



Estudios Atacameños

ISSN: 0716-0925

eatacam@ucn.cl

Universidad Católica del Norte

Chile

Leyton, Daniela; Valenzuela, América
Trayectorias del cuidado de la salud infantil. El caso de la comunidad atacameña de
toconao
Estudios Atacameños, núm. 55, 2017, pp. 251-270
Universidad Católica del Norte
San Pedro de Atacama, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31554018011>

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

TRAYECTORIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD INFANTIL. EL CASO DE LA COMUNIDAD ATACAMEÑA DE TOCONAO

TRAJECTORIES OF CHILD HEALTH CARE. THE CASE OF THE ATACAMEÑA COMMUNITY OF TOCONAO

Daniela Leyton¹ y América Valenzuela²

Resumen

Las trayectorias del cuidado de la salud infantil aluden al camino recorrido por un individuo y su colectivo social donde experimentan, interactúan y negocian en un contexto de diversas formas de atención a la salud. En perspectiva etnográfica abordamos el caso de la comunidad atacameña de Toconao (San Pedro de Atacama, Chile) respecto de los itinerarios y los espacios en torno al cuidado de la salud infantil que experimentan un conjunto de madres y sus niños. Nos interesa mostrar los contextos, las posibilidades y negociaciones que estas madres van produciendo en relación a las formas de vivenciar y resolver las materias vinculadas con la salud, la enfermedad y la atención en una de las etapas más relevantes en el cuidado de la niña o niño a su cargo como es la primera infancia.

Palabras claves: Trayectorias – cuidado de la salud infantil – salud pública – autoatención – modelos médicos – Toconao – atacameños.

Abstract

Trajectories of child health care allude to the path traveled by individuals alongside their social group as they experience, interact, and negotiate various models of illness. The ethnography we carried out focuses on how Atacameño mothers and their children from the community of Toconao (San Pedro de Atacama, Chile) experience different healthcare trajectories vis-à-vis various illness models that they encounter. Particular attention was given to the contexts, possibilities, and negotiations in which these mothers address matters related to early childhood health, disease, and care.

Keywords: Trajectories – child healthcare – public health – self-care – illness models – Toconao – atacameños.

Recibido: marzo 2016. Aceptado: agosto 2016.

❖ INTRODUCCIÓN

Una trayectoria es básicamente un camino recorrido. Vista desde la antropología, puede ser una construcción de experiencias de un sujeto y su grupo a lo largo de una etapa, un ciclo o una vida. En ese tránsito las personas van tomando decisiones, adquiriendo experiencias y acumulando conocimientos; también sometiéndose a las certezas, pautas y dominios que ciertos modelos, instituciones y eventos van aportando, así como enfrentándose y deshaciéndose de aquello que se interpone.

En el cuidado y atención de la salud de las personas sucede algo similar. Durante la vida de un individuo, éste va transitando y haciendo parte de múltiples trayectorias o caminos con el fin de protegerse, sanarse o comprender qué le afecta. En el caso de los niños y niñas, las rutas o trayectorias en el cuidado de la salud se inician desde antes de nacer, cuando la madre y el feto son objeto de control y diagnóstico durante el embarazo. Así, con el nacimiento del bebé se inaugura su propia trayectoria médica y la de quienes se encargarán de él. Lo central es que esa trayectoria médica está ligada íntimamente a una serie de etapas, momentos y actividades donde la madre, la familia o sus cuidadores tienen un rol central y están marcados por los cuidados, la prevención y el control de enfermedades o padecimientos, la lactancia materna y

¹ Laboratorio de Etnografía, Departamento de Antropología, Universidad de Chile. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago, CHILE. Académica, Obstetricia y Neonatología, Facultad de Salud y Odontología, Universidad Diego Portales. Manuel Rodríguez Sur 415, Santiago, CHILE. Email: dvleyton@gmail.com

² Laboratorio de Etnografía, Departamento de Antropología, Universidad de Chile. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago, CHILE. Email: avalenzuelarebolledo@gmail.com

la alimentación. En una sociedad como la chilena, parte fundamental de esas trayectorias está dada por el llamado modelo biomédico y hegemónico propio de la programación en salud pública. Este modelo tiene trazado un itinerario muy claro en el control de la salud infantil desde el nacimiento de la niña o niño hasta sus primeros años.

En este artículo nos interesa indagar en esa primera etapa de la trayectoria del cuidado de la salud infantil y nos preguntamos cómo un conjunto de mujeres, en su rol de madres y a la luz de un contexto familiar y local específico como es la comunidad atacameña de Toconao, experimentan y se encargan de esos cuidados. Entendemos que este grupo de madres enfrentan y negocian permanentemente determinadas prácticas y saberes para el cuidado de sus niños y niñas en diversos contextos médicos. De esta manera abordamos dos ejes. Por una parte, el contexto en el cual la madre, quien generalmente está a cargo del niño, tiene una figura central en las decisiones y prácticas para sus cuidados. Por otra, revisamos lo que sucede con las madres y sus niñas y niños en el centro de salud local, esto es, el consultorio o la posta.

Teniendo claro nuestro foco de atención, conviene hacer algunas precisiones sobre esta investigación. A través de un trabajo de etnografía que duró aproximadamente tres meses en la comunidad de Toconao, se abordó de manera cotidiana los espacios de la vida social en que diversos sujetos, grupos y agentes se encuentran implicados en torno al cuidado de la salud y la enfermedad. Esta entrada significó considerar el espacio que representa el consultorio o la posta y un acercamiento a algunos de los profesionales y técnicos de la salud que ejercen allí su labor rutinariamente. Asimismo, se puso acento en las personas que son atendidas en este lugar y específicamente en quienes tienen a su cargo los cuidados de las niñas y niños en su temprana edad. Se trata de un conjunto de madres de diversas edades que fluctúan entre los 20 y 35 años, a las cuales se accedió en primera instancia en la posta y después mediante una aproximación a sus contextos cotidianos como sus hogares, los lugares de estudio (jardín infantil) y ocio (la plaza) de sus hijos.

Para profundizar en las experiencias de estas mujeres en los diversos espacios y las rutas que recorren para la atención de sus niñas y niños, se emplearon entrevistas semiestructuradas. Las madres entrevistadas tenían en

común estar al cuidado de un hijo o hija en edad preescolar (menor de 4 años) durante la época en que se realizó el trabajo de campo. La mayoría de estas mujeres contaban con cuarto medio completo y algunas tenían estudios técnicos como educación de párvulos o turismo. La mayoría se desempeñaba en ventas y preparación de alimentos en cocinerías y residenciales locales, en negocios y actividades de turismo y en servicios de limpieza y aseo para la minería y servicios públicos locales. En algunos casos el empleo es ocasional y en otros, permanente. Transversalmente todas eran dueñas de casa y varias combinaban sus labores asalariadas y domésticas con actividades agrícolas en huertos familiares.

Los espacios de observación etnográfica tuvieron relación con los contextos e itinerarios que en esta investigación consideramos como relevantes en las trayectorias en el cuidado de la salud. En cada uno de ellos, por los que transitan las madres y sus niños, se puede apreciar elementos constituyentes de los modelos médicos que provienen de saberes y tradiciones diferentes. Pero más que modelos excluyentes, opuestos o cerrados, éstos se presentan de múltiples modos y combinaciones en la vida social de los atacameños. Sin duda, el modelo biomédico de la salud pública se levanta como hegemónico respecto a determinadas prácticas y cuidados que se incorporan en la vida familiar de Toconao; pero como veremos, las madres tienen la potente capacidad y plasticidad de operar en la cotidianidad en base a diversos recursos, tradiciones médicas y formas de negociación muy útiles para el cuidado de la salud. Ellas incorporan, cuestionan y relativizan sin mayores inconvenientes el modelo de salud hegemónico en varios de sus niveles, como por ejemplo frente a la figura de los profesionales y al poder de las pautas, los saberes y la atención entregada por la salud pública.

En ese sentido, lo que pretende esta etnografía es mostrar la complejidad a la que se enfrenta el grupo familiar toconar frente a sus alternativas de atención y cuidados. En la primera parte de este trabajo mostramos una discusión sobre los modelos médicos desde el enfoque de la antropología médica crítica, relevantes para comprender el objeto de estudio. En la segunda, nos aproximamos a la comunidad de Toconao y su relación con las formas de atención en salud para luego abordar las experiencias de las madres en los espacios y momentos en el cuidado de la salud infantil.

❖ APROXIMACIÓN DESDE LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA CRÍTICA Y LOS MODELOS MÉDICOS DE ATENCIÓN A LA SALUD

La aproximación conceptual parte desde la perspectiva de la antropología médica crítica. En ella, la construcción de los modelos médicos de atención a la salud se presenta como un marco interpretativo para abordar la diversidad de experiencias de los sujetos y la relación con la noción de trayectorias de cuidado de la salud infantil.

El marco de la antropología médica crítica

Las corrientes críticas en la antropología médica surgen en la década del setenta. Sus vertientes se pueden comprender como una respuesta al paradigma funcionalista y a la perspectiva interpretativa que en sus inicios se enfoca principalmente en la relación clínica (Good 2003; Martínez 2008; Pazos 2015). Desde la propuesta crítica los procesos de salud, enfermedad y atención como objetos de estudio antropológico, no se referirán solo al conjunto normativo, al ámbito de acción social o a los significados y las experiencias a ser interpretadas en un sistema médico, sino que al tratarse de un fenómeno de orden social, se propone que dichos procesos se ven atravesados por fenómenos macroestructurales como son las desigualdades económico-políticas, producidas por relaciones de explotación y procesos históricos de expansión capitalista y acumulación del capital a nivel mundial (Baer, Singer y Susser 1997).

Aunque la antropología médica crítica se abre a la problemática de la salud/enfermedad/atención desde una perspectiva social y política, no abandona la experiencia subjetiva de la enfermedad discutida por el paradigma interpretativo. Más bien busca superar los límites de los análisis que se enfocaban en una visión individualista de ésta, en la que los modelos explicativos³ (Kleinman 1980) de sanadores y pacientes eran interpretados desde una perspectiva culturalista. Desde esta perspectiva se releva el sentido y significado de la explicación sobre la enfermedad, entendidos en el contexto de la relación dialógica entre el paciente y el sanador, reduciendo el proceso comunicativo a dicho escenario.

³ Arthur Kleinman reconoce las dificultades de la aproximación desde los modelos explicativos para una lectura política de la enfermedad, cariz que toman sus trabajos posteriores en relación al “social suffering” o sufrimiento social (1988, 1995).

La traducción de aquellos sentidos y significados sobre la enfermedad entre los actores sería crucial para la mutua comprensión y para la acción que se pueda llevar a cabo desde el ámbito clínico. Sin embargo, los trabajos enfocados en la experiencia de la enfermedad bajo el paradigma interpretativo en la década de los setenta, no consideraron una aproximación a los conflictos y formas de poder que implican las relaciones entre diversos actores y conjuntos sociales en la práctica médica (Martínez 2008). Dichas relaciones y construcción de sentido y significado de la enfermedad, de acuerdo a la lectura crítica, se encuentran mediadas por procesos de hegemonía y subalternidad que se reproducen desde la sociedad mayor.

A pesar de las críticas que recibe el paradigma interpretativo, su desarrollo crea los fundamentos para un nuevo paradigma de la fenomenología, la base experiencial de la enfermedad, tomando relevancia conceptos como experiencia, cuerpo y sufrimiento social (Pazos 2015). Consideramos entonces, que los vínculos sociales que van estableciendo los sujetos partícipes de las relaciones médicas producen y reproducen realidades intersubjetivas que se construyen desde la experiencia, y que se pueden enmarcar de acuerdo a los contextos que van ocupando, en condiciones de desigualdad dadas por las estructuras sociales.

En este sentido, las vertientes críticas enfatizan la introducción de aproximaciones macro como la economía, la política y la historia en relación al fenómeno de la enfermedad, la salud y de la atención médica (Martínez 2008), lo que conlleva a comprender el fenómeno médico en relación a la conformación de una institución social y estructura de poder sustentado por un aparato ideológico-cultural y organizativo históricamente determinado (Seppilli 2000: 37). Lo que nos lleva a visualizar que las diversas prácticas médicas y de cuidados de la salud que generan y reproducen los sujetos ocurren vinculadas a la institucionalidad biomédica, como estructura y espacio de poder históricamente construidos.

Así, concordamos con Pazos (2015) en que la antropología médica crítica en las últimas décadas deriva en dos grandes corrientes. Una, es la que denomina radicalización de la experiencia subjetiva, referida al sufrimiento social o antropología del sufrimiento, realizada en trabajos como los de Kleinman (1988, 1995), Young (1995) y Taussig (1995). Mientras que la otra corriente refiere a la

economía política de la salud (Baer, Singer y Susser 1997; Farmer 1992; Navarro 1975), la que además incorpora una perspectiva “multiescalar” en la que “[e]l análisis de la medicina es un análisis de las relaciones de poder que la conforman en cuatro grandes niveles: macrosocial, intermedio, microsocial e individual” (Pazos 2015: 82). Es decir, que dicha aproximación busca una lectura del fenómeno médico, por ejemplo en torno a problemáticas como la desnutrición crónica, la epidemia de VIH-SIDA, la tuberculosis, etcétera, que integren e interpreten desde una perspectiva crítica, situaciones de enfermedad, salud y atención desde el despliegue y lectura que efectúan los sujetos en la cotidianidad. Y cómo ello se ve afectado por las relaciones y construcciones de los grupos sociales, en base al efecto que provocan las políticas de salud internacional, y las acciones políticas y económicas locales o regionales respecto a dichos fenómenos.

En esta línea consideramos, también, importante incluir los trabajos de Menéndez en México (1981, 1991) sobre la salud, enfermedad y atención en Yucatán. Menéndez elabora un modelo teórico que permite diferenciar las formas de atención a la salud contemplando su dimensión histórica y social que denomina Modelos Médicos. De acuerdo a ello, las distintas medicinas poseen un origen, desarrollo social e histórico y estructuras diferenciadas que operan bajo relaciones de hegemonía/subalternidad dados por el proceso de expansión capitalista del mundo occidental. Desde esta perspectiva toman relevancia las condiciones políticas, económicas e históricas que moldearan la experiencia de la salud/enfermedad/atención de los sujetos y conjuntos sociales.

Las trayectorias del cuidado de la salud infantil que observamos en esta investigación, las relacionamos heurísticamente al concepto de modelos médicos y, particularmente, a las dinámicas e itinerarios que los sujetos realizan y experimentan en ellos. En ese sentido, cuando hablamos de trayectorias estamos intentando visibilizar la complejidad de prácticas, los saberes, los itinerarios y las decisiones que experimentan permanentemente los sujetos y su grupo social a la hora de enfrentar los procesos de salud, enfermedad y atención.

Proponemos así que las trayectorias se comprenden como movimientos en distintos niveles de la realidad social que hacen alusión a interrelaciones microsociales,

las que se expresan en contextos y espacios concretos. En esos movimientos, lo central es comprender que es la experiencia del individuo y las relaciones que establece allí lo que va construyendo la trayectoria de la salud. No obstante el peso que le otorgamos al espacio de producción de la experiencia, tenemos presente la importancia de las estructuras macrosociales que envuelven los contextos y las dinámicas de la vida social en general.

La aproximación de los Modelos Médicos como marco interpretativo de las trayectorias del cuidado de la salud infantil

La llamada “medicina científica” responde a una estructura sociopolítica, socioeconómica, socioideológica y sociocientífica que le otorga sus bases, diferenciándola y excluyéndola de otras formas de atención a la salud y enfermedad, lo que conlleva a la construcción de un modelo terapéutico particular (Menéndez 1981).

Esta medicina científica, de acuerdo a Menéndez (1981), se constituye por caracteres estructurales como ahistoricidad, biologismo, pragmatismo eficaz y mercantilismo, que darán origen a un modelo de atención de la salud. Asimismo, esta medicina se caracteriza por rasgos que la diferencian y la ponen en relación con otras formas de medicina, como son su surgimiento en el medio urbano industrial europeo del siglo XVIII en los países capitalistas que se tornarán hegemónicos. Su práctica se vincula al avance educativo de la población y se legitima a través de las instituciones del Estado. Responde así, a la ideología de las capas burguesas de países hegemónicos, lo que refiere a principios científicos positivistas, mecanicistas y evolucionistas respecto del cuerpo, la construcción sobre la salud y la enfermedad.

Dichos rasgos y elementos estructurales son los que permitirían, en la línea con lo propuesto por Foucault (1977), el avance de la medicalización en las sociedades modernas occidentales, proceso por el cual las acciones de la vida cotidiana pasan a ser reguladas bajo el surgimiento de una biopolítica en el marco del desarrollo del capitalismo industrial. De manera que la estrategia biopolítica produce y busca el control y la regulación de la población mediante el poder sobre los cuerpos, ejercido fundamentalmente desde las instituciones del Estado.

La medicalización no solo implica una regulación biopolítica sobre las poblaciones, sino que también se vincula a la generación de una determinada moral sobre las conductas y hábitos de la vida cotidiana que propician las capas burguesas hacia los sectores populares (Boltanski 1974; Sheper-Hughes 1997). De acuerdo a Boltanski (1974) se produce un “cuerpo moral” que refiere a la búsqueda de su correcto funcionamiento producto de los buenos cuidados dados por medio de la higiene y del control médico, lo que remite a reglas de conducta que los sujetos van a poner en práctica y que conllevan a la aprobación o reprobación social dadas por el deber ser. Asimismo, dichas reglas otorgan una visión sobre el mundo que tiene que ver con la medicina preventiva, haciendo factible prevenir la enfermedad y cuidar la salud mediante determinadas estrategias de cuidados e higiene, sobre todo en relación a la salud de los infantes.

Estos procesos vinculados a la medicina científica entrarán en relación y conflicto con las llamadas medicinas tradicionales o indígenas, especialmente cuando se produzca la expansión de los Estados nacionales y sus instituciones dedicadas al control de la salud y enfermedad (Menéndez 1981). Para el caso de Chile, la expansión de la medicina científica comienza a producirse durante el siglo XIX (Fuster y Moscoso-Flores 2015; Illanes 2010), aunque la institucionalidad de la salud pública logra consolidarse durante la segunda mitad del siglo XX con la creación de un sistema nacional centralizado de vigilancia y ejecución de las políticas de salud comandado por el Servicio Nacional de Salud (Illanes 2010; Schkolnick y Bonnefoy 1994). En el caso del área del estudio, esto se visualiza por ejemplo con la instalación de la posta de salud en Toconao el año 1964.

En este sentido, las formas de atención de la medicina científica y biomédica (Menéndez 2003) se entienden como constituyentes del denominado Modelo Médico Hegemónico (MMH). Éste refiere justamente a esa relación de dominación/subordinación que ejerce frente a otras tradiciones o formas de atención médica, entre las que encontramos el Modelo Alternativo Subordinado (MAS) referido a los sistemas tradicionales folk o étnicos, o al Modelo o Formas de Autoatención (MA), que comprende el engranaje básico de los cuidados de la salud/enfermedad/atención.

De acuerdo a lo anterior, son las características estructurales de la medicina científica –ahistoricidad, biologismo, pragmatismo eficaz y mercantilismo– las que en su conjunto otorgan la categoría de dominación frente a las otras tradiciones médicas. En el caso del Modelo Alternativo Subordinado, se diferencia estructuralmente en rasgos como la socialidad, totalización psicosomática o eficacia psicosocial, y si bien en la actualidad, desde la biomedicina se reconoce su existencia, generalmente son excluidas, ignoradas o estigmatizadas, y en caso de efectuar algún tipo de uso complementario entre medicinas, la forma no biomédica siempre se rige bajo la condición subalterna (Menéndez 2005; Baer 2002).

Aquella relación entre la medicina hegemónica y subalterna, también hace referencia a la conformación de la “medicina tradicional” vinculada al medio rural y a sectores sociales particulares como el campesinado, grupos étnicos o a las clases bajas urbanas, como también a bajos niveles de escolaridad y a una resistencia a las ideologías dominantes en el plano de la enfermedad. En este escenario, generalmente su práctica médica se encuentra excluida, no solo a nivel teórico, sino también jurídico, ya que el Estado no legitima su ejercicio (Menéndez 1981).

Respecto al denominado modelo o formas de “autoatención” (MA), se comprende como uno de los procesos básicos de atención y cuidado de la salud haciendo alusión a la atención que proviene de los cuidados familiares, de grupos pequeños o de pares como juntas vecinales, compañeros de trabajo, o grupos que se asocian en torno a una enfermedad (Menéndez 2003). Estas formas de atención médica se van transmitiendo entre generaciones y van incorporando saberes de los otros modelos basados en la práctica y la experiencia, pero no llega a conformar un sistema de corte institucional, siendo su organización más flexible, a diferencia de los modelos anteriores.

Para los fines de este artículo, los dos primeros modelos (MMH y MAS) juegan fundamentalmente una posición de referencia desde los agentes de las formas de autoatención. En este sentido la aproximación estará dada principalmente por el discurso y prácticas de las madres, entendidas como pacientes o usuarias de las otras formas de atención y cómo éstas se expresan en las trayectorias que construyen en torno a los cuidados de la salud infantil.

En este nivel han sido tradicionalmente las mujeres las encargadas del cuidado de la salud de niños, ancianos y hombres adultos, especialmente en relación a lo que Menéndez denomina la autoatención ampliada, que hace expresa referencia a las formas de reproducción de los sujetos y microgrupos:

...todas las formas de autoatención que se requieren para asegurar la reproducción biosocial de los sujetos y grupos a nivel de microgrupos y especialmente del grupo doméstico. Formas que son utilizadas y a partir de los objetivos y normas establecidas por la propia cultura del grupo. Desde esta perspectiva podemos incluir no sólo la atención y prevención de los padecimientos, sino las actividades de preparación y distribución de alimentos, el aseo del hogar, del medio ambiente inmediato y del cuerpo, la obtención y uso de agua, etc. (Menéndez 2003: 15).

Especificamente en el caso del cuidado de la salud infantil, la autoatención la observamos como el primer espacio de cuidado biosocial y afectivo del bebé, del niño y la niña otorgado fundamentalmente por los grupos domésticos. Es este espacio doméstico el que ha sido atribuido tradicionalmente a condiciones y labores de tipo reproductivo asociadas a roles y construcciones del género femenino. Allí las madres producen y reproducen prácticas y saberes centrales para el cuidado de los niños; sin embargo, éstos quedarían invisibilizados y subordinados al orden y la estratificación social que proviene de trabajos productivos del ámbito asalariado. En dicho contexto las madres combinarán experiencias de cuidado, prevención, diagnóstico y tratamiento que provienen de las distintas tradiciones médicas.

Más aún, si consideramos la diversidad de modelos médicos que operan en un contexto determinado, el concepto de pluralismo médico en la perspectiva de Baer (2002) da cuenta de dinámicas entre modelos que no solo se deben comprender como una diversidad de terapias que operan en respuesta a la biomedicina, o que buscan la sanación del paciente de manera holística, integral y menos invasiva, sino que las medicinas “heterodoxas” o subalternas se vinculan y condicen con la producción y reproducción de una estratificación social producto de un orden político y económico capitalista a nivel global. Y ocurre que la jerarquización de saberes en torno a los tipos de medicinas y cuidados de la salud, responde a las desigualdades de la sociedad mayor, atravesadas por problemas de clase,

raza, etnia y género (Baer 2002; Baer, Singer y Susser 1997). En este sentido, el despliegue de las formas de autoatención se comprende también como un mecanismo de cuidado y atención a la salud disponible para grupos sociales subalternos –ya sea por clase, raza, etnia y género–, que muchas veces ven limitado el acceso a otras formas terapéuticas, sobre todo biomédicas.

Desde la noción de trayectoria del cuidado de la salud intentaremos dar cuenta de la participación dinámica de los sujetos, mostrando la complejidad del tránsito entre modelos de atención de la salud. Lo que estará dado tanto por las distintas posiciones que ocupan los diversos agentes que forman parte de la trayectoria, en relación a dichos modelos en momentos y contextos determinados, como por la elaboración y puesta en práctica de saberes y dispositivos que van manejando y produciendo las madres de manera contextual en torno a las prácticas orientadas al cuidado de la salud de sus hijos.

Debemos destacar que los modelos no los comprendemos de manera aislada o estática, como si los límites de cada uno de ellos estuvieran claramente delimitados; por el contrario, los sujetos con sus movimientos, tránsitos y decisiones posibilitan que entre uno y otro modelo en sus rutinas cotidianas se entrecrucen, combinen y traslapen. Como señala Menéndez (1981), los modelos médicos deben ser entendidos como recursos o tipos para analizar la realidad social y no como si fueran realidades fijas, aunque su conformación sí expresa una determinada visión de la realidad y, en este caso, una forma de comprender la salud, la enfermedad y la atención en torno a los cuidados de la salud infantil.

❖ EL CONTEXTO ATACAMEÑO Y DE ATENCIÓN DE LA SALUD EN TOCONAO

Toconao es una de las ocho comunidades indígenas atacameñas; se ubica a 30 km al sur de la capital comunal San Pedro de Atacama, la cual dista 90 km de Calama. San Pedro históricamente ha sido la cabecera de la zona, concentrando las actividades económicas, políticas y administrativas, mientras que la localidad de estudio ha ocupado un plano secundario, aunque bastante preponderante respecto del resto de las comunidades.

Por sus características y ubicación geográfica a orillas del salar de Atacama, Toconao es una localidad con condiciones

muy restrictivas para la vida, propias de un ecosistema de desierto. Frente a esto, sus habitantes han debido enfrentar una compleja sobrevivencia con el entorno, llegando a desarrollar una organización social y económica basada en la diversidad de recursos que ofrecen los distintos pisos ecológicos. Históricamente los atacameños de los oasis del salar basaron sus actividades económicas en la agricultura y la ganadería de alta montaña. Los toconares son productores agrícolas de frutales, verduras, maíces y forrajes como la alfalfa. Muchas de las familias mantienen animales domésticos y alguna reserva de ovejas y cabras. En las zonas más altas de vegas y bofedales andinos, son pocas las familias que mantienen *piños* de llamas (Gundermann y González 1995).

En la actualidad tanto la agricultura como el pastoralismo atacameño tienen poca incidencia productiva debido a las condiciones inclementes de la puna y el salar para su desarrollo, así como por el desinterés que los propios atacameños tienen por estas actividades hoy en día. Varios autores han señalado que el impacto de la minería del cobre y actualmente la de minerales no metálicos ha desplazado los sistemas agropecuarios (Gunderman y González 1995; Núñez 1992), creando una corriente de movilidad hacia Calama y Antofagasta.⁴ A lo que se suman otros factores como la fragilidad del hábitat para el desarrollo agrícola, escasez de agua potable y para el regadío, altos índices de arsénico y contaminación ambiental por la presencia de polvo y desechos mineros en suspensión, así como el escaso interés público por fomentar lo agropecuario en esas áreas, a diferencia de aquéllas como el turismo o el desarrollo energético.

En Toconao existe una alta gama de organizaciones sociales como juntas de vecinos, comités de regantes, agricultores y vivienda, agrupaciones de mujeres, jóvenes y ancianos, clubes deportivos, grupos religiosos católicos y evangélicos y asociaciones indígenas dedicadas a la artesanía, al ámbito productivo y a la administración de sitios naturales y patrimoniales para el turismo indígena. Todas ellas generan de distinta manera sus propias demandas tanto a nivel municipal

⁴ Históricamente los atacameños han desarrollado continuos tránsitos hacia y desde la ciudad y los enclaves mineros, que les han proporcionado diversas prácticas de residencia y movilidad, llevando a una continua comunicación y circulación de flujos de personas y productos culturales (Valenzuela 2006).

como frente a las agencias y servicios públicos que tienen presencia en la región.

La demanda étnica es interpuesta básicamente por la comunidad atacameña de Toconao, conformada por quienes se adscriben a la etnia atacameña y sean socios de la comunidad. La mayoría de sus interacciones van dirigidas a la agencia de desarrollo indígena, la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI), y otras reparticiones con las cuales los atacameños están en permanente interacción, como la Corporación Nacional Forestal (CONAF), el Ministerio de Bienes Nacionales y la Dirección General de Aguas (DGA) (Morales 2010).

Aunque en la comuna de San Pedro de Atacama existe un porcentaje importante de la población que se reconoce como atacameña,⁵ las políticas y programas municipales carecen de una orientación específica, aunque se emplee la cuestión étnica como recurso político para la captura de electores o el establecimiento de relaciones clientelares. En efecto, el municipio en San Pedro de Atacama ejecuta un conjunto de programas sociales destinados al acceso a la vivienda de carácter social, la atención primaria en salud y la educación pública, entre otros, sin la suficiente profundización del paradigma intercultural, lo que le ha acarreado un sinfín de críticas desde los diferentes sectores que conforman la población.

En Toconao, como en todas las comunidades atacameñas, la atención en salud biomédica se circunscribe a los espacios provistos por el sistema público, mientras que los saberes locales o atacameños, aun cuando se encuentran legitimados, tienen menor visibilidad. Aunque desde la política indígena desplegada por el Estado se ha intentado conformar y regular un sistema de salud que represente parte de la interculturalidad y de las relaciones interétnicas atacameñas, no existe un programa regular en la actualidad.

Bolados (2010) señala que si bien en la década del 2000 se generan iniciativas coordinadas por la CONADI, el Programa Orígenes y el Ministerio de Salud para instalar la medicina atacameña como un saber y un sistema de atención legitimado, una serie de dificultades impidieron

⁵ Para el Censo 2002, la población atacameña se proyectaba en 2.862 personas de un total de 4.969 en la comuna de San Pedro de Atacama (INE 2005).

dar marcha a estas iniciativas. El problema percibido por los atacameños es que la instalación de una sala de atención en salud atacameña demoró más de lo esperado y recién el año 2005 aparecían las primeras líneas de un modelo que tendería a mejorar estas materias según los lineamientos interpuestos por la Ley Indígena. Cuando se logró la acción conjunta entre la CONADI, el Programa Nacional de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI), el Municipio y el Servicio de Salud de la región de Antofagasta, no solo derivó en innumerables conflictos de poder entre las comunidades, sino que también se produjeron dificultades con la implementación de facilitadores interculturales, la capacitación de personal y de los equipos de salud pública. En la actualidad hay una deuda en esta materia con los atacameños, dejando muchas expectativas no cumplidas.

La situación de salud de la población infantil atacameña vista desde la información demográfica es compleja de determinar, pues son escasos los datos estadísticos que toman la diferenciación a nivel étnico.⁶ El consultorio de San Pedro de Atacama tampoco cuenta con información específica en esta línea. Sin embargo, en el contexto del trabajo de campo se identificaron algunas patologías y causas de mortalidad general e infantil a través de entrevistas realizadas a los médicos y paramédicos. Son estos profesionales de la salud quienes han logrado permanecer un espacio de tiempo suficiente como para conocer en detalle las principales patologías. De modo que la información que ellos nos entregaron sobre morbilidad y mortalidad corresponde a percepciones construidas en relación a la labor que realizan cotidianamente en el consultorio de la capital comunal y en las postas de las comunidades atacameñas.

⁶ Si bien son escasos los datos para los atacameños, el Índice de Infancia y Adolescencia construye información basado en la tasa de mortalidad infantil que considera las defunciones producidas en niños menores de un año por cada mil nacidos vivos, la tasa de mortalidad en niños entre 1 y 4 años por cada mil nacidos vivos y la tasa de mortalidad por causas reducibles en población adolescente de entre 15 y 19 años por cada mil habitantes. El resultado para la comuna de San Pedro de Atacama muestra un índice de 0,331, lo que es evaluado como muy bajo considerando una escala de 0,0 a 1,0, representando 1,0 la condición ideal. Asimismo, este índice se aleja del promedio que presenta la región de Antofagasta, que corresponde al índice de 0,643, y del nacional que es de 0,646 (Observatorio de la Infancia y de la Adolescencia 2009).

Los médicos y paramédicos entrevistados coinciden en que las principales patologías corresponden a las llamadas enfermedades “estacionales”. Entre las más comunes en la población infantil durante los meses de invierno se encuentran las de tipo respiratorio como bronquitis, bronquitis obstructiva, resfrios comunes, faringitis, amigdalitis y asma. Es importante señalar que si alguna patología pulmonar más grave, como por ejemplo bronconeumonía, neumonía o Síndrome Bronquial Obstructivo (SBO), es observada por los paramédicos de las comunidades, éstos deben derivar de manera inmediata el caso al consultorio de San Pedro de Atacama, donde se evaluará al niño y dependiendo de la complejidad que presente, será trasladado al Hospital Dr. Carlos Cisternas de la ciudad de Calama. En otros casos, si este tipo de patologías presentaran mayores complicaciones o no fueran atendidas en los plazos correspondientes, los profesionales señalan que podrían incluso llevar al fallecimiento del paciente. Por otra parte, las enfermedades del periodo estival corresponden principalmente a afecciones estomacales como diarreas y gastritis, relacionadas a la manipulación de alimentos.

Además de las patologías mencionadas, los profesionales de la salud observan que en San Pedro de Atacama existen situaciones de morbilidad vinculadas al estilo y calidad de vida. En este ámbito surgen problemas de salud infantil relacionados con la alimentación y la nutrición. Particularmente se ha identificado que se presentan con mayor frecuencia casos de niñas y niños en riesgo de desnutrición respecto a la situación nacional, y de sobrepeso u obesidad. Respecto a la mortalidad materna, se menciona que no ha habido casos en los últimos años, lo cual sería el resultado de la generalizada atención del parto en centros hospitalarios. En general, los nacimientos que ocurren en el domicilio son aislados y alcanzaría uno al año o cada dos años.

❖ ETNOGRAFÍA DE LOS ESPACIOS Y LOS ITINERARIOS EN LAS TRAYECTORIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD INFANTIL EN TOCONAO

Como hemos afirmado, las trayectorias en el cuidado de la salud no transitan por un camino recto, ni contienen un claro itinerario o se quedan en un único modelo médico. Según sus propias necesidades, opciones y contextos socioculturales, los sujetos recorren diversos

espacios médicos, emplean múltiples saberes y tradiciones para sanar, cuidar o comprender su estado de salud y de quienes están a su cargo o se encuentran en su círculo más próximo.

En el caso de la comunidad de Toconao, predomina la existencia de un sistema de salud pública que depende del municipio de San Pedro de Atacama. Desde allí se brinda atención primaria en salud en el Consultorio General Rural de San Pedro de Atacama y en las postas rurales de las comunidades de Río Grande, Toconao, Peine y Socaire. Lo interesante es que en cada uno de estos espacios médicos, si bien destaca la figura y acción de los agentes de la salud (profesionales, técnicos y administrativos), así como sus conocimientos, pautas y controles, éstos no apuntan solo a maneras de llevar y practicar la salud pública destinada a la población local, sino también refieren a una forma –por parte de los atacameños– de experimentarla, modificarla, negociar y hacer acomodos constantemente.

En ese sentido, lo que observamos en Toconao es que las trayectorias del cuidado de la salud transitan por contextos que se componen de múltiples sujetos y agentes que van tejiendo un entramado de relaciones a la luz de los diversos modelos médicos. En el caso del cuidado de la salud infantil, comprendemos que se trata de un acervo de prácticas, discursos y significados asociados al bienestar global del bebé y los niños y niñas, donde la madre y su familia tienen un lugar preponderante. Este conjunto de habilidades va siendo adquirido por las madres a lo largo de las propias relaciones y experiencias de cuidado, acordes a su posición en la estructura familiar, ya sea como hija, hermana, madre o abuela, como también por ser parte de un colectivo indígena, que tiene sus propios códigos, saberes y especialistas. Es, entonces, esta adquisición y reproducción de un complejo acervo respecto al cuidado de la salud, construido en base a la experiencia y su puesta en práctica, transmitida generacionalmente pero también transformada y permanentemente negociada según el contexto y el modelo médico a los cuales los sujetos se enfrenten o con los que se interrelacionen, lo que compone las trayectorias del cuidado de la salud infantil.

Las madres, de esta manera, como las principales cuidadoras de sus hijos e hijas, desarrollan un saber específico en torno a la primera infancia, que se va nutriendo y conju-

gando por distintos niveles de acciones y construcciones de significados dados tanto por el contexto familiar y comunitario, como por la presencia del sistema de salud pública.

Las trayectorias que producen y reproducen las madres de Toconao respecto al cuidado de la salud infantil transitan por al menos tres escenarios o contextos, esto es, los diagnósticos primarios en los hogares, la vinculación con la posta local y el control de salud del niño.

Los cuidados de la salud infantil en el hogar: El primer diagnóstico

Las experiencias en torno al autocuidado son claves para comprender de qué modo un individuo y su grupo social comprenden la enfermedad, la salud y sus cuidados preventivos. Es que el autocuidado se nutre fundamentalmente de un conjunto de saberes, prácticas y vivencias cotidianas que orientan y permiten al sujeto diagnosticar qué es lo que padece y de acuerdo a ello optar o combinar distintos métodos, conocimientos e ideas para enfrentar y solucionar los temas y problemas vinculados a la salud, la enfermedad y su cuidado. En una comunidad indígena como Toconao, el autocuidado se presenta como una de las primeras estaciones en las trayectorias de la salud, en la que convergen elementos socioculturales del pueblo atacameño, así como la medicina popular y la biomédica.

Las formas de autoatención las comprendemos como uno de los procesos básicos e iniciales de atención y cuidado de la salud infantil. Es el primer momento y espacio privilegiado de cuidado del bebé, la niña y el niño, entregado fundamentalmente por las familias de manera doméstica, quienes combinarán experiencias y conocimientos sobre la salud y la enfermedad que se enmarcan en diversas tradiciones médicas.

Cuando parte del equilibrio en la salud del niño se ve amenazado, se produce en el seno familiar un proceso de reflexión, decisión y acción en torno a su bienestar, que llamamos el primer diagnóstico y que es parte de las formas de autoatención. En general es la madre en su rol de principal cuidadora de los niños quien identifica el tipo de malestar de su hijo o hija y según la comprensión de los síntomas toma la decisión de aplicar un determinado tratamiento o acudir a los especialistas médicos de uno u otro modelo.

Para las madres de Toconao es usual emplear este tipo de diagnóstico para identificar malestares cotidianos como resfrios, dolores de estómago, cólicos y alergias. Para tratar los dolores de estómago y cólicos en general, hacen uso en primera instancia de yerbas con propiedades medicinales que conocen y se encuentran en las cercanías de la localidad; en el caso del resfrío utilizan por ejemplo medicamentos como la aspirina o el paracetamol. El empleo de estas medicinas, según lo que nos señalaron en distintas oportunidades las madres, se debe a la eficacia que poseen; la primera de ellas se ha ido transmitiendo de una generación a otra, pues es la que “usaban los abuelos”, y el segundo son medicamentos e instrucciones que han recibido de los paramédicos en la posta o de los médicos y enfermeras en el consultorio.

De igual manera puede ocurrir que si el bebé, niño o niña continuara enfermo o con el padecimiento inicial, y dependiendo del tipo de síntomas que presente, las madres van a decidir si acuden al *yatiri*. Éste es un especialista médico atacameño que posee un vasto conocimiento de las yerbas de la puna para tratar dolencias y enfermedades. Es percibido por las madres como poseedor de un don especial para conectarse con los espíritus de la naturaleza como los cerros y los abuelos.⁷ El *yatiri* es un agente sanador reconocido por la comunidad, que sustenta su trabajo en sus habilidades y conocimiento de la flora local, en las formas de atender y relacionarse con altos niveles de confianza con sus pacientes y por tratar determinados tipos de padecimientos o enfermedades.

Es importante tener en cuenta que los toconares asocian que determinadas dolencias o problemas de salud se pueden resolver en alguno de estos dos espacios –con el *yatiri* o en la posta–. Por ejemplo, en relación con ciertas infecciones, las heridas, los cortes profundos o la fiebre, éstos deben ser atendidos por los médicos pues son percibidos como cuadros de mayor complejidad que requieren el uso de antibióticos. Mientras que el dolor de estómago, el llanto frecuente, la intranquilidad y el desánimo del niño son asociados a malestares conocidos como *empacho* o *susto*. Las madres de Toconao señalan que el susto sería un padecimiento o desequilibrio en el estado de salud del niño, causado por alguna persona o situación, la que incluso podría ser de índole sobrenatural, y en la que

⁷ La referencia a los abuelos es amplia. Puede indicar antepasados míticos o también generaciones pasadas, según sea el caso.

el infante se vio afectado emocionalmente. Se identifica porque el niño no quiere comer, tiene fiebre, diarrea o está desanimado sin causa aparente. Por su naturaleza, estos malestares están más cercanos a ser tratados por el *yatiri*, como explica una madre mientras esperaba ser atendida en la posta:

*...entonces uno, por ejemplo, un empacho acá en la posta no le van a decir, entonces uno tiene que ir para allá [con el *yatiri*], ya, o uno va a la posta no le pasa na', uno a veces recurre allá [donde el *yatiri*] y ella los ve y "ah ya tome esta yerbita", tómese esta otra cosa, entonces da puros remedios así naturales, y sí, son buenos"* (entrevistada 1, Toconao).

El empleo de distintas alternativas dependerá de las formas de construcción social de las enfermedades, esto es, cómo son significadas y experimentadas por los individuos en función de las características de la dolencia, de la evaluación o del diagnóstico que se realiza de ella. Asimismo, del nivel de control en el espacio doméstico sobre el malestar, de las posibilidades económicas de la familia y del tipo de conocimiento que se tiene de la enfermedad o padecimiento.

Particularmente la elección de acudir al *yatiri* se fundamenta tanto en la eficacia terapéutica como en la simbólica que posee este especialista. Las madres apuestan a la necesidad de “creer” en el tratamiento para que éste funcione y, sobre todo, depositan su confianza en una tradición terapéutica que se ha utilizado durante generaciones. En un estudio de los sistema de salud tradicional atacameños, Chamorro y Tocornal (2005) identificaron el modo en que la fe y la creencia pasan a formar parte central de la terapia y la sanación y, por consiguiente, en la eficacia del *yatiri* frente a determinadas dolencias. Pese a ello, algunas de las madres entrevistadas consideraban que ciertos aspectos de la medicina atacameña han quedado relegados o en desuso, pues la gente ya no cree en ella y solo “los que tienen más fe” continúan utilizándola. Esta situación refuerza la idea de que la búsqueda de atención con este agente sanador requiere de un proceso y relación de confianza por parte del individuo y su familia, ya que no solo aporta con su experticia y eficacia terapéutica, sino que se crea un lazo afectivo basado en el conocimiento médico y en la historia familiar del individuo al que atiende:

Igual las familias tienden a ir al yatiri, como que lo sienten más, como que las familias... lo han conocido más, lo sienten como más en su familia, como tengo confianza en él, entonces porque cada familia o cada grupo designa, por ser dice "yo tengo fe en esta persona y yo sé que él me va a curar [...] él es diferente, porque él es como más ya de nuestro, es como de nuestra familia, es como nuestro, de nuestro, de nuestra etnia, digamos más conocido [...] como que él sabe más lo que uno ha vivido, lo que uno siente [...] por el estilo de vida que tenemos igual, vive acá, entonces está con nosotros; en cambio una persona que venga de afuera, entonces imagínese, no sabe lo que uno vive acá en el pueblo" (entrevistada 2, Toconao).

El *yatiri* no solo trata de manera integral al paciente o enfermo, sino que además se abre permanentemente a la idea de que no necesariamente los padecimientos corresponden a una disfunción biológica del organismo, sino que son expresiones de decaimientos anímicos e incluso males, los cuales muchas veces son atribuidos o tienen origen en la acción de terceros, en la transgresión de reglas o conductas sociales y morales e incluso por la intervención de fenómenos de la naturaleza o agentes sobrenaturales. Rezongar, andar de mal humor, no pedir permiso para circular por sitios o espacios donde habitan espíritus de antepasados o de la naturaleza, son asociados a la posibilidad de que un sujeto o un niño pueden enfermar o, como dicen comúnmente los atacameños, estar “agarrados” por los abuelos.

Si parte del apego que las madres expresan por la medicina tradicional atacameña tiene que ver con las relaciones con el sanador y sus concepciones sobre la salud y la enfermedad, la situación es distinta respecto de la práctica de la biomedicina que se efectúa en el consultorio o la posta. Allí se despliegan códigos de relación más distantes y, específicamente, el modelo biomédico encarnado en el sistema público de salud y en sus agentes se presenta en un lugar como Toconao como una práctica poco inclusiva y rígida en sus formas de atención, vínculos y relación con los habitantes.

Un acercamiento más distante y vertical por parte de los equipos médicos marcados por un modelo altamente burocrático y estandarizado a la hora de atender a los usuarios atacameños y sus familias, entorpece la relación, la empatía y la confianza entre las partes. Dicho esto, muchas madres optan por el uso de medicinas basadas en

yerbas y por autoatenderse antes que ir al centro de salud y recibir medicamentos de patente o químicos. Sumado a que gran parte de las madres atacameñas dominan conocimientos y aspectos importantes sobre el uso de plantas medicinales para la autoatención y la prevención de la salud, se opta por un tratamiento que responde a las expectativas de las familias.

...como se han ido traspasando de generación en generación, como nuestros abuelos lo han hecho, iy se ven resultados!, que si uno toma una yerba o algo que te calma, entonces como se ven resultados entonces se empieza por eso; y si ya no, ya fuese mucho, tiene que tomar otros medicamentos... porque en sí el pueblo, la mayoría de los abuelitos saben los abuelitos eso, así que no [son] de esos de ir a la posta que las pastillas, que las inyecciones, más los remedios [naturales] y que los curen los yatiris como se dice" (entrevistada 2, Toconao).

Lo anterior respondería a factores que no se asocian solo con la eficacia terapéutica de las yerbas, sino como ya mencionamos, con el sentido y significación que rodea a la relación médica. Sin más, las relaciones que establecen los atacameños con el modelo biomédico en general se despliegan en un contexto de subalternidad. Muchas veces con protocolos de atención rígidos y poco adecuados al contexto atacameño, marcados por la burocracia del sistema, la alta demanda de usuarios y la baja empatía del personal médico ante la condición socioeconómica atacameña, donde operan algunos de los más comunes e históricos prejuicios sobre los indígenas: “pobres” o “ignorantes”.

En este sentido, un elemento a destacar en el ámbito de la autoatención que se produce fundamentalmente en el contexto familiar del hogar y se hace notar también en los controles de salud, es que la abuela –principalmente materna– del infante tiene una notoria incidencia en las trayectorias de cuidados que van experimentando las madres con sus hijos, lo que repercute en producir un acercamiento importante hacia la medicina atacameña y popular (Leyton 2010, 2012). Por ejemplo, varias madres comentaron que practicaron cuidados tradicionales atacameños con su hija o hijo recién nacido como el *alularlos*, esto es, enrollar formando un “lulo”, envolviendo el cuerpo del bebé con el fin de que sus huesos tomen firmeza y no experimenten daño o algún riesgo en su crecimiento, o que durante el puerperio tuvieron posibilidad de hacer la *cuarentena*,

tomando un reposo de hasta cuarenta días para recuperar las fuerzas perdidas tras el trabajo de parto.

Durante aquellos períodos, la abuela va reproduciendo un repertorio de acciones aprendidas y experimentadas que ayudan a la mujer en su rol de madre y cuidadora del bebé, niño o niña. Por su parte, las madres valoran el apoyo prestado por las abuelas, así pueden prescindir en las tareas y responsabilidades domésticas y descansar para lograr la recuperación durante el puerperio. Sin embargo, también hay mujeres que señalaron que no hicieron la cuarentena en los días que corresponde y solo alularon al bebé un par de semanas, debido a que no contaban con el apoyo familiar, debiendo ocuparse del hogar e incluso reintegrarse a sus trabajos:

...mi mamá me decía de que iapenas nazca había que envolverlos así bien de que su cuerpo no tuviera movimiento. Porque así para que los huesitos crecieran como corresponde, pero yo no lo hice [risa], claro yo no lo hice porque no tenía a mi mamá cerca, lo otro porque estaba trabajando también, entonces, lo hice los primeros días, yo creo que como una semana, tres semanas... Porque cuando están [las madres], es como que las abuelitas, cuando están ellas, no poh, ellas dicen "iNo si tiene que hacer esto así!", y uno como está sola, entonces como de repente ya ocupa el tiempo en otras cosas... (entrevistada 2, Toconao).

Por otro lado, entre las madres toconares existe consenso de que frente a la manifestación de ciertos síntomas o patologías es imprescindible que sean tratadas en el contexto biomédico de la posta o el consultorio. De manera que el itinerario de atención que van construyendo las madres para tratar los padecimientos de sus hijos se vincula con la manera como se va desarrollando el malestar y su sanación, y es factible observar que ellas también acuden a la posta con una idea de diagnóstico. Es el caso relatado por una de las madres entrevistadas, cuya hija pequeña con otitis se quejaba de dolor al mover su cabeza y tras una semana del tratamiento en la posta la niña “*sigue manosa*”, por lo que decide ir en busca del *yatiri*, incluso con el conocimiento y aprobación de los paramédicos.

Un matiz que debemos mencionar es que pese a que la biomedicina se constituye a partir de negociaciones y transacciones que se establecen entre un conjunto social hegemónico y otro subalterno, donde el primero se introduce por medio de prácticas como la medicación

y medicalización de hábitos amparados en el conocimiento científico; en muchos casos este modelo pasa a ser reconocido y valorado por las familias atacameñas. Esto otorga complejidad a las trayectorias del cuidado de la salud, pues ni las formas de atención ni las tradiciones médicas operan de manera contrapuesta. Si vemos el contexto de Toconao como uno de pluralismo médico, la combinación y uso de diversos sistemas y tradiciones médicas, así como la aceptación, las valoraciones, los rechazos y las críticas sobre ellos, operan en espacios diferenciados de la realidad social, alcanzando puntos de transición y plasticidad entre unas formas y otras de acuerdo a cómo se desarrolle la experiencia de malestar, la enfermedad o el cuidado:

...no es que tampoco se diga “no solamente vamos a utilizar la medicina ancestral”, yo creo que como que van a la par. Ya, porque igual como le digo, la medicina son para ciertos dolores la medicina ancestral y hay cosas que tienen que ser sí o sí la posta, ir a un consultorio... (entrevistada 2, Toconao).

La posta y la paramédico en las trayectorias del cuidado de la salud infantil en Toconao

La posta es el espacio privilegiado de operaciones de la salud pública en Toconao, pues funciona en un ámbito biomédico que se rige por las directrices de las políticas en esta materia establecidas a nivel nacional. Este centro cuenta con una técnico paramédico y una auxiliar paramédico, quienes tienen por misión la prestación de servicios de atención ambulatoria, el desarrollo de acciones de promoción y protección de la salud y procedimientos curativos de baja complejidad. Aquellos casos que no pueden atender con sus medios, la posta debe derivarlos a otros establecimientos o centros de salud. De modo que estos agentes están capacitados para desempeñar funciones específicas, pero siempre bajo la supervisión de un equipo profesional de salud. Entre sus labores rutinarias se cuentan llevar registros de las citas médicas, historiales clínicos y mantención de la arsenalería médica. Además, deben hacerse cargo de las vacunaciones y administrar la farmacia para la entrega de medicamentos y la distribución de leche y alimentos de acuerdo a los programas alimentarios nacionales destinados a la primera infancia, mujeres embarazadas o en etapa de amamantamiento y a personas mayores.

Debido a que la comuna de San Pedro de Atacama no cuenta con una planta amplia de profesionales de la salud, esto es, médicos, enfermeras y en particular especialistas, ni los recursos o niveles de complejidad médica que existen en el sector público y privado del medio urbano; en Toconao, así como en el resto de las comunidades atacameñas, el consultorio general de San Pedro de Atacama organiza recorridos o visitas periódicas con sus equipos médicos y técnicos. Las llamadas rondas médicas son acciones y rutina de trabajo muy extendidas e internalizadas por todos los usuarios, sean o no atacameños, donde se maximizan los recursos humanos y materiales para lograr la cobertura en la atención de salud pública de los habitantes de la comuna, especialmente en aquellos grupos o comunidades alejadas de los establecimientos de salud.

En las rondas médicas participan un médico general, dos enfermeras, una matrona y un odontólogo y, según sea requerido, se sumarán un nutricionista, un psicólogo, un kinesiólogo y un asistente social. Estos profesionales se trasladan semanalmente en ambulancia o vehículos municipales desde la capital comunal hacia Toconao y solo una vez al mes en semanas distintas concurren a las comunidades de Peine, Río Grande, Socaire, Talabre y Cámar. En el caso del dentista, éste cuenta con una consulta móvil, lo que permite realizar visitas más frecuentes en las comunidades atacameñas para dar mayor cobertura. Otros profesionales que no son incluidos en las rondas médicas y que prestan atención exclusivamente en el consultorio de San Pedro de Atacama son asignados por el Ministerio de Salud a través de programas especiales como el IRA-ERA⁸ para el caso del kinesiólogo, o del Chile Crece Contigo⁹ que cuenta con

⁸ Programa de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA). Diversos programas de salud pública que forman parte de las atenciones entregadas a la población desde el nivel primario de atención de la salud, surgen como una de las medidas lanzadas por los gobiernos de la Concertación para inyectar mayores recursos desde fondos ministeriales al nivel primario de atención en salud.

⁹ Chile Crece Contigo es un subsistema intersectorial que se orienta a la protección integral de la primera infancia, esto es, a niños y niñas desde los 0 a los 6 años de edad, incluyendo la etapa del embarazo y del parto de la madre. Este programa busca complementar el control del niño sano llevado a cabo en el consultorio y las postas rurales por las enfermeras, y estimular el apego y la participación de la familia en el cuidado y crianza de los niños.

equipo conformado por una educadora de párvulo, una enfermera y una matrona.¹⁰

Así, parte importante de las acciones rutinarias en la atención de la salud en las comunidades atacameñas la llevan a cabo las paramédicos. En Toconao, esta figura en general ha recaído en mujeres que son miembros de la comunidad o de localidades cercanas. Son mujeres que han realizado capacitaciones en distintas materias de salud y atención primaria y en algunos casos incluso cuentan con estudios técnicos. Estas auxiliares o técnicos mantienen los vínculos sociales más cercanos y cotidianos con las principales fuentes de cuidado de los bebés, niños y niñas, esto es, sus madres y familias. A diferencia de otros profesionales como las enfermeras, quienes representan la transmisión del orden, las pautas y las conductas adecuadas o esperadas desde el modelo médico hegemónico hacia las madres. De este modo, la figura de las paramédicos es central en el contexto descrito, pues tienen la posibilidad de desarrollar confianzas e injerencia tanto en el ámbito institucional médico como en el de la autoatención que funciona en el espacio doméstico.

La relación entre las paramédicos y las madres de Toconao está cruzada por una diversidad de elementos. Uno de ellos es la pertenencia étnica atacameña, la que muchas veces es percibida como un estigma (Gundermann 1997) y tratada en subalternidad por los profesionales médicos (Leyton 2010). Sin embargo, dependiendo de la posición del atacameño en el sistema de relaciones interétnicas, la diferencia cultural es legitimada e incluso valorada en estos espacios de atención a la salud. En gran medida esta situación obedece a que la atención en los contextos médicos públicos de las comunidades atacameñas aún no ha incorporado del todo la política ni el entrenamiento pertinente en el enfoque intercultural. En ocasiones el Servicio de Salud de la región, la CONADI y el Municipio han realizado esfuerzos para capacitar y realizar encuentros y seminarios, lo que en alguna medida ha abierto un espacio para que los atacameños reivindiquen su identidad étnica y el valor de ella en la puesta en marcha de un modelo intercultural de salud; sin embargo, aún la mayoría de los agentes de la

¹⁰ Durante la investigación no se consideró profundizar en el programa Chile Crece Contigo debido a que el equipo de salud llevaba solo unos meses en funciones en San Pedro de Atacama y no había realizado mayores intervenciones con la comunidad de Toconao.

salud pública no manejan en profundidad herramientas que permitirían relativizar y sensibilizar las relaciones con los pacientes indígenas y así ejercer un vínculo menos impositivo y hegemónico.

A diferencia de las relaciones asimétricas características del modelo biomédico que se producen entre médicos y enfermeras y los pacientes atacameños, en el caso de las paramédicos las diferencias de poder aparentemente se relativizan. El atacameño acepta la presencia de éste en tanto portador de una identidad étnica y de clase similar a la suya, difuminando –aunque no del todo– la posición jerárquica que se mantiene con los profesionales de la salud. Pero no todos los funcionarios públicos atacameños participan de esta forma de interacción en que se “disimulan” las diferencias de poder. Muchas veces los y las paramédicas que usualmente son atacameños se relacionan con bastante desdén con las comunidades –a las cuales ellos mismos pertenecen– con la excusa de que deben “hacer su trabajo” con eficiencia y objetividad. A otros en cambio, teniendo presente el valor de la cercanía y la horizontalidad en el trato con sus pares, les resulta útil para mantener el control en las relaciones con los pacientes, imponer su autoridad en los tratamientos médicos o establecer redes de apoyo al interior del grupo. En cualquier caso, la presencia de paramédicos atacameños es parte de una estructura funcional a la acción de la salud pública, de la que si careciera seguramente no tendría la misma expansión ni control. El usuario atacameño en esos contextos no solo representa su rol de beneficiario o paciente ante la salud pública municipal, sino que también “juega el juego” –o al menos lo intenta–, demostrando tener empatía con la labor del paramédico y el resto de los profesionales médicos y administrativos.

En la posta de Toconao las paramédicos manejan bitácoras con el historial médico de las familias y los niños, lo cual es valorado por la comunidad, pues permite crear cierto lazo de confianza con el personal de salud y de algún modo fiarse del diagnóstico y del tratamiento médico asignado. Sin embargo, las madres adjudican mayor confianza y autoridad a los médicos, enfermeras, matronas y dentista, producto de su más elevada posición en la estructura de la salud pública y en muchos casos a la condición de afuero no indígena del profesional. Así, las madres usuarias en general no solo aceptan la presencia del “doctor” o “doctora”, sino que le atribuyen una serie

de dominios y saberes del modelo biomédico que no son de competencia de la paramédico. Esto propicia que algunas madres opten por acudir a la paramédico en situaciones absolutamente indispensables, atribuyéndole un rol secundario en el sistema de atención primaria. Esta diferenciación se observa en la baja afluencia de personas a la posta durante la semana, a diferencia del día establecido de la ronda médica, en el que se hace presente el equipo médico y aumenta el número de atenciones, como pudimos observar en reiteradas oportunidades.

En cuanto a la atención de la ronda médica, la población atacameña detecta varios problemas. Por ejemplo, el escaso tiempo destinado a la consulta del paciente y la premura con que ésta se realiza, a causa de la alta demanda de los usuarios, lo que implica muchas veces la imposibilidad de conseguir horas médicas cuando se precisan y la percepción de la mala calidad en la atención y un escaso impacto o nivel de resolutividad de las demandas de los pacientes. Y quienes tienen la posibilidad de atenderse fuera del sistema público deben subsidiar parte o la totalidad de la prestación médica, además del traslado a las ciudades de Calama o Antofagasta, lo que para el caso de atención de los niños se presenta de manera más compleja frente a las dificultades prácticas que conlleva para las madres trasladarse a muy temprana hora con los niños, la espera en el hospital o clínica y el costo asociado al copago de salud y al traslado:

...A mí me trae problema porque si tengo que ir a pedir la hora a las siete de la mañana yo no puedo ir con los niños a esa hora! Entonces tengo que dejar a alguien en la casa con ellos pa' poder sacar la hora, entonces prefiero llevarlos, traerlos acá no más que me los sane la paramédico (entrevistada 3, Toconao).

Por otra parte, existe una alta rotación de profesionales en el consultorio de San Pedro de Atacama, lo que dificulta la creación de lazos que construyan cercanías o certezas sobre la relación médico-paciente. Frente a ello, las madres de Toconao a menudo cuestionan la calidad de la atención médica, así como el tratamiento entregado, y aunque no formalizan sus reclamos ni enfrentan directamente la autoridad del facultativo, muchas de ellas optan por regresar a sus hogares haciendo caso omiso del diagnóstico y de las indicaciones de tratamiento. Estas tensiones se acentúan al no contar de manera permanente con un médico general en el poblado a quien consultar

con mayor regularidad, dentro de los tiempos esperados y acordes a las rutinas que manejan los toconares.

Como vemos, el rol de la paramédico es crucial para el funcionamiento y demanda de la atención de la salud en una comunidad como Toconao, pues tiene residencia en la comunidad y conoce bien a los usuarios; incluso muchos de sus pacientes son familiares, lo que permite tener disponibilidad inmediata frente a las urgencias o más cercanía y comprensión de ciertas prácticas o decisiones de los sujetos. Asimismo, la paramédico funciona como un intermediario clave entre los atacameños y los profesionales de la salud pública. Parte de su autoridad médica la obtiene por ser habitante de la misma comunidad, por compartir códigos sociales o por su identificación étnica; sin embargo, ello no se debe entender como algo dado, ya que en su desempeño prima su condición de agente y por formar parte de la estructura de la salud pública. Por esto es que su figura en la comunidad y el reconocimiento de su autoridad médica conllevan permanentemente una suerte de doble validación: a nivel comunitario y en el sistema en el que se desempeña.

El control del “niño sano”

Al igual que en otras postas o consultorios del país, en Toconao las madres y sus hijos e hijas deben someterse al programa de atención dispuesto por la Salud Pública mediada por el Municipio, llamado *Control de niño sano*.

Ésta es una rutina de control del estado de la salud y el desarrollo desde que los niños nacen hasta los 5 años, 11 meses y 30 días de edad. Se trata de un conjunto de actividades y conocimientos que construyen y reproducen la normatividad en torno a los cuidados de la salud infantil, la cual posee profunda legitimación debido a que está construida desde el modelo médico hegemónico que imparte y ejerce la salud pública. Se realiza como si fuera un ritual, como una actividad solemne en que se examina a los infantes con periodicidad. Allí se los ubica en un espacio que podríamos denominar liminal, entendiendo que superada dicha etapa de desarrollo y de control efectivo y positivo, se producirá una correcta integración social a la que será su posterior etapa escolar.

El control del niño sano lo realiza personal médico especializado, esto es, las enfermeras del consultorio de San

Pedro de Atacama y se produce cuando concurren las rondas médicas en Toconao, como en cada una de las comunidades atacameñas. De modo que si las paramédicos son la figura central en el contexto general de atenciones para la comunidad, la enfermera lo es en el control periódico del estado de salud de los bebés, niños y niñas.

En el marco de las trayectorias de cuidado infantil, el control sano –la forma común de aludirlo–, figura como uno de los momentos del itinerario médico en el que se ponen en juego complejas relaciones, negociaciones y transacciones entre las madres y las enfermeras. Se constituye fundamentalmente por una interacción donde es central la aceptación por parte de la madre de la intervención biomédica y, por consiguiente, de la salud pública a través de la figura autorizada y legitimada de la enfermera. En ese sentido, para las madres el control del niño sano se torna muy significativo, pues se trata de abordar un tema esencial como es el bienestar de sus hijos y los hábitos de cuidado y protección de su salud. Lo que refleja, en definitiva, el modo en que las madres de Toconao y sus familias están cuidando al bebé, niña o niño y qué prácticas y rutinas manejan para ello.

Las madres valoran el control del estado de salud del niño, particularmente que se realice una revisión completa de su hijo o hija. En efecto, ellas mencionan que las enfermeras examinan todas las partes del cuerpo del bebé: pelo, orejas, uñas para comprobar que está bien cuidado, que “no está sucio” y que recibe la preocupación adecuada en su hogar. Si se llevan a cabo los cuidados necesarios para el bienestar del niño, la enfermera lo consignará y la madre sentirá reconocida su labor.

El control del niño sano también actúa como un sistema de prevención de patologías, de detección de alteraciones en su desarrollo y de enseñanza de hábitos de higiene y alimentación a las familias.

La frecuencia con que se realiza el control del niño sano depende de la etapa de vida: desde 0 a 12 meses, una vez al mes; entre el año y los 2 años de edad, cada tres meses; posteriormente disminuye la frecuencia a cada seis meses. El tiempo destinado al control es de alrededor de 15 minutos y durante ese lapso las enfermeras miden, pesan al bebé, niño o niña, organizan el calendario de vacunas y las aplican de ser el caso, asignan el alimento que

corresponde y el suplemento o las vitaminas en caso de ser necesarios. Asimismo, realizan una serie de preguntas a las madres respecto a pautas de crianza y hábitos alimentarios de acuerdo a la edad del hijo y las aconsejan sobre dichos temas. Si el bebé, niño o niña presenta alguna enfermedad o problemas como bajo peso o sobrepeso, puede ser derivado/a al médico general.

Debido a que el control del niño sano se efectúa considerando las mediciones del peso y la talla que representan el crecimiento del infante, vinculado a las pautas y hábitos de alimentación y estimulación del desarrollo psicomotor que se deben procurar durante la crianza, si un niño se encontrara fuera del rango adecuado que determina el modelo, pasa a una categoría de riesgo o rezago. Ello implica aplicar una serie de acciones para que esa condición sea superada.

Durante el control, la enfermera a partir de los tres meses de vida del bebé debe realizar el test de desarrollo psicomotor (TEPSI), con el que se mide el correcto desarrollo y crecimiento del infante, centrándose en las habilidades cognitivas, lingüísticas y motoras acordes a su edad. En cambio, las pruebas correspondientes al mes y a los tres meses de edad, son efectuadas por los médicos generales para detectar patologías más complejas. Ahora bien, desde la implementación del programa Chile Crece Contigo la aplicación del test paulatinamente ha ido pasando a la educadora de párvulos, quien al momento del trabajo de campo no llevaba más de un mes en sus funciones en el consultorio en el contexto del programa.

El control del niño sano no está exento de tensiones entre las madres de Toconao y las enfermeras. Estas profesionales de la salud pública buscan las categorías que permiten definir y ubicar al lactante o infante en un estado *eutrófico* o normal en relación a determinadas estimaciones, tales como el peso, la talla, así como a las respuestas que entregue el bebé, el niño o niña a partir de los estímulos que arroja el mencionado test. De modo que cuando alguna de esas categorías se aleja del rango definido como *normal* es que se inician las diferencias entre las madres y las profesionales. La aplicación del TEPSI representa para las enfermeras una instancia de evaluación importante, pues consideran que muchas de las niñas y los niños atacameños no obtienen resultados óptimos debido a la falta de estímulo psicosocial por parte de las familias. Al mismo

tiempo, estas profesionales reconocen que el instrumento de medición no se ajusta a la realidad de los infantes. En otras palabras, no estaría siendo adecuado para medir a los niños dentro de una realidad particular como la atacameña. Para graficar esto, las enfermeras señalaban que la imagen de un paraguas en una de las láminas del test que el niño debe identificar y nombrar resultaba compleja pues el infante entre 3 y 5 años no está familiarizado con un objeto que prácticamente no se usa en el desierto.

Si la evaluación en esta prueba sale baja, lo vinculan al carácter del niño, aunque también reconocen que parte de los estímulos deben provenir del núcleo familiar. Es así como las madres ven en el test un paso más en el control de la salud y valorarán más esta instancia si otros profesionales aportan o ayudan a nivelar las capacidades psicomotoras del niño o la niña. En efecto, la entrega de algunas pautas por parte de la educadora de párvulos son apreciadas pues algunas madres señalan que desconocen ciertas formas de juego y de estimulación adecuadas de sus hijos, porque mencionan que no son un tipo de juego que hayan aprendido con sus padres.

Como al año, año y medio le hicieron un test en el control sano... todo depende en la casa como uno le enseñe al niño, ella lo único que salió mal era, que era muy calladita todavía, no hablaba, no respondía. Lo que tenía que hacer hacía, pero hablar no hablaba” (entrevistada 6, Toconao).

Es importante destacar que las enfermeras, por medio de los controles, intentan inculcar a las madres el valor de la independencia del niño y la niña, vinculado al desarrollo de su individualidad en ámbitos como la sociabilidad con sus pares y a la asimilación de ciertos hábitos que los hagan menos dependientes de las madres y la familia, como la asignación de horarios de comidas, el destete en el caso de los niños y niñas que consideran en edad de hacerlo, o el control de esfínter. En este sentido, las profesionales dan cuenta de la timidez o poca soltura con que los niños se desenvuelven en los controles en la posta mientras esperan su atención. Suelen describir comportamientos propios de niños más pequeños, como esconderse entre las piernas de su mamá o abuela o no responder directamente a las preguntas de los adultos. Así, las enfermeras tienden a identificar una falta de socialización o madurez del niño o la niña.

Entre las funciones del control del niño sano ya mencionadas, se encuentra pesar y medir al niño o niña para establecer los parámetros nutricionales acordes a su edad. Es en este punto donde las madres suelen tener mayores reparos hacia la evaluación que realizan las enfermeras, ya que siempre perciben al niño o niña en categorías extremas, es decir, bajo peso o sobrepeso. A pesar de que en general consideran que el trato que les dan las enfermeras es adecuado y sienten que respetan hábitos y costumbres que provienen de la medicina popular y tradicional atacameña, es en relación a la alimentación y la lactancia donde señalan que las enfermeras “*las retan*”. Para evitar esta incómoda situación, las madres reconocen que prefieren callar algunas de las prácticas alimentarias y de lactancia, por ejemplo al omitir que eliminan una de las comidas diarias como es la cena y la reemplazan por la “once comida”¹¹ o que hidratan a los bebés con *montes* (agua de yerbas) durante los primeros seis meses de vida.

...es que le ponen mucho color las enfermeras que hay en Toconao parece, porque yo a mi niñita la llevaba a Calama, al niño le controlaba aquí. A la niña la controlaba el pediatra y me dijo “No, está bien”, o un poquito bajo peso, pero me decía “No, es normal”... ¡No se conforman con nada!, si está bajo peso reclaman, si está obeso también reclaman... Cuando tomaban pecho eran gordos, después empiezan a adelgazar, yo a mi hijo le di hasta los dos años pecho pero después era malo pa’ comer... [risa] (entre-vistada 7, Toconao).

Una figura que proviene del ámbito familiar y que resulta relevante en las trayectorias de cuidado infantil es la abuela. En muchas ocasiones son ellas las que introducen importantes hábitos alimentarios en sus nietos, así como determinados cuidados sobre la salud. Tan cercana es esta figura que es común verlas acompañando a sus hijas al consultorio o a la posta y esperar junto a ellas para ser atendidas en el control sano o en otras consultas médicas. Este apoyo es central pues mientras sus hijas realizan el tránsito burocrático propio del consultorio como aguardar un lugar en espera de la atención, hacer la fila para el retiro de remedios y alimentos, solicitar horas o realizar consultas sobre beneficios sociales; las abuelas procuran que los niños no resientan sus rutinas y colaboran haciendo dormir en los coches a los más pequeños, apoyan con la alimentación y lactancia y particularmente

socializan con otras mujeres, las que son de familias conocidas del pueblo. Para las enfermeras el rol que ejerce la abuela en el cuidado de la salud muchas veces entorpece la inculcación de pautas y hábitos vistos como apropiados desde la biomedicina. En ocasiones estas profesionales se oponen a que las abuelas ingresen al control de salud, pues este espacio está definido como un ámbito exclusivo de la madre y del padre, tal como propician las políticas a nivel nacional y enfatizan por ejemplo las cartillas informativas del programa Chile Crece Contigo que circulaban en el consultorio.

Las formas en que se establecen las interacciones y relaciones entre las madres y los profesionales de la salud, esto es, enfermeras, médicos y en algunos casos paramédicos, nos lleva a plantear que estamos frente a vínculos con claras posiciones de hegemonía y subalternidad. En esta relación el modelo biomédico introduce pautas de salud, enfermedad y atención, así como de uso y control del cuerpo sobre las personas que debe atender. Lo relevante es que en Toconao las madres, si bien asumen y se encuentran en una posición subalterna y adoptan lo indicado en esos contextos médicos, también rechazan o resignifican dichos elementos según sus propias capacidades de discernir, las posibilidades de transitar por diversos modelos y, sobre todo, de experimentar y acumular conocimientos, conductas, normas y expectativas respecto a los distintos contextos médicos a los que se enfrentan.

Este recurso, que forma parte crucial de las trayectorias de cuidado de la salud, lo denominamos *manejo de la subalternidad* y les otorgaría cierto nivel de autonomía a las madres en las acciones y decisiones frente a las recomendaciones de los profesionales de la posta, y específicamente respecto de los cuestionamientos y los modos de control que esos agentes ejercen sobre ellas. Así, las madres deciden y emplean recursos médicos que estiman apropiados para situaciones específicas en el cuidado de la salud de sus hijos.

A la luz de lo que hemos indicado en este trabajo como trayectorias, el *manejo de la subalternidad*, entonces, muestra una de las posibilidades vinculadas a la experiencia social de las madres en el cuidado de la salud de sus hijos e hijas. En ese sentido, las trayectorias se ven influidas y atravesadas por la diversidad de relaciones y vínculos que

¹¹ Los toconares le llaman “once comida” a merendar por la noche.

van estableciendo en los distintos contextos médicos, con los profesionales de la salud, con los sanadores locales y también en relación a sus familiares y otras madres respecto a las decisiones que pueden tomar para llevar a cabo determinados tratamientos y cuidados; o para resistirse y oponerse a otros. Así, las trayectorias en el cuidado de la salud infantil no se restringen a la experiencia biomédica, sino que en una comunidad como Toconao pueden tomar cierta autonomía respecto a comprender la enfermedad, sus atenciones y cuidados y a la prevención médica propiamente tal.

❖ CONCLUSIONES

Hemos abordado algunos de los itinerarios y contextos centrales en las trayectorias del cuidado de la salud infantil. Particularmente, a la luz de las experiencias de un conjunto de mujeres de la comunidad atacameña de Toconao que nos muestran cómo transitan y enfrentan procesos, experiencias y prácticas sobre la salud, la enfermedad, la atención y los cuidados que entregan en la primera infancia de sus hijos.

Las trayectorias del cuidado de la salud las inscribimos dentro de la discusión de los modelos médicos en el ámbito de la antropología médica crítica. Éstos corresponden al Modelo Médico Hegemónico, el Modelo Alternativo Subalterno y las Formas de Autoatención, los cuales nos sirvieron analíticamente para situar la realidad de estudio e interpretar las dinámicas y movimientos que los sujetos y los grupos sociales van experimentando.

De esta manera, las trayectorias las comprendemos como procesos y movimientos no lineales. Son prácticas en torno al cuidado de la salud de los bebés, niños y niñas que van enfrentando y construyendo los cuidadores, madres y familias, de acuerdo a las experiencias individuales, familiares y comunitarias. Lo que da cuenta de un aprendizaje que se transmite de una generación a otra y que se ve modelado por factores históricos, políticos, económicos y sociales.

Las trayectorias aquí descritas se construyen a partir del abordaje etnográfico en Toconao, por el que fue posible identificar contextos específicos en relación al cuidado de la salud infantil, entre los cuales destacamos: el espacio doméstico, la posta de salud pública y la instancia de

control del niño sano. Asimismo, estos espacios se constituyen de acuerdo a las interrelaciones entre las madres y sus familiares, principalmente la abuela y los agentes de la salud como el *yatiri*, las paramédicos y las enfermeras.

Las trayectorias se inician con las formas de autoatención que involucran a las madres en el contexto doméstico. En ese espacio, son ellas las que realizan una primera evaluación o diagnóstico del malestar o padecimiento del bebé, la niña o el niño y según eso determinan las vías y formas de su curación o cuidados. Podemos señalar que las madres de Toconao cuentan con una serie de recursos y saberes médicos que provienen de diversas tradiciones en salud, como la medicina tradicional atacameña, la medicina popular y las pautas de la biomedicina y la salud pública. Éstas incidirán en el tratamiento a utilizar por la madre y el tipo de especialista médico al que optan por acudir, depositar su confianza y seguir un tratamiento.

En los espacios de atención como el biomédico representado en la posta rural y en instancias como el control del niño sano, los saberes y prácticas de las madres para la autoatención pueden ser cuestionados e incluso anulados por los agentes de la salud del modelo hegemonico como las enfermeras o paramédicos. Lo relevante es que las madres de Toconao lejos de asumir una posición domesticada, generan un mecanismo o recurso de *manejo de la subalternidad* que se hace visible por medio de transacciones, negociaciones y articulaciones en torno al cuidado de la salud infantil. En este sentido, la paramédico de la posta entra en una de las categorías más complejas pues, como señalamos, es parte de la comunidad y a la vez figura como agente de la salud pública. Esta condición implica que en determinadas instancias opere de manera cercana y empática, apelando a una misma adscripción étnica (ser atacameña), de género o de madre; en cambio, en otras situaciones la relación se despliega verticalmente, pues la paramédico expresa que no solo debe responder a la salud pública sino también cumplir con su trabajo.

Por otro lado, el control del niño sano es el espacio privilegiado de poder sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad que ejerce el Estado y la sociedad nacional sobre las personas y los conjuntos sociales, con independencia de diferencias culturales o el contexto local, o como en este caso de estudio, de la adscripción étnica. Precisamente,

en este momento de la trayectoria, es cuando se observan las principales tensiones que experimentan las madres frente a los agentes de salud como las enfermeras respecto de los tipos de cuidados, hábitos y alimentación sobre bebés, niñas y niños. Así, el *manejo de la subalternidad* en las madres se activa cuando el modelo biomédico y sus agentes introducen pautas hegemónicas de salud/enfermedad, de uso y control del cuerpo. Frente a ello, las madres adoptan, rechazan o resignifican esos contenidos, según sus propios recursos, conocimientos y decisiones sobre lo que consideran es lo más adecuado para atender el padecimiento, el malestar o los hábitos de sus hijos.

El control del niño sano también se presenta como un hito en el que se hace patente la función normativa dada por las enfermeras frente al actuar de las madres y sus hijos, enfocadas en el control y la regulación de las pautas de cuidado y hábitos del niño en su primera infancia (expresada como de 0 a 6 años, pero que debe entenderse entre el nacimiento y los 5 años, 11 meses y 30 días). Así, el control de salud infantil se entiende como un ritual biomédico donde se genera una primera evaluación social del bebé, niño o niña acorde a la normatividad marcada por la hegemonía que representa la salud pública. Asimismo, se constituye en uno de los ámbitos centrales de las trayectorias en el cuidado de la salud infantil, pues a pesar de las tensiones que puedan generarse entre las madres y enfermeras, representa una instancia aceptada de la intervención biomédica dada por el reconocimiento a la madre en su rol.

Hemos propuesto una aproximación a las trayectorias del cuidado de la salud infantil experimentadas por un grupo de madres de la comunidad de Toconao, donde la enfermedad, la salud y los cuidados que despliegan, conllevan a dinámicas de relaciones sociales que serán significadas y experimentadas por los sujetos de acuerdo al contexto de atención al que se enfrenten. De manera que las trayectorias apelan, justamente, a los múltiples tránsitos por los distintos escenarios o contextos que las madres junto a sus niños recorren, experimentan y enfrentan. Ese movimiento o itinerario puede dar cabida al despliegue de un *manejo de la subalternidad* frente a los otros agentes de la salud, que implica que lo vinculado a la salud infantil se expande hacia relaciones y realidades sociales que superan el ámbito específicamente médico.

Agradecimientos Agradecemos a la comunidad atacameña de Toconao, en particular a las madres, sus familias y a los trabajadores del Consultorio en Atención Primaria de San Pedro de Atacama y de la Posta Rural de Toconao, quienes desinteresadamente participaron en esta investigación. A la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica de Chile (CONICYT) que financió esta investigación a través del Programa de Doctorado en el Extranjero por Gestión Propia. A los evaluadores del artículo y a los colegas Jorge Montesinos y Ramiro Catalán por sus importantes recomendaciones.

❖ REFERENCIAS CITADAS

- BAER, H. 2002. The growing interes of biomedicine in complementary and alternative medicine: A critical perspective. *Medical Anthropology Quarterly* 4(16): 403-405.
- BAER, H., M. SINGER e I. SUSSER. 1997. Medical anthropology and the world system. A critical perspective. Bergin & Gavey, USA.
- BOLADOS, P. 2010. *Neoliberalismo multicultural en el Chile democrático: Gubernamentalizando la salud atacameña a través de la participación y el etnodesarrollo*. Memoria para optar al grado de Doctor en Antropología. Universidad Católica del Norte, San Pedro de Atacama.
- BOLTANSKI, L. 1974. *Puericultura y moral de clase*. Editorial Laia, Barcelona.
- CHAMORRO, A. y C. TOCORNAL. 2005. Prácticas de salud en las comunidades del Salar de Atacama: Hacia una etnografía médica contemporánea. *Estudios Atacameños* 30: 117-134.
- FARMER, P. 1992. *AIDS and Accusation. Haiti and the Geography of Blame*. University of California Press, Berkeley.
- FOUCAULT, M. 1977. Historia de la medicalización. *Educación médica y salud* 11(1): 3-25.
- FUSTER, N. y P. MOSCOSO-FLORES. 2015. La hoja sanitaria. Archivo del policlínico obrero de la I.W.W. Chile 1924-1927. Compilación, estudio y notas. Ceibo Ediciones, Santiago.

- GOOD, B. 2003. *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Ediciones Bellaterra, Barcelona.
- GUNDERMANN, H. 1997. Etnicidad, identidad étnica y ciudadanía en los países andinos y el norte de Chile. Los términos de la discusión y algunas hipótesis de investigación. *Estudios Atacameños* 13: 9-26.
- GUNDERMANN, H. y H. GONZÁLEZ. 1995. Tierra, agua y sociedad atacameña, un escenario cambiante. En *Agua, ocupación y economía campesina en la región atacameña*, P. Pourrut y L. Núñez (Eds.), pp. 78-106. UCN-ORSTOM, Chile.
- ILLANES, M. A. 2010. *En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia, (...). Historia social de la salud pública, 1880-1973*. Ministerio de Salud, Chile.
- INE. 2005. *Estadísticas sociales de los pueblos indígenas en Chile – Censo 2002*. <http://www.ine.cl>
- KLEINMAN, A., 1980. *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press, Berkeley.
- KLEINMAN, A. 1988. *The illness narratives. Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books, USA.
- KLEINMAN, A. 1995. *Writing at the margin. Discourse between Anthropology and Medicine*. University of California Press, Berkeley.
- LEYTON, D. 2010. *Trayectorias del cuidado de la salud infantil en San Pedro de Atacama, Chile. Entre el manejo de la subalternidad y el imaginario del riesgo*. Tesina para la obtención del Diploma de Estudios Avanzados (DEA), Doctorado en Antropología Social, Universidad Autónoma de Madrid, España.
- LEYTON, D. 2012. Modelos explicativos sobre lactancia y alimentación infantil en trabajadores de la salud y madres de San Pedro de Atacama, Chile. En *Alimentación, salud y cultura: Encuentros interdisciplinares*, M. G. Arnaiz (Ed.), pp. 19-39. Colección de Antropología Médica 7 Publicacions URV, Tarragona.
- MARTÍNEZ, Á. 2008. *Antropología médica*. Anthropos Editorial, Barcelona.
- MENÉNDEZ, E., 1981. *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. CIESAS, México DF.
- MENÉNDEZ, E. 2003. Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saude Coletiva* 8(1): 185-207.
- MENÉNDEZ, E. 2005. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social UCM* 14: 33-69.
- MORALES, H. 2010. *Etnopolítica en Atacama. Laberintos de la etnicidad atacameña en Chile*. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde Am Fachbereich Geschichts- und Kulturwissenschaften Lateinamerika-Institut (LAI) Altamerikanistik der Freien Universität Berlin.
- NAVARRO, V. 1975. *La medicina bajo el capitalismo*. Crítica, Barcelona.
- NÚÑEZ, L. 1992. Conflicto y cultura en los oasis de San Pedro de Atacama. Editorial Universitaria, Santiago.
- OBSERVATORIO NACIONAL DE LA INFANCIA Y DE LA ADOLESCENCIA. 2009. Índice de infancia y de la adolescencia. Una mirada comunal y regional. Observatorio Nacional de la infancia y la adolescencia. Ministerio de Planificación, Chile.
- PAZOS, A. 2015. *Conceptos clave de antropología médica en terapia ocupacional*. Síntesis, Madrid.
- SCHKOLNICK, M. y J. BONNEFOY. 1994. *Una propuesta de tipología de las políticas sociales en Chile*. Documento de Trabajo, UNICEF, Chile.
- SEPPILII, T., 2000. De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. En *Medicina y cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*, E. Perdigüero y J. M. Comelles (Eds.), pp. 33-44. Edicions Bellaterra, Barcelona.
- SHEPER-HUGHES, N. 1997. *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Editorial Ariel, Barcelona.
- TAUSSIG, M. 1995. Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso de emergencia permanente. Gedisa, Barcelona.
- VALENZUELA, A. 2006. *Atacameños de Calama. Diversidad, transitoriedad y fragmentación en la organizaciones atacameñas urbanas y su relación con el Estado chileno*. Tesis de Maestría en Antropología Social. CIESAS Occidente: Guadalajara, Jal.
- YOUNG, A. 1995. *The armony of illusions. Inventing post-traumatic stress disorders*. Princeton University Press, Princeton.