



Estudios Atacameños

ISSN: 0716-0925

eatacam@ucn.cl

Universidad Católica del Norte

Chile

Chamorro P., Andrea; Tocornal, Constanza
Prácticas de salud en las comunidades del Salar de Atacama: Hacia una etnografía médica contemporánea
Estudios Atacameños, núm. 30, 2005, pp. 117-139
Universidad Católica del Norte
San Pedro de Atacama, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31503007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Prácticas de salud en las comunidades del Salar de Atacama: Hacia una etnografía médica contemporánea

ANDREA CHAMORRO P.¹ Y CONSTANZA TOCORNAL M.²

Dedicamos este trabajo a las comunidades del Salar de Atacama

RESUMEN

A partir de una investigación etnográfica de las prácticas médicas de las comunidades indígenas del Salar de Atacama, ofrecemos una descripción panorámica de la relación entre la biomedicina –representada por los servicios entregados en la posta rural de San Pedro de Atacama– y la medicina tradicional atacameña. Se analizan las concepciones singulares del sistema salud/enfermedad y su terapéutica en cada caso y se recogen tanto las manifestaciones de contenidos tradicionales como las demandas de salud de las comunidades actuales en el contexto de sus características sociales, culturales y económicas.

Palabras claves: *etnografía – antropología médica – comunidades del Salar de Atacama.*

ABSTRACT

On the basis of an ethnographic research concerning the medical practices of the indigenous communities from the Salar de Atacama, this article gives a panoramic perspective of the relationship between the biomedicine –represented by the services given at the rural medical centre in San Pedro de Atacama– and the Atacameña traditional medicine. The singular conceptions of the system health/illness and its therapeutic are analyzed. As well traditional practices and the health demands are included within the actual social, cultural and economics contextual characteristics.

Key words: *ethnography – medical anthropology – Salar de Atacama's communities.*

Recibido: enero 2005. Aceptado: agosto 2005.

Introducción

En el contexto de una investigación sobre las prácticas médicas de las comunidades indígenas del Salar de Atacama, durante los años 2002 y 2003 realizamos un trabajo etnográfico con el objetivo de develar la particularidad de las relaciones entre la biomedicina y la medicina tradicional atacameña, dentro de un escenario étnico en transformación respecto de las relaciones sociales económicas y culturales establecidas con la sociedad dominante (Chamorro y Tocornal 2002 Ms y 2003 Ms; Tocornal 2004).

La investigación se realizó bajo el enfoque de la antropología médica crítica (AMC) que basa sus análisis en que todo conocimiento relacionado con el cuerpo, la salud y la enfermedad es culturalmente construido, negociado y renegociado en un proceso dinámico a través del tiempo y el espacio. Asimismo, intenta evitar que las categorías que se originan en el pensamiento médico occidental se apoderen del diálogo entre informante y antropólogo (Lock y Scheper-Hughes 1996). Tres son los elementos fundamentales que se conjugan en AMC: 1) contiene una aproximación ecológica en cuanto ve el proceso salud/enfermedad como relaciones de adaptación social, medioambiental y cultural; 2) 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, 3) y, por último, analiza los servicios de salud biomédica en función de las relaciones de poder, en cuanto da cuenta de una mantención de dominación social de la medicina occidental a partir de la ideología capitalista 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). Este enfoque entiende los problemas de salud dentro del contexto de las fuer-

¹ Departamento de Antropología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Ignacio Carrera Pinto 1045, Santiago, CHILE. Email: andrea_achp@yahoo.com

² Departamento de Antropología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Ignacio Carrera Pinto 1045, Santiago, CHILE. Email: conitocornal@yahoo.com

zas 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 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; propone una democratización de la salud bajo un pluralismo médico que supere las relaciones asimétricas entre los sistemas médicos indígenas y la biomedicina, y establece la necesidad de un diálogo horizontal entre medicinas, es decir, una interculturalidad en salud.

Para comprender la relación entre ambas medicinas se establece una diferenciación entre modelos y sistemas 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 construidas histórica y culturalmente por un grupo social determinado. Se refieren al estatus epistemológico y ontológico de un dominio de realidad dado y, por lo tanto, determinan 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, establecen las posibilidades del conocimiento que se puede dar en torno al cuerpo y la enfermedad, así como las categorías para entender los fenómenos como la vida y la muerte. Por su parte, 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. Determinan roles, estatus 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 (Vidal 1996).

Por lo tanto, la investigación intenta caracterizar el modelo médico entre los atacameños desde donde se desprenden sus conceptualizaciones del cuerpo y el ambiente, sus etiologías de la enfermedad, sus tratamientos, sus estrategias de restitución de la salud y sus itinerarios terapéuticos. Nuestro análisis de la relación entre el sistema médico tradicional y biomédico se sitúa en el área precordillerana de la II Región en la Provincia de El Loa, en el núcleo de población del Salar de Atacama, en las comunidades de Santiago de Río Grande, Talabre, Camar y Socaire, localizadas administrativamente en la Comuna de San Pedro de Atacama (Figura 1). Característica común a los cuatro poblados es el aislamiento en que se encuentran respecto de los servicios de salud de la biomedicina, realizándose las rondas médicas una o dos veces al mes, dependiendo de la cantidad de habitantes de cada comunidad.

El escenario socioeconómico y cultural mayor donde se contextualiza el análisis se presenta mediado por la preponderancia de las relaciones urbano-rurales permanentes agenciadas por la gran minería y el desarrollo de la industria turística. La coexistencia de una agricultura tradicional empobrecida, la situación de identidades étnicas problematizadas por crisis de representación entre sus liderazgos, brechas generacionales, migración y desarraigo juvenil, y alcoholismo asociado a violencia intrafamiliar, entre otros factores, se imbrican con un proceso de reapropiación de elementos culturales o etnogénesis (Gundermann 2000).

Este conjunto de consideraciones configura una trama sociocultural específica, en la cual una etnografía con sociedades indígenas contemporáneas nos impulsa a problematizar nuestros parámetros clásicos de observación, buscando en otros sentidos la intersección e integración de la mirada de las dinámicas tradicionales respecto de los procesos transculturativos y recreativos de la escena médica atacameña.

Metodología

La investigación tuvo un carácter cualitativo, el cual 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 descubrimien-

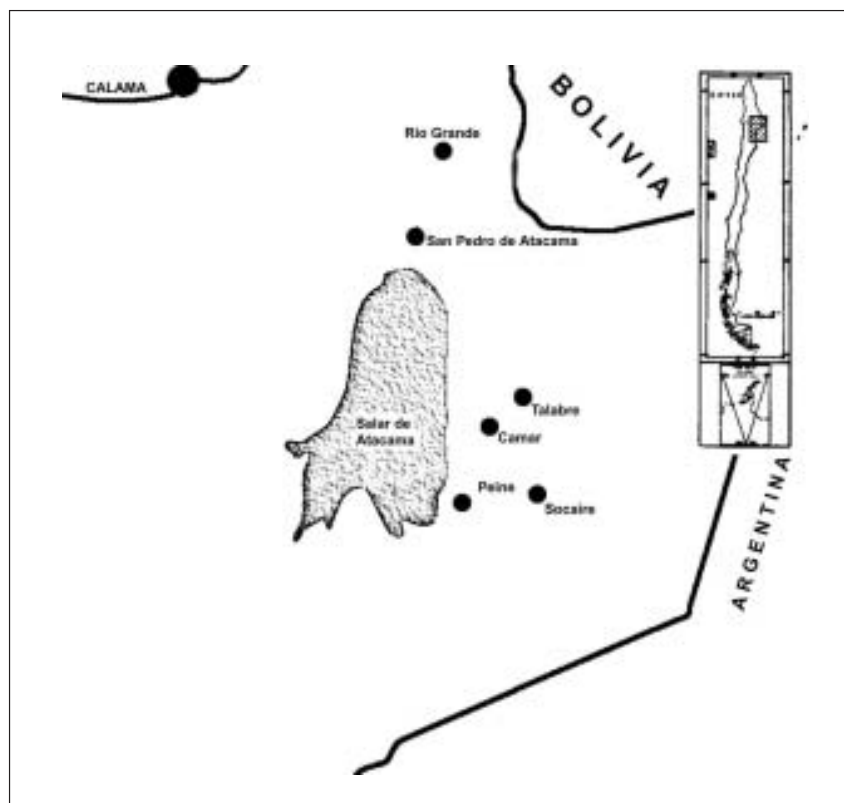


Figura 1. Croquis del Salar de Atacama con los principales poblados mencionados en el texto.

tos. Es expansionista y descriptiva, bajo una mirada inductiva, y entiende las realidades como un proceso dinámico no generalizable a otras situaciones (Cook y Reichardt 1982).

La etnografía se llevó a cabo en Santiago de Río Grande, Talabre, Camar y Socaire, donde se realizaron entrevistas en profundidad a habitantes de las comunidades atacameñas que hubieran recurrido tanto a la biomedicina como a la medicina tradicional atacameña. Se buscó caracterizar tanto las concepciones de salud/enfermedad, itinerarios terapéuticos y las valoraciones hacia los distintos sistemas médicos como también los símbolos y representaciones que aparecen en sus estrategias de resolución de salud. Asimismo, se realizaron entrevistas focalizadas al equipo de salud de la Posta Rural de San Pedro de Atacama, buscando identificar la caracterización que hacen respecto de la población atacameña que se atiende en rondas y postas, tanto en términos epidemiológicos como

socioculturales.³ Por último, se realizó observación participante en contextos comunitarios, productivos, rituales y terapéuticos.

Antecedentes y caracterización del universo de estudio

Las comunidades estudiadas se encuentran ubicadas alrededor de los 3000 m.snm en quebradas y oasis donde las condiciones ambientales favorecen el desarrollo de la agricultura y ganadería. La agricultura generalmente se realiza en suelos aterrizados con un sistema de canales de regadío basado en tecnologías tradicionales bajo un régimen de turnos por hectárea cultivada, siendo altamente efectivo para las necesidades de cultivo de

³ Las citas etnográficas siguientes poseen algunas especificaciones tales, como: localidad en la que fue recogida, género del/la entrevistado/a y edad en años aproximados.

las comunidades, que se orientan principalmente al autoconsumo y al forraje.

El dinamismo de estas sociedades en relación a los ordenamientos sociales, políticos y económicos mayores ha gatillado transformaciones estructurales en las sociedades atacameñas modificando sus estrategias económicas de subsistencia, lo cual se expresa en una tensión entre una economía mercantil y una de subsistencia. Es decir, la incorporación como mano de obra asalariada a la gran minería y, paralelamente, la persistencia de un deprimido modo de producción campesino de consumo interno, conlleva una fuerte dependencia hacia la economía empresarial para la generación de ingresos para suplir las necesidades actuales, sean laborales, educacionales, de vivienda, salud, entre otros. Esta dualización histórica de la estructura económica atacameña ha influido en la disminución de las posibilidades de subsistencia basadas en patrones socioeconómicos y culturales tradicionales (Gundermann 1998).

En este sentido, la situación de salud de las comunidades atacameñas se enmarca en un escenario histórico-social, donde condiciones tales como la precariedad de la subsistencia y las características de las relaciones urbano-rurales, entre otras, han modificado tanto el sistema de valores y de prestigio social, así como la expresión del conjunto de dinámicas médicas propias. Esta situación erosiona las posibilidades de transmisibilidad de conocimientos tradicionales y prácticas médicas autónomas, que comienzan a integrar y depender de las pautas y protocolos de salud propios del sistema biomédico.

Resultados

Concepto de salud/enfermedad

Los atacameños comparten 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 está 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 los recursos para éste (Van Kessel 1991). Esta lógica también impregna la concepción médica andina acerca del cuerpo, la salud y la enfermedad.

La conceptualización médica andina se basa en una visión integral caracterizada por el tratamiento holístico del individuo y que comprende la enfermedad como un desequilibrio psicológico, socio-ambiental y, en algunos casos, mágico-religioso. Es decir, el individuo está inserto en un contexto sociocultural que lo liga a sus antepasados, a sus congéneres y a las fuerzas naturales que guardan relación estrecha con el grupo social (Arratía 1996).

En la zona del Loa, la aridez del paisaje se asocia a una especial significación de cerros y manantiales, los que están vinculados a espíritus y divinidades. Las altas cumbres, ricas en minerales, son concebidas como agentes protectores de enfermedades, a los cuales se les realiza ofrendas en forma de "pagos" que consisten en plumas, hojas de coca y otras plantas, y animales con carácter sagrado como el cuy (Castro 1992). Podemos decir que en el panteón atacameño los cerros, *malkus*, tienen un lugar predominante, vinculándose con la *Pachamama*, de manera que 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. Por lo tanto, el concepto de salud de los atacameños se referirá tanto al bienestar físico como a la armonía comunitaria, medioambiental y sobrenatural, por lo que en este punto resulta vital comprender el universo natural, social y animado sobrenatural dentro del cual se desenvuelven.

En este sentido, 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 frágil 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. La

enfermedad, por lo tanto, aparece como un juego de fuerzas y poderes que son “combatidos” con la restitución de la energía perdida o exorcizando el factor externo que lo debilita. Este dinamismo se desprende de las significaciones del mundo mágico sobrenatural, 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” (Talabre, mujer, 40 años).

Por lo tanto, la enfermedad aparece como efecto del dinamismo de fuerzas y poderes de acciones externas o fuerzas sustractivas de energías, provocando debilidad o deficiencias en las respuestas del cuerpo al entorno. Así, por ejemplo, el cuerpo enfermo somatiza un trauma del “cuerpo social” o de una crisis del ambiente (Sánchez 1992).

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 el individuo puede dedicarse a su trabajo sin sufrir cansancio excesivo y sin obstáculos físicos, y que le permita mantener relaciones sociales más o menos armónicas. La 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 se cumple con las tareas diarias, la productividad de la tierra y el ganado bajan, repercutiendo directamente en la satisfacción de las necesidades básicas. 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” (Socaire, mujer, 55 años).

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. Por esta razón, los atacameños igualmente trabajan sintiendo dolencias, ya que su función 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 en cuanto a asegurarse sus necesidades básicas. Esta situación nos permite comprender, a su vez, el carácter del itinerario terapéutico de los atacameños, puesto que recurren a especialistas una vez que la gravedad de la enfermedad es tal que ya no pueden seguir cumpliendo con los requerimientos de trabajo diario que exige su modo de subsistencia:

“Que uno está mal no más, o sea yo, o sea cuando yo estoy enfermo se me hace así que nunca más me voy a levantar, o sea, al contrario estoy grave, así parece que ya hasta aquí no más voy a llegar, o sea ahí yo noto que estoy enfermo...” (Talabre, hombre, 44 años).

Un elemento de suma importancia a la hora de comprender las valoraciones y preferencias de salud de los atacameños es la fe, que es fundamental en la efectividad de las formas de sanación que se manejan dentro de las conceptualizaciones de salud. La preponderancia de la fe se desprende del universo simbólico en el cual está inserto el paciente. De modo que al aludir a la fe los atacameños expresan su confianza en un tratamiento específico que ha sido probado reiteradas veces en la experiencia cotidiana demostrando, de esta forma, la eficiencia, credibilidad y legitimación de acciones de salud que no necesariamente tienen un referente material demostrable como, por ejemplo, las del orden mágico-religioso:

“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 menos acá a veces, se enfermaba así, vienen y nos dan un calmante, o sea una pastilla o un, cómo 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..." (Camar, mujer, 38 años).

"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..." (Talabre, mujer, 55 años).

"El día del ganado es el 24 de junio, ese día tiene que florear, tomar con tu ganado, hacer coquear a tu ganado, entonces 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..." (Camar, mujer, 38 años).

En suma, debemos destacar que este elemento, en lo que respecta al sistema salud/enfermedad de los atacameños, se constituye como pilar fundamental en la efectividad de cualquier tipo de tratamiento. Por ello, sus preferencias hacia las distintas formas de restitución de la salud dependerán de sus valoraciones hacia los distintos sistemas médicos que coexisten en la zona del Salar, es decir, recurrirán al sistema biomédico a través de las rondas o postas o la medicina tradicional atacameña. En este sentido, observamos que los atacameños recurren tanto a un sistema médico como a otro, dependiendo de su conceptualización de enfermedad.

Las formas de concebir la enfermedad según las causas se desprenden del modelo médico en el cual se mueven los atacameños. Esto es sólo comprensible una vez que entendemos su forma de relacionarse con el entorno. De este modo, a partir de las variadas formas de concebir y comprender la enfermedad y las dolencias, los atacameños recurren a distintos sistemas médicos.

Etiología atacameña

Según Foster y Anderson (1978) podemos definir dos grandes tipos de enfermedades según sus causas. Por una parte, las enfermedades personalistas tienen agentes 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 gru-

pos culturales. Por otra parte, están las enfermedades naturalistas que tienen como causa un desequilibrio con el entorno.

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 transgredido alguna norma.

Las causas naturalistas se refieren a un desequilibrio entre elementos del cuerpo y del medio ambiente natural, es decir, la explicación de una enfermedad es impersonal (Foster y Anderson 1978). 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 produzcan se referirán tanto a causas personalistas como naturalistas (Foster y Anderson 1978).

Enfermedades personalistas. Las enfermedades causadas por los seres que pertenecen al entorno animado, que ocupan un lugar en el panteón atacameño y que son personajes sobrenaturales que existen independientemente si causan dolencias o no, dependerán de la importancia que se le atribuya a la relación con estos seres. De este modo, 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 hay una relación indirecta en la vida cotidiana, generalmente estos seres son causantes de variadas enfermedades que no tienen una correspondencia directa con la forma de relacionarse con el entorno. Es el caso del *pujio*, 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. Lo que sí com-

parten 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 aluden a que los seres del entorno simbólico “piden” los “pagos” de los cuales se alimentan, lo cual expresa el carácter nutricional y seminal de las relaciones que los atacameños establecen con el medio social, productivo y medioambiental (Cuadro 1).

Del mismo modo, entre las enfermedades de causa personalista se encuentran “los trabajos” o “males” que se presentan como resultado de una relación conflictiva entre dos personas –envidia o problemas amorosos–, en la cual una decide dañar a la otra, para lo cual recurre a algún agente de la medicina tradicional con poderes mágicos (espiritis-

tas y/o brujos) quien confecciona el “trabajo”, provocándole el “mal” o enfermedad. El mal que sufre la víctima va más allá de sólo un malestar corporal, manifestándose en malas relaciones familiares, baja productividad de la tierra y el ganado, y pobreza en general. Los “trabajos” 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.

Enfermedades naturalistas. Refieren a un desequilibrio entre elementos del cuerpo y del medio ambiente natural donde no habría agentes de causalidad del imaginario atacameño personificados. La explicación de la presencia de una enfermedad u otra es impersonal y, por lo tanto, no hay agentes sobrenaturales involucrados, aludiendo más bien a estados orgánicos o biológicos ligados a cuidados respecto de temperaturas, higiene, alimentación y accidentes. Debemos señalar a este respecto que situaciones traumáticas como los accidentes carreteros, aun cuando no se refieran a un

Personificaciones en el medio ambiente con causalidad primaria	Referentes concretos en el medio circundante	Enfermedades que producen	Síntomas
<i>Pachamama</i>	Es dueña de la tierra y, por ende, se encuentra en todo el rededor. 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.
Abuelos	Gentilares (cementeros de los antiguos), son claramente localizados en la comunidad o bien desconocidos. También se presentan en las ventoleras.	abuelo	Dolores corporales, generalmente en brazos y piernas.
Almas/fallecidos	Cementerios y lugares cercanos a los recién fallecidos.	alma	Cansancio permanente y estado de predisposición a sufrir enfermedades y fatalidades.
Personificaciones del medio ambiente con causalidad secundaria	Referentes concretos en el medio circundante	Explicación de su presencia	
Demonio	Remolinos.	Generalmente se lleva a los niños, haciendo que se pierdan de la vista de los padres de un segundo a otro.	
<i>Pachacho</i>	Sin localización conocida por la comunidad, debido a enterratorio de fetos o recién nacidos.	Intranquilidad producto de un aborto. El recién nacido persigue a sus padres o simplemente pide comida a quien pasa cerca de su localización.	
<i>Pujios</i>	Lagartos, animitas.	Deformaciones corporales producto de no realizar ofrendas correspondientes.	

Cuadro 1. Personificaciones atacameñas del medio ambiente y las enfermedades que causan.

desequilibrio físico-medioambiental son concebidas como “enfermedad” por los atacameños, en tanto aluden a la gravedad vital de un hecho de este tipo. Es interesante constatar, además, que se trate de un padecimiento que no posee estrategias de resolución en la medicina atacameña y que, por lo tanto, se constituye como un eje en el cual la biomedicina posee un alto reconocimiento. Si bien para este tipo de enfermedades existen prácticas terapéuticas provenientes de ambas medicinas, dentro del imaginario atacameño aparece una serie de enfermedades, que aun cuando no tienen sus causas en elementos animados del entorno simbólico, sí poseen correspondencias con el modelo médico atacameño, en tanto encarnan malestares o dolencias que de manera unívoca encuentran su resolución en la medicina tradicional atacameña. Es el caso de enfermedades como el “aire” o la “matriz” que demandan respecto de su sintomatología una terapéutica de carácter tradicional.

Enfermedades emocionales. Se refieren a situaciones donde el individuo sufre una fuerte descarga emocional, lo que se expresa en enfermedades tales como el “susto” y el “resentimiento”. La primera se produce cuando una persona se asusta al ver un suceso extraño a su vida cotidiana y el “ánimo” (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. En este caso, nuevamente nos encontramos con una sintomatología que se amplía a los imaginarios latinoamericanos acerca de la salud y la enfermedad, siendo el susto un síndrome cultural latinoamericano (Pedersen 1989):

“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...” (Camar, hombre, 45 años).

El “resentimiento”, en tanto, aparece cuando ha habido algún conflicto familiar que produce una tensión permanente del afectado con el resto de los integrantes de la familia.

Los componentes médicos que entran en juego en las estrategias de restitución de la salud son mixtos en el sentido que existen distintas instancias donde

se observa la recurrencia a la medicina tradicional atacameña o a la biomedicina, lo 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 elementos médicos de la cultura dominante, constituyendo nuevas formas y modelos adaptativos a un medio ambiental, social y económico en transformación (Cuadro 2).

Sistemas médicos que coexisten

Sistema 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 y de sus formas de concebirlo. 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. El entorno social y productivo en el cual viven los atacameños se encuentra tensionado por las precarias condiciones climáticas y naturales, por lo cual dentro de las creencias y prácticas rituales relacionadas con el medio ambiente circundante existe un fuerte componente preventivo. Los ritos y ceremonias dirigidas a la *Pachamama*, los *malkus* y manantiales contienen una permanente petición para adquirir salud y conservarla.

a) Medicina doméstica. La medicina doméstica se desprende de la medicina tradicional popular, en cuanto es fruto de la relación cotidiana con el entorno, así como también de las relaciones que se establecen con elementos apropiados de la cultura campesina rural (Pedersen 1989; De Miguel 1980), que van siendo incorporados a los conocimientos atacameños. Se basa principalmente en los conocimientos herbolarios que son por todos compartidos en las comunidades. Más de un 80%

PRACTICAS DE SALUD EN LAS COMUNIDADES DEL SALAR DE ATACAMA:...

Causas	Enfermedades	Tratamientos
P E R S O N A L I S T A S	Tierra	Pagos que consisten en mesas, oraciones, sahumerios y sacrificios de animales con eficacia simbólica. Generalmente en dirección a los cerros o <i>malkus</i> .
	Abuelos	Pagos que consisten en mesas, oraciones, sahumerios y donaciones de comida generalmente en gentilares.
	Alma	Separamiento de alma, es preferible hacer el tratamiento inmediatamente después del entierro del difunto con el objeto que tenga un carácter preventivo más que curativo. Con la hierba que recibe el nombre de "Tara" se realiza un sahumerio para limpiar a los familiares del difunto. Esto busca tranquilizar el alma del difunto para que no perturbe a los familiares.
	Males	Luego de descifrar quién ha hecho el "encargo" se refiere a confeccionar un "atajo" al mal haciendo un "contra"; es decir, que se debe devolver ese mal a la persona que lo encargó.
N A T U R A L I S T A S	Mal de orines	Receta con tratamiento herbolario y dietas especiales.
	Aire	Receta de lavados y frotaciones con yerbas determinadas.
	Lastimado/Abertura de carne	Compone los músculos con masajes, parches y ventosas y cataplasmas a base de hierbas y pomadas populares.
	Tronchadura	Vuelve al lugar el hueso y deshinchas con masajes cataplasmas y pomada.
	Matriz	Vuelve a poner en su lugar el útero, luego de un parto difícil por medio de ventosas, parches y fajas y receta dieta no irritantes.
	Resfriado	Tratamientos complementarios mixto medicina formal y tradicional.
	Bronconeumonía	
	Gastritis	
E M O C I O N A L E S	Vesícula	
	Reumatismos	
	Accidentes	
	Resentimiento	Traumatismos graves son de casi exclusividad de la Posta de San Pedro de Atacama y el Hospital de Calama.
	Susto	Lograr el perdón entre las personas de la familia que están conflictuadas, por medios de peticiones, pago y oraciones.
		Se debe determinar el causante del susto y el lugar donde ocurrió y, por lo tanto, donde se quedó el ánimo de la persona, al atardecer se va al lugar y se llama al ánimo por medio del nombre de la persona enferma. Se hacen pagos y sahumerios en el lugar hasta que se restituya el ánimo en el paciente.

Cuadro 2. Tipos de causalidad de las enfermedades y sus tratamientos.

de las plantas de la zona presentan usos medicinales (Villagrán *et al.* 1998), constituyéndose en la base de la medicina doméstica o casera. También se compone de ciertos elementos apropiados de la medicina popular y biomédica 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, tálcos y remedios populares que adquieren en el mercado

de Calama, que muchas veces son de origen boliviano. También se compone de elementos propios del medio ambiente circundante como son los caldos de zorro, grasa de parina, orina de *guaicho* y sangre de perro, entre otros. Con la medicina doméstica se atienden las dolencias de causa naturalista que se basan en un desequilibrio de caliente o frío, en cuanto a comidas o ambientes. Esta forma de sanación está presente en la mayoría

de los hogares y los conocimientos son aprendidos por mujeres, hombres y niños. 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, sahumerios y dietas compuestas con los mismos elementos del medio ambiente. También se tratan las dolencias estomacales y corporales leves, esguinces y problemas musculares de mediana gravedad y dolencias pasajeras en general:

“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” (Río Grande, mujer, 55 años).

“Tomo remedios de acá, hay muchos remedios para el dolor del estomago porque, está el ajeno, 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...” (Talabre, mujer, 55 años).

b) Yerbatero. Tenemos que si bien muchas dolencias que empiezan en el ámbito de los quehaceres cotidianos se solucionan en lo doméstico, cuando los requerimientos de salud no son subsanados o escapan de las estrategias domésticas se recurre a especialistas médicos, tanto de la medicina andina y/o de la biomedicina. En el caso atacameño, el yerbatero cumple una doble función. Por un lado es un amplio conocedor de las facultades mágicas y curativas de las plantas, 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*; sin embargo, 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. Es necesario recordar, además, los procesos transculturativos en los cuales los atacameños han participado, estando expuestos a una fuerte aculturación desde los modelos occidentales. El caso del yerbatero aparecería en este sentido como una readaptación de la figura tradicional del especialista andino a las transformaciones de significado promovidas por las relaciones de subordinación respecto de la sociedad dominante, aun cuando resulta prevaeciente el sentido simbólico del modelo médico atacameño. Los yerbateros son personas elegidas por la *Pacha*, quien les entrega las fa-

cultades naturales y sobrenaturales 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 por tradición poseedora del don. Aun 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 (Fernández 1999). En este caso, se hace evidente que las prácticas que desarrolla el yerbatero se desprenden del modelo médico tradicional atacameño, sus formas de diagnóstico, tratamiento y su relación con los pacientes conforman un sistema que cobra sentido una vez que entendemos el universo simbólico atacameño.

“- Y ella, sabe como recibió ese poder, ella no es una médica cualquiera...”

- Ella recibió del señor...”

- Ella recibió del señor por lo rayos de los truenos...”

- Dice que le botó, le quemó...” (Camar, Mujer, 35 años).

La especificidad del yerbatero está en el diagnóstico por la lectura de la hoja de coca u otros elementos, y su pericia prácticamente se concentra en la resolución de enfermedades personalistas que contienen un fuerte componente mágico-religioso que sólo él puede atender, ya que al poseer el don enviado por la *Pachamama* puede acceder a las causas del daño o la enfermedad, así como también conoce el manejo de los protocolos rituales que hacen posible la restitución del orden o equilibrio:

“Si te dice qué es lo que es, qué es lo que tenís, cómo fue, todo, hay algunas personas que dicen todo, si tú tenís un mal te hicieron un paquete en tu casa y si tú quieres saber quién te hizo también te lo dice, quién te lo hizo... así con las enfermedades” (Talabre, mujer, 45 años).

Las formas de diagnóstico, en estos casos, se basan en la capacidad del yerbatero de leer en las hojas de coca, los naipes, la Biblia o las entrañas de algún animal. Las hojas de coca son fundamentales, ya que son necesarias tanto para el diagnóstico como para los distintos tratamientos. El diagnóstico que se realiza con la coca se basa en que el paciente coloca en un pañuelo las hojas que mantiene durante

unas horas en un lugar de su cuerpo, luego estas hojas son leídas por el yerbatero quien determina 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. En el caso de las entrañas de animal, el diagnóstico se basa en la lógica de la semejanza, en cuanto a que dependerá de cómo se encuentren las vísceras del animal, estarán los órganos internos del consultante. La consulta a la Biblia y a los naipes dependerá del aprendizaje del yerbatero:

“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 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 ánimo a su lugar ahí y la persona como que...” (Talabre, hombre, 50 años).

“La vista no más ella te va, porque mira en la mano, por la Biblia y en la mano y acá a través de las venas dices tú si tienes, si está lastimado o tiene alguna otra cosa, todo, todo todo ven, pero en la mano, en la mano derecha ahí le lee como en esta parte, y ahí sale todo si ella no le hacen tonta porque si uno está embarazada ella dice al tiro...” (Camar, mujer, 35 años).

La hoja de coca es más que un simple medio de diagnóstico, es un elemento presente en toda la vida andina, abarcando tanto 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 representando la unión de ambos contextos, y a través de este tipo de relaciones el andino lograría la integración psicológica, social y cultural (Zorrilla 1986). Y que para el caso atacameño viene a denotar no sólo la conexión respecto del entramado andino en general, sino que también el carácter secreto o semiclandestino que poseen estas prácticas médico-rituales dada la penalización del consumo de esta planta en el territorio nacional, cuestionándose de esta forma las posibilidades concretas de conjugar relaciones interculturales.

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 sahumerios 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 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 sahumerios, entre otros. Los pagos generalmente son “mesas” que consisten en hojas de coca y alcohol, en algunos casos también contienen cigarrillos y cereales u otros comestibles. Con estos actos rituales se busca restablecer la relación de reciprocidad que habría sido interrumpida por alguna conducta errada del consultante, así como también en el caso de los “trabajos” es necesario identificar quién hizo el “encargo” y así devolverle el mal para curar la enfermedad del consultante.

“(...) qué es lo que tengo que hacer yo ir a un yerbatero y decirle mire esto me pasa, entonces el yerbatero ve, algunos ven el naípe, otros ven en las hojas y me dice, ya a ver qué es lo que tengo que hacer ahora, ya sabís que más tú tienes que carnear un cordero negro y tienes que tirar la sangre para atrás eso son para las almas y siempre con su harina y su coca a nombre de ella, y los huesos de esa carne tú tienes que quemarlos y la carne tú puedes comerlo, todos los huesitos de esa carne tienes que juntar y quemarlos...” (Río Grande, mujer, 50 años).

La relación sanador/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. Esta información, sumada a que generalmente el yerbatero conoce parte de la vida del consultante, resulta determinante para un diagnóstico correcto y un tratamiento efectivo. Generalmente la entrevista terapéutica entre yerbatero y consultante se convierte en una suerte de conversación en profundidad, donde el trato familiar y horizontal deviene en una empatía necesaria para dar las indicaciones de un tratamiento a seguir basado principalmente en la fe sobre su efectividad. El yerbatero explica los pasos a seguir en un vocabulario familiar, lo

que implica que éste tratamiento sea, la mayoría de las veces, seguido a cabalidad:

“Como una persona más, como familia, como una familia porque él dice, ya esto vas a tomar, sino, si no querís sanarte no sé tenís que ir al hospital, si tú crees que yo te estoy haciendo esto es por que yo te creo que tú soy un ser humano igual que yo que tienes que mejorarte y tomarte estas yerbas, uno tiene que creer para que eso sane” (Socaire, mujer, 60 años).

Sistema biomédico. Desde la perspectiva interpretativa, Kleinman (1995) escoge el término “biomedicina”, ya que éste centra la atención en la constitución de su objeto de estudio, donde la naturaleza es física y lo psicológico, lo social y moral son elementos que esconden la esencia patológica y terapéutica, la cual es la biología que es entendida como una estructura arquitectónica de asociaciones químicas. La biomedicina ha tenido una trayectoria histórica en la cual el desarrollo de las técnicas en los tratamientos van de la mano con los avances científicos occidentales, los cuales se orientan bajo la búsqueda de relaciones comprobables de causa/efecto. Se basa en una visión mecanicista del cuerpo, por lo que la enfermedad es producida por agentes infecciosos o un mal funcionamiento fisiológico (Pedersen 1989; Velimirovic 1978; Foucault 1999 [1963]). Por lo tanto, se caracteriza por ser aliada de la razón científica partiendo de la base del dualismo cartesiano, y siendo validada por el método científico se instaura como la forma dominante en el occidente de concebir la salud y la enfermedad (Lock y Scheper-Hughes 1996; Velimirovic 1978). Los servicios de salud estatales en este sentido vienen a legitimar y monopolizar legalmente las formas de resolución de los problemas de salud (Lock y Nitcher 2002).

Las comunidades del Salar de Atacama se encuentran a más de 60 km de la Posta Médica Rural, que es la expresión estatal del sistema de salud estatal en la comuna de San Pedro de Atacama, y la comunicación con ésta se realiza por medio de una o dos rondas médicas por mes en cada comunidad. De ello se desprende que una de las principales trabas en la resolución de salud por parte del servicio se remite fundamentalmente a la distancia y a la carencia de recursos humanos (dotación de más profesionales) y de infraestructura. La Posta Rural de la Comuna de San Pedro de Atacama depende administrativamente del Departamento de Salud del

Servicio de Salud de la Región de Antofagasta, organismo que fiscaliza sus funciones y define los lineamientos generales de su accionar. En el ámbito comunal la posta depende directa y económicamente de la Municipalidad de San Pedro de Atacama. Las características sociales y económicas de la comuna permiten entender que las demandas de la comunidad vayan en dirección a la atención de los poblados atacameños del Salar, así como a la gran cantidad de población que ha llegado a San Pedro de Atacama debido al turismo y a la minería. Por lo tanto, en la práctica, se destaca que la ampliación de las demandas de salud por parte de la masa de población flotante (migrantes en el pueblo de San Pedro de Atacama y turistas en general) y por las comunidades indígenas atacameñas ha impulsado la complejización de sus funciones. Así, tenemos que aun cuando la posta de San Pedro de Atacama es la base de una posta rural, trabaja desde hace más de dos años bajo el modelo de consultorio rural en lineamientos orientados hacia la prevención y promoción de salud. En este sentido, y pese a que el financiamiento central no les permita arrendar una planta física y contratar más personal, en la práctica se han implementado programas de salud correspondientes a un consultorio como son las atenciones de crónicos (hipertensión, tuberculosis, diabetes y epilepsia), programas dentales, programa de la mujer –que incluye control de la fertilidad, control de embarazo y control de climaterio–, programa 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 los accidentes carreteros, los que como ya hemos visto ocupan un lugar dentro de las nociones de salud/enfermedad de los atacameños. Del mismo modo, las comunidades atacameñas son atendidas en rondas médicas por el equipo de la posta rural, éstas se realizan en cada pueblo de acuerdo a la percepción de las demandas de salud por parte de los profesionales y se han organizado en visitas mensuales considerando criterios como número de asistencia a los controles de salud y a requerimientos hechos por las instancias comunitarias de los propios pueblos.⁴

⁴ Hasta el momento, para los trabajos en terreno el servicio de la posta cuenta con un equipo médico compuesto por un médico cirujano general de zona, una enfermera general de zona, un obstetra o matrón, un dentista, un kinesiólogo y tres paramédicos.

Las formas de diagnóstico de la medicina formal muchas veces se desprenden de la sofisticación tecnológica, nos referimos a exámenes de sangre, radiografías, electros, biopsias, etc. Elementos que no son accesibles en la Posta Rural de San Pedro de Atacama, por lo que muchas veces, para efectos de determinar causas de la enfermedad bajo la visión biomédica, el consultante debe recurrir al Hospital de Calama u otra institución de salud presente en la ciudad.

Ahora bien, al visualizar las distintas etiologías de las enfermedades podemos comprender las preferencias entre los distintos sistemas médicos de los atacameños en su itinerario terapéutico. Las enfermedades de causas emocionales y personalistas se fundamentan en las nociones mágico-religiosas de los atacameños y, por ende, tienen poco o nada que ver con el modelo biomédico en cuanto a que, algunas veces, la racionalidad es opuesta a una causa empírica demostrable. En cambio, las enfermedades con causas naturalistas están directamente relacionadas con la concepción hipocrática del cuerpo y el entorno, desde donde nace la biomedicina, lo que hace posible que los atacameños puedan ir a la posta tanto por resfríos como por aires (Cuadro 3). Debemos destacar, sin embargo, que las enfermedades de causas naturalistas generalmente son tratadas en el ámbito doméstico con conocimientos herbolarios compartidos por la comunidad y que en algunos casos sólo

este tipo de tratamientos posee eficacia física y simbólica.

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, en el cual influyen elementos 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 (Citarrella 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 debemos partir desde el modelo médico subyacente a las concepciones de salud/enfermedad antes descritas. A partir de los análisis realizados podemos 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

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

Cuadro 3. Enfermedades que se tratan por la medicina formal.

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 complementarias, 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 donde comienza cualquier camino por la búsqueda de la salud, con elementos que aluden a retazos de saberes 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. En este sentido, existe una clara diferenciación entre ciertas enfermedades que son para un sistema médico como para otro, que están bien definidas por los propios habitantes de las comunidades. De este modo, las enfermedades de causas personalistas y emocionales se tratan preferentemente por la medicina tradicional atacameña, debido al componente mágico-religioso que involucra el tratamiento.

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 poh, 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 ahí nosotros llamamos a la ronda, ahí llamamos a la ronda para que les pongan inyecciones, les dejen algún remedio” (Camar, mujer, 38 años).

Otros son los accidentes que requieren de cirugía para 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 está 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” (Talabre, mujer, 50 años).

“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” (Camar, hombre 62 años).

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 cuáles 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 p'al 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...” (Talabre, hombre, 45 años).

“Para el resfrío, tener la guagua, cuando uno no puede tener la guagua también uno llega al hospi-

tal 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" (Talabre, mujer, 40 años).

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.

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 es que una vez que se ha tratado un problema 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, existiendo, por tanto, una validación de los servicios de la posta desde los especialistas médicos atacameños, hecho que no ocurre a la inversa. En este sentido, podemos decir que existe una invisibilidad del modelo médico atacameño y, por lo tan-

to, 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” (Camar, mujer, 38 años).

Como podemos 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 medicina formal por un tratamiento con especialistas atacameños es un hecho recurrente, siendo luego seguido, la mayoría de las veces, a cabalidad.

Discusión y conclusiones

Nuestro propósito ha sido adentrarnos no sólo en una caracterización etnográfica del sistema salud/enfermedad de las comunidades, sino que también entrever dentro de las estrategias de salud las dinámicas de las relaciones establecidas respecto del servicio de salud estatal. Este último, entendido no sólo como expresión de un sistema de atención sanitaria primaria tendiente a la resolución de enfermedades, sino que también como eje representa-

cional de un conjunto de valores de prestigio y de poder asociado a la sociedad mayor y dominante. En este sentido, buscamos contribuir a la comprensión de las fuerzas y procesos de transformaciones sociales y culturales que incidirían en la percepción y en la existencia de las prácticas médicas atacameñas, en el entendido que las comunidades atacameñas están insertas en dinámicas urbano-rurales que aluden a dimensiones económicas, sociales y culturales. Es decir, que su modo de subsistencia es mixto, complementándose aspectos de la producción tradicional (agrícola-ganadera) y asalariada (especialmente en la gran empresa minera), así como también la educación formal se desarrolla en el marco de un modelo que obliga el traslado de los jóvenes lejos de las comunidades de origen, hecho que gatilla sentimientos de desarraigo y que desmiembra aún más el frágil tejido social atacameño.⁵

Con ello, se analizó el carácter de las relaciones interétnicas expresadas en los sistemas médicos no sólo como conjunto de mecanismos de resolución diferenciada de problemas de salud, sino que más aún, como sistemas de poder que ponen en escena las relaciones de asimetría de los grupos indígenas respecto de sus decisiones de salud. Estas estarían mediadas no sólo por la funcionalidad y la eficacia de los distintos recursos médicos, sino que también por el *plus* valor del sistema médico formal sobre el atacameño, en razón de la posición de poder que ocupa respecto de las prácticas tradicionales. Entendemos que en el accionar de postas y rondas rurales no sólo se extiende la cobertura del servicio de salud a zonas rurales más alejadas y distantes en términos de transporte y comunicación, sino que además traslada un conjunto de valores asociados a prácticas médico-urbanas dominantes tales como el ideario de modernización o sobre tecnologización y secularización de las fuentes de interpretación del origen de las enfermedades. Estas nociones se insertan en el núcleo de relaciones sociales atravesadas por la precariedad económica y por la preponderancia del trabajo minero asalariado que relega cada vez más los modos de sub-

sistencia tradicionales.⁶ Estos aspectos que sitúan el sistema biomédico en una posición de poder respecto de las otras prácticas médicas, nos permiten interpretar que las demandas de salud de los atacameños hacia el sistema de salud oficial se expresen no sólo como una necesidad de respuesta a las necesidades que ellos visualizan, sino que se expresen más bien en la necesidad de acceder de forma igualitaria a los recursos respecto del habitante de la ciudad, aun cuando estos requerimientos no sean de urgente aplicabilidad. Por ejemplo, demandas como la exigencia de una mayor cobertura de especialidades, un acceso más expedito a los servicios públicos de salud y una mejora en la dotación del equipamiento médico, constituyen un conjunto de apelaciones al servicio de salud estatal que permitiría resolver, al menos de manera simbólica, aspectos como la marginación social y política de estas comunidades respecto a los servicios urbanos en general.

Una aproximación a una epidemiología sociocultural nos permite conceptualizar el conjunto de enfermedades reconocidas por las comunidades atacameñas como pertenecientes a distintas esferas de causalidad, evidenciando no sólo la existencia de recorridos terapéuticos o itinerarios que se inician inequívocamente en las prácticas médicas domésticas y que se caracterizan por el uso generalizado de plantas medicinales⁷, sino que se sustentan culturalmente en un modelo médico que posee un carácter fuertemente personalista que concibe la enfermedad bajo una lógica quizás propiamente andina en la que los valores sociales están dados por el cuidado de las relaciones que, en este caso, hacen referencia a las relaciones que las personas establecen con el medio ambiente, con el entorno social-comunitario y con el mundo sobrenatural. De este modo, la noción de “cuidado de la salud” posee una dimensión plural que indica la responsabilidad de los atacameños en mantener una suerte de equilibrio que liga su posición humana a la naturaleza y al espacio mágico-religioso. Por lo

⁵ Preferimos usar la noción de “atacameño” para dar cuenta del complejo de formas propias, apropiadas o sincréticas y ajenas al grupo, y que en su conjunto expresan las características de las transformaciones y las resignificaciones sociales y culturales que realizan los grupos en función de las relaciones de dominación/subordinación.

⁶ Como sabemos, existe una tendencia a la feminización de los trabajos productivos tradicionales dada por la masiva participación del contingente masculino en faenas mineras, lo que en términos metodológicos incidió en las características de nuestro universo de estudio, ya que más del 65% de los/as entrevistados/as son mujeres.

⁷ Cuestión que, por lo demás, anuncia sobre el tipo de relación y los conocimientos acabados que los atacameños poseen de su entorno natural e inmediato.

tanto, la enfermedad no se traduce en síntomas que le ocurrirían a un cuerpo mecánico como lo es para el modelo biomédico, sino que alude a una interpretación del cuerpo como expresión de una constitución seminal y relacional desde la cual resulta comprensible la existencia de una sintomatología concreta y específica donde las enfermedades aluden a un cuerpo social. Así, la “metáfora del hambre” se refiere a la relación seminal y nutricional que los atacameños establecen con el entorno ecológico, mágico y social; noción que constituye y simboliza tanto el rol de hombres y mujeres en la restauración de la salud como el núcleo desde el cual los atacameños interpretan sus episodios mórbidos. De ahí que este modelo médico contenga un carácter preventivo, en el entendido que en la reactualización del orden simbólico a través de los distintos eventos del calendario ritual, el atacameño tiene la facultad de anticiparse a ciertos episodios mórbidos que podrían ser promovidos por transgresiones a espacios y/o protocolos sagrados, por lo que la relación nutricional que ellos establecen con el entorno implicaría proveerse de protección de salud desde la reactualización del principio de reciprocidad con su universo simbólico.

El seguimiento de los itinerarios terapéuticos nos revela una estrategia médica múltiple de los atacameños, lo que nos permite hablar de una alternancia de sistemas médicos y de una complementariedad de los mismos. Ello constituye, además, un lugar donde se traslucen las decisiones del grupo en la que es éste el que define y se apropia de elementos culturales no pertenecientes estrictamente a los recursos de la medicina tradicional atacameña, pero que se constituye como una estrategia de salud que posee un anclaje y soporte en un modelo cultural e históricamente específico desde el cual se interpretan y solucionan los problemas de salud.

En definitiva, es el modelo médico el eje que se constituye como un lugar referencial desde el cual los atacameños definen el carácter de las relaciones terapéuticas y las expectativas en la resolución de sus aflicciones. Desde allí, se articulan demandas hacia la biomedicina como mejorar la calidad de la relación o entrevista terapéutica, lo que apela directamente a las dinámicas médicas que se establecen desde el servicio de salud primario.

En suma, tenemos una relación médica interétnica que desde los usuarios se define en términos de la

carencia o la necesidad de mejorar la calidad de la atención biomédica en función de la ampliación de la noción de cuidado, que alude a un conjunto de percepciones de seguridad psíquica y/o emocional. En un mismo sentido, desde el servicio médico si bien no se visualiza la particularidad socio-cultural de los atacameños, se reconoce la urgencia de mejorar la calidad del servicio, lo que se ve reflejado en que las debilidades del mismo se definen en términos de la falta o carencia de recursos físicos y humanos que permitan otorgar una mayor disposición de tiempo respecto de las consultas médicas, o bien, más rapidez en la resolución de cuadros crónicos. De ahí la importancia de mejorar la calidad de la atención desde un binomio que relacione la calidad prestada por el servicio con la visualización de la especificidad cultural de los usuarios atacameños. En otras palabras, ello implica una transformación estructural en los objetivos del sistema médico rural, ya que se centra no sólo en la extensión de la cobertura, sino también en la optimización de los recursos médicos presentes en la zona, en este caso la medicina tradicional atacameña. Con ello se contribuiría a fortalecer conocimientos y estrategias culturales autónomas para resolver la salud, permitiendo que sea el propio tejido social el que restaure sus problemas, enfatizando la importancia de decisión y control cultural del grupo sobre el destino y la reproducción de un cuerpo social, ecológico y simbólico.

Finalmente, queda agregar que este trabajo ha sido un esfuerzo por comprender las prácticas médicas de comunidades indígenas sometidas a fuertes presiones de subsistencia tanto en aspectos medioambientales, dados los procesos de desertificación de la zona, como en sus dimensiones socioeconómicas que cada vez fuerzan a migrar estacional o definitivamente del territorio; poniendo en entredicho las posibilidades de transmisión intergeneracional de saberes y conocimientos médicos tradicionales, cuestión que vulnera no sólo las capacidades de control cultural de recursos y bienes terapéuticos, sino que también la fuerte permanencia de un modelo distinto de comprender el mundo, las relaciones y el cuerpo, el cual persiste actualmente y permea el conjunto de significados dados a las prácticas. Sin duda, esta exploración etnográfica está destinada a múltiples profundizaciones en las que sea posible visualizar los mecanismos silenciosos por los cuales la cultura persiste y se transforma, no obstante que ello permita promover políticas dirigidas a una completa y urgente interculturalidad.

REFERENCIAS CITADAS

- ARRATIA, M. I., 1996. La importancia de la etnomedicina para la atención médica en Arica: Marco conceptual para una medicina intercultural. *Actas del II Congreso Chileno de Antropología*, TI: 338-345. Valdivia.
- CASTRO, V., 1992. Así sabían contar. En *Oralidad 4: Anuario para el rescate de la tradición oral de América Latina y el Caribe*, pp. 16-27.
- CHAMORRO, A. y C. TOCORNAL, 2002 Ms. Aportes a la complementación entre la medicina formal y la medicina tradicional atacameña en San Pedro de Atacama. Informe de Práctica Profesional en Antropología Social, Depto. de Antropología, Universidad de Chile.
- 2003 Ms. Los procesos transculturativos en las concepciones médicas de las comunidades atacameñas del Salar. Ponencia presentada en VII Jornadas de Historia Andina del Norte de Chile, Facultad de Humanidades, Instituto de Historia y Ciencias Sociales, Universidad de Valparaíso, 5 y 6 de noviembre de 2003.
- CITARRELA, L. (Comp.), 1995. *Medicinas y culturas en la Araucanía*. Editorial Sudamericana, Santiago.
- COOK, T. D., y CH. S. REICHARDT, 1982. Hacia una superación del enfrentamiento entre los métodos cualitativos y cuantitativos. En *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*, T. D. Cook y Ch. S. Reichardt (Eds.), pp. 25-58. Morata, Madrid.
- DE MIGUEL, J. M., 1980. Introducción al campo de la antropología médica. En *La antropología médica en España*, M. Kenny y J. M. De Miguel (Eds.), pp. 11-40. Editorial Anagrama, Barcelona.
- FERNANDEZ, G., 1999. Médicos y yatiris: Salud e interculturalidad en el altiplano aymara. *Cuadernos de Investigación CIPCA* 51. Ministerio de salud y prevención Social, CIPCA y ESA, OPS/OMS, La Paz.
- FOUCAULT, M., 1999 [1963]. *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica*. Siglo Veintiuno Editores, México D. F.
- FOSTER, G. M. y B. G. ANDERSON, 1978. *Medical anthropology*. Alfred A. Knopf, Nueva York.
- 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.
- JUNGE, P., 2001. Nuevos paradigmas en la antropología médica. *Actas del IV 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*. M. Kenny y J. M. De Miguel (Eds.), pp. 69-80. Editorial Anagrama, Barcelona.
- KLEINMAN, A., 1995. *Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine*. University of California Press, Los Angeles.
- LOCK, M. y N. SCHEPER-HUGHES, 1996. A critical-interpretative approach in medical anthropology: Rituals and routines of discipline and dissent. En *Medical anthropology: Contemporary theory and method*. T. M. Johnson y C. F. Sargent (Eds.), pp. 47-17. Praeger Publishers, Nueva York.
- LOCK, M. y M. NITCHER, 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*, M. Nitcher y M. Lock (Eds.), pp. 1-28 Routledge, Londres y Nueva York.
- PEDERSEN, D., 1989. Elementos para el análisis de los sistemas médicos. *Revista Enfoques en Atención Primaria* 4 (1): 7-24.
- SANCHEZ, J., 1992. Cuerpo y enfermedad en las representaciones indígenas en los Andes. En *Mujeres de los Andes: Condiciones de vida y salud*, A. C. Defossez, D. Fassim y M. Viveros (Eds.), pp. 61-79. Universidad Externado de Colombia.
- TOCORNAL, C., 2004. Panorama etnográfico de la relación entre la medicina tradicional atacameña y la medicina formal de las comunidades indígenas del Salar de Atacama. http://congresochilenodeantropologia.cl/html/modules.php?name=Simp3_ptocornal
- VAN KESSEL, J., 1991. *Tecnología aymara: Un enfoque cultural*. CIDA, Puno.
- VELIMIROVIC, B. (Comp.), 1978. *La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense*. Organización Panamericana de la Salud, Washington D. C.
- VIDAL, A., 1996. ¿Límites teóricos o sociopolíticos para una interculturalidad en salud? *Actas del II Congreso Chileno de Antropología*, T I: 381-387. Valdivia.
- VILLAGRAN, C., V. CASTRO, G. SANCHEZ, M. ROMO, C. LATORRE y L. F. HINOJOSA, 1998. Etnobotánica del área del Salar de Atacama (Provincia del Loa, Región de Antofagasta, Chile). *Estudios Atacameños* 16: 7-106.
- WEISNER, M., 1998. La antropología médica, lo uno, lo múltiple. *Actas del III Congreso Chileno de Antropología*, T I: 71-80. Temuco.
- ZORRILLA, J., 1986. El hombre andino y su relación mágico-religiosa con la coca. En *La coca andina: Visión de una planta satanizada*, pp. 147-160. Instituto Indigenista Interamericano y J. Boldo i Climent Editores, México D. F.