

---

# INTERCULTURALIDAD EN SALUD. ANÁLISIS CRÍTICO DE LAS POLÍTICAS SANITARIAS DIRIGIDAS AL PUEBLO AYMARA DEL NORTE CHILENO

---

Vivian Theda Gavilán Vega, Patricia Cecilia Viguera Cheres, Carlos Ernesto Madariaga Araya y Michel Gerardo Parra Calderón

## RESUMEN

*Presentamos resultados de investigación sobre las políticas sanitarias dirigidas al pueblo aymara del norte chileno y las prácticas de salud de la colectividad que se adscribe a éste. Se analizan las bases conceptuales de las líneas de trabajo del Ministerio de Salud y se discute la noción de interculturalidad aplicada en ellas. En un marco interpretativo que considera la historia como eje central, se exponen datos acopiados respecto de las actividades desplegadas por las familias aymara de la región de Tarapacá frente a la enfermedad y sus bases conceptuales. El estudio de los modelos médicos y sistemas médicos*

*en curso es fundamental para avanzar a una mayor equidad. Los propósitos declarados por el Estado chileno para resolver problemas de salud de la población indígena pueden ser alcanzados si se asume un concepto de salud multidimensional que considere la complejidad del fenómeno, si se distinguen las tradiciones en salud de la colectividad aymara de las condiciones de salud de la misma y de las demandas en salud que los líderes étnicos han planteado. A esto se añade que se deben generar nuevas condiciones de trabajo para los profesionales del sistema público de salud.*

---

## Introducción

En el contexto de los marcos jurídicos que orientan las políticas sanitarias dirigidas a los pueblos originarios en Chile (Ley Indígena 19.253; Ley 20.584 de Derechos y Deberes de los Pacientes; Ley de Autoridad Sanitaria N° 19.937; Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud; Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud; Norma General Administrativa N° 16 sobre Interculturalidad en los Servicios de Salud; y el artículo 25 del Convenio 169 de la OIT), el Ministerio de Salud chileno ha diseñado estrategias para avanzar hacia el mejoramiento de sus condiciones de salud y para el reconocimiento de las diferencias culturales en

salud de la población que se adscribe a alguno de los nueve pueblos identificados. Por otra parte, dado que los datos estadísticos oficiales indican que la población indígena es más pobre, tiene menor escolaridad y menor acceso al trabajo que la no indígena (INE, 2013), se la considera como grupo destinatario de programas cuyas metas contribuyen al logro de los objetivos estratégicos para la década 2011-2020 (MINSAL, 2010). Estos programas reconocen que diversas inequidades existentes en el país acentúan los problemas de salud en ciertos grupos específicos. Las desigualdades son consideradas injustas y evitables (Vega *et al.*, 2005), lo que plantea desafíos en la promoción, prevención y atención con el

objeto de disminuir las brechas identificadas. Así, las políticas deben orientarse a revertir estas inequidades a través de acciones que intervengan la relación entre las condiciones de vida de la población y la situación de salud. Tal propósito se basa en el enfoque de los determinantes sociales, los que se definen como las condiciones sociales en las que las personas desarrollan su vida y que impactan en su salud (Tarlov, 1996; MIDEPLAN, 2017).

Los estudios sobre población indígena realizados en la última década en Chile confirman que ésta tiene un perfil de morbilidad distinto de la población no indígena, caracterizado por una mayor carga de enfermedad y mortalidad (Oyarce y Pedreros, 2007). Las

diferencias sociales, culturales y étnicas evidenciadas para los pueblos originarios se manifiestan en condiciones de salud más deficitarias si se comparan con la población que no se adscribe étnicamente (Pedreros, 2009). No es menos importante considerar el hecho que la existencia de tradiciones culturales particulares en salud configura modelos y sistemas médicos diferentes al modelo biomédico, lo cual ha puesto en duda la pertinencia, eficacia y efectividad de algunos programas de atención actualmente vigentes en el sistema público. En este contexto, el Estado se ha propuesto diseñar políticas que consideren las particularidades en la condición de salud de la población indígena, las especificidades culturales que

---

## PALABRAS CLAVE / Aymara / Interculturalidad / Pueblos Indígenas / Salud Pública /

Recibido: 01/12/2017. Modificado: 06/03/2018. Aceptado: 06/04/2018.

**Vivian Theda Gavilán Vega.** Antropóloga y Licenciada en Antropología Social, Universidad de Chile. Magister en Antropología, FLACSO, Ecuador. Candidata a Doctora en Ciencias Sociales, El Colegio de México. Profesora, Universidad de Tarapacá (UTA), Chile. Dirección: Departamento de Antropología, Universidad de

Tarapacá, casilla 7D. Arica, Chile. e-mail: vtgavilanv@uta.cl  
**Patricia Cecilia Viguera Cheres.** Enfermera y Licenciada en Enfermería, Universidad de Concepción, Chile. Magister en Educación y Candidata a Doctora en Antropología Médica y Salud Internacional, Universidad Rovira i Virgili, España.

Profesora, Escuela de Enfermería, Universidad Arturo Prat, Chile. e-mail: patriciaviguera-cherres@gmail.com  
**Carlos Ernesto Madariaga Araya.** Médico Psiquiatra. Candidato a Doctor en Procesos Sociales y Políticos Latinoamericanos, Universidad ARCIS, Chile. Profesor, Facultad de Medicina,

Universidad de Chile. e-mail: madariaga21@gmail.com  
**Michel Gerardo Parra Calderón.** Sociólogo y Licenciado en Sociología, Universidad Arturo Prat, Chile. Máster en Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología, Universidad de Salamanca, España. Investigador Independiente. e-mail: michpac@gmail.com

## INTERCULTURAL ASPECTS OF HEALTH. A CRITICAL ANALYSIS OF HEALTH POLICIES AIMED AT THE AYMARA PEOPLE OF NORTHERN CHILE

Vivian Theda Gavilán Vega, Patricia Cecilia Viguera Cheres, Carlos Ernesto Madariaga Araya and Michel Gerardo Parra Calderón

### SUMMARY

*We present research results on health policies aimed at the Aymara people of Northern Chile and the health practices of the community attached to it. We analyze the conceptual bases of the work carried out by the Ministry of Health and discuss the notion of interculturality that is applied in them. Under an interpretative framework that considers history as the central axis of the analysis, we present collected data regarding the activities against disease and the conceptual bases that Aymara families carry out and elaborate in the Tarapaca region. The study*

*of the medical models and systems in course is fundamental to advance to a greater equity. The stated purposes of the Chilean State to solve health problems of the indigenous population can be achieved if a multidimensional health concept is taken into account that considers the complexity of the phenomenon, if the Aymara community's health traditions are distinguished from the conditions of health and the demands on health that ethnic leaders have raised. Also, new working conditions must be generated for professionals in the public health system.*

## INTERCULTURALIDADE EM SAÚDE. ANÁLISE CRÍTICA DAS POLÍTICAS SANITÁRIAS DIRIGIDAS AO POVO AYMARA DO NORTE CHILENO

Vivian Theda Gavilán Vega, Patricia Cecilia Viguera Cheres, Carlos Ernesto Madariaga Araya e Michel Gerardo Parra Calderón

### RESUMO

*Neste trabalho apresentamos os resultados da pesquisa sobre as políticas sanitárias destinadas à população Aymara, da região Norte do Chile e sobre as práticas de saúde deste coletivo. Utilizando o enfoque qualitativo, analisamos as bases conceituais das linhas de trabalho do Ministério de Saúde e discutimos a noção de interculturalidade aplicada a elas. No marco interpretativo considera a história como eixo central da análise, apresentam-se dados coletados das atividades relacionadas às doenças e às bases conceituais que realizam e elaboram as famílias Aymara da região de Tarapacá. O estudo dos mode-*

*los médicos e dos sistemas médicos em curso são fundamentais para alcançar uma maior igualdade. Os propósitos declarados pelo Estado Chileno para resolver os problemas de saúde da população indígena podem ser alcançados se respeitadas algumas condições como o conceito de saúde multidimensional que considere a complexidade do fenômeno, a distinção das tradições na saúde do coletivo Aymara das condições de saúde da mesma e as demandas na saúde que os líderes étnicos detectaram. Além disso, é necessário propiciar novas condições de trabalho para os profissionais do sistema público da saúde.*

adquieren los procesos de salud-enfermedad-atención y su participación como sujetos destinatarios. En uno de los documentos referidos a servicios de salud indica que la ley de autoridad sanitaria y otros que emanan del Ministerio de Salud señalan la responsabilidad de incluir la cultura presente en los territorios como la participación activa de las comunidades y organizaciones de los pueblos originarios (MINSAL, 2006). Así, entre las metas declaradas se halla la importancia de incorporar en los programas de salud un enfoque intercultural y generar procesos para la complementación de la atención en salud entre el modelo de salud oficial y el propio de los pueblos indígenas, mediante la incorporación del enfoque intercultural con participación de las comu-

nidades y organizaciones indígenas (MINSAL, 2014).

Estos antecedentes muestran los esfuerzos que se están desplegando para cumplir los compromisos establecidos en el mandato de la Comisión Verdad Histórica y Nuevo Trato, instancia creada por el presidente Lagos en 2001. Esta comisión encomendó un informe sobre la historia de la relación que ha existido entre los pueblos indígenas y el Estado, que recogiera propuestas y recomendaciones para una nueva política que permitiese avanzar hacia un nuevo trato. El informe establecía que dichas recomendaciones debían estar referidas a mecanismos institucionales, jurídicos y políticos para una plena participación, reconocimiento y goce de los derechos de los pueblos indígenas en un sistema democrático, sobre las bases de

consenso social y reconstrucción de la confianza histórica (Comisión, 2004).

Si bien estas iniciativas son valiosas, pues la historia republicana no registra este interés por elaborar políticas diferenciadas para la salud de la población y tampoco por avanzar hacia procesos participativos en sus diseños, se observan dificultades conceptuales, metodológicas e institucionales referidas a la gestión y administración del sistema público que obstaculizan la generación de modelos de atención en salud mental con pertinencia cultural y étnica. Para el caso específico del pueblo aymara, hay que agregar la insuficiente información epidemiológica, la desagregación de datos de los estudios antropológicos referidos a los procesos salud-enfermedad-atención y la escasa utilización

de los aportes de los conocimientos de la antropología social en general referidos a la sociedad y cultura del pueblo aymara. Esta situación nos condujo a estudiar las prácticas ministeriales dirigidas a mejorar la salud de la colectividad aymara en el norte de Chile, a fin de avanzar hacia una mayor equidad social y cultural de un pueblo originario que sólo fue reconocido como tal en 1993.

A partir de los datos acopiados en tres estudios realizados en la actual región de Tarapacá, exponemos aquí, en primer lugar, un análisis de los contenidos conceptuales sobre el enfoque intercultural en salud aplicados en los programas dirigidos a los aymara. Se trata de estudios financiados por el Fondo Nacional de Investigación en Salud (FONIS) sobre

diversidad cultural y programas de atención en la comuna de Alto Hospicio (SA05I20016), acerca de los padecimientos psicoemocionales en la colectividad indígena tarapaqueña (SM14I0023) y respecto de las prácticas de salud y enfermedad en las comunidades de origen indígena en la Provincia del Tamarugal, financiado por el Fondo Nacional para la Cultura y las Artes (ICL01101200872267). En segundo lugar, argumentamos por qué se precisa distinguir las tradiciones culturales en salud de las etnicidades en la región de Tarapacá. Y en tercer lugar, se avanza hacia una síntesis de los resultados obtenidos sobre los procesos salud-enfermedad-atención en la colectividad aymara.

### **Concepto de Interculturalidad en Salud de los Programas Ministeriales**

En el marco del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas “interculturalidad se entiende como aquella acción que desarrollan los equipos de salud (directivos, médicos, personal de salud y administrativos) y los equipos de facilitadores interculturales al interior de los establecimientos para cubrir las necesidades de accesibilidad, oportunidad en la atención de morbilidad, adecuación de la organización de salud y atención de salud apropiada a las necesidades de los pueblos” (MINSAL, 2014: 3). Se trata de ofrecer oportunidades para el acceso a los dispositivos y de mejorar la comunicación entre los agentes sanitarios y los usuarios que se adscriben a algún pueblo indígena. Se ve que esta forma de comprender interculturalidad está asociada a los pueblos indígenas como un grupo destinatario que requiere de atención especial para implementar programas de salud estandarizados. Sin embargo, entiende también que se trata de colectividades con necesidades específicas. Cabe preguntarse ¿Cuáles son estas necesidades? y ¿Cuáles son las

formas de atención pertinentes? Estas interrogantes no se formulan en un esquema en el que el sentido de lo intercultural circula centrifugamente desde la institucionalidad hacia el sujeto indígena. Para el caso del pueblo aymara hay insuficiente información de calidad sobre la situación de salud, escasez de estudios epidemiológicos socioculturales locales, insuficientes antecedentes sobre los modelos médicos actualmente vigentes en la región y/o de diagnósticos sobre las formas de atención de las enfermedades en las colectividades indígenas.

Una aproximación diferente se halla en el modelo de salud familiar. La interculturalidad se entiende aquí como prácticas sociales en las que se encuentran dos o más culturas y se define “como un desafío, y por lo tanto una voluntad, en pos de lograr un diálogo horizontal entre distintos grupos culturales, cuestión que podríamos entender como una posibilidad para seguir en la comprensión y colaboración en los modelos médicos en interacción”. (MINSAL, 2013:19). Si bien se va hacia una conceptualización que explicita las intenciones de avanzar hacia una mayor equidad, no se especifica las culturas en salud que se ponen en juego, en cuáles son los modelos en interacción y cuáles son los grupos culturales. En este marco, se insiste en que es preciso “respetar la cosmovisión de los pueblos, sus modelos de salud y sus itinerarios terapéuticos e incorporarlos en el diseño e implementación de las políticas públicas” (MINSAL, 2013: 19). Agrega que es por ello que “la incorporación de un enfoque intercultural en salud solo tiene significación en la medida que los equipos de salud reconocen la existencia y visibilizan en el modelo de atención los aportes de las culturas que co-existen en un territorio determinado” (MINSAL, 2013: 20). Pero se naturalizan las tradiciones culturales en que se inscriben los modelos médicos que orientan las prácticas de los equipos de salud, entre los cuales el más importante es el

biomédico. Es decir, se obvia el hecho de ser un modelo histórico y cultural de occidente que se caracteriza por causas únicas y por comprender a la medicina como científica y fisiológicamente orientada (Comelles y Martínez 1993).

Por interculturalidad se entiende también “cualquier relación entre personas o grupos sociales de diversa cultura. Por extensión, se puede llamar interculturales a las actitudes de personas y grupos de una cultura en referencia a elementos de otra cultura. La interculturalidad así entendida es un caso específico de las relaciones de alteridad entre los que son distintos, sea por su cultura, por su género, su afiliación política, etc.” (MINSAL, 2016: 23). Se añade la dimensión de poder reflejada en el espacio terapéutico (ya sea en el box o en visita domiciliaria) y en el trabajo comunitario. Así, se “requiere poner atención en cómo la cultura propia dispone de ideologías, valores, prejuicios y conocimientos que pueden influenciar la interpretación que se hace no sólo de los padecimientos, sino que también de los posibles diagnósticos y tratamientos que se indiquen como adecuados. De aquí que los equipos deben entrenarse en este nuevo marco de relación con los consultantes.” (MINSAL, 2016: 24).

En el campo de la salud mental, las orientaciones técnicas para la atención de los pueblos originarios proponen avanzar hacia la formulación de la atención con enfoque intercultural, de los determinantes sociales en salud y de derechos humanos. Para lo primero adhiere a las formulaciones ministeriales descritas arriba, para lo segundo considera tener presente las condiciones socioeconómicas en las que se desenvuelve territorialmente la población indígena, y para lo tercero identifica la necesidad de considerar una ciudadanía participativa para la co-construcción de políticas (MINSAL, 2016: 16). En esta línea, argumenta que la atención en salud mental en contextos multiculturales y multiétnicos debe tener

presente que en las interacciones se ponen en juego diversas tradiciones en salud. Se sigue de este postulado que los diseños de programas en salud mental debieran conocer los distintos modelos médicos. No obstante, se repiten los aspectos antedichos; por un lado, no se reconoce el modelo cultural de los agentes que imparten salud y, por el otro, se parte del supuesto que existen dos modelos médicos en oposición puros y descontaminados. Uno que se inscribe en la tradición cultural de la sociedad occidental y el otro en la tradición cultural indígena; cada uno con sus propios agentes, no indígenas e indígenas; unos hablan castellano, otros dominan las lenguas originarias. Estas ideas siguen lo estipulado por los dirigentes aymara en el informe del Grupo de Trabajo Aymara de la Comisión para el Nuevo Trato en el campo de la salud como una estrategia para reivindicar derechos a la diferencia cultural. Textualmente señala que “desde 1995 se comenzó a constituir una demanda explícita de incorporación del enfoque intercultural a las acciones de salud de valoración y recuperación de la medicina indígena y de protección de los recursos terapéuticos aymara.” (Comisión, 2004: 321). Agrega que las propuestas y demandas en salud presentadas surgen de los tres seminarios de medicina intercultural realizados entre 1995 y 1997 y de la primera propuesta con respecto a la salud del Consejo Nacional Aymara de 1997. Influenciados por el movimiento indígena ecuatoriano, los dirigentes aymara utilizaron el concepto de interculturalidad no solo referido a las interrelaciones entre culturas diferentes, sino también para fortalecer lo propio, aquello que consideran subalternizado por el colonialismo (Walsh, 2007). Sin embargo, los resultados del proceso organizativo condujeron a afirmar identidades esenciales.

Si bien los procesos organizativos de los aymara son relevantes para reivindicar sus derechos ciudadanos a la diferencia cultural, es preciso tener

presente que la alteridad en salud se inscribe en el dominio político y no necesariamente se ajusta a la realidad en salud. Legítimamente apelan a que el Estado y la sociedad nacional reconozcan las tradiciones propias en salud y a denunciar prácticas discriminatorias que subordinan la historia local y generan nuevos procesos de colonización. Pero el desconocimiento del devenir de los procesos en los cuales los aymara se han involucrado lleva a continuar con la hegemonía cultural y no contribuye a la descolonización. En este sentido, se puede afirmar que la idea de interculturalidad por parte del Estado chileno es equivalente a multiculturalidad, entendida como estrategia reformadora orientada a administrar la diferencia cultural, en tanto que el proyecto intercultural en el discurso del movimiento indígena propone transformación en el sentido de reconocer la diferencia colonial y la urgente participación indígena (Walsh, 2007).

En síntesis, al pensar la interculturalidad en salud desde una perspectiva dicotómica que clasifica a la cultura biomédica como científica y a la cultura indígena como medicina tradicional, se las está concibiendo como si ambas constituyeran sistemas culturales aislados exteriormente y homogéneos interiormente; en consecuencia, niega la existencia de la heterogeneidad cultural dentro de la biomedicina y dentro de la medicina tradicional (Menéndez, 1987). Este autor afirma que cada cultura es poseedora de conocimientos médicos, portadora de saberes de atención y de cuidados a la salud y, por tanto, no se debería hablar de medicina tradicional indígena y de medicina occidental o mestiza. Lo tradicional y lo científico no son categorías homogéneas ni cerradas, ni estáticas ni aisladas, ni son las únicas formas de atención a la salud a las que recurre la población (Menéndez, 1987). En efecto, en las prácticas de atención del sistema de salud pública podemos hallar variantes de la medicina

moderna y las acciones para la salud y para la enfermedad de los pueblos originarios pueden incluir variantes de la medicina moderna, de la tradición indígena y de la medicina popular que practican indígenas y no indígenas. Asimismo, hay profesionales de la salud que se adscriben al pueblo aymara y adoptan la biomedicina como modelo de atención, expertos en salud que no se adscriben étnicamente, pero adoptan prácticas de los modelos de salud indígenas. Hay agentes que dominan la lengua aymara pero tienden a seguir la medicina moderna, en tanto otros no manejan la lengua pero adoptan la medicina indígena.

El devenir de las prácticas en salud en contextos de colonización ha conducido a modelos y sistemas mixtos, y el no reconocimiento de los procesos históricos se inscribe en una estrategia de dominación y, por lo tanto, de neocolonización. Como señalan Piñones *et al.* (2017) se trataría de una política enmarcada en el multiculturalismo neoliberal que aplica una visión culturalista que reduce el problema de la equidad en salud de los pueblos originarios al de las barreras culturales que restringen el acceso a la atención en la salud pública chilena, oculta las relaciones de hegemonía/subalternidad y crea un imaginario de horizontalidad entre los saberes médicos.

Sin conocer los modelos y sistemas de salud de los pueblos originarios y sin conocer las necesidades en salud de esta población resulta difícil cumplir con los propósitos de avanzar a modelos de atención que recuperen sus derechos a la diferencia cultural en salud. Más que considerar los problemas sanitarios específicos y las aspiraciones ciudadanas, se centra en las necesidades institucionales de los servicios de salud y se contradice con la intención de generar estrategias para favorecer la complementariedad, elaborar un plan de salud culturalmente pertinente y no pasar por alto la cultura del usuario/a.

## Etnicidades y Tradiciones Culturales en Salud en la Región de Tarapacá

Los resultados de estudios sobre las prácticas de salud en la región de Tarapacá dan cuenta de la heterogeneidad socioeconómica y sociocultural en la que los aymara se desenvuelven como resultado de las políticas de integración a la sociedad nacional, las que se pueden ser entendidas como prácticas de neocolonización.

Si bien en los años 80 del siglo XX los procesos migratorios de zonas rurales a las ciudades de la costa en el norte de Chile continuaron, es a inicios de este siglo que la disminución de la población residente en las localidades rurales se profundiza y aumenta su envejecimiento. Gundermann y González (2008) sugieren que la colectividad aymara ha sido parte de un proceso de desruralización (por emigraciones y movilidad), desagrarización (del patrón de ingresos), descampesinización (de la organización económica) y translocalización (de los patrones de relaciones sociales). Efectivamente, los datos del último censo válido en Chile (2002) muestran el devenir de la integración de la colectividad aymara a la sociedad y al mercado nacional. La población que se adscribe al pueblo aymara va aumentando los niveles de escolaridad, las rupturas matrimoniales, el trabajo asalariado, la residencia en los centros urbanos más dinámicos; y va disminuyendo el número de hijos nacidos por mujer (Gavilán y Carrasco 2017, en prensa). Por otra parte, las investigaciones cualitativas sobre la situación y condición de la colectividad aymara contemporánea informan cómo la integración nacional ha procedido subordinando a sus tradiciones culturales y han sido excluidos del diseño de las políticas dirigidas a mejorar su situación y condición (Gundermann y González, 2008, 2009; Gavilán *et al.*, 2010, 2011). En estos procesos, los Ministerios de Educación y de Salud han cumplido un rol fundamental.

Los antecedentes históricos confirman el hecho que se ha impuesto el modelo hegemónico en salud sin conocer las prácticas de salud legadas por generaciones anteriores y que contribuyeron a mantener la salud y enfrentar la enfermedad (Kessel, 1983, 1985; Guerrero, 1995).

Este panorama complejiza la formulación de bases conceptuales de un modelo de atención que ponga en el centro las necesidades particulares en salud de los pueblos originarios. Frente a esta complejidad la antropología social ha planteado que es preciso distinguir los fenómenos culturales de los étnicos y los lingüísticos presentes en las dinámicas sociales, económicas y políticas en la que se desenvuelven los pueblos originarios (Barth, 1976, Cardoso, 2007). Asimismo, la ONU ha consensuado que la categoría 'pueblo' es más adecuada para designar a los colectivos de población que se piensan a sí mismos como naciones al interior de los Estados naciones modernos (OIT, 2014). Homologar cultura a pueblo o etnia, considerar la identidad cultural como equivalente de la identidad étnica, pensar que una lengua es igual a una cultura no contribuyen a configurar programas de atención que tiendan a disminuir las inequidades sociales presentes entre la población indígena y no indígena.

La perspectiva objetivista de los fenómenos culturales los aborda como cosas, es decir como fenómenos susceptibles de observación directa de medición y de cuantificación estadística. En cambio, la posición interpretativa o hermenéutica los asume como formas simbólicas susceptibles de ser comprendidas e interpretadas. Considerar la historia en el análisis sociocultural implica que no pueden independizarse los hechos culturales de los hechos sociales; por lo tanto, las relaciones culturales deben ser estudiadas al interior de los diferentes marcos de relaciones sociales (Bastide, 2009). Por otro lado, el fenómeno de la etnicidad alude a la idea de

una identidad de grupo naturalizada (Appadurai, 2001). Es decir, se refiere a cómo los sujetos individuales y colectivos conciben y califican sus tradiciones culturales en relación a la de otros grupos sociales. Oommen (1994) sugiere que en la medida en que éstas se transforman pueden comprenderse como procesos; en consecuencia, van cambiando según sean los contextos sociopolíticos. Afirma que la etnicidad refiere a cómo los sujetos conciben sus propias tradiciones culturales, pero el hecho de ser culturalmente diferente no entraña superioridad ni inferioridad. Sin embargo, no es inusitado que ciertas colectividades culturales se definan como culturalmente superiores y consideren inferior la cultura de otros. Es lo que ha ocurrido en Chile al considerar que las tradiciones indígenas deben ser reemplazadas por la tradición europea.

Se ve que el concepto de cultura está unido a las nociones de identidad y alteridad, y también tiene una raíz en la configuración del sentido. La identidad se define como una autoimagen, como la autopercepción de un sujeto (individual o colectivo) en relación a otros, tomando como marcas de diferenciación elementos culturales tales como creencias, valores e ideologías. Se comprende entonces por qué la identidad propia, individual y colectiva se vive normalmente en forma inconsciente, bajo la modalidad del *habitus* y que, como este, solo se torna reflexiva y consciente cuando es desafiada por situaciones críticas que exigen su recomposición total o parcial (Giménez, 2000: 49). El sujeto asume un conjunto de identidades, pero enfatiza alguna de ellas en situaciones o coyunturas determinadas. Aquella que enfatiza la diferencia cultural por adscribirse a algún pueblo originario la llamamos identidad étnica.

En el contexto de la lucha de los pueblos originarios ante el Estado y la sociedad chilena, la identidad étnica es una cuestión fundamentalmente política. Es también una cues-

tion de ciudadanía social, pues también apela a reivindicar derechos a vivienda, educación y salud, entre otros. En este sentido, la afirmación de una identidad étnica no necesariamente implica diferencia cultural. Como tampoco la lengua puede ser indicador de una tradición cultural y o étnica. Grupos étnicos diferentes pueden compartir las mismas tradiciones culturales. Grupos que hablan diferentes lenguas pueden compartir una tradición cultural. Es el caso de los pueblos quechuas, aymara y chipaya residentes hoy en Tarapacá (Gavilán *et al.*, 2010, 2011). Esta forma de entender la realidad indígena en Tarapacá exige distinguir las tradiciones en salud de la colectividad aymara, las condiciones de salud de la misma en el contexto de las desigualdades sociales, las demandas en salud que ésta ha planteado y las políticas sanitarias basadas en decisiones macroeconómicas orientadas por el régimen neoliberal.

### Prácticas en Salud de la Colectividad Aymara

El conocimiento de cualquier sistema médico y sus fundamentos ontológicos y epistémicos depende de los conceptos de salud que asumamos. El fenómeno de la salud no se agota en la biología de los individuos, sino que incluye aspectos económicos, sociales y culturales y se despliega en contextos situados históricamente. Por consiguiente, en la región de Tarapacá no hay un sistema médico andino puro y otro mestizo, menos una medicina 'tradicional' y una 'occidental' proveniente de la sociedad occidental como entidad metafísica. La medicina andina se ha apropiado de conceptos y prácticas de la medicina occidental como efecto de los procesos de colonización. La medicina occidental de los siglos XVI, XVII y XVIII tiene similitudes con la actual medicina aymara. Asimismo, el pensamiento médico de los pueblos originarios no se detiene, ha evolucionado. La historia de la

medicina de occidente es mucho más que la medicina moderna y la biomedicina solo es una entre otras aproximaciones epistémicas de la modernidad. Esta es producto del desarrollo histórico europeo que se expandió en un contexto de relaciones capitalistas de producción que busca extender el conocimiento y la posesión de la naturaleza, la producción, la circulación y el consumo de bienes motivado preferentemente por el incremento del lucro (Larraín, 1994). La población andina ha sabido articular diferentes tipos de propuestas médicas a partir de teorías y praxis mixtas que constituyen un acervo cultural de gran valor para la salud de los pueblos.

Los datos acopiados muestran que las prácticas médicas y sus fundamentos teóricos sostenidos por los aymara tarapaqueños depende menos de la residencia (multiresidencia) urbano-rural que de los años de escolaridad, la vinculación con la medicina moderna, la adscripción religiosa y el acceso a los medios de comunicación. La escuela ha promovido la secularización y la racionalización de la vida social y un individualismo creciente. De aquí que los saberes y estas prácticas no son homogéneos en la población. En la zona de valles se ha producido un proceso más acelerado de reemplazo del sistema médico propio de los pueblos rurales por la medicina moderna. Es posible observar, por ejemplo, la desaparición paulatina de sanadores. Las localidades de los valles, pueblos en los que se concentró la población hasta mediados del siglo XIX, ya no cuentan con sanadores propios. En algunos casos son reemplazados por las nuevas generaciones, pero ahora como profesionales; en otros, por sanadores de la zona altiplánica. En estos casos, se observa un énfasis en el uso de la medicina moderna. Si bien las comunidades del altiplano tienden a seguir el mismo camino, la presencia más nítida de sanadores ejerciendo una praxis cotidiana habla de una mayor vigencia de la medicina andina.

Aun así, la tendencia no se detiene. En Isluga, comunidad ubicada en la frontera con Bolivia, se observa la desaparición de *yatiris* mujeres. Esta pérdida paulatina se expresa sobre todo en la desaparición del *chiriguano*, sanador que se asemeja al personaje mítico *ekeko*, que solía caminar por los pueblos ofreciendo sus servicios de sanación. En el mismo sentido, se contaría únicamente con un *waytiri* (de origen chipaya), sanador de alto prestigio provisto de saberes y técnicas de sanación para problemas complejos.

Otro aspecto visible del desplazamiento del sistema médico andino y reconocido por los sanadores se observa en la atención del parto. Los partos, que fueron atendidos en casa hasta fines del siglo XX, hoy están forzados a ser atendidos en el hospital. En ello ha habido una clara incidencia del Estado, dada la prohibición del parto domiciliario. Por otra parte, una cuestión crítica es la falta de uso de las lenguas; el desplazamiento de las mismas por el castellano es un aspecto que juega en contra de la preservación del conocimiento en salud.

Si comparamos personas con la misma escolaridad pero que no se reconocen como descendientes de la población indígena, los conocimientos y praxis médica tienden a ser más restringidas que las que se adscriben étnicamente. Por otra parte, quienes se adscriben a las iglesias evangélicas tienden a abandonar o a rechazar formas de atención vinculadas a los *yatiris* para centrarse en el pastor y a combinar tecnología médica andina con las creencias de estas opciones religiosas. Se pone énfasis en la condición demoníaca y maligna de las antiguas divinidades. Sin embargo, quienes se adscriben a la iglesia católica tienden a incluir en sus itinerarios terapéuticos tanto la sanación ofrecida por el *yatiri* o *waytiri* como por el pastor evangélico. Los medios de comunicación (radio y televisión) inciden tanto en los discursos sobre dietas alimenticias 'saludables' como en el uso de fárma-

cos ofrecidos en los publicitarios. Esto es más fácil de consumir entre las personas que tienen más contacto con el servicio de salud pública, pues se inscribe en la estrategia preventivo-promocional de los 'estilos de vida saludables', perspectiva que ha sido objeto de crítica por la epidemiología social debido a que traslada al sujeto individual una práctica que está condicionada por una situación social que se invisibiliza. Las entrevistas realizadas constatan argumentos como 'una alimentación equilibrada' en base a frutas, verduras, yogur, leche, etc., y entre los medicamentos aparece el uso de dipirona, ibuprofeno y amoxicilina. De este modo, las formas de auto-atención combinan la automedicación (en base a fármacos elaborados por la industria), consumo de hierbas medicinales, medicinas elaboradas artesanalmente por los sanadores, por laboratorios peruanos y bolivianos en base a materias primas provenientes de la selva y rituales de sanación.

### Salud y Enfermedad en la Colectividad Aymara

Las entrevistas realizadas a los sanadores aymara y a consultantes indican que el pensamiento indígena sostiene que el desequilibrio de la temperatura afecta la salud provocando diferentes padecimientos. Una aproximación certera al enfermo es aquella que da cuenta de su condición cálida, fría o cálidofría. Es por ello que se insiste en el examen físico a través de la palpación del pulso y se mira con desconfianza el proceder de médicos que no examinan a sus consultantes. No procede a la manera del exorcismo alopatóico, sino pausadamente acompañar al enfermo facilitando la recuperación procesual de la enfermedad en curso. El equilibrio es algo concreto que se relaciona con los órganos internos del cuerpo y el sistema circulatorio (temperatura templada-tranquilidad emocional), lo que supone disponer de herramientas concretas de protección (hierbas, abrigo, cuidarse de las penas de amor).

Las sanadoras y los sanadores expresan su conocimiento del funcionamiento del cuerpo a través del ritmo de la circulación de la sangre en las venas, lo cual se relaciona con *chima-animu*, complejo que incluye pulmones, corazón, cerebro y un componente inmaterial y material que vincula los cuerpos a los seres tutelares y que les da vitalidad. Desde aquí que lo que las personas ingieren afecta a la sangre, como sustancia, y a la circulación. Una mala circulación de la sangre afecta a todo el organismo. La idea de la circulación intracorpórea como un proceso en el que sustancias y fluidos se desplazan por un sistema de tubos o canales internos impregna gran parte de la explicación del enfermar, del desplazamiento interno de la enfermedad y, por tanto, de su localización final en la topografía o anatomía del cuerpo.

La sangre, que circula por las venas hacia todo el cuerpo, partiendo del corazón, es el elemento capital; su curso es posible seguirlo con una palpación fina siguiendo el trayecto de los vasos sanguíneos de la superficie. También las características de grosor, fuerza y velocidad de sus pulsaciones clarifican aspectos diagnósticos centrales. Fluyen o se desplazan a modo de circulación o de tránsito interno otros componentes: la respiración y sus secreciones, los alimentos por el lumen digestivo, la menstruación por el aparato genital, fluyen sensaciones y corrientes por los nervios. Se enferma todo aquello que presenta una obstaculización de dicho tránsito: alimentos y elementos extraños que tapan las tripas; las secreciones bronquiales que se estancan y no fluyen, la pérdida del flujo menstrual por enfriamiento de la matriz o por embarazo, etc. Subyace aquí una representación muy dinámica de flujos dentro de circuitos internos pensados según una lógica de equilibrio interno en el que el concepto de cálido, frío, cálido-frío opera de manera importante. De este modo, la medicina andina se esfuerza por eliminar todo lo

que entorpece los flujos, extrae sustancias tóxicas del cuerpo, favorece la circulación de la sangre restableciendo equilibrio frío/calor, limpia el interior del tubo digestivo obstruido, masajea el nervio doliente, etc. Es en esta parte de su tarea cuando el médico aymara se asemeja a la imagen del médico del sistema de salud: en tanto sujeto con cuyos conocimientos está interviniendo directamente sobre determinados órganos y procesos internos con el fin de establecer la cura de la enfermedad. Este es el momento del acto médico en el cual se analizan síntomas, se exploran irregularidades y se prescriben tratamientos.

La tendencia a buscar equivalencias para comprender los diferentes pensamientos médicos está presente también en los sanadores. Algunos de ellos intentan comparar su propia perspectiva anátomo-fisiológica con la que podría mostrarle la moderna imagenología del cuerpo que ofrece la ciencia médica. Desde su modelo médico explicativo se entienden estos procesos de manera similar a lo que la sociedad moderna entiende como fisiología. Sin embargo, las correspondencias que el pensamiento aymara establece entre el cuerpo (individual-colectivo) el territorio y el cosmos nos hablan de un modelo relacional; en consecuencia sería un error realizar esta equivalencia, pues el modelo anátomo-fisiológico que subyace en la medicina moderna naturaliza al cuerpo humano; es decir, lo separa de su realidad social. Si bien es cierto los sanadores apuntan a explicaciones fisiológicas, se diferencian del positivismo en que no pierden la conciencia de totalidad. Mientras la medicina moderna, en su versión hegemónica neopositivista, se mueve en un territorio de totalidad limitado por los subsistemas biopsicológicos, la medicina tradicional aymara extiende la totalidad hacia una perspectiva holística, que va más allá incluso de las más progresistas perspectivas médicas que ligan los microsistemas genéticos (el ser biológico) a los macrosis-

temas epigenéticos (el ser social), al agregar a aquellos estadios de la vida tanto el mundo natural como el espiritual. Estas relaciones son posibles por la fuerza interna, que es la que está comprometida en la interioridad de estos procesos, y que es la responsable en última instancia de la vida humana. Fuerza interna vinculada al cosmos a través del *animu*, componente material (ligado al concepto de *chuyuma*) e inmaterial (vinculado a las divinidades del pasado). De este modo, la vida sería un proceso que el médico aymara reconoce y describe en la materialidad del cuerpo, como condición necesaria pero no suficiente, pues la humanidad se debe a las generaciones anteriores (*achachilas*, *mallkus-t'allas*), quienes dictaron las normas y ética del buen vivir. Las generaciones pasadas, presentes y futuras se integran en lo material e inmaterial, inscritos en un territorio tan conocido como un cuerpo viviente, todas forman parte de un universo en el que la vida humana no se escinde de aquello que la hace posible.

### Reflexiones Finales

Hemos argumentado que el concepto de interculturalidad aplicado por el Ministerio de Salud en Chile puede ser comprendido como una nueva oferta dirigida a continuar con la homogenización cultural en salud. En tanto no se considere la dimensión cultural del modelo biomédico y el poder que ejerce sobre otros modelos médicos, los programas no promoverán el diálogo entre las diferentes tradiciones que se despliegan en las acciones que se realizan para restaurar la salud en la colectividad aymara. Afirmamos que el no reconocimiento de los procesos históricos se inscribe en una estrategia de dominación y por lo tanto de neocolonización. Esto es válido tanto para las políticas sanitarias dirigidas al pueblo aymara como para los dirigentes que aceptan acríticamente las iniciativas estatales. Los líderes aymara se han esforzado por afirmar alteridades

en salud como un modo legítimo de aspirar a una ciudadanía diferenciada y/o a generar mayores autonomías; no obstante, sin cuestionar los aspectos estructurales de los programas estatales no será posible la descolonización.

Proponemos que las políticas dirigidas a avanzar a una mayor equidad en salud del pueblo aymara debieran conocer los modelos y sistemas de salud de los pueblos originarios y las necesidades en salud de esta población. De aquí la importancia de abordar los conceptos de salud y enfermedad, los que orientan las diferentes modalidades de atención. Se incluyen la autoatención, agentes comunitarios, el sistema público y privado de salud, las iglesias. Se observa que coexisten tradiciones, agentes y terapias que se combinan, pero también funcionan en forma paralela y en relación de dominación/subalternidad. Ello explica la tendencia a la disminución de agentes sanadores por efecto de una mayor presencia de la medicina moderna. Esto ha ido de la mano con los cambios en las formas de concebir el cuerpo, dada la hegemonía de los saberes de la biología entregados en la escuela nacional y de la subalternización de los saberes de los pueblos indígenas. En este sentido, se van perdiendo conocimientos y técnicas en que han restaurado la salud por miles de años. Sin embargo, asistimos a permanencias importantes que configuran tradiciones distintivas en salud; es el caso de las enfermedades que no son reconocidas por el sistema de salud oficial. Así, las necesidades en salud sólo pueden ser conocidas a partir de estudios epidemiológicos que consideren los distintos modelos y sistemas vigentes con la participación de los pueblos originarios en su lucha ciudadana o autónoma.

#### AGRADECIMIENTOS

Este trabajo forma parte del proyecto titulado Relaciones de Género y Familia en la Colec-

tividad Aymara del Norte Chileno, auspiciado por el Concurso Proyectos Mayores de Investigación Científica y Tecnológica Universidad de Tarapacá 2016.

#### REFERENCIAS

Appadurai A (2001) *La Modernidad Desbordada*. Trilce - Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires, Argentina. 237 pp.

Barth F (1976) Introducción. En *Los Grupos Étnicos y sus Fronteras: La Organización Social de las Diferencias Culturales*. Fondo de Cultura. Económica. México. pp. 9-48.

Bastide R (2009) Continuidad y discontinuidad de las sociedades y culturas afroamericanas. En Cunin E (Ed.) *Textos en Diáspora. Una Antología sobre Afrodescendientes en América*. Institut Français d'Études Andines. pp. 39-60.

Cardoso de Oliveira R (2007) Identidad étnica, identificación y manipulación. En *Etnicidad y Estructura Social*. Universidad Autónoma Metropolitana y Universidad Iberoamericana. México. pp. 49-86.

CEPAL (2013) *Lineamientos para la Identificación de Pueblos Indígenas y Afrodescendientes en los Registros de Salud*. Col. Documentos de Proyectos. Cepal. 73 pp. [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35952/1/S20131049\\_es.pdf](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35952/1/S20131049_es.pdf)

Comelles J, Martínez A (1993) *Enfermedad, Cultura y Sociedad*. Eudema. Madrid, España. pp. 5-96.

Comisión (2004) *Informe Final del Grupo de Trabajo Aymara*. Comisión Verdad Histórica y Nuevo Trato. Chile. pp. 85-133. [http://biblioteca.serindigena.org/libros\\_digitales/cvhynt/v\\_i/1p/3\\_primera\\_parte\\_II\\_norte\\_%20cap1.pdf](http://biblioteca.serindigena.org/libros_digitales/cvhynt/v_i/1p/3_primera_parte_II_norte_%20cap1.pdf)

Gavilán V, Madariaga C, Viguera P, Parra M, Madariaga C, Morales N, Arratia A, Andrade R. (2011) La sociedad y la cultura andina contemporánea: estudio de los saberes para la salud y la enfermedad en los pueblos originarios del norte de Chile. *Rev. de Indias* 71(252): 571-600.

Gavilán V, Carrasco AM (2017) Prácticas discursivas e identidades de género de las mujeres aymara del norte chileno (1980-2015). Aceptado en *Revista Diálogo Andino* (en prensa).

Giménez G (2000) Etnia, estado de la cuestión. En Reyna L (Coord.)

*Los Retos de la Etnicidad en los Estados-Nación del Siglo XXI*. CIESAS. México. pp. 45-70.

Guerrero B (1995) Medicina andina y medicina pentecostal en los aymaras del norte grande de Chile: del yatiri al pastor. *Chungara* 2: 153-165.

Gundermann H González H (2008) Pautas de integración regional, migración, movilidad y redes sociales en los pueblos indígenas de Chile. *Universum* 25: 82-115.

Gundermann H González H (2009) Sociedades indígenas y conocimiento antropológico: aymaras y atacameños de los siglos XIX y XX. *Chungara*: 113-164.

INE (2013) *Encuesta CASEN*. Instituto Nacional de Estadísticas. Santiago, Chile.

Kessel J (1985) *La Medicina Andina*. Cuadernos de Investigación Social N° 13. 25 pp.

Kessel J (1983) Ayllu y ritual terapéutico en la medicina andina. *Chungara* 10: 165-176.

Menéndez E (1987) Medicina tradicional, atención primaria y la problemática del alcoholismo. En Aguirre Beltrán G *et al. Medicina Tradicional y Atención Primaria*. Cuaderno 159. Casa Chata. México. pp. 19-58.

MIDEPLAN (2017) *Ley 19.253*. Biblioteca Nacional, <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30620> (Cons. 10/09/2017)

MINSAL (2006) *Norma General Administrativa N° 16. Interculturalidad en los Servicios de Salud*. Resolución Exenta N° 261. Ministerio de Salud. Santiago, Chile. [www.juridico.minsal.cl/RESOLUCION\\_261\\_06.doc](http://www.juridico.minsal.cl/RESOLUCION_261_06.doc). (Cons. 29/09/2017).

MINSAL (2010) *Metas 2011-2020. Elige Vivir Sano*. Ministerio de Salud. Santiago, Chile. 426 pp. [www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddb96ca6de0400101640159b8.pdf](http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddb96ca6de0400101640159b8.pdf)(Cons.29/09/2017).

MINSAL (2013) *Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria* Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria. Ministerio de Salud. Santiago, Chile. 136 pp. [www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf](http://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf) (Cons. 01/10/2017).

MINSAL (2014) *Programa Especial de Salud Pueblos Indígenas 1-14. Orientaciones Técnicas 2014*. Ministerio de Salud. Santiago, Chile. 14 pp. [www.serviciodesaludaconcagua.cl/](http://www.serviciodesaludaconcagua.cl/)

[index.php/.../8-participacion-social/](http://index.php/.../8-participacion-social/). (Cons. 05/3/2016).

MINSAL (2016) *Orientaciones Técnicas para la Atención de Salud Mental con Pueblos Indígenas: Hacia un Enfoque Cultural*. Ministerio de Salud. Santiago, Chile. 56 pp. <http://www.biblioteca.minsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/028.MINSAL-salud-mental-indigena-2016.pdf> (Cons. 05/010/2017).

OIT (2014) *Convenio N° 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales*. Organización Internacional del Trabajo. Perú. 130 pp.

Oommen TK (1994) Raza, etnicidad y clase: análisis de las interrelaciones. *Rev. Int. Cs. Soc.* 39: 101-113.

Oommen TK (1994) Raza, etnicidad y clase: análisis de las interrelaciones. *Rev. Int. Cs. Soc.* 39: 101-113.

Oyarce A Pedreros M (2007) *Perfil Epidemiológico Básico de la Población Aymara del Servicio de Salud Iquique*. Ser. Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile N° 6. Ministerio de Salud. Chile. 66 pp.

Pedreros M, Oyarce A (2009) Una metodología innovadora para la caracterización de la situación de salud de las poblaciones indígenas de Chile: limitaciones y potencialidades. *Notas de Población* 89: 119-145.

Piñones C Mansilla M Arancibia C (2017) El imaginario de la horizontalidad como instrumento de subordinación: la Política de Salud pueblos indígenas en el multiculturalismo neoliberal chileno. *Saúde Soc.* 3: 751-763.

Tarlov A (1996) Social determinants of health: the sociobiological translation. En Blane D, Brunner E, Wilkinson R (Eds) *Health and Social Organization*. Routledge. Londres, RU. pp. 71-93.

Vega J, Solar O, Irwin A (2005) Equidad y Determinantes Sociales de la Salud: Conceptos Básicos, Mecanismos de Producción y Alternativas para la Acción. OPS. [https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/3225/mod\\_resource/content/0/Curso\\_DSS\\_11/equidad\\_DSS\\_conceptos\\_basicos.pdf](https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/3225/mod_resource/content/0/Curso_DSS_11/equidad_DSS_conceptos_basicos.pdf) (Cons. 29/09/2017).

Walsh C (2010) Deconstruir la interculturalidad. Consideraciones críticas a la colonialidad y movimientos indígenas en Ecuador. En Fuller N (Ed.) *Interculturalidad y Política. Desafíos y Posibilidades*. Red para las Ciencias Sociales en el Perú. Lima, Perú. pp. 115-142.