolaria y practican ritos de curación (Van Kessel y Guerrero 1987; Mamani 1996)

Los médicos nativos, yatiris tienen un conocimiento acabado de las facultades curativas de las plantas de su medio ambiente, es más, pueden llegar a conocer no sólo las plantas cercanas a su medio, sino, también a través del intercambio con otras zonas climáticas pueden ampliar su “maletín natural” de médico. Como es el caso de los médicos Kalawayas, etnia boliviana reconocida en todo el mundo por su tradición de médicos tradicionales, que recorren vastas distancias buscando plantas medicinales para su profesión (Sierra 1991).

La especialización del Yatiri reside en el diagnóstico a través de la lectura de las hojas de coca y su selección como sanador por elección del rayo. Generalmente la persona del Yatiri sufre la embestida de un rayo, al cual milagrosamente sobrevive, es el momento de la revelación del don entregado por los seres tutelares, luego de esto debe pasar un tiempo como aprendiz de un maestro ya consagrado, para luego empezar a practicar la lectura de la coca y los tratamientos que ella le indica. En ocasión basta con que el rayo se haya manifestado en algún antecesor de la persona para considerar al nuevo aspirante.

También puede ocurrir con niños que nacen de pie, o con sueños recurrentes donde diversos seres le develan a la persona los secretos del oficio o tras la superación excepcional de una dolencia de lo cual aprende a curar. (Fernandez 1999)

Según Van Kessel (1985) el Yatiri es la persona a quien se consulta para determinar la naturaleza y el origen del mal, por lo cual es posible que no haga curaciones sino que se limite a consultar la coca, los sueños o las viseras del cuy, defina el carácter de la dolencia e indique el tratamiento tanto en lo ceremonial como en la pertinencia terapéutica, remitiendo al especialista adecuado.

Para el caso atacameño, Victoria Castro describe a la persona del Yatiri en Toconce, como “quien sabe”, luego que haber sido tocado por el rayo elemento que le entrega el don, como narró Don Juan a la investigadora: “¡No!... éste va a ser médico con el tiempo. Por esa razón le ha cogido el rayo... con el tiempo va a ser algún ricachón o va a ser un médico. Así es que cuídelo». Don Juan dice que desde entonces tiene esperanza, sueños y el poder de conversar con los antiguos y las piedras (V. Castro 1994:74)”.

Según Soledad Pérez (2005) los yatiris aparecen en los casos de procedimientos de curación de mayor prestigio. Son ritos sagrados dirigidos por el yatiri y con la participación de la comunidad, por lo tanto ésta persona mantendría una situación de mayor prestigio con respecto al resto de los habitantes del pueblo, debido a los dones que le fueron entregados por una señal divina. Aquí nuevamente aparece el rayo como intermediario como describe el siguiente relato: “Soy alumbrado de la centella del rayo..., venía con las llamas, estaba lloviendo, venía y venía corriendo y ¡suits! Y no me acuerdo más. Cuando desperté era como de un sueño granizo alto, levanté, saltó sangre negra de la nariz... había olor a pólvora, centella, barro pintado, hediondo. Me levanté y partí. Tenía 14, 15 años. Ese nació p’a uno por algo lo alumbra a uno, p’ ser adivino, hierbatero... (S. Perez 2005:66)”.

Por último el don recibido del rayo es reafirmado por el reconocimiento de la comunidad de sus habilidades, técnicas y poderes reafirmando su rol de sanador y conocedor de las facultades curativas de las plantas o otros elementos del ambiente y de los protocolos rituales para la sanación de ciertas enfermedades.

## 5. RESULTADOS

---



## 5.1. MODELO MÉDICO ATACAMEÑO

---

### 5.1.1. RELACIÓN CON EL ENTORNO

La relación que los atacameños establecen con el entorno esta íntimamente influenciada por sus modos de producción, y sus tradiciones asociadas, el medio geográfico en el cual están insertos así como también con las condiciones económico sociales de la región. En este sentido la economía de subsistencia campesina en la cual se desenvuelven los atacameños esta cada vez más permeada de elementos de la economía mercantil. El trabajo en la industria minera y una agroganadería de subsistencia se conjugan en un medio geográfico desértico apenas amable para la subsistencia, donde los atacameños desarrollan sus vidas tensionadas entre lo campesino/tradicional y lo proletario/moderno.

Dentro de los elementos tradicionales que aún mantienen los atacameños destaca el sustrato común de las culturas andinas en cuanto a su relación con el medio ambiente y su significación espacial y corporal. El mundo andino se rige por una lógica seminal la cual responde a una relación con el medio de manera integrada, es decir el hombre andino se siente parte del proceso vital en el cual esta inserto y su esfuerzo se concentra en un ajuste cada vez más perfecto a los procesos naturales de su medio ecológico. Según esta lógica los acontecimientos ocurren por la fuerza vital de la tierra, la Pachamama, y se desarrollan de manera acertada cuando la relación que se establece con ella implica una convivencia recíproca y cariñosa en el trabajo y la utilización equilibrada ecológica y ritual de los recursos que se utilizan para la subsistencia (Van Kessel 1991).

Los atacameños entienden el entorno geográfico y animal como un universo animado que cobra vida en personajes y seres sobrenaturales, con los cuales el hombre debe relacionarse de manera recíproca. Lo que se concibe como una relación nutricional, tanto desde la tierra, o Pachamama, que entrega todo lo necesario para la vida, como desde el hombre, quien debe también alimentarla a ella y a todos los habitantes animados del entorno. Esto es a lo que se refiere Van Kessel (Op cit.) con un “ajuste cada vez mas

perfecto”, es decir que para que el entorno me de alimento, también debo alimentarlo y nutrir a los seres que lo habitan, ya que la lógica seminal, del fluir de la vida en la cual todos sus elementos están estrechamente ligado en una interdependencia, es el fundamento de la existencia andina.

Desde los hombres la reciprocidad se materializa en una vigilancia permanente de mantener nutrido al entorno. La alimentación que aquí se efectúa, es tanto de carácter propiamente culinario como ritual, constituyéndose en “los pagos”, que es el rito por excelencia dedicado a la Pachamama o a otras personificaciones del ambiente.

Los “pagos” son culinarios por que implican preparaciones de comidas o bebidas, como patasca<sup>32</sup> o aloja<sup>33</sup>, los cuales se convida a tierra, es decir se la alimenta. Y también son rituales porque además “los pagos” se componen de elementos con una fuerte carga simbolica religiosa como son el koar<sup>34</sup>, hojas de coca, y oraciones dedicadas a la personificación que se quiere nutrir.

Es decir es necesario devolver en forma de “pagos” a las representaciones del medio lo que fue extraído para la subsistencia. La preponderancia de esto es tal que se puede vislumbrar la presencia de ellos en todas las instancias de la vida; es así como el calendario agrícola-ritual atacameño está dotado de fechas en las cuales se conmemora la existencia de estos; se trata de un calendario sincrético donde pagos y oraciones se mezclan en las tradiciones y ceremonias determinadas anualmente.

***“Cuando se enferman y se empiezan a morir de nada, entonces ahí es cuando uno tiene que hacerse ver con un yerbatero y decirle qué lo que tiene el ganado, por qué razón están enfermándose, entonces ello le dicen “pucha la pacha o los cerros te están quitando el ganado por qué, porque no le hací un pago”, entonces ahí te piden harina tostá, te piden las hojitas, te piden fuerte que es pisco, esas cosas así, vino ¿ya? Son cosas que ello le tiran a la pacha y se sana po, el ganado se sana, igual que tú no lo esperas bien cuando, cuando es el día del ganado, ¿no cierto?, el día del ganado es el 24 de junio, ese día tiene que florear, tomar con tu ganado, hacer coquear a tu ganado, entonces***

---

<sup>32</sup> Comida en base a granos de maíz que han sido almacenados, y que para su preparación son limpiados y pelados y luego rehidratados en un caldo que contiene verduras y carne de cordero e interiores.

<sup>33</sup> Bebida alcohólica del destilado del fruto del algarrobo que se utiliza en ceremonias importantes en las comunidades del salar.

<sup>34</sup> Acto de ofrendar el humo que expide la especie vegetal de la chacha hembra haciendo el efecto de incienso. Ver pagina 70

*tiene que, tiene que hacer eso, hacerlo bien, porque si uno no lo hace con fe es porque perdió todo, pero si uno lo hace con fe el ganado más se produce, porque yo lo veo en cuanto a mi papá, ya son tres años que lo ha esperado su ganado y lo ha hecho los tres años.... (C.P., Camar )”.*

Como se explica en la cita, el mantener relaciones recíprocas asegura, en este caso la multiplicación del ganado. En este sentido, el entorno medio ambiental y sobre natural es en cual viven los atacameños es exigente, en cuanto a la mantención de tradiciones y a la aseguración de la subsistencia.

Esta lógica impregna la concepción médica atacameña acerca del cuerpo, la salud y la enfermedad, ya que los seres que habitan el universo animado pueden, de una u otra manera, provocar enfermedades.

Es por esto que es posible ver que dentro de las creencias y prácticas rituales relacionadas con el medio ambiente circundante exista un fuerte componente preventivo. En los eventos rituales y ceremoniales como la limpia de canales, el floreamiento, y el día de todos los muertos, además de realizar los actos específicos que demanda cada rito, se procederá también a realizar ciertas acciones dedicadas a los cerros, abuelos, almas y a la Pachamama que contienen peticiones de adquirir salud y conservarla. La prevención, en este sentido, esta dada por mantener una vigilancia rigurosa de la relación de reciprocidad con el mundo en el que viven. En otras palabras si se mantiene bien alimentadas a las personificaciones del entorno, el riesgo de sufrir ciertos tipos de dolencias será menor.

En este sentido, la clasificación según la función de los ritos que propone Van Kessel (1985) se hace claramente visible en la medicina atacameña, donde es posible ver en el calendario ritual tanto agroganadero como católico peticiones de salud dedicadas a las distintas entidades que están presentes en los diferentes ritos, siendo claramente preventivos, como también en los ritos realizados por los especialistas atacameños a la hora de la curación siendo ordenadores o integradores.

### **5.1.2. CONCEPTO DE SALUD-ENFERMEDAD**

La conceptualización médica andina se basa en una visión holística que se caracteriza por el tratamiento integral de la persona y que comprende la enfermedad como un desequilibrio físico, psicológico, socio ambiental y mágico religioso. Es decir, la persona estaría inserta en un contexto socio cultural que lo liga a sus antepasados, a sus congéneres y a las fuerzas naturales que guardan relación estrecha con el grupo social (Arratia, M. I., 1996).

Por lo tanto el concepto de salud de los atacameños se referirá tanto al bienestar físico y psico-emocional como a la armonía comunitaria, medioambiental, productiva y sobrenatural. Es decir la salud comprende todas las dimensiones de la vida atacameña.

Entre los atacameños resulta vital mantener la salud para asegurarse la subsistencia. En este sentido la conceptualización de salud se expresa como un estado en el cual la persona puede dedicarse a su trabajo sin sufrir cansancio excesivo y sin obstáculos físicos, al igual que le permita mantener relaciones sociales más o menos armónicas. Salud como una noción integral también se referirá a la productividad de la tierra y el ganado. Por lo tanto la relación recíproca con los elementos del ambiente se comprende como un acto de responsabilidad que será una preocupación constante, debido a que si no pueden cumplir con sus tareas diarias, la productividad de la tierra y el ganado bajan, repercutiendo directamente en la satisfacción de sus necesidades básicas.

Conservar la salud requiere de una reciprocidad constante tanto entre los individuos de la comunidad como con las personificaciones del entorno, lo que se traduce en un exigente equilibrio con el grupo y el medio ambiente, observándose el empeño constante por mantener la armonía mediante prácticas culturales que están profundamente arraigadas en las comunidades. Estas prácticas deben asegurar buenas relaciones con el entorno natural, con la producción y con la comunidad.

Cuando las relaciones recíprocas no se cumplen a cabalidad aparece la enfermedad como efecto del dinamismo de fuerzas y poderes de acciones externas o fuerzas sustractivas de energías, provocando desequilibrio en alguna dimensión de la existencia de los

atacameños. Este estado es “combatido” con la restitución de la energía perdida o exorcizando el factor externo que lo debilita, generando en algunas ocasiones esquemas terapéuticos fuertemente ritualizados.

*“Hacía todo, hacía pagos, hacía, cómo lo llaman, no sé como pago a la tierra, a los cerros, a todo y el otro hicimos la boda y le invitamos a todas las personas, listo no más, sanó, hasta hoy día no tuvo una enfermedad. (Madre refiriéndose al tratamiento llevado a cabo por el yerbatero para sanar a su hijo, K.B., Talabre)”*.

La enfermedad en los atacameños se conceptualiza entonces, como una imposibilidad de cumplir las funciones productivas y comunitarias en su totalidad.

*“Claro que trabajo, algo tiene que ser muy grave para que uno se quede en la casa acostadita, pero es un día después tiene que volver, tenía antes mis animales, salía igual y tenía que salir a pastear mi animales...” (...) “Cuando yo me enfermo me siento triste, apenas, porque digo estoy enferma y ya no puedo hacer mis cosas, eso yo siento y ahí digo ay ya tengo que tomar hierbas. (S.H., Socaire)”*.

Así se entiende que expresen la enfermedad como un estado de ánimo de tristeza y decaimiento general, porque se les hace imposible cumplir con sus tareas productivas, apareciendo inmediatamente la preocupación por la subsistencia. Razón por la cual los atacameños igualmente trabajan sintiendo dolencias, ya que su rol dentro del grupo –en consideración de las posibilidades restringidas de que otras personas puedan cumplir su rol- no permite el fácil reemplazo de sus funciones. Lo que implica que los atacameños recurran a especialistas médicos – sea de la biomedicina o de la medicina tradicional- una vez que la gravedad y el malestar de la enfermedad es tal que ya no pueden seguir cumpliendo con los requerimientos de trabajo diario.

### **5.1.3. ETIOLOGÍA ATACAMEÑA**

#### **5.1.3.1. Enfermedades Personalistas.**

En el caso atacameño las causas personalistas de enfermedad se refieren a la intervención de las personificaciones que existen en el entorno animado de las comunidades

con los cuales no se ha mantenido una relación recíproca o de agentes intermediarios, como los especialistas de la medicina tradicional como yerbateros y brujos quienes envían una enfermedad determinada.

Muchas veces estas personificaciones existen independientemente de si causan dolencias o no, pudiendo solamente ser agentes intermediarios de deidades más importantes en el panteón atacameño, pero lo que sí comparten todos estos seres es que a través de ellos, los atacameños personifican al medioambiente, estableciendo una relación seminal y personal con el entorno. Esto se manifiesta en la demanda de reactualizar el vínculo permanentemente, expresándose bajo la “metáfora del hambre”, que es la imagen de estas entidades reclamando su valoración en el entramado ecológico-simbólico y económico del cual también son parte. Es por ello que las causas de este tipo de enfermedades aludan a que los seres del entorno simbólico “*piden*” los “*pagos*” de los cuales se alimentan, lo cual expresa el carácter nutricional, tanto culinario como mágico religioso, de las relaciones que los atacameños establecen con el medio social, productivo y medioambiental.

Las posibilidades de sufrir este tipo de enfermedades dependerán de la importancia que la persona le atribuya a la relación con estos seres. De modo que cuando la relación en la vida cotidiana es directa, generalmente el nivel de causalidad será primario, es decir no habrá intermediarios en el envío de la enfermedad; es el caso de la “*tierra*”, la cual es una sintomatología producida por una mala relación con la Pachamama.

A su vez cuando algunas personificaciones no son tan presentes en el quehacer atacameño, y por lo tanto se les atribuye menos importancia en la relación seminal, estas tendrán una relación indirecta con la causalidad de variadas enfermedades ya que no tienen una correspondencia directa con la forma de relacionarse con ellos. Es el caso del “*pujio*”, quien es un personaje sobrenatural que no siempre causa enfermedad; luego de un encuentro con él, por ejemplo, bien puede causar susto o no, así como también deformaciones corporales.

A continuación se presenta una breve caracterización de las personificaciones del entorno, de las cuales algunas son de causalidad primaria identificándose específicamente con una sintomatología determinada y personificaciones intermediarias de causalidad

quienes pueden causar, un conjunto de síntomas no relacionados específicamente con la personificación.

**a) Pachamana:**

Dentro del panteón de las divinidades la “**Pachamama**” es la de mayor rango, es la dueña de la tierra, de los animales y las plantas, es quien entrega la fertilidad y por ende la productividad de la tierra, a ella hay que rendirle culto a través de “**pagos**” en todas las fiestas y ceremonias que se realicen en la comunidad. Ella es una divinidad exigente que necesita que la alimenten permanentemente con pagos y se le agradezca en determinadas ceremonias especificadas en el calendario ritual como por ejemplo el floreamiento de los animales que se realiza todos los 24 de junio en algunos poblados.

Generalmente se la asocia con la virgen y muchos dicen que se aparece en la forma de una bella señora asociada a los cerros. En las comunidades atacameñas el culto a la virgen está profundamente arraigado desde el proceso de evangelización. Los “**pagos**” dirigidos a ella en las festividades, durante todo el año, demuestra su importancia en imaginario simbólico atacameño.

La “**Pachamama**” es un agente de causalidad primaria y directamente relacionado con la enfermedad denominada “Tierra”. Cuando no se han hecho los pagos requeridos a ella, es decir no se le ha alimentado correctamente ella te “**pide**”, lo que puede desencadenar una enfermedad, con síntomas como comezón y ronchas en la piel o bien mermando las cosechas y la reproducción del ganado. Se alimenta, entonces, del “descuido” de las personas, momento en el cual “te agarra la tierra”. La factibilidad de sufrir esta enfermedad se relaciona sobretodo con lugares de pastoreo y agrícolas medianamente alejados de los poblados, quebradas, pastizales y vegas parecen ser sus dominios por excelencia, siendo una enfermedad que sufren mayormente quienes se dedican a las actividades productivas tradicionales de subsistencia.

*“Le chupa, cuando le agarra la tierra, cuando uno anda flojeado en las tierras que son vírgenes y ahí uno va leseando por ahí, se queda dormido, flojera, cansado y ahí que agarra la tierra, igual, te puede salir granitos, cualquier cosa, entonces, así te pica en la noche y eso es tierra...(R.L., Talabre)”*

## **b) Antiguos**

Con la denominación de Antiguos o abuelos los atacameños se refieren a los antepasados históricos y prehispánicos, con los cuales ya se ha perdido todo lazo de parentesco fácilmente demostrable en la tradición oral, quienes, generalmente habitan en los gentilares<sup>35</sup>. A ellos también hay que hacerles pagos, por lo que habitualmente en los rituales se les hace pago a los antepasados y a la pacha. Los abuelos también tienen hambre y por lo tanto comen. El pasar por un gentilar sin la debida preocupación puede “molestar” a un abuelo, quien manda un castigo al individuo enfermándolo. Los gentilares pueden estar identificados o no por los atacameños, esto significa que no siempre se sabe por qué lugares hay que pasar con respeto.

Los antiguos se asocian directamente con un tipo de sintomatología y por lo tanto son una causalidad primaria enviando unívocamente el castigo que se conceptualiza como la enfermedad de “*abuelo*”.

*“Si, que están ahí que están enterrados ahí y uno que va a reírse o cualquier cosa que va a hacer ahí, o rabiar con ellos, pero no sabe que esta ahí el abuelo, pero ahí esta y el yerbatero le dice que ahí esta, entonces eso son las enfermedades que, te entra al cuerpo a uno. (M.D. Socaire, 2002)”*

*“Bueno por ejemplo ya ud paso rabia en este terreno pongamos ya y se canso y tiene rabia, o acá atrás donde estamos sentadas porque por acá creo que hay gentiles que le llaman, de repente estame por acá entonces ud pasa rabia en este momento aquí, rabia, rabia, y no va a faltar que le va a doler la pierna, o le va a doler un brazo... (P.T., refiriéndose a como una persona puede adquirir el mal, Río Grande)”*

## **c) Almas**

Los difuntos también habitan en el mismo espacio dentro del universo simbólico de los atacameños; generalmente están en las cercanías de los cementerios y animitas, a ellos también se les hace ofrendas. Se dice que las almas le tienen lastima a los vivos y buscan a

---

<sup>35</sup> Lugar donde generalmente se encuentran restos arqueológicos.

alguien que los acompañe en su mundo de difuntos, es por eso que vienen a buscar a una persona viva que estuvo cercana de él antes de su fallecimiento, habitualmente se trata de un familiar. De modo que se denomina “alma” al estado de permanente debilidad física y por lo tanto la propensión a la enfermedad, siendo estos seres también agentes de causalidad primaria.

*“Si es alma igual, en mi caso yo tengo un tío muerto yo voy por ahí por el cementerio todos saludando o me ha alcanzado y dice que el tiene lástima a nosotros, entonces ahí van queda enfermo, enferma después se siente mal y el yerbatero dice “alma tenis” (R.L., Talabre)”*.

#### **d) Pachacho**

Cuando se comete un aborto o un infanticidio dejando el cuerpo enterrado en el cerro, éstos se convierten en “*pachachos*”, representando al bebé no bautizado y que por lo tanto no puede ir al cielo, por lo que vaga entre los vivos buscando ya sea venganza contra la madre y familia, o buscando un familiar que oficie de padrino en una misa de su bautizo para poder descansar en paz.

En este sentido la figura del pachacho se inserta dentro del imaginario religioso sincrético de los atacameños connotando la impronta de los procesos de evangelización en el establecimiento de normas respecto de las transgresiones a la vida.

El “*Pachacho*” es un agente intermediario puesto que el puede causar malestares diversos sin una sintomatología unívoca del encuentro con él. Es decir puede causar tanto susto, dolores en general, o mala producción de la tierra, entre otros

*“ esos son los pachacho porque no están bautizados vienen lloran, hacen el show mas grande acá y eso a los familiares a los familiares, a los hermanos, dicen que a las mamas les comen los senos, se los comen a veces cando son mucho se los comen en cuerpo y alma, se los llevan, dice que para allá mi tío Pascual contaba así no mami?  
- Si matan a la mama....(G.D. y T.S., Camar)”*.

#### **e) Pujios**

Ellos vienen a significar en el imaginario atacameño, la trasgresión a la norma de alimentar apropiadamente chacras y corrales para asegurar la producción de la tierra. Dentro de las tradiciones antiguas se realizaba el sacrificio de una llama a la

“*Pachamama*” y se enterraba el corazón en el corral para alimentarla; de esta forma se aseguraba la reproducción y fertilidad de los animales. Esto se debía hacer con cierta recurrencia y luego alimentar estos corazones con otros corazones de llamos para reactualizar el rito; sin embargo, al irse perdiendo esta tradición los corazones se han transformado en “*pujio*”, que se personalizan en lagartos, andan hambrientos en busca del responsable de la dejación con ellos. Al encontrar a una víctima, los “*pujios*” se comen de a poco su cuerpo, castigando de esta manera el descuido o el olvido de las tradiciones. En este sentido, la noción de “*pujio*” mostraría cómo los mismos atacameños dan cuenta de la pérdida de las tradiciones, siendo este también una causalidad secundaria de enfermedades.

*“- No los pujios, años existían muchas creencias, (...) tenían ganado, pero harto en cantidad, ellos tenían corrales por arriba y acá mismo acá, entonces dice que sacaban los corazones de los animales cuando estaba latiendo si y los enterraban, esa era como una costumbre...”*

*- En el corral...*

*- En el corral, entonces pasaban los años, los hijos ya no fueron haciendo lo mismo entiende, entonces sus pujios se convirtieron en animales malos, en animales malos porque ya tenían hambre, porque querían comer el corazón que ellos siempre todos los años lo hacían, porque varios puyos que se han secado, incluso ahí su misma mama del Leo tenía dos puyos que estaban por arriba, yo vi cuando sacaron el puyo convertido en lagarto y así unos lagartos....*

*- Los Puyos son los corazones?*

*- Los corazones, si una vez nosotros fuimos, yo le estaba comiendo la papa del Leo le estaba haciendo un hoyo acá atrás y entonces esa vez nadie, no se sanaba y le salía, le corría como agua, como una maleza como una punza en las piernas y el decía por qué no sé, y no sabía nadie por qué, nada, entonces justo el caballero de Talabre es yerbatero, Don Favio Soza, entonces el dijo que era un pujio, que tenía que curarse lo mas pronto porque eso era súper peligroso porque puede ya ir comiendo de uno por uno, comía a él, después comía a otra persona, después a otra persona y así se lo iba comiendo de a poco....( G.D. y T.S., refiriéndose a la forma como actúa el pujio como intermediario para adquirir una dolencia, *Camar*)”.*

**Cuadro 4: Personificaciones atacameñas del medio ambiente y las enfermedades que causan**

Personificaciones del medio ambiente con causalidad primaria	Referentes concretos en el medio circundante	Enfermedades que producen	Síntomas
<b>Pachamama</b>	Ella es dueña de la tierra y por ende se encuentra a todo alrededor. Puede aparecerse en forma de una señora con aspecto de virgen.	- tierra	Se describe como granitos en el cuerpo que pican y van secando la piel.
<b>Abuelos</b>	Gentilares, son claramente localizados en la comunidad o bien desconocidos. También se presentan en las ventoleras.	- abuelo	Dolores corporales, generalmente en brazos y piernas
<b>Almas/ fallecidos</b>	Cementerios y lugares cercanos a los recién fallecidos	- alma	Cansancio permanente y un estado de predisposición a sufrir enfermedades y fatalidades
Personificaciones del ambiente intermediarias de enfermedad	Explicación de su presencia	Efectos asociados	
<b>Pachacho</b>	Realización de un aborto o infanticidio, y transgresión a la norma del bautizo. Persigue a sus padres o familia	- susto - dolores corporales en general - problemas en los senos de la madre	
<b>Pujios</b>	La no realización de pagos a la pacha en corrales del ganado, u otro tipo de pagos.	- susto - deformaciones corporales	

Del mismo modo, entre las enfermedades de causa personalista, se encuentran “*los trabajos*” o “*males*” que se presentan cuando, como resultado de una relación conflictiva entre dos personas -envidia o problemas amorosos-, una decide dañar a la otra para lo cual recurre a algún intermediario con poderes mágicos quien confecciona el “*trabajo*”, provocando un “*mal*” o enfermedad a la persona que se quiere dañar. El mal que sufre la víctima va más allá de sólo un malestar corporal, sino que también se manifiesta en malas relaciones familiares, baja productividad de la tierra y el ganado y pobreza en general.

*“Quizás un mal, cualquiera te puede amarrar para que tu no hagai nada, no tengai nada hasta por la plata te pueden hacer eso, tu puedes agarrar un montón de billetes y mañana vas a ver y no tenis ni uno por que te hicieron un mal.. (F.A., Talabre)”*

*“-Hay personas, según como le haga el mal es que le hacen mal distinto, uno para que se sequen, mueran secas, así huesitos, otros para que se ciegen, otros para que sufran, otras para que loqueen..*

*- El que tira el mal dice que un mal.....*

*- Otros le hacen el trago, cuando esta el hombre...*

*- Para que entre al trago, para que entre a tomar trago....*

*- Si le confunden, le echan en el trago, hacen distintos, distinto le hacen el mal...*

*- Pero todos esos pueden ser curables así.....(T.S. y G.D., Camar)”*

Este tipo de dolencia se “confecciona” a partir de ciertas prendas del afectado, o elementos como fotos, un cabello, con los cuales a partir del principio de la magia simpática es posible causar algún tipo de infortunio a la persona a la cual pertenecieron esos elementos.

*“- Claro tu dejai una ropa tendida llega una persona y te la roba por tenerte a ti para que andi con esa persona y esa persona quiere estar con ella entonces te la roban y ahí te hacen un mal, pero hay distintas formas o sea por el amor como digamos, por cualquier cosa, son cosas diferentes que hay como diez formas de maldecir a una persona..*

*- Por fotos puede ser??*

*- Claro por fotos, por distintas formas, te pueden hacer por tu botar un pelo acá te pueden hacer una maldición a una persona que se enamore de ti te puede robar un pelo, te puede hacer una maldición... (F.A.,Talabre)”*

Los “trabajos” o “males” forman parte de una de sintomatología extendida en Latinoamérica (Pedersen 1989; Kenny 1980), dando cuenta de la hibridación con componentes populares en la medicina atacameña.

Por último es importante mencionar que la gravedad de este tipo de enfermedades puede ser tal que lleguen a causar la muerte de una persona, viendo nuevamente que la posibilidad de tener una enfermedad de causa personalista es una preocupación no menor entre los atacameños.

*“Pero a tiempo, a tiempo, si uno se deja mucho tiempo, uno muere, el mal te va avanzando avanzado cada día mas y mas, pero si uno se hace curar a tiempo estai curado. (P.A., Camar)”*.

#### **5.1.3.2. Enfermedades Naturalistas.**

Se refieren a un desequilibrio entre elementos del cuerpo y del medio ambiente natural donde no habría agentes de causalidad personificados del imaginario atacameño. La explicación de la presencia de la enfermedad es impersonal y por lo tanto no hay personificaciones sobrenaturales involucradas, alude a estados orgánicos o biológicos ligados a cuidados respecto de temperaturas, higiene y alimentación.

A continuación una breve caracterización de las principales enfermedades presentes entre los atacameños.

##### **a) Lastimado**

En esta categoría podemos agrupar las dolencias ocasionadas por golpes y mal uso de las posiciones corporales durante algún trabajo que requiere una fuerza física considerable. La lesión suele ser interna y difícil de apreciar a simple vista, ya que entre los atacameños se percibe como cuando se “abre la carne”.

*“Un lastimao es cuando uno de repente se cae, se golpea no cierto o se cae mal, se lastima por dentro, no por fuera ¿ya? Es un lastimao por lo menos de una pierna o de repente de uno caerse se quiebra la costilla ¿ya?, pero eso un médico no lo sabe, pero un yerbatero sí lo sabe (T .S., Camar)”*.

##### **b) Resfrío:**

El resfrío es una enfermedad muy recurrente entre los atacameños, se le atribuye a los bruscos cambios de temperatura a lo largo de toda la jornada diaria. Esta enfermedad se refiere al equilibrio caliente/frío, en cuanto existen resfrío de frío y resfrío de calor con un tratamiento asociado a reestablecer el equilibrio con elementos que se asocian al calor o al frío respectivamente. Generalmente los resfríos se identifican entre los atacameños por una tos leve, la cual si empeora pasa a denominarse bronconeumonía.

*“- De frío, el resfrío , se pasa de frío, claro, resfrío no ve que aquí a veces hacen unos vientos grandes helados en la tarde, uno tiene que aguantar, qué va a hacer.*

*- Pero a mi me han dicho que hay resfrío de calor y de frío...*

*- Claro a veces de calor también no ve que a veces aquí nosotros pasamos de calor a veces, por ahí estamos pastoreando los burros y el calor, claro no nos de calor también, a veces nos da enfermedad de calor también pero nosotros ya sabemos (V.R., Camar)”.*

### **c) Aire**

El aire se refiere también al equilibrio caliente/frío como el resfrío, pero esta vez la sintomatología se relaciona con dolores musculares. También existen aires de frío o aire de calor, es decir golpes de frío o calor que al parecer se relacionarían con una parálisis muscular, lo cuales se tratan reestablecimiento el equilibrio con materias asociadas al elemento contrario

*“- Que un aire, ese aire te tuerce po, te tuerce, adentro la carne, te rompe, el cuero te dentra too viento, adentro te rompe la carne*

*- Y que uno, por ejemplo, si le da aire en el cuello no puedo moverlo...*

*- Claro po, no puedes mover o bien que sentís que está cortante este, sentí también tú que está cortante, ese es aire. (H.D., Río Grande)”.*

### **d) Problemas a la Matriz (Desmande):**

Esta es una dolencia únicamente de las mujeres ya que se produce por problemas de desprendimiento de los órganos reproductivos femeninos luego del parto, generalmente es producto de un mal tratamiento del parto el cual se da principalmente en los hospitales. Es decir es muy común que las mujeres atacameñas luego de dar a luz en el hospital de Calama, lleguen a las comunidades con problemas a la matriz los cuales son tratados en el ámbito domestico o con yerbateros. Los cuidados tradicionales asociados al parto implican un tratamiento de la placenta, una dieta especial, restricción en los baños, y en las actividades físicas dependiendo si el nacido es hombre o mujer; sin embargo, estas normas no son respetadas en ámbitos hospitalarios siendo esto fuente de múltiples problemas para las madres.

*“- Porque a veces cuando uno tiene la guagua en el hospital allá lo único que hacen los matronas, los que están atendiendo es llegar y tirar la guagua como*

*sea y a veces uno queda mal la matriz porque igual que la placenta porque la placenta uno la bota sola y allá llegan y lo tiran con todo no mas, arrasan con todo, entonces uno queda mal porque...*

*- algunas quedan mal para siempre si lastimas para siempre*

*- queda mal la matriz yo estaba mal mal yo seguía con dolor, Salí del hospital que se me caía algo de las entrañas, de acá para el otro lado (T.S., Camar)”.*

#### **e) Mal de orines**

Esta dolencia puede atribuirse a problemas en las vías urinarias y riñones.

*“- ... como que estaba aburrída, yo soy acostumbrada a mi pueblo, soy nacía y criá acá, ya, y estaba aburría y eso fue lo que me dio dolor de cabeza, un dolor de cabeza y este dolor era un dolor extraño, o sea que no sabía qué era, y tenía un “mal de orine”, ¿no sé si ha escuchao usted el “mal de orine”?*

*- no*

*- eh un mal de orine que le duele cuando orina, todas esas cosas, pero estaba mal, esa parte estaba mal (C. P., Camar)”.*

#### **f) Tronchadura**

Esta dolencia se refiere a problemas musculares por movimiento bruscos de las articulaciones y trabajos que requieren fuerza física.

*“Así tenía mi brazo, se tronchó este, sí, pacá tenía hartó y yo fui y me sobó así con un este, y me empezó a ver nudo por nudo estos, no eh que son nudos aquí, son los nervios estos, dijo aquí está esto está afectado y entonces me sobó hartó me sobó, y de repente me dijo “usté hijita linda no vas a gritar, aguantarse el dolor pero no hagas duro tu mano” y ya, y estaba fregando así y no sé cómo y hizo así mi mano, sonó.... (H. D., Río Grande)”.*

#### **g) Bronconeumonía:**

La bronconeumonía los atacameños la denominan como el agravamiento de los síntomas del resfrío como dolores de garganta fuertes y tos sostenida en el tiempo.

*“La tos po, ya no te pasa, tienes una tos bien dura, no lo podí sacar ya entonces ese es una tos bronconeumonía (H. S., Socaire)”.*

### **5.1.3.3. Enfermedades de causas mixtas personalistas y/o de tensión emocional.**

Existen algunas enfermedades como “resentimiento”, y el “susto” que bien pueden ser catalogadas como personalistas o emocionales dependiendo de la conceptualización subjetiva que haga el afectado de su dolencia.

El resentimiento aparece cuando ha habido algún conflicto familiar que produce una tensión permanente del afectado con el resto de los integrantes de la familia, esto puede asociarse a aspectos emocionales como un estado de angustia, tristeza o enojo por la situación en general, o también puede asociarse a que una persona en específico ha provocado esos sentimientos en la persona, siendo en este caso asociable una causa personalista ya que la dolencia se atribuye a que una persona haya causado ese estado.

*“-El resentido es lo mas feo porque se hacen feos, se hacen malos y no hay como hacerlos ya...*

*- Entender.*

*- Entender además que lo hagas curar, lo perdonis todo eso, pero no algunos no quedan bien....*

*- No quedan bien, si mi hijo no quedo bien, no mi hijo es súper agresivo, súper agresivo, agresivo te grita cosas que no debería decir, no sé será que de repente el papa lo incentiva a eso, no sé porque el no era así, ahora a estas alturas es así. (T.S. y G.D., Camar)”*

El susto pertenece a una sintomatología que se amplía a los imaginarios latinoamericanos acerca de la salud y la enfermedad siendo una enfermedad de alta vigencia y dispersión tanto en Chile como en Latinoamérica y su etiología se refiere a ver o percibir algo extraño insólito o sorpresivo (Grebe y Segura 1986 [1974]:36)<sup>37</sup>.

Para los atacameños el susto se produce cuando una persona se asusta al ver un suceso extraño a su vida cotidiana y el “animo” (alma) de la persona se “sale” quedándose en el lugar donde ocurrió el suceso, lo que se traduce en problemas de concentración en sus tareas diarias, mal dormir y espasmos.

---

<sup>37</sup> En el estudio realizado por estos autores en un hospital de Santiago entre los años 1971 y 1972 en una muestra de 60 pacientes la sintomatología asociada a esta dolencia fue: “sobresaltos , intranquilidad o “quedar espirituado” ; temblores o “tiritones”; pupilas dilatas u “ojos sobresalientes”; taquicardia o palpitaciones rápidas; dificultad para articular la palabra; agitación motora e inquietud, inhibición motora; hielo o calor en el cuerpo; decaimiento o somnolencia; transpiración, etc” (Grebe y Segura 1986 [1074]:40).

Aquí nuevamente podemos asociar la dolencia a un suceso tensionante como un accidente, o presenciar una situación difícil para la persona refiriéndose a una causa emocional, o a un encuentro con una personificación del entorno como son los pujios y el pachacho.

*“El susto cuando tú tienes, cuando se asusta la persona, o sea se asusta con cualquier cosa, y como que, no sé, y después la persona se enferma, se enferma y de puro susto que está enferma, o sea no puede dormir de repente como que está durmiendo pega un salto o cualquier cosa, entonces eso es por susto... (O.B., Camar)”*.

#### **5.1.3.4. Accidentes**

Los accidentes carreteros, aún cuando no se refieran a un desequilibrio físico-medioambiental son concebidas como “enfermedad” por los atacameños, en tanto alude a la gravedad vital de un hecho de este tipo, en el cual el dedicarse a sus actividades diarias se presenta como obstaculizado o imposible por su condición física.

Incluso, en ocasiones cuando las personas adhieren fuertemente a la importancia de mantener relaciones recíprocas con el entorno y la comunidad, los accidentes se pueden concebir como efecto de agentes intermediarios.

Por último, es interesante constatar que en caso de accidentes graves, como los carreteros, no poseen estrategias de resolución en la medicina atacameña y, por lo tanto, se constituyen como un eje en el cual la biomedicina posee un alto reconocimiento.

*“-El accidente que tuvimos, quedé en la camioneta atrapado ahí, y el pie no sé cómo, yo sentí como que alguien me pegó, yo tengo mi canilla ahí mira hondo ve, ahí está el tajo ahí, entonces esto no me pudieron mezclar el yerbatero por el hecho de que tenía la herida y estaba hinchado y yo no sabía si era la herida que se hinchaba o era del hueso po y tampoco me podían pegar, porque estaba abierto la carne, después me hice sobar un poco un huesito acá arriba también en el empeine, también estaba zafado, ese me centraron y ahí empecé a caminar mejor  
- y ahí el yerbatero le dijo que usted que tenía que ir a una posta, por esa herida, por la del pie o no?  
- nope, cuando fue el accidente que tuvimos llegaron lo carabinero y llaman la ambulancia al tiro (H.D., Río Grande)”*.

#### **5.1.4. EL IMPERATIVO DE LA FE.**

Un elemento de suma importancia a la hora de comprender las valoraciones y preferencias de salud de los atacameños es la fe, la que es fundamental en la efectividad de las formas de sanación que se manejan dentro de las conceptualizaciones de salud.

Sea cual sea los sistema médicos a los cuales acudan los atacameños para restituir la salud la Fe debe estar presente en cada paso del itinerario terapéutico para que los tratamientos sean efectivos. Con el concepto de fe los atacameños se refieren a la importancia de confiar en el proceso que se esta siguiendo, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento y en los distintos especialistas hacia los cuales se debe tener fe, de lo contrario la eficacia de las acciones terapéuticas será nula.

La fe se presenta como un imperativo para conseguir la cura de la dolencia, y esta confianza en el proceso se extiende tanto a la los especialitas de la medicina tradicional y biomédicos como en las hierbas y los conocimientos domésticos de salud.

*“Las inyecciones... y tanto como la leche yo creo, no sé, bueno la leche yo creo que me empezó a recuperar por la alimentación porque yo no comía nada, cuando me pusieron inyección y traspiré todo el cuerpo así, y entonces me dieron un jarro de leche y como que recién empecé a tener apetito para comer, y eso fue todo, si yo creo que más la inyección, porque las inyecciones son bien buenas, yo tengo fe en las inyecciones pero no en las tabletas, tampoco en... por lo meno acá a veces, se enfermaba así, vienen y nos dan un calmante, o sea una pastilla o un, como le dijera yo, un jarabe que a veces no hace nada, yo siempre cuando me he enfermado, yo siempre he creído en las inyecciones, porque yo sé que las inyecciones son buenas, claro, pero no sé po no..(C.P., Camar)”*

*“- Y qué pasa si uno no tiene fe*

*- No sana, no lo avisa, tiene que tener fe uno, tiene que confiar en la persona que....*

*- y eso que hay que tener fe???*

*- Si para ir a hacerse ver con un yerbatero uno tiene que tener fe, pensar que él lo va a aliviar, si uno piensa que es negativo que voy a ir de ganas, porque va a ir de ganas...(K.B., Talabre)”*

Al aludir a la Fe los atacameños expresan su confianza a un tratamiento o especialista específico que ha sido probado reiteradas veces en la experiencia cotidiana demostrando su eficiencia. Es decir más que referirse a una noción mágico religiosa se refiere a la comprobación práctica que ciertas personas y tratamientos poseen la habilidad de sanar.

Por lo tanto la fe alude a una relación de confianza entre especialistas y consultante, la cual se construye a lo largo del tiempo por medio de la comprobación que el especialista conoce y maneja estrategias terapéuticas efectivas para las dolencias de los atacameños, lo cual apela a una relación médico paciente más allá de sólo elementos médicos, ya que para que sean efectivas es necesario que el especialista conozca la realidad cotidiana de las comunidades.

## **5. 2. SISTEMAS MÉDICOS EN EL SALAR**

---

San Pedro de Atacama es un lugar donde confluye lo local y lo global, elementos propios de lo tradicional y la modernización se conjugan en un espacio donde es posible encontrar modos de vida ampliamente distintos.

El centro mismo de la capital comunal, San Pedro de Atacama, se presenta como un bullente núcleo del turismo en torno al cual se articulan una serie de servicios para cubrir la demanda internacional que los atractivos de la zona despiertan en los turistas, además la extracción de minerales no metálicos en el salar lleva consigo la incorporación de elementos propios de la vida moderna.

Por otro lado a medida que uno se interna en las comunidades que rodean el salar, o en los mismos ayllus de San Pedro de Atacama, es posible apreciar modos de vida basados en la ganadería y la agricultura, que preservan tradiciones y costumbres donde es posible apreciar elementos propios de una cosmovisión tradicional.

En esta confluencia entre lo local y lo global se distinguen dos sistemas médicos, uno tradicional atacameño y otro biomédico. El primero se aprecia una vez que se logra entrar en la intimidad de la comunidad, en sus fiestas y ceremonias, en sus creencias y en su relación cotidiana con el entorno. El segundo se vislumbra en su acceso hacia la ciudad, y en sus demandas de salud hacia el Estado como una forma de superar el aislamiento en el cual luchan y al mismo tiempo se protegen.

### **5.2.1. SISTEMA MÉDICO TRADICIONAL ATACAMEÑO**

La medicina Andina es un sistema ideacional fundamentado en concepciones mágico religiosas, cuyas prácticas no dejan de tener una base empírica y demostrable en su efectividad en los procesos terapéuticos. Es una construcción que vincula creencias en los

antepasados y distintas personificaciones del medio con la observación y experiencia del medio circundante.

Se basa en la observación empírica del ambiente, fundamentándose en la prueba y el error entre componentes del ambiente, siendo un aprendizaje que se encuentra arraigado en el modo de vida atacameño. Por lo tanto resulta lógico que los insumos terapéuticos sean componentes del propio medio ambiente, destacando el uso de las plantas del desierto como componente esencial de su arsenal médico.

Es posible observar que dentro de la medicina atacameña encontramos dos sistemas fuertemente entrelazados, por un lado las prácticas que se dan dentro del ámbito doméstico, y por otro el ámbito de los especialistas de la medicina atacameña.

#### **5.2.1.1. Medicina Doméstica.**

La medicina doméstica que existe en los hogares de las comunidades del salar de Atacama se presenta como una yuxtaposición de elementos apropiados de la biomedicina, preparaciones típicas atacameñas y conocimientos herbolarios por todos compartidos. También se desprende de la medicina tradicional popular, en cuanto comparte ciertos elementos de la cultura campesina, que van siendo incorporados a los conocimientos atacameños.

Se basa principalmente en los conocimientos de un gran porcentaje de las plantas de la zona presentan usos medicinales (Villagrán et al.1998), constituyéndose en la base de la medicina doméstica.

El uso de las plantas es intensivo y extensivo. Los atacameños identifican plantas con usos medicinales en todos los pisos ecológicos y ocupan, raíces, hojas o flores de las plantas en forma de infusión, macerados, frotaciones, baños, sahumeros o pomadas dependiendo del tratamiento que requiera la dolencia.

Las facultades curativas de cada planta y sus formas de aplicación es un conocimiento transmitido por tradición oral, siendo los escenarios domésticos y pastoriles donde se mantienen en mejor medida estas enseñanzas a cargo de las mujeres y los familiares de más edad.

Cuadro 5: Hierbas utilizadas recurrentemente en la medicina doméstica Atacameña<sup>38</sup>:

Nombre vernacular	Nombre Científico	Casos de aplicación	Formas de aplicación
1.- Flor de peña	Líquenes	- Vesícula - hemorragias	- Infusión
2.- Pingo pingo macho	<i>Ephedra breana</i> Phil., Ephedraceae	Mal de orines, problemas a las vías urinarias. (Riñones y vejiga).	- Infusión con la hoja y la raíz
3.- Kume	<i>Opuntia camachoi</i> Espinosa, aff., Cactaceae	- Mal de altura/puna - Resfrío y tos	- Chuparlo - Infusión
4.- Kachiyuyo	<i>Atriplex madariagae</i> Phil., Chenopodiaceae	- Fiebre/ resfrío	- Infusión
5.- Copa copa	<i>Artemisia copa</i> Phil., Compositae	- Dolor de estómago - Mal de aire - Uso ritual	- Infusión - Incienso
6.- Toronjil de la pena o dulce, melisa	No determinada, posiblemente Scrophulariaceae	- Circulación de la sangre y el corazón	- Infusión
7.- Tolilla	<i>Baccharis boliviensis</i> (Wedd.) Cabrera, Compositae	- Quebraduras/ trinchaduras	- Cataplasmas/parche con guano de guaicho
8.- Chilca	<i>Baccharis scandens</i> (Ruiz et Pavón) Pers., Compositae	- Indigestión - Dolor de huesos/ reumatismo	- Infusión - Baños y cataplasmas
10.- Azafran	<i>Chuquiraga spinosa</i> Less. Subsp. <i>Rotundifolia</i> (Wedd.) Ezcurra, Compositae	- Tos - Mal de orines	- Como infusión con leche - Baños
11.- Bailahúen	<i>Haplopappus rigidus</i> Phil., Compositae	- Tos/resfrío - Riñones e hígado - Males al corazón - Reumatismo	- Infusión con leche de cabra
12.- Chacha hembra/chacha koa	<i>Parastrephia quadrangularis</i> (Meyen) Cabrera, Compositae	- Uso ritual en pagos y festividades. Para sahumeros/koar	- Incienso
13.- Maransel	<i>Werneria glaberrima</i> Phil., Compositae	- Torceduras - Lastimado	- Infusión - Cataplasmas
14.- Pupusa	<i>Xenophyllum incisum</i> (Phil.) V.A. Funk, Compositae	- Resfrío - Puna	- Infusión

<sup>38</sup> Cuadro elaborado sobre la de entrevistas de terreno y a publicación de Carolina Villagrán, Victoria Castro, Gilberto Sánchez, Marcela Romo, Claudio La Torre & Luis Felipe Hinojosa: La tradición surandina del desierto: Etnobotánica del área del Salar de Atacama (provincia del Loa, Región de Antofagasta, Chile). en Estudios Atacameños n° 16, 1998. Si requiere información mas detallada referirse a los autores mencionados

<b>Nombre Vernacular</b>	<b>Nombre Científico</b>	<b>Casos de aplicación</b>	<b>Formas de aplicación</b>
15.- Añawa Blanca	<i>Adesmia erinaceae</i> Phil.	- Resfrío/ Tos - Mal de orines	- Infusión con la raíz - Baños
16.- Chañar (arope)	<i>Geoffroea decorticans</i> (Gillies ex Hook. et Arn.) Burkart, Papilionaceae	- Tos	- Jarabe
17.- Ruda	<i>Ruta chalepensis</i> L., aff., Rutaceae	- Aire - Post parto - Ritual	- Infusión - Incienso
18.- Apio chico	<i>Apium graveolens</i> L., Umbelliferae	- Flatulencia - Bebés	- Infusión
19.- Chuchikan	<i>Mulinum crassifolium</i> Phil., Umbelliferae	- Resfrío/tos	- Mezclada con azúcar tostada en infusión
20.- Rica rica	<i>Acantholippia deserticota</i> (Phil. Ex F. Phil.) Mpldenke, Verbenaceae.	- Dolores de estomago.	- Infusión
21.- Perlilla	<i>Junellia seriphoides</i> (Gillies et Hook.) Moldenke, Verdenaceae	- Dolores estomacales/indigestión	- Infusión
22.- Lampaya	<i>Lampaya medicinales</i> Phil., Verbenaceae	- Resfrío/tos - Dolor de estomago	- Infusión
23.- Cortadera	<i>Cortadeira speciosa</i> (Nees et Meyen) Stapf, Graminineae,	- Parto - Diarrea	- Fricciones - Infusión
24.- Tara	S/I	- Alma	- Incienso en “separamiento de alma”
25.- Vira vira	<i>Gnaphalium</i> sp, Compositae	- Problemas respiratorios/bronquios	- Infusión con leche y azúcar
26.- Quebrolla, quebraolla, o candela	<i>Chuquiraga atacamensis</i> Kuntze, Compositae	- Para la próstata	- Infusión
27.- Salvia blanca	S/I	- Riñones	- Infusión
30.- Ortiga	<i>Caiophora rahmeri</i> Phil., Loasaceae	- Hemorragias - Partos	- Infusión
31.- Llantén	<i>Plantago major</i> L., Plantaginaceae	- Heridas (antiséptico/cicatrizante)	- Infusión - Baños
32.- Yerba buena	<i>Marubium vulgare</i>	- Flatulencia	- Infusión
33.- Menta	<i>Mentha</i> sp.	- Dolores estomacales	- Infusión

Nombre vernacular	Nombre Científico	Casos de aplicación	Formas de aplicación
34.- Matico	Buddleja sp.	- Heridas (antiséptico/cicatrizante)	- Infusión - Baños
35.- Paico	<i>Chenopodium ambrosioides</i> L., Chenopodiaceae,	- Flatulencias bebes	- Infusión
36.- Manzanilla	<i>Helenium aromaticum</i>	- Dolores estomacales	- Infusión
37.- Romero	<i>Fabiana inbricata</i>	- Aire al estomago - Aire	- Infusión - Sahumerio - Pomada
38.- Coca	<i>Erythroxyton coca</i> , Erythroxylaceae	- Mal de altura - Estimulante - Uso ritual	- Infusión - comestible (coquear) - Mesas
39.- Ajenjo	S/I	- Cólicos	- Infusión
40.- Rosa del año	S/I	- Estreñimiento - Cuidado del bebe	- Masajes (molida mezclada con aceite) - Baños
41.- Flor se zapato	S/I	- Resfrío	- Infusión

También se compone de ciertos elementos apropiados de la biomedicina en cuanto a que en su arsenal terapéutico se encuentran tabletas, vendajes y cremas que se obtienen en la farmacia, así como también, consta de infusiones, talcos y remedios populares que adquieren en el mercado de Calama, que muchas veces son de origen boliviano.

Cuando acceden a la ciudad, de la farmacia obtienen elementos como aspirinas, jarabes para la tos, parche león, dipironas etc, y del mercado de Calama se surten de elementos bolivianos como Sangre de Grado –gotas que curan desde caries hasta cáncer, Uña de Gato, Agua de las Carmelitas, Agua Florida y variadas yerbas provenientes de las zonas selváticas.

De la medicina popular preservan recetas como la leche con ajo para la bronconeumonía, azúcar tostada con limón para el resfrío y la tos, o la cáscara de huevo para los problemas a los huesos.

Además consta de preparaciones tradicionales atacameñas como el arrope de chañar<sup>39</sup> para la tos y el aloja<sup>40</sup> para el estómago, los caldos de zorro para fortificar la condición de las mujeres embarazadas y de elementos propios del medioambiente circundante como son, grasa de parina<sup>41</sup>, excremento de guaicho<sup>42</sup>, sangre de perro, entre otros. Estos elementos que aún se conservan en la cultura atacameña pertenecen una de las dimensiones más tradicionales y generalmente se dan en los ámbitos privados o religiosos de la comunidad. Quienes conocen sus preparaciones son las personas más fuertemente ligada a una visión arraigada en los modos de vida tradicionales.

Los procesos terapéuticos se basan en el consumo de hierbas, principalmente en forma de infusión y/o maceradas, dependiendo del caso que se trate. Frotaciones, sahumeros y dietas compuestas con los mismos elementos del medioambiente basándose, algunas veces en el equilibrio caliente/frío en cuanto a comidas o ambientes. La incorporación de elementos como tabletas y pomadas dependerá de la cercanía del núcleo familiar a la ciudad y la fe que tengan en estos elementos, generalmente cuando estos han sido probados en ocasiones de dolencias anteriores son rápidamente agregados al arsenal terapéutico doméstico.

Con la medicina doméstica se atienden las dolencias de causa naturalista que algunas veces se basan en un desequilibrio de caliente o frío. También se tratan las dolencias estomacales y corporales leves, esguinces y problemas musculares de mediana gravedad y dolencias pasajeras en general. En este caso el reconocimiento de la dolencia y el tipo de tratamiento a seguir es determinado en el ámbito doméstico por los padres o abuelos, en este sentido existiría una “automedicación” por parte de los atacameños cuando se enfrentan a problemas de salud leves que han sido solucionados anteriormente con éxito

---

<sup>39</sup> El arrope de Chañar es un jarabe preparado con los frutos del árbol de Chañar. En el trabajo etnográfico realizado por Villagran et al. (1998) se encuentra la siguiente cita etnográfica que explica su preparación “*Se quieren 10 kilos de chañar para 17 litros de agua, en el primer hervor, para que se desaga el “cuerito” (la corteza del fruto). Después, se agregan dos litros más de agua hervida, se cuele en una tira; para que no pase nada de “grosso”, tiene que caer la aguita, va a salir una gran cantidad, y hay que hacerlo hervir con el fondo destapado, revolviendo con una cucharilla hasta que quede en su punto. El nivel del líquido va bajando y esta listo cuando la cuchara queda pegada (Op. cit: 64)*”

<sup>40</sup> Chicha del fruto del algarrobo.

<sup>41</sup> Ave comúnmente llamada flamenco

<sup>42</sup> Avecilla que habita en las quebradas.

dentro del escenario familiar. Esta forma de sanación está presente en la mayor parte de los hogares y los conocimientos son aprendidos por mujeres, hombres y niños.

*“Sí, se va pasando todo, yo he puesto esa ruda con, ¿cómo se llama?... con romero, seco, le he molío bien molío y ahí me he puesto una pomada de vaselina, le hecho ahí, le hago una pomá y eso me lo froto (H.D., Río Grande)”*.

*“Tomo remedios de acá hay muchos remedios para el dolor del estomago porque, está el ajenco, la rica rica, la copa copa, el paico. Todas esas cosas ruda para el dolor de estómago, la hoja de coca con rica rica es muy bueno para el estómago... (R.L., Talabre)”*.

#### **5.2.1.2. Yerbatero**

En cada comunidad es posible identificar algún especialista de la medicina tradicional ya sea componedores o yerbatero, ambos poseen un alto grado de legitimación entre los consultantes.

Los componedores se encargan de las dolencias musculares y óseas producto de movimientos bruscos o accidentes leves. Su especialización es la de “componer” las articulaciones y músculos afectados por medio de masajes, parches y vendajes.

Entre los especialistas más reconocidos por los atacameños aparece el yerbatero, quien cumple una doble función. Por un lado es un amplio conocedor de las facultades mágicas y curativas de las plantas conociendo las dosis y las combinaciones para los distintos malestares, así como es el mediador entre el espacio natural y sobrenatural.

En la cosmovisión andina el médico sacerdote, quien media entre lo divino y lo profano, recibe el nombre de yatiri. Para los atacameños habría una suerte de identificación de este especialista con el yerbatero ya que presenta una serie de características similares a los casos bolivianos y peruanos. Aquí es necesario recordar los procesos transculturales en los cuales los atacameños han participado, estando expuestos a una fuerte aculturación desde los modelos occidentales, lo que en este caso se cristaliza en una paulatina simplificación del rol y las técnicas que antiguamente habrían tenido los yatiris en la zona, pasando a llamarse simplemente yerbatero.

Los yerbateros son personas elegidas por la Pacha, quien les entrega el don para mediar la relación entre los mundos y restituir de esta forma la salud. Estas facultades pueden ser transmitidas por un rayo que cae en la persona mientras realiza labores, generalmente pastoriles, en el cerro; también puede ser que estas facultades se traspasen por línea consanguínea, desde algún integrante de la familia que ha sido poseedora del don.

- “- Y ella, sabe como recibió ese poder, ella no es una medica cualquiera...*
- Ella recibió del señor*
- Ella recibió del señor por lo rayos de los truenos....*
- Dice que le boto, le quemo...*
- Como?*
- Le quemó a ella dice que ella cuenta, estaba llorando una vez...*
- Si pu ella me contó igual a mi una vez que le quemo completo, dice que andaba con otra niña lo quemo, lo quemo, lo dejo así como...*
- Muerta, muerta...*
- Muerta la violencia la otra niña lo violencia así, ella estaba achichorronada total, total, total.... (G.D. y T.S., Camar)”*

Aún cuando esta facultad o “don” aluda a una suerte de privilegio, es necesario desarrollarlo de alguna u otra forma, tanto como aprendiz de un yerbatero ya experimentado o por medio de una búsqueda personal.

El don que poseen los yerbateros les permite leer las hojas de coca, es decir, establecer un diagnóstico de la dolencia a partir de identificar la causa en la lectura de la coca, además conocen los protocolos rituales necesarios para la restitución de la salud.

Las hojas de coca es un elemento fundamental dentro del instrumental del yerbatero ya que ellas son necesarias tanto para el diagnóstico como para los distintos tratamientos. El diagnóstico que se realiza con la coca se basa en que el consultante coloca en un pañuelo las hojas que mantiene durante unas horas en un lugar de su cuerpo<sup>43</sup>, luego estas hojas son leídas por el yerbatero determinando la causa del daño y la enfermedad; otra forma de diagnosticar con las hojas de coca es simplemente tirarlas en una superficie y dependiendo como caigan el yerbatero podrá descifrar las causas y enfermedad.

*“Lo conoce en la hoja de coca uno lo lleva, lo pone en una mesa que decimos acá lo pone en cuerpo de uno entonces eso, como que esa parte del, como en eso lo conoció, como que esa cuestión que le ponen a uno le saca el mal que*

---

<sup>43</sup> Esto es comúnmente llamado “mesa” las cuales también se ocupan en los tratamientos.

*uno tiene entonces el ahí reconoce que “ ah esto fue por tal animal, después lo llama y le dice por la ropa, un niño, un adulto lo va a cazar por ahí y después lo va a buscar en la tarde, por allá por la hora de la entrada del sol y lo llama por su nombre y ahí llega el animo a su lugar ahí y a persona como que...(Z.C., Talabre)”*

La hoja de coca es más que un simple medio de diagnóstico sino que es un elemento presente en toda la vida andina, tanto desde el ámbito práctico como simbólico, en la coca se conjugan las relaciones técnicas, mágicas y religiosas con el entorno; es decir, lo profano y lo sagrado se funden y la coca en este sentido representa la unión de ambos contextos, a través de este tipo de relaciones el andino lograría la integración psicológica, social y cultural (Zorrilla 1986:150)<sup>44</sup>.

La yuxtaposición de creencias religiosas entre los atacameños, como son los grupos evangélicos y cristianos implican que los distintos yerbateros tengan su modo propio de desarrollar el don y de establecer un diagnóstico. Por esto dentro de los modos de diagnóstico a los cuales recurren los yerbateros se puede señalar- además de la lectura de la coca- la lectura de la mano, la Biblia y los naipes.

Los tratamientos que se aplican dependen de la enfermedad, generalmente las de causas naturalistas que llegan al yerbatero son las lastimaduras o los aires, que son tratados a base de frotaciones y sahumeros con hierbas específicas, con el uso de parches, fajas y ventosas complementados con una dieta especial. Las enfermedades personalistas, en cambio, al poseer un alto contenido simbólico seminal requieren identificar los agentes causantes del mal y actuar con tratamientos rituales como los pagos, oraciones, atajos, sacrificios de un animal con características especiales, mesas y sahumeros, entre otros.

El yerbatero esta plenamente inserto en la cosmovisión atacameña que se cristaliza en la relación seminal con el medio, por lo cual el yerbatero será el agente de salud para la cura de enfermedades personalistas. Es decir conoce los protocolos rituales que las distintas personificaciones requieren para reestablecer el equilibrio o alimentarlos, por o cual las

---

<sup>44</sup> En: s/a 1986. La Coca Andina: Visión indígena de una planta satanizada. México: Instituto Indígena Interamericano.

acciones que desarrolla el yerbatero muchas veces consistirán en pagos y ceremonias con alto contenido simbólico.

Dentro de los protocolos rituales los más recurridos son los “*pagos*”, que generalmente son “*mesas*” que se realizan en el lugar en que habita la personificación causante de la dolencia, las cuales consisten en hojas de coca y alcohol, en algunos casos también contienen cigarrillos y cereales u otros comestibles.

En este sentido, la mesa tendría una terapéutica proyectiva ya que el especialista manipula los ingredientes de ésta reproduciendo el entorno simbólico haciendo participar a los diferentes lugares sagrados de la comunidad – cerros tutelares, manantiales y gentilares- en la resolución del conflicto que provoca la aflicción del doliente (Fernández, 1999).

También destaca el “*Llamar el Ánimo*” protocolo ritual para el susto, el cual consiste en que, luego que el diagnóstico ha determinado el lugar donde la persona perdió su ánimo y qué personificación se lo llevó, el rito consiste en recuperar el ánimo de manos de esta personificación en el lugar en que fue tomado. Por lo cual el especialista, en el lugar donde se produjo la pérdida del ánimo, procede a tentar a la personificación con ropas del doliente y comidas de su preferencia, además de realizar oraciones y ofrendas al entorno circundante. Así la personificación llega de vuelta al lugar y el yerbatero recupera el ánimo que le fue arrebatado al doliente. Cuando el susto es provocado sólo por un evento de tensión emocional y no hay agentes intermediarios, el rito se lleva a cabo de manera similar, llamando el ánimo directamente a través de las ropas del doliente, comidas y oraciones.

*“...yo tengo a mi hija enferma, yo e llevo para allá me dice sabe que estaba con diarrea “ah tu hija se asustó y esto tienes que dar” una hierba o no sé qué montecitos le dan le juntan y “esta tu le tienes que dar tal y tal hora y después juntar una bracitas hacer un humito y pasarle por ahí la ropa llamárselo y tu hijo va a sanar (S.H., Socaire)”.*

*“...ah esto fue por tal animal, después lo llama y le dice por la ropa, un niño, un adulto lo va a cazar por ahí y después lo va a buscar en la tarde, por allá por la hora de la entrada del sol y lo llama por su nombre y ahí llega el ánimo a su lugar ahí .. (Z.C., Talabre)”.*

También existe el protocolo del *“Separamiento de Alma”* para el caso de las “almas” el cual consiste en que luego que el diagnóstico identificó al difunto que esta intentando llevarse al familiar, realiza una suerte de rito mortuorio de lavado del paciente y ofrendas al difunto para que éste descanse en paz y no tenga necesidad de llevarse a otras personas consigo. En este rito generalmente se usa la planta que recibe el nombre de Alma Tola para rociar a los familiares vivos relacionados con el difunto (V. Castro 1997)

El *“Cambio de Salud”* es otro protocolo ritual que manejan los yerbateros. Este se realiza cuando una persona sufre de una salud débil en general y consiste en realizar una *“boda”* o ceremonia colectiva en la comunidad, donde generalmente se carnea un animal con características especiales y se realizan *“pagos”* para generar el restablecimiento de la salud del afectado.

- “- Si dijo que “hay que hacerle un cambio de salud” tiene que*
  - Y como ve eso?*
  - Con la hoja no sé, lo hicieron pidió un corderito blanco, así yerbas, no sé me dijo que tenía que matar el cordero para hacer un almuerzo, una boda que le llaman acá..*
  - Ya cómo es eso?*
  - Una boda es una comida, boda le llaman acá y hicimos eso, invitamos a todas las personas a almorzar y el dijo y el hizo todas las medicinas, no sé como lo hizo...*
  - Pero como qué hacía?*
  - Hacia todo hacia pagos, hacia , como lo llaman, no sé como pago a la tierra a los cerros a todo y el otro hicimos la boda y le invitamos a todas las personas, listo no mas, sanó, hasta hoy día no tuvo una enfermedad.*
- (K.B., Talabre)*

Por último también destaca entre los protocolos rituales los *“atajos”* o *“contras”* para los *“trabajos”* o *“males”*, el cual consiste en que una vez que se ha detectado quien ha encargado o enviado el mal al consultante, se le devuelve bajo la figura de *“contra mal”*, si la persona causante no ha podido ser identificada se realiza un *“atajo”* al *“trabajo”* encargado. Este protocolo consiste en extirpar el mal por medio de oraciones y sahumerios, proyectando la causa de la dolencia en algún objeto el que es devuelto simbólicamente a la persona que lo envió. Los males pueden afectar tanto a una persona como a un lugar, por lo tanto dependerá de donde reside el mal el tipo de acciones que realicen para combatirlo.

*“- Le hizo un sahumero, le hizo todo, le sacó el mal...”*

*-A través de una palomita lo hizo y nosotros lo ayudamos, fui yo, mi hermana la Helma y un caballero que tenga coraje me entiende o sea capaz porque el es súper fuerte porque a nosotros nos dio miedo, incluso me dio ganas de llorar, porque era una cosa tan este que te entra a ti en fondo de uno, por el cuerpo así, y ella decía que no nos asustáramos que lo único que pidiéramos a dios y rezáramos, nada mas y nosotros eso era lo que hacíamos, cortar con tijeras, cortar, cortar, y nosotros estuvimos ahí, salio en forma de palomita en un papel armado, era palomita y salio caminando hasta la puerta, ahí se chanto.... (G.D. y T.S., Camar)”*

El yerbatero posee una alta legitimación entre los atacameños, son personas a las cuales les tienen fe. Además de ser un especialista en la medicina atacameña, comparte las labores diarias de subsistencia, es decir conoce íntimamente la rigurosidad de la vida alrededor del salar, la agricultura el pastoreo, la crianza de los niños, los problemas y el aislamiento en el cual están insertos.

### **5.2.1.3. Cuidados asociados al parto.**

A pesar que la investigación en un principio no contaba con relevar datos respecto al parto, la cantidad de evidencia recolectada relacionada con prescripciones y normativas para el cuidado de la parturienta y del recién nacido revela la importancia que aún mantienen ciertas tradiciones para los atacameños, las cuales repercutirán más adelante en la relación entre sistemas médicos. La contundencia de los datos y la relevancia de éstos obligó a dedicarles especial atención para comprender el modelo médico tradicional.

En este punto es importante mencionar que por ley, actualmente, los partos deben ser atendidos en contextos intrahospitalarios, por lo que la mantención de las tradiciones respecto de la atención del parto domiciliario - como antes se hacia en las comunidades- son elementos culturales en riesgo de desaparecer. Sin embargo aun se conservan ciertas prescripciones hacia la madre y el recién nacido las cuales aun son significativas en el ámbito privado de las comunidades.

Entre los atacameños los cuidados relacionados con el embarazo aún mantienen un conjunto de normas y costumbres que dan cuenta de la persistencia del modelo médico

tradicional en las precauciones a tener durante los nueve meses de gestación, la asistencia del parto, y en los cuidados de post parto, tanto hacia el niño como hacia la madre.

En cuanto a los cuidados que la madre debe tener en los nueve meses de gestación, existen ciertas restricciones en la dieta y en los tipos de trabajo que la madre puede hacer. Mas aún cuando se acerca el parto, la mujer debe tener precaución de no hacer trabajos pesados y que involucren movimientos bruscos y deben abstenerse de comer alimentos irritantes como la papa, la cebolla o el ajo, al contrario una dieta basada en caldos de cordero *“afirmarían”* al bebé hasta el momento del parto, así también cuando ocurren sangramientos el yerbatero bien puede parchar<sup>45</sup> a las mujeres para evitar un aborto.

Durante el alumbramiento lo fundamental es cuidarse del *“desmande”* es decir que el cuerpo de la mujer quede desencajado por la fuerza interna que se produce durante el parto. Son fundamentales los masajes y friegas para ayudar al bebe a salir, los manteos<sup>46</sup> para aliviar a la madre y tomar ciertas infusiones de hierbas como manzanilla y ruda y sopa de zapallo.

*“... o sea usted saca el zapallo, acá arriba tiene una hojita, esa, también es bueno pero yo siempre tomo el té, el té cargado ¿ya? El té cargado y también tomo leche crema en saco, porque muchas veces uno tiene el cuerpo helado así y le dan friegas con tiras de trapo así calientes por esta parte y se calienta el cuerpo y uno lo tiene rápido la guagua, rápidamente, uno a final uno no sabe si es la hora o no es la hora pero uno lo tiene, aún más rápido si fuera mejor po, porque así los niños también no nacen enfermos, y gracias a dios que ninguno de mis niños salió enfermo, ningún...(O.B., Camar,)”.*

Un momento importante es esperar a que la placenta baje por si sola ya que justamente el tirar la placenta fuera del cuerpo de la madre seria lo que con más recurrencia produce problemas a la matriz y el comúnmente llamado desmande. Una vez que el bebé nace se debe amarrar el cordón y cortarlo, el cual junto con la placenta es enterrado en un lugar elegido por la familia.

---

<sup>45</sup> La noción del *“parche”* entre los atacameños, según la información que se recabó en terreno, va desde la aplicación de cataplasmas elaboradas por el yerbatero con yerbas, orina y pomadas, hasta la simple utilización en la zona afectada del *“parche león”* que se obtiene en la farmacia.

<sup>46</sup> Los *“manteos”* son masajes corporales hechos con una frazada o mantas, dentro de la cual se envuelve a la mujer. Mientras la mujer esta dentro de la manta otras personas dan un movimiento de rotación a la manta, dando un masaje a todo el cuerpo, al mismo tiempo que le imprime calor a la parturienta.

*“- Como que esperar a que nazca el niño no más, o sea que veces hay que ayudarlos un poco no mas, apretar la guatita hay que amarrarle el cordón y cortarlo, nada mas limpiarlo bien, listo, después la mama bota la placenta..*

*- (...)*

*- Pero como la va a botar hay que enterrarla no es como un animal, que un animal pare la placenta el perro lo va y la come, pero a las personas no, hay que enterrarla (R.L., Talabre)”.*

Los cuidados de post parto tienen que ver sobretodo con medidas preventivas respecto a los cambios de temperaturas, la dieta y los trabajos que puede desempeñar, además de la colocación de fajas a la madre. Es importante cuidarse de la “recaída”, es decir el debilitamiento de la madre luego del parto, lo que a su vez también dependerá si el bebé resultó ser mujer u hombre, en este sentido el hombre generaría más propensión a sufrir una recaída que la mujer. Para evitar la recaída es fundamental mantener reposo y evitar el baño prolongado y con agua fría, sobretodo el lavado del cabello durante un mes si es niña o un mes y medio si es varón.

*“..con agua de montes, pero igual po, el agua es muy recaidosa, es muy recaidosa la cuestión y de ahí que yo en los otros niños recién al mes recién, a los quince días lavaba así, lavaba, pero lavaba no más en la sombra, ya, y al mes recién yo me lavaba la cabeza, y así po, a los 45 días recién me... me podía bañar bien y esas cosas (O.B., Camar)”.*

Los cuidados del bebe se refieren a baños con yerbas como rosa del año y malva, además se deben lavar los ojos del bebe al nacer de lo contrario podría quedar ciego.

*“Claro cuando nace la guagüita hay que limpiarle la carita porque le entra una agua que uno bota le entra a los ojitos y queda cieguito entonces hay que apurarse en limpiarle los ojitos que no abra los ojitos y le caiga el agua (R.L., Talabre)”.*

Por último el tener a un bebé en condiciones tradicionales según los atacameños asegura que el niño o niña y la madre tenga una salud fuerte para enfrentarse a las condiciones de vida de las comunidades

La investigación hecha por Saravia (2004) en la comunidad de Socaire también entrega antecedentes respecto a restricciones alimentarias he incluso procedimientos rituales con el fin de prevenir enfermedades como el “mal aire”, o el “susto” en los recién

nacidos. La investigadora cuenta que sus informantes le describieron un rito que tenía la función de limpiar la casa donde iba a ocurrir el alumbramiento, en el cual el consistía, en que justo antes del parto se sahumaba la casa con lana de zorro, como se describe en la siguiente cita etnográfica:

*“(se usa) la lana del zorro, uno tiene que usar la cola del zorro. Hay que buscar la basura de los cuatro rincones. Se sahumaba con la cola del zorro, copa-copa, y la basura de las esquinas de la casa. (Mujer adulta Socaire)” (Saravia 2004:113).*

Según la investigadora antes citada el zorro tiene un simbolismo de vida y fuerza entre los atacameños por lo que una dieta basada en caldos de zorro con apio reforzaría a la madre justo antes y después del parto. En la tradición oral andina el zorro tendría un lugar preponderante en la mitología sobre la génesis y abundancia de plantas y animales, siendo un mediador entre el mundo profano y el mundo sagrado, por lo que la elección de este animal para la preparación de alimentos y rituales estaría apelando a la representación simbólica de sus cualidades en el período del puerperio como un medio para recuperar las fuerzas vitales y “espirituales”. (Saravia 2004)

#### **5.2.1.4. Relación Agente de salud/ Consultante**

La relación Agente/consultante resulta determinante a la hora de la entrevista terapéutica, porque es en esta instancia donde se realiza una anamnesis que incluye tanto los aspectos físicos, como los personales, emocionales y productivos por los cuales ha pasado el consultante recientemente.

El especialista realiza un examen físico con elementos como el análisis de la orina y del pulso del consultante, y el reconocimiento de aspectos emocionales, comunitarios y productivos que revela el afectado en una conversación en profundidad, que generalmente se realiza en el hogar del especialista, donde el trato familiar y horizontal deviene en una empatía que condiciona un diagnóstico acertado y la explicación clara del tratamiento a seguir para la dolencia identificada. El yerbatero explica los pasos a seguir y lo que sucederá en un vocabulario familiar, lo que implica que éste tratamiento sea, la mayoría de las veces seguido a cabalidad.

*“Como una personas más, como familia, como una familia porque el dice, ya esto vas a tomar, sino, si no queris sanarte no sé tenis que ir al hospital, si tu crees que yo te estoy haciendo esto es por que yo te creo que tu soy un ser humano igual que yo que tienes que mejorarte y tomarte estas yerbas, uno tiene que creer para que eso sane (S.H., Socaire)”*.

La fe de la persona que consulta al especialista resulta determinante en la relación y el éxito del tratamiento. Entre los atacameños la importancia de tener fe en el especialista es una condición necesaria para consultarlo, de lo contrario la efectividad de éste será nula. La fe en el especialista se basa en un conocimiento acabado de la acertividad de su diagnóstico con los distintos consultantes de la comunidad así como también en la efectividad de sus tratamientos. Por esto cuando un consultante recurre a un especialista la fe es un aspecto ya presente lo que determinara el éxito del tratamiento y la calidad de la relación.

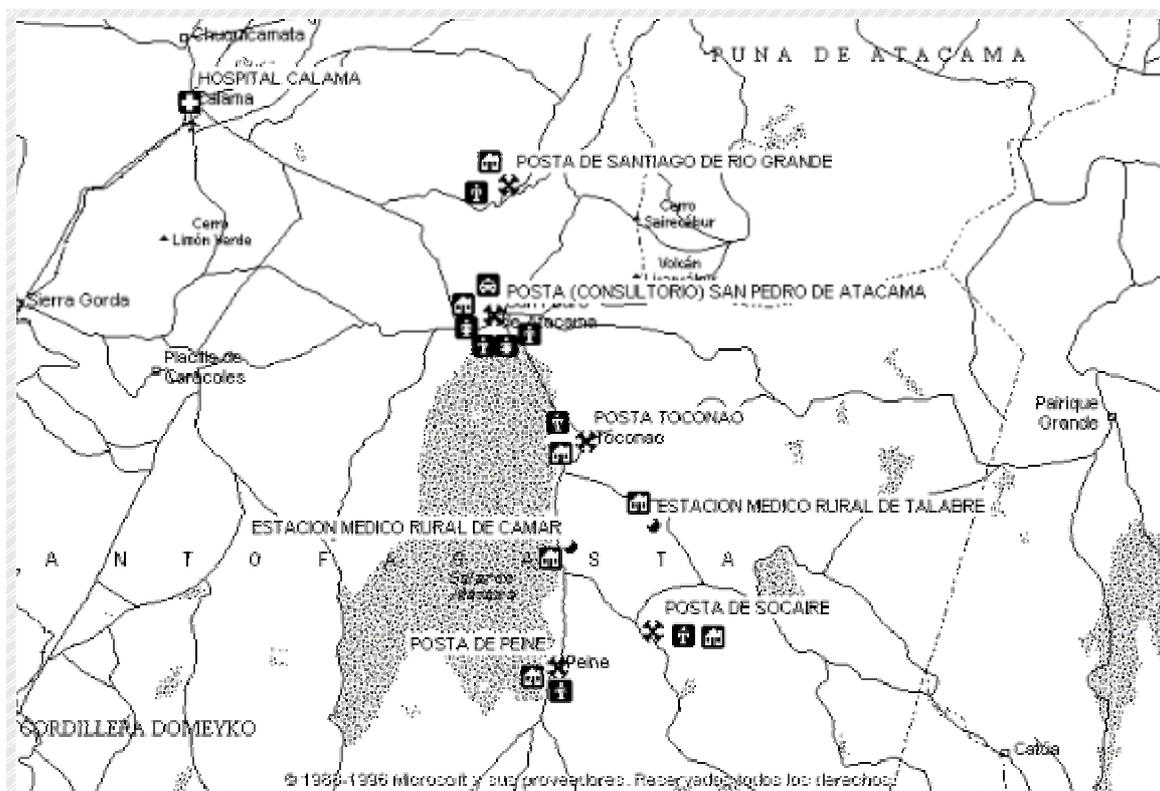
### **5.2.2. SISTEMA BIOMÉDICO: LA POSTA RURAL DE SAN PEDRO DE ATACAMA**

El sistema biomédico en la zona del salar esta representado por los servicios de salud primaria que ofrece la Posta Rural de San Pedro de Atacama.

La Posta Rural de la Comuna de San Pedro de Atacama depende administrativamente del Servicio de Salud de la Región de Antofagasta, organismo que fiscaliza sus funciones y define los lineamientos de su accionar en términos generales. En la comuna de San Pedro de Atacama sólo existen servicios de atención primaria impartidos por el equipo permanente de la posta rural de San Pedro de Atacama.

El territorio que abarca los servicios de la posta de San Pedro de Atacama corresponde a la totalidad de la comuna que por un sistema de rondas, postas y estaciones médico rurales intenta llevar la salud concebida bajo conceptos biomédicos a la población de las comunidades atacameñas del salar.

Figura 1: Mapa de distribución de instalaciones biomédicas en el salar



El núcleo de este servicio se encuentra en la capital comunal con una posta rural, la implementación en infraestructura y recursos humanos con que cuenta el servicio de atención primaria para toda la población de la comuna en la práctica funciona como consultorio<sup>47</sup>, lo que implica la dotación de un equipo de un médico, un matró, una enfermera, un dentista, un kinesiólogo y tres paramédicos. Es éste equipo humano quien atiende a toda la población de la comuna bajo un sistema de rondas a las comunidades más alejadas y que en términos de organización del servicio cuenta con lineamientos orientados hacia la prevención y promoción de salud implementado programas de salud correspondientes a un consultorio, como son las atenciones de pacientes crónicos (hipertensión, tuberculosis, diabetes y epilepsia), programa dental, programa de la mujer - que incluye control de la fertilidad, control de embarazo y control de climaterio-, programa

<sup>47</sup> Actualmente funciona un consultorio rural en San Pedro de Atacama, sin embargo para el año 2002 cuando se realizó el trabajo de terreno la situación era la de una posta rural.

infantil, programa del adolescente, programa del adulto y del adulto mayor. Paralelamente se atienden todas las enfermedades correspondientes al área de los paramédicos y las urgencias, en especial las correspondientes a accidentes carreteros.

Los insumos médicos con que cuenta este establecimiento son los correspondientes a los de una posta rural en cuanto a que la organización central envía medicamentos para una complejidad menor a la que realmente tiene, esta falencia se resuelve con el encargo a particulares de medicamentos por parte del municipio.

También cuentan con postas en los poblados Santiago de Río Grande, Toconao, Socaire y Peine con su respectivo personal de un paramédico y un auxiliar, y con estaciones médico rurales en Camar y Talabre, donde solamente se cuenta con una infraestructura básica para la atención de la población en las rondas que realiza el equipo médico de la posta de San Pedro de Atacama, las cuales son una vez al mes.

Las rondas médicas se realizan en cada pueblo de acuerdo a las demandas de salud percibidas por la posta de San Pedro; así, pese a que no se han realizado estudios de diagnóstico de las demandas y necesidades de salud de las comunidades indígenas de la comuna de San Pedro de Atacama, las rondas médicas se han organizado en visitas mensuales a los pueblos considerando criterios como número de asistencia a los controles de salud y a requerimientos hechos por las instancias comunitarias de los propios pueblos.

El servicio que se presta en las rondas médicas guarda directa relación con el carácter de consultorio rural que posee la posta de San Pedro de Atacama, por lo tanto las atenciones se remiten fundamentalmente a implementar en los pueblos los programas de salud, realizándose de esta forma los controles de salud respectivos, las atenciones de morbilidades y las urgencias como lo son –por ejemplo- los accidentes carreteros.

De esta forma, las funciones de cada profesional en las rondas médicas se orientarán tanto a cubrir un ámbito específico de los programas de salud y como a acciones más vinculadas con las contingencias de salud; en este sentido, cuando se presentan situaciones que requieren atención urgente por traumatismos graves las ambulancias concurren al lugar del hecho y transportan al paciente al hospital de Calama.

El equipo de profesionales que asiste a las rondas varía dependiendo de la infraestructura que posean los poblados y de la capacidad del transporte; es importante recalcar que el equipo humano permanente que realiza las rondas consiste en el médico, el matrón y la enfermera, a los cuales se le agrega un dentista en el caso que los pueblos tengan un box dental, o un paramédico cuando los pueblos sólo poseen estaciones médico rurales, y nunca asiste junto con este equipo el kinesiólogo ya que no hay espacio en la camioneta ni box para que él pueda atender a sus pacientes.

En cuanto al transporte y comunicación entre las comunidades, cuentan con una camioneta 4x4 que lleva al equipo médico a las visitas de las rondas y con sistema de radio conectado con las instalaciones de los distintos poblados. Además cuentan con dos ambulancias todo terreno -donadas por la Fundación La Escondida y por el Fondo Nacional de Desarrollo Regional- las cuales se desplazan por el territorio comunal en casos de atención de morbilidades más complejas y accidentes graves que requieran atención inmediata en la posta de San Pedro o intervención hospitalaria, casos en que se los deriva al hospital Carlos Cisterna de Calama

Para la atención de morbilidades que requieran especialidades médicas también se deriva al hospital de Calama hacia donde también se envían a los pacientes para la realización de exámenes que requieren maquinaria médica más compleja como radiografías, laboratorios e insumos, materiales con los cuales no cuentan en San Pedro.

#### **5.2.2.1. La Población y La Cobertura**

La población a la que atiende la posta rural de San Pedro de Atacama está constituida mayoritariamente por personas de origen atacameño<sup>48</sup>. Además, existe otro grupo de población que lo constituyen la población flotante que llega todos los años producto del turismo a escala internacional y el contingente de población que atrae la minería del salar. Esto implica que las demandas que debe cubrir la posta de San Pedro sean de mayor complejidad a las de un establecimiento meramente rural.

---

<sup>48</sup> La población total de San Pedro de Atacama es de 4.025 personas, de estas 3.011 pertenecen a una adscripción indígena, representando un 75% de la población total. Dentro del universo de la población que adscribe a una etnia 2.867 se reconocen como atacameños representando el 71% de la población total comunal, el 29% restante lo conforman Alacalufes, Aymaras, Collas, Mapuches y Quechuas. (Censo 2002)

Por su parte, el equipo médico reconoce la constitución indígena de la población comunal asignándole un porcentaje cerca del 70%, del cual cerca del 35% tendría cobertura por isapres o fonasa, el otro 35% posee “credencial de gratuidad” de los servicios médicos, es decir poseen la característica de indigencia para efectos de la atención de salud. Sin embargo al ser la posta de San Pedro de Atacama el único establecimiento de salud en la comuna finalmente todos los habitantes recurren a ella, impulsando la ampliación de las funciones de la posta constituyéndose en la práctica en un consultorio.

Dentro de las atenciones a la población el equipo médico reconoce también diferencias dependiendo del sexo en cuanto a que visualiza que en los pueblos el 70% de las personas que acuden a ellos son mujeres, tanto por controles de programa de niño sano, controles de planificación familiar y morbilidades comunes.

***“Más mujeres, es que lo que pasa que todos los pueblos en general yo te diría que el 80, el 70% de la consulta debe ser mujer, 30% es hombre, siempre hay muchas mas mujeres (Médico, posta rural de San Pedro de Atacama)”***

Según las cifras de población el equipo médico sería suficiente para mantener adecuadamente las coberturas de salud; en este sentido tenemos la siguiente distribución de funciones:

**a) Médico General de Zona:** atiende todos los casos de morbilidad de la comuna ya sea espontánea o la que responde a determinaciones climáticas o alimentarias entre otras, en general trabaja en conjunto con los otros especialistas cuando la gravedad de un caso implica determinar la derivación. En las rondas médicas controla la salud general todas las personas, sin discriminar ni sexo ni edad; orientando permanentemente a los paramédicos en los procedimientos terapéuticos y en las formas de diagnóstico.

Un caso específico en lo que respecta al espectro de atención de morbilidad a la que se dedica el médico se destaca los cuadros depresivos, que por la inviabilidad de enviarlos a Calama, en relación a las características de los pacientes de las comunidades, él los trata.

**b) Enfermera:** Trabaja inserta en el Programa Infantil, más específicamente en el “control de niño sano” que se realiza los dos primeros años de vida del infante. Por medio de citaciones se convoca a las madres a controlar a los niños, por lo que se estima que la

enfermera atiende a un 90% de los nacidos en lo que respecta a estatura, peso, desarrollo psicomotor, higiene y educación para las madres. En el seguimiento de los niños desde los dos años hasta los 4 años se atenderían a un 60%, y luego los niños entre los 4 a los 6 años las consultas son de un 20% del total de la población de ese rango de edad.

Otro aspecto de su función se refiere a la morbilidad infantil espontánea o, en otras palabras, aquellas enfermedades que se presentan por poco cuidado con la alimentación o con las temperaturas.

**c) Obstetra o Matrón:** La situación de este especialista en las comunidades es singular debido a la obligación que debe cumplir referente al control y cuidado de las mujeres embarazadas. Por disposición sanitaria, los partos deben ser atendidos en establecimientos con los profesionales y maquinaria médica propios de un pabellón hospitalario, por lo cual una función importante del matrón es controlar los embarazos en la comuna y derivarlos en todos los casos al hospital de Calama u otra institución que conste de los requerimientos establecidos. En la comuna no se deben atender partos y los que se realizan generalmente son de camino a Calama en la ambulancia. Este hecho luego resultará determinante en la configuración de los indicadores de natalidad de la comuna, y en la relación que establecen las mujeres con este especialista.

Además de atender y realizar consultas ginecológicas, el matrón trabaja con el Programa Mujer, por lo que su trabajo se dirige hacia a la prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva de las mujeres; controles de embarazo -atendiendo a más del 95% de todas las embarazadas de la comuna- y métodos de planificación familiar más comunes como lo son las pastillas anticonceptivas, el dispositivo intrauterino y la T de cobre, no siendo muy extensivo la promoción del uso de anticonceptivos. Atendiendo además a los recién nacidos hasta el mes de vida en lo que respecta a un control y evaluación de peso, alimentación y educación.

**d) Kinesiólogo:** Atiende todo lo que respecta a complicaciones osteomusculares, por lo que dadas las características etáreas tanto de la población de la comuna de San Pedro de Atacama como la del perfil de este tipo de enfermedades su trabajo se orienta

preferentemente a la tercera edad. Las enfermedades más comunes entre este segmento son la artritis y la artrosis.

e) **Dentista:** trabaja con el programa dental, sin embargo, no todas las instalaciones del servicio primario de San Pedro de Atacama cuentan con un box dental repercutiendo en el porcentaje de cobertura de la población la cual es alrededor del 60%.

f) **Paramédicos:** La función de los paramédicos es bastante particular, puesto que se constituyen en el único agente de la salud formal que está presente cotidianamente en los pueblos. Esto implica por una parte que la relación médica que ellos establecen con las personas de las comunidades sea cualitativamente distinta que la que el equipo médico establece con los pacientes, generándose en la práctica un diálogo –si se quiere- más horizontal entre las demandas médicas de los atacameños y los mecanismo de resolución de los mismos por parte de la biomedicina. Por otra parte, la lejanía de las postas rurales de los pueblos respecto del centro de salud de San Pedro de Atacama y considerando que el paramédico se acompaña de sólo un auxiliar de servicio, ha implicado que en la práctica los paramédicos adquieran funciones que exceden las propias del oficio técnico, de ahí que se señale que en la práctica el paramédico tenga la facultad de diagnosticar y dar un tratamiento al igual que un médico. Enfatizando que permanentemente se encuentra vigilado por los profesionales (médico, enfermera, matrón, kinesiólogo, dentista) en el curso de las rondas, respecto de las atenciones prestadas. Por lo demás, queda señalar que el paramédico posee una legitimación mucho más positiva que el resto de los profesionales, ya que responde a las demandas de salud cotidianas de las comunidades.

#### **5.2.2.2. Caracterización médica- epidemiológica de la población de las comunidades del salar según el equipo biomédico**

En la caracterización de los pacientes de las rondas médicas por parte del equipo biomédico en el área del Salar de Atacama intervienen fundamentalmente una visión epidemiológica y la constatación de la frecuencia de consulta por grupo etario y de género. Para la descripción epidemiológica de la población interviene la presencia de morbilidades comunes y su relación con determinadas épocas del año.

Así, con relación a lo percibido por el equipo biomédico en la zona tenemos:

**a) Enfermedades respiratorias:** En invierno destacan las infecciones broncopulmonares como la bronquitis y la bronconeumonía. La frecuencia de la presencia de estas enfermedades definirían un cuadro epidemiológico característico de la región presentando una alta proporción de consultas por bronconeumonía en relación al resto de la región, es decir la proporción de casos de bronconeumonía en relación a los casos de bronquitis obstructiva es significativamente alto en comparación a zonas como Antofagasta y Calama.

*“De bronquitis es lo que yo te digo en proporción al resto de las ciudades o sea supongamos que en el resto de las ciudades por cada 100 niños hay 99 bronquitis y una bronconeumonía, en cambio aquí que cada 20 hay una bronconeumonía. (Kinesiólogo, posta rural de San Pedro de Atacama)”.*

Los bruscos cambios de temperaturas en esta época del año, propios del clima del salar, sumado a las características del modo de producción tradicional atacameño, configurarían una situación propicia para la aparición de este tipo de enfermedades.

**b) Enfermedades gastrointestinales:** En la época estival resulta más típico las enfermedades gastrointestinales asociadas a transgresiones alimentarias y al descuido en relación al cuidado de la higiene de las comidas; se entiende que es una época en la cual aparecen gran cantidad de moscas portadoras de infecciones. Consultas a la posta por diarreas, gastritis e indigestión son las más recurrentes

**c) Enfermedades osteomusculares:** Se presentan fundamentalmente en adultos de la tercera edad, de los 60 años hacia arriba. No obstante, se han registrado casos de pacientes de 40 o 50 años en pueblos como Talabre y Camar que empiezan a presentar rasgos de este conjunto de enfermedades que son típicas del envejecimiento, sobretodo en pueblos en los cuales la tradición agroganadera, y fundamentalmente pastoril, está fuertemente arraigada. Entre este tipo de enfermedades podemos distinguir la “artrosis”, enfermedades

degenerativas de los huesos por la edad y los lumbagos por alteración de la columna u otro tipo de enfermedades musculares como esguinces y luxaciones.

**d) Enfermedades psicológicas:** Se presenta un alto porcentaje de casos de trastornos psicológicos, más aún en pueblos con alto índice de alcoholismo. Las depresiones derivadas de la violencia intrafamiliar producto del alcoholismo de los jefes de familia son recurrentes en pueblos como Toconao y Socaire.

**e) Accidentes:** En la comuna existe un alto índice de accidentes carreteros producto de manejo en estado de ebriedad o imprudencias

**f) Enfermedades crónicas:** En las comunidades, a diferencia de la ciudad y de San Pedro de Atacama, se encuentran pocas enfermedades crónicas como la hipertensión, la diabetes, tuberculosis, epilepsia, etc.

En suma, tenemos que la morbilidad común para la zona del Salar se relaciona profundamente con las épocas del año, con el modo de vida de las comunidades y con los cuidados y prevenciones que las personas deben tomar respecto de su salud.

*“Bueno en cuanto a la enfermedad de acá de la zona es por temporadas, por ejemplo por los climas, en invierno están las enfermedades respiratorias, bronquitis, las amigdalitis, a causa del clima, en verano están las enfermedades de los intestinos, las diarreas, las infecciones intestinales, esta enfermedades infecciosas como es la hepatitis, entonces si te fijas según las temporadas, en invierno las respiratorias y en verano las enfermedades interinas de los intestinos y lo que hay en todas partes por ejemplo es las enfermedad el caso del alcohol que es el alcoholismo, últimamente están aumentando las enfermedades psicológicas, stres y cualquier otro tipo de ese tipo...(Paramédico, posta rural de San Pedro de Atacama)”.*

En cuanto a la frecuencia de consulta quienes en mayor cantidad asisten a los controles médicos son fundamentalmente mujeres, cuestión que se puede deber a la división social y sexual del trabajo en las comunidades pues se entiende que el empleo masculino de fuerza de trabajo se orienta esencialmente hacia la minería en el Salar. De

modo que son las mujeres las que se hacen cargo del bienestar de salud de niños y ancianos<sup>49</sup>.

Otro grupo etéreo que asiste a las rondas es la tercera edad aunque en general presentan un buen estado de salud.

***“la verdad es que los abuelos son sanos, pero con problemas de huesos, para dormir, de alimentación, disminución de la audición, de la vista” (Médico, posta rural de San Pedro de Atacama)”***.

En síntesis, se trata de comunidades donde la asistencia a las rondas médicas es relativamente baja y se constituye –principalmente- por niños y ancianos, en conjunto con las mujeres que se hacen cargo de la mantención de la salud de manera más cotidiana, siendo ellas las que llevan a controlarse a estos segmentos de la población. Como ya se mencionó, esta característica si bien se puede deber a la división social y sexual del trabajo, y la organización horaria de los trabajos tradicionales, puesto que generalmente los lugareños se retiran desde muy temprano del pueblo central hacia las estancias o a las chacras, de modo que el poblado permanece habitado por muy pocas personas, en especial los niños que asisten a la escuela rural y las mujeres que cumplen tareas cotidianas y domésticas en los hogares hasta que termina el horario de clases. De que manera muchas veces las visitas de las rondas médicas no coinciden con los horarios de las personas, lo que justificaría -en parte- la inasistencia que se registra.

***“Socaire es otro pueblo que tiene poca demanda por lo menos por la parte medica, ahora a mi me da la impresión que eso es por el horario en el que vamos, la mayoría de la gente en Socaire sale a pastorear en la mañana y se van todos del pueblo el mayor numero o por lo menos la gente mayor se van en la mañana y vuelven en la tarde y la ronda de nosotros es Peine en la mañana y Socaire en la tarde, entonces a la hora que llegamos nosotros generalmente no hay mucha gente en el pueblo por lo tanto la demanda es baja y es baja siempre. (Médico, posta rural de San Pedro de Atacama)”***.

---

<sup>49</sup> Además, es posible agregar que la estructura educacional en la comuna obliga a que los niños desde edad muy temprana (quinto o séptimo básico) deban abandonar sus comunidades para ampliar su educación en internados en Toconao, San Pedro de Atacama o Calama. Lo que explica la presencia de niños más pequeños en las consultas y el envejecimiento y feminización de las comunidades

En tanto, la asistencia femenina a las rondas de salud está mediada por el Programa Mujer que supervisa el matrón, por lo que las consultas se asocian al tema del embarazo y a la planificación familiar, apareciendo consultas de tipo ginecológicas como sangramientos e infecciones urinarias, entre otras.

En otro sentido, se detecta para el caso de la comuna de San Pedro en general y para los pueblos de Toconao y Socaire en lo particular, importantes casos de cuadros depresivos que se asocian, por ejemplo, a los conflictos acarreados por el alcoholismo y la violencia intrafamiliar. Si bien, la ronda médica no cuenta con un psiquiatra ni con un psicólogo, el médico es el que se encarga de diagnosticar este tipo de cuadros en razón de la policonsulta de los pacientes y de la relación que él logra establecer con los mismos, derivándolos a la psicóloga del programa social del Municipio de San Pedro de Atacama.

Cuadro 6: Enfermedades que se atienden en la posta

<b>Morbilidad común</b>	<b>Causas</b>	<b>Tipo de Enfermedades</b>	<b>Grupo que consulta</b>
<b>Respiratorias</b>	Poco cuidado con los cambios de temperatura y Cambios climáticos (invierno)	Bronquitis	Niños y adulto mayor
		Bronconeumonias	
		Infecciones menores	
<b>Gastrointestinales</b>	Transgresiones alimentarias y poco cuidado con el higiene en cuanto a alimentos en descomposición asociados a la época estival	Indigestión	Niños mujeres y adultos
		Vesícula	
		Infecciones	
<b>Osteomusculares</b>	Degenerativas producto del envejecimiento y el exceso de trabajo	Artrosis/artritis	Especialmente adulto mayor, y casos específicos de adultos entre 40 y 50 años.
		Lumbago	
		Esguinces, luxaciones	
<b>Psicológicas</b>	Alcoholismo y Violencia intrafamiliar	Depresión	Principalmente mujeres
		Perturbaciones emocionales	
<b>Accidentes</b>		Carreteros	Adultos
		Comunes	

### **5.2.2.3. Las Rondas y los Pueblos**

En la realización de visitas en las rondas el equipo médico aprecia diferencias en cuanto a morbilidades, tipos de pacientes y demandas dependiendo del poblado que visiten. Esto se relaciona con las características socioeconómicas y culturales que el equipo percibe en cada poblado y la infraestructura médica que posea, configurando una visualización diferenciada en las demandas y sectores de población que recurren a las rondas.

**a) Toconao:** Cuenta con una posta rural y, por lo tanto, con un paramédico y un auxiliar permanente. Las rondas se realizan todos los martes y asisten el médico, la enfermera, el matrón, quien atiende un promedio de 10 consultas, y el dentista. Toconao se visualiza entre el equipo médico como un pueblo en transición entre lo tradicional y lo local, teniendo un sistema de transporte público que va todos los días a Calama, siendo esto determinante como agente de cambio y transculturación.

*“Ya entonces ellos tienen más contacto con la gente, mas contacto con la ciudad, por ejemplo Toconao va un bus pa Calama, es mas fácil en cambio en los otros pueblos es mas difícil porque están mas a hacia la cordillera entonces yo creo que eso igual influye (Kinesiólogo, posta rural de San Pedro de Atacama)”.*

*“Toconao está como en transición, llegando ya a los niveles de Peine, bastante modernizado, bastante con otro modo de ver, con otra visión, han salido más afuera, entonces yo pienso que ahí se ha aminorado mucho las tradiciones de medicinas (Matrón posta rural de San Pedro de Atacama)”.*

Sin embargo esto mismo ha traído un fuerte problema de alcoholismo siendo las depresiones asociadas a violencia intrafamiliar producto del alcohol un motivo de consulta elevado en el pueblo.

En cuanto a las demandas de salud el equipo de las rondas reconoce a Toconao como una población exigente en cuanto a los turnos y horarios, además de visualizar demandas por parte de la población como una ambulancia para atender urgencias del interior y otro paramédico más de planta en la posta de Toconao.

**b) Talabre:** Existe una estación médico rural, es decir, el poblado sólo cuenta con un local de atención sin ningún personal permanente ni insumos médicos. El local sólo se ocupa cuando va la ronda una vez al mes, la cual se traslada con los insumos necesarios y con un paramédico, además de la enfermera, el médico, y el matrón.

Según la percepción del equipo médico la demanda de Talabre es de las enfermedades comunes con un énfasis en las respiratorias. Es un pueblo con un alto porcentaje de niños por lo que las consultas son preferentemente de ellos, y los adultos concurren poco a las rondas, solamente en caso de pedir algunos medicamentos para problemas respiratorios.

Talabre se visualiza como un lugar donde más o menos persisten las tradiciones indígenas asociadas al pastoreo lo que repercutiría en problemas osteomusculares presentándose casos entre personas de 35 a 40 años.

*“En Talabre la demanda habitualmente es enfermedades comunes, ya, hay bastante niño y por clima, por el lugar, por las condiciones en las cuales viven generalmente vemos enfermedades infecciones respiratorias, de tipo respiratoria, yo te diría que esa es la demanda mas mayor que hay y eh general la veces que ellos piden medicamentos o piden que se les vaya a ver habitualmente por enfermedades respiratorias y de preferencia en los niños, son pocos los adultos que consultan y los adultos que consultan por lo general también son por enfermedades respiratorias (Médico, posta rural de San Pedro de Atacama)”*.

**c) Camar:** También sólo posee una estación médico rural lo que implica que con la ronda, que se realiza una vez al mes, se trasladen también los insumos médicos necesarios y un paramédico, además de la enfermera, el médico y el matrón.

En este poblado la demanda es muy baja debido a la migración a la ciudad de Calama y al trabajo por turnos en la minería del salar de los hombres. Por lo tanto las rondas atienden generalmente sólo control de niño sano, y enfermedades osteomusculares tempranas en adultos de 40 años más o menos debido a la persistencia del pastoreo en la zona. El médico sólo habría atendido dos personas en los últimos meses por morbilidades comunes.

*“En Camar, yo creo que en Camar si, aparte, o sea por un lado que hay bastante migración en Camar en general y la gente que hay ahí es poco dada*

*a ver medico, súper poco dada, lo único que vemos a esta hora son generalmente control de niño sano y alguna morbilidad infantil de tipo respiratorio a ves en invierno, pero por ejemplo yo creo que desde agosto hasta esta fecha a diciembre que vamos ya, yo creo que he visto uno o dos pacientes, nada mas, sea allá vamos a hacer controles de niño sano, nada. (Médico, posta rural de San Pedro de Atacama)”*

**d) Socaire:** Cuenta con una posta, es decir con un paramédico, un auxiliar e insumos médicos, por lo que en las rondas que se producen dos veces al mes se trasladan la enfermera, el matrón y el medico. No cuenta con equipos dentales por lo cual el profesional no concurre.

Es un pueblo que se visualiza como muy tradicional conservando tradiciones indígenas como se expresa en la siguiente cita;

*“Socaire no, tu todavía sigues viendo gente cargando las guaguaitas atrás, lanas de colores, que todavía a lo mejor consumen coca y que llevan todavía tradiciones, de repente se colocan fajas en el abdomen, se colocan cintas de colores, cosas de ese tipo, tu lo ves en Socaire todavía. (Matrón, posta rural de San Pedro de Atacama)”*

Sin embargo también se observa un alto porcentaje de alcoholismo y por lo tanto de consultas por violencia intrafamiliar – los casos de derivaciones al hospital de Calama producto de traumas graves son frecuentes- y de depresiones son recurrentes.

La demanda por morbilidades comunes es baja, aunque las consultas de control de niño sano varían entre seis a siete y control de embarazo y planificación familiar promedia las 10 consultas por visita de la ronda.

**e) Peine:** Cuenta con una posta, es decir con un paramédico, un auxiliar e insumos médicos, por lo que en las rondas que se producen una dos veces al mes se trasladan la enfermera, el matrón, el medico y el dentista ya que este pueblo cuenta con los equipos dentales necesarios para una adecuada atención odontológica.

El pueblo es percibido como el más “civilizado”, es decir con un modo de vida más urbano, con un nivel educacional más alto y con una calidad de vida mejor que los otros pueblos antes mencionados. Este hecho se le atribuye a la presencia de la minera

Soquimich y al trabajo asalariado en sus faenas. Por lo mismo también se percibe un alejamiento de las tradiciones indígenas en la zona.

*“Peine por ejemplo que el nivel de vida es un poco mas alto, el nivel cultural es un poco mas alto, por ejemplo en Peine la mayoría de la gente trabaja en la sociedad chilena del Litio, ellos son de isapre, sus niveles económicos es un poquito mas alto, su educación es un poquito mas alta entonces ahí hay diferencia en otros pueblos la mayoría de la gente son con credenciales de gratuidad (Paramédico, posta rural de San Pedro de Atacama)”*.

*“Peine yo creo que ha sido borrado casi en un 100%, porque Peine es entre comillas el pueblo más urbanizado, el pueblo más modernizado, inclusive que en San Pedro, porqué, por que durante mucho tiempo ha tenido la influencia que de una empresa que está allá que es el Litio, tienen luz todo el día, tienen posición socioeconómica, tienen vehículos, se van a Calama, tienen otro pasar y tienen más nivel de escolaridad, o sea Peine es como el pueblo que más ha perdido tradiciones, de hecho tu en la calle no ves mujeres cargando guaguas atrás, todas llegan con los tremendos coches a la ronda, bonitos, limpiecitos, todas muy arregladitas, bien pintaditas, no ves por ejemplo la típica gente a lo mejor que está en Socaire. (Matrón, posta rural de San Pedro de Atacama)”*.

Debido al trabajo en la minería serian personas con credenciales de Isapres o Fonasa por lo que la población se percibe como más exigente con el servicio de las rondas en cuanto a insumos médicos, a la calidad de la atención y a los horarios.

La demanda de los adultos mayores por enfermedades osteomuculares seria la más alta de entre los poblados y las consultas por morbilidades comunes entre los adultos serian permanentes, los controles de embarazo y planificación familiar tendrían un promedio de 7 por cada visita de la ronda.

**f) Santiago de Río Grande:** Es el pueblo más aislado y por lo mismo se habría instalado una posta con un paramédico permanente, un auxiliar y los insumos médicos correspondientes, por lo tanto la ronda que va una vez al mes se traslada con el médico, la enfermera y el matrón, el dentista no concurre por que no existen los equipos adecuados en las instalaciones del pueblo.

La demandada por las consultas a las rondas suele ser baja aunque presenta pic de atenciones en los meses de julio y agosto por enfermedades respiratorias y entre octubre y noviembre por enfermedades gastrointestinales.

Según la percepción del equipo medico es un pueblo que aun guardas muchas tradiciones indígenas.

*“...todavía guarda muchas cosas de creencia indígena, de tratamientos indígenas, de yerbateros del lugar, en Río Grande. (Matrón, posta rural de San Pedro de Atacama)”.*

### **5.2.2.3. Limitaciones y fortalezas evidenciadas por el equipo biomédico respecto del servicio**

El equipo de salud de la posta reconoce ciertas limitaciones que repercuten en la calidad del servicio que se otorga a las comunidades así como también aprecia ciertas fortalezas en su accionar. Conjunto de situaciones que implican ciertas características específicas del trabajo de la posta de San Pedro de Atacama.

Dentro de las limitaciones se reconocen de tipo materiales, de acceso y en recursos humanos.

Las limitaciones materiales con las cuales la posta de San Pedro de Atacama debe funcionar se refieren fundamentalmente a la falta de un equipamiento médico, específicamente un arsenal farmacológico e implementos o maquinaria para exámenes médicos. La posta de San Pedro, que en la practica es un consultorio, recibe un arsenal farmacológico de parte el servicio de salud Antofagasta que corresponde a los requerimientos que una posta debiera cubrir, hecho que es subsanado por el encargo por parte de la municipalidad de los insumos médicos faltantes a instituciones privadas. El hecho de que muchas veces deben funcionar con un arsenal farmacológico incompleto influye en las posibilidades de cobertura de enfermedades que pueda mantener el servicio.

Otra situación determinante en la capacidad de autonomía y de diagnóstico de la posta de San Pedro es que no cuentan con la maquinaria médica adecuada para la realización de exámenes como lo son un laboratorio, maquina de rayos X y ecografías entre otras. Este hecho implica que deban derivar los pacientes hacia el hospital de Calama para

la realización de exámenes, o en su defecto, envíen las muestras a la ciudad repercutiendo en una demora en la obtención de resultados o que simplemente las personas de las comunidades no bajen a la ciudad quedando muchos casos sin un diagnóstico con elementos de apoyo al examen clínico. Lo que al final de cuentas repercute en la efectividad de la detección de ciertas morbilidades y que las decisiones del tratamiento a seguir se realice en base a la intuición del profesional, o que simplemente imposibilite el tratamiento a una dolencia.

***“...igual faltan insumos, falta material de apoyo en cuanto a maquinaria, por ejemplo no tenemos electrocardiograma, no tenemos un ecógrafo pequeño para hacer ecografías a mujeres embarazadas, muchas mujeres no se hacen la ecografía porque no bajan a Calama, muchas veces no podemos hacer electros para descartar infartos por ejemplo y eso te significa un viaje completo a Calama, no contamos con exámenes básicos de laboratorio, por lo tanto cualquier enfermedad que tu veas tienes que mandar a hacer exámenes a Calama y a veces tu necesitas los exámenes al tiro entonces de repente la gente no va, no se lo hace, se perdieron los exámenes, que habitualmente cuando tu necesitas urgentes urgentes o los bajas al tiro en la ambulancia o tienes que tratar de que la persona baje por si sola en el mismo día o al otro día, eso ya es un problema. (Médico, posta rural de San Pedro de Atacama)”***

Otro hecho que limita el servicio es la falta de instalaciones médicas en las comunidades, sobre todo en el caso de la inexistencia de equipos dentales en las comunidades de Socaire y Río Grande, situación que implica una baja cobertura del programa dental y una fuerte demanda de parte de las comunidades por la solución de este tipo de problema. Así también la inexistencia de un box para el kinesiólogo también implica una baja cobertura en dolencias de índole traumatológica.

Dentro de las limitaciones en recursos humanos el equipo biomédico señala que la poli funcionalidad de los profesionales implica una sobrecarga de trabajo que repercute en la calidad de la atención y en la cobertura a las demandadas. El hecho que sea un sólo equipo de profesionales para realizar las visitas de las rondas, la atención en la posta de San Pedro de Atacama, las tareas administrativas y la participación en actividades y capacitaciones implica muchas veces la ausencia de un profesional en la atención a los pacientes. La ausencia de un profesional para el caso de la atención en las comunidades

implica que simplemente los pacientes no asistan a las rondas aún cuando haya un personal de reemplazo.

*“Es una cosa que tiene que ver con la atención específica que el equipo de salud que sale a hacer rondas es el mismo equipo para todo y podríamos pensar que muchas veces hay una capacitación por alguna razón y eso se traduce a que tiene que ir a alguien del equipo o va alguien o voy yo y eso se traduce por ejemplo dejar a de atender a la gente en un pueblo determinado entonces al final de cuantas se esta haciendo, uno es como polifuncional y evidentemente al tener tanta actividad hay un momento queda alguien descubierto en otros lados. (Enfermera, posta rural de San Pedro de Atacama)”*.

También señalan la necesidad de ampliar la planta de empleados de la posta en cuanto a la contratación de otro paramédico para que se encargue de la farmacia de la posta, para así poder liberar al equipo del sistema de turnos que hoy en día implementan para la mantención de la farmacia. Además constatan que el dentista debería tener un asistente lo que permitiría una mejor atención odontológica y mejoraría la rapidez en sus consultas.

Por su parte el problema de las distancias que deben recorrer tanto hacia las comunidades para las rondas y urgencias, como hacia Calama para los exámenes, urgencias y partos, establece una limitante en el acceso a los beneficios que el servicio de salud pueda entregar. La condición de semi aislamiento en el cual deben operar establece una serie de limitantes respecto al tiempo que se puede dedicar a la relación medico paciente, al seguimiento de los tratamientos y a la efectividad de los programas que se imparten.

En suma las limitaciones de la posta de San Pedro de Atacama tiene directa relación con el hecho de funcionar como consultorio con los recursos de una posta y en condiciones de aislamiento en donde el pueblo más distante esta a una hora y media de la posta y a dos horas y media del Hospital de Calama.

En cuanto a las fortalezas el equipo biomédico reconoce como positivo el ser legitimado dentro de las comunidades, lo que repercutiría en la calidad de la relación que se establece y en el cumplimiento de los tratamientos que indican a los pacientes.

Además señalan que al ser el mismo equipo que trabaja ya hace un tiempo en la posta resulta ser un grupo afiatado que tiene una buena organización interna, con buena capacidad de resolución de problemas y que conoce la realidad de las comunidades.

*“Claro, claro, bueno y las fortalezas es que como es un equipo chico, esta bien, como se llama, funcionan bien los engranajes, o sea si en caso de cualquier cosa están todos unidos y se trabaja bien... (Paramédico, posta rural de San Pedro de Atacama)”.*

Por último se ve como fortaleza el hecho que los paramédicos estén bien preparados y que incluso puedan desempeñar roles en el diagnóstico y en la indicación de los tratamientos a seguir.

Cuadro 4: limitaciones y fortalezas identificadas por el equipo médico de la posta de San Pedro de Atacama

Limitaciones	Materiales	- arsenal farmacológico incompleto - falta de instalaciones medicas en las comunidades - falta de maquinaria médica
	Recursos humanos	- falta de un paramédico encargado de la farmacia - falta de una asistente de dentista - poli funcionalidad del equipo
	Acceso	- lejanía respecto de las comunidades y del hospital de Calama
Fortalezas		- preparación paramédicos - legitimación en las comunidades - equipo médico afiatado.

#### **5.2.2.4. Relación médico/paciente**

Los integrantes del equipo biomédico de la posta llevan ya un tiempo ejerciendo en las comunidades, al ser el único servicio de salud de la comuna, se involucran regularmente con los problemas de salud por los cuales acuden los atacameños a la posta o a la ronda. Al ser el mismo equipo medico que atiende siempre en las comunidades la relación médica logra un seguimiento de los pacientes y visualizarse en el tiempo. Esto en cierta medida según el personal de salud tornaría la relación como “más familiar”, es decir la confianza se establece más allá de los aspectos médicos y técnicos.

Sin embargo el encuentro entre un agente de salud biomédico y los habitantes de las comunidades es una instancia donde es posible apreciar el cruce entre distintos modelos médicos, cosmovisiones distintas respecto del cuerpo, la enfermedad y la responsabilidad que cada sujeto tiene respecto del tratamiento, donde ciertos símbolos ejercen un status que determina el carácter de la relación. En el caso de la entrevista terapéutica que se da en el contexto de las atenciones biomédicas es posible señalar que la relación está sujeta a dos conjuntos de restricciones, por un lado las materiales y por el otro las simbólicas.

Las restricciones materiales en las cuales opera el equipo médico de la posta de San Pedro de Atacama obstaculizan la posibilidad, por ejemplo, de mejorar la calidad de la atención ya que restringe la cantidad de profesionales e instrumental médico que se transporta a las comunidades. Asimismo esto tiene su correlato en que la carencia de recursos humanos sobrecarga las funciones y tareas del equipo médico, restringe el tiempo de consulta y con ello las posibilidades de una escucha médica que permita traducir el perfil de los pacientes respecto de su especificidad cultural.

Los agentes de salud biomédica describen la entrevista terapéutica como una instancia de conversación donde buscan de alguna manera mostrar una preocupación más allá de los aspectos estrictamente médicos, se busca entender el motivo de la consulta a profundidad, sin embargo, a pesar de que el equipo médico quisiera dedicar más tiempo a esta instancia las restricciones en recursos humanos y las distancias que deben recorrer muchas veces juega en contra la calidad de la atención y la profundidad de la relación que establecen

Desde el punto de vista simbólico la relación que se establece en la entrevista terapéutica primeramente esta mediada por los patrones propios que el sistema biomédico establece con sus pacientes, es decir, una relación burocrática, en la cual se desenvuelven los actores, donde se realiza la anamnesis, se revelan dolencias, luego se realiza el examen clínico y se realizan las indicaciones terapéuticas.

La burocracia se da sobretodo en la Posta de San Pedro de Atacama, ya que la primera acción que deben hacer los pacientes es pasar por “ventanilla”; ahí se determina a que especialista verán y si es necesario dentro del mismo equipo se derivará de nuevo, ya

dentro del box la relación –escritorio mediante- establece una distancia entre médico y paciente donde símbolos de status como la vestimenta, el instrumental medico, certificados y el mismo uso de un lenguaje biomédico, imprimirán autoridad en el diagnóstico y el tratamiento a seguir.

*“...pongamos un caso, de cualquier persona con alguna enfermedad, viene una persona, se tiende en ventanilla, le dan el pase, o sea ni siquiera le dice que de ahí tiene hora en dos meses mas, le dan el pase, y la atención, si es que no es inmediata esperas afuera, no esperas mas que un par de horas. Supongamos que me ve el medico, entonces primero te pasan al paramédico, supongamos que vienes por una tos fuerte, dolor de cabeza, fiebre, el paramédico te atiende, te examina y deriva al medico, el medico viene te examina, te da los medicamentos y si lo deriva lo manda al kinesiólogo, yo vengo y le hago la terapia, entonces el mismo día la misma persona puede pasar por tres derivaciones... (Kinesiólogo, posta rural de San Pedro de Atacama)”*.

La cita anterior da cuenta de la fragmentación de la persona a la hora de la escucha médica en la entrevista terapéutica prevaleciendo el modelo biomédico en la visualización de los problemas de salud, esto repercute en una visión sesgada y por partes de la persona. Lo que constituye un hecho fundamental para comprender las demandas de las comunidades hacia la posta, ya que al no visualizar al paciente como un todo el especialista biomédico no logra dar resolución completa a los problemas de salud por lo cuales el paciente concurre a la posta.

Otro momento decisivo en la entrevista terapéutica es el diagnóstico, en la biomedicina cada vez más se necesitan instrumentos y exámenes para determinar la causa de las enfermedades, materiales con los cuales no cuenta la posta de San Pedro de Atacama, por lo cual la derivación al hospital de Calama no sólo a especialistas sino para la realización de ciertos exámenes interrumpe por demasiado tiempo la relación medico paciente e incluso muchas veces produce el abandono de ésta por parte de los pacientes. Debido a la extrema sofisticación tecnológica de la biomedicina el examen clínico ya no es suficiente para determinar la causa y realizar el tratamiento por lo que la derivación al hospital de Calama interrumpe o incluso termina con la relación terapéutica.

En síntesis a pesar que los especialistas biomédicos reconocen la necesidad de mejorar la calidad de la relación, según ellos las limitaciones materiales mermarían la capacidad de escucha de los mismos. Sin embargo no visualizan la especificidad cultural, y socioeconómica de los pacientes y a lo que los pacientes deben enfrentar a la hora de seguir un tratamiento biomédico.

### **5.2.3. ITINERARIOS TERAPÉUTICOS**

El itinerario terapéutico se refiere a los patrones de conducta de las personas en los episodios de enfermedad y la búsqueda de la salud. Influyen elementos tales como lo que se percibe como enfermedad, la eficacia y prestigio que se atribuyen a las tradiciones médicas presentes en la zona, las posibilidades de acceso económico y geográfico a los distintos sistemas médicos, los costos beneficios percibidos por la familia y el consultante y, por último, la relación social y cultural con los agentes de salud involucrados. (Citarella 1995)

Los caminos que siguen los atacameños en la búsqueda de la resolución de los problemas de salud suelen ser paralelos en términos de la recurrencia a uno u otro sistema médico operando en la zona. Sin embargo para comprender el itinerario terapéutico atacameño se debe partir desde el modelo médico subyacente a las concepciones de salud enfermedad antes descritas.

A partir de los análisis realizados es posible decir que la ontología del cuerpo y del ambiente se encuentra más cerca de la relación con el medio y las tradiciones propias del mundo andino que de la conceptualización de la vida y la muerte presente en la biomedicina. El atacameño tiende a mirarse inserto en su medio formando parte de un todo en un continuo seminal y nutricional más que en una visión mecanicista propia de la racionalidad científica.

El modelo se trasparenta en las distintas explicaciones que les otorgan a la presencia de la enfermedad, es decir a partir de las causas que ellos le atribuyen a distintos tipos de dolencias que ya hemos descrito. Dependiendo de éstas las preferencias de tratamiento estarán orientadas al sistema médico atacameño tradicional y/o a los servicios de atención

de la biomedicina. Se observa que las prácticas médicas muchas veces son complementarios, más aún, si se trata de una enfermedad de causa naturalista donde los tratamientos biomédicos y tradicionales atacameños no son excluyentes en el imaginario del consultante/paciente. Las enfermedades de causas naturalistas generalmente se tratan bajo una denominación con la biomedicina y bajo otra denominación atacameña, teniendo al mismo tiempo un doble diagnóstico con tratamientos paralelos. Existiendo un pluralismo médico en las prácticas de salud de los atacameños. Sin embargo, esto no implica que sean por entero traducibles de una denominación a otra debido a la carga cultural que conllevan el diagnóstico y los tratamientos.

Es desde el ámbito doméstico de donde comienza cualquier camino por la búsqueda de la salud, con elementos que aluden a prácticas tradicionales y otros apropiados de distintas tradiciones médicas. Generalmente cualquier dolencia primero se trata en forma doméstica, con yerbas o “montes” y luego, si el síntoma persiste, se recurre a la posta o al yerbatero dependiendo de las valoraciones de la persona y la familia.

En este sentido existe una clara diferenciación entre ciertas enfermedades que son para un sistema médico como para otro, y que están claramente definidas por los propios habitantes de las comunidades; es así como las enfermedades de causa personalistas y emocionales se tratan preferentemente por la medicina tradicional atacameña debido a los componente mágicos religiosos que involucra el tratamiento.

#### **5.2.3.1. Acudiendo a la biomedicina.**

Las enfermedades que llegan a la biomedicina generalmente son casos que no han podido ser resueltos en el ámbito doméstico, agravándose a tal punto que se decide buscar otras soluciones a los requerimientos de salud. Es así como, por ejemplo, las bronconeumonías, bronquitis y enfermedades gastrointestinales agudas llegan a la posta con elevada recurrencia.

*“claro, en ese sentido sí po, cuando la posta no viene ¿ya? y ellos se refrían nosotros acudimos con remedio casero, ahora si el niño no se recupera, en caso mío que le estaba diciendo yo, y hacía como un mes que estaba enferma y no me recuperaba, entonces ehh ahí nosotros llamamos a la ronda, ahí*

*llamamos a la ronda para que les pongan inyecciones, les dejen algún remedio (C.P., Camar)”*.

*“Y ahí a veces cuando hay resfríos fuertes y te pesca como bronquitis ahí lo único que puede salvar es el hospital, si porque ahí ya los remedios caseros que tome ya no pasa nada con las inyecciones ya ahí recién un poco ya cortan (V.R., Camar)”*.

Otros son los accidentes que requieren de cirugía en cuanto a evitar una hemorragia o un traumatismo permanente o muy severo. Para los accidentes las postas son la primera preferencia de los atacameños, en estos casos su legitimidad esta probada tanto por su eficacia en la experiencia cotidiana como por la ausencia en la medicina tradicional atacameña de una terapéutica para este tipo de lesiones.

*“Como un resfrío, un accidente, el accidente seguro que tiene que ser en un tratamiento con un doctor, bueno un accidente es distinto si tiene una hemorragia y tantas cosas así eso no lo pueden hacer nada acá (R.L., Talabre)”*.

Por último, otras enfermedades que llegan a la posta son las derivadas por el yerbatero, quien a través del diagnóstico mágico que realiza con hojas de coca u otros implementos, puede reconocer qué enfermedades están en el ámbito de su eficacia y cuales enfermedades no. En este sentido cuando el yerbatero no visualiza ningún mensaje en su lectura de la coca u otros elementos deriva hacia los servicios de la posta.

*“Distinto es la posta, es distinto, hay que creer en que sea en Dios no más si pal hospital, no es seguro nada, yerbatero te dice si es para el hospital o para el yerbatero” (...)* *“Yerbatero, primero y si no me hace nada el yerbatero sino al hospital y en un caso que tuviera una enfermedad grave así, primero sería el yerbatero y después al hospital, si el yerbatero no hace nada... (Z.C., Talabre)”*.

*“Para el resfrío, tener la guagua, cuando uno no puede tener la guagua también uno llega al hospital y ver cosas que uno, por decir ya ver, ya no, voy a hacerme ver con don Favio y me dice “aquí ya no voy a sanar, no es para que yo te haga sanar” entonces ahí iría al hospital, sé que el no me va a hacer sanar (K.B., Talabre)”*.

En general, los casos que llegan a la biomedicina se refieren a enfermedades naturalistas, donde la inexistencia en la conceptualización de salud del componente mágico-religioso permite un diagnóstico acertado y la eficacia en el tratamiento dentro del modelo médico atacameño.

**Cuadro 7: Itinerarios hacia la biomedicina**

Dolencia → Medicina doméstica → Solución del problema que los aqueja.
Dolencia → Medicina Doméstica → Rondas o postas: se recetan inyecciones, tabletas, cremas y jarabes → Solución del problema.
Accidentes → Posta San Pedro de Atacama → Hospital Carlos Cisterna de Calama → Solución del problema.
Dolencia → Medicina doméstica → Yerbatero: diagnóstico de enfermedades fuera del ámbito de eficacia del especialista tradicional atacameño → derivación a la biomedicina → Solución del problema
Dolencia → Medicina Doméstica → Rondas o postas: se recetan tabletas, cremas y jarabes → Derivación al hospital: tratamientos intrusivos y con involucramiento de tecnología → Solución del problema.
Dolencia → Medicina Doméstica → Rondas o postas: se recetan tabletas, cremas y jarabes → Yerbatero → Derivación al hospital: tratamientos intrusivos y con involucramiento de tecnología → Solución del problema.
Medicina Doméstica → Rondas o postas: se recetan tabletas, cremas y jarabes, problema no se soluciona → Derivación al hospital (Calama) tratamientos intrusivos y con involucramiento de tecnología → Solución parcial del problema de salud → Yerbatero → Solución del problema.

**3.3.2.2 Acudiendo al Yerbatero.**

Las enfermedades que llegan al yerbatero nuevamente vienen del ámbito doméstico luego de que no han podido ser subsanadas con los conocimientos domésticos. En estos casos, suele pasar más tiempo antes de recurrir al yerbatero ya que se busca solucionar el problema agotando las estrategias de la medicina doméstica. Son casos que se asocian a malas relaciones comunitarias, baja productividad del ganado y dolencias poco específicas, por lo que habitualmente son estados o enfermedades atribuidos -en última instancia- a

agentes externos que provocan la enfermedad. En otras palabras, las causas emocionales y personalistas serán tratadas -por excelencia- por el yerbatero, aunque también acuden por enfermedades naturalistas “atacameñas” las cuales no son traducibles a la medicina formal.

Un segundo caso muy recurrente de consulta al yerbatero es una vez que se ha tratado con la biomedicina se retorna o recurre nuevamente al yerbatero para solucionar los requerimientos de salud que no se pudieron subsanar bajo los tratamientos biomédicos, entre éstos tenemos los casos que no han podido ser diagnosticados por la biomedicina y los que han sido solucionados parcialmente en función de los requerimientos ambientales-emocionales de la conceptualización de enfermedad de los atacameños.

A diferencia de una derivación explícita del yerbatero hacia la biomedicina, los casos que vienen de la medicina formal responden a una búsqueda personal/familiar del consultante por mejorar su situación de salud.

Es decir la derivación entre los distintos sistemas médicos es unidireccional hacia los servicios de salud primaria Estatal (biomedicina), existiendo por tanto una validación de los servicios de la posta entre los especialistas médicos atacameños, hecho que no ocurre a la inversa. En este sentido es posible decir que existe una invisibilidad del modelo médico atacameño y por lo tanto una negación de su especificidad cultural pauperizando las condiciones de legitimidad social y comunitaria de transmisibilidad y uso de los conocimientos tradicionales.

***“Si por eso mismo mueren en el hospital porque ahí no pueden hacer nada, si mi hermana la Benita el otro día dice que andaba, ha ido a San Pedro y después de San Pedro la llevaron a Calama y de allá la despacharon no tenía nada y ella seguía mal, estaba mal entonces fue a llamar un yerbatero para Calama y el yerbatero de Calama le vino a curar (C.P., Camar)”.***

Como se puede ver estas enfermedades contienen un fuerte componente mágico religioso, por lo tanto la persona recurre a un cultor de la medicina tradicional quien al compartir el universo simbólico del consultante es quien puede ver la causa de estos males y por ende sanarla. Por ello, y a modo de ejemplo, rara vez veremos a un atacameño en la posta consultando por “tierra” o por “abuelo”.

Un punto importante a señalar se refiere a las condiciones económicas que los atacameños deben cubrir cuando se trata de tratamientos de la biomedicina que requieren de tecnologías solamente accesibles en la ciudad. Aquí el tratamiento médico se torna problemático en función de los gastos de transporte, alimentación y el mismo costo del tratamiento, siendo esta situación determinante en el abandono de un tratamiento excesivamente demandante en relación a las condiciones de vida de los atacameños. Es por esto que muchas veces se observa una vuelta a las prácticas médicas atacameñas y sus especialistas. En este sentido el abandono por parte de los atacameños de un tratamiento con la biomedicina por un tratamiento con especialistas atacameños es un hecho recurrente, siendo luego seguido, la mayoría de las veces, a cabalidad.

Cuadro 8: Itinerarios hacia la medicina tradicional

Dolencia → Medicina doméstica → Solución del problema
Dolencia → Medicina doméstica → Rondas o Postas → Yerbatero → Solución del problema
Dolencia → Medicina doméstica → Rondas o Postas → Hospital de Calama → Yerbatero → Solución del problema
Dolencia → Medicina doméstica → Yerbatero: diagnóstico de enfermedades personalistas o emocionales → tratamientos con componentes de eficacia simbólica → Solución del problema
Dolencia → Medicina doméstica → yerbatero: diagnóstico de enfermedades naturalistas atacameñas → tratamientos con componentes herbolarios y populares → Solución del problema

Por último es importante mencionar que las practicas médicas atacameñas comienzan y terminan en los ámbitos de la medicina tradicional, ya que invariablemente las estrategias empiezan en los doméstico terminan en los especialistas tradicionales con la intención de integrarse nuevamente a la orgánica de la comunidad ya sea través que alguna acción terapéutica de los especialistas o simplemente porque necesitan de la aprobación de su estado de salud de parte del practicante tradicional.

## **5.3. RELACIONES DE COEXISTENCIA DE LOS SISTEMAS MÉDICOS EN EL SALAR**

---

Bajo el entendido que la interculturalidad se compone de actos comunicativos donde ambos polos de la comunicación, de manera ideal, debieran crear un nuevo conjunto de significados incluyentes en la red de significaciones con la cual ven, producen y reproducen una cultura es importante que en cualquier esfuerzo por aportar a generar intervenciones desde el punto de vista intercultural los dos polos desde donde se produce la comunicación estén representados.

Por lo tanto a continuación se intenta esbozar las visiones que los distintos interlocutores poseen de los sistemas médicos en la zona de Atacama.

Ambos puntos de vista entregan a la comprensión de la relación entre sistemas médicos elementos importantes para identificar posibilidades y escenarios para generar estrategias en salud intercultural.

### **5.3.1. DESDE LAS COMUNIDADES HACIA LA BIOMEDICINA**

#### **5.3.1.1. Demandas de las comunidades**

De la información recopilada en el trabajo de terreno fue posible visualizar las demandas que los habitantes de las comunidades formulan hacia la biomedicina desde dos puntos de observación. Por un lado se encuentran las demandas formuladas por los propios atacameños en las entrevistas en profundidad realizadas en cuanto a cómo se relacionaban con los servicios que impartían las rondas, y por otro las demandas que el equipo biomédico percibe y recibe directamente de los atacameños respecto del servicio que entregan y de la persistencia de características culturales específicas

Las demandas identificadas en las entrevistas en profundidad se refieren a tres instancias del servicio biomédico en la zona, las rondas, la posta de San Pedro de Atacama, y el Hospital Carlos Cisterna de Calama.

En general la relación entre los habitantes de las comunidades del Salar con el equipo biomédico de las rondas es positiva, se los percibe como gente correcta y preocupada, a la cual asisten principalmente por la necesidad de algún medicamento en especial. Pero, aquí surge el inconveniente no menor que ellos señalan cuando la ronda se transporta sin los medicamentos necesarios. Generalmente cuando los atacameños concurren a las rondas por alguna dolencia, el profesional biomédico receta algún medicamento, que cuando no está en el arsenal farmacológico que transportan con las rondas, lo indican para la compra en una farmacia; sin embargo, en pueblos donde el aislamiento es severo como es el caso de Talabre y Río Grande, una receta no soluciona ningún problema, es más, agrega una dificultad por el hecho de que tendrán que viajar a la ciudad a conseguir el medicamento, hecho que se agrava cuando no hay medio de transporte público.

*“.. como le digo es bueno, pero aquí la ronda como he visto yo a veces vienen y hacen, vienen ud esta enfermo a veces le piden un remedio así para el resfrío, no tienen, de repente hacen una receta y a adonde va a comprar aquí ud....*

*- Ayer mismo me dieron una receta, ahí tengo una receta*

*- De qué es?*

*- Para la vista.*

*- Claro es como una burla, no sé, yo no entiendo esa parte, porque si ellos vienen tienen que venir con todos los remedios, porque saben que aquí no se pueden encontrar, estuve un paso acá puta a la esquina voy a comprar la receta que me dan pero no es así, o sea que, ud andando por acá se ha dado cuenta que de aquí no es tan fácil llegar a Toconao como llegar a Calama, aquí es peor que en Camar, en Camar por lo menos a veces entra el bus y todo eso, aquí viene el bus de la empresa a dejar gente una vez a la semana, entonces son cosas distintas. (Z.C., Talabre)”.*

Otra situación que se presenta como dificultoso para los atacameños en la atención de las rondas es el hecho de la espera, según ellos el tiempo de espera es muy largo, por lo cual dejarían demasiado tiempo sus quehaceres.

En cuanto a la atención de la posta nuevamente surge el problema de los tiempos de espera y la necesidad de medicamentos, sin embargo también se presenta el problema de las

derivaciones al Hospital de Calama tanto por exámenes, consulta a especialidades, o tratamientos.

Es en el Hospital de Calama donde surgen los mayores problemas tanto por un tema de acceso a éste como por la calidad de la atención a los pacientes.

El acceso al hospital no sólo significa el “bajar” a la ciudad, sino los costos que implica el transporte hacia ella, la alimentación, y el alojamiento en Calama. A esto se le suman los costos de los medicamentos y otros insumos que requieren para seguir el tratamiento. Es decir, el acceso al hospital esta mediado por las condiciones económicas que tenga la familia y las posibilidades de acceder a redes sociales de asistencia entre parientes en la ciudad cuando deben quedarse por tiempos prolongados para someterse a algún proceso biomédico.

*“Por ejemplo con las rondas se llevan bien, pero como te digo cuando van a Calama ya cambia el sistema, por allá de repente hay más gente, allá no hay diez, no hay veinte, no hay treinta, hay como cincuenta personas esperando se atendidos, y hay gente que aquí baja por el día y no tiene donde quedarse, y a veces no alcanza, que llegue y dicen que adelantan la hora y simplemente no se puede, entonces que bajar un día dedicado a, especialmente, para volver otra vez y siempre es no es posible que te atiendan en la mañana, porque en la tarde hay muchos, entonces eso no da para todos igual y no solamente acá, en todos los pueblos chicos, en todos los pueblos quedamos y tení que levantarte como a las cinco de la mañana para que puedan atenderte como a las nueve de la mañana entonces... entonces yo pienso que la salud es así en todos lados yo pienso (P.A., Camar)”*.

*“Malo, la atención mala si porque yo fui una vez así como le dije yo enfermo de la vesícula, mal atendido, estuve a las tres de la mañana me dieron de alta, no tuve donde ir a alojar, eso es malo. (M.D., Socaire)”*.

Otro hecho preponderante es que los atacameños señalan que el maltrato en el hospital es frecuente, circunstancia que se agrava al poseer los atacameños mayoritariamente la condición de indigencia en función de las atenciones de salud. Según ellos la calidad de la atención esta directamente relaciona con la posición económica que ostentan, siendo una demanda mayoritaria entre ellos la mejoría de la calidad de la atención., como señala la siguiente cita

*“Claro ella estaba dando la plata por fonasa pero yo en cambio los tenía por isapre, entonces ahí lo conocieron porque, ud sabe que ahí con el computador y todo eso a uno lo tiene pero archivado todo, entonces cuando ellos vieron que era de Fonasa los niños, aparecía muy caro entonces, y yo ese mismo rato me moví con recursos humanos de la empresa y ese mismo rato hicieron una carta y mandaron para allá y no nos dijeron nada, o sea aquí, nosotros necesitamos tanto de plata, nada, y el niño estaba de lo mas bien, yo lo fui a ver, bien atendido, lo servia, las horas de la comida lo servían a la hora una comida buena, televisión o sea pero excelente, por qué, por que había plata de por medio. En cambio mi taita, mi mama que murió allá nunca lo he visto así como, y muchos enfermos mas si yo siempre llego, incluso yo trabajé una vez en el hospital en Calama, trabaje con un vecino de acá en carpintería o sea haciendo un piso... sssshhh las guaguas lloraban pero como desesperados y ud cree así como se accidento los niños los iban a verlo, olvídense, los niños querían hacer pipi y pidiendo a gritos ni los pescaba a los niños, entonces yo he visto y por eso le tengo terror al hospital, le tengo terror, yo odio eso, pero como te digo los niños se atendieron bien, estuvo nueve días pero impecable, a cada rato llegaban sandwich, agua caliente, tecitos y todo eso y que , porque había plata por medio.(Z.C., Talabre)”*

Por último esta situación se agrava aún más en los casos de los partos, en general las mujeres tienen miedo de acudir al hospital- situación que por lo demás es obligatoria- se sienten discriminadas por tener la credencial de gratuidad, y maltratadas por los profesionales. Es importante recordar que entre los atacameños aún persisten una serie de tradiciones respecto al parto y post parto, prescripciones que no son respetadas en el ámbito hospitalario, lo que incluso se cristalizaría en fuertes “recaídas” de la madre y “desmande” y una salud débil del recién nacido.

*“Porque a veces cuando uno tiene la guagua en el hospital allá lo único que hacen las matronas, los que están atendiendo es llegar y tirar la guagua como sea y a veces uno queda mal la matriz porque igual que la placenta porque la placenta uno la bota sola y allá llegan y lo tiran con todo no mas, arrasan con todo, entonces uno queda mal...(T.S., Camar)”*

*“Si, igual cuando van a tener las guaguas si son tan brutos, prefiero tenerla acá, yo tuve mis cuatro niños en la casa...(E.L., Cruz, Socaire)”*

En síntesis, los atacameños demandan del servicio de salud primario de la posta y las rondas, los cuales ambos son ofrecidos por el equipo médico de San Pedro de Atacama en

aspectos de insumos médicos adecuados, de tiempos de espera prolongados y de la calidad de la escucha médica de parte de los especialistas, la cual debe ser familiar, respetuosa y cercana. Por otra parte cuando se trata de las demandas hacia el hospital, estas se intensifican tanto por los problemas de acceso a éste, como por la gravedad de la situaciones que implican el acudir al hospital, donde la calidad de la atención y la visualización de su especificidad cultural muchas veces pueden significar el éxito y adherencia al tratamiento.

Por otro lado, las demandas de salud que las rondas médicas perciben respecto de atacameños guarda directa relación con el modelo médico de los propios profesionales; es decir, que las percepciones de los profesionales y técnicos de la salud de la posta de San Pedro de Atacama en relación a la medicina tradicional y a las demandas de salud de las comunidades se encuentran mediatizadas tanto por el modelo médico occidental del que son parte, como por la invisibilidad general de la cultura atacameña en el marco de la sociedad chilena en general.

Las demandas que el equipo biomédico de la posta recibe de los atacameños dicen relación de alguna manera con superar el aislamiento en el cual se encuentran. Es decir los profesionales señalan que permanentemente escuchan demandas en cuanto que la posta tenga más cobertura en especialidades, mejor atención de urgencia y más medicamentos.

***“De lo que se esta hablando de los de la medicina tradicional y cosas raras como que tu sigues escuchando las demandas de la gente y siguen apareciendo principalmente demandas de la medicina occidental, quiero paramédico, quiero ambulancia, quiero el especialista de la uña. (Enfermera, posta rural de San Pedro de Atacama)”.***

En cuanto a demandas específicas el pueblo de Toconao estaría solicitando una ambulancia y un paramédico de planta en la posta rural de Toconao, sobretodo para atender los casos que se producen en el interior, en comunidades más aisladas como Socaire y Talabre.

Así el equipo sólo es capaz de visualizar las demandas en función de su propio modelo medico biomédico, mientras que demandas como mejorar la calidad de la atención, lo que apela a un modelo médico atacameño estarían siendo invisibilizadas.

### **5.3.1.2. Acogida del sistema biomédico en las comunidades del Salar.**

Para los atacameños la presencia del sistema de salud primaria en el salar es un hecho necesario. Para ellos es importante contar con la asistencia de la biomedicina, más que nada en el caso de los accidentes y de dolencias que no pueden ser solucionadas por la medicina tradicional.

La visita de las rondas y la asistencia a controles es un evento importante dentro de la cotidianeidad de la vida en las comunidades sobre todo en el caso del cuidado de los niños. En general el equipo biomédico de la posta está legitimado más que por su eficacia en la resolución de sus problemas de salud, por la relación más o menos personal que han establecido con los profesionales.

En la visualización de la biomedicina como una forma efectiva de resolución los problemas de salud también interviene la fe en función de ser una estrategia probada en el devenir de la relación médico paciente y de la eficacia que ha resultado mantener respecto de las dolencias que presentan los atacameños. Es decir la legitimidad de las prácticas biomédicas se establece también en función de una prueba cotidiana de los dotes del especialista para resolver los problemas de salud por los cuales consultan los atacameños. La biomedicina entre las comunidades no es un sistema legitimado en sí, por poseer certificación sanitaria, ni título profesional o estar legitimado por el aparato Estatal, la legitimidad se prueba a cada instante en la relación médico paciente y en el éxito de sus tratamientos.

Por lo tanto la fe vuelve a aparecer como un elemento que condiciona el ejercicio de cualquier sistema médico, en cuanto que la adherencia a los diagnósticos y el apego a los tratamientos que indican los profesionales deben estar mediados por la confianza que el paciente deposita sobre el especialista.

Sin embargo, entre los atacameños el sistema biomédico tendría menos capacidad de acertar un diagnóstico y de generar un tratamiento efectivo debido, más que nada, al desconocimiento del modelo médico atacameño y a una relación médico paciente menos profunda. Así y todo cuando se trata de dolencias de causas naturalistas la biomedicina

resulta ser altamente efectiva sobre todo en el caso de las enfermedades respiratorias como la bronconeumonía y la bronquitis.

*“- El de la posta cuando le achuntan sí, sana uno sana, si es verdad, cuando le achuntan uno sana, no hay nada que decir.*

*- Y de qué depende que le achunten?*

*- En los remedios, cuando dan los remedios, los que corresponden sana una persona y cuando no, no, no sanai y ni sanai y no sanai, si es así. (K.B., Talabre)”*.

La percepción positiva del servicio que entrega la posta en la visita de las rondas cambia diametralmente cuando se trata de la atención en el hospital de Calama. Entre los atacameños existe un temor no menor a acudir al hospital. Según ellos en el hospital generalmente los casos se agravan, se sufre de mal tratos y es posible encontrar la muerte por diagnósticos errados y tratamientos inadecuados. Los atacameños evitan internarse en el hospital ya sea porque se sienten discriminados por su condición de indigencia, por los malos tratos recibidos de parte de los profesionales que allí atienden, por la lejanía de la familia y por la invisibilidad total que hay en hospital respecto de su modelo médico y de su especificidad cultural.

*“No, no se dan cuenta, dicen que no tiene nada o lo pueden operar de otra cosa ahí, pero no le hacen nada, muchas personas que murieron así (R.L., Talabre)”*.

*“Si la credencial cuando uno tiene la credencial, la credencial blanca, peor lo atiende, no lo quieren atender a uno, cuando no tienen buen trabajo como yo, uno no tiene un trabajo no me atienden bien. (T.S., Camar)”*.

*“Yo le digo a mi niña muerta me llevan al hospital, cuando me siento mal no me lleven al hospital le tengo miedo. (P.T., Río Grande)”*.

*“- se fue al hospital y no le dijeron nada, le dijeron que era normal, no le dijeron nada*

*- shhhhhh normal...*

*- era normal, por eso que yo no tengo fe caso en los hospitales, si porque así es... (T.S., Camar)”*.

En la última cita es posible apreciar como nuevamente la valoración de la acción del sistema biomédico también involucra la fe, que el caso del hospital simplemente es nula.

Esto se hace aún más evidente cuando son derivados a hospitales en Calama o Antofagasta donde se sienten abandonados, en este sentido se le hace una fuerte crítica a la calidad de la atención, lo que repercute en el agravamiento del paciente.

Casos dramáticos de esta situación es la noción entre las comunidades que al hospital se va a morir por que el mal trato de que sienten victimas puede incluso agravar un estado de enfermedad. Sobre todo en el caso mayoritario de pacientes atacameños con credencial de indigencia donde no es novedad que estén mucho más susceptibles aún de sufrir esperas innecesarias, negligencias y malos tratos en general.

Así mismo, es importante mencionar que la efectividad de un tratamiento se relaciona con poder dedicarse lo antes posible a las tareas de subsistencia, lo que en el caso de los tratamientos de la biomedicina se dificulta por los requerimientos de diagnóstico y tratamiento de la medicina formal en cuanto a la tecnología a la cual solo se puede acceder yendo a Calama o Antofagasta, lo que se traduce en el abandono de la comunidad por un lapso de tiempo importante en cuanto a la demanda de trabajo que exige el modo de subsistencia campesino en las comunidades. La efectividad de un tratamiento también dependerá de la fe que se tenga en el procedimiento, por ende al no ser eficiente en resolver la necesidades de salud urgente que tienen los atacameños la biomedicina no siempre será bien valorada u objeto de fe incuestionable, como sí lo es el hierbatero.

Un caso emblemático es lo que sucede con la atención de los partos en los hospitales, puesto que es un tema que es transversal a las demandas de salud. Existe una resistencia a los partos hospitalarios que se fundamenta en la mala atención y discriminación en Calama, y que además repercutiría en la imposibilidad de la inscripción formal de los niños en San Pedro de Atacama, implicando que deje de considerárseles “atacameños”. Cabe agregar, además, que las críticas a la biomedicina en este sentido se formulan respecto a la comparación con la calidad en la atención que reciben de parteras y familiares.

En este sentido las concepciones de salud/enfermedad de los atacameños apela a un noción amplia del individuo donde no sólo la ausencia de enfermedad corresponde a la salud, si no mas bien un estado de armonía integral con el medio ambiente, la comunidad y aspecto emocionales-“espirituales” de la persona; es por esto que los atacameños pueden

encontrar poco efectivas las prácticas de la biomedicina por que no resolverían sus problemas de salud en la totalidad.

### **5.3.2. DESDE EL EQUIPO BIOMÉDICO HACIA LAS COMUNIDADES.**

#### **5.3.2.1. Caracterización cultural de los pacientes de las rondas.**

Todos los integrantes del equipo medico señalan que las características de una población indígena con tradiciones arraigadas estaría en franca desaparición. A pesar de que levemente reconocen la actividad agropastoril de las comunidades no visualizan las implicancias de las creencias y tradiciones de un modo de vida indígena y rural asociado a sus modos de producción.

Según el paramédico Iván Pérez, quien lleva más de 10 años trabajando en la posta de San Pedro las características culturales de la población han cambiado aceleradamente. A finales de los años 80 la población habría sido mayoritariamente indígena y con tradiciones y creencias arraigadas, siendo la población en general más homogénea. Sin embargo durante los últimos años con la llegada del turismo, las empresas mineras y un sistema educacional estatal más riguroso se habrían producido un fuerte proceso de aculturación, provocando la perdida de tradiciones.

Esta pérdida de tradiciones también dependería de las influencias que la minería tenga en cada uno de los pueblos. Esta por ejemplo el caso de Peine que según ellos tendría un mejor “nivel cultural” refiriendo a condiciones de escolaridad y socioeconómicas en contraste con Socaire, poblado que a pesar de sufrir una fuerte asalarización de los hombres en la minería del salar conserva tradiciones como fiestas, formas de trabajar la tierra, e incluso las vestimentas.

*“Peine yo creo que ha sido borrado casi en un 100%, porque Peine es entre comillas el pueblo más urbanizado, el pueblo más modernizado, inclusive que en San Pedro, porqué, por que durante mucho tiempo ha tenido la influencia que de una empresa que está allá que es el Litio, tienen luz todo el día, tienen posición socioeconómica, tienen vehículos, se van a Calama, tienen otro pasar y tienen más nivel de escolaridad, o sea Peine es como el pueblo que más ha*

*perdido tradiciones, de hecho tu en la calle no ves mujeres cargando guaguas atrás, todas llegan con los tremendos coches a la ronda, bonitos, limpiecitos, todas muy arregladitas, bien pintaditas, no ves por ejemplo la típica gente a lo mejor que está en Socaire no, tu todavía sigues viendo gente cargando las guaguitas atrás, lanas de colores, que todavía a lo mejor consumen coca y que llevan todavía tradiciones, de repente se colocan fajas en el abdomen, se colocan cintas de colores, cosas de ese tipo, tu lo ves en Socaire todavía” (Matrón, posta rural de San Pedro de Atacama)”.*

Sí establecen ciertas diferencias en cuanto a los grupos de edad que consultan las rondas, en cuanto señalan que los ancianos mantendrían más las tradiciones indígenas, en cambio los entre los jóvenes, quienes han tenido una educación “más occidental”, no habría ninguna diferencia respecto de los habitantes de la ciudad. Incluso afirman que un mayor nivel cultural de éstos- refiriéndose a mayor escolaridad- repercutiría en la forma de cómo enfrentan una dolencia respecto de los cuidados que el equipo biomédico recomienda y de la recurrencia a la posta como forma de resolución de sus problemas de salud.

En comparación con la gente de la ciudad- se los conceptualiza como “tímidos” y “reservados”, rasgo que se acentuaría más en los adultos mayores y en las mujeres, sobre todo en lo que respecta a su sexualidad no tan sólo en sus aspectos reproductivos, sino que también, en referencia de los problemas en el hogar (violencia intrafamiliar).

Sin embargo a la hora de visualizarlos como sujetos que poseen una cosmovisión diferente a la de ellos como agentes de salud biomédica desaparecen todas las posibles distinciones respecto de distintos conceptos de cuidados de salud, de la relación con el entorno o, simplemente de las diferencias en las relaciones interpersonales. En general el equipo médico espera que los pacientes que atienden en las postas actúen como personas urbanas en términos de la responsabilidad a los tratamientos o de las exigencias ante exámenes e intervenciones biomédicos.

En general el equipo biomédico no profundiza en las implicancias de los rasgos que ellos vislumbran como timidez ni tampoco en las consecuencias de un modo de vida rural a la hora de caracterizarlos culturalmente, tampoco profundizan en las creencias y tradiciones indígenas que aún persisten en los poblados sobre todo a la hora de la relación con el cuerpo, la salud y la muerte.

Por último el equipo ve como agentes de aculturación al turismo, la minería e incluso el sistema de educación estatal que se imparte en las comunidades sin embargo no se reconocen a ellos mismos como agentes de aculturación, sobre todo en los respecto a las tradiciones atacameñas de salud, los requerimientos y las demandas que los habitantes de los poblados formulan hacia el sistema de salud primaria.

### **5.3.2.2. Percepción de acogida**

Los profesionales médicos del equipo de la posta de San Pedro de Atacama, que realizan las rondas y las atenciones en la posta rural, observan que tienen una acogida positiva por parte de las comunidades por dos hechos puntuales. El primer hecho se corresponde con la relación personal que se establece con los pacientes luego de un cierto tiempo de atenderlos reiteradas veces, el otro hecho lo asocian con que el equipo médico percibe a los pacientes como responsables en su tratamientos, es decir, según ellos siguen el tratamiento que se les da, además de ser demandantes de su presencia y puntualidad en las comunidades.

La percepción de una acogida positiva de las rondas se debe en primer lugar a que el personal del equipo ha logrado darse a conocer en las comunidades durante un tiempo de más de un año, impulsando que las personas ya los conozcan y poco a poco vayan entregándoles confianza y legitimándolos. Es un mismo equipo que ha recorrido los pueblos también por años empiezan a encontrar legitimidad en la gente en razón de ser “conocidos”.

En este sentido el equipo médico se transforma en cierto sentido en una especie de médico de cabecera de los pacientes de las comunidades, estableciendo una relación personal que va mas allá de los aspectos meramente terapéuticos de una consulta ya que se van conociendo en una historia médica que logra, aunque sea superficialmente reconocer pacientes, problemas domésticos y dolencias anteriores en los consultantes.

***“Es que en algún minuto se transforma en personal porque nosotros somos el único equipo de salud que está acá (...) es el equipo que va a absolutamente todas las rondas, entonces evidentemente las rondas se transforman en algo personal” (Enfermera, posta rural de San Pedro de Atacama)”***

Ejemplificador de esta situación es el hecho que cuando el médico (un año y medio de trabajo en las rondas) o la enfermera (dos años y medio), por ejemplo, no asisten a las visitas a las comunidades atacameñas. Frases como “*no está el doctor mío, me voy*”, “*¿y la señorita va a volver?, ¿va a estar de nuevo?, ¿y cuánto tiempo va a estar fuera?*”; revelan esta una relación personal con cada uno de los pacientes de las rondas

Esto es entendido como que las comunidades los valoran y legitiman porque se trata de un grupo humano que ha estado presente por años en la atención de las comunidades, y que ello aún cuando no ha generado algún tipo de lazos afectivos o de algún grado de compromiso mayor, si ha permitido que la atención se entienda como algo “personal” en la que interviene directamente el tipo de relación que los profesionales y técnicos logren establecer.

***“No hay un problema de interrelación personal porque no quieran recibir medicamentos o no quieren consultar con el médico porque ellos prefieren sus hierbas y esas cosas. No, el problema claramente no va por ahí, el problema está por cómo uno los trata. (Médico, posta rural de San Pedro de Atacama)”.***

Por otro lado en relación con el seguimiento de los tratamientos por parte de los profesionales de la posta existe una dificultad práctica de afirmar positiva o negativamente al respecto, puesto que si consideramos que las rondas visitan a las comunidades una vez al mes tenemos que no existe un registro fehaciente que permita demostrar que, por ejemplo, los pacientes se tomaron todos los antibióticos y que ésa es la causa de la cura. No obstante, un indicador usado por las rondas para comprobar el seguimiento de los tratamientos se refiere a la recurrencia de los mismos pacientes a las consultas médicas, puesto que por un lado asisten a los controles médicos bajo la figura de la citación y, por el otro, sus consultas particulares son diversas; es decir, que un mes preguntan por una enfermedad y el mes que sigue por otra, lo que permitiría deducir dos consideraciones: o bien que el tratamiento suministrado fue efectivo, o bien que recurren a otro tipo de estrategias de salud que complementan en la práctica con los tratamientos alópatas, lo que les permitiría mantenerse sanos durante todo el mes que transcurre hasta que se realiza la siguiente ronda.

*“Por ejemplo, si tenemos la certeza o la percepción que más allá de los tratamientos nuestros no hay gente que tiene que hacer medicina tradicional de alguna u otra manera, hay tres pueblos en que vamos una vez al mes, o sea, y ellos resuelven igual su problema de salud, o sea no se van a enfermar sólo el día antes de la ronda o dos días antes de la ronda, eso no es lógico desde ningún punto de vista. (Enfermera, posta rural de San Pedro de Atacama)”*.

Así, a pesar que los tiempos de espera en la posta y las rondas y que la escucha médica de parte de los profesionales del equipo médico no es todo lo profunda, familiar y respetuosa que los atacameños desearían, si existiría, de parte de los atacameños una percepción de aprobación hacia los profesionales biomédicos de la posta de San Pedro de Atacama, en función de una legitimación basada en una relación establecida a lo largo de un tiempo en cual se ha podido establecer cierta confianza entre ambas partes.

### **5.3.2.3. Visualización de la medicina tradicional entre el equipo biomédico.**

En primer lugar es importante resaltar que la visualización de la medicina tradicional por parte del equipo de la posta se relaciona directamente con los dominios simbólicos del modelo biomédico; es decir, que al no existir una significación para ciertas dolencias propias del modelo atacameño, las destrezas médicas del sistema tradicional no se visualizan en términos de una práctica cotidiana de salud.

Ejemplificador de esto, resulta que entre el personal de las rondas y la posta de San Pedro de Atacama se tiende a analogar o traducir las enfermedades naturalistas, manifestadas por los atacameños, en los términos de la medicina occidental; está el caso de las “aberturas de carne” que serían algún tipo de desgarró muscular y o “aire” que se entienden como resfrío.

*“...conversamos con la misma gente y tratando de repente de conversar con los paramédicos de la posta que son gente del mundo atacameño entonces habitualmente como harto ocupan esas cosas ellos te dice que ellos igual al final tiene una traducción a la medicina occidental o sea en el fondo le cambian el nombre....(Médico, posta rural de San Pedro de Atacama)”*.

Por otro lado, el conjunto de enfermedades personalistas y de tensión emocional o mixta como “alma”, por ejemplo, o incluso los “trabajos”, simplemente son vistas como

cuadros depresivos o como casos para una atención psicológica especializada, ya que los síntomas y la conceptualización que implica una relación seminal con el entorno simplemente no constituyen problemas de salud para el modelo biomédico.

*“es lo que te decía o sea que yo la percibo, a ver, creo que creen en su medicina pero a lo mejor están tan occidentalizados que en el ámbito de la cultura como etnia, que en muchas cosas la única como identidad cultural que te piden siempre es respecto, más que en San Pedro, pero fuera de eso... en cuanto a “no me dé medicamentos”, “yo quiero trabajar con mis yerbas”, “si no logro el tratamiento después de eso voy a verlo a usted”, esa parte no se ve” (Médico, posta rural de San Pedro de Atacama)”.*

Así mismo como los itinerarios terapéuticos entre los atacameños suelen comenzar en el ámbito doméstico, constantemente los practicantes de las rondas se encuentran con señas de la medicina tradicional, que se expresa ya sea en diálogos con los pacientes en los cuales ellos confiesan que se han tratado anteriormente con plantas medicinales o con yerberos, o bien piden la autorización a los profesionales de las rondas para visitar algún especialista tradicional. Sin embargo, aunque las prácticas médicas tradicionales aparecen en las consultas de los atacameños a las rondas, las posibilidades de una mayor profundización en ellas por parte de los profesionales se ve limitada por la premura de la atención y por la gran demanda de salud en lugares con mayor concentración de población como San Pedro de Atacama y Toconao.

*“A ver, evidentemente al dirigirse a nosotros de una u otra manera nosotros trabajamos bastante en base a la medicina occidental, lo único que sí que muchas veces nosotros le preguntamos “¿cuanto tiempo llevan enfermos?”, “dos semanas pero no se ha pasado” entonces muchas veces en honor al tiempo una va un poco una historia como muy simplista a “ya perfecto, tómese esto y tómese esto” pero cuando estamos menos atochados en cuanto a personas o con tiempo un poco más algunas veces les alcanzamos a preguntar efectivamente qué es lo que pasa, si han hecho alguna cosa extra y todo, pero habitualmente nosotros no nos enteramos de esa situación, por ni preguntar muchas veces y porque ellos no lo cuentan. (Enfermera, posta rural de San Pedro de Atacama)”.*

Por otra parte, aunque si reconocen en los pacientes de las rondas cierta singularidad,

no logran visualizar en ella una especificidad cultural médica, sino que más bien lo comprenden en términos de una personalidad tímida y reservada. En definitiva, los practicantes médicos de las postas perciben diferencias entre pacientes de lugares más “urbanos” y los de las comunidades pero éstas no son problematizadas desde la perspectiva de una noción de salud/enfermedad en términos socio-culturales.

Por último, si bien la medicina tradicional en ciertas oportunidades irrumpe en las consultas de diversas formas, ya sea en parches y ungüentos o bien en el silencio de los pacientes respecto de sus prácticas anteriores de salud, estas son vistas como características residuales de una tradición casi perdida que no poseería más conexiones con otros dominios de la realidad. Por lo que son vistas como prácticas que ciertamente se respetan pero que no encuentran legitimación desde una perspectiva médica, ya que se entiende que en último caso son las prácticas biomédicas las relevantes en los tratamientos. Lo que finalmente habla de no solo la distancia físicas sino que también socioculturales entre ambos modelos médicos.

***“Yerbas, los parches, el frío alguna en especial que en su medio les sirve para pasar alguna enfermedad cosas en las cuales y en el fondo soy súper receptivo a todo la única diferencia con relación a la ciudad es como más la timidez nomás pero nada más... (Médico, posta rural de San Pedro de Atacama)”***

En síntesis al ser invisible el modelo médico atacameño para el equipo de profesionales biomédicos, no reparan en la complejidad de los itinerarios terapéuticos los cuales empiezan y vuelven a las propias prácticas médicas tradicionales.

La coexistencia del sistema biomédico y del sistema tradicional atacameño es un hecho que se observa profusamente en los itinerarios terapéuticos. La recurrencia a un sistema u otro dependerá de las valoraciones que tengan la persona y sus familiares respecto de los practicantes de cada sistema, como también de la explicación que se le adscriba a la dolencia. Así la complementariedad entre el sistema biomédico y del tradicional, actualmente para los atacameños constituye la base de sus estrategias de resolución de sus problemas de salud.

## **6. Consideraciones finales para una discusión en salud intercultural en Atacama.**

---

### **6.1. ¿Es tradicional la medicina entre los atacameños?**

Si se intenta comprender las prácticas médicas de los atacameños desde el enfoque relacional que plantea Menéndez (1994), es decir, como un sistema funcionando en referencia a las dinámicas socioculturales, dentro de las cuales los atacameños están insertos, es posible percatarse que sus conocimientos médicos y sus estrategias para la restitución de la salud son un conjunto de saberes fruto de un sinnúmero de resignificaciones que son consecuencia de los procesos transculturativos en los cuales han participado y participan hasta el día de hoy.

La inserción de los atacameños en una economía mercantil, la dinámica de comunidades translocalizadas, que plantea Gundermann (1998), la llegada de la biomedicina bajo los servicios de atención primaria Estatal<sup>50</sup>, y por último, el fenómeno de etnogénesis de una identidad étnica (Gundermann 2000), son factores que condicionan un escenario complejo y dinámico dentro del cual se desarrollan distintas estrategias de resolución de los problemas de salud entre los atacameños.

Estos procesos traen consigo pérdidas, reelaboraciones, apropiaciones e invenciones de parte de los atacameños en función de sus necesidades de salud. En otras palabras, la telaraña en la cual están suspendidos, y que al mismo tiempo han construido, ha estado en una acelerada y gran remodelación. De esta forma se genera un modelo médico que da cuenta de los dinamismos de la cultura y de la acción creadora de los atacameños como agentes vitales en la reinterpretación y resignificación de nuevos elementos médicos,

---

<sup>50</sup> La presencia del Municipio de San Pedro de Atacama desde los 1980, impuso poco a poco a los atacameños la regularidad de las rondas y la llegada con más fuerza del sistema biomédico, lo que indudablemente produce un cambio en las necesidades de salud.

constituyendo nuevas formas y modelos adaptativos a un medio ambiental, social y económico en transformación.

En suma, las estrategias de resolución de la enfermedad, al expresar los procesos transculturativos dan cuenta de un conjunto de estrategias de salud incluyentes, que en medio de procesos de cambios redescubre, pierde e incorpora elementos en función de una cobertura a las necesidades de salud de los atacameños conformado un universo de significados mixturados respecto de la concepción del cuerpo y su curación, de la salud y la enfermedad. Necesidades que por cierto, con la llegada del sistema biomédico y la inserción de las comunidades en nuevas dinámicas de integración a la región y al país, se han ampliado y modificado, así como otras necesidades también se han mantenido en función de su especificidad cultural.

Es así como en sus itinerarios terapéuticos los atacameños incluyen de manera simultánea y complementaria los sistemas biomédico y tradicional, lo que da cuenta tanto de una demanda de los atacameños por la presencia del servicio Estatal de salud en las comunidades, como también del proceso de reinterpretación de los componentes de la biomedicina; así como también mantienen ciertas tradiciones propias del mundo andino que son estrategias de salud propiamente atacameñas. Conjunto de consideraciones que permiten señalar que la forma en que los atacameños resuelven sus problemas es producto de un proceso de síntesis cultural.

Esta síntesis se cristaliza en los itinerarios terapéuticos y en la incorporación de ciertos elementos biomédicos en el seno de las atenciones domésticas de salud. Sin embargo, un aspecto a considerar es la valoración que entre los atacameños tiene la atención de la biomedicina, la que, si bien es considerada efectiva para los casos de enfermedades naturalistas y accidentes, no se corresponde con el carácter cultural del modelo médico atacameño respecto de las enfermedades de causas personalistas y que por lo tanto no cumple con las expectativas que para ellos entran en juego en la relación médico/paciente. Cuestión que permite plantear una “validación funcional” de la atención biomédica, es decir, que los atacameños recurren a la biomedicina para tratar ciertos síntomas de una dolencia, la que luego será tratada por algún ámbito de la medicina

tradicional para curar finalmente al enfermo y no a la enfermedad.

La razón es que persiste un modelo socio-simbólico, que comprende la sintomatología cultural en razón de la “metáfora del hambre”, que se refiere al carácter de las relaciones que establecen con una geografía que es animada y que tiene nombres. Esta relación con el medio constituiría, desde los planteamientos de Bonfil Batalla (1991; 1995), la cultura propia, el eje desde el cual los atacameños interpretan sus episodios de padecimientos, incorporan y resignifican nuevos elementos, sosteniéndose en un modelo médico que alude a una relación seminal con el entorno y que está en la base de sus valoraciones de salud. Nociones que a la biomedicina le resultan difíciles comprender por su misma constitución científica y racional.

En síntesis es posible plantear que la vigencia de la medicina tradicional atacameña en el salar es un hecho vivo y dinámico. Es tradicional en la medida que mantiene aquella relación seminal con el medio, sin embargo bien podría llamarse medicina local atacameña o medicina atacameña propiamente tal. Lo importante a resaltar es que los atacameños sí presentan una especificidad cultural en su forma de concebir la enfermedad y por tanto en sus estrategias de salud.

La reciprocidad con todos los componentes del entorno, es decir la obligación de nutrir simbólica y culinariamente a las personificaciones presentes en el mundo atacameño, son precisamente el sello que le imprime a la medicina (tradicional)<sup>51</sup> atacameña elementos que permiten hablar de una medicina indígena andina. Esta exigencia de alimentar a los seres presentes en el mundo animado atacameño, se traduce en la “metáfora del hambre”. Las preparaciones y ritos que esta nutrición requiere entregan a la medicina que se practica entre los atacameños una especificidad cultural que la distingue de lo que podría llamarse simplemente medicina popular o rural.

Así mismo un punto a considerar es que la misma observancia de mantener las normas de reciprocidad y nutrición implican un carácter preventivo en la medicina

---

<sup>51</sup> Al escribir la palabra tradicional entre paréntesis se intenta dar cuenta que la mixtura de elementos resignificados de la biomedicina y de la medicina popular, configura estrategias de salud complejas, que van mas allá del ámbito de lo que comúnmente se llama tradicional. Así mientras no se encuentre una palabra que haga justicia a su complejidad se utilizará “medicina (tradicional) atacameña”.

(tradicional) atacameña, característica que transculturalmente es escasa en otras medicinas indígenas.

Elementos culturales, que para generar una estrategia de intervención intercultural en salud, es un hecho relevante para la discusión de un modelo de atención intercultural en la zona del Salar.

## **6.2 ¿Es posible la interculturalidad en salud en San Pedro de Atacama?**

Desde el punto de vista de la interculturalidad como un paradigma de relaciones basadas en el aspecto formal, es decir, en cómo se generan las relaciones entre distintas culturas, cuidando la simetría de éstas y comprendiendo bajo qué racionalidad se rigen los intercambio contenidos y no los contenidos en sí (Sepúlveda 1996; Martínez 1996), se hace necesario visualizar ciertos aspectos del escenario en el salar para vislumbrar las posibilidades de generar una construcción de conocimientos basados en la simetría del discurso.

El equipo médico de la posta de San Pedro de Atacama es un contingente de profesionales que lleva algún tiempo en la zona, son reconocidos y legitimados por los atacameños en función de las relaciones personales que han establecido. Eso es un hecho positivo para cualquier intervención en salud que se quiera hacer en las comunidades.

En las entrevistas realizadas al equipo de salud de la posta, pudo verse una disposición positiva hacia la medicina (tradicional) atacameña, sin embargo la biomedicina no es una institución muy plástica ni abierta a otros tipos de modelos médicos. Es más, tiene una tendencia a homogeneizar los sentidos que se otorguen a la enfermedad y por ende, a las estrategias de salud presentes en su área de intervención.

En este aspecto, y a pesar que el equipo presenta una buena disposición a generar estrategias de acercamiento a la medicina (tradicional) atacameña, no visualizan la especificidad cultural presente entre de los habitantes de las comunidades del salar y que esta dada por el modelo médico subyacente. Es decir, existe una invisibilización del modelo médico atacameño.

Esta situación implica una deslegitimación de dos elementos constituyentes del padecimiento entre los atacameños. Por un lado de una serie de dolencias que los atacameños sufren en su cuerpo individual y social, con signos y síntomas específicos. Por otro lado deslegitima las prácticas tradicionales que aún persisten entre los atacameños en su búsqueda de la restitución de su salud. A su vez, estos elementos pueden leerse también como una crítica hacia biomedicina ya apuntan a mejorar la relación médico/paciente como un diálogo médico y humano que comprenda la historia personal y social del paciente, y que a su vez **“escuche”** los síntomas enunciados para un conjunto de enfermedades que no tendrán soluciones biomédicas puesto que hacen eco de una realidad que se extiende más allá del cuerpo físico.

Esto se aprecia claramente en la entrevista terapéutica que se establece en el sistema biomédico, ya que el doctor, enfermera o paramédico no repara en asuntos tan importantes para los atacameños como son las relaciones comunitarias y familiares, la aseguración de los modos de subsistencia y por sobre todo, en un trato especial a la hora del tratamiento. Los atacameños, cuando se sienten enfermos, requieren de cuidados familiares y una preocupación constante por sus dolencias y sentimiento de tristeza que los embarga. Se destaca, entonces, que entre los atacameños, la biomedicina no es menospreciada en cuanto a su efectividad en casos específicos, pero sí es menos valorada en cuanto fuente de malos tratos, siendo nocivo para una recuperación satisfactoria de la persona.

Por otra parte, la tendencia del equipo biomédico de la posta de San Pedro de Atacama a una simple traducción de las dolencias que revelan los atacameños a una categoría biomédica, implica nuevamente una invisibilización de su especificidad cultural.

El punto aquí es la tendencia de la biomedicina a intentar encasillar dentro de sus categorías elementos que escapan a la ontología del modelo biomédico, simplificando un conjunto de elementos que en la ontología del modelo médico (tradicional) atacameño apelan a su particular forma de relacionarse con el entorno y sus pares. La intención aquí no es demonizar a la biomedicina sino enmarcarla en su ámbito de eficacia, como bien hacen los atacameños. Recurren a la **“mirada”** biomédica para la supresión de los síntomas, y a la **“escucha”** de los practicantes de la medicina (tradicional) atacameña para la cura de la

persona.

En este sentido es importante mencionar que ciertas concepciones médicas que entran en juego en los itinerarios terapéuticos son intraducibles a la biomedicina porque se corresponden con otra ontología, otros significados a fin de cuentas.

Se habla de intraducibilidad cuando las concepciones de salud no pueden ser intercambiadas de un modelo médico a otro, esto significa que no es posible entender una enfermedad atacameña en su totalidad bajo las concepciones de la biomedicina.

La intraducibilidad se encuentra tanto en las conceptualizaciones de salud-enfermedad de una concepción médica como de la otra, así como también la manera de explicar la presencia de las distintas enfermedades.

El problema de la intraducibilidad de las concepciones de salud/enfermedad entre el modelo biomédico y (tradicional) atacameño, genera la invisibilidad de la complejidad que encierran las concepciones médicas atacameñas en cuanto a que éstas incluyen el cómo ellos se relacionan con su entorno, su cuerpo, su comunidad y sus necesidades en general. No visualizar el modelo médico atacameño significa no poder reconocer la preponderancia de una relación seminal con el entorno, su urgencia por mantener un estado saludable y la necesidad de una empatía con los agentes de salud involucrados en el tratamiento. Es más, las dolencias entre los atacameños que tienen una conceptualización clara, y también tienen un tratamiento específico, así, el sanarse de una *“abertura de carne”* no es lo mismo que recuperarse de un esguince. En este sentido la intraducibilidad de las concepciones médicas también implica que los tratamientos no son simplemente intercambiables o igualables.

Por otro lado, y a pesar de que el equipo biomédico presenta una buena disposición a la posibilidad de acercarse a la medicina (tradicional) atacameña, a la hora de generar modelos de atención intercultural, tienden a una visión más bien de vigilancia de las prácticas tradicionales desde la biomedicina. Ven en la integración con la medicina (tradicional) una manera de dirigir las prácticas médicas de los atacameños desde la biomedicina, es decir, incluir a la medicina (tradicional) en el formato jerárquico y

burocrático biomédico, lo que implica más bien una clara tendencia a controlar las prácticas y a regularlas bajo la forma de atención biomédica.

Es decir, no logran visualizar la interculturalidad como un dialogo horizontal, que legitime la especificidad cultural de los atacameños y que amplíe las alternativas de salud de las comunidades, sino que mas bien como una forma de controlar las prácticas atacameñas (tradicionales) de salud.

*Estamos trabajando en conjunto con ellos, porque por una parte es bueno que estas personas nos conozcan a nosotros los que trabajamos en salud tradicional digamos, y estas personas que trabajan en salud no tradicional es bueno que conversemos, para que ellos no cometan algún error, como por ejemplo, la mayoría de las personas que tienen algún problema con hueso, van donde el compositor, y muchos de ellos en vez de hacer lo mejor, que sé yo, con algún movimiento que pueda hacer el compositor pueda desplazar una fractura que es mucho más grave después, necesita intervención quirúrgica, en cambio a ver si enseñamos un poco a estas personas de que cuando vean una lesión que a ello les parece muy complicada no metan mano y la deriven al médico digamos (Kinesiólogo, posta rural de San Pedro de Atacama)”.*

La cita anterior da cuenta de dos elementos que distorsionarían cualquier intento de salud intercultural en términos de un diálogo horizontal. Un primer elemento es la insistencia de parte de los profesionales formados en la orientación biomédica de verse como representantes de la medicina “tradicional” y que la “otra” es la “no tradicional”, lo que al final de cuentas repercute, primero en una legitimación semántica de la biomedicina, por ser “tradicional” que, al parecer, sería la que siempre se ha ejercido, y por que al mismo tiempo se invisibiliza que, de hecho la medicina que se practica en el salar, tiene una base cultural arraigada entre las comunidades desde tiempos precolombinos. Un segundo elemento es la infalibilidad que tendría la biomedicina, en cuanto a que los errores sólo son factibles de cometerse en el ámbito de las practicas médicas (tradicionales) atacameñas, por lo cual incluso, habría que adiestrar a los practicantes locales para una derivación hacia la medicina que los biomédicos llaman “tradicional”.

Otro es el caso que representa las palabras del médico, como siguen:

*“Por ahora lo que se esta haciendo que se sumen estas personas de estos pueblos y la idea es juntarlos a todos empezar a hacer....la posta con esas*

*personas intercambiar digamos educación y lo ideal en un futuro ojalá no muy lejano es que en algún momento esas personas atiendan en la posta como lo hacen con los mapuches, que sea de la misma manera o sea que tu puedas ver la parte médica y de repente si sabe que hay allá porque por ejemplo necesitan yerbas, esa es la idea... (Médico, posta rural de San Pedro de Atacama)”.*

Esta cita habla del escenario intercultural idóneo que se concibe entre el equipo biomédico de la posta, donde los practicantes (tradicionales) atacameños atiendan “*en la posta*” para “*ver la parte médica*”. En este sentido las posibilidades que los especialistas (tradicionales) atacameños atiendan en un contexto clínico biomédico tiene una serie de implicancias respecto de la pérdida de elementos de eficacia simbólica, importantes en los protocolos rituales con los cuales el yerbatero se hace cargo – por ejemplo- de dolencias como “*la tierra*” y “*el susto*”. Por otro lado aparece que sólo la biomedicina vería lo médico deslegitimando nuevamente a la medicina (tradicional) atacameña.

A fin de cuentas en ambas citas se visualiza la interculturalidad como una medida de vigilancia de la medicina (tradicional) atacameña, control a partir de una integración, de una educación a los practicantes de cómo hacer medicina. Este tipo de escenario, terminaría por fagocitar la medicina (tradicional) atacameña, tanto por la intención de homogeneizar las formas de atención como por la poca legitimación que tienen las prácticas tradicionales entre el equipo biomédico.

En este sentido, desde el modelo biomédico, la visualización de una interculturalidad en salud se ve mediatizada por un modelo de salud que se articula sobre la base de relaciones de poder y que atomiza biomédicamente el cuerpo, lo que tensiona y dificulta la posibilidad de los practicantes biomédicos de entrever la trama de relaciones que intervienen en la manifestación de una dolencia o enfermedad para los indígenas atacameños.

En tanto y como conclusión, se propone una orientación de complementariedad médica la cual pretende promover la relación interétnica entre sistemas médicos sobre la base de la complementación, mutua colaboración y comunicación horizontal de los mismos. Estrategia que permita a la vez que mejorar la calidad de vida de las comunidades

indígenas, agenciar el fortalecimiento de sus instancias de decisión sociocultural como lo son sus prácticas médicas.

La complementación y la comunicación horizontal distan mucho de una perspectiva integracionista que terminaría por la asimilación de los modelos médicos occidentales de parte de los grupos étnicos. Postular una equivalencia de los modelos médicos no es posible ya que se refieren a los significados emocionales o simbólicos, y de cierta manera subconscientes, que los mismos generan en los sujetos de un grupo cultural determinado, los cuales no son intercambiables. Son distintas telarañas las cuales en sus cimientos contienen diferentes estructuras sobre las cuales se han construido distintas significaciones. Por lo tanto una integración estaría minando las capacidades de decisión cultural sobre los elementos propios de la cultura más débil, en este caso la indígena

En este sentido, el punto es plantear que si bien el dominio social y cultural que comprenden los modelos connotan relaciones simbólicas diferenciadas que imposibilitan –a riesgo de homogenizar y asimilar uno por el otro, dado las relaciones de poder en las que se suscitan- la yuxtaposición de ambos (occidental y tradicional), ello no impide la construcción de una orgánica de derivación y cooperación a nivel de sistemas médicos.

Por lo tanto para el caso atacameño las posibilidades de complementación entre ambos sistemas médicos estarían dadas en transparentar el por qué de la intraducibilidad entre los distintos modelos médicos, abandonar la hegemonía de la medicina alópata y establecer un dialogo horizontal a nivel de los sistemas médicos que se desprenden de las distintas concepciones de salud involucradas en el conflicto.

Así mismo, todos los sistemas médicos ocupan elementos como el concepto de salud y enfermedad, los cuales se aplican en determinados tratamientos por parte de los practicantes médicos. Es decir, tanto el sistema biomédico como el (tradicional) funcionan a través de un bagaje de conocimientos respecto a la salud y la enfermedad, y ambos poseen sus propios tratamientos, así como practicantes. En este sentido hay elementos que comparten en el ámbito práctico del ejercicio de la medicina y es en este punto donde se puede llegar a plantear una cooperación entre ambos sistemas.

En suma, ambos son eficientes dentro de un contexto particular que define la enfermedad, de modo que según cómo ésta se conceptualice se determinará su tratamiento y su posterior éxito. En definitiva, al no pretender una integración de los modelos médicos, se insta a una cooperación práctica a nivel de sistemas médicos dependiendo de los ámbitos de mayor éxito de cada uno.

En este sentido es necesario una voluntad de reconocimiento de los ámbitos de eficacia de las distintas medicinas presentes en la relación para vislumbrar una cooperación a nivel de las instituciones que entregan salud, en función de lograr una cobertura a las necesidades de salud más integral y coherente con el medio sociocultural en el cual se encuentran las comunidades atacameñas.

### **6.3 La interculturalidad como Estrategia Estatal de Desarrollo.**

La interculturalidad, como estrategia de intervención entraña una contradicción no menor.

Generalmente la interculturalidad como estrategia de desarrollo esta definida desde instituciones que, de una u otra manera, han detentado una posición de poder, de superioridad sobre los grupos indígenas, es el caso del Estado, de Ongs y otras instituciones de desarrollo. En este sentido, la mayoría de las veces son personas de un alto nivel profesional quienes ostentan una legitimación de expertos dada por su formación académica<sup>52</sup> y los cargos que ejercen, a partir de los cuales definen lineamientos y estrategias de desarrollo para superar esta misma situación de subordinación de los pueblos indígenas

Por lo que muchas veces las estrategias y los planes a seguir vienen dados desde el Estado manteniendo la relación de subordinación e inmovilidad de los pueblos frente a su cultura. Pareciera ser que los organismos de desarrollo toman en sus manos la tarea de producir, reproducir y mantener la cultura local bajo un enfoque asistencialista.

---

<sup>52</sup> Orientación dentro de la cual esta investigación hace parte.

Así, muchas veces el discurso de interculturalidad queda atrapado por el carácter de las relaciones sociales e históricamente específicas de los grupos indígenas con respecto de la sociedad mayor o nacional, puesto que éstas se han configurado en torno a una situación de asimetría dada tanto por las relaciones colonialistas como por la constitución del Estado-Nación. Lo que se ha traducido para los grupos indígenas tanto en marginalidad legal, económica y social como en una suerte de invisibilización política respecto de la sociedad hegemónica; cuestión que en suma ha coartado las posibilidades de los sujetos de definir sus propios lineamientos de desarrollo.

En este sentido, el peligro que entrañan estrategias de desarrollo generadas desde conceptualizaciones externas es justamente la pérdida de la capacidad de reproducción cultural del grupo y por ende la pérdida de identidad, y por tanto la incapacidad del grupo de formular sus propias significaciones, es el caso de una pérdida total de control cultural. Es por esto que resulta fundamental evitar cualquier intención “museística” de mantener una cultura a partir de formulaciones externas ya que terminará por ser una cultura enajenada.

Bajo esta mirada el peligro está en que las culturas indígenas pierdan su capacidad de decisión, de reproducción de la cultura, terminando por ser una cultura enajenada, manteniendo a estos grupos dentro de un contexto museístico.

Con contexto museístico me refiero a encerrar a las culturas indígenas en ciertos espacios que el Estado define como interculturales, es decir, la interculturalidad estaría limitada a ciertos contextos proyectados artificialmente, a “islas de interculturalidad” donde se conservarían ciertas prácticas (tradicionales) las cuales no tendrían relación con el dinamismo y complejidad de la cultura de la cual emanan y por lo tanto se estaría coartando sus posibilidades de expansión y modificación, procesos que constituyen la vida de una cultura.

En el caso de generar estrategias de salud intercultural, situaciones, que por ejemplo, tiendan a la incorporación de los practicantes tradicionales en contextos intrahospitalarios o la simple incorporación de algunos elementos del sistema médico tradicional como yerbas y nombres de ciertos padecimientos, son ejemplo claros de una cultura enajenada, ya que la

capacidad de reproducir los conocimientos y significados propios de la medicina tradicional pasara lentamente de manos del practicante tradicional al biomédico.

Es más, seguir estrategias de intervención con el ideal de la interculturalidad no asegura una relación de igual a igual entre grupos culturales, más hasta ahora la condición de interculturalidad se ha presentado como una obligación para los grupos indígenas en nuestro país en el sentido del conocimiento de una lengua, normas legales y organización social y política, mientras que viceversa la sociedad chilena no indígena no se ha visto obligada a subsumirse bajo los códigos organizativos y lingüísticos de los grupos indígenas que habitan nuestro país.

Es decir la interculturalidad como dialogo simétrico de poder y con características formales de respeto mutuo es una situación ideal sobre la cual se construyen ciertas estrategias de intervención. Desde esta perspectiva hoy por hoy la interculturalidad es un ideal, que orienta cierto tipo de intervención con comunidades indígenas, pero no por eso son interculturales. En este contexto se inserta la investigación expuesta y las proposiciones que de ella emanan, ya que plantear, por ahora, una interculturalidad en salud en San Pedro de Atacama es más bien un horizonte lejano que una meta realizable a corto plazo, por lo mismo, como primer paso de un largo camino, se propone la complementariedad y no la integración.

Para terminar, esta investigación me ha significado sumergirme y aprender del mundo andino y del atacameño en específico, así mismo, de la importancia de las prácticas médicas tradicionales como lugar de resistencia identitaria de las culturas indígenas en un contexto de cambios vertiginosos.

Sin embargo, las escasas investigaciones en medicinas indígenas en el norte de nuestro país, y los vacíos etnográficos en la zona de estudio presentaron limitaciones importantes a la investigación. Así mismo mi condición de género y de no atacameña también tuvieron como consecuencia limitaciones metodológicas, sin embargo a medida

que me adentraba y me sumergía en la vida cotidiana de las comunidades, estas limitaciones pudieron, en alguna medida, reducirse.

Por otra parte la investigación pretendió entregar una visión dinámica de los grupos indígenas y abrir nuevas perspectivas en el acercamiento a la medicina de los pueblos del Salar y una interculturalidad en salud.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

---

Álvarez, L.

1991 Etnopercepción andina: valles dulces y valles salados en la vertiente occidental de los Andes. *Revista Diálogo Andino* 10:11-20.

Arratia, M. I.

1996 La importancia de la etnomedicina para la atención médica en Arica: Marco conceptual para una medicina intercultural. *Actas del Segundo Congreso Chileno de Antropología* Tomo I, pp. 338- 345. Colegio de Antropólogos de Chile, Valdivia.

Bengoa, J., Compilador

2004 *La Memoria Olvidada: Historia de los Indígenas de Chile. Complicación del informe de la Comisión de Verdad y Nuevo Trato*. Cuadernos del Bicentenario, Gobierno de Chile. MIDEPLAN.

Bericat, E.

1998 *La integración de los métodos cuantitativos y cualitativos en la investigación social. Significado y medida*. Editorial Ariel, Barcelona.

Bohannan, P.; Glazer, M., compiladores

1993 *Antropología: Lecturas*, traducido por M. Carrio y M. Valles. Editorial Mc Graw-Hill, Madrid.

Bonfil Batalla, G.

1991 Lo Propio y lo ajeno: una aproximación al problema del control cultural. *Pensar Nuestra Cultura, Ensayos* pp 49-57. Alianza Editorial, México.

1995 Descolonización y cultura propia. *Obras Escogidas de Guillermo Bonfil, Tomo 4 Obra inédita*, Selección y recopilación por L. Odena, pp 351-367. INI, CIESAS, INAH, Dirección General de Culturas Populares, Fideicomiso Fondo Nacional de Fomento Ejidal, Mexico, D.F.

Calderon, F.; Hopenhayn, M.; Ottone, E.

1996 *Esa Esquiva Modernidad: Desarrollo Y Cultura en América Latina y el Caribe*. UNESCO/ Nueva Sociedad, Caracas.

Cárdenas, U.

1998 Entre el Tolar y el Pajonal: percepción ambiental y uso de plantas en la comunidad atacameña de Talabre; II región, Chile. *Estudios Atacameños* 16:251-282.

Castro, V.

1993 Un proceso de extirpación de idolatrías en Atacama. En *Catolicismo y Extirpación de Idolatrías. Siglos XVI- XVIII*, pp. 347- 366. Centro Bartolomé de la Casas, Lima.

1994 La creación del mundo. Mundo *Precolombino*. *Revista del Museo Chileno de Arte Precolombino* 1:74-77.

1998 La dinámica de las identidades en la subregión del río Salado, Provincia de El Loa, II Región”. *I Encuentro Nacional Inter Institucional de Investigaciones de Identidades Culturales*. pp. 5-49. Programa de Desarrollo de Identidades Culturales, Santiago de Chile.

Castro, V.; Martínez, J. L.

1996 Poblaciones Indígenas de Atacama. *Etnografía: Sociedades indígenas Contemporáneas y su ideología. Culturas de Chile volumen segundo* Editorial Andrés Bello, Santiago de Chile.

Castro, V.; Varela, V.

1992 Así sabían contar. *Oralidad: Anuario para el rescate de la tradición oral de América Latina y el Caribe*, pp.16-27 Oficina Regional de Cultura de la Unesco para América Latina y el Caribe (ORCALC) La Habana.

1994 *Ceremonias de Tierra y Agua: ritos milenarios Andinos*. Fondo de desarrollo de la cultura y las Artes, FONDART, Ministerio de Educación y Fundación Andes, Santiago de Chile.

Castro, M.

1997 El campesinado altoandino del norte de Chile. *Actas del II simposio internacional de estudios altiplanitos. El Altiplano: Ciencia y Conciencia*. Universidad de Chile, Vicerectoría Académica y Estudiantil, Departamento de Postrado y Postítulo, Arica.

Chiodi, F.

2001 Las culturas en educación. *Una escuela, diferentes culturas*, editado por F. Chiodi y M. Bahamondes, pp.11- 61. Corporación Nacional de Desarrollo Indígena, Temuco.

Citarella, L., compilador

1995 *Medicinas y Culturas en la Araucanía*. Trafkin, Cooperación italiana. Editorial Sudamericana, Santiago de Chile.

Donoso, A.

2003 *Empalmes y tensiones en las compresiones entorno a la educación e interculturalidad: profesores y apoderados, indígenas y mestizos, de la escuela intercultural urbana e-192 Tobalaba, Peñalolen, Santiago de Chile*. Tesis para optar al título de Antropólogo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Antropología, Universidad de Chile, Santiago de Chile.

De Miguel, J. Maria T.

1980 Introducción al campo de la Antropología Médica. En *La Antropología Médica en España*, editado por M. Kenny y J.M. De Miguel, pp. 11-40. Editorial Anagrama, Barcelona.

Estrella, E.

1978 *Medicina Aborigen: La Práctica Médica Aborigen de la Sierra Ecuatoriana*. Editorial Época, Quito.

Fernández, G.

1999 *Médicos y Yatiris: Salud e Interculturalidad en el Altiplano Aymara*. Cuadernos de Investigación CIPCA n° 51 Ministerio de Salud y Prevención Social, CIPCA y ESA, OPS/OMS, La Paz.

Foster G.; Anderson B.

1978 *Medical Anthropology*. Editorial Alfred A. Knop, Nueva York.

Foucault, M.

1999 [1963] *El Nacimiento de la Clínica: Una Arqueología de la Mirada Médica*. Traducido por F. Perujo, Editorial Siglo Veintiuno, México.

1990 Historia de la medicalización En. *La Vida de los Hombres Infames*, traducido por F. Álvarez y J. Varela, pp. 121-152. Editorial La Piqueta, Madrid.

Geertz, C.

1997 [1973] *La Interpretación de las Culturas*. Traducido por A. L. Bixio. Editorial Gedisa, Barcelona.

Godenzi, J.

1996 Construyendo la convivencia y el entendimiento: Educación e interculturalidad en América Latina. En *Educación e Interculturalidad en los Andes y la Amazonía*, editado por J. Godenzi, pp.11-21 Centro de Estudios Regionales Andinos Bartolomé de las Casas, Cuzco.

Good, B.

2003 [1994] *Medicina, Racionalidad y Experiencia. Una Perspectiva Antropológica*. Traducido V. Pozanco Edicions Bellatera, Barcelona.

Gómez D.; Ahumada, J.; Necul, E.

1998 *Medicina Tradicional Atacameña*. S/E, Antofagasta.

Guerrero, B.

1998 Salud y religiones populares en el norte grande de Chile. *Actas del Tercer Congreso de Antropología*, Tomo II, pp. 754-765, Temuco.

Grebe, M. E.

1981 Cosmovisión aymara. *Revista de Santiago* (Museo Nacional Vicuña Mackenna) 1: 61-79.

1983 En Torno a los ritos terapéuticos astrales de Isluga. *Revista Chungará*.10:155-164. Universidad de Tarapacá, Arica.

1988 La medicina tradicional: Una perspectiva antropológica. *Revista Enfoques aten. Prim.* 3 (3) 1-52 pp 5-10.

1990 Patrones supralingüísticos en la cognición y simbolismo andino. *Actas Primer simposio sobre cognición, lenguaje y cultura*. pp. 247-255 Universidad de Chile.

Grebe, E; Segura, J.

1986 [1974] Psiquiatría Folklórica de Chile. *Revista Chilena de Psicología* Vol. VIII 1:37-50.

Gundermann, H.

1998 Pastoralismo andino y transformaciones sociales en el norte de Chile. *Estudios Atacameños*, 16: 293-320.

2000 Las Organizaciones Étnicas y el discurso de la Identidad en el norte de Chile, 1980-2000. *Estudios Atacameños* 19:75 – 91.

2002 Los Atacameños del S. XIX y S.XX, una antropología histórica regional. *Comisión de de verdad histórica y Nuevo Trato*, Grupo de trabajo pueblos indígenas del Norte, sub-grupo de trabajo pueblo Aymara.

Harris, O.

1988 Pacha en torno al pensamiento aymara. En: “*Raíces de América: El Mundo Aymará*.” editado por X. Albó, pp 217-274. Editorial Alianza, Madrid

Hidalgo, B.

1992 *Organización social, tradición y aculturación en Socaire, una aldea Atacameña*. Tesis para optar al grado de Licenciado en Antropología Social, Departamento de Antropología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

Hidalgo, J.; Castro, N.

1998 [2004] Fiscalidad Punición y Brujerías Atacama 1749- 1755 En *Historia Andina en Chile editado por J. Hidalgo J.*, capítulo 14 pp 297-339 Editorial Universitaria, Santiago de Chile.

Hidalgo, J.

2004 *Historia Andina en Chile*, editado por J. Hidalgo. Editorial Universitaria, Santiago Chile.

- (1982a) Capítulo 3: Culturas y Etnias protohistóricas: Área Andina meridional pp 39-64.
- (1978) Capítulo 4: Incidencia en los patrones de doblamiento en el cálculo de la población del Partido de Atacama desde 1752 a 1804. Las revisitas inéditas de 1785-1792 y 1804.
- (1984a) Capítulo 5: Complementariedad ecológica y tributo en Atacama. pp 107-126.
- (1984b) Capítulo 7: Cambio culturales de Atacama en el siglo XVIII: Lengua, escuela, fugas y complementariedad ecológica. 157- 184.
- (1982b) Capítulo 8: Fechas Coloniales de Fundación de Toconao y urbanización de san Pedro de Atacama pp185-190.
- (1982c) Capítulo 10: Fases de la rebelión indígena de 1781 en el corregimiento de Atacama y esquema de la inestabilidad política que la precede 1749-1781. Anexo: dos documentos inéditos contemporáneos. pp 199-234.

INE & MIDEPLAN/ORÍGENES

2005 Estadísticas Sociales de los Pueblos Indígenas: Censo 2002, Santiago de Chile.

Junge, P.

2001 Nuevos Paradigmas en la Antropología Médica En: *Cuarto Congreso Chileno de Antropología, Santiago*. <http://rehue.csociales.uchile.cl/antropologia/congreso/s1201.html>

Kenny, M.

1980 Valores sociales y salud. En: *La Antropología médica en España*. Editado por M. Kenny; J. M. De Miguel, pp 69-80. Editorial Anagrama, Barcelona.

Kleinman, A.

1995 *Writig at the Margin. Discourse between Anthropology and Medicine*. University of California Press, Los Ángeles.

Laplatine, F.

1999 [s/i] *Antropología de la Enfermedad*. Traducido por M. Rouco, Ediciones del Sol, Buenos Aires.

Laval, E.

1958 Medicina aborígen tradicional atacameña. Apartado de la *Revista del Servicio Nacional de Salud*, Vol. II, 2:203- 218, Santiago de Chile.

Leslie, Ch.; Young A. (ed)

1992. *Paths to Asian Medical Knowledge. Comparative Studies of Health Systems and Medical Care*. University of California Press, Berkeley

Lock, M.; Nitcher, M.

2002 From documenting medical pluralism to critical interpretations of globalized health knowledge, policies, and practices. En: *New Horizons in Medical Anthropology: Essays in honour of Charles Leslie*. Editado por M. Nitcher y M. Lock pp. 1-28, Routledge Taylor & Francis Group, Londres y Nueva York.

Madel, L.; De Camargo, K.

1997 A comparative study of medical rationalities. En: *Curare Journal for ethomedicine*. Special Volume 12/ 1997.

Mamani, M.

1996 Estudio del Sistema de Tratamiento Medicinal Amara, el Caso del Rito: Turkayaña. En: *Actas del Segundo Congreso Chileno de Antropología*. Tomo I pp 354-260 Colegio de Antropólogos de Chile, Valdivia.

Marcus, G.; Fischer, M.

1986 *Anthropology as Cultural Critique*. Chicago: Chicago University Press.

Martínez, A. T.

1996 Igualdad de derechos e interculturalidad En: *Educación e interculturalidad en los Andes y la Amazonía*. Editado por J. Godenzi, pp 93-104. Centro de Estudios regionales Andinos "Bartolomé de las Casas", Cuzco.

Medina, E.

1988 La medicina tradicional o popular y la medicina oficial o moderna. *Revista Enfoques en Atención Primaria* 3 (3): 1-52.

Menéndez, E.

1994 La enfermedad y la curación ¿qué es medicina tradicional?. *Alteridades* 4 (7):71-83.

MINSAL División de Atención Primaria. PROGRAMA SALUD Y PUEBLOS INDIGENAS Lineamientos estratégicos año 2000.

Mostny, G.

1954 *Peine un Pueblo Atacameño*. Editorial Universitaria. Santiago de Chile.

Morales, H.

1997 *Pastores transhumantes al fin del mundo. Un enfoque cultural de la tecnología: en una comunidad andina de pastores*. Memoria para optar al Título de Antropólogo Social, Departamento de Antropología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile; Santiago de Chile.

Munizaga, C.

1958 *Notas Etnobotánicas del Pueblo Atacameño de Socaire*. Editorial. Talleres Gráficos la Nación, Santiago de Chile.

Murra, J.

1975 El control vertical de un máximo de pisos ecológicos en la economía de las sociedades andinas. En *Formaciones económicas y políticas del mundo andino*, Lima

Núñez, L.

1997 Los Recursos Agropecuarios del Norte de Chile al Tiempo de la Invasión Europea en *Actas del II simposio internacional de estudios altiplanitos. El Altiplano: Ciencia y Conciencia*. pp 255-267. Universidad de Chile, Vicerectoría Académica y Estudiantil, Departamento de Postgrado y Postítulo, Arica.

Núñez, L.; Dillehay, T.

1978 Movilidad giratoria, armonía social y desarrollo en los andes meridionales: patrones de tráfico e interacción económica (ensayo). Universidad del Norte, Antofagasta. (mimeografiado).

Obach, A.

2003 *Medicinas Alternativas y Complementarias en Chile una Aproximación Antropológica desde una Perspectiva de Género*. Tesis para optar al grado de magíster en Estudios de Género y Cultura, Mención Ciencias Sociales. Universidad de Chile, Santiago de Chile.

OMS/ OPS

1996 Reunión de trabajo sobre políticas de salud y pueblos indígenas 25-27 de noviembre, Quito

2001 *Encuentro internacional "Salud y pueblos indígenas: Logros y desafíos en la región de las Américas"* Puerto Varas, Chile 13,14 y 15 de noviembre del 2000

Velimirovic, B., compilador

1978 *La Medicina Moderna y la Antropología Médica en la Población Fronteriza Mexicano-Estadounidense*. Publicación científica. OPS: 359, Washington.

Oyarce, A. M.

1988 Sistemas médicos que coexisten en la novena región de Chile: Una descripción general. *Revista Enfoques en Atención Primaria* 3(3):37-45.

Palacios, J.

2003 La Identidad de la antropología; Una cartografía epistemológica y un ensayo de propuesta. *Cinta de Moebio* No. 16. Marzo. <http://www.moebio.uchile.cl/16/palacios.htm>  
Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile

- Pedersen, D.  
1989 Elementos para el Análisis de los Sistemas Médicos. *Revista Enfoques en Atención Primaria* 4 (1):6-24.
- Peréz, C.  
1998 *Sobre un Concepto Histórico de Ciencia: de la Epistemología Actual a la Dialéctica*. LOM Ediciones, Santiago Chile.
- Pérez M. S.  
2005 *El Significado de la Salud y la Enfermedad en el Pueblo de Talabre: Un acercamiento desde la perspectiva de Género*. Tesis para optar al grado de Magíster en Género, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- Prat, J.; Pujadas, J.; Comelles, J.  
1980 Sobre el contexto Social de Enfermar. En: *La Antropología Médica en España*. Editado por M. Kenny y J. M. De Miguel pp. 11-40 1980. Editorial Anagrama, Barcelona.
- Rivera, F.  
1997 Procesos de articulaciones socio-identitarias y reformulaciones étnicas en Atacama. *Estudios Atacameños* 13:61-73.
- Romo, M.  
1998 Pastores del sur andino. Percepción y representación del ambiente. *Estudios Atacameños* 16:209-222.
- Rubinelli, M. L.  
1999 Aproximación a la interpretación de algunas enfermedades presentes en el imaginario andino del noroeste argentino, desde perspectivas interculturales. *Kallawayá Nueva Serie* 6:27-34, Octubre La Plata- Salta.
- Sanchez, J.  
1992. Cuerpo y enfermedad en las representaciones indígenas en los Andes". En *Mujeres de los Andes: Condiciones de Vida y Salud*, editado por Defosse, A.C.; Fassin, D.; Viveros, M. pg. 61-79 IFEA Universidad Externado de Colombia.
- Santoro, C.  
1997 Arqueología de los Andes. *Actas del II simposio internacional de estudios altiplanitos. El Altiplano: Ciencia y Conciencia*. pp 269-275 Universidad de Chile, Vicerectoría Académica y Estudiantil, Departamento de Postgrado y Postítulo, Arica.
- Saravia, P.  
2004 *Alimentación y género. Estudio antropológico de la comunidad atacameña de Socaire*. Tesis para optar al título de Antropóloga Social, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Antropología, Universidad de Chile, Santiago de Chile.

Sepúlveda, G.

1996 Interculturalidad y construcción de conocimiento. En: *Educación e Interculturalidad en los Andes y la Amazonía*. Editado por J. Godenzi, pp. 93-104. Centro de Estudios regionales Andinos "Bartolomé de las Casas", Cuzco.

Sierra, M.

1991 *Donde Todo es Altar: Aymaras Hijos del Sol*. Editorial Persona, Santiago Chile.

Silva, L.

1996 Antropología de la enfermedad: Teoría, práctica y aportes para el debate Antropológico. *Actas del Segundo Congreso Chileno de Antropología* Tomo I pp. 371-380, Colegio de Antropólogos de Chile, Valdivia.

Straus, R.

1957 The nature and status of medical sociology. *American Sociology Review* 22:200-204.

Taussig, M.

1995 *Un Gigante en Convulsiones: El Mundo Humano como Sistema Nervioso en Emergencia Permanente*. Editorial Gedisa, Barcelona

Taylor, S.J Y R. Bogdan

1992 *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*. Editorial Paidós, Buenos Aires.

Uribe, M.

1996 *Religión y Poder en los Andes del Loa: Una Reflexión desde la Alfarería*. Memoria para optar al título profesional de arqueólogo. Universidad de Chile, Santiago de Chile.

Van Kessel, Juan

1985 Tecnología médica andina. *Cuadernos de Investigación Social. Publicación ocasional del centro de Investigación de la realidad del norte*. Vol. I, N° 13, julio, Iquique.

1991 *Tecnología Aymara: Un enfoque Cultural*. CIDSA, Puno.

Van Kessel, J.; Guerrero, B.

1987 Sanidad y Salvación en el altiplano Chileno: del Yatiri al Pastor. *Cuaderno de investigación Social* N° 21. Centro de Investigación de la Realidad del Norte, Iquique.

Valles, M.

*Técnicas Cualitativas de Investigación Social*. Editorial Síntesis, Madrid.

Vidal, A.

1996 ¿Límites Teóricos o Sociopolíticos para una Interculturalidad en Salud? *Actas del Segundo Congreso Chileno de Antropología*. Tomo I:381-387, Colegio de Antropólogos de Chile, Valdivia.

Villagrán C.; Castro, V.

2004 *Ciencia Indígena de los Andes del Norte de Chile: Programa Interdisciplinario de Estudios en Biodiversidad (PIEB)*. Editorial Universitaria, Universidad de Chile, Santiago de Chile.

Villagrán, C; Castro, V; Sánchez, G.; Romo, M.; Latorre, C.; Hinojosa, L. F.

La tradición surandina: etnobotánica del área del salar de Atacama (Provincia del Loa, Región de Antofagasta, Chile). *Estudios Atacameños* 16:7-106

Wagner, C.

1986 Coca y Estructura Cultural en los Andes Peruanos En *La coca Andina: Visión indígena de una planta satanizada*. Joan Bolbó i Climent, editores pp. 165-205 Instituto Indigenista Interamericano, México.

Weisner, M.

1988

En el túnel del tiempo. Conferencia magistral Inaugural. *Actas del Tercer Congreso Chileno de Antropología*, Temuco. Colegio de Antropólogos de Chile. Tomo I pp 3-13 Lom Ediciones

La antropología médica, lo uno - lo múltiple. *Actas del Tercer Congreso Chileno de Antropología*, Temuco. Colegio de Antropólogos de Chile. Tomo I, pp 71- 80. Lom Ediciones

## 8. ANEXOS

---



**PAUTAS DE TERRENO**

**a) Pauta entrevista en profundidad**

1.- Cosmovisión

- Creencias mítico-religiosas
- Ritos y costumbres
- Relación con el medioambiente

2.- Enfermedades

- Concepto salud
- Concepto enfermedad
- Causas de enfermedades
- Efectos de enfermedades
- Eficacia simbólica

3.- Relación enfermedad/tratamientos biomédicos y tradicionales.

- Visión del paciente de su enfermedad (aceptación/responsabilidad).
- Visión del paciente acerca su tratamiento
- Estado del paciente luego del tratamiento

4.- Tipos de consultas

- Motivaciones de consulta a la medicina tradicional
- Motivaciones de consulta a la biomedicina
- Rol y significación asignado al servicio de salud Estatal
- Rol y significación asignado al agente de medicina tradicional
- Valorización de la atención biomédica
- Valorización de la atención del practicante tradicional

## **b) Pauta entrevista focalizada**

- Caracterización del servicio de salud que se entrega en las rondas medicas (especialidades, turnos, infraestructura, tecnología)
- Identificación de las carencias y fortalezas de la atención que entregan
- Caracterización medica del paciente que atienden en las rondas medicas (necesidades de salud, tipos de enfermedad, nivel de policonsulta y causa de consulta)
- caracterización cultural del paciente que atienden en las rondas medicas (costumbres, creencias y tradiciones parentesco, movilidad, trabajo y educación)
- conocimiento de la recurrencia del paciente a tratamientos de la medicina tradicional
- Valoración de parte del practicante médico alópata hacia la recurrencia del paciente a tratamientos de la medicina tradicional
- Formas de diagnostico y sus tratamientos para la comunidad a la que atiende en las rondas medicas
- Percepción personal de su aceptación dentro de las comunidades de las rondas medicas

## **c) Pauta de observación**

### 1.- Contexto

- Ambiente consulta médica
- Comunidad médica presente
- Creencias involucradas

### 2.-Aplicación técnicas de sanación

- Relación medico/paciente
- Adhesión del paciente al tratamiento
- Desarrollo del tratamiento

### 4.- Enfermedades

- Relación enfermedad/tratamientos
- Visión del paciente de su enfermedad (aceptación/responsabilidad)
- Visión del paciente acerca su tratamiento
- Estado del paciente luego del tratamiento

## Anexo N°2

### CUADRO IDENTIFICACIÓN PERSONAS APLICACIÓN ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

<b>Pueblo</b>	<b>Seudónimo</b>	<b>Sexo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Edad aproximada</b>
Río Grande	H.D.	Mujer	Dueña de casa y agroganadera	45 años
	P.T	Mujer	Comerciante San Pedro de Atacama	40 años
Camar	P.A.	Hombre	Asalariado minero	28 años
	V.R.	Hombre	Jubilado y agroganadero	70 años
	O.B.	Hombre	Asalariado minero y herbolario	47 años
	C.P.	Mujer	Cocinera escuela	35 años
	T.S.	Mujer	Asalariada en Calama	25 años
	G.D.	Mujer	Jubilada y residente en Calama	55 años
Talabre	Z.C.	Hombre	Asalariado minero	40 años
	F.A.	Hombre	Pastor ganadero	25 años
	R.L.	Mujer	Agroganaderas y partera	60 años
	K.B.	Mujer	Dueña de casa y agroganadera	40 años
Socaire	F.P.	Hombre	Técnico agrícola INDAP	17 años
	M.D.	Hombre	Asalariado minero y secretario de la comunidad indígena	58 años
	J.X	Mujer	Dueña de casa	38 años
	S.H	Mujer	Dueña de casa y agroganadera	52 años
	E.L.	Mujer	Dueña de casa y empleada de Soquimich	30 años
	T.R.	Mujer	Yerbatera	27 años
	P.A.	Mujer	Dueña de casa y agroganadera	60 años

**Muestras de Entrevistas en Profundidad y Notas de Campo**

- **Santiago de Río Grande**
- **Camar**
- **Talabre**
- **Socaire**

## **Fragmento de Entrevista en profundidad**

**H.D.**

**Mujer de 45 años aprox.**

**Agroganadera y dueña de casa.**

**Santiago de Río Grande**

**Noviembre del 2002**

**Las preguntas son de... Sobre si usted cuando se enferma qué hace, esa es la pregunta, una de las preguntas**

Por ejemplo de qué me enfermo po

**Claro, qué es lo más común que se enferma**

Del estómago o cuando me duelen los hueso, pero yo casi no me enfermo, yo no paso refriada, yo soy más firme que el Santiago, el Santiago siempre se refría, se refría, ya está con fiebre, ya está con refrió en las narices

**Y cuándo se enferma no van a la posta?**

No, yo me voy acá nomás, me hago remedio así, y así este pongo, como ser cuando tengo la dolor de guata, ya me voy al... Tengo hierbas de yerba buena, me tomo eso, ya no me quiere pasar, con eso cuando me da digestión entonces me tomo la moña moña. Le boto un poco y después ya me tomo eso y me corta, y cuando ya no me quiere naa recibir el estómago de ninguna comida, más nada después de que estoy esa, tomo líquido po, y más del líquido del tarro de conserva del jugo de durazno ese, y eso me da guelta como apetito, corta el...

**Y eso es para comer algo así como....**

Cuando ya no me recibe, cuando estoy malo malo, mal la guata botando botando y después ya no me recibe la comida, ninguna clase de comida, entonces ese jugo nomá empeco a tomar y como que me va guelta después, afirmando el estómago y me va pidiendo comida. Lo único, ese el más grave que he tenía yo del estómago y de la vesícula lo que tomo es el tronquito de la brea y el ajenjo

**Y eso lo prepara...**

Con agua hervida, cuando como mucha fritura ya siento que me da mucha caloría o me quiere doler la vesícula entonces me hago eso mate nomá po, de brea, al arrancar la brea sale el tronquito de la brea, eso me hago yo en un jarro y me hago harto po y sigo tomando, siete, quince días, así

**En la mañana, la tarde...**

En la hora que tengo deseo de tomar agua, y me lo tomo y como que esi me limpia po, y despés aguanto comer toda comida ahí, ya no me cae ningún mal de comida y cuando lo mismo no quiere hacer caso eso entonces me tomo ajenjo, es un monte que es amargo amargo y eso me tomo siete días y ahí me va pasando. Eso lo que son las enfermedad más que tengo, pero hueso no, muy a las quinientas tendré un dolor de hueso

**Y porqué cree usted que uno se enferma?**

Porque uno a vece no se cuida po, es come comida mucha, como bastante y pienso así, igual que el pasao de frío, mucho frío y siente dolor de los hueso po y pienso asíp. Dolor de cabeza yo no sufro, de...duele más el estómago así, por causa de vesícula, eso sí, lo que más he sufrío

**Vesícula... Y acá don Santiago también....**

Él no po, él se refría.... Que pasa un poquito de frío y ya está con dolor de hueso o ya está bien refriao que ya lo moco, que le hace catarro, todo eso, o fiebre, le levanta fiebre a él y esto dos tres días así y yo le hago con limón, pa botarle la fiebre y hay otro que le hican, este... Que se trabaja así... Cómo...y ese pa botarle la fiebre, la aguita de membrillo le hago, para darle, entonces siempre membrillo cuando tengo le hago charqui, y charqueao, y ahí le pongo a hervir un poquito y le hago bien helar, heladito le doy cuando no tengo limón, limón bañarle

**Y con eso él se sana...**

Sipo, otro día mismo estaba así, el profesor me dio supositorio para ponerle y yo con las otras hierbas le ayudé y ya mejoró, pero él más siempre, fuerte tres cuatro días está así

**Fuerte le da...**

Fuerte le da a él, y a mí nopo, un día nomás que esté así y ya al otro día, claro, estoy decaído todo pero ya estoy mejorando ya, no soy tan así, pal refrío yo no paso refriada

**Y en invierno nada?**

Nada, yo paso tranquilo, no me da ni tos ni catarro ni nada, y Santiago se siente mal, pero yo le digo pero igual andamos todo y yo le digo yo no sé por qué tu soy así, él pal aire de repente, por ejemplo, que yo es bien traspirao y que me sente en una sombra bien helaita que esto así, de repente me da un aire, eso es feo también

**Y eso es por el cambio de temperatura? Por qué será que da un aire?**

Que un aire, ese aire te tuerce po, te tuerce, adentro la carne, te rompe, el cuero te dentra too viento, aentro te rompe la carne

**Y que uno, por ejemplo, si le aire en el cuello no puedo moverlo...**

Claro po, no puedes mover o bien que sentís que está cortante este, sentí también tú que está cortante, ese es aire

**Y cómo se pasa ese?**

Ese hay que ponerse custiones así de aire, como ser romero, ruda, o agua florida venden por abajo, en Calama en las yerberías, venden, venden en una botellita le llevan dibujao pajaritos, una agüita y eso frotarse y ya se pasa

**Y ahí se va pasando todo...**

Sí, se va pasando todo, yo he puesto esa ruda con, ¿cómo se llama?... Con romero, seco, le he molío bien molío y ahí me he puesto una pomada de vaselina, le hecho ahí, le hago una pomá y eso me lo froto

**Hasta que se le pase...**

Claro, si me está doliendo hoy día, en esto momento, me está doliendo mucho, me lo hecho, me lo froto así, sigo andando, después como que solo va alargando, solo va alargando

**Como hacerse un masaje así...**

Aah, “esa mente valerosa”, como así bajarme de un vehículo que también que esté mi cuerpo traspirao o... También da aire

**Y en caso de qué, de qué enfermedad usted iría a la posta, por ejemplo?**

De accidente?

**De accidente**

Más que nada, porque, suponiendo que yo me cortarí un brazo o me quebraría un brazo pues..

**holaa... Permisito pasa**

**-ella es mi otra compañera, se la voy a presentar..]**

Eso nomá, si yo no eh... De accidente fui una sola vez por el accidente fui al hospital

**Ya, y quedó conforme como la atendieron ahí?**

No tanto

**Ya**

Por cuando, sí llegué nomá ya me atendieron, después ya aunque yo no podía me mandaban a caminar si yo no podía, y no quedé normal, pa qué decir, mira mi tobillo, ahí tenía el tajo, mira este tobillo está hondo, si ellos supieran...

**La hubiesen dejado bien...**

Claro po, y este brazo, yo también así pa trabajar así, en altura así, este brazo se me cansa

**Ya, ¿le duele?**

Se cansa, ya no, no resiste así más en altura, que caerse así, que este brazo se caía pa trás así, yo cuando le agarraba ahí, le agarraba y ponía ahí, y se caía así, así se me iba mi brazo y después me agarraron y me amarraron el brazo ahí ya, me agarraron, después me dijeron que alce, “alce pa rriba”, “pero si yo no puedo”, si ahí no má he llegado, después de hacerle así y así nomá le hacía, pero era este, ellos no me sobaron y me dijeron que tenía yo ir a hacer terapia, de hacer la terapia, tenía que alargar el brazo y yo no ya después no le dije que me doliera ahí, le dije que me dolía este, así que despacito le movía pa que yo no hallaba la hora como salir, yo decía “yo afuera que me hago masaje y me sano”

**Y porqué no fue altiro donde un yerbatero o algo así?**

Sipo, después de saliendo del hospital, de ahí, sipo, de ahí el yerbatero me puso su hombro así, me puso el brazo, me dobló el bracito, me puso el hombro y me puso pomada, y me frotó, me frotó, y dijo que los nervios los tenía torcido y que este huesito estaba un poco sajado, si eran doctor ellos me hubieran dicho al tiro

**Claro**

[entran unos sobrinos de Santiago: -permiso digan--- -“permiso...” –se van al multigrado. –eso]

Y así con... De qué estábamos conversando...

**De que el yerbatero le había...**

Ah, del yerbatero. Y el me fejó po, y ahí empecé a mover más los dedos, a alargar más el brazo, así este pesao, así, aquí está, yo no te podía pasar así, iba a pasar, así too mi cuerpo y después ya alzaba así cosita pesao entre dos mano así pa rriba, así libre, así pa rriba, con su caballero me apuntó aquí y después me dijo “ya, doble el brazo dijo”, ah qué livianito, solo se fue, hubiera sido allá en la ciudad, mucha gente, mucha gente, porque si supieran ello como eh, digo yo ya me digieran “mira esto está safao un poco”, él me hubiera retorció, tiene que hacer sio un médico, un recomponedor de hueso, eso le falta allá en el hospital

**No le explican bien lo que tiene**

No, usté está sana, usté tiene que hacer terapia, usté tiene que ser bien coraje, ya mover la, entonces no po, si no está normal nunca va mover, nunca, así me hicieron mi pié, si yo mira mi nudo está safao

**Y qué le pasó en el pie?**

Estee, el accidente que tuvimos, quedé en la camioneta atrapaó ahí, y el pie no sé cómo, yo sentí como que alguien me pegó, yo tengo mi canilla ahí mira hondo ve, ahí está el tajo ahí, entonces esto no me pudieron mezclar el yerbatero por el hecho de que tenía la herida y estaba hinchao y yo no sabía si era la herida que se hinchaba o era del hueso po y tampoco me podían pegar, porque estaba abierto la carne, después me hice sobar un poco un huesito acá arriba también en el empeine, también estaba safao, ese me centraron y ahí empecé a caminar mejor.....

## **Entrevista en Profundidad**

**P.T**

**Mujer de 50 años aprox.**

**Comerciante en San Pedro de Atacama**

**Río Grande.**

**Diciembre del 2002**

### **Cuénteme de que fue lo último que se enfermó**

Andaba con dolor de estómago, me vine de Calama así....

#### **Y que hizo?**

Bueno yo no tome nada me vine así acá a Río Grande, ese día cuando subimos al cementerio, como ahí empiezan a servir así bebida, aloja, todo, había aloja entonces yo dije voy a tomar aloja para que me pase el dolor de estómago, tome, me lo tome al seco y ya y ahora voy a tener que ir al baño...y nada me lo tome y como que eso como que me afirmo y se me quito el dolor....que increíble....

#### **La aloja?**

La aloja, eso sentí que me hizo bien, así que no tome mas nada y después tome bebida y otras veces no, tomaba bebida tomaba cualquier cosa y ....y ahí no se que será pero ahí me arregló el estómago...

#### **Pero ud sabia que el aloja servia para el dolor de guata?**

La aloja es especial para limpiar el estómago cuando uno tiene diarrea y cosas así para limpiar el estómago, pero yo lo tome me dije, no sé voy a probar eso porque a lo mejor me hace bien y me hizo bien.....

#### **Y por qué le dolía la guata?**

No sé un día que en la mañana íbamos a ir a Calama amanecí así, apenas a guante llegar a Calama, derecho al.... No se por qué, e Calama igual llegue a San Pedro al otro día nos veníamos para acá a Río Grande igual mitad como te digo

#### **Y como qué otras enfermedades hay acá así, que otras enfermedades ha tenido?**

Yo mas que nada sufro con dolor de estómago, siempre con dolores de estómago, después de eso, claro, como costumbre que le duelen los huesos, te duelen los huesos de las piernas de los brazos y eso mas que nada acá....

#### **Y por qué costumbre?**

No sé, lo mas típico de las enfermedades es eso de los huesos, la cabeza,

#### **Y que hace para eso?**

Bueno nosotros compramos que venden en Calama unos, como le dijera como unas cremas en frasquitos así, y dice que son para el reumatismo, para la artritis para, para el dolor de pecho entonces nosotros nos compramos eso y lo ponemos en las noches y con eso se nos pasa...

#### **Y toma nada así?**

No es que tanta pastillas no, es que yo soy muy alérgica a las pastillas no me gusta tomar mucha pastilla, no me gusta, pero los remedios caseros si, los de hierbas esos...

#### **Como qué cosa?**

Por ejemplo para el dolor de estómago hay la chachacoma, la copa, el ajeno, son para el estómago, no ve que acá como es pura hierba no mas, la menta, la menta picante...

#### **Y esas están por acá?**

Si, como yo le decía ese día ahí cuando tenia, tengo hartas hierbas medicinales ahí y les tengo fe...

#### **Y porque ud cree que uno se enferma?**

Bueno a veces por el tiempo por los huesoso yo creo que por mal cuidado por el frío que vienen las temperaturas, por el frío también o a veces come demasiado, o come sucio, entonces el alimento, yo creo que es eso.....

#### **Cuando va por ejemplo a la posta?**

Bueno yo a la posta, hace años que no voy a la posta, porque no me gusta la posta, no me gusta ir a hospitales, yo le digo a mi niña muerta me llevan al hospital, cuando me siento mal no me lleven al hospital le tengo miedo, lo único que voy , cuando voy a hacerme sacar las muelas no mas...

#### **Y por que le tiene susto al hospital?**

Por que se ve en la tele y yo he visto que , no sé hay algunos como que son tan bruscos para atender a los enfermos, porque mi hijo yo tengo el mas grandecito fue operado en el hospital, de, era labio leporino yo lloraba afuera todo el día, todo el día en el hospital, yo lloraba...

**Pero lo veía sufriendo?**

Claro porque, no porque en la mañana llevaron temprano a las siete y tenis que estar hasta que sale, y después lo fuimos a ver como a las once, o sea como a las dos de la tarde, recién, me dijo el mediso, bajen abajo a ver los niños que esta medio inquieto, lo estaban operando cuando llegue yo y lloraba y no podía tocarlo nada, lloraba no mas y después en la tarde le llamo a la mama para que le diera pecho, en la tarde todo un día sin comer, pobrecito, entonces no sé como que le tengo terror al hospital...

**Aquí todo el mundo le tiene susto al hospital....**

Si, igual cuando van a tener las guaguas si son tan brutos, prefiero tenerla acá, yo tuve mis cuatro niños en la casa...

**Si? Pero con patera o sola?**

No, normal, o sea los dos primero me atendió mi mama, y los dos segundos lo atendió mi marido no al hospital yo me muero...

**Y ellos como aprendieron a recibir una guagua...?**

No porque mi mama ellos sabían entonces ya me atendieron los primeros y los otros dos estaba con mi marido no mas así que yo ya tenia idea...

**Ni un problema? No se le complico....**

Para nada si a mi tuvieron que llevarla, tuvieron que hacerle puntos nosotros con puras yerbas n mas....

**Como que yerbas son para el parto?**

Para el parto por ejemplo una sopa de zapallo, y la otra que es la manzanilla, la ruda, el perejil, todas esas sirven...

**Entrevista en profundidad**

**R.L.**

**Mujer de 60 años aprox.**

**Agroganadera y partera**

**Talabre**

**Noviembre del 2002**

**(...) Y ud cree que hay alguna enfermedad que uno no pueda ir a curar con uno ir a la posta?**

Si, cuando son enfermedades que no son para la posta, como ser de la enfermedad el lastimado que las cura mi papa siempre, lastimado asustado, eso no curan en la posta, asustado o el resentimiento, son agarrados de alma de tierra, todas esas cosas, entonces eso no, no lo curan en el hospital

**Y eso llega al hospital enfermo y ahí no de dan de eso?**

No, no sedan cuenta, dicen que no tiene nada o lo pueden operar de otra cosa ahí, pero no le hacen nada, muchas personas que murieron así

**Que murieron en el hospital porque no supieron**

No supieron, no saben por lo menos que es el lastimado

**Claro, y el lastimado qué es**

Es de la viente dicen que es dicen que es de la guaguita dice que se va al lado, y ya se siente mal uno

**Y eso le da a las puras mujeres?**

Si y a los hombres igual y eso lo cura un yerbatero no no un hospital

**Y eso uno se empieza a sentir mal de un día para otro?**

Si po se siente mal, dolores acá y allá así

**Ya**

Mi papa curo a una persona el otro día acá de Toconao que se vino a curar

**Tenia estaba lastimada...**

Estaba lastimada, estaba resentida, no se

**Y que sentía? Por ejemplo como que sentiría como para darse cuenta que estoy resentida?**

Cuando estas resentido tenis rabia, y tu tenis rabia todo rabia que tu mama fue a ir a hablar y tu le tenis como un odio así y eso es resentido

**Y eso se debe que alguien le hizo una mal a uno que uno anda así con las personas**

Es decir, como decir tu mama te reprocha, tiene una pelea con ella te senti entonces o sea que tu mama tiene que pedirte perdón a ti y te sanas

**Y eso uno se lo ve el hierbatero le dice, esto tiene que hacer, y ud ha ido alguna vez a un hierbatero**

No, nunca he tenido la oportunidad, hierbatero, no hay acá por que mi papa no puede curarme a mi porque soy su hija, tiene que ser otra persona, quizás el me dice algo pero no voy a sanar por que es de mi familia, tiene que ser una persona que no sea, que no sea familiar.

**A nosotros nos hablaban de una señora que se llama Maria Francisca, que es de Calama. O sea que ella es de ...**

Es de Socaire...

**Es de Socaire, nos hablaban harto de allá y decían que era súper buena**

Quizás a veces esta en Clama, a veces en Toconao a veces va por ahí en varias partes, dicen que por la Argentina uno la puede pillar

**Eso nos cantaban a nosotros, nos dieron incluso la dirección de ella**

En Calama...

**Si y tiene teléfono también**

Acá ha venido a curar también la señora

**Que también, en Rio Grande, no también en Socaire hay otra señora que también era yerbatera, había curado a hace poco una niñita que le había dado un susto con el agua**

Si, si todo asusta un niñito se puede asustar con cualquier cosa, tu misma te puedes asustar con un perro te puede ladrar así...

**Fragmento Entrevista en profundidad**

**F.A.**

**Hombre de 25 años aprox.**

**Pastor ganadero**

**Talabre**

**Diciembre del 2002**

(... ) No, o sea mi papa una vez si, se enfermo, pero es que a el le hicieron un mal, a el le hicieron un mal muy grande

**Como es eso?**

Un mal, le robaron una camisa de noche y la enterraron, le hicieron un mal bien grande, entonces ahí mi papa recién conoció a un yerbatero que era un yerbatero, por mi abuelo...

**Y como se hace el mal?**

O sea el mal se conoce por principio de la misma persona...

**Ya como es eso?**

O sea que la persona te puede hacer cualquier maldición, te puede, si a ti te esconde un blusa te puede hacer cualquier cosa con tu ropa

**Y que siente uno cuando le hacen un mal??**

Se siente puro cansancio no mas en el cuerpo, uno siente puro cansancio es decir te sientes por ser, si tu quieres buscar una persona y tu estai enamorado de una persona no te, tu corazón no te funciona por esa cosa...

**A ver como? O sea el mal tiene que ver con el amor???**

Claro depende la persona quien te lo haga, porque hay personas que hacen mal por el amor, por situaciones de, por el trabajo que tu tengas, entonces, hay distintos males que te pueden hacer a ti

**O sea es cuando alguien como no te tiene buena te hace un mal**

Claro, como ser yo casi no yo no conozco los...

**O sea todo el mundo que quiere??**

Claro o sea en mi familia son pocos los que tienen esos problemas, yo ese problema yo no conozco

**Y a tu papa quien le había hecho el mal**

A mi papa le hicieron, no se quien hizo el mal pero, le hizo un mal muy grande, no sabia quien era esa persona, le dijeron que tenia un mal muy grande pero no ...

**Se curo?**

Si

**Como?**

O sea se curo donde yerbatero, bueno los yerbatero le hicieron como un atajo como dicen para que le abandonara, entonces le hicieron un atajo y hasta el momento es la bien y como ser y el mal que a ti te pueden atajar una situación que te bajan a ti y si tu teni animales, estai criando a un perro o un conejo le llega el mal a los conejos..

**Que le pasa?**

Se empiezan a morir

**Y como se hace el atajo?**

No se como lo sepan hacer ahí no lo puedo explicar porque no, hay hartas formas de hacerlo, porque hay varias formas como lo pueden hacer hay distintas y...

**Y le podi decir una?**

O sea mira lo principal si tu cuando siempre algún día a ti te puede tocar, si tu queri a una persona, o sea tu queri a una persona y hay otra persona entremedio y esa persona en la noche podis dejar tendida una calceta o cualquier cosa en el colgadero te puede, o sea te puede como robar las cosas, como robar esa prenda que tu tienes...

**O sea no hay que dejar ropa colga**

Claro tu dejai una ropa tendida llega una persona y te la roba por tenerte a ti para que andi con esa persona y esa persona quiere estar con ella entonces te la roban y ahí te hacen un mal, pero hay distintas formas o sea por el amor como digamos, por cualquier cosa, son cosas diferentes que hay como diez formas de maldecir a una persona..

**Por fotos puede ser??**

Claro por fotos, por distintas formas, te pueden hacer por tu botar un pelo acá te pueden hacer una maldición a una persona que se enamora de ti te puede robar un pelo, te puede hacer una maldición...

**Pero si esa persona se enamora de ti y tu te enamoras de ella, donde esta la maldición?**

No pero es que ahí no existe maldición porque tu te has estado enamorando de la persona que realmente, tu estás jugando bien porque la persona que te juega mal es la persona que tu realmente estás jugando con sus sentimientos y la persona se está dando cuenta.....

## **Fragmento Entrevista en Profundidad**

### **Matrimonio**

**K.B. mujer de 40 aprox., dueña de casa y agrogranadera**

**Z.C. hombre de 40 años aprox., asalariado agrícola**

**Talabre**

**Diciembre del 2002**

**(...) Y que significa un cambio de salud? Como un cambio de salud?**

Cambio de salud, que le cambio a salud, que el tenga mas salud, sano pero hasta hoy día no se ha enfermado nunca, ahora el dijo “ si el sana y el vive, todos tus hijos van a vivir” y como Aníbal se murió...

**Como se le murió**

También enfermito, fue al hospital y ahí ya no volvió

**Y hace cuanto tiempo fue esto?**

Que murió mi hijo, no me acuerdo ya cuanto años ya, como veinte anos ya si el tuviera veintidós..

**Y lo de su hijo mayos ahora lo del cambio de salud**

El tendría como cuatro años yo creo..

**Y ahora el tiene?**

Diecisiete, si era chico también el...

**Y porqué ud cree que se enfermo su hijo?**

Porque necesitaba eso

**Como necesitaba eso**

Necesitaba que hagan el pago el cambio de salud....

**Pero como qué sentía s hijo?**

Sentía diarrea, vomito y se volvía como a veces pálido, se volvía flaquito, como que eso me lo iba a llevar...

**Y como que hacia ud así en la casa?**

No hallaba que hacer por eso decidí ir a ver allá a Don Favio y ahí me dijo que yo hiciera eso lo mas pronto posible que se iba a mejorar para toda la vida.

**Y fue a la posta con su hijo alguna vez?**

Si lo llevaba a la posta pero no pasaban si mi hijo mayor allá murió..

**En la posta**

Si

**Como fue eso?**

En el hospital por que le llevaron a mi guaguaita pedía agua, pedía agua y la auxiliar que iba con migo no me dejo darle , luego a san Pedro en agoniza y ahí la otra auxiliar le dijo que camino a San Pedro había pedido aguaita ---- según ella tenia fiebre aguda.

**Y por que cree ud que a su hijo le paso eso?**

Yo pienso que es por el agua que no le dieron, estaba deshidrata....

**Pero antes de darle el agua, antes no darle el agua, o sea por que ud cree que se enfermo y le dio fiebre aguda?**

Yo creo que es por que no le hice ver con medico acá no mas o sea con hierbatero, nada mas, si yo lo hubiese ver con hierbatero quizás mi hijo hubiera estado aquí

**A o sea nunca paso por acá con Don Favio...**

No yo ahí vivía en Camar, entonces allá no mas no lo llevé, después no vinimos a vivir acá.

**Y que ud cree que seria la enfermedad, como se podría decir que es estar enfermo? Que se siente cuando esta enfermo**

Se siente uno decaído, se siente como en las tarde ahora a mi en las tardes me da decaimiento y no me dan ganas de hacer nada, es lo único que me pide el cuerpo es acostarme.

**Y que hace para eso**

Acostarse

**Y al otro día amanece bien**

A veces ahora amanezco, bien en la mañana y en la tarde me descompongo.

**Y por que uno se enferma de repente**

--- es firme

**Como**

De firme uno, muy dura

**Eso es por que uno no se enferma, o se enferma?**

Claro no se enferma--- hace como un año y tanto mas o menos

**Pero ud generalmente tiene una salud fuerte, firme o media débil**

Yo creo que firme porque fuera a ser débil no estuviera bien

**Como que enfermedades ha tenido?**

Que tenia enfermedad de la matriz, tenia enfermedad, de, de la matriz mas que nada...

**Como es eso de la matriz?**

Que se me salía del lugar donde estaba.

**Y por que se le salió?**

Es que nosotros trabajamos muy fuerte, muy duro, nosotros tenemos que ir a trabajar, tenemos que hacer fuerza igual, tengo que sacar piedras, igual la sacamos entonces eso

**Y que hizo con la enfermedad de la matriz?**

Eso don Favio, el me arreglo

**Y como se la arreglo**

El te hace acostar y te arregla los pies y la cabeza---

**Y acá?**

En Toconao. A mi me llevaron a Toconao porque mi esposo estaba trabajando y me vino a buscar..

**Y que sentía cuando tenía...**

Sentía que la orina, a cada rato quería orinar, a cada rato quería orinar y cuando estaba en el baño no podía hacer, así era, parecía que iba a botar algo, pero no botaba nada, entonces era como, tenia libre alguna cosa.

**Y como para que cosas Ud. Iría a la posta**

Para el resfrío...

**Para la matriz no iría a la posta?**

No es que la matriz no , en vez de arreglarte te joden mas

**Como es eso?**

Te arreglan mal, te echan a perder mas la salud, porque tenia una niña de acá que fue al doctor tuvo la guaguita y la operaron, no sé que cosa, después le entró un cáncer a la matriz y murió, a ella se le empezó a echar a perder desde el útero para adentro y murió.

## NOTAS DE CAMPO YATIRI DE TALABRE

- Siempre ha vivido del pastoreo.
- Su madre lo trajo al mundo en la estancia de Tunipa, ayudada por su madre (es decir la abuela de Don XX), la madre de don XX era de Ecar y luego se fue a vivir a Talabre. La madre hilaba y el padre tejía. Don XX también aprendió a tejer y les hacía los pantalones a los hermanos. El padre era pastor y cuando muere reparte los animales entre los hermanos.
- Llego hasta 1° básico y aprendió a leer cuando se robo un libro y con los diarios, aprendió a escribir más o menos.
- A los 13 años venia de una estancia a traer unas llamas al pueblo, las nubes venían y las llamas arrancaron y le lleo el *"palazo"*. Despertó de un sueño y el rayo lo había arrastrado, se levanto con sangre negra en las narices y con olor a quemado. *"Cuando te toca el rato nadie tienen que verte porque o sino uno se va"* es decir se muere. Estuvo inconsciente unos 4 minutos, despertó boca abajo con sangre negra, sangre cocida. *"por algo se ha alumbrado"*. Cuando llega a la estancia se sentó al lado del fuego y come algo, luego le cuenta a su mama lo que había pasado *"allá arriba me volteó la centella"*, la mama lo reta por que inmediatamente después eso debería haber estado en la oscuridad 8 días y comer sin sal, dice que si lo hubiera hecho habría sido un yerbatero mas *"fino"* En su familia varias personas habían sido tocadas por el rayo. A su madre, cuando era joven y estaba por casarse, también la volteó el rayo pero no la dejo inconsciente. María traslación tenia una hermana, Paula que se murió por el rayo porque había una llama que la miro y por eso Paula muere. Don XX cuenta que se sintió igual después del rayo y se dijo *"puede ser verdad que sea alumbrado"* (...)

**Fragmento Entrevista en profundidad**

**V. R.**

**Camar**

**Hombre de 65 años aprox.**

**Jubilado y agroganadero**

**Noviembre del 2002**

**(...) En la farmacia...**

Claro si, ahí lo venden el parche...

**Y como qué yerbitas tomo?**

Aquí le llamamos las yerbas de manzanilla, después esas cosas de la copa copa, ese, todas esas para hacer yerbas del campo no mas y con ese me compuse.

**Y cuando se fue al hospital ud cree que lo dejaron bien?**

Si quede bien, quedé bien, quede bien si, sin ningún dolor, nada, eso si que quede un poco corto de la vista, será el golpe en la cabeza, bien corto de vista, no veo bien, eso no mas o será la edad, ya tengo setenta y siete años, así que a lo mejor la edad también ya...

**Y por qué cuando se cayo del burro no fue al hospital?**

No aquí no mas me hice el tratamiento..

**Por qué no?**

Porque no era tan grave, no era muy grave, mas grave ya era cuando me pego la calamina ahí en la cabeza hay si era mas grave...

**Porque por qué encontró que era mas grave?**

Perdí el conocimiento, no me di cuenta menos mal que tenia un hijo que estaba con el vehículo--- que trabaja en Toconao...

**Y le rompió la cabeza?**

Claro, si po me partió y puta bote cualquier cantidad de sangre y me llevo a Toconao y en Toconao me pusieron los puntos, de ahí me llevaron a San Pedro, de San Pedro querían devolverme otra ves pero no estaba en condiciones buenas, así que me llevaron no mas a Calama, y en Calama me tuvieron dos días y de ahí me pasaron a Antofagasta, en Antofagasta casi seis días más o menos, de ahí me trasladaron después a Calama, de Calama tuve que ir como tres veces al control a Antofagasta, fui a Antofagata, y de ahí ya me dieron la alta así estaba en Calama, tengo una hija en Calama así que en la casa de ella estaba, y después se me compuso bien y me vine como aquí tenemos que mucho también y somos solos, yo tengo familia pero todos están afuera, estos nietitos no mas que están con nosotros, de ahí todos están afuera, yo por lo menos yo no y de acá, soy de Talabre, allá tengo mucha familia, en Talabre, la familia de los flores son todos mis hijos Yo de Talabre y después me vine para acá, así po, así que aquí no tengo mucha familia por parte de la señora y así....

## **Fragmento Entrevista en Profundidad**

### **Madre e hija**

**MADRE: G.D.55 años aprox**

**HIJA: T.S. 25 años aprox.**

**Mujeres habitantes de Camar migrantes a la ciudad de Calama**

**Camar**

**Diciembre del 2002**

(...) MADRE: Le hizo un sahumero, le hizo todo, le sacó el mal...

HIJA: a través de una palomita lo hizo y nosotros lo ayudamos, fui yo, mi hermana la Helma y un caballero que tenga coraje me entiende o sea capaz porque el es súper fuerte porque a nosotros nos dio miedo, incluso me dio ganas de llorar, porque era una cosa tan este que te entra a ti en fondo de uno, por el cuerpo así, y ella decía que no nos asustáramos que lo único que pidiéramos a dios y rezáramos, nada mas y nosotros eso era lo que hacíamos, cortar con tijeras, cortar cortar, y nosotros estuvimos ahí, salio en forma de palomita en un papel armado, era palomita y salio caminando hasta la puerta, ahí se chanto....

### **La figurita?**

HIJA: La figurita se chanto ahí, estaba ahí y se chanto y se chanto, estaba, estaba y mi tía Maria, es mi tía, rezaba y rezaba y rezaba y yo decía porque no sale más afuera porque justo quedo en la parte de ahí del este y después salio, un poquito salto y salto así para abajo, dijo, no va a salir mas dijo, capaz que se vuelva porque donde se vuelva dice que es peligroso, se va y vuelve de nuevo...

NECUL: chupalla....

### **Y de donde había salido esa palomita?**

HIJA: De adentro de la casa de mi mama.

MADRE: Porque ella le puso un papel así como una palomita dibujada

HIJA: Y ahí intermedio de Santiago palomita tenia que salir el mal..

MADRE: y salio de adentro del rincón caminando dicen..

HIJA: si po venia como volando así, chocaba en las osas yo sentía y me dio un miedo, pero un miedo horrible

### **Sentía como algo dentro de la casa...**

HIJA: Claro, sentía y tío decía que no tengamos miedo, lo único que teníamos que hacer era rezar, y ser fuertes poner a nuestro señor de intermedio, eso era y después yo rezaba y rezaba y todos esos miedos y todo que tenia y después se me paso porque entre el rezo y toso y se me paso, después ya no tenia miedo ya fue mi tía Maria le tamo, fue y calzó el cuchillo justo ahí adonde estaba y tenia fuerza porque ella tiritaba su mano tiritaba, tiritaba y yo decía, hay Dios ojala que no se le escapara y ella...

### **Y ud estaba viendo ahí todo**

HIJA: Claro nosotros con las tijeras así y ella con el cuchillo clavo y con otro cuchillo empezaba a cortar el este así, cortar, cortar, cortar, así pero con una fuerza terrible, corto y le hecho en un tarro de leche nido así ese papel y así una fuerza, una fuerza...

### **Pesaba....**

HIJA: claro no pesaba lo que era que hacia mas fuerza para destaparse el tarro y teníamos que echar en un río que se lo llevara el agua...

### **No quemaron nada de eso...**

HIJA: No le tenia que echar en un río que se lo llevara la corriente, que se fuera con la corriente.

HIJA: acá en la casa de su mama abajo, si pu a mi mama lo dejamos acá nosotros, ella no podía estar en la casa.

### **ud no podía estar porque se sentía mas mal?**

MADRE: Si yo estuve mal estuve enferma por eso tuve que venir con la medica entonces un día tuve que venir con a medica que había venido de Calama y aya estaba mas mejor y ellos me dejaron acá y se fueron para abajo a la casa a sacar el mal de ahí a mi mìn no me llevo...

### **Y ud sentía después alivio cada vez que...**

MADRE: si después sentí alivio, me tranquilice....

HIJA: o sea pongamos que a mi me habían hecho acá o no sé quizás a donde, si es a la distancia ella lo va a hacer lo mas cerca posible..

MADRE: y ya de sea vez nunca mas he tenido problemas, no sé, ahora yo creo mi casa a lo mejor le hagan un mal ahora va a tener que talvez

**Y porque es lo mas común que uno le pueden hacer un mal?**

MADRE: porque a veces a uno le tienen rabia, no sé o por envidia, por egoísmo (cambio lado cassette)

HIJA: porque si a uno no lo quieren el mejor es dejarlo, para qué y dejar en libertad, en paz, pero no hacerse maldad así, porque yo nunca... para qué yo digo así siempre, por eso yo digo, pero hay un Dios que esta viendo, si tarde o temprano lo pagan igual esas cosas,

**y eso le puede dar a los puros adultos o a los niños también**

HIJA: el mal

**Si el mal, a los niños también le puede dar o no?**

HIJA: quizás de repente cuando a veces el mal a la mamá, no sé, de repente el papá y si el papá es un poco mas firme, cae el niño, puede caer el niño.

**Y ese día también quemaron alguna planta....para el sahumerio...**

HIJA: no, sahumaron la casa no mas, con sahumerios especiales que venden, si al rededor de la casa, pero no quemaron ninguna cosa, lo uní fue eso y que echamos al agua, se fue con el agua, como le digo, bueno una cosa tan así, como si fuera tan fuerte así, que quería destapar el tarro con toda la fuerza que tenia.

**Y cómo, se sentía.....**

HIJA: se sentía el ruido del tarro porque se sentía nosotros decíamos pero como y ella tiritaba sus manos, lo único que decía que nosotros rezáramos, nada mas hasta llevar al río, llegamos allá y ella soltó abrió el tarro y soltó al río costo el golpe que se iba ahí.....

HIJA: pero se sentía la fuerza que ella hacia..... la gente es mala.

**Y un mal pago a la tierra también enferma o no?**

HIJA: no los puyos, años existían muchas creencias, nuestros abuelos, pero como decir, nuestros abuelos, muchos, mi abuelitos que ya están muertos, todos están muertos ya, había, tenían ganado, pero hartos en cantidad, ellos tenían corrales por arriba y acá mismo acá, entonces dice que sacaban los corazones de los animales cuando estaba latiendo si y los enterraban, esa era como una costumbre...

MADRE: En el corral...

## **Fragmento Entrevista en profundidad**

**C. P.**

**Mujer de 35 años aprox.**

**Cocinera de la Escuela**

**Camar**

**Diciembre del 2002**

(...) Claro, entonces lo fueron a buscar para que me vea qué lo que tenía, vino, me examinó y me dijo que era una bronconeumonía muy avanzada, ¿ya? Entonces como yo ya había caído más ante con eso también, cuando era más niña, y me volvió esa vez, y me puso inyecciones y me dejó tabletas, no me acuerdo si que como se llamaban las tabletas y me dejó y me dijo que tenía que tomar un jarro de leche, nosotros le llamamos jarro, jarro que sea...

**Sí**

Jarro de leche tarde y mañana de cabra, porque no tenía de la otra leche pero él me dijo, me recomendó que esa leche era buena, y la tomaba po, tarde y mañana y me venía a poner inyecciones, por se hoy día me puso una y así como pasao mañana volvía a ponerme otra, sipo, dejaba un día y volvía a poner inyecciones y con eso me sané, claro estuve convaleciendo más de mes, que estaba flaca, flaca, flaca y no comía nada, pero ya cuando empecé a recuperarme recién empecé a comer

**Y se empezó a recuperar después s que le empezaron a poner las inyecciones**

Claro, las inyecciones porque antes no había, o sea yo tomé tanto remedio que eran caseros si, hay remedios caseros que son muy buenos para un mal aire, pa un... Pa cosas así, pero no para una bronconeumonía, no una bronconeumonía, nosotros andábamos bebiendo leche con ajo, y de ahí me empecé a recuperar, como le digo, pero me demoré harto si para...

**Para recuperarse...**

Claro, me demoré bastante

**Y después s de cómo cuánto tiempo decidieron ir a buscar al médico?**

No le digo que más de un mes

**Después s del mes de haber estado tomando remedio casero**

Claro que sí, después s yo estaba mucho tiempo, por eso estaba tan flaca, ya mi suegra, mi suegro no sabían qué hacerme porque ya nada me servía, todo, o sea no comía y estaba postrá en cama, no comía po, entonces después me... Fueron a buscar al médico, de un mes reci, y recién me empecé a recuperar

**Y estaba embarazá en ese tiempo?**

No, tenía mi hijo de un añito, el mayor, él tiene 19 años ahora ya po, es decir que 18 años atrás que yo me enfermé y ahí fue, yo creo que me recuperé bien porque yo cuando era niña, cuando tenía más o menos como nueve años, me enfermé, me enfermé con bronconeumonía y me fui a, me llevaron a Calama, en esos tiempos no había médico, no había nada por estos lados y me llevaron a Calama y, y allá estuve igual que acá, casi un mes también enferma de lo mismo, y que tampoco no pasaba na, tampoco me podía recuperar y vino la ronda y me vieron, era una bronconeumonía avanzada, y me llevaron a Calama, y allá estaba en el hospital, estuve un mes y 10 días, un mes completo estuve con inyecciones y los 10 días ya estaba de alta, o sea completé un mes y me dieron de alta y mi papá eran pobre y nadie me fue a buscar, estuve 10 días más allá, y me fueron... Fue mi profesor, se llamaba, ay no me acuerdo cómo se llamaba, eh... Espantaro era el apellido, él me fue a... A verme y como estaba de alta me trajo, con él nos vinimos pero como estaba muy chica, pero llegamo, y no sé po, yo creo que no me recuperé bien, porque imagínese cuando ya tuve a los 16, 17 años volví a caer, volví a caer y grave po, y entonces no sé po, qué habrá pasado, por qué no me recuperé bien, pero cuando volví a caer esa vez, de ahí que me recuperé y no me he enfermao más con eso

## **Fragmento Entrevista en Profundidad**

**O. B.**

**Hombre 47 años aprox.**

**Asalariado minero y yerbatero.**

**Camar**

**Diciembre del 2002**

### **Quisiera partir contándonos hace cuánto tiempo que usted es yerbatero o cuándo se dio cuenta que era yerbatero?**

Sea yo, no nació de mí mismo, o sea yo, o sea trabajé con yerbatero de otro lado, entonces de ahí yo fui aprendiendo algo de la medicina, o sea pa qué le voy a decir que yo sé, de que conozco bien, algo sé, algo, entonces desde mí mismo nació la idea de que, o sea de que tengo que hacer lo mismo, y lo fui haciendo, y así puedo curar de repente a algunas, algunas enfermedades pero no a grandes rasgos como se dice, solamente algo, entiendo, y por eso yo también conversaba con, con yerko, ¿con yerko se llama?, de repente también podrían existir también algunos cursos o trabajar con otra gente de otros lados que sabe más para poderme complementar más en el conocimiento porque no es mucho lo que conozco yo, entonces la gente sabe acá que algunas cosas sé curar, pero algunas no, y cuando puedo curarme, digo que sí puedo curarme y cuando no, no puedo po, y siempre de hecho dicen ahhh.

### **Y por dónde estuvo aprendiendo con más yerbateros?**

Por acá mismo

### **En la zona o en la comunidad?**

En la zona, en la zona y también en la comunidad, con viejos que de repente sabían más que yo

### **Y usted cree que para ser yerbatero hay que tener algo así como un don o algo así?**

Algo, porque de repente trabajando con la misma gente se va aprendiendo, aprendiendo mucho de los conocimientos de lo que tiene el resto y de repente yo creo que uno ya nace para ser así, según lo que dicen, lo que comenta la gente, de que me dice que uno nace porque de repente no todos tienen la misma idea o los mismos pensamientos o lo llama la atención para poder aprender alguna cosa, no, cuando la persona quiere hacer algo y dice yo voy a hacer esto y es así, así que yo creo que algo nace de uno mismo con esa idea

### **Y cómo se da cuenta uno que nace para eso... Cómo uno podría darse cuenta... A usted le ocurrió algo que pudiera decir que con eso se dio cuenta?**

Ehhh, bueno, no le puedo decir que jue que yo me di cuenta porque, ehhh, me hallan dicho yo halla nacido para esto, y de repente no me di cuenta nada, no, no puedo, porque no me pasó na un caso así, como yo le digo yo lo fui aprendiendo a través de otra persona, así como no puedo decirle que yo halla nacido para ser médico

### **Pero el interés...**

El interés mismo es lo que lo lleva a uno, pero cómo dicen otras personas que no, que uno nace con ese don y al final eh así po, uno se da cuenta a través de cualquier caso que puede haber sido, a través de sueño de repente y la persona no se da cuenta y al final él nació para eso, pero a mí no me pasó eso

### **Y usted ha tenido el interés de aprender y ha ido aprendiendo**

Sí, el interés de aprender, o sea de querer aprender fui aprendiendo, como digo con alguna gente que sabia

### **La otra cosa es porqué usted dice que le falta aprender**

Porque me falta conocimiento, por eso le digo que a grandes cosas de repente entiendo y otras no, entonces me falta más conocimiento para poder aprender que realmente yo quisiera aprender, quisiera saber todo lo que es la medicina para poder después prestarle un servicio mejor a la gente, cosas así. Porque de repente como digo, acá la gente te ven, cualquier persona enferma, si puedo curar lo curo, si no, digo que no, que no, no puedo, el conocimiento me falta más (...)

**Fragmento Entrevista en profundidad**

**P.A.**

**Camar**

**Hombre 30 años aprox.**

**Asalariado minero**

**Noviembre del 2002**

(...) La otra que no me acuerdo, pero después me fui de la casa, fue como en meses y empecé a superar mi drama, y se acabaron las cosas, no para volver. Ya no esto... yo me hice colocar unos pelet que esa era la ventaja para que yo me pudiera recuperar bien, después me tuve que sacar esas cosa y me hago curaciones todos los días, ahora yo tengo que viajar a Santiago para poder sanarme

**Y esos pelet son una especie de pastilla que...**

Una pastilla que se pone en el cuerpo, pero me saqué eso

**Eso era para dejar de tomar**

Claro, porque yo antes tomaba mucho, ahora igual me he mandado condoros y ahora sé que no puedo tomar mucho

**Y la mamá de él?**

Ha estado en Calama, pero al menos yo siempre voy sí

**O sea que estuviste... Qué es lo que provocó la separación?**

El alcohol

**El alcohol**

Por la falta de trabajo

**y esas pastillas quién te las recomendó, cómo dejaste el tratamiento?**

La psicóloga, la psiquiatra, empecé un tratamiento pero sin eso, o sea tomado pastillas pero llegó un momento que me aburrí tanto tomar

**Y quién te las puso?**

En Calama

**En el hospital?**

En el hospital

**Y la psicóloga, la psiquiatra a dónde fuiste, cómo llegaste a ella?**

Por intermedio de salud

**Y la psicóloga era de...**

De San Pedro de Atacama

**Y la psiquiatra era de San Pedro también**

No, la psiquiatra no, a Calama pero sin resultados

**O sea, tú no quedaste conforme con el tratamiento?**

No, no quedé conforme, me lo voy a volver a hacer

**Te lo vas a volver a hacer, te vas a volver a operar?**

Es que quiero dejar de tomar, pero es fuerza de voluntad nomás

**Pero como cuándo te dan ganas de tomar?**

Cuando estoy feliz

**Cuando estai feliz te dan ganas de tomar?!**

Si po, no sé po, cuando estoy bien

**Pero te poní a tomar y la pasai bien?**

No, empezamo a echar la talla y pasándolo bien....

**Pero qué viene primero, lo pasai bien y después tomai o tomai y después la pasai bien?**

Las dos cosa...

## NOTAS DE CAMPO CAMAR

13 Noviembre del 2002  
(camir en kunza: luna, la muerte de la luna)

SX

Él se autodenomina “yatiri”, que para él es lo mismo que yerbatero. Al parecer no puede dedicarse mucho a la medicina porque trabaja en SOQUIMICH

Dice que el don es algo con que se nace y no se refiere a una situación especial que le haya pasado y que le haya hecho darse cuenta, salvo que el intuía –por ejemplo- cuando iba a ganar el equipo de fútbol tal o cual. Tiene desconfianza de nosotras y no le queda claro cuál es la razón de nuestra presencia, cuestiona y no deja que lo gravemos

El profesor de Camar (Necul) dice que él le ha salvado la vida a un joven que estaba muy enfermo

**XX** ve las hojas de coca, las tira y según en la posición en que caigan sabe qué enfermedad tiene la persona. Si las hojas no dicen nada él sabe que la enfermedad es para la posta [no me queda claro si la enfermedad no es para la posta o no es para él]

Plantea el tema de que los niños al nacer en Calama pierden formalmente la calidad de indígenas y que eso es perjudicial

La conversa con SX está mediada por el alcohol [está curao], mañana en la mañana –como a las 3 de la mañana- se tiene que ir a buscar unos animales a la frontera con Argentina, porque los tiene que llevar a los baños antisármicos (fiesta), nos invita a un asado después de eso

Habla de que la tierra cobra y del susto, que son enfermedades que no se pueden sanar en el hospital y su gran preocupación es que la gente va a morir a Calama, le pasó con su suegra y con su suegro. Le daba como rabia que ni siquiera les explicaron qué tenía<sup>53</sup>, por eso también se interesa en la posibilidad de un proyecto de salud

El pachacho es un niño, guagua, que fue abandonada y muerta por la madre y que le pena y le llora para que la bauticen, dice que hay gente que ha visto pachachos (hijos no deseados)

Dice que la gente le cree porque ha sanado

Él es un hombre relativamente joven, tiene 4 hijos (3 hombres y una mujer). El mayor tiene 22 años, él tiene un hermano que es ingeniero y vive en EE.UU. El, en cambio, llegó hasta segundo básico y dice que es huérfano y que, sin embargo, trabaja en la parte de análisis químico de Soquimich

Se refiere a los antiguos, el susto a la pachamama como razones para enfermarse... puede ser en los cerros o en el cementerio que uno se enferme extrañamente, sin saber porqué

El profe habla de la piedra de rayo que es macho y hembra y sólo juntos sirven. Y que sirve para el corazón, es una aguita rojiza lo que sale al frotarlas, después se sirve con agua

Eusebio dice que la piedra de rayo se encuentra después de un año en el lugar en que cayó un rayo. Y que el rayo es eléctrico y que acumula los metales del suelo

Cuenta la historia de una señora que tenía más de mil animales y que se debió a que andaba pastoreando y que se encontró con un llamo tallado en una piedra y que allí lo adoró y que después de eso le fue bien con los animales (se multiplicaron). Pero pasa que es animal lo vio una pura vez y después de muerta su fortuna se perdió, desapareció

Él se pregunta por qué la gente se va a morir a los hospitales, “qué está pasando” dice. Tiene desconfianza de la medicina occidental (de las postas, hospitales) y es que no dan solución a la enfermedad, no explican a qué se debe que uno esté enfermo

---

<sup>53</sup> Como que en Santiago, me puedo equivocar, estamos acostumbrados a la autoridad del médico y a la no explicación, al brevísimo tiempo de consulta. De pronto me da la impresión que gente con una fuerte tradición médica no puede entender un operar de este tipo

**Fragmento Entrevista en profundidad**

**R.L.**

**Mujer de 60 años aprox.**

**Agroganadera y partera**

**Talabre**

**Noviembre del 2002**

(...) Tomo remedios de acá hay muchos remedios para el dolor del estomago porque, esta el ajenco, la ricirica, la copa copa, el paico.. Todas esa cosas ruda para el dolor de estomago, la hoja de coca con rica rica es muy bueno para el estomago..

**Y eso hay que tomarla varios días**

Si se hace el mate de eso y le hecha un poquito de agua caliente, se le hecha y se le toma es buena para la digestión

**Y cual es la aguita de carmelita?**

Es un alivio---

**Viene envasada?**

Viene envasada si, es una agua que es fuerte como si fuera alcohol

**Y eso se mezcla con la..**

Se mezcla con el mate y se toma es re bueno...

**Es bueno para, pero cuando uno tiene indigestión...**

Si

**Pero cuando comió mucho, cuando anda con empacho o algo así**

Si es muy bueno para el dolor...

**Y ud cuando esta enferma tiene acá la hierba acá junta en su casa o la va a buscar al tiro...**

No acá en el potrero

**Al monte....**

Lo que uno trae para acá de repente a veces es cerca

**Y ud cree que hay alguna enfermedad que uno no pueda ir a curar con uno ir a la posta?**

Si, cuando son enfermedades que no son para la posta, como ser de la enfermedad el lastimado que las cura mi papa siempre, lastimado asustado, eso no curan en la posta, asustado o el resentimiento, son agarrados de alma de tierra, todas esas cosas, entonces eso no, no lo curan en el hospital

**Y eso llega al hospital enfermo y ahí no de dan de eso?**

No, no sedan cuenta, dicen que no tiene nada o lo pueden operar de otra cosa ahí, pero no le hacen nada, muchas personas que murieron así (...)

## **Entrevista en Profundidad**

### **Matrimonio**

**K.B. mujer de 40 aprox., dueña de casa y agroganadera**

**Z.C. hombre de 40 años aprox., asalariado agrícola**

**Talabre**

**Diciembre del 2002**

### **Y a su hijo lo ha sanado don XX?**

Si el lo ha sanado el no pasaba bien durante dos o tres días y el se enfermaba, le venia la diarrea el vomito, no había caso de tenerlo sano, un día lo pesque y me fui, acá con la coca lo ven, que coca me dice, esta mal y yo “ a no esta sonado”

### **Don XX dijo eso?**

Si dijo que “hay que hacerle un cambio de salud” tiene que

### **Y como ve eso?**

Con la hoja no sé, lo hicieron pidió un corderito blanco, así yerbas, no sé me dijo que tenia que matar el cordero para hacer un almuerzo, una boda que le llaman acá..

### **Ya cómo es eso?**

Una boda es una comida, boda le llaman acá y hicimos eso, invitamos a todas las personas a almorzar y el dijo y el hizo todas las medicinas, no sé como lo hizo...

### **Pero como qué hacía?**

Hacia todo hacia pagos, hacia , como lo llaman, no sé como pago a la tierra a los cerros a todo y el otro hicimos la boda y le invitamos a todas las personas, listo no mas, sanó, hasta hoy día no tuvo una enfermedad.

### **Y que significa un cambio de salud? Como un cambio de salud?**

Cambio de salud, que le cambio a salud, que el tenga mas salud, sano pero hasta hoy día no se ha enfermado nunca, ahora el dijo “si el sana y el vive, todos tus hijos van a vivir” y como Aníbal se murió...

### **Como se le murió**

También enfermito, fue al hospital y ahí ya no volvió

### **Y hace cuanto tiempo fue esto?**

Que murió mi hijo, no me acuerdo ya cuanto años ya, como veinte anos ya si el tuviera veintidós..

### **Y lo de su hijo mayos ahora lo del cambio de salud**

El tendría como cuatro años yo creo..

### **Y ahora el tiene?**

Diecisiete, si era chico también el...

### **Y porqué ud cree que se enfermo su hijo?**

Porque necesitaba eso

### **Como necesitaba eso**

Necesitaba que hagan el pago el cambio de salud....

### **Pero como qué sentía s hijo?**

Sentía diarrea, vomito y se volvía como a veces pálido, se volvía flaquito, como que eso me lo iba a llevar...

### **Y como que hacia ud así en la casa?**

No hallaba que hacer por eso decidí ir a ver allá a Don XX y ahí me dijo que yo hiciera eso lo mas pronto posible que se iba a mejorar para toda la vida.

**Fragmento Entrevista en profundidad**

**M.D.**

**Hombre de 58 años aprox.**

**Secretario de la comunidad indígena y asalariado minero**

**Socaire.**

**Diciembre del 2002**

(...) En Calama me atropellaron, un vehículo de ahí quede fracturada una pierna, quede mal, eso de ahí enfermedades graves yo no tuve, claro enfermedades así como resfrío que son pasajero nada lo otro es todo son remedio caseros no mas de las yerbas.

**Cuales, el resfrío y el dolor de estomago?**

Si

**Y que hace cuando esta resfriado?**

Nada, se me pasa así no mas, así no mas...

**No toma nada....**

Nada, no nada...

**Y para el estomago?**

Ahí si tomo yerbas como chachacoma, pupusa, rica rica de acá, todo hierba de la zona, de la cordillera nada mas eso..

**Y se le pasa?**

Si es bueno.

**Y a pasado alguna vez que ha tenido que ir a la posta?**

Muy poco he ido

**Y cuando han sido esas veces?**

Hace mucho tiempo, no casi nada no he ido a las postas, yo acá no mas los remedios caseros no mas, nada mas.

**Y por que no va a la posta?**

Porque no quiero no mas....

**Y porque no quiere?**

No se porque tengo mas fe en los remedios caseros, nada mas, eso es...

**Y porque tiene mas fe en los remedios caseros?**

Porque son buenos, las yerbas son buenas, son naturales, porque los otros como que me caen mal una cosa así.

**Los remedios de la posta, le caen mal.**

O sea como que no les tengo fe, yo antes iba mucho, cuando era mas joven usaba ahí la posta y no me pasaba nada, me da lo mismo.....

**Fragmento Entrevista en profundidad**

**E. L.**

**Mujer de 30 años aprox.**

**Empleada de Soquimich y dueña de casa**

**Socaire**

**Diciembre del 2002**

(...) Porque cuando es invierno, o sea pasamo refriao, y cuando es verano no lo anda, ve que eh que eh el clima, porque a vece pasamo clima de frío en el invierno y a vece pasamo clima de verano, entonce ahí que uno se refría

**Y se siente distinto el refrío de calor y el refrío de frío?**

Sipo

**Cómo se siente el de calor?**

El de calor se siente, o sea como qué, el de calor se siente que sea que tiene, pura calor nomá, ¿me entiende?

Que está traspirao el cuerpo de puro calor, y de frío nopo, siente como calor de frío, le da un frío así

**Y tú cuando vas a la posta le dices que estás refriá de frío o de calor?**

Sí, así le digo, de frío o de calor

**Y ellos entienden cuando tu decí de frío o de calor?**

Síii

**Y cuando vienen las rondas, tú has ido a las rondas médicas?**

A las rondas médicas sí

**Y qué pasó ahí?**

Por ejemplo cuando uno ya, por ejemplo, pa para cuidarse, una cosa así, para no tener más hijos se va al matrón, y lo ve cómo está, todo eso

**Y cómo que te dan a ti?**

Por ejemplo el matrón tenimo para pastillarse, por ejemplo a veces tenemos pastillas, a vece con pastillas, ¿me entiende? Entonces a vece dice ya usted la que viene con pastillas y le hace bien la pastilla, una de las dos cosas

**Y tú con qué te cuidas?**

Yo me cuido ahora con pastillas, sí

**Y por ejemplo, si tuvieras que ir a alguna parte o te la pasan acá**

Acá nomá, que la posta trae, pero colocan acá, vienen acá a colocar

**Y a ti no te puso ningún problema que el matrón sea hombre?**

O sea, la primera sí, la primera sentíamos todas las personas que íbamos así, decía “cómo va ser un matrón así”¿entiende? Entonces uno no sé po, da vergüenza, pero que después ya lo cabro dijeron que teníamos que nosotros acostumbrarnos porque si llegaba así otro gallo acá iba a ser matrón, siempre llegaban matrón, el otro má ante era matrón. Ahora no, como dijeron que llegaba matrón entonces por eso a nos daba vergüenza, a vece cuando estábamos caleta de mujeres para, para cuidarse, entonces...

## **Fragmento Entrevista en profundidad**

**J.X.**

**Mujer de 38 años aprox.**

**Dueña de casa**

**Socaire**

**Diciembre del 2002**

(...) No me hizo nada y y después yo fui a una señora de esas yerbatero que curan con... entonces me dijo me dijo que como andaba en los terrenos” anduviste sola con mucha pena por ahí” me dijo es eso que tiene “ la tierra te pesco, fue con ella” me dijo según ella, no se como es eso, entonces yo te voy a hacerte unos... y la señora me dijo que ella creía que era tierra que cuando yo iba a los terrenos iba sola y con pena entonces dice que la tierra me pesco, me dijo, me iba a hacerme unas curación me hizo, poner, comer... y así con eso se va a sanar me dijo, no sentí nada de mejoría po, después me tuve que ir a Calama andaba pero como loca en las axilas mas que nada tenia como una alergia que me picaba y no me dejaba dormir a la noche..

**sea lo que le dijo la señora yerbatera no le sirvió?**

Puede que a lo mejor allá sido así pero es que yo después me fui a Calama y sabes que andaba como loca, me picaba re tanto entonces mi hijo me dijo vamos...después fuimos a la farmacia nosotros y ahí me ya compro unas pastillas, me pidió los remedios mas buenos

**Su hija?**

Si, unas tabletas y una pomada para poner yo quería de las mas buenas porque yo ya no podía mas...

**Le picaba o le dolía?**

Me radia acá estar partes en la noche que no me dejaba dormir, después empezó por acá y hasta por acá ya ahí me picaba, me volvía loca y me daba ganas de rascar y mas hacia y cuando fuimos allá tome esas tabletas y me puse esa crema y al tiro se me paso, no ahí cual seria lo que me hizo la señora o los medicamentos que fuimos a comprar a la farmacia..

**Cual de las dos.... Entonces ud le puso fe a las dos cosas**

Si a la primera si pero después yo dije como que ese mismo rato esa noche me calmo, me picaba tanto y cuando vi a la señora me tranquilice, pero me fui a Calama y volví de nuevo y empezó de nuevo la cuestión y después me volví a r y en eso ya me fui a la farmacia

**Y por que cree ud que uno se enferma**

No se por que fue, la señora me dijo que era tierra y puede que halla sido también...

**Y por ejemplo cuando le da resfrío que ud contaba, porque cree que se resfría**

Es que yo pienso que un cambio de temperatura que a veces tanta calor y a veces tanto frío, ahora yo casi no me enfermo yo antes me enfermaba, es que antes salía mas, porque tenia que salir a pastorear los corderos, lo niñitos chicos, ir a regar, levantarse mas temprano, entonces yo antes me enfermaba ahora no casi no me enfermo, el otro día que andaba así un poco como todo así salí a cortar pasto y me duele la espalde le decía a mi hijo, y ahora ando así....

**Fragmento Entrevista en profundidad**

**S.H.**

**Mujer de 52 años aprox.**

**Dueña de casa y agroganadera**

**Noviembre del 2002**

**Socaire.**

(...) Eso es una hierba de acá hay que hacerla hervir y dejársela y levantarte y tomártela, pero se me corto y después volví otra vez , y estaba así re jodida y como le digo el doctor cuando me dijo que tomara pero yo no alcance a tomar el año yo habré tomado como tres meses y se me cortó y ya no seguí tomando.

**Y se sintió bien.**

Claro, ahora me sentí yo pero poco, y ahora poquito, cualquier cosa tomo, si tomo de la posta o cualquier yerbita se me pasa.

**Como toma de la posta. ¿Qué toma de la posta?**

Es que allá me dan tabletas...

**Tabletas para qué..**

Para el resfrío o para la tos.

**O sea Ud. va a la posta y toma yerbitas...**

Claro.

**¿Y cuando va a la posta?**

Iba ahora ya no voy ya, yo creo de tres a cuatro meses iré, si es que voy y no tengo en cuenta.

**Y para qué va a la posta**

Cuando estoy resfriada porque voy a pedirle pastillas....

**Y para qué no va a la posta...o sea para qué ocupa las yerbitas no mas...**

Ah o sea como si ya no iría a la posta solamente...

**Claro, cuando ve que no es necesario ir a la posta. ¿Ve de repente que no es necesario ir a la posta?**

Claro yo entonces toma puras yerbas, por ejemplo yo me siento resfriada y empiezo a tomar puras yerbas no mas, entonces no, no voy a la posta y si un día no me hacen bien, bien las yerbas, entonces ahí ya voy otra vez a la posta y de repente-----...

**Cuénteme según Ud. cual sería como, qué significa estar sano...**

Que significa estar sano....

**¿Qué es la salud?**

No me cruje nada...

**¿Qué significa estar enfermo, qué pasa cuando uno esta enfermo?**

Que uno se siente enfermo que uno tiene que preocuparse, que o sea tomar algún remedio, para no estar enferma, claro...

**¿Y por que uno generalmente se enferma?**

No sé de repente se descuida, que yo lo noto aquí así porque de repente cuando estoy haciendo pan, lega gente, me escapo para afuera y aquí esta abrigado, estoy desabrigada y afuera hay corriente de aire, entonces eso, porque siento eso que me da el resfrío, estoy abrigada acá y salgo, me resfrío, uno no se cuida.

**¿Y otro tipo de enfermedades ha tenido, que no sea resfrío?**

Yo no, una de mis hijas sí, tuvo un desplace de cadera...

**¿Ya, y que paso ahí?**

Eso bueno fui porfiadita, cuando ella tuvo cuatro meses la niña me decían que la niña tenia desplace de cadera, “¿qué será eso?” dije yo, yo no le hacia caso hasta que llegó as los siete meses la niña, entonces me dijo “ mire si Ud. no lleva su niña, Ud. va a cargar toda la vida a su hija no va a caminar” entonces yo me preocupé y dije a lo mejor es así, pesqué a mi niña y me fui a Calama, llegue a Calama y dijo mañana la niña se esta quedando en Antofagasta a la operación, así y qué iba a decir. Nada, la lleve, la llevé, me dijo la niña tiene que quedarse y si quiere la viene a ver mañana y cómo voy a venir mañana si yo no vivo acá le dije, vengo de tantas distancia este y este, y me dijo “cómo lo vamos a hacer, entonces porque la niña no se puede ir, tiene que quedarse a operarse” ya pu yo dije voy a ir a Calama y le di el numero de teléfono que voy a venir a Socaire y voy a llevarle la ropa a la niña y mi ropa para quedarme allá, buscar cómo quedarme allá,

fue así, y la niña estuvo tres meses allá en Antofagasta y ya no me pude ir porque ahí yo no tengo ningún conocido, nada, entonces cuando veníamos en la ambulancia de Antofagasta para Calama, la enfermera me dijo que no hiciera nada, par que le apurara porque si Ud. esta ahí , no lo van a apurar, mientras la niña esta sola nosotros nos vamos a encargar de apurar porque Ud. vive tanta distancia, que se apuren, que no dejen pasar a otro y pase ella por delante, pero resulta que no se pudo así, porque el cambio del clima según me decían que paso los tres meses resfriada y no la pudieron operar, entonces después de tres meses se opero y allí me iban a entregar a la niña y que iba a hacer con la niña enyesada, tampoco me la podía traer y ahí teníamos unos amigos y estaban acá en el polvorín, eran militares, entonces uno de ellos se hizo cargo y dijo yo voy a hablar con el centro de rehabilitación para que me atendieran a la niña, bajamos, yo y mi esposo hablamos y dejamos la niña ahí y a lo mejor cuanto habríamos tenido que pagar, mas que nada era, lo pagamos con artesanías era una ayuda para los niños, para ellos mismos, y ahí la niña se mejoró, estuvo un año. Eso es la enfermedad de ni niña que tuvo mas fuerte.

#### **¿Y por qué se enfermó?**

La niña me dijeron que nació así, pero para mi yo después haciendo memoria a niña no nació así, la niña cuando tenía, yo la niña la tuve en el hospital porque tenía ahí problemas de tener a la niña, no sé la niña no iba a nacer la niña y me iba a morir yo o la niña, entonces eso me decía cuando estaba embarazada, yo la niña la tuve en Calama, y a los dos días o a los tres días vino el medico que lo pasa por los niños, es que hay un medico que pasa por los niños, revisa las caderas, no sé qué otra cosa hace y ahí cuando lo puso en la mesa, le cogió las piernitas y lo abrió de caderas, y la niña se me puso negra llorando, negra que ni la pude hacer callar y ahí es el problema que tenía, ahí el medico, no era que la niña nació así porque yo a ninguno de los niños tuve problemas, yo a los niños los tuve acá, y no tuvieron problemas, entonces por eso yo digo que si los médicos bruscamente lo abrió mucho de caderas y ahí tuvo el problema.

#### **¿Y tuvo sus niños acá en su casa?... con quien, sola, con alguien que la ayudara...**

Claro con el paramédico que esta en la posta....

#### **Con la....**

No con la señora Ester....

#### **Con otra.**

Claro con otra, otra niña, con ella, después vino otro caballero, con ella, ella era ahí de la posta....

#### **Y generalmente cuando uno se enferma como qué cosas siente?**

Cuando yo me enfermo me siento triste, apena, porque digo estoy enferma y ya no puedo hacer mis cosas, eso yo siento y ahí digo “ai ya tengo que tomar hierbas” y eso ya no me hace bien, voy a la posta, porque de repente irme al hospital ya no me gusta.

#### **¿Y porque no le gusta el hospital?**

No sé por que el primer niño también lo tuve en el hospital y después tuve un aborto, entonces no sé yo lo sentí como que era muy, no sé lo sentí que sufrí mucho ahí y cuando me hicieron, cuando tuve el aborto me hicieron raspaje sin ponerme una inyección, sin nada, si o así como dicen a sangre fría, entonces sentí todo eso y dije “ ai nunca mas voy a ir al hospital, nunca mas voy a ir”, entonces yo no he ido al hospital, yo no he ido, entonces por eso, igual así cuando los niños se me resfrían demasiado fuerte, o de repente otras enfermedades que tengan los niños y digo “ ya” a ir a otra persona, pero así personas que saben curar con hierbas a esos los he llevado mas, pero en caso mucho o llevo a la posta y al hospital, porque una de mis niñas tuvo un problema, no sé eso a qué será yo nunca lo vi nunca conozco eso acá, que son ataques epilépticos, pero esta niña estaba en el internado en Calama y una vez me hicieron llamar que a la niña le dio ese ataque y ya pero igual paso como dos veces y después la otra niña también, ella no estaba en el internado, estaba en un hogar, el hogar Esperanza en Calama y un día dice que menos pensado quedó tirada en el suelo tiritando y ahí era un ataque que le dio y eso lo mandaron a ver a Calama a al hospital, después me hicieron llamar, que teníamos que ir a Antofagasta, a ¿cómo se llama a os niños que tiene esos problemas , el medico?...

**Fragmento Entrevista en profundidad**

**Madre (P.A.) e hija (T.R.)**

**P.A.: mujer de 60 años aprox., dueña de casa**

**T.R.: mujer de 27 años aprox., yerbatera**

**Socaire**

**Noviembre-diciembre del 2002**

**(...) Y usted cómo comunicó a la comunidad que usted tenía el don**

T.R. -es que a la primera persona que yo le vi ya empezó a decir que esta persona hacía, entonces ya lo otros empezaron a venir al lado de mí, empezaron a llegar, ellos mismos se van comunicando, sipo, entonces ellos vienen y preguntan y yo les digo “sipo”, entonces uno tiene que verle al tiro porque... si he un día martes si es que ya no se puede ni un día viernes, no se puede

P.A.- se puede los días sábado, domingo, miércoles, jueves sí, un día lunes, paque ella les pueda ver, sino no los puede ver los días malos

**Y porqué son malos esos días**

T.R. -sipo

P.A.- porque esos días son mal, mal intenciones de la misma, a veces, de la misma familia, porque nos ponen un mal fuerte, y así que no se puede trabajar ese día, martes y viernes, no se puede trabajar ese día

**Cuáles son las cosas más comunes que aquí la gente tiene, cuáles son las enfermedades más comunes**

T.R. -las enfermedades más comunes son, por lo menos, la tierra po, la pachamama san...

P.A.- sipo, la pachamama santa tierra

T.R. -y si vuelta los abuelitos...

P.A.- los abuelitos que eran antes de nosotros...

T.R. -que eran antes, sí, ellos también, ellos también quiere que uno le vea su trago, sus hojas...

P.A.- convido

T.R. -hacerle un convido...

**Por eso es la gente se enferma...**

T.R. -sipo, por eso la gente se enferma...

P.A.- sí, porque a veces uno, uno por lo menos, ya tiene su esposo, entonces el no llega así como cualquier día, si sale de la casa, a veces con que intenciones, ir a trabajar y no va a trabajar, entonces se va y empieza a tomar con sus amigos así, entonces después en la tarde llega y empiezan discutirnos así, a nosotros, entonces a nosotros nos duele así po, entonces saliendo con nosotros, cuando vamos por allá, lejos así en los terrenos, que tenemos más lejito, vamos y nos sentamos a llorar porque pensando que ya él capaz que otra vez salga a tomar y nosotros vamos a llegar en la tarde y vamos a recibir un reto, vuelta, entonces a veces uno llora y onque toma la pachamama santa tierra, golpea y los abuelitos po, nos entra en nuestros cuerpo y en la noche ya no podemos dormir, ya tenemos la molestia ya, es por obligación que tenemos que hacernos ver con un yerbatero, un yerbatero casero

**Y qué es lo que uno siente, dolor de cabeza...qué cosa siente**

**Fragmento Entrevista en profundidad**

**F.P**

**Hombre de 17 años aprox.**

**Técnico agrícola INDAP**

**Socaire**

**Noviembre del 2002**

(...) Porque es mejor drama no teni drama

**Pero el yerbatero va a tu casa...**

No porque es mas rápido igual y ahí te dice sabis que te teni que hacer o el te hace eso, en Calama teni que ir estar allá ir al hospital, igual es, sacar hora y toda la cosa ahí, entonces con un yerbatero no po, el te va a decirte sabis que tal día y tal hora y tu vai no mas, pero no es como ir a hospital, ahí tenis que sacar hora esperar...

**Y si hubiera un hospital acá? Donde irías**

Al yerbatero igual

**Por qué??**

Porque es mas fácil porque igual es mas fácil porque a veces igual están ocupados en los hospitales, el yerbatero no po te va a decir que sabia que ven a tal hora y te veo, y tampoco me va a estar ¿diciendo no..para mi es mas fácil ir al yerbatero que la hospital

**Y tu has ido a un yerbatero?**

si

**y por has ido al yerbatero**

por unos problemas...

**Alguno que se pueda contar?**

No

**No se pueden contar... chuata o sea no irías ni cagando a un doctor por el mismo motivo que fuiste al yerbatero**

No

**Y que te receto el yerbatero para ese problema**

Tomar yerbas medicinales no mas de acá

**Y tu teni como un hierbatero como de confianza, cuanto yerbatero hay...**

Yo tengo una tía que es yerbatera

**Y vive acá en Socaire**

No ella trabaja en todos lados , por ser, ella era de acá antes pero vive en Calama ahora, pero cuando uno tiene algún problema la llama para allá y ella te ve..

**Y como ella sabe qué teni?**

No se yo cuando me iba a ver con ella, se ve en la Biblia y ahí no se que hace y ahí te dice todo lo que teni

**Y le achunta?**

Y le achunta y es verdad, yo creo que es verdad, yo tampoco creo en eso pero, es verdad...

**Después de eso creíste?**

Si

**Y como quedai después de ir al yerbatero**

Quedai, no se como otra persona, quedai mejor, te senti mejor porque a veces cuando uno esta enfermo, no se menos trabajo, y después que hace ver queda bien, queda una persona distinta.

## NOTAS DE CAMPO SOCAIRE

Uso medicinal de plantas, animales y aves (zorro, suri, parina, roedores)

Cumi: (cume) especie de fruto parecido al limón pero pequeño y espinoso

Amor por los animales, mamá de LO hablaba de su abuela y de su tía, de los animales que quiso cuando chica (1 quirquincho y 1 perro)

En la casa tienen quyi, conejos, patos, chanchos y una huerta familiar. La conia está separada de las piezas y las piezas están separadas

La señora le dice al marido, con el que se “junto”: “mi querido”, “el querido”

En Socaire la gente se “junta” porque “si el marido se ‘porta mal’ y uno se va nomás”. La señora LO dice que cuando uno se casa tiene que aguantar

Hay hartas mujeres que tienen sus guaguas en Socaire pese a que deben tenerlas en Calama por una cuestión de políticas públicas. En Socaire hay una partera que se llama Guadalupe

La mamá de LO tuvo a LO con partera, habla con una seguridad tremenda de ella y dice que para los dolores de parto le daba aguitas calientes

Problema de violencia intrafamiliar en Socaire dado por el alcoholismo<sup>54</sup>, al parecer no es por falta de trabajo porque dicen que trabajo hay

Sorprende el tema de que no es sancionado moralmente el hecho de que las relaciones de pareja hombre-mujer sean de “juntarse” (convivir)

Prefieren tener las guaguas en Socaire para que tengan derecho a beca, si se inscriben en Calama es mucho papeleo

Tema del alcoholismo preocupa a las mujeres por la violencia que provoca, María Cruz dice que toma para las fiestas o cuando cura

Los yerbateros no pueden ver a personas de su misma familia, éstos tienen que acudir a otro yerbatero

Primero acuden al yerbatero y este deriva a la posta cuando nota que no puede tratar la enfermedad

Tema de la transmisión transgeneracional de la tradición, por lo general hablan de las abuelas y de las tías

En el Talatur la ceremonia de despertar el cerro fue una mezcla de religiosidad popular, la cruz y la señal de la cruz mezclado con el culto a los cerros y a la pachamama santa tierra

LO, yerbatera, cuando empezó a curar se le quitaron las enfermedades

Idea de que la comunidad le propuso a la partera que trabajara en la posta y ella no quiso. Era la intención de que se tratara a las embarazadas en el propio pueblo

---

<sup>54</sup> Nótese que la alusión al alcoholismo como una de las causas de la violencia es una de las primeras interpretaciones que vienen dadas por los propios relatos de las mujeres

## **Anexo N° 4**

### **Fragmentos Entrevistas Focalizadas al equipo médico de la posta rural de San Pedro de Atacama**

---

**Fragmento Entrevista focalizada**  
**Matrón**  
**Posta San Pedro de Atacama**  
**Noviembre del 2002**

**(...) Ahora en relación a las demandas de salud de la población en general, de las demandas de salud de las comunidades indígenas, tu crees que el servicio tiene carencias.**

A ver, así como carencias no... puede ser un poco en infraestructura, por ejemplo idealmente deberíamos ir todos los profesionales a las rondas, incluyendo el kinesiólogo pero como tenemos una camioneta cuatro por cuatro que alcanza para cuatro profesionales no podemos incluir al quinto que es el kinesiólogo, por ese problema el kinesiólogo tiene que ir otro día o no va, no tenemos -por ejemplo- box para kinesiólogo en ninguna de las postas entonces tampoco podría ir aunque hubiera un vehículo más grande, la enfermera tampoco tenía box pero desde este año tiene box permanente y está más cómoda en todos los otros pueblos. Así como problemas de infraestructura podría ser esto de no poder incluir al kinesiólogo en la ronda, puede ser a lo mejor.... mira, es que dado el volumen de población Toconao tiene un volumen de población de 300 habitantes, un paramédico hasta ahora de acuerdo a la demanda de atención en salud y todo no se justificaría diez camillas y cuatro paramédicos por ejemplo, con uno suficiente para todo el pueblo y es el pueblo más grande después de San Pedro. Toconao está pidiendo una ambulancia, una ambulancia para poder ir hacia los accidentes que están más hacia allá, por ejemplo los accidentes que están en la carretera hacia Peine que nosotros nos demoramos más en llegar, pero no sé si sea tan conveniente... la alcaldesa me estaba comentando que ella estaba gestionando la posibilidad de llevar una ambulancia y que esté en Toconao, que esté ahí y que se salga por cualquier urgencia y que salga a los poblados que están más al interior, puede ser un problema también de movilización y nos faltan algunos vehículos de apoyo por lo menos en Toconao. Acá en San Pedro tenemos dos ambulancias que son nuevas, este año las donó la una la Escondida y otra el Fondo Nacional de Desarrollo Regional, son nuevas, dado que son nuevas cumplen perfectamente todas las urgencias, en forma eficiente, rápida, son excelentes, no creo que tengamos muchos problemas con las ambulancias porque acá la estructura... a lo mejor la posta no tiene un diseño como consultorio, a lo mejor no está ubicada estratégicamente en un lugar que pueda ser accesible a las ambulancias rápidamente, puede ser un problema también que no tengamos un minihospital o miniclínica para poder solucionar los problemas locales, porqué, porque no tenemos una sala de parto -por ejemplo- para que las mujeres puedan tengan sus partos acá en la comuna, dado que no tenemos eso todas se van a Calama, entonces podría ser -entre comillas- necesario una miniclínica, no un hospital a lo mejor grande, no, un hospital a lo mejor muy básico que nos pudiera ayudar a lo mejor en casos de morbilidad, pero dado la cantidad de habitantes el servicio no lo justifica, en todo caso más que nada por el universo de población que tenemos... claro, evaluado bajo ese punto de vista, evaluado de acuerdo a la cantidad de personas que nosotros atendemos, evaluado de acuerdo a los accidentes, no es tan justificable un hospital en la comuna, aunque se ha estudiando la posibilidad de que si puede ser factible, dado la alta cantidad de accidentes carreteros que tenemos, podría ser... pero eso no pasa por nuestras manos....

**Eso es en relación a las urgencias, ahora en relación a los problemas cotidianos...**

Mira, problemas cotidianos... pasa de que nosotros como posta, tenemos la parte de la atención primaria, la atención primaria remite esencialmente lo que es prevención de salud y lo que es promoción de salud, no tanto a rehabilitación, entonces como somos un servicio primario tenemos que solucionar como un consultorio en una ciudad, que llegan problemas de repente no tan serios que se pueden solucionar con las condiciones que nosotros tenemos y de acuerdo a eso no tenemos como problemas... por ejemplo las enfermedades respiratorias las ve el médico y si se complican las ve el kinesiólogo y terminamos y disminuimos el mandar a Calama el problema respiratorio, tenemos algún problema ginecológico lo veo yo y si es muy complicado lo llevo a Calama, no es tanto, si es un problema obstétrico de embarazadas también, lo veo yo, lo hablamos con el médico y lo llevo a Calama... Si hay problemas, por ejemplo, como digestivos, dolor de estómago, eso lo ve el médico o lo ven los paramédicos y se solucionan, pero solucionables casi todos los problemas con los medios que tenemos acá, esos son como los problemas que hay.....

**Fragmento Entrevista focalizada**  
**Paramédico**  
**Posta San Pedro de Atacama**  
**Noviembre del 2002**

**Cuénteme hace cuanto tiempo que trabaja aquí.**

Del año 89, llegue acá por un aviso en el diario en donde se solicitaba un paramédico para la posta...

**Y tu eres de?**

Nací en chuquicamata, hijo de trabajador de codelco...

**Y a donde te preparaste para ser paramédico?**

Hice el curso en el hospital de chuquicamata.

**Y ha cambiado mucho desde que llegaste?**

Claro hace mas de diez años cuando llegue era solamente esta parte la posta rural, la población era mas reducida, y mas que nada la población autóctona, pero con el correr de los años han llegado muchas personas a instalarse en san pedro de atacama ya sea para los negocios o población flotante que tienen o empresas constructoras de alguna construcción que se este haciendo en el mismo pueblo, entonces toda esa gente se fue quedando en el pueblo y esta aumentando la población.

**Y tu me podrías hacer como una caracterización de los servicios de salud que se entregan acá en cuanto a especialidades, infraestructura, formas de atención..**

En cuanto al personal, el equipo medico de la posta de san pedro actual consta de dos médicos, un medico general de zona odontólogo, dentista, y un medico cirujano que es el doctor, después esta la enfermera, tenemos un matron, tres paramédicos y dos conductores, ese es el equipo de salud de aquí de la posta...

**Los conductores son para las rondas?**

Para las ambulancias y las rondas medicas...

**Y como que tipo de cosas atiende por ejemplo las especialidades de medico cirujano**

Ese es un titulo solamente pero el medico es medico general, de todo, tanto morbilidad como la parte ginecológica, los programa del niño, de la mujer....

**A que te refieres con morbilidad?**

Enfermedad, el ve todas las enfermedades, morbilidad se le llama a la enfermedad...

**Y como definirías enfermedad?**

Como dijiste?

**Como definirías enfermedad**

La enfermedad es un estado de la persona que no se siente bien porque salud según la organización mundial de la salud es el completo bienestar físico, mental y espiritual, y enfermedad es la ausencia de todo eso o sea mental, físico o espiritual.

**Y cuales serían las causas de porque uno se enferma entonces, según esa definición...**

Ahhh por que se enferma, bueno en cuanto a la enfermedad de acá de la zona es por temporadas, por ejemplo por los climas, en invierno están las enfermedades respiratorias, bronquitis, las amigdalitis, a causa del clima, en verano están las enfermedades de los intestinos, las diarreas, las infecciones intestinales, esta enfermedades infecciosas como es la hepatitis, entonces si te fijas según las temporadas, en invierno las respiratorias y en verano las enfermedades interinas de los intestinos y lo que hay en todas partes por ejemplo es las enfermedad el caso del alcohol que es el alcoholismo, últimamente están aumentando las enfermedades psicológicas, stres y cualquier otro tipo de ese tipo...

**Fragmento Entrevista Focalizada**  
**Enfermera**  
**Posta de San Pedro de Atacama**  
**Noviembre del 2002**

**(...) Cual sería como la caracterización cultural de las personas que atienden en las rondas...**

Es lo que te decía o sea yo no la percibo, a ver, creo que creen en su medicina pero a lo mejor están tan accidentalizados que en el ámbito de la cultura como etnia que en muchas cosas la única cosa como identidad cultural que te piden siempre es respecto, mas que en San Pedro, pero fuera de eso en cuanto a no me de medicamentos, yo quiero trabajar con mis yerbas, si no logro el, tratamiento después de esto voy a verlo a ud, esa parte no se ve. Ahora a lo mejor no le dicen a uno, ahora por ejemplo, a mi me ha tocado muchas veces que me llegan uno con parches una sería de cosas puestas y tu les preguntas de qué se trata, te dan explicaciones bien especiales a lo mejor, pero independiente de eso, o sea independiente de que a lo mejor ya están con un tratamiento de la medicina tradicional te piden medicamentos, muchas veces es que “no no es posible que no tenga” no sé, “aspirina” y a lo mejor tomándose cualquier yerba en forma mucho mas natural pasa no solamente el dolor de cabeza si no a lo mejor todo los otro que va correlacionado con eso pero hay mucha demanda de la gente desde el punto de vista de la parte tradicional, o sea occidental. “quiero medicamentos” “quiero esto”, “quiero que me mande al hospital” ahora después muchas veces no van también, pero como un perfil cultural respecto a salud como tal o yo soy muy ciega pero cien por ciento detectado que no lo tenemos.

**Ya pero suponte no solamente con respecto a salud, por ejemplo con respecto a digamos no les ha tocado ir a rondas y de repente están fiestas o cosas así?**

Hemos tenido mala suerte en general, en Talabre me acuerdo que fue una vez era día de una virgen, no me acuerdo que virgen cual era, pero independiente de eso varios que estaban ahí igual fueron a la posta cachai, y “deme”, no sé “me duele la guata, me duele aquí, me duele allá, deme un medicamento y chao” y se fueron o sea...

**Y tu sabes si esas personas se toman el medicamento hasta el final o si siguen el tratamiento hasta....**

A ver, en los pueblos en que vamos menos veces en el mes es mucho mas difícil tener esa certeza pero también por ejemplo si tenemos la certeza o la percepción que mas allá de los tratamientos nuestros s no hay gente que tiene que hacer medicina tradicional de alguna u otra manera porque hay tres pueblos en que vamos una vez al mes o sea, y ellos resuelven igual su problema de salud o sea no se van a enfermar solo el día antes de la ronda o dos días antes de la ronda, eso no es lógico desde ningún punto de vista.

**Y como la última pregunta. En general al equipo medico y a ti que te parece que recurran a la medicina tradicional?**

Al resto no sé pero a mi me parece bien, de una u otra manera yo creo en la historia, no es una situación que sea, personalmente soy súper mala para tomar medicamentos, a lo mejor también soy mala para hacer uso de otras cosas, me entiendes, pero también pasa por eso o sea no creo en forma ciega que los médicos y los medicamentos no es absolutamente ----, no me parece mal, ahora igual de repente la formación científica creo que por ahí viene, o sea hay cosas que tu puedes solucionar de una manera y hay otras en que alguien necesita evidentemente de una atención mas, mas científica, ahora es lo mismo que te decía o sea nosotros vamos una vez al mes y no se enfermen solamente en esa ronda, entonces ellos resuelven esto de otra manera, yo por ejemplo siempre trato de hablar con la gente en base a..... (fin entrevista, tiene que irse a ronda)

**Fragmento Entrevista Focalizada**  
**Médico**  
**Posta San Pedro de Atacama.**  
**Diciembre del 2002**

(...) En Camar, yo creo que en Camar si, aparte, o sea por un lado que hay bastante migración en Camar en general y la gente que hay ahí es poco dada a ver medico, súper poco dada, lo único que vemos a esta hora son generalmente control de niño sano y alguna morbilidad infantil de tipo respiratorio a ves en invierno, pero por ejemplo yo creo que desde agosto hasta esta fecha a diciembre que vamos ya, yo creo que he visto uno o dos pacientes, nada mas, sea allá vamos a hacer controles de niño sano, nada mas. Socaire igual es un pueblo que pide, no perdón Peine es un pueblo que tiene harta demanda también tiene harta demanda, o sea ahí, probablemente hay varios factores que se conjugan, una me da la impresión que el pueblo tiene problemas con lo paramédico, no le gusta mucho, el problema que cuando tuse lo sacan igual reclaman, entonces, pero habitualmente yo creo que tienen poca consulta, uno por lo paramédico y en segundo lugar, a ver la demanda, en general es las mismas patologías que los otros pueblos, ahí yo te diría que se ve mas adulto que niño, yo habitualmente veo mas adulto y mas adulto mayor y enfermedades osteomusculares mas que nada, problemas a los huesos, problemas musculares, enfermedades 70% yo creo que es gente adulto, adulto mayor, niños resfríos pero muy de vez en cuando, pero alguna otra patología si pero puede que muy baja. Y Socaire, Socaire es otro pueblo que tiene poca demanda por lo menos por la parte medica, ahora a mi me da la impresión que eso es por el horario en el que vamos, la mayoría de la gente en Socaire sale a pastorear en la mañana y se van todos del pueblo el mayor numero o por lo menos la gente mayor se van en la mañana y vuelen en la tarde y la ronda de nosotros es Peine en la mañana y Socaire en la tarde, entonces a la hora que llegamos nosotros generalmente no hay mucha gente en el pueblo por lo tanto la demanda es baja y es baja siempre, porque ponte tu en Talabre de repente igual a veces baja pero igual en invierno sube, Socaire es lo mismo todo el año o sea yo creo que las veces que mas veo pacientes son cuatro o cinco como mucho pero nunca subo de ese numero y hay veces que te veo uno, dos, como máximo...

**Y son generalmente mujeres o hombre y mujeres?**

Mas mujeres, es que lo que pasa que todos los pueblos en general yo te diría que el 80, el 70% de la consulta debe ser mujer, 30% es hombre, siempre hay muchas mas mujeres y ahí, control de niño sano se hacen en Socaire si, controles, la enfermera esta siempre con hartos controles, ella esta habitualmente viendo seis siete por ronda, pero yo te diría que en general yo en Socaire son adultos los que veo, cuando veo enfermedades de niño es aprovechando de ver controles de niño sano que las mamás preguntan porque el niño esta resfriado, pero habitualmente es mas que nada adulto y es poco, es muy poco en Socaire

**Y en Río Grande, acá...**

Y acá en Río Grande igual es bajo, igual es bajo aunque tiene sus pic, por ejemplo hay uno o dos meses en el año que casi me veo todo el pueblo....

**Fragmento Entrevista focalizada**  
**Kinesiólogo**  
**Posta San Pedro de Atacama**  
**Octubre del 2002**

(...) El paramédico llego hace como doce años y antes de eso no tenían y la gente antes se atendía con sus puros remedios, acudía al yerbatero al compositor, pero la gente se ha dado con nosotros, pero siempre, sigue con esto, en el caso mío llega gente que me dice que han ido al compositor o me preguntan a mí, que me parece a mí, el hecho de que ellos vayan al compositor y yo les digo que me parece bien, o sea mientras hallan alternativas de compositor, de yerbatero o de los que sea hay que acceder a aquello y no solamente sino que el medico y el resto del equipo también recomienda lo mismo...

**O sea cuando tu no puedes sanar algo lo mandas al compositor?**

No, o sea nosotros la primera opción enviarlo a Calama, para que lo vea un especialista en Calama, pero a nosotros nos preguntan si igual pueden ver otras alternativas el compositor o el yerbatero, no es que nosotros le digamos vaya a ver al compositor, nosotros en caso que tengamos sospechas lo derivamos a traumatología al hospital

**Y te ha pasado alguien que vaya al compositor y queda mas mal? O generalmente los compositores hacen un buen trabajo?**

Yo creo que depende mas que nada del compositor, ya, porque cuando el problema es un problema agudo o sea cuando es una concentración de cosas y dicen que el compositor te puso el hueso en tu lugar al día siguiente puede que haya un efecto favorable, pero siempre ahí puede haber un daño, o sea en vez de hacerle un bien a la persona terminan haciendo un daño, ya porque el compositor lo que hace en el fondo es reducir una articulación, o sea llevar ese hueso a donde estaba antes, al hacerlo puede dañar una arteria, un nervio, un músculo, cualquier, ya porque eso se hace, eso generalmente lo hace un traumatólogo y lo hace con cirugía, ya no lo hace así al puro tacto, entonces, pero la mayor parte de la gente dice que le ha hecho bien, le ha hecho bien, ahora cuando uno se lesiona y va a la semana al compositor, así si que es otro cuento porque el tejido por cada día que pasa se va acomodando mas a su nueva posición, si tu vas al mes por ejemplo no es ningún cuanto, hay compositores que deciden hacerlo y ahí es mas complicado, ya si como hay otros que también informan y le dicen a la otra persona, “ a esta altura ya no tiene ninguna validez que yo haga esto” ya ahí son súper responsables y eso es valido

**Y que hacen con eso?**

Bueno el compositor debiera enviarlo al medico que el medico lo evalúe y de ahí se lo envía a Calama...

**Y entonces cual seria como la función que cumple el compositor**

El compositor lo que hacer, por ejemplo el típico esguince de tobillo, ya, que aquí le llaman tronchadura de pie, en el fondo el compositor viene, hace un movimiento brusco y pone el hueso en su lugar a la persona, previo masaje, previa conversación con la persona, entonces una vez que la persona esta distraída y le pone el hueso en su lugar...

**Como previo masaje, previa conversación?**

O sea siempre cuando hay una lesión en el cuerpo, un esguince una fractura siempre va a haber una inflamación, entonces el compositor lo que hace y esa inflamación en el fondo es liquido, entonces lo que hace es drenar un poco ese liquido hace que se moviliza de ahí, para calmar el dolor, y el masaje aparte también lo que hace es dilatar el tejido, hace que se ablande mas entonces no va a doler tanto, entonces mientras hace un masaje y mientras le conversa a una persona tira y pone el hueso en su lugar, esa es la función del compositor

**Pero socialmente tendrá... en relación a la tuya digamos cual es la diferencia, no en cuanto a la profesionalización y todo si no en cuanto a la relación que tiene con los pacientes?**

El compositor por ejemplo, o sea hay mucha gente que también piensa acá, como yo soy de acá el kinesiólogo estable, porque antes estuvo un kinesiólogo como por dos meses, la gente no sabe mucho lo que hago yo, ya, pero con el tiempo, a estas alturas ya gran parte yo creo que esta informada yo creo que lo que hago yo, ya, y muchos piensan que yo soy compositor..

**Ahh si?**

Claro y vienen y piden hora para el compositor en ventanilla, ya y yo les digo que no soy compositor, yo veo la parte huesos pero lo que mas veo, veo la parte muscular, eso es lo que veo yo, la rehabilitación de las personas y explico todo lo que hago yo, ya, pero no pongo el hueso en su lugar ni nada de eso, el único que

pone el hueso en su lugar a parte del compositor es el traumatólogo, pero el lo hace en un pabellón con cirugía y todo eso, eso es lo que yo le explico a la gente

**O sea a ti que te parece que la gente acuda a yerbateros y a ...**

A mi me parece bien, me parece bien porque los medicamentos son todos iguales, pero las personas son todas distintas y tu puedes tener por ejemplo una gastritis y son distintas gastritis tu yo o cualquiera que tenga gastritis, ya, pero resulta que el medico puede recomendar un medicamento para la gastritis y eso se va a recomendar a todas las personas que tienen gastritis, entonces es el mismo medicamento pero son distintas personas, ya y no a todas le hace bien, entonces si la persona tiene rechazo al medicamento es valido que concurren a un yerbatero, lo mismo que hago, yo a las personas cuando vienen para acá lo primero que les digo es que yo les voy a ayudar a que se mejoren, yo voy a contribuir a que se mejoren mas rápido, pero no significa que yo los vaya a mejorar, o sea yo por mi mismo nunca digo yo te voy a mejorar, o sea vamos trabajar como un equipo y si quieres concurrir a otra persona, pero yo le explico también cuales son los riesgos

**Y en el caso del yerbatero también les has mandado, o sea así como el compositor le dice a la persona, no yo no puedo hacer nada tenés que ir a la posta, ud le dicen no yo no puedo hacer nada tenés que ir a un yerbatero?**

Yo por lo menos no lo hago, ya, no se si el resto del equipo lo haga, yo creo que no, porque primero nosotros como atención primaria no podemos solucionar el problema, lo derivamos al hospital de Calama, o sea nosotros no nos saltamos el hospital de Calama nunca...

**Fragmento Entrevista focalizada**  
**Paramédico**  
**Posta rural de Socaire**  
**Diciembre del 2002**

**Cuéntame cómo definirías el servicio de salud que se da aquí en la posta, en cuanto a las especialidades... Cómo defines el servicio de las rondas que vienen de San Pedro acá, cómo lo caracterizarías tú, si es bueno, es malo, qué se hace, qué no se hace...**

Yo creo que es bueno porque no hay mayores problemas, cuando al paciente hay que derivarlo a otra parte asistencial es cómo más problemático porque la persona tiene que viajar, tiene que ir a Calama, tiene que esperar mucho tiempo para que le llegue la hora, si necesita otro especialista aparte al que se ve acá...

**Cuáles son los especialistas que vienen para acá.**

Vienen médicos, enfermera, matrón y dentista... el problema elemental es que son todos derivados a San Pedro y las personas no tienen cómo llegar a San Pedro...

**Y porqué son todos derivados a San Pedro...**

Porque aquí no hay máquinas para hacer el tratamiento dental que se requiere...

**Y esta sala que está aquí al lado no es una sala de dentista....**

Digamos que sí pero no está funcionando, es una reliquia que está ahí pero no funciona para nada, está de pantalla nomás...

**Qué hace el dentista cuando viene para acá entonces...**

Lo revisa nomás y lo deriva a San Pedro...

**Y a dónde atienden cuando vienen...**

Cada persona en su box, ahora están como medio incómodos pero después tendrán cada uno su sala de atención....

Y cuáles son las cosas que faltan en cuanto a la atención, cuáles son las cosas que la comunidad pide que no hay cuando vienen las rondas.

No sé, a lo mejor más implementos que de repente se atrasan en llegar, pero a lo mejor también no hace falta lo que no hay porque acá es una atención de urgencia, no es un hospital para tener de todo, o sea eso hay que tenerlo en cuenta, que esto sólo para urgencias, tiene que tener lo mínimo nomás, no puedes pedir más porque no se puede....

**Pero a qué te referí con lo mínimo**

Con lo mínimo se refiere a que si hay algo urgente tiene que estar o sino se deriva a San Pedro....

Y qué es lo urgente.

No sé, una persona que se enferma en el momento, no sé si hay que mandarlo al hospital o accidentes, esas cosas...

Pero así cómo un ejemplo o la última urgencia que pasó...

La última urgencia que pasó, no sé, no me recuerdo...

O sea no pasa ninguna urgencia...

No, son pocas las urgencias que pasan acá, como el mal de altura y todo eso, o sea que si vienen con mal de altura hay oxígeno para darles, esas son cosas urgentes... aquí son pocas las urgencias y hay enfermedades de época pero nada en especial...

**Cómo cuales enfermedades de época**

Son los resfríos, si es verano es diarrea si es invierno es resfrío...

**Y porqué en verano habrían diarreas...**

Porque es una enfermedad de época y es una enfermedad donde la gente aún no tiene conciencia de que hay que tener cuidado con las famosas moscas, eso...